

# Therapie bei schwacher Blase

**Ulla Henscher | Ein gezieltes Beckenbodentraining sollte die verschiedenen Muskelfasern ansprechen: Ob die Übungen für den Alltag tauglich sind, zeigt sich darin, ob sie sich in das tägliche Leben integrieren lassen. Doch was, wenn das übliche Training nicht mehr ausreicht?**

In der Therapie bei einer inkontinenten Harnblase kommen orientiert am Befund verschiedene Maßnahmen zum Einsatz:

- Beckenbodentraining
- Koaktivierung des M. transversus abdominis (Sapsford et al. 2001)
- Blasentraining
- Haltungskorrektur
- Zwerchfellaktivierung durch Atem vertiefende Maßnahmen
- Vorschläge zur Lebensstiländerung (beispielsweise Gewichtsreduzierung, Verzicht auf koffeinhaltige Getränke, Rauchverbot, Stressmanagement)
- Physikalische Maßnahmen (beispielsweise Bindegewebsmassage, Balneotherapie, Fußreflexzonenmassage)

Funktionelles Bauchmuskultraining im Sitzen

- Elektrostimulation
- Biofeedbackverfahren
- Hilfsmittelberatung.

## Elektrostimulation

Die Verschreibung von Elektrostimulation in der eigenen Praxis oder von Geräten für den häuslichen Gebrauch, erfreut sich größter Beliebtheit bei niedergelassenen ÄrztInnen. Laycock et al. (1994) beschrieben in vier Theorien den Einfluss von Elektrostimulation auf die Beckenboden- und Blasenmuskulatur:

Theorie 1: Mithilfe von maximaler Stimulation soll die Muskelkraft durch Hypertrophietraining mit wiederholten maximalen Kontraktionen – ähnlich wie bei willkürlichen Übungen – gesteigert werden.

Theorie 2: Mithilfe maximaler Stimulation sollen die schnellen Typ-II-Muskelfasern, zuständig für Reflexreaktionen, wirksamer und gezielter trainiert werden als durch eine alleinige aktive Übungstherapie.

Theorie 3: Mithilfe chronischer Stimulation mit niedriger Intensität soll die Muskelstruktur verändert werden. Typ-II-Fasern sollen sich in Typ-I-Fasern (adaptive Plastizität) umwandeln und erhöhen die Ausdauerkraft der Beckenbodenmuskulatur.

Theorie 4: Mittels maximaler Stimulation lässt sich die Reflexaktivität des Nervus pelvicus auf spinaler Ebene hemmen. Der Musculus detrusor vesicae entspannt sich.

Somit kann die Elektrotherapie sowohl zur Behandlung der Stressinkontinenz als auch der Dranginkontinenz eingesetzt werden. Spezielle Geräte zur Behandlung von Inkontinenz verfügen oft über wählbare Programme für die zu behandelnde Störung.

## Biofeedback

Therapiegeräte, die sowohl stimulieren als auch über ein Biofeedbackverfahren verfügen, sind wegen ihrer Kombination

von „aktivem“ und „passivem“ Training vorzuziehen. Die Stimulation ist sowohl anal, vaginal, intravesikal als auch perineal möglich.

Der Begriff Biofeedbacktherapie wird oft als eine vom Beckenbodentraining unterschiedliche Methode dargestellt. „Biofeedback“ ist jedoch selbst keine Behandlungsmethode, sondern ein Zusatz zum Training. Biofeedbackgeräte für den Beckenboden sollen der Patientin helfen, die Beckenbodenmuskeln korrekt zu kontrahieren oder zu relaxieren und die Motivation durch fortwährende Rückmeldung zu verbessern. Elektromyografie, Vaginalgewichte, Ballonkatheter und ähnliche Geräte erfüllen diese Kriterien ebenso wie das Er tasten der anhebenden Wirkung der Beckenbodenmuskulatur am Damm.

In den meisten Physiotherapie-Praxen wird die Elektrostimulation allgemein zur Aktivierung gelähmter Muskeln eingesetzt. Für Patientinnen, die Schwierigkeiten haben, die korrekte Kontraktion zu erlernen, kann der Biofeedbackeffekt der Elektrostimulation hilfreich sein. Wenn aber die Patientin in der Lage ist, ihren Beckenboden korrekt zu aktivieren, ist das aktive Beckenbodentraining vorzuziehen. Studien konnten bisher keine eindeutige additive Wirkung von Biofeedback zum Beckenbodentraining nachweisen (Bales et al. 2000, Wille et al. 2003).

## Beckenbodentraining

Das heutige Beckenbodentraining hat nichts mehr mit den früheren „Kneifübungen“ in Rückenlage zu tun. Allgemeine Prinzipien der muskulären Rehabilitation wenden wir in vertikalen Ausgangsstellungen (Sitz, Stand, Gang) auch auf die Beckenbodenmuskulatur an. Die Beckenbodenmuskulatur besteht zu 70 bis 95 Prozent aus Slow-Twitch-Fasern (Ausdauerfasern) und zu einem geringeren Anteil aus Fast-Twitch-Fasern (Schnellkraftfasern). Diesen verschiedenen Fasertypen muss das Training gerecht werden. Der Schlüssel für eine

erfolgreiche Beckenbodentherapie ist die Fähigkeit des Patienten zur korrekten Kontraktion ohne spürbare Aktivität der Synergisten, der Muskeln, die mit dem Beckenboden zusammenarbeiten: Bauchmuskeln und Gesäßmuskeln (Bo et al. 1990). Effektive und motivierende Übungen müssen über einen Zeitraum von drei Monaten täglich von der Patientin durchgeführt werden. Die Alltagsstauglichkeit zeigt sich bei der Integration der Übungen in das tägliche Leben. Langfristig soll sich die automatische Antwort des Beckenbodens als ideales therapeutisches Ziel entwickeln.

Bei mittlerer postoperativer Stressinkontinenz hat sich das Erlernen der gezielten schnellen Aktivierung der Beckenboden- und Sphinktermuskulatur (Ashton-Miller und DeLancey 1996) rechtzeitig vor Erhöhung des intraabdominalen Drucks bei Alltagsbelastungen bewährt.

Zur Bewältigung einer Drangproblematik/-inkontinenz mit erhöhter Miktionsfrequenz lernt die Patientin zur Verlängerung der Blasenspeicherphase, bei Auftreten des verfrühten Drangs, den Beckenboden mit so genannten „short flics“ mehrmalig kräftig anzuspannen. Reflektorisch bewirkt dies eine Detrusorrelaxation (Mahoney et al. 1977).

## Chirurgische Maßnahmen

Normalerweise befindet sich der Blasenhalshals etwa zwei Zentimeter oberhalb der Symphyse. Schädigungen des Beckenbodens und der bindegewebigen Strukturen durch Geburten und zunehmende Insuffizienz im Alter führen zu einer Dislokation der Blase. Bei einem Deszensus der Blase (Cystozele) verlagert sich der urethrovesikale Übergang nach kaudal, der Blasenhalshals erweitert sich trichterförmig, die funktionelle Harnröhrenlänge verkürzt sich und der reduzierte urethrale Verschlussdruck kann zu unwillkürlichem Harnverlust bei Belastung führen.

Bei Operationen zur Behebung einer Stressinkontinenz sollen die ursprünglichen physiologischen Voraussetzungen für eine ausreichende Speicherphase und Entleerungsphase wieder hergestellt werden durch:

- Verbesserung der passiven/aktiven Drucktransmission und/oder
- Erhöhung des urethralen Verschlussdruckes.

Sie kommen vor allem bei der Stressinkontinenz (ab Grad 2) im fortgeschrittenen Stadium zum Einsatz. Es gibt sehr viele diverse Operationsmöglichkeiten über unterschiedliche Zugangswege mit

unterschiedlicher Zufriedenheitsrate.

Zu den klassischen vaginalen Verfahren zählt, neben der vaginalen Hysterektomie (Gebärmutterentfernung) zur Behebung einer Uterozele (Gebärmutterensenkung), die vordere Kolporrhaphie (auch vordere Plastik) zur Behebung einer Cystozele (Blasensenkung). Hierbei wird das Gewebe paraurethral und im Bereich des Blasenhalshalses gerafft. Als alleinige Maßnahme zur Behebung der Inkontinenz kann diese Operation nicht mehr empfohlen werden. Erfolgreicher sind folgende Verfahren:

Suspensionsplastiken werden über einen suprapubischen (über einen Bauchschnitt) oder kombiniert vaginal-suprapubischen Zugang durchgeführt. Ziel ist die Elevation und Fixation von Urethra und Blasenhalshals in der ursprünglichen anatomischen Position, auch unter Zuhilfenahme von homologem (körpereigenem) oder heterologem (körperfremdem) Schlingenmaterial. Dieses stabile Widerlager verhindert ein Absinken der Blasenhalshalsregion.

