

Reversible Störungen der Kontinenz im Alter

R. Kirschner-Hermanns, G. Jakse

Urologische Klinik, Universitätsklinikum, RWTH Aachen

Zusammenfassung

Harninkontinenz betrifft 15–30% aller älteren Menschen über 64 und etwa 50% aller im Altersheim lebenden Bewohner. Die Behandlung von Inkontinenz ist auch im Alter möglich und oft erfolgreich. Eine Metaanalyse von 15 ausgewählten Studien, die Faktoren auf ihre Assoziation zu Inkontinenz im Alter untersuchen, und zahlreiche klinische Studien zeigen, dass eine gute medizinische Versorgung, insbesondere ein verantwortungsvoller Einsatz von Medikamenten, die den unteren Harntrakt oder die Vigilanz beeinflussen, unabdingbar zur Prävention und Behandlung von Inkontinenz im Alter sind. Wichtig für eine bessere Kontinenz sind zudem die Verbesserung der Mobilität, Dexterität und Sehfähigkeit, eine gute Darmregulierung und eine optimierte Einstellung eines Diabetes mellitus.

Da im Alter neben Funktionsstörungen der Blase und des Blasenauslasses ein Versagen von Kompensationsmöglichkeiten oft zur Inkontinenz führt, ist eine Verbesserung der Kompensationsfähigkeit oft ausreichend, um Inkontinenz im Alter zu heilen oder zumindest deutlich zu verbessern.

Schlüsselwörter: Inkontinenz im Alter, reversible Ursachen der Inkontinenz im Alter

Transient interferences of continence in elderly

R. Kirschner-Hermanns, G. Jakse

Abstract

Urinary incontinence is prevalent in 15–30% of elderly over the age of 64 and in institutionalized elderly even in 50%. Treatment of incontinence in this age is possible and often successful.

A metaanalysis of 15 studies investigating associations of incontinence and other factors as well as numerous clinical studies show that a good medical treatment has a positive effect on bladder function. Drug treatment has to be checked for potential negative impact on lower urinary tract or cerebral function. To treat or even to prevent incontinence it is further important to improve mobility, dexterity, eye sight, bowel functioning and to care for good diabetes regulation.

Since incontinence in elderly is not only dependant on bladder function but also due to diminished compensatory ability, treatment of transient causes can sometimes cure and often help to significantly improve incontinence in elderly.

Key words: incontinence in elderly, transient causes of incontinence in elderly, prevention

© Hippocampus Verlag 2006

Einleitung

Inkontinenz im Alter ist häufig (15–30%), bei Altersheimbewohnern sogar noch häufiger (40–50%). Die immensen psychosozialen Implikationen besonders 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 hingegenommen.

Bei den verschiedenen Formen von Inkontinenz kann zwischen Störungen des unteren Harntraktes, Störungen der nervalen Steuerung und Störungen außerhalb des

unteren Harntraktes unterschieden werden. Während im mittleren Alter Inkontinenzsymptome überwiegend durch Störungen des unteren Harntraktes bedingt sind, überwiegen im Alter Mischformen und in fast 30% sind Faktoren außerhalb des unteren Harntraktes für die Inkontinenz entscheidend mit verantwortlich [11]. Während Inkontinenz bei den 30 bis 50jährigen in erster Linie ein Problem der Frauen ist, sind im Alter häufig beide Geschlechter betroffen.

Anders als bei Patienten im mittleren Alter ist Inkontinenz im Alter oft nicht allein durch eine Fehlfunktion des unteren Harntraktes verursacht, sondern häufig ist das Versagen

kompensatorischer Mechanismen der eigentliche Auslöser der Inkontinenzbeschwerden.

Im Alter nimmt die Blasenkapazität ab, die Kontraktilität des Detrusors und die Fähigkeit, die Miktion zu verschieben, nehmen ab. Bei Frauen nehmen der Harnröhrenverschlussdruck und die Harnröhrenlänge ab. Die Häufigkeit von Detrusorinstabilitäten und die Restharmmenge nehmen 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 prädisponieren zur Inkontinenz. Die relativ große Anzahl kontinenter Älterer zeigt jedoch auch, dass diese Faktoren nicht notwendigerweise zur Inkontinenz führen. Der Mensch verfügt über kompensatorische Mechanismen, die vor Inkontinenz schützen.

Methoden

Wir führten eine Literaturanalyse mit Hilfe der Datenbanken Medline und HealthStar durch, mit dem Ziel der Erfassung aller epidemiologischen Daten über mögliche Risikofaktoren von Harninkontinenz beim älteren Menschen über 64 Jahre. Wir verwendeten Standarddefinitionen und setzten diese in den Kontext von Inkontinenz. Primäre Prävention verhindert das Auftreten der Krankheit (z. B. Überaktivität des Detrusors, Beckenbodenschwäche), während sekundäre Prävention die resultierenden Symptome verhindert. In der Diskussion werden diese Ergebnisse mit Resultaten klinischer Studien zusammengefasst, um ein umfassendes Bild über reversible Ursachen von Inkontinenz im Alter zu geben.

Ergebnisse

Die meisten der so gefundenen 271 Publikationen untersuchen Behandlungsstrategien von Inkontinenz. Keine Studie befasst sich mit primärer Prävention. 15 Studien, die bis auf eine Studie von *Nygaard* und *Lemke* ausschließlich Querschnittsstudien waren, befassten sich mit Faktoren, die beim älteren Menschen mit Inkontinenz assoziiert sind. (Tab. 1). Fast alle Studien zeigen, dass im Alter und bei Frauen Inkontinenz häufiger ist. Da diese Faktoren jedoch nicht beeinflussbar sind, werden sie in der weiteren Analyse nicht berücksichtigt.

Die Literaturanalyse (Tab. 1) zeigt, dass eine weitgehende Einigkeit darüber herrscht, dass eingeschränkte Mobilität (odds ratio (OR) 1.25–6.31), Funktionseinschränkungen im täglichen Leben (OR 1.52–4.2), Schlaganfall/zerebrovaskuläre Erkrankung (OR 1.2–3.59), Diabetes Mellitus (OR 1.37–1.76), Stuhlinkontinenz (OR 1.25–6.31), Stuhlverstopfung (OR 2.1), chronischer Husten (OR 1.4–3.20) und verschiedene Symptome des unteren Harntraktes (OR 1.74–9.31) mit einem erhöhtem Risiko der Harninkontinenz einhergehen. Über den Einfluss verschiedener Medikamente gibt es unterschiedliche Ergebnisse. Von fünf Studien, die eine Assoziation zwischen Diuretika und Inkontinenz untersuchten, fanden zwei Studien nur für Schleifendiuretika eine positive Assoziation.

Faktoren, die mit Harninkontinenz assoziiert sind	Anzahl der Studien n [Referenzen]	Positive Assoziation zu Harninkontinenz n [Referenzen]	Odds Ratios (für + Studien)
Eingeschränkte Mobilität	9 [2, 4, 7, 8, 10, 14]	9	1.25–6.31
Funktionseinschränkung im täglichen Leben	4 [10, 13, 14]	4	1.52–4.20
Schlaganfall	6 [2, 4, 5, 10, 12, 15]	5 [2, 5, 10, 14, 15]	1.20-3.59
Diabetes Mellitus	6 [2, 4, 5, 10, 12, 14]	6	1.37-1.76
Chronischer Husten	4 [2, 4, 5, 14]	4	1.40-3.20
Symptome des unteren Harntraktes (LUTS)	4 [4, 5, 7, 12]	4	1.74–9.31
Stuhlinkontinenz	4 [4, 7, 12, 14]	4	1.25–6.31
Stuhlverstopfung	3 [4, 10, 12]	2 [4, 12]	2.10*
Demenz	5 [1, 3, 8, 10, 14]	3 [3, 8]	1.90–8.97
Schwangerschaft	2 [2, 12]		1.3
Medikamente:			
Sedativa/Hypnotika	3 [2, 6, 10]	2 [6, 10]	1.45–2.15
Diuretika	5 [2, 3, 6, 10, 13]	0	#
Östrogene	2 [2, 4]	2	##
Operationen im kleinen Becken	6 [2, 4, 9, 12, 13, 15]	4 [2, 4, 9, 15]	1.34–3.88

Tab. 1: * Nur von einer Studie konnte der OR kalkuliert werden [10]

Zwei Studien fanden lediglich bei Schleifendiuretika eine positive Assoziation [2, 6]

Dies kann damit zusammenhängen, dass Östrogene oft bei Inkontinenzbeschwerden verschrieben werden.

Diskussion

Da longitudinale Daten fehlen, sind Aussagen über zeitliche und kausale Zusammenhänge nicht zuverlässig möglich. In den meisten Studien wird auf die verschiedene Medikamentengabe nur wenig eingegangen und so erklärt sich, dass eine der häufigsten Ursachen der temporären Inkontinenz, der Einfluss verschiedener Medikamente, in den epidemiologischen Studien nahezu unberücksichtigt bleibt.

Von den zahlreichen Medikamenten, die direkt oder indirekt den unteren Harntrakt beeinflussen, sind besonders erwähnenswert:

- **Schlaf- und Beruhigungsmittel:** Sie können wie auch Alkohol, der in vielen »Heilsäften« wie »Klosterfrau Melissengeist«, oder »Doppelherz« enthalten ist, zu Verwirrung und Bewegungsverlangsamung führen. Sie beeinflussen vor allem die Fähigkeit, rechtzeitig zur Toilette zu gelangen.
- **Diuretika:** Die vermehrte Flüssigkeitsausscheidung kann die Blasenkapazität überfordern. Dies trifft insbesondere auf Schleifendiuretika zu.

- **Anticholinergika:** Auch wenn Anticholinergika oft zur Therapie einer Dranginkontinenz eingesetzt werden, findet sich gerade bei älteren Menschen häufig auch der gegenteilige Effekt. Alle Anticholinergika reduzieren aufgrund ihres Wirkmechanismus (kompetitive Hemmung parasympathischer, über muskarinerge Rezeptoren vermittelter Acetylcholin-Effekte am Harnblasendetrusor) die Kontraktilität des Detrusors. Die Reduktion der Detrusorkontraktilität geht mit der Gefahr der Restharnbildung einher, die mit Pollakisurie und Nykturie eine Drangsymptomatik und -inkontinenz imitieren kann. Die vielfältigen zerebralen Nebenwirkungen von anticholinergen Substanzen werden häufig unterschätzt. Zudem sind Anticholinergika sehr weit verbreitet, sowohl in verschreibungspflichtigen Medikamenten (Antidepressiva, Antipsychotika, krampflösende Schmerzmittel) als auch in nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten (z. B. in vielen Erkältungsmitteln). Dies führt dazu, dass Patienten häufig mehrere Medikamente mit anticholinergischer Wirkung einnehmen. Inwieweit sich die Wirkungen insbesondere im Alter potenzieren, ist noch ungeklärt.
- **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. Alphaagonisten 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 Belastungsinkontinenz beeinflussen kann. Calciumkanal-Blocker vermindern wie Anticholinergika die Kontraktilität des Detrusormuskels.

Weitere »transiente« oder »temporäre« Faktoren, die zur Inkontinenz führen, sind:

- **Verwirrung:** Diese schränkt die Fähigkeit zum Gang zur Toilette ein. Verwirrung sollte jedoch nicht mit Demenz gleichgesetzt werden, welche keine direkte Ursache der Inkontinenz ist.
- **Symptomatische Harnwegsinfekte** 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 dementen Patienten die Symptome eines Harnwegsinfektes nicht immer offensichtlich sind. Auch vermehrte Unruhe oder Lethargie können Ausdruck eines symptomatischen Harnwegsinfektes sein.
- Eine **atrophische Scheidenentzündung**, welche häufig durch systemische oder lokale Östrogenbehandlung zu beheben ist, kann sowohl eine Dysurie auslösen und zur Dranginkontinenz führen als auch eine Stressinkontinenz ungünstig beeinflussen.
- Eine **vermehrte Urinausscheidung** beeinflusst jede Form der Inkontinenz ungünstig. Diese kann verschiedene Ursachen haben wie
 - vermehrte Flüssigkeitsaufnahme,
 - periphere Ödeme, die vermehrt nachts mobilisiert werden,
 - Diabetes mellitus etc.
- **Eingeschränkte Mobilität** ist ein häufig zu wenig beachteter Faktor, der besonders die Dranginkontinenz, die häufigste Form der Inkontinenz beim älteren Menschen, ungünstig beeinflusst. Die Reduktion von Fallangst sowie die Behandlung einer Parkinson'schen Krankheit, eines Rheumas oder einer Arthritis bekommen in diesem Rahmen eine besondere Bedeutung. Wichtig ist auch die Verbesserung der Sehfähigkeit und der Dexterität des alten Menschen. Weiterhin sollte an dieser Stelle die Optimierung der Umgebung erwähnt werden. Von Bedeutung sind kurze, nicht verstellten Wege mit guten Lichtverhältnissen und die Auswahl einer der Situation angepassten Kleidung, wozu auch sicheres Schuhwerk gehört.
- **Stuhlverstopfung** kann Drang und Überlaufinkontinenz auslösen. Die Behandlung der Verstopfung, unterstützt durch eine ballastreiche Kost und eine angemessene Flüssigkeitsaufnahme, ist anzustreben.
- **Psychische Krankheiten**, insbesondere *depressive Verstimmungen*, können Inkontinenzbeschwerden auslösen oder verschlimmern. Dies ist jedoch selten eine Ursache und sollte nur nach Ausschluss aller anderen Faktoren in Betracht gezogen werden. Da einige Therapieansätze nur bei entsprechender Motivation des Betroffenen erfolgreich sind, sind psychische Erkrankungen, insbesondere die Behandlung von Depressionen oder depressiven Verstimmungen, für den Erfolg eines Blasen- oder Miktionstrainings von Bedeutung.

