

23. Kongress der Deutschen Kontinenz Gesellschaft in Köln

»Inkontinenz tötet nicht – aber sie nimmt Leben«

Rund 9 Millionen Menschen in Deutschland leiden an Harninkontinenz, darunter viele Senioren. Für einen Großteil von ihnen ist es ein stilles Leiden, denn das Problem des unkontrollierten Harnverlusts ist noch immer ein Tabuthema. Im Rahmen des 23. Jahreskongresses der Deutschen Kontinenz Gesellschaft vom 4. bis zum 5. November 2011 in Köln widmeten sich Experten der Fachbereiche Urologie, Gynäkologie, Neurologie, Geriatrie und Chirurgie den Themen Harn- und Stuhlinkontinenz. Im interdisziplinären Rahmen diskutierten sie Ursachen, Diagnostik und aktuelle Behandlungsoptionen dieser Störungsbilder.



Etwa zwei Drittel aller 60-jährigen Frauen sind inkontinent, erklärte *Prof. Dr. Klaus-Peter Jünemann*, Kiel, anlässlich der Tagung. Die Hälfte davon ist in Behandlung – die andere Hälfte aber spricht das Problem aus Scham nicht einmal im engsten Familienkreis oder gegenüber dem behandelnden Arzt an. Inkontinenz führe zwar nicht zum Tod, so Jünemann, sie nehme dem Leben der Patienten aber erheblich an Qualität. So seien bis zu 30-malige Toilettenbesuche am Tag bei Dranginkontinenz (overactive bladder, OAB) nicht selten.

Bei Frauen im Alter zwischen 45 und 75 Jahren ist die Prävalenz der OAB hoch. Sie tritt durch Entbindungen und damit einhergehende Blasensenkungen früher auf als beim Mann, bei dem häufig eine Prostatahyperplasie die Ursache der Störung ist. Bislang zählten zu den medikamentösen Behandlungsoptionen der überaktiven Blase vor allem Antimuskarinika (Anticholinergika), die Nebenwirkungen wie kognitive Defizite, Obstipation oder Mundtrockenheit mit sich brachten. Mit der Zulassung von Botulinumtoxin habe sich das Spektrum der therapeutischen Möglichkeiten daher deutlich erweitert, berichtete Jünemann.

Botulinumtoxin – »Viagra der Harnblase« in neurogenen Indikationen?

Botulinumtoxin erhielt bislang nur in neurogenen Indikationen wie der Harninkontinenz infolge einer Querschnittslähmung oder MS die Zulassung. Es sei aber abzusehen, dass die Substanz künftig auch zur Therapie nicht neurogener Blasenstörungen zugelassen würde, so Jünemann. Bereits jetzt zähle sie im Bereich der Detrusorhyperaktivität zu den gängigen »off label«-Verfahren.

Die Erfolgsrate der Therapie nach intravesikaler Injektion von Botulinumtoxin in die Blasenwand liegt bei 80%, Nebenwirkungen treten dabei so gut wie keine auf. Für eine erfolgreiche Behandlung seien ca. 200 Einheiten des Wirkstoffs erforderlich, für eine längere Wirkdauer könne bis auf die doppelte Dosis auftitriert werden. Jünemann zufolge hat die Substanz durch ihre lange Wirksamkeit von

bis zu einem Jahr und ihre unkomplizierte Handhabung das Potential, zum »Viagra der Harnblase« zu avancieren.

Operative Verfahren gegen weibliche Beckenbodenschwäche

Mit steigendem Alter, Gewicht und der Anzahl von Entbindungen nimmt für Frauen das Risiko von Harninkontinenz und Blasenentleerungsstörungen infolge von Absenkungen des Beckenbodens zu. Reichen konservative Verfahren wie das Beckenbodentraining zur Kontrolle der Symptome nicht aus, seien operative Eingriffe zu erwägen, erklärte *Prof. Dr. Ursula Peschers*, München. Neu in der invasiven Beckenbodenrekonstruktion sind künstliche Netzimplantate. Deren Erfolgsrate ist jedoch begrenzt und ihr Einsatz ist mit zahlreichen postoperativen Problemen wie Schmerzen, Entzündungen oder einem gestörten Sexualleben verbunden. Mittel der ersten Wahl in der operativen Inkontinenztherapie der Frau seien daher spannungsfreie Vaginalschlingen, so Peschers. In der Deszensuschirurgie hätten minimalinvasive, nerven- und gefäßschonende Operationstechniken, z. B. mit vaginalen Netzinterpositi-

