

Harninkontinenz geriatrischer Patienten – eine Herausforderung für Ärzte und Patienten

(16.09.2014) Für die Versorgung älterer Menschen die an einer Harninkontinenz leiden, gibt es kein Patentrezept. Urologen, Gynäkologen, Internisten und Neurologen müssen eng zusammenarbeiten, um den Patienten zu helfen. „Die Harninkontinenz beim geriatrischen Patienten ist ein klassisches geriatrisches Syndrom, das nur interdisziplinär optimal behandelt werden kann“, erläutert Priv. Doz. Dr. Andreas Wiedemann, Chefarzt der Urologie am Evangelischen Krankenhaus Witten. Als Leiter der interdisziplinären Arbeitsgruppe Harninkontinenz der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) diskutiert er auf dem Jahreskongress der Fachgesellschaft Ende September neue Behandlungsmöglichkeiten und zukunftsweisende Ansätze. Ebenfalls stellt die Arbeitsgruppe die aktualisierte und komplett überarbeitete Leitlinie „Harninkontinenz“ vor. „Der Geriater sollte die Rolle eines Koordinators einnehmen das Know-How anderer Fachdisziplinen kennen und nutzen“, so Wiedemann. Wichtig sei dabei, dass er neben der körperlichen auch die psychische und soziale Dimension der Harninkontinenz im Auge behalte.

Die Mitarbeit der Patienten ist wichtig

Die Leitlinie betont, dass neben geeigneten Arzneimitteln auch Verhaltensänderungen eine Harninkontinenz verbessern können. Dazu gehören unter anderem Gewichtsreduktion, weniger Kaffee und aufhören zu Rauchen. Oft können Ärzte und Patienten auch die Diuretika-Therapie optimieren, damit die Patienten nicht mehr so häufig zur Toilette müssen. Möglichkeiten dazu sind zum Beispiel die Gabe retardierter Präparate oder eine Dosisreduktion.

Aktualisierte S2-Leitlinie zur Arzneimitteltherapie der Harninkontinenz

Dr. Klaus Becher, Chefarzt der *Klinik für Geriatrie und Frührehabilitation am HELIOS Hanseklinikum Stralsund*, stellt einige Details aus der aktualisierten Leitlinie vor: Seit einigen Jahren neu auf dem Markt sind die Substanzen Fesoterodin und Silodosin. Der Muskarinrezeptor-Antagonist Fesoterodin stellt eine Option für die Behandlung einer überaktiven Blase bei geriatrischen Patienten dar. „Günstig ist die geringe Lipophilie des Fesoteridins, die dazu führt, dass es die Blut-Hirn-Schranke kaum überwindet. Das ist bei geriatrischen Patienten besonders wichtig, um kognitive Verschlechterungen zu vermeiden“, so Becher.

Silodosin ist ein Alpha-1A-Adrenorezeptor-Antagonist (kurz: Alpha-Blocker) zur symptomatischen Behandlung der benignen Prostat hypertrophie. Der überwiegend selektive 1A-Blocker bindet nur in geringem Ausmaß an die kardiovaskulären 1B-Rezeptoren, so dass es nur selten zu orthostatischen Nebenwirkungen kommt. „Auch dies ist bei geriatrischen Patienten besonders von Vorteil, um Schwindel und nachfolgende Stürze zu vermeiden“, betont der Geriater.

Botulinumtoxin findet Einsatz bei neurogenen Blasenstörungen wie neurogener Detrusorüberaktivität und neurogener Blasenfehlfunktion. Das Toxin wird an verschiedenen Stellen in die Blasenmuskulatur injiziert und führt dort zu einer vorübergehenden Dämpfung der Detrusorkontraktilität. So kann die Blase mehr Urin über einen längeren Zeitraum speichern. Davon profitieren im geriatrischen Bereich etwa Parkinson-Patienten. „Ein großer Vorteil für geriatrische Patienten sind die fehlenden Nebenwirkungen im zentralen Nervensystem“, so die Bewertung der DGG-Arbeitsgruppe.

