

# Harninkontinenz bei älteren Frauen

Eine evidenzbasierte Diskussion der Behandlungsmöglichkeiten

**Als sehr häufiges geriatrisches Syndrom betrifft die Harninkontinenz mindestens eine von drei älteren Frauen und hat weitreichende Auswirkungen auf die Lebensqualität. Da sie spontan oft unerwähnt bleibt, muss man gezielt nach den Beschwerden und ihrem Stellenwert fragen. Die verfügbaren Behandlungen erzielen einen hohen Grad an Patientinnenzufriedenheit und Verbesserung der Lebensqualität.**

**JAMA**

Die Autorinnen dieser Übersicht aus JAMA betonen einleitend die Wichtigkeit einer korrekten Anfangsdiagnose bei Harninkontinenzproblemen: Handelt es sich um eine Stress-, Drang- oder gemischte Inkontinenz? Nur darauf kann sich die Verschreibung geeigneter Therapien sinnvoll stützen. Als sehr wichtigen Aspekt des alltäglichen medizinischen Problems heben sie auch den grossen Einfluss auf die Lebensqualität der Betroffenen hervor, der denjenigen vieler Komorbiditäten im fortgeschrittenen Alter wie Diabetes, Hirnschlag oder Arthritis von Händen und Handgelenken übertrifft. Eine Harninkontinenz ist mit einer 30-prozentigen Zunahme der funktionellen Verschlechterung und einem verdoppelten Risiko für Stürze, depressive Symptome und Pflegeheimeinweisungen assoziiert. Um eine bessere Charakterisierung der sinnvollen Schritte bei Abklärung und Therapie zu erreichen, sammelten die Autorinnen Evidenz aus PubMed und evidenzbasierten Übersichten (Oxford Centre, Cochrane Agency for Healthcare Research and Quality Evidence Review).

## Abklärung in der Hausarztpraxis

Studien zeigen, dass nur eine Minderheit der Frauen mit einer Harninkontinenz deswegen medizinische Betreuung sucht. Gleichzeitig gibt es Evidenz, dass Verhaltensinterventionen eine stärkere Inkontinenz verhindern und die Progression einer bestehenden Blasenstörung verringern können. Die Erst-

abklärung erfolgt in der hausärztlichen Praxis. Die Anamneseerhebung kann kurz ausfallen und soll die individuellen Charakteristika des Problems (Art der Inkontinenz, Schweregrad, Dauer, subjektive Belastung) sowie allenfalls modifizierbare Faktoren, die zur Auslösung oder Verschlimmerung beitragen (*Tabelle*), im Hinblick auf die Verschreibung erfassen (Evidenzgrad C). Zur Exploration gehören auch Fragen nach Miktionsfrequenz, Drangsymptomen und Nykturie.

Frühere Richtlinien haben neben der Anamnese auch ein Miktionsstagebuch, die körperliche Untersuchung inklusive Beckenorgane, die Bestimmung des Restharns sowie einen Hustenbelastungstest empfohlen (Evidenzgrad Konsensusexperteneinigung). Nach einer Studie ist aber auch eine weniger durchgreifende Abklärung in der Praxis sicher und einigermaßen präzise. In der Initialabklärung ist die körperliche Untersuchung weniger nützlich als die genaue Anamneseerhebung, bietet aber eine Gelegenheit zur Instruktion für das

## Merksätze

- In der Initialabklärung ist die körperliche Untersuchung weniger nützlich als die genaue Anamneseerhebung, bietet aber eine Gelegenheit zur Instruktion für das bedeutsame Training der Beckenbodenmuskulatur.
- Bei Frauen mit eindeutiger Stress- oder Dranginkontinenz kann sich das initiale Management nur auf die Anamnese und eine Urinanalyse stützen.
- Die Zufriedenheit mit der Behandlung wird gefördert, wenn schon zu Beginn genauer formuliert wird, was gebessert werden soll.
- Verhaltensprogramme umfassen viele individualisierbare Komponenten wie Miktionsstagebuch, Blasenentleerungen nach Zeitplan, verzögerte Miktion, Beckenbodentraining, Stress- und Drangunterdrückungsstrategien, Biofeedback, Flüssigkeitsmanagement, Gewichtsabnahme und andere Lifestyleveränderungen.
- Antimuskarinische Wirkstoffe verbessern die Dranginkontinenz.
- Bei Stressinkontinenz kommen heute auch bei älteren Frauen die verschiedenen minimalinvasiven chirurgischen Verfahren zum Zug.

Tabelle: **Modifizierbare Faktoren, die zu Harninkontinenz beitragen**

Einflussfaktor	Mechanismus	Bedeutung für die Therapie
<b>Harnwegsinfekt</b>	Zystitis verursacht Harndrang und Pollakisurie	Asymptomatische Bakteriurie ist bei älteren Patienten häufiger und bedarf keiner Therapie. Eine Behandlung ist aber zu erwägen, wenn eine Inkontinenz neu auftritt oder sich signifikant verschlechtert. Bei Heimpatientinnen können Dysurie, Veränderungen in Aussehen und Geruch des Urins sowie ein veränderter Mentalstatus nützliche Indikatoren für einen Harnwegsinfekt sein.
<b>Obstipation</b>	Postuliert: physische Irritation der Blase durch Rektumüberdehnung	Angemessene Therapie mit Steigerung der Flüssigkeitszufuhr, höherem Frucht- und Faseranteil in der Ernährung, Stuhlweichmachern und bei Bedarf Laxativa.
<b>Diabetes mellitus</b>	Glykosurie verursacht Polyurie; neuropathische Blase	Verbesserung der Diabeteskontrolle kann osmotische Diurese verringern und die Inkontinenz verbessern. Eine Harninkontinenz kann zur Erstdiagnose eines Diabetes führen, wenn die Urinuntersuchung den Hinweis auf Glykosurie gibt.
<b>Einschränkung der Mobilität</b>	Verlangsamte Mobilität jeglicher Ursache kann eine Urininkontinenz verschlimmern. Bewegungsschmerz wegen Arthrose u.a. kann zur Hinauszögerung der Miktion mit Inkontinenzepisoden führen.	Physiotherapie, Gehhilfen oder andere Interventionen können die Mobilität verbessern. Besseres Schmerzmanagement mit pharmakologischen und nichtpharmakologischen Behandlungen sowie Anleitung zum Toilettentraining können Beweglichkeit und Inkontinenzproblematik verbessern.
<b>Schlafapnoe</b>	Nächtliche Diurese wegen Produktion von natriuretischem Peptid	Behandlung vermindert nächtliche Diurese und Nykturie.
<b>Adipositas</b>	Druck auf die Blase bei Stammfettsucht und Belastung der Muskeln des Beckenbodens	In einer randomisierten Studie reduzierte eine Gewichtsabnahme um 17 Pfund (vs. 3 Pfund) über 6 Monate Inkontinenzepisoden um 47% (vs. 28%). Beide Gruppen erhielten eine Broschüre zur Selbsthilfe.
<b>Pharmaka</b>		
Koffein	Koffein ist ein schwaches Diuretikum und Blasenirritans.	Verzicht oder Konsumreduktion kann eine Inkontinenz bessern.
Diuretika	Gesteigerte Diurese verschlimmert Harninkontinenz.	Überprüfung der Notwendigkeit des verschriebenen Diuretikums. Schleifen- diuretika können spät am Nachmittag eingenommen werden, um nützliche Stunden ohne Pollakisurie tagsüber zu gewinnen und ein Abflauen der Diurese vor dem Zubettgehen zu erreichen.
ACE-Hemmer	Husten ist eine häufige Nebenwirkung und verschlimmert eine Stressinkontinenz.	Wechsel zu einem Angiotensinrezeptorblocker oder anderen Antihypertensivum
Anticholinergika, Sedativa und Hypnotika	Können zu unvollständiger Blasenentleerung und Obstipation führen und so Pollakisurie, Harndrang und Inkontinenz verschlimmern. Sie können auch eine kognitive Beeinträchtigung verursachen, die ihrerseits mit der Wahrnehmung des Blasen Zustands interferiert.	Absetzen oder Dosisreduktion wann immer möglich

bedeutsame Training der Beckenbodenmuskulatur. Bei Frauen mit eindeutiger Stress- oder Dranginkontinenz könne sich das initiale Management nur auf Anamnese und Urinanalyse stützen, schreiben die amerikanischen Autorinnen. In ihrer Erfahrung erweise sich die Restharnbestimmung in der Allgemeinpraxis als eher schwierig und falle ausser bei bekannter neurologischer Störung, massivem Prolaps oder rezidivierenden Harnwegsinfekten nur selten pathologisch aus (Evidenzgrad C). Die Urinanalyse ist zur Erfassung von Hämaturie, Pyurie, Bakteriurie und Glykosurie wichtig und gehört daher zu jeder

Erstabklärung (Evidenzgrad C). Bei Patientinnen, die dazu Anlass geben, ist auch eine kurze Erfassung der kognitiven Situation angezeigt.

**Behandlung der Harninkontinenz**

*Therapieziele formulieren*

Die Zufriedenheit mit der Behandlung wird gefördert, wenn schon zu Beginn genauer formuliert wird, was gebessert werden soll. Die individuellen Therapieziele können unterschiedlich sein. Sie umfassen Aspekte wie:

- Symptomlast wegen Inkontinenz, Pollakisurie, Harndrang und Nykturie (oder allen zusammen) reduzieren
- mehr Trockenheit erzielen (z.B. weniger Einlagen)
- spezifische soziale Aktivitäten ermöglichen
- Unabhängigkeit im Inkontinenzmanagement erzielen (zu Hause wohnen erhalten)
- Pflege erleichtern.

### Verhaltenstherapien

Verhaltensprogramme umfassen in der Regel eine Vielzahl individualisierbarer Komponenten wie Miktionstagebuch, Blasenentleerungen nach Zeitplan, verzögerte Miktion, Beckenbodentraining, Stress- und Drangunterdrückungsstrategien, Biofeedback, Flüssigkeitsmanagement, Gewichtsabnahme und andere Lifestyleveränderungen.

*Beckenbodentraining:* Es bleibt ein Eckpfeiler der Behandlung, da es sowohl bei Stress- als auch bei Drang- und gemischter Inkontinenz effektiv ist. In randomisierten Studien wurden Inkontinenzepisoden um 54 bis 75 Prozent reduziert (gegenüber 6–16% ohne Therapie). Verschiedene Methoden kommen zum Einsatz, mit und ohne Biofeedback oder elektrische Stimulation (die in einer Studie keinen Zusatznutzen zeigte).

*Verhaltenstraining bei Stressinkontinenz:* Hier werden drei Ziele angestrebt: Stärkung der Beckenbodenmuskulatur, Verbesserung des strukturellen Supports und Erlernen der willkürlichen Muskelbetätigung zum Verschluss der Harnröhre bei «heiklen» Aktivitäten wie Niesen.

*Verhaltenstraining bei Dranginkontinenz und Drangsymptomen:* Bei den Drangunterdrückungstechniken müssen Patientinnen lernen, statt zur Toilette zu eilen ihre Beckenbodenmuskeln anzuspannen, um den Drang zu unterdrücken und zu warten, bis er nachlässt. In kontrollierten Studien liess sich die Inkontinenz so um 60 bis 80 Prozent reduzieren. Beim Blasen- training wird eine Verringerung der Miktionsfrequenz mit längeren Miktionsintervallen erlernt. Die schlüssigste Studie bei ambulanten älteren Patientinnen ergab eine mittlere Reduktion der Miktionsfrequenz um 57 Prozent.

