

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

Harninkontinenz im Alter

Kirschner-Hermanns R

Journal für Urologie und

*Urogynäkologie 1998; 5 (1) (Ausgabe
für Österreich), 19-26*

Homepage:

www.kup.at/urologie

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Indexed in Scopus

Member of the



www.kup.at/urologie

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P. b. b. 022031116M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate, Kräuter und auch Ihr Gemüse ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



R. Kirschner-Hermanns

HARNINKONTINENZ IM ALTER

Harninkontinenz im Alter ist häufig, etwa 15–30 % aller älteren Menschen über 65 Jahren leidet unter Harninkontinenz. Bei Altersheimbewohnern liegt die Zahl der Betroffenen sogar zwischen 40 und 50 %. Dabei sind Frauen doppelt so häufig wie Männer betroffen. Die immensen medizinischen, psychosozialen und auch gesundheitspolitischen Folgen für Betroffene, Angehörige und Pflegende sind unbestritten.

Und doch wird das Problem der Inkontinenz im Alter häufig sowohl vom Patienten als auch vom Arzt vernachlässigt und als ein „normaler“ Teil des Alterns hingenommen [1]. Der Patient bespricht das Problem oft nicht oder sehr spät mit seinem Arzt [2, 3], und viele Ärzte halten Inkontinenz im Alter für nur schwer therapierbar und leiten diagnostische Schritte oft nur zögerlich und unzureichend ein, wie eine eigene Umfrage bei niedergelassenen Ärzten Nordrhein-Westfalens bestätigte. Es muß betont werden, daß der ältere Mensch auf eine mögliche Inkontinenz direkt angesprochen werden muß. Viele, besonders Frauen, glauben, Inkontinenz sei eine unvermeidliche „normale“ Erscheinung des Alterns. Oft werden Inkontinenzsymptome auch verschwiegen aus Angst vor einer Operation, die viele für die einzige Therapiemöglichkeit halten.

Inkontinenz im Alter ist häufig ein multifaktorielles Geschehen. Neben der Funktion des unteren Harntraktes wird die Kontinenz beim älteren Menschen z. B. beeinflusst von:

- der Mobilität des Patienten
- der geistigen Verfassung
- der Motivation des alten Menschen
- und der Beweglichkeit der Hände

Zur erfolgreichen Behandlung von Inkontinenz im Alter bedarf es eines Verständnisses sowohl der Veränderungen des Harntraktes im Alter als auch von Faktoren außerhalb des urogenitalen Traktes, die Einfluß auf die Kontinenz haben.

Im Alter

- nimmt die Blasenkapazität ab,
- die Kontraktilität des Detrusors nimmt ab,
- die Fähigkeit, die Miktion zu verschieben, nimmt ab,
- der Harnröhrenruheverschlußdruck und die Harnröhrenlänge nehmen besonders bei Frauen ab,
- die Häufigkeit von Detrusorinstabilitäten nimmt zu,
- die Restharnneigung nimmt zu.

Anders als beim Erwachsenen mittleren Alters

- wird im Alter die Hauptflüssigkeitsmenge in der Nacht ausgeschieden und
- in Zusammenhang mit einem leichteren Schlaf sind ein bis zwei Episoden von Nykturie normal.

Alle diese Faktoren lösen zwar keine Inkontinenz aus, aber sie prädisponieren dazu. Die altersbedingten Veränderungen verringern die Fähigkeit, zusätzliche Belastungen des unteren Harntraktes zu kompensieren. Und doch muß betont werden, daß Inkontinenz in keinem Alter normal ist.

Die häufigste Störung des unteren Harntraktes ist beim älteren Menschen die Dranginkontinenz. In 60 % ist sie die wesentliche Ursache der Inkontinenz [4]. Erstaunlicherweise leiden demente Patienten entgegen weitverbreiteter Meinung nicht häufiger als nicht demente Patienten unter einer Dranginkontinenz [4]. Resnick et al. zeigten, daß diese Überaktivität des Detrusors bei fast der Hälfte der betroffenen Älteren mit einer eingeschränkten Kontraktilität einhergeht. Die DHIC (detrusor instability with impaired contractility) wie Resnick diese besondere Form der Dranginkontinenz nennt, ist eine Überaktivität des Detrusors, welche paradoxerweise mit einer Minderung der Detrusorkontraktilität und klinisch mit Restharnbildung einhergeht.

