

Harninkontinenz – Schicksal bei Morbus Parkinson?

Ein Bericht vom 8. Wiener Internationalen Geriatrie-Kongress

KATHARINA GRIMM

Beim 8. Wiener Internationalen Geriatrie-Kongress standen unter dem Thema Harninkontinenz die Parkinson-Patienten im Mittelpunkt. Aber es wurden auch Hinweise zum generellen diagnostischen und therapeutischen Vorgehen bei der im Alter so häufigen, aber eben nicht schicksalhaften Inkontinenz gegeben.

Frauen sind nicht nur sechs- bis siebenmal häufiger, sondern aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung auch länger von Inkontinenz betroffen. Eine 60-jährige Frau wird womöglich noch 20 bis 25 Jahre mit ihrem Leiden leben müssen. Dabei wird es sie in dieser Zeit oft immer mehr belasten, denn mit dem Alter nimmt auch der Schweregrad der Inkontinenz kontinuierlich zu – sei es durch Komorbiditäten, Medikamente oder fortschreitende degenerative Veränderungen. Dennoch ist Inkontinenz auch für Hochbetagte kein Schicksal, und nicht immer muss man ihnen umfangreiche Abklärungen zumuten, um ihnen wirksam helfen

zu können, so Professor Engelbert Hanzal, Wien. Durch Anamnese und gezielte Fragen können die Symptome einer Drang- oder Belastungsinkontinenz oder einer Mischform zugeteilt werden. Nach einer klinischen Untersuchung ist damit in der Regel eine vorläufige Diagnose möglich. «Die darauf basierende primäre Behandlung reicht bei 80 bis 90 Prozent Ihrer geriatrischen Patienten aus.» Die zahlreichen Anticholinergika unterscheiden sich seiner Ansicht nach in ihrer Wirksamkeit kaum. Jedoch sollte Ditropan bei alten Menschen nicht verwendet werden, da es die Blut-Hirn-Schranke übertritt, geeigneter ist Trosipiumchlorid.

«*Eine umfassende Anamnese und körperliche Untersuchung reichen zumeist, um die Diagnose zu stellen und eine Behandlung zu beginnen*»

Prof. Engelbert Hanzal

Störungen der Blasenfunktion bei Morbus Parkinson

Bezogen auf alle Parkinson-Formen kommt es in 67,4 Prozent, beim idiopathischen Parkinson-Syndrom sogar in bis zu 90 Prozent zu einer Inkontinenz, wobei vor allem ältere Patienten betroffen sind. Nach ihrer Pathogenese können theoretisch drei verschiedene Formen unterschieden werden: erstens eine von der Grunderkrankung un-

8. Wiener Internationaler Geriatrie-Kongress, 20.–23. April 2005, Wien

abhängige Inkontinenz (z.B. wegen Prostatahyperplasie), zweitens eine durch die Parkinson-Medikamente ausgelöste Inkontinenz und drittens eine Blasenentleerungsstörung im Rahmen der Parkinson-Erkrankung. Klinisch ist eine so klare Differenzierung jedoch meist unmöglich. In der Literatur finden sich kontroverse Angaben zur Ursache der Blasenentleerungsstörungen bei M. Parkinson, die von einer Detrusorhyperreflexie bis zur Areflexie oder einer Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie reichen. Gemäss Professor Helmut Heidler, Urologe in Linz, stehen jedoch zumeist irritative Symptome, besonders der imperative Harndrang, im Vordergrund; obstruktive Beschwerden treten zumeist oft im späteren Verlauf auf.

Dr. Mathias Pfisterer, Heidelberg, betonte aus seiner Sicht als Geriater, dass auch bei M. Parkinson zunächst zahlreiche krankheitsunabhängige Ursachen denkbar sind. Er riet deshalb dazu, auch bei Parkinson-Patienten ein pragmatisches Vorgehen anhand des «DIAPERS»-Schemas zu wählen: «Was häufig ist, ist häufig!»

D Delirium

I Infektion, wobei die Behandlung die Kontinenz nicht immer wiederherstellt

A Atrophische Urethritis, Kolpitis: Östrogen

P Pharmaka, Psyche: Cave: Medikamente oft nicht absetzbar, selten Depression

E Exzessive Urinproduktion: Herzinsuffizienz, schlecht eingestellter Diabetes

R Reduzierte Mobilität



S Stuhlprobleme, Obstipation.

Harninkontinenz – Schicksal bei Morbus Parkinson?

Das schrittweise Durchgehen und der Ausschluss beziehungsweise die Behandlung dieser möglichen Ursachen erleichtern das weitere diagnostische Vorgehen bei jedem (Parkinson-)Patienten.

«Häufig besteht bei Morbus Parkinson eine unglückliche Kombination aus Drangsymptomatik und Entleerungsstörung, verursacht durch eine Multisystematrophie einerseits und Medikamente andererseits», sagt Pfisterer.

Ausserdem kann es zu einer passageren Off-Phasen-Inkontinenz kommen, wenn die Wirkung der Parkinson-Medikation nachlässt. Bei obstruktiven Symptomen mit infravesikalem Hindernis kommen neben der Prostatahyperplasie ursächlich auch ein Rigor des Beckenbodens oder

 *Ganz wichtig ist eine
Versorgung mit
Inkontinenzhilfen* 
Dr. Mathias Pfisterer

eine Detrusorschwäche durch die Anti-Parkinson-Mittel in Frage.