Als minimale invasive Möglichkeit bei geringgradiger Stressinkontinenz bietet das TVT (tension free vaginal tape) eine Möglichkeit zur Behandlung, jedoch fehlen zum gegenwärtigen Zeitpunkt genügend Langzeitstudien (über sieben Jahre). In einer 30-minütigen Operation wird ein spannungsfreies Kunststoffband unter die mittlere Harnröhre gelegt und verhindert in dieser Position den unfreiwilligen Harnverlust bei Belastung.

Heterologe Materialien werden bindegewebig durchwachsen und sind deshalb bei einer Rezidivoperation schwer entfernbar. Leider besteht eine weitere Gefahr in der Erosion dieser Materialien. Submuköse Injektionstechniken mit schwer resorbierbaren Materialien (Teflon, Kollagen, Silikon) über einen perinealen oder transurethralen Zugang, sollen die Urethra unterpolstern und verbessern den urethralen Auslasswiderstand. Die Langzeitwirkung ist leider gering und die Gefahr einer Drangproblematik liegt bei circa 50 Prozent.

Als letzte Möglichkeit kann der Einsatz eines artifiziellen Sphinkters erwogen werden. Dieses hydraulische System besteht aus einer Manschette, die operativ um den Blasenhalshals gelegt wird und die Kontinenz mittels einer extrakorporalen manuellen Pumpe steuert.

Ein Beckenbodentraining schon vor der Operation verhilft zu einem verbesserten Langzeitergebnis. Bei einer primären Dranginkontinenz aufgrund einer Hyperaktivität des Musculus Detrusor vesicae, zum Beispiel bei Querschnittslähmungen, bietet sich ein Denervie-

rungsverfahren oder eine Blasenverengungsplastik (Blasenaugmentation) an.

## Medikamentöse Behandlung

Ziel der Therapie bei „überaktiver oder instabiler Blase“/Drangproblematik ist die Absenkung der Detrusorüberaktivität durch Blockierung oder Verminderung unwillkürlicher Detrusorkontraktionen. Da die Kontraktion an den Neurotransmitter Acetylcholin gebunden ist, versucht man sie durch verschiedene Präparate (Anticholinergika) zu blockieren.

Durch viele Studien ist eine Wirksamkeit dieser Substanzen bewiesen. Leider haben sie durch ihre systemische Anwendung verschiedene Nebenwirkungen, wie Mundtrockenheit, Akkommodationsstörungen, Abnahme der Schweißdrüsensekretion, kardiovaskuläre Nebenwirkungen und Glaukomauslösung.

Bei Stressinkontinenz unter bestehendem Östrogendefizit werden oral, transdermal, parenteral oder vaginal Östrogenpräparate verabreicht. Ziel ist die Verbesserung der Proliferation des urethralen Epithels, der urethralen Durchblutung und eine Sensibilisierung für alpha-adrenerge Rezeptoren in der glatten Muskulatur des Blasenhalshalses und der Urethra. Eine Erhöhung des urethralen Verschlussdruckes soll erreicht werden.

Ein neues Präparat ist seit September 2004 unter dem Handelsnamen Yentreve auf dem deutschen Markt. Ursprünglich wurde sein Wirkstoff Duloxetine als Antidepressivum entwickelt.

Der Wirkstoff führt durch Erhöhung der Konzentration der Neurotransmitter zu einer Erhöhung der neuronalen Aktivität und damit der Kontraktilität des urethralen Schließmuskels während der Urinspeicherphase, auch bei Belastung. Die häufigsten Nebenwirkungen laut Hersteller waren Übelkeit, trockener Mund, Müdigkeit, Schlaflosigkeit und Obstipation.

## Hilfsmittel

Patientinnen mit einer Inkontinenz brauchen entweder zeitweilig, nur bei besonderen Aktivitäten oder dauerhaft ein Inkontinenzhilfsmittel. Hilfsmittel, die die Harnröhre zeitweilig verschlie-

**Normalerweise befindet sich der Blasenhalshals etwa zwei Zentimeter oberhalb der Symphyse**

## DIE AUTORIN

**Ulla Henschler** ist Physiotherapeutin, Leiterin der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologie, Geburtshilfe, Urologie und Proktologie im Zentralverband der Physiotherapeuten/ Krankengymnasten (ZVK) e.V. und Mitglied des Beirates der Deutschen Kontinenzgesellschaft (GIH)

Kontakt:

Limmerstr. 78, 30451 Hannover  
Tel. (05 11) 2 10 32 20

E-Mail: u-henschler@t-online.de

ben oder mechanisch den urethralen Verschluss wiederherstellen, verhelfen Patientinnen zur „kontinenten“ Teilnahme an sozialen oder sportlichen Aktivitäten. Bei gleichzeitiger Senkung der vorderen Scheidewand (Zystozele) empfiehlt sich die zeitweise oder langfristige Benutzung eines Urethralpessars oder Würfelpessars.

Beispiele:

- Urethrastöpsel (Harnröhrenverschluss zum einmaligen Gebrauch)
- Vaginaltampon (Spezialtampon)
- Vaginalpessar (ring- oder würfelförmiges Hilfsmittel)

Katheter zur Langzeitdrainage der Blase sollten nur im Notfall verwandt werden, da die Gefahr von Harninfektionen groß ist. Außerdem muss bei allen Kathetern beim Auftreten von Hautreaktionen an eine Latexallergie gedacht werden. Beim transurethralen Katheter ist eine Blasenrehabilitation durch Miktions- oder Toilettentraining schwierig, deshalb ist der suprapubische Katheter vorzuziehen.

## Prävention rund um die Geburt

Die Methode der Wahl bei Entleerungsstörungen ist die intermittierende Selbst-Katheterisierung (ISK) über einen transurethralen Katheter. Hydrophile

## INFO

### Transurethraler Katheter:

Kathetereinlage über die Harnröhre

### Suprapubischer Katheter:

Kathetereinlage oberhalb der Symphyse direkt in die Blase

Einmalkatheter minimieren die Gefahr einer Harnwegsinfektion und fördern eine Blasenrehabilitation.

Physiotherapeutisch instruiertes Beckenbodentraining in der Schwangerschaft verringert nachweislich Urininkontinenz-Episoden während der Schwangerschaft und nach der Geburt (Sampsel et al. 1998, Reilly 1999, Morkved et al. 2001, Morkved et al. 2003) und verkürzt gleichzeitig die Austreibungsphase (Salvesen und Morkved 2004).

Verschiedene Studien haben den Vorteil aufrechter Positionen in der Eröffnungsphase bewiesen (Chan 1963, Flynn et al. 1978, Mendez-Bauer et al. 1975, Mitre 1974). Stehende Positionen eröffnen den Muttermund schneller als sitzende Positionen und Sitzen ist besser als Liegen (Mendez-Bauer 1975). Vertikale Positionen in der Austreibungsphase – sitzend, kniend, hockend, stehend – können die Verletzungsrate reduzieren

## LINK

Im Internet befindet sich eine **Liste geschulter PhysiotherapeutInnen** als Download unter [www.zvk.org](http://www.zvk.org) der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologie, Geburtshilfe, Urologie und Proktologie (GGUP).

(Gardosi et al. 1989, Kelly et al. 1999, Gupta et al. 1989). Insbesondere die verminderte Dammschnitttrate und die kürzere Austreibungsphase durch den Einsatz der Schwerkraft wirken sich positiv aus. Die Geburt auf dem Gebärstuhl, im Vierfüßlerstand oder in der Hocke scheint in Bezug auf Verletzungen vorteilhafter zu sein als Positionen im Stand.

Wochenbettgymnastik in den ersten Tagen nach der Geburt wird als hilfreicher Aspekt zur Verbesserung des Körpergefühls und als erster Impuls zur Prävention und Behandlung der Beckenbodendysfunktion eingesetzt. Sie hat die wichtige Aufgabe, die Rückbildungs- und Wundheilungsprozesse zu unterstützen, den Beckenboden entlastend und niedrig dosiert zu stimulieren und ein Beckenboden schonendes Alltagsverhalten zu vermitteln. Ein angepasstes funktionelles Training der insuffizienten Rumpfmuskulatur, insbesondere der tiefen Bauchmuskeln (*M. transversus abdominis*) ist schon in der frühen Phase notwendig und sollte unbedingt angeleitet werden.

Eine aufrechte Haltung in Verbindung mit einem stabilen Muskelkorsett verhindert eine weitere Druckbelastung der strapazierten Beckenbodenstrukturen. Die Behandlung von Frauen nach Kaiserschnittbindung sowie nach Störungen in der Schwangerschaft, beispielsweise HELLP-Syndrom, deuten bereits auf die notwendige individuelle Anpassung der Therapie hin. TherapeutInnen müssen in der Rückbildungsarbeit ein „aufmerksames Wissen“ für Funktionsstörungen im Bereich Wirbelsäule, Becken und Beckenboden haben und schnell aus der präventiven in die therapeutische Arbeit wechseln können. Rückbildungsgymnastik verringert nachgewiesen die Prävalenz einer Urin-Inkontinenz, auch bei gefährdeten Wöchnerinnen (Einsatz von Forceps und Vakuumextraktion, Geburtsgewicht über 4.000 Gramm) (Morkved und Bo 1997, Chiarelli und Cockburn 2001). Die Kombination von Gruppentherapie und häuslichem Eigentaining über einen Zeitraum von mindestens acht Wochen ist bei obigem Therapieziel der üblichen Ausgabe eines Übungsblattes deutlich überlegen und ist im Follow-up von einem Jahr sichtbar (Morkved und Bo 2000, Chiarelli und Cockburn 2001). ●

## LITERATUR

Ashton-Miller, J.A.; DeLancey, J.O.L.: The Knack: use precisely – timed pelvic contraction can reduce leakage in SUI. *Neurourology and Urodynamics* 15 (4): 392-393 (1996)

Bo, K. et al.: Pelvic floor muscle exercises for the treatment of female stress urinary incontinence. 2. Validity of vaginal pressure measurements of pelvic floor muscle strength and the necessity of supplement methods for control of correct contraction. *Neurourol Urodynam.* 9: 479-48 (1990)

Chan, D.: Positions in labour. *British Medical Journal* 1:100-102 (1989)

Chiarelli, P.; Cockburn, J.: Preventing urinary incontinence in postpartum women. *Neurourol Urodyn.* 20:448 (2001)

Flynn, A. et al.: Ambulation in labour. *British Medical Journal* 2:591-593 (1978)

Gardosi, J. et al.: Randomized controlled trial of squatting in the second stage of labour. *Lancet.* Jul 8:2:74-7 (1989)

Gupta, J.; Hofmeyr, G.: Positions during second stage of labour. *Cochrane database review* 2004: 1 (1989)

Laycock, J.: Clinical evaluation of the pelvic floor. In: Schüssler, B. et al. eds. *Pelvic Floor Reeducation.* London: Springer (1994)

Kelly, F.W. et al.: A review of alternative birthing positions. *J Am Osteopath Assoc.* 99(9):470-4 (1999)

Mendez Bauer, C. et al.: Effects of standing position on

spontaneous uterine contractility an other aspects of labour. *Journal of Perinatal Medicine* 3:89-100 (1975)

Mitre, N.: The influence of maternal position on duration of the active phase of labour. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 12:181-183 (1974)

Morkved, S.; Bo, K.: The effect of postpartum pelvic floor muscle exercise in the Prevention and treatment of urinary incontinence. *Int.Urogynecol* J.8:217 (1997)

Morkved, S.; Bo, K.: The effect of postpartum pelvic floor muscle exercise in the prevention and treatment of urinary incontinence – one year follow up.Br.J Obstet Gynecol.107:1022 (2000)

Morkved, S. et al.: Prevention of urinary incontinence during pregnancy. RCT of primiparous women. *Int. Urogynecol J.* Abstract (2001)

Morkved, S. et al.: Pelvic floor muscle training during pregnancy to prevent urinary incontinence: a single-blind randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* Feb;101(2):313-9 (2003)

Salvesen, K.A.; Morkved, S.: Randomised controlled trial of pelvic floor muscle training during pregnancy. *BMJ.* Aug 14;329(7462):378-80. Epub 2004 Jul 14 (2004)

Wille, S. et al.: Pelvic floor exercises, electrical stimulation and biofeedback after radical prostatectomy: results of a prospective randomized trial. *J Urol.* Aug;170(2 Pt 1):490-3 (2003)

*Die ausführliche Literaturliste kann über die Redaktion bezogen werden.*