Neben der Anamnese, der körperlichen Untersuchung und zusätzlicher Tests sollten bei allen älteren Menschen, auch beim dementen Patienten, zunächst alle temporären Faktoren in Betracht gezogen werden und durch Verbesserung der kompensatorischen Fähigkeiten versucht werden, im Sinne einer sekundären Prävention das Auftreten von Inkontinenz zu verhindern. Bei Älteren mit Inkontinenzsymptomen helfen diese Maßnahmen fast immer, Symptome zu lindern, wenn nicht gar zu heilen.

Gerade die Reduktion der reversiblen Ursachen für Inkontinenz im Alter und die sorgfältige Auswahl der notwendigen Medikation bedarf einer intensiven multidisziplinären Zusammenarbeit.

Literatur

1. Brocklehurst JC, Fry J, Griffiths LL, Kaiton G: Dysuria in old age. J Am Geriatr Soc 1971; 19 (7): 582-92
2. Brown JS, Seeley DG, Fong J, Black DM, Ensrud KE, Grady D: Urinary incontinence in older women: who is at risk? Study of Osteoporotic Fractures Research Group. Obstet Gynecol 1996; 87 (1): 715-21
3. Campbell AJ, Reinken J, McCosh L: Incontinence in the elderly: prevalence and prognosis. Age Ageing 1985; 14 (2): 65-70
4. Diokno AC, Brock BM, Herzog AR, Bromberg J: Medical correlates of urinary incontinence in the elderly. Urology 1990; 36 (2): 129-38

5. Hellstrom L, Ekelund P, Milsom I, Mellstrom D: The prevalence of urinary incontinence and use of incontinence aids in 85-year-old men and women. *Age Ageing* 1990; 19 (6): 383-9
6. Kirschner-Hermanns R, Resnick NM, Schert P, Wetle T, Branch L: Relationship of medication use to urinary incontinence in the elderly: A population-based study. *J Urol* 1997; 157: 104
7. Kok AL, Voorhorst FJ, Burger CW, van HP, Kenemans P, Janssens J: Urinary and faecal incontinence in community-residing elderly women. *Age Ageing* 1992; 21 (3): 211-5
8. McGrother CW, Jagger C, Clarke M, Castleden CM: Handicaps associated with incontinence: implications for management. *J Epidemiol Community Health* 1990; 44 (3): 246-8
9. Milsom I, Ekelund P, Molander U, Arvidsson L, Areskoug B: The influence of age, parity, oral contraception, hysterectomy and menopause on the prevalence of urinary incontinence in women. *J Urol* 1993; 149 (6): 1459-62
10. Nygaard IE, Lemke JH: Urinary incontinence in rural older women: prevalence, incidence and remission. *J Am Geriatr Soc* 1996; 44 (9): 1049-54
11. Resnick NM, Yalla S, McGuire E, Elbadawi A, Blaivas J: Voiding dysfunction in the elderly. *Neurourology and Urodynamics: Principles and Practise* 1988: 303-30
12. Teasdale TA, Taffet GE, Luchi RJ, Adam E: Urinary incontinence in a community-residing elderly population. *J Am Geriatr Soc* 1988; 36 (7): 600-6
13. Vehkalahti I, Kivela S: Urinary incontinence and its correlates in very old age. *Gerontology* 1985; 31: 391-6
14. Wetle T, Scharr P, Branch LG, Resnick NM, Harris T, Evans D et al: Difficulty with holding urine among older persons in a geographically defined community: prevalence and correlates. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43 (4): 349-55
15. Yarnell JW, St LA: The prevalence severity and factor associated with urinary incontinence in a random sample of the elderly. *Age Ageing* 1979; 8: 81-85

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Ruth Kirschner-Hermanns
Urologische Klinik
Universitätsklinikum
Pauwelsstr. 30
52057 Aachen
e-mail: rkirschner-hermanns@ukaachen.de