

INKONTINENZ

SPANNENDES UND ENTSPANNENDES VOM BECKENBODEN

HARN- UND STUHLINKONTINENZ GEHÖREN ZU DEN MEDIZINISCHEN TABUTHEMEN UNSERER GESELLSCHAFT, DIE OFT NICHT EINMAL ZWISCHEN ARZT UND PATIENT BESPROCHEN WERDEN. VIELE MENSCHEN - BETROFFEN SIND FRAUEN UND MÄNNER - NEHMEN DAFÜR EINE BETRÄCHTLICHE EINBUßE DER LEBENSQUALITÄT IN KAUF.

DEFINITION

Unter Inkontinenz – im Volksmund oft als „Blasenschwäche“ bezeichnet – versteht man den unkontrollierbaren, unwillkürlichen Abgang von Harn und/oder Stuhl, wobei Harninkontinenz viel häufiger vorkommt als Stuhlinkontinenz.

HÄUFIGKEIT

Rund eine Million Menschen in Österreich leidet an Harninkontinenz, ca. 400.000 an Stuhlinkontinenz. Die Harninkontinenz ist vor allem ein Frauenproblem (Verhältnis Frauen zu Männer beträgt 6:1). Abhängig vom Lebensalter leiden bis zu 30% der Frauen an den verschiedenen Formen dieser Inkontinenz. Von diesen sucht wiederum nur ein Drittel ärztliche Hilfe.

DIE HARNBLASE

Der Zyklus der Blasenfunktion gliedert sich in eine Speicherphase und eine Entleerungsphase. Diese gegensätzlichen Funktionen werden von den gleichen Strukturen - nämlich Harnblase, Harnröhre und Beckenboden - bewerkstelligt. Sie werden in ihrer Funktion von drei Nervensystemen gesteuert: Nervus pelvicus (Parasympathikus), Plexus hypogastricus (Sympathikus) und Nervus pudendus. Die Speicherphase ist charakterisiert durch Inaktivität des Blasenwandmuskels (Detrusor) und Unterdrückung des Harndrangs durch das Zentralnervensystem. In der Entleerungsphase kontrahiert sich der Detrusor bei gleichzeitiger Entspannung des Blaseschließmuskels (Sphinkter) und der Beckenbodenmuskulatur. Die „Füllung“ dauert normalerweise mehrere Stunden, ab einer Menge von ca. 350 Milliliter Urin setzt Harndrang ein, es kommt zur Harnblasenentleerung (Miktion).

DER BECKENBODEN

Der Beckenboden schließt den Bauchraum nach unten ab und umschließt die Durchlassöffnungen der Harnblase, des Genitaltraktes und des Darmes. Er trägt beim stehenden Menschen das Gewicht der Eingeweide und muss bei Lachen, Niesen, Husten, Heben von schweren Lasten, ... zusätzlich den erhöhten Druck im Bauchraum auffangen. Der Beckenboden besteht aus festem Bindegewebe und quer gestreifter Muskulatur, welche bewusst zusammengezogen werden kann oder reflektorisch aktiviert wird. Der Hauptmuskel ist der Musculus levator ani, der beispielsweise bewusst kontrahiert wird um Stuhl zurückzuhalten. Nach unten abgeschlossen und verstärkt wird der Beckenboden durch die großen Gefäßmuskeln und das feste Binde- und Fettgewebe.

Ein intakter und aktiver Beckenboden verhilft nicht nur zur Kontrolle der Inkontinenz, sondern garantiert auch eine aufrechte Haltung. Er beinhaltet auch die Kraft der inneren Aufrichtung – es ist erstaunlich, wie viel Energie und Selbstbewusstsein ein aktivierter Beckenboden verleiht.

EINTEILUNG

Dranginkontinenz (Urgeinkontinenz) ist der unfreiwillige Harnabgang verbunden mit starkem Harndrang trotz funktionierendem Harnröhrenverschlusses. Die Ursachen sind vielfältig: krankhafte Zustände im Bereich von Blase, Harnröhre und kleinem Becken, vor allem aber chronische Entzündungen sowie erschwerte Blasenentleerung (beim Mann vergrößerte Prostata). Die überaktive Blase zieht sich unkon-