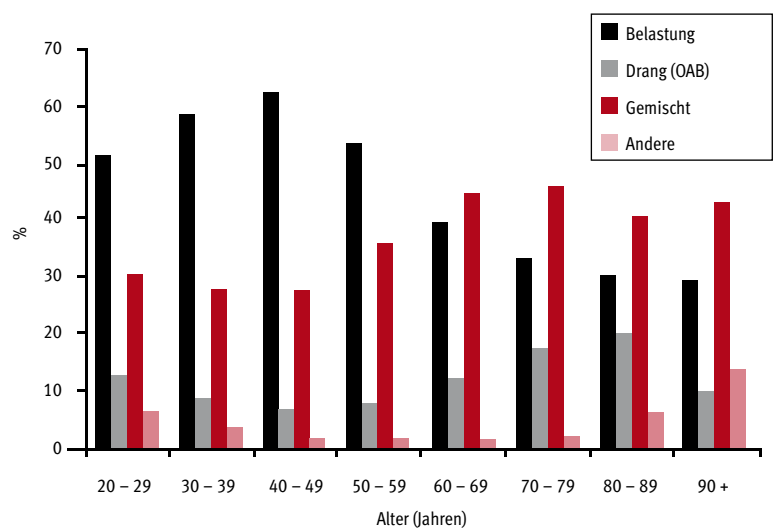


Abb. 1: Formen von Harninkontinenz nach Altersprävalenz

Inkontinenz bei Alzheimer, Parkinson & Co.

Die doppelte Bürde

Eine Reihe neurodegenerativer Krankheitsbilder des Alters – darunter verschiedene Demenzformen und Morbus Parkinson – gehen mit einer erhöhten Prävalenz für Blasenfunktionsstörungen einher. Über Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie diskutierten Experten anlässlich eines Seminars im Rahmen des 23. Jahreskongresses der Deutschen Kontinenz Gesellschaft.

Wer gleichzeitig dement und inkontinent ist, sieht sich einem doppelten Tabubruch gegenüber, erklärte PD Dr. Ruth Kirschner-Hermanns, Aachen. Und das sind nicht wenige: Zwischen 30 und 100% aller Demenzpatienten leiden an Blasenfunktionsstörungen, in der Gruppe der Alzheimerpatienten liegt die Prävalenz mit 23–43% tendenziell etwas niedriger. Die Detrusorhyperaktivität ist bei allen Demenzformen die häufigste Ursache für Inkontinenz. Außerdem ist allen dementiven Erkrankungen eine deutliche Korrelation zwischen dem Schweregrad der Demenz und der Ausprägung der Inkontinenz gemein.

Auf nicht liquorgängige Präparate achten

Grundsätzlich unterscheiden sich die Therapie und Diagnostik der Harninkontinenz bei Demenzpatienten nicht von der anderer gebrechlicher älterer Personen. Das Verhaltenstraining allerdings fällt bei Dementen deutlich schwieriger aus. Daher sollte bei entsprechendem Leidensdruck und ausreichender Motivation bereits möglichst früh mit kontinenzfördernden Maßnahmen begonnen werden, wenn die Neurodegeneration noch nicht allzu weit vorgeschritten ist, empfahl Kirschner-Hermanns. Das gilt auch für konservative Verfahren wie eine Anpassung der Lebensgewohnheiten, Miktion auf Aufforderung oder eine Behandlung mit Antimuskarinergika, die noch eine gute Wirksamkeit erzielen, wenn sie bei den ersten Anzeichen einer Demenz zum Einsatz kommen. Bei der Verordnung antimuskarinergischer Therapien sollten Präparate mit möglichst wenig zentraler Wirkung bevorzugt werden – z. B. Trosipiumchlorid, Darifenacin, Fesoterodin, Propiverin oder Solifenacin –, da sie nicht liquorgängig sind und die Dementen nicht negativ beeinflussen, riet die Expertin.

Früh auch zu nicht medikamentösen Ansätzen greifen

Insbesondere bei Alzheimerpatienten, die unter dem progressiven Gedächtnisschwund leiden, hilft es, früh mit einer Anpassung der Umgebung zu beginnen. Helfen können etwa ein stolperfreier, einfacher Zugang zur Toilette, Schlüsselsignale (sog. »cues«) zur Unterstützung einer Miktion nach der Uhr, visuelle Signale wie Richtungspfeile auf dem Boden und eine geregelte Trinkmenge. Bei Patienten mit ausgeprägten Restharmen sei auch ein sauberer Einmalkatheterismus zu erwägen, so Kirschner-Hermanns. In Abhängigkeit von Allgemeinzustand und Leidensdruck kann zudem eine operative Therapie sinnvoll sein und sollte bei entsprechender Symptomatik erwogen werden. »Demente leiden ebenso an Inkontinenz wie Nichtdemente«, fasste die Medizinerin zusammen. Die Blasenschwäche würde dabei sogar oft schlimmer empfunden als die Demenzerkrankung selbst.