FAKTOREN ZUR AUSLÖSUNG VON INKONTINENZ

Die Faktoren außerhalb des Harntraktes, die Inkontinenz besonders beim alten Menschen auslösen oder verschlechtern können, faßt Neil Resnick mit dem Begriff „DIAP(P)ERS“ zusammen [1]. Dabei steht:

- **D** steht für Delirium bzw. Verwirrtheit:
 - *Verwirrung* schränkt die Fähigkeit zum Gang zur Toilette ein. Verwirrung sollte jedoch nicht mit Demenz gleichgesetzt werden, welche keine direkte Ursache der Inkontinenz ist.
- **I** steht für Infektion:
 - *Symptomatische Harnwegs-*

infekte verstärken eine Drangsymptomatik. Eine reine Bakteriurie ohne Symptome, die beim älteren Patienten weit verbreitet ist, bedarf jedoch in der Regel keiner Therapie. Zu bedenken ist jedoch, daß bei demen- terten Patienten die Sym- ptome eines Harnwegs- infektes nicht immer offen- sichtlich sind. Auch vermehrte Unruhe oder Lethargie können Ausdruck eines symptomatischen Harnwegs- infektes sein.

- **A** steht für *atrophische* Harn- röhre oder Scheide:
 - Eine *atrophische Scheiden- entzündung*, welche häufig durch systemische oder lokale Östrogenbehandlung zu beheben ist, kann sowohl eine Dysurie auslösen und zur Dranginkontinenz füh- ren, als auch eine Stressin- kontinenz ungünstig beein- flussen.
- **P** steht für pharmazeutische Gründe [5–9]:
 - Viele Medikamente beein- flussen den unteren Harn- trakt (auf die wichtigsten gehe ich im weiteren näher ein).
- **P** steht für psychische Gründe, wie Depressionen:
 - *Psychische Krankheiten*, ins- besondere depressive Ver- stimmungen, können Inkon- tinenzbeschwerden auslösen oder verschlimmern. Dies ist jedoch selten und sollte nur nach Ausschluß aller ande- ren Faktoren in Betracht ge- zogen werden.

- **E** steht für *exzessive* Urinaus- scheidung:
 - Eine *vermehrte Urinaus- scheidung* beeinflußt jede Form der Inkontinenz ungün- stig. Diese kann verschiede- ne Ursachen haben, wie ver- mehrte Flüssigkeitsaufnahme, periphere Ödeme, die ver- mehrt nachts mobilisiert wer- den, Diabetes mellitus etc.
- **R** steht für „restricted“ = eingeschränkte Mobilität:
 - *Eingeschränkte Mobilität* ist ein häufig zu wenig beachte- ter Faktor, der besonders die Dranginkontinenz, die häu- figste Form der Inkontinenz beim älteren Menschen, ungünstig beeinflußt. Die Behandlung einer Parkinson- schen Krankheit, von Rheu- ma oder Arthritis bekommt in diesem Rahmen eine beson- dere Bedeutung. Wichtig ist auch die Verbesserung der Sehfähigkeit des alten Men- schen. Weiterhin sollte an dieser Stelle die Optimierung der Umgebung und die Auswahl einer der Situation angepaßten Kleidung er- wähnt werden.
- **S** steht für „Stuhlverstopfung“:
 - *Stuhlverstopfung* kann Drang- und Überlaufinkon- tinenz auslösen. Die Behand- lung der Verstopfung, unter- stützt durch eine ballast- reiche Kost und eine ange- messene Flüssigkeitsauf- nahme, ist anzustreben.

PHARMAZEUTISCHE GRÜNDE

Eine der häufigsten Ursachen der temporären Inkontinenz sind

verschiedene Medikamente, die direkt oder indirekt den unteren Harntrakt beeinflussen. Sie werden deshalb ausführlicher besprochen.

- Schlaf- und Beruhigungsmittel

Sie können wie auch Alkohol, der in vielen „Heilsäften“ wie „Klosterfrau Melisengeist“, oder „Doppelherz“ enthalten ist, zu Verwirrung und Bewe- gungsverlangsamung führen. Sie beeinflussen vor allem die Fähigkeit, rechtzeitig zur Toilette zu gelangen.

- Diuretika

Die vermehrte Flüssigkeits- ausscheidung kann die Blasen- kapazität überfordern. Dies trifft insbesondere auf die soge- nannten Schleifendiuretika zu.