trolliert zusammen. Wird der Drang zu hoch, öffnet sich der Schließmuskel. **Stressinkontinenz** bezeichnet den Harnverlust bei defektem Harnröhrenverschluss. Es kommt beim Lachen, Husten, Niesen, Heben schwerer Lasten oder Treppensteigen zum unfreiwilligen Harnabgang. Ursächlich ist vor allem eine geschwächte Beckenbodenmuskulatur z.B. nach Schwangerschaft und Geburt, aber auch aufgrund hormoneller und altersbedingter Veränderungen. Beim Mann steht die Verletzung des Schließmuskels im Rahmen einer Prostataoperation im Vordergrund. Die Harnblase selbst funktioniert normal. Mischformen sind gekennzeichnet durch Harnverlust mit starkem Harndrang aber auch ohne Harndrang unter körperlicher Belastung. **Reflexinkontinenz** entsteht, wenn Nervenbahnen oder –zentren geschädigt werden, die für die willkürliche Blasensteuerung verantwortlich sind (z.B. Querschnittlähmung). Die Harnblase entleert sich reflektorisch beim Erreichen einer bestimmten Füllung, ohne Verspüren von Harndrang. Die Entleerung ist meist unvollständig (Restharn). Bei der **Überlaufinkontinenz** wird der Druck in der übervollen Blase durch große Restharmengen höher als der Verschlussdruck des Schließmuskels. Ursachen sind ein schwacher Blasenmuskel oder eine Entleerungsbehinderung. Bei Harnabgang durch andere Kanäle als die Harnröhre spricht man von **extraurethraler Inkontinenz** (bei Fistelbildung oder angeborener Anomalie der Harnleitermündung). Die Reizblase unterscheidet sich von den anderen Inkontinenzformen durch das Fehlen eines unfreiwilligen Harnverlustes. Im Vordergrund steht das Drangsyndrom, verbunden mit vermehrtem Harndrang, nächtlichem Harndrang und Schmerzen beim Harnlassen.

STUHLINKONTINENZ

Unter Stuhlinkontinenz versteht man den unwillkürlichen Verlust von Darminhalt. Voraussetzungen für eine ungetrübte Kontinenz sind normaler Darminhalt (alles andere als flüssiger Stuhl), intakter Schließmuskelapparat, normales Fassungsvermögen des Enddarms und ungestörte Funktion der Nerven für Mastdarm und After. Die wesentlichen Ursachen für eine Stuhlinkontinenz sind Schließmuskelschwäche, Durchfall, Operationen und Verletzungen, Behinderungen und Alter.

PROPHYLAXE

Bei der Beeinflussung von Life-Style-Faktoren, welche zur Inkontinenz beitragen können, unterscheidet man exogene Faktoren wie schwere körperliche Arbeit, Kälte am Arbeitsplatz und Arbeit am Fließband sowie endogene Faktoren wie erhöhtes Körpergewicht, geburtshilfliche Faktoren (Anzahl der Geburten, Geburtsgewicht über 4000 g, Dammschnitt,...) und Alter über 50 Jahre. Inkontinenzprophylaxe kann und soll in jedem Lebensalter durchgeführt werden.

THERAPIE

Bei der Dranginkontinenz stehen neben der medikamentösen Therapie (Anticholinergika, zentral dämpfende Medikamente, Antispastika oder Hormonpräparate) Trink- und Miktionstraining sowie Elektrostimulation im Vordergrund. Bei der Stressinkontinenz kommt vorwiegend Beckenbodentraining zum Einsatz, aber auch Pessare (Schalen, Ringe, Würfel, ...) stehen zur Verfügung, bei spezieller Indikation bringen operative Eingriffe gute Erfolge. Die Behandlung der Stuhlinkontinenz erfolgt in den meisten Fällen konservativ: Sphinktertraining, diätetische Maßnahmen zur Stuhleindickung und medikamentöse Therapie.

Bei uns im INSTITUT ZEILEIS stehen - nach einer eingehenden Beratung - neben der medikamentösen Therapie vor allem nicht-medikamentöse physikalische Maßnahmen im Vordergrund. Unverzichtbar sind das Beckenbodentraining mit all seinen Facetten, die Elektrostimulation mittels TENS, sowie Biofeedback. Verschiedenste, teilweise weltweit einzigartige Therapien kommen zur Anwendung, wobei die Kombination von Hochfrequenzströmen (d`Arsonvalisation), Solenoid (hochfrequentes Magnetfeld) und Eigenblutinjektionen sehr gute Erfolge bringt. Zur Verfügung stehen weiters entspannende Massagen, Flächenlaser, Resonanz-Magnetfeld-Therapie, Akupunktur, Magnetfeldmatte (niederfrequentes Magnetfeld) sowie ausgesuchte Anwendungen aus dem Bereich der Elektro-, Hydro(=Wasser)- und Balneotherapie (hauseigenes Thermalwasser!).

Dr. Martin Zeileis

Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation