

Urininkontinenz

Version 1, März 2007

Dr. med. Stefan Pazeller

Einleitung

Urininkontinenz ist ein unfreiwilliger Abgang von Urin, der für die Betroffenen und/oder die Umgebung belastend wird. Bis zu 30 % der selbständig lebenden älteren Menschen und über 50 % der Bewohner von Pflegeheimen leiden an einer Inkontinenz. Die Urininkontinenz prädisponiert zu lokalen Hautproblemen (Intertrigo, Dekubitus), Harnwegsinfekten, Stürzen und Frakturen.

Sie führt oft zur Isolation, Stigmatisierung, Depression und zum Verlust der Unabhängigkeit. Sozioökonomisch stellt sie ein grosses Problem dar. So werden zum Beispiel ca. 25 % der täglichen Dienstzeit von Pflegenden in Alters- und Pflegeheimen durch die Inkontinenzversorgung in Anspruch genommen.

Oft wird eine Urininkontinenz aus Scham verheimlicht oder sie wird im Alter als normal angesehen. Letzteres stimmt nicht. Die Urininkontinenz ist in jedem Alter Ausdruck einer Pathologie und häufig behandel- und/oder heilbar. Deshalb ist es wichtig bei Betagten gezielt danach zu fragen, um möglichst früh eine Inkontinenz zu erfassen.

Ätiologie

Kontinenz ist abhängig von einer intakten unteren Harntraktfunktion, adäquater Mobilität, Kognition, Motivation und manueller Geschicklichkeit.

Im Rahmen von Alterungsprozessen des Harntraktes reduziert sich die Blasenkapazität und -kontraktilität, unwillkürliche Blasenkontraktionen sind häufiger, die Konzentrationsfähigkeit der Nieren nimmt ab, das Restharnvolumen steigt, die Prostata ist oft vergrössert und die weibliche Urethra verkürzt. Zudem wird der grösste Anteil der täglichen Flüssigkeitsaufnahme oft nachts ausgeschieden, auch wenn keine Ödeme vorliegen. Diese Veränderungen begünstigen eine Inkontinenz, verursachen sie aber nicht. Die genannten Alterungsprozesse, die Komorbiditäten ausserhalb des Harntraktes und die zusätzliche Polypharmazie erklären das häufige Auftreten einer Urininkontinenz bei Betagten. Die beiden wichtigsten Risikofaktoren sind eine eingeschränkte Mobilität und Kognition.

Assessment

Oberstes Ziel ist es mit einer ausführlichen Anamnese unter Berücksichtigung der Begleiterkrankungen und der Medikamente, einem sorgfältigen Status, einer sonografischen Restharnbestimmung, einfachen Laboruntersuchungen (Urinstatus, Bakteriologie, Kreatinin, Natrium, Kalium, Kalzium, Blutzucker) und einem Miktionsprotokoll die möglichen Ursachen der Inkontinenz zu finden. In einem ersten Schritt müssen potentiell reversible, also transiente Ursachen identifiziert werden.

Eine weiterführende urologische und gynäkologische Abklärung mit eventuell urodynamischen Tests kann bei Patienten mit rezidivierenden symptomatischen Harnwegsinfekten, grossen Vaginal- und Uterusprolapsen, Verdacht auf Prostatahyperplasie, Prostatakarzinom, steriler Hämaturie oder Residualvolumen über > 200 ml erfolgen. Für diese

Abklärungen kommen Patienten in Frage, die kooperieren können und eine entsprechende Massnahme sinnvoll und praktikabel ist.

Formen der Urininkontinenz

Transiente Urininkontinenz

In bis zu 50% der Fälle ist eine Urininkontinenz bei Hospitalisierten nur transient vorhanden. Häufige behebbare Ursachen sind

- Harnwegsinfekte
- Delirium
- Medikamente
 - mit anticholinergischer Wirkung: Antihistamika, Opioide, Antipsychotika, Trizyklika, Antiparkinsonmedikamente, Sedativa, Neuroleptika
 - Theophyllin
 - Diuretika, α -Agonisten (Midodrin), Antidementiva
- Alkohol, Koffein
- Endokrine Entgleisungen wie Hyperglykämie, Hyperkalzämie
- Ödeme (nächtlich resorbiert bei Herzinsuffizienz, chronisch venöser Insuffizienz, Malnutrition)
- Obstipation

Persistierende Urininkontinenz

Im Folgenden werden persistierende Formen der Urininkontinenz nach vorherrschender Symptomatik vereinfacht eingeteilt abgehandelt. Es liegen jedoch häufig Mischformen bezüglich Form und Symptomen vor.