*Lifestyleanpassungen:* Sie werden im Allgemeinen ergänzend zu den spezifischeren verhaltenstherapeutischen Ansätzen und Methoden eingesetzt. Dazu gehören Reduktion des Konsums koffeinhaltiger Getränke, Flüssigkeitsmanagement und Gewichtsreduktion. In der Erfahrung der Autorinnen sind Aufzeichnungen zur Flüssigkeitsaufnahme und -ausscheidung während 24 Stunden und genaue Patientinnenangaben zu Art und Menge der Getränke eine hilfreiche Information (Evidenzgrad C). Viele ältere Frauen mit Inkontinenzproblemen schränken von sich aus die Flüssigkeitsaufnahme ein, um gewissen Aktivitäten nachgehen zu können. Dies mag in einzelnen Situationen effektiv sein, birgt aber auch das Risiko einer unerwünschten Dehydratation.

Nach bariatrischen Eingriffen, aber auch nach konventionellen Abmagerungsprogrammen mit geringem Gewichtsverlust sind signifikante Verbesserungen bei Inkontinenz dokumentiert worden. Für ältere Frauen fehlt jedoch die Evidenz, dass Gewichtsabnahme eine effektive Inkontinenzbehandlung ist.

### Medikamente

Sie waren in einer vergleichenden Studie weniger effektiv als Verhaltenstherapie (81% vs. 69% Reduktion von Inkontinenzepisoden). Ausserdem haben sie Nebenwirkungen. Für ältere Patientinnen sollte die Anfangsdosierung die niedrigst verfügbare Dosis sein. Eine Medikation bei Bedarf, zum Beispiel vor dem Besuch von sozialen Anlässen, kann nützlich sein.

*Antimuskarinische Wirkstoffe:* Sie verbessern die Dranginkontinenz durch Blockierung der cholinergen Stimulation von postganglionären Rezeptoren in der glatten Muskulatur des Detrusors. Den Stoffwechselveränderungen im Alter sollte Rechnung getragen werden. So erfolgt die Elimination von Wirkstoffen mit First-Pass-Metabolisierung in der Leber (Oxybutynin, Darifenacin, Tolterodin, Solifenacin) und mit primär renaler Clearance (Tolterodin, Trosipium) langsamer. Da viele ältere Patientinnen viele weitere Medikamente einnehmen, die ebenfalls anticholinerge Wirkungen haben können, ist auf additive Effekte zu achten.

*Einsatz von Östrogen:* Eine systematische Review der Auswirkungen von vaginal appliziertem Östrogen ergab signifikante Verbesserungen bei Miktionsfrequenz, Nykturie, Drang, Inkontinenzepisoden und Blasenkapazität bei postmenopausalen Frauen. In Dosierungen, wie sie auch zur Behandlung der vaginalen Atrophie eingesetzt werden, blieben die Serumspiegel tief und die Endometriumdicke unverändert.

### Andere Therapien

*Pessare* sind auch für gebrechliche alte Frauen eine gute Behandlung bei Stressinkontinenz, da sie auch ambulant herausgenommen, gereinigt und wieder eingesetzt werden können. Eine kontrollierte Studie mit oder ohne Verhaltenstherapie ergab Zufriedenheitsraten von 50 Prozent über 12 Monate.

*Perkutane Tibialisnervenstimulation:* Bei perkutaner Stimulation erfolgt eine Neuromodulation durch Projektionen vom N. tibialis posterior zum Sakralplexus, die Verbesserungen bei Drangsymptomen, hoher Miktionsfrequenz und Dranginkontinenz bewirkt. In einer randomisierten kontrollierten Studie mit einjährigem Follow-up erzielten die Stimulationsbehandlungen (1x/Woche während 12 Wochen) signifikante und dauerhafte Verbesserungen.