- Anticholinergika

Auch wenn Anticholinergika häufig zur Therapie einer Dranginkontinenz eingesetzt werden, findet sich gerade bei älteren Menschen häufig auch der gegenteilige Effekt. Anti- cholinergika vermindern die Kontraktilität des Detrusors und können so zur Überlaufinkon- tinenz führen. Anticholinerge Substanzen sind zudem sehr weit verbreitet, sowohl in ver- schreibungspflichtigen Medi- kamenten (Antidepressiva, Antipsychotika, krampflösende Schmerzmittel) als auch in nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten (z. B. in vielen Erkältungsmitteln).

• Herz- und Kreislaufmedikamente

Diese können verschiedene Effekte auf den unteren Harntrakt haben. Blutdrucksenkende Mittel wie Alphablocker können den Schließmuskeltonus senken und besonders bei Frauen eine Stressinkontinenz begünstigen. Alpha-agonisten können bei Männern mit einer obstruktiven Prostatavergrößerung Restharnbildung und Überlaufinkontinenz begünstigen. ACE-Hemmer lösen bei einigen Patienten Husten aus, welcher bei Frauen die Manifestation einer Stressinkontinenz beeinflussen kann. Kalziumkanalblocker vermindern wie Anticholinergika die Kontraktilität des Detrusormuskels.

Diese Faktoren, die sich häufig gegenseitig beeinflussen, führen dazu, daß anders als beim Patienten mittleren Alters beim alten Patienten Inkontinenz bei etwa einem Drittel und bei Altersheimbewohnern sogar bis zur Hälfte vorübergehend ist, bzw. in seiner Schwere schwankt [1]. Der Begriff „temporär“ oder der englische Begriff „transient“ bezieht sich darauf, daß diese Ursachen in der Regel reversibel sind. Keineswegs bezieht sich dieser Begriff auf die Zeitdauer des Vorhandenseins der Ursachen. Diese können schon Jahre vor dem Auftreten der Symptome der Inkontinenz vorliegen. Im Alter verliert der Patient Kompensationsmechanismen, die ihn in jüngeren Jahren vor den Symptomen einer Inkontinenz bewahrt haben. Und so führt die Beseitigung dieser Faktoren alleine häufig zur Besserung, in

einigen Fällen sogar zur vollständigen Beseitigung der Symptome.

DIAGNOSTIK

Die Diagnostik eines jeden Patienten sollte eine umfassende klinische Evaluierung, die allgemeinen Funktionen, Begleiterkrankungen, eine ausführliche Beschreibung der Art der Inkontinenz und eine detaillierte Medikamentenanamnese einschließen. Weiterhin sind ein mehrtägiges Miktionstagebuch, eine gezielte körperliche Untersuchung einschließlich eines Stresstestes, eine Uroflowmetrie oder im Altersheim eine beobachtete Miktion, sowie der Ausschluß größerer Mengen Restharn unerlässlich. Ein solches Vorgehen erlaubt oft eine Diagnose, die in vielen Fällen einen empirischen Therapieversuch rechtfertigt.

Die Indikation einer mehrkanaligen urodynamischen Untersuchung im Alter wird in der Literatur kontrovers diskutiert, seit Brocklehurst in den sechziger Jahren zeigte, daß Detrusorinstabilitäten im Alter sowohl bei Patienten mit Inkontinenz als auch bei symptomfreien Patienten häufig sind [10, 11]. Jedoch sind seit diesen frühen Untersuchungen die Erkenntnisse um die Pathophysiologie der Inkontinenz im Alter vertieft worden und auch die Standardisierung und Qualität der Urodynamik konnte in den letzten 30 Jahren deutlich verbessert werden. Resnick et al. zeigten in zahlreichen Arbeiten, daß DHIC – eine Überaktivität des Detrusors mit eingeschränkter Kontraktilität – im Alter eine

häufige Form der Blasenfunktionsstörung ist. Gerade diese Form der Detrusorschwäche aber kann jede andere Art der Blasenfunktionsstörung, insbesondere eine Stressinkontinenz bei Frauen und eine Obstruktion bei Männern, vortäuschen [12].