Urgeinkontinenz (Dranginkontinenz)

Sie ist die häufigste Form der Inkontinenz bei Betagten und ist einer Detrusorhyperaktivität zuzuschreiben. Diese kommt einerseits durch lokale Veränderungen wie Zystitis, Urethritis Tumoren, Blasensteine, Divertikel, Blasenhalsostrukturen oder Koprostase zustande und wird als sensorische Form bezeichnet. Davon wird andererseits die motorische Form abgegrenzt, bei der die zentrale Kontrolle der Blase fehlt. Beispiele dafür sind Demenz, Schlaganfall, M. Parkinson oder Rückenmarksverletzungen.

Es kommt zum häufigen, nicht beherrschbaren Abgang von variablen, eher grösseren Mengen von Urin (urge). Die Blasenentleerung kann nicht willkürlich unterdrückt werden. Dies wird vor allem nachts als sehr störend beschrieben. Das Restharnvolumen ist in der Regel klein.

Betagte leiden sehr häufig an einer Detrusorüberaktivität mit zusätzlich eingeschränkter Blasenkontraktion (DHIC, detrusor hyperactivity with impaired contractility). Klinisch ergibt sich daraus ein Mischbild, das jegliche Symptome der verschiedenen Inkontinenzformen imitieren kann und schwer zu therapieren ist.

Stressinkontinenz (Belastungsinkontinenz)

Die Stressinkontinenz kommt aufgrund einer Insuffizienz des Verschlussmechanismus am Blasenhalshals und der Urethra zustande. Eine Schädigung des Beckenbodens nach Geburten mit Abflachen des vesikourethralen Winkels, eine Schleimhautatrophie des periurethralen Gewebes und Operationen sind die häufigsten Ursachen. Es ist die zweithäu-

figste Form der Inkontinenz bei Frauen. Typisch ist der Verlust von kleinen bis mittelgrossen Portionen bei Erhöhung des intrabdominalen Druckes durch Husten, Lachen, Niesen (Grad I), Treppensteigen oder Gehen (Grad II) oder Stehen (Grad III). Eine reine Stressinkontinenz ist nachts **nicht** symptomatisch.

Überlaufinkontinenz

Zur Überlaufinkontinenz kommt es entweder durch eine urethrale Obstruktion (Prostatahyperplase oder -tumoren, Urethrastrikturen) oder durch eine Blasenatonie. Ursachen für die Blasenatonie sind die autonome Neuropathie bei Diabetes, ein Cauda equina Syndrom oder anticholinerge Medikamente. Eine Überlaufinkontinenz äussert sich im häufigen Abgang von kleinen Urinmengen bei Erhöhung des intraabdominalen Druckes. Im Gegensatz zur Stressinkontinenz finden sich grosse Restharmengen über 450 ml.

Funktionelle Urininkontinenz

Dies bezeichnet eine Inkontinenz aus Gründen, die ein rasches Erreichen der Toilette verunmöglichen. Häufige Ursachen dafür sind zum Beispiel schwere Demenz, Immobilität, Depression, Sehbehinderungen oder bauliche Hindernisse (z.Bsp. Treppen zum WC).

Therapie

Grundprinzip ist das Ausschalten reversibler Ursachen einer Inkontinenz. Für die Behandlung spielt das Geschlecht, die körperliche und geistige Verfassung und das soziale Umfeld eine wesentliche Rolle. Bei oft multifaktorieller Genese der Inkontinenz tragen schon kleine Anpassungen in einzelnen Bereichen (Toilettentraining, Inkontinenzhilfsmittel, Kontrolle der Herzinsuffizienz, Anpassung Diuretika, Absetzen anticholinergender Medikamente, Ersatz eines Trizyklikums durch einen SSRI, etc.) zu einer wesentlichen Verbesserung bei.

Urgeinkontinenz

nach Möglichkeit kausal

Medikamente

- Anticholinergika

Tropiumchlorid (Spasmo-Urgenin Neo®), 2 x 20mg/d

Tolterodin (Detrusitol SR®), 2 x 2-4mg/d

Darifenacin (Emselex®), 1x 7.5mg bis 15mg/d

Die anticholinergen Nebenwirkungen wie Harnretention, Mundtrockenheit, Übelkeit,

Obstipation, posturale Hypotension, Verwirrtheit, Schwindel, Sehstörungen, etc. sind zu beachten. Bei erhöhtem Augendruck sind Anticholinergika kontraindiziert.

Der Effekt ist nach 6 bis 12 Wochen zu beurteilen. Bei einer DHIC (detrusor hyperactivity with impaired contractility) kann diese Therapie zur Überlaufblase führen.

- Spasmolytika
eine schwache Evidenz besteht für Flavoxat (Urispas®), 3-4 x 200mg/d
- bei benigner Prostatahyperplasie
 α 1-Blocker Tamsulosin (Pradif®) 1x400 μ g/d

Toiletten-/WC-Training

- regelmässiger Toilettengang selbständig oder angeleitet je nach Kognition mit Miktion zu festgelegten Zeiten, dazwischen Unterdrücken der Drangepisoden mit Ziel der Verlängerung der Zeitintervalle
- Trinkmenge von 1500 ml anstreben, da konzentrierter Urin die Blase reizen kann.
Die Trinkmenge soll bis zum späten Nachmittag erreicht sein.
- Manöver zur Erleichterung der Blasenentleerung (Kneifen in Bauchhaut, Beklopfen der suprapubischen Region, Wasser laufen lassen)

Inkontinenzhilfsmittel (Einlagen, Windeln, Urinflasche, etc.)