*Botulinumtoxin:* Diese neuere Methode mit zystoskopischer Injektion in den Detrusor wird zunehmend bei Fällen von Dranginkontinenz eingesetzt, die auf andere Therapien nicht ausreichend angesprochen haben (Evidenzgrad A). Zu den Nebenwirkungen gehören Harnverhalt mit Notwendigkeit der Selbstkatheterisierung sowie ein erhöhtes Risiko für Harnwegsinfekte. Für ältere Frauen gibt es dazu nur wenig Daten. In einer kleinen Behandlungsserie bei 21 älteren Frauen mit Dranginkontinenz hatte einen Monat nach Injektion von Botulinumtoxin A die Miktionsfrequenz von 11 auf 5 und der Verbrauch von Einlagen von 4 auf 1 pro Tag abgenommen.

Die *Sakrale Neuromodulation* erfordert die Implantation einer Elektrode zur Stimulation von S3. Studien dokumentieren eine 50-prozentige Symptomreduktion und Verbesserung der Lebensqualität bei bis zu 90 Prozent der Behandelten (Evidenzgrad A).

*Minimalinvasive chirurgische Eingriffe:* Heute kommen diese Optionen auch im fortgeschrittenen Alter häufig zum Einsatz, da die Operationen immer weniger belastend werden. Bei Stressinkontinenz gibt es zum Beispiel effektive minimalinvasive operative Methoden zum Einsetzen einer *Urethraschlinge*. In Kohortenstudien reichten die Heilungsraten bei älteren Frauen von 77 bis 96 Prozent (Evidenzgrad A).

*Absorbierende Produkte:* 50 bis 80 Prozent der von Inkontinenz betroffenen Frauen verwenden verschiedene Arten von Einlagen und Binden. Dies kann in Einzelfällen eine ausreichende Therapie sein.

*Besondere Gesichtspunkte bei älteren Frauen mit kognitiver Beeinträchtigung:* In solchen Situationen ergeben sich besondere Probleme. So können die Symptome einer Harnwegsinfektion sehr unspezifisch sein und sich sowohl in einer Verschlechterung bei der Inkontinenzsymptomatik als auch in einer Abnahme von Kognition und allgemeinem funktionellen Status äussern. Bei kognitiv beeinträchtigten Patientinnen sollte eine digitale Rektaluntersuchung und Aufzeichnung der Defäkationen eine Obstipation ausschliessen. Bei Frauen mit leichter kognitiver Beeinträchtigung fanden die Autorinnen, dass ein vereinfachtes Verhaltenstherapieprogramm mit Einschränkung beim Kaffeekonsum und Miktionen nach Zeitplan sehr hilfreich war (Evidenzgrad C). Macht die kognitive Beeinträchtigung eine Pflegeperson nötig, muss diese unbedingt aktiv mit

einbezogen werden. Die Aufforderung zur Miktion bringt in ambulanten Situationen und in betreuten Pflegeinstitutionen bei der Reduktion von Inkontinenzepisoden viel (Evidenzgrad C). Allenfalls kann ein 3-tägiger Interventionsversuch Aufschluss geben, ob die Lebensqualität für Patientin und Pflegeperson dadurch besser wird.

Epidemiologische Evidenz deutet darauf hin, dass die zur Verbesserung der Kognition eingesetzten Cholinesterasehemmer eine Inkontinenz auslösen können. Im Einzelfall sind daher Nutzen und Risiken abzuwägen.

Bei älteren Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung sind antimuskarinische Wirkstoffe mit Vorsicht einzusetzen. Dies bedeutet, dass auf eine mentale Verschlechterung geachtet werden muss und das Medikament allenfalls abzusetzen ist. In der Erfahrung der Autorinnen sind bei Patientinnen mit Demenz oder kognitiver Beeinträchtigung jeweils auch im Zusammenhang mit chirurgischen Eingriffen Verschlechterungen zu beobachten (Evidenzgrad C). ■

**Halid Bas**

Patricia S. Goode et al.: Incontinence in older women. JAMA 2010; 303(21): 2172–2181.

Interessenkonflikte: Die Autorinnen der Originalpublikation deklarieren Forschungsgelder und Beraterhonorare einer langen Reihe von Pharmafirmen mit Interessen auf dem Gebiet der Inkontinenzbehandlung.