Eine mehrkanalige urodynamische Untersuchung sollte daher eingeleitet,

- wenn eine empirisch eingeleitete Therapie als zu risikoreich erscheint,
- wenn vorherige Therapieversuche fehlgeschlagen sind und alternative Therapieversuche versucht würden,
- vor jeder geplanten operativen Intervention (Detrusorinstabilitäten oder eingeschränkte Kontraktilität beeinflussen möglicherweise den Ausgang einer operativen Versorgung einer Stressinkontinenz, und eine Obstruktion kann wie vielfach gezeigt, nur mit Hilfe urodynamischer Meßverfahren nachgewiesen werden),
- bei komplexer Vorgeschichte, wie nach gynäkologischen oder urologischen Operationen oder neurologischen Erkrankungen (z. B. Parkinsonscher Erkrankung).

An dieser Stelle sollte betont werden, daß urodynamische Untersuchungen auch im Alter durchführbar, sicher, genau und reproduzierbar sind [13]. Wichtig ist, daß eine urodynamische Evaluation sowohl die Blase, als auch den Blasenaußlaß untersucht. Bei Frauen (fast 80 % der inkontinenten Patienten über 65) ist es mit einer einfachen einkanaligen Zystometrie oft nicht möglich, eine Stressinkontinenz

von einer durch Provokation ausgelösten Detrusorinstabilität mit Urinverlust zu unterscheiden, insbesondere wenn es sich dabei um Instabilitäten mit geringen Druckdifferenzen bei niedrigen Volumina handelt. Resnick zeigte in einer kürzlich veröffentlichten Studie, daß die Genauigkeit durch einen zusätzlich durchgeführten Stresstest deutlich verbessert werden kann [14]. Dieser Ansatz erscheint besonders da sinnvoll, wo eine derartige Diagnostik, zum Beispiel im Altersheim, durchgeführt werden kann.

Wenn möglich, sollte jedoch eine mehrkanalige Urodynamik zur sicheren Differentialdiagnostik herangezogen werden, zumal sie für den Patienten kaum belastender ist. Wie vielfältig dokumentiert, ist eine sichere Differenzierung einer Obstruktion nur mit Hilfe urodynamischer Meßverfahren möglich [15].

In Hinblick auf die Ursachen der Inkontinenz im Alter, die diagnostische Genauigkeit einer ausführlichen nichtinvasiven Diagnostik (bis zu 91 %) [16] und die Konsequenzen einer möglichen Fehldiagnose sollte die invasive Diagnostik nur bei einem selektierten Patientengut durchgeführt werden. Eine eingehende urodynamische Untersuchung stellt auch im Alter ein zuverlässiges Diagnostikum dar.

THERAPIE

Vor einer medikamentösen oder invasiven Therapie sollten *konservative Therapieversuche*, die oft erfolgreich sind, angestrebt

werden. So stellen Miktionstraining mit Miktion nach der Uhr oder Miktion nach Aufforderung beim dementen Patienten oft wirksame Behandlungsstrategien bei einer Dranginkontinenz dar. Beckenbodentraining bei Stressinkontinenz ist auch beim alten Menschen eine Behandlungsalternative zur operativen Versorgung. Biofeedbackmethoden, eventuell unterstützt durch eine vaginale Elektrostimulation, können zur Unterdrückung einer Drangsymptomatik oder zum Erlernen eines effektiven Beckenbodentrainings herangezogen werden.

Für die *medikamentöse Behandlung* der Dranginkontinenz gelten folgende Zahlen: Heilung in 0–44 %, eine Verbesserung der Symptome bei 0–83 % und Nebeneffekte bei 0–70 %. Da bei einigen Patienten auch eine Verschlechterung der Symptomatik auftreten kann, sollten die Patienten sorgfältig nachgesorgt werden. Die meisten Nebenwirkungen sind vegetative Symptome wie trockener Mund und verminderte Tränensekretion. Kontraindiziert sind Anticholinergika bei Patienten mit Engwinkelglaukom und Pylorusstenose. Bei Patienten mit einer Obstruktion und erhöhten Restharmengen sollten Anticholinergika nur unter Kontrolle des Restharns gegeben werden. Sehr wichtig ist bei einem Therapieversuch der Dranginkontinenz mit einem Anticholinergikum die besondere Beachtung der Mundhygiene. Verminderter Speichelfluß könnte sonst leicht zu einem verschlechterten Zahnstatus führen.