Detrusorhyperaktivität bei Parkinsonpatienten am häufigsten

Auch bei Parkinsonpatienten treten vielfach Blasenfunktionsstörungen auf, berichtete Prof. Dr. Jürgen Pannek, Nottwil. Besonders häufig ist die Detrusorhyperaktivität oder eine Sphinkterbradykinese, seltener finden sich Detrusor-Sphinkter-Dyssynergien. Wird eine Therapie mit Antimuskarinergika erwogen, so gelte es, die eingesetzten Präparate mit der Parkinsonmedikation zu koordinieren, um negative Auswirkungen auf die Grunderkrankung zu vermeiden, erklärte Pannek. Erste Arbeiten zeigen darüber hinaus die Möglichkeit einer Botulinumtoxin-Behandlung bei parkinsonassoziierter Detrusorüberaktivität. Die frühere Lehrmeinung, dass eine transurethrale Prostataresektion bei dieser Patientengruppe nicht indiziert sei, hielt Pannek für überaltet. Auch elektrophysiologische Verfahren – von der transkutanen Elektrostimulation nach Stoller bis zu temporärer oder permanenter tiefer Hirnstimulation – stellen Behandlungsoptionen dar. Vor jeder interventionellen Therapie sollte jedoch unbedingt eine urodynamische Untersuchung erfolgen, um neurogene und morphologische Ursachen einer Inkontinenz voneinander differenzieren zu können, riet der Neurourologe abschließend.

Quelle: 73. Seminar des Arbeitskreises Urologische Funktionsdiagnostik und Urologie der Frau im Rahmen des 23. Kongresses der Deutschen Kontinenz Gesellschaft, 4. November 2011, Köln.

onen, therapeutische Lücken gefüllt. Inwieweit die neuen Gewebeersatztechniken dauerhafte Erfolge mit sich bringen, bleibe abzuwarten, berichtete Peschers.

Neue Darmschrittmacher helfen stuhlinkontinenten Patienten

Wohl noch stärker tabuisiert als der unkontrollierte Harnverlust ist die Stuhlinkontinenz, deren Prävalenz mit dem Alter stark zunimmt. Sie beruht auf Störungen der Enddarm- oder Schließmuskelfunktion und treibt Betroffene häufig in die soziale Isolation. Bislang führten aufwändige operative Rekonstruktionen des Darmschließmuskels nur zu unbefriedigenden Ergebnissen, berichtete Prof. Dr. Ernst Eypasch, Köln. In den letzten 15 Jahren aber konnte die Therapie durch die Einführung elektronischer Schrittmachersysteme deutlich verbessert werden. Diese werden dauerhaft in Bauchfalte oder Pobacke implantiert und senden mittels winziger Stimulationselektroden am Enddarm elektrische Impulse, die den Schließmuskel zur Kontraktion anregen. Auf diese Weise lässt sich der Entleerungsprozess deutlich besser kontrollieren. Indiziert sind solche Systeme bei Patienten mit Stuhlinkontinenz im Endstadium.

Vor einer Implantation riet Eypasch zu Voruntersuchungen auf internistische Erkrankungen oder eine Beckenbodensenkung. Außerdem sollten Patienten vor dem Eingriff ein 14-tägiges Stuhlprotokoll führen. Die Kosten für einen Darmschrittmacher betragen zwar derzeit rund 5.000€, so Eypasch, jedoch würden sie mittlerweile vollständig von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. *Julia Schmidt*

Quelle: Pressekonferenz der Deutschen Kontinenz Gesellschaft am 4. November 2011 in Köln

Vorsicht vor medikamentös induzierter Inkontinenz

Mit zunehmendem Alter – und häufiger Multimorbidität der Patienten – steigt auch die Zahl der eingenommenen Medikamente. Behandler sollten daher auf typische Risiken der Polypharmazie wie unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Medikamenteninteraktionen achten. Substanzen wie

- Diuretika,
- Antidepressiva,
- Cholinesterasehemmer,
- Antihypertonika,
- Hypnotika, Analgetika, Narkotika,
- Beruhigungsmittel, rezeptfreie Schlaf- und Erkältungsmittel

haben einen direkten negativen Einfluss auf die Blasenfunktion. Andere Präparate haben eine anticholinerge Wirkung oder Nebenwirkung, sodass es bei zusätzlicher Gabe von Anticholinergika vor allem im Bereich der unerwünschten Arzneimittelwirkungen zu einer Kumulation kommen kann. Hervorzuheben sind hier Anti-Parkinson-Medikamente, Antiemetika, Theophyllin, Furosemid, Digoxin, Nifedipin, Prednisolon, Cimetidin, trizyklische Antidepressiva, Antihistaminika, Antiarrhythmika und Antiarrhythmika. Cholinesterasehemmer können zudem das Auftreten einer OAB begünstigen, Anticholinergika dagegen den positiven Effekt der Cholinesterasehemmer, die Vermehrung des Acetylcholins, blockieren.