Glycosaminoglycanersatz: Glycosaminoglycane stellen eine Schutzschicht an der inneren Oberfläche der Blase dar gegen Bakterien, Kristalle oder andere Substanzen, die im Urin vorkommen. Wenn die Schutzschicht defekt ist, kann es leichter zu Harnwegsinfekten kommen. Eine Natrium-Hyaluronat-Lösung kann zum vorübergehenden Ersatz der körpereigenen Glycosaminoglycan-Schicht an der inneren Oberfläche der Harnblase instilliert werden.

Geriatrische Methoden auch für andere Fächer wichtig

Die aktualisierte Leitlinie richtet sich auch an die Spezialisten anderer Fachdisziplinen. „Sie sollten die Besonderheiten geriatrischer Patienten kennen, beispielsweise im Hinblick auf Sturzneigung und Kognition“, betont Wiedemann. Beispielsweise könne es Sinn machen, vor geplanten urologischen Operationen ein geriatrisches Assessment durchzuführen. Dies könne die Entscheidung für oder gegen einen operativen Eingriff beeinflussen.

- **Auftaktveranstaltung der DGG**

Über das Thema „Zukunftsvision Uro-Geriatrie“ spricht Priv. Doz. Dr. Andreas Wiedemann während des Auftaktsymposiums der DGG am Mittwoch, den 24. September 2014, von 12:45 bis 14:00 Uhr im Rahmen des 26. Deutschen Geriatriekongresses vom 24. bis 27. September in Halle.

- **Symposium der AG-Inkontinenz der DGG in Halle**

Die aktualisierte S2-Leitlinie ist Thema auf einem Symposium der Arbeitsgruppe Inkontinenz am Freitag, den 26. September 2014, von 8:00 bis 9:30 Uhr.

Weitere Informationen:

Die aktualisierte S2-Leitlinie ist voraussichtlich ab dem 24.09. über die Webseite der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) einzusehen sowie auf der Website der DGG.

Der Arbeitsgruppe Inkontinenz der DGG gehören an: Dr. Klaus Becher (Helios Hanseklinikum Stralsund), Dr. Nicole Bütig (Klinikum Braunschweig), Dr. Barbara Bojack (Ärztin für Urologie, Gießen), Dr. Sigrig Ege (Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart), Dr. Martin Hatzinger (Markuskrankenhaus Frankfurt), Univ.-Prof. Dr. Ruth Kirschner-Hermanns (Universitätsklinikum Bonn), Priv.-Doz. Dr. Mathias Pfisterer (Agaplesion Elisabethenstift Darmstadt), Priv.-Doz. Dr. Andreas Wiedemann (Evangelisches Krankenhaus Witten).

Pressekontakt der DGG

Nina Meckel
medXmedia Consulting
Westendstr. 85
80339 München
Tel: +49 (0)89 / 230 69 60 69
Fax: +49 (0)89 / 230 69 60 60
E-Mail: presse@dggeriatrie.de

Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG)

Die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) ist die wissenschaftliche Fachgesellschaft der Ärzte, die sich auf die Medizin der späten Lebensphase spezialisiert haben. Wichtige Schwerpunkte ihrer Arbeit sind neben vielen anderen Bewegungseinschränkungen und Stürze, Demenz, Inkontinenz, Depressionen und Ernährungsfragen im Alter. Häufig befassen Geriater sich auch mit Fragen der Arzneimitteltherapie von alten Menschen und den Wechselwirkungen, die verschiedene Medikamente haben. Bei der Versorgung geht es darum, den alten Menschen ganzheitlich zu betreuen und ihm dabei zu helfen, so lange wie möglich selbstständig und selbstbestimmt zu leben. Die DGG wurde 1985 gegründet und hat heute rund 2000 Mitglieder.