Die therapeutische Vorgehensweise richtet sich selbstverständ-

lich nicht nur nach den gefundenen Ursachen der Inkontinenz, sondern ganz wesentlich nach den subjektiven Wünschen des Patienten. Viele konservativen Therapiemöglichkeiten sind von der Motivation und der Mitarbeit des Betroffenen abhängig. Bei der anticholinergen Therapie der Dranginkontinenz stellt für einige besonders die Mundtrockenheit eine größere Einschränkung der Lebensqualität als die Inkontinenz selbst dar. So ist auch ein sauberer Einmal-katheterismus bei Patienten mit einer Überlaufinkontinenz nur bei selektionierten, hoch motivierten Patienten sinnvoll. Eine mögliche operative Therapie ist nach Versagen konservativer oder medikamentöser Therapieversuche bei Patienten mit hohem Leidensdruck zu erwägen.

Inkontinenz ist trotz erhöhter Mortalität keine lebensbedrohliche Erkrankung. Die Lebensqualität des einzelnen steht im Zentrum unseres Bemühens. Es ist daher im besonderen Maße wichtig, diagnostisches Vorgehen auf mögliches therapeutisches Vorgehen abzustimmen und die Therapie der Inkontinenz individuell mit dem jeweiligen Betroffenen und gegebenenfalls auch mit den Pflegekräften zu erarbeiten.

Literatur:

1. Resnick NM. Urinary Incontinence. Lancet 1995; 346: 94.
2. Holst K, Wilson PD. The Prevalence of Female Urinary Incontinence and Reasons for not Seeking Treatment. N Z Med J 1988; 101 (857): 756.
3. Herzog AR, Fultz NH, Normolle DP, et al. Methods used to Manage Urinary Incontinence by Older Adults in the

Community. J Am Geriatr Soc 1989; 37: 339.

4. Resnick NM, Yalla SV, Laurino E. The Pathophysiology and Clinical Correlates of Established Urinary Incontinence in Frail Elderly. N Engl J Med 1989; 320: 1-7.

5. Gormely EA, Griffiths DJ, McCracken PN, Harrison GM. Polypharmacy and its Effect on Urinary Incontinence in a Geriatric Population. Br J Urol 1993; 71: 265.

6. Nygaard EI, Lembke JH. Urinary Incontinence in Rural Older Women: Prevalence, Incidence and Remission. JAGS 1996; 44: 1049-54.

7. Vehkalahti I, Kivelä SL. Urinary Incontinence and its Correlates in Very Old Age. Gerontology; 31: 391-6.

8. Brown JS, Seeley DG, Fong J, Black et al. Urinary Incontinence in Older Women: Who is at Risk? Am Coll Obstet Gynecol 1996; (5/1): 715-21.

9. Kirschner-Hermanns R, Resnick NM, Scherr P, Wetle T, Branch L. Relationship of Medication Use to Urinary Incontinence in the Elderly: A Population-based study. J Urol 1997; abstract 404: 104.

10. Brocklehurst JC, Dillane JB. Studies of the female bladder in old age I: Cystometrograms in Nonincontinent Women. Gerontol Clin 1966; 8: 285.

11. Brocklehurst JC, Dillane JB. Studies of the Female Bladder in Old Age II: Cystometrograms in 100 Incontinent Women. Gerontol Clin 1966; 8: 306.

12. Resnick NM, Yalla SV. Detrusor Hyperactivity with Impaired Contractile Function: An Unrecognized but Common Cause of Incontinence in Elderly Patients. JAMA 1987; 257: 3076.

13. Resnick NM, Yalla SV, Laurino E. Feasibility, Safety and Reproducibility of

Urodynamics in the Elderly. J Urol 1987; 137 (4/2): 189A.

14. Resnick NM, Brandeis, GH, Bauman MB et al. Misdiagnosis of Urinary Incontinence in Nursing Home Women: Prevalence and a Proposed Solution. NeuroUrol Urodynam 1996; 15: 599.

15. Schäfer W. The Contribution of the Bladder Outlet to the Relation between Pressure and Flow Rate during Micturition. In: Hinman F- Jr (ed). Benign Prostatic Hypertrophy. Springer-Verlag, New York 1983; 470.

16. Resnick NM. Initial Evaluation of the Incontinent Patient. JAGS 1990; 38: 311.

Korrespondenzadresse:

Dr. Ruth Kirschner-Hermanns
Urologische Klinik der Medizinischen
Fakultät der RWTH Aachen
D-52057 Aachen, Pauwelsstraße 30

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)