Restharnbestimmung ist diagnostisch entscheidend

In der Anamnese ist deshalb gezielt nach irritativen und obstruktiven Symptomen zu fragen. Ein Miktionsprotokoll ist hilf-

reich, bedingt aber die aktive Mithilfe des Patienten oder eines Angehörigen beziehungsweise einer Pflegekraft. Entscheidend für das weitere Vorgehen ist die Bestimmung des Restharns: Ohne Restharn kann bei irritativen Symptomen direkt mit der Therapie begonnen werden. Bei Restharnbildung oder vorwiegend obstruktiver Symptomatik ist eine urodynamische Abklärung indiziert.

«Setzen Sie gemeinsam mit den Patienten realistische Ziele! Eine vollständige Kontinenz kann und darf nicht das Hauptziel sein, aber eine soziale Kontinenz ist fast immer erreichbar», so warnt Pfisterer.

Vor der Therapie steht die Aufklärung über die wahrscheinlichen Ursachen und verstärkende Einflussfaktoren sowie die

Harninkontinenz – Schicksal bei Morbus Parkinson?

Häufigkeit des Leidens: «Es hilft Ihren Patienten zu wissen, dass sie nicht allein mit diesem Problem sind!»

Wo nötig und möglich, sollte eine Umgebungsanpassung (z.B. Wege zur Toilette verkürzen, Urinflaschen mit Rücklaufschutz benutzen etc.) und eine Verbesserung der Mobilität erfolgen. «Ganz wichtig ist eine adäquate Versorgung mit Inkontinenzhilfen», so der Geriater. «Als Hausarzt können Sie diesen grossen Markt kaum überschauen, deshalb ist die Hilfe eines Pflegeexperten dringend anzuraten, der mit der Anpassung individueller Inkontinenzhilfen vertraut ist.» Ungeeignete Hilfsmittel wirken eher verstärkend als lindernd.

Begleitend kann eine Verhaltensanpassung zum Beispiel bei den Trinkgewohnheiten (ausreichende Flüssigkeitszufuhr!) notwendig sein. Ein Beckenbodentraining ist dagegen nur für jüngere und differenzierte Patienten geeignet.

«Grundsätzlich muss vor jeder Medikation ein konsequent umgesetztes Toilettentraining stehen», fordert Pfisterer. Dessen Säulen sind einerseits feste, andererseits auch individuelle und angebotene Zeiten für den Toilettengang, wobei für den Patienten ein positives Feedback wichtig ist (z.B. wenn er sich bei Drang selbst meldet).

Bei im Vordergrund stehender Dranginkontinenz durch eine Detrusorhyperak-

tivität kommen therapeutisch praktisch alle Mittel mit anticholinergem Wirkmechanismus sowie Spasmolytika in Frage, Desmopressin dagegen ist ungeeignet. Dabei ist auf eine Wirkungsverstärkung durch die Parkinson-Therapie (Anticholinergika, COMT-Hemmer, Dopaminagonisten) zu achten. Bei Detrusorschwäche sollte versucht werden, auf nicht anticholinerge Parkinson-Medikamente zu wechseln.

«Noch unglücklicher für die Patienten ist eine Kombination aus Inkontinenz und Entleerungsstörung.» Hier sollte – wo immer möglich – versucht werden, den Restharn zu reduzieren. In der Parkinson-Therapie wäre einerseits eine Reduktion oder das Absetzen der anticholinergen Parkinson-Medikation zu empfehlen. Eine Umstellung auf Antispastika wie Sirdalud (wirkt nur auf quergestreifte Muskulatur) zur Behandlung eines Rigors des Beckenbodens ist ebenfalls eine Option. Pfisterer empfiehlt, die Therapie mit Alphablockern Experten zu überlassen. Als Ultima Ratio verbleibt die suprapubische oder transurethrale Ableitung über Katheter.

Bei einer chirurgischen Intervention wegen Prostatahyperplasie gaben beide Referenten – Urologe und Geriater – zu bedenken, dass der Benefit einer Resektion generell geringer und mit schlechteren Ergebnissen belastet ist als bei Gesunden.

Inkontinenz und Sexualität

Psychologisch bedeutet die Inkontinenz eine schwere Kränkung des Selbstwertes und eine als demütigend empfundene Regression zum Kleinkind. Die Einstellung zur Sexualität variiert dabei stark: Manche fühlen sich zu alt, bei anderen ist die Inkontinenz alles beherrschend. Oft wird ein Attraktivitätsverlust durch die Inkontinenz befürchtet. «Dabei ist durchaus nicht nur die sexuelle Handlung an sich, sondern vor allem auch das ‹Sich-als-Mann/Frau-Fühlen› eine entscheidende Komponente von Sexualität, unabhängig von Alter, Geschlecht, Familienstand und Lebenssituation», erklärte Martina Steinbeiss, Linz. Die Paarbeziehung wird möglicherweise durch Ekel, Abscheu und einen Rückzug des Betroffenen oder des Partners aus der Intimität belastet. In tragfähigen Beziehungen können genügend Ressourcen vorhanden sein, um das Problem selbst in den Griff zu bekommen. Sonst hilft oft bereits ein klärendes Gespräch mit einer externen Person, eine sexualtherapeutische Beratung wird selten gesucht. ●

Katharina Grimm, Eich
E-Mail: katharina.grimm@gmx.ch

Interessenkonflikte: keine deklariert