Stressinkontinenz (bei der Frau)

Training der Beckenbodenmuskulatur

(evtl. mit Elektrostimulation – Biofeedback)

Pessare

Medikamente

- wenig Evidenz besteht für die Alphastimulation mit Midodrin (Gutron®), 2 x 7 Tropfen/d
- Östrogene:
 - systemisch: auch kombiniert mit Progestin besteht keine Evidenz, die Symptomatik kann im Gegenteil verschlimmert werden
 - lokale Östrogene
 - können bei rezidivierenden Harnwegsinfekten die Infektrate senken und so transiente Inkontinenzursachen minimieren
 - behandeln die vaginale Atrophie und kann dadurch die Inkontinenz verbessern
(kontroverse Evidenz), Therapie: Orthogynest®/Ovula täglich für 2 Wochen, dann zweimal pro Woche

chirurgische Verfahren nur nach eingehender Diagnostik

Inkontinenzhilfsmittel (Einlagen, Windeln, Urinflasche, etc.)

Überlaufinkontinenz

bei benigner Prostatahyperplasie:

- α 1-Blocker: Tamsulosin (Pradif®)
 - schneller Wirkungseintritt
- 5- α -Reduktase Hemmer: Finasteride (Proscar®)
 - langsamer Wirkungseintritt: über 6-8 Monate 20% weniger Volumen

- Transurethraler/suprapubischer Katheter
- Operation

Blasenatonie

- Parasympatomimetikum: Betanecholchlorid (Myocholine ®) 4 x 10 - 50 mg/d)
- für eine längerfristige Wirksamkeit fehlt die Evidenz

Blasenkatheeter

Die permanente Einlage eines Blasenkatheeters zur Inkontinenzbehandlung muss genau abgewogen werden. Inkontinenz als solche ist keine Indikation für einen Dauerkatheter. Akzeptierte Indikationen für einen Blasenkatheeter sind:

- Nicht operables distales Abflusshindernis
- Palliative Situation, als Entlastung für den Patienten
- Schwer beeinträchtigte Patienten, für die es keine anderen Alternativen gibt
- Grosse Dekubiti (vorübergehende Lösung)

Dauerkatheter gehen mit Bakteriurie, repetitiver Verletzung der Blasenschleimhaut und konsekutiv rezidivierenden Infekten einher. Katheterurin ist immer kontaminiert und erschwert dadurch die Diagnose einer Zystitis. Nur symptomatische Harnwegsinfekte werden antibiotisch behandelt. Weitere Probleme sind die Inkrustation des Katheters, das Fremdkörpergefühl und der dadurch ausgelöste Harndrang, die Katheterwechsel und der Urinfluss neben dem Katheter (Bypassing).

Suprapubische Katheter verursachen gegenüber den transurethralen Harnableitung keine Verletzungen der Urethra, eine spontane Miktion ist möglich, die Toleranz ist besser, Manipulationen durch den Patienten sind seltener und es kommt vor allem initial zu weniger Infekten (Evidenz klein). Zur Prophylaxe von Katheterinfekten soll genügend getrunken (mind. 1500 ml/d) und Massnahmen, die die Urethra und die Blasenschleimhaut traumatisieren, vermieden werden. Ein Katheterwechsel wird nur symptominduziert vorgenommen bei Obstruktion, Schmerzen im Blasenbereich, Bypassing, Inkrustation und

festgestellter Katheterzystitis. Das Katheterspülen sollte aus demselben Grund vermieden werden.

Literatur

- Resnick NM. Geriatrics septet: Urinary Incontinence. Lancet 1995; 346: 94-99.
Ouslander JG. Urinary Incontinence. In: Osterweil D. et al. Comprehensive Geriatric Assessment McGraw-Hill, Los Angeles 2000; 555-572.
Wynne HA. What can be done for the elderly patient who is incontinent of urine? Reviews in Clinical Gerontology 2002; 12: 317-326.
Bowker LK et al. Oxford Handbook of Geriatric Medicine. Oxford University Press, Oxford, 2006.
Wettstein A. et al. (Hrsg). Checkliste Geriatrie. Thieme, Stuttgart, 1997.

Dank

Die Guidelines Urininkontinenz wurden freundlicherweise von Prof. Dr. med. Hans-Peter Schmid, Urologie Kantonsspital St. Gallen und Dr. med. Othmar Hutter, Gynäkologie, Kantonsspital St. Gallen gelesen und ergänzt.