Biofeedback-Beckenboden-training

bei Rezidivharnstreßinkontinenz nach Inkontinenzoperationen

D.		Kölle
A.		Waitz-Penz

Univers.-Klinik f. Frauenheilk. Innsbruck (Vorst.: Prof. Dr. O. Dapunt)

Dr. Dieter Kölle, Univers.-Klinik f. Frauenheilk., Anichstraße 35, A-6020 Innsbruck

Beckenbodentraining hat sich als effektive Therapie für milde Formen der Streßinkontinenz erwiesen. Die Wirksamkeit von Beckenbodentraining unter Anleitung und mit Biofeedback bei Rezidivinkontinenz nach Inkontinenzoperationen wird in der vorliegenden Studie untersucht.

Methodik und Patientinnen

In die Studie wurden 30 Patientinnen (Alter: MW 53.5 ± 7 ; 40-71 Jahre) aufgenommen, bei denen im Zuge einer urodynamischen Nachkontrolle eine Rezidivharnstreßinkontinenz festgestellt worden war. Die Operationsmethode war 15mal eine vordere und hintere Kolporrhaphie, 13mal ein Kolposuspensionsplastik nach Burch (davon fünfmal als Zweitoperation nach Kolporrhaphie) und zweimal eine kombinierte Operation. Bei der Hälfte der Patientinnen lag die Operation weniger als ein Jahr zurück. Alle erhielten vor und nach dem sechswöchigen Beckenbodentraining eine Messung mit dem Vaginatonomographen nach Sokol und Semm. Dabei wurde die Kontraktionskraft der perivaginalen Muskulatur anhand von vier spezifischen Beckenbodenübungen (Harnverhalten, Stuhlverhalten, Harn- und Stuhlverhalten sowie zusätzlich mit Husten) gemessen. Das Training erfolgte einmal pro Woche unter Anleitung einer Physiotherapeutin in Gruppen zu 4 bis 6 Frauen, sowie mehrmals täglich zuhause ohne Aufsicht. Ziel des Beckenbodentrainings war die Erlernung von diversen Übungen zur Kräftigung der Beckenbodenmuskulatur sowie die Differenzierung der Beckenbodenmuskeln von anderen Muskelgruppen (abdominale und gluteale Muskeln) [1]. 2 Patientinnen benutzten zusätzlich Vaginalkondome zur Kräftigung der Beckenbodenmuskulatur. Nach Abschluß des Trainings wurde eine urodynamische Kontrollmessung durchgeführt.

Ergebnisse

Nach Abschluß des Trainings sahen wir eine signifikante Reduktion des Grades an Harninkontinenz ($p = 0,0119$). Auch die Menge des Harnverlustes im Pad-Test reduzierte sich (MW 5.33 g vorher -3,37 g nachher), allerdings statistisch nicht signifikant. Wir fanden einen signifikanten Anstieg des maximalen Harnröhrenverschlußdruckes in Ruhe (vorher MW 34,9 cm H₂O – nachher MW 43.13 cm H₂O; $p = 0.012$). Die Drucktransmission bei 30% und 70% der Harnröhrenlänge und die maximale Blasenkapazität veränderten sich nicht signifikant. 7

Patientinnen waren nach Abschluß des

Beckenbodentrainings vollkommen kontinent, 15 hatten einen unveränderten subjektiven Status, 6 zeigten einen geringeren Grad an Inkontinenz und 2 verschlechterten sich. Insgesamt ergibt sich so eine Erfolgsrate (im Sinne einer Verbesserung) von 43 %. Die Regressionsanalyse zeigte nur für den maximalen Urethraerschlußdruck in Ruhe eine signifikante Korrelation (Abb. 1)

zwischen den prä- und posttherapeutisch gemessenen Werten. Alle anderen uro-dynamischen Parameter zeigten keine signifikante Korrelation.

Schlußfolgerungen

$$y = 0,67x + 19,8 \quad r = + 0,67 \quad p = 0,0003$$

Beckenbodentraining mit Biofeedback und unter physiotherapeutischer Anleitung ist auch als Therapie der Rezidivstreßinkontinenz nach Inkontinenzoperationen bei einem Teil der Patientinnen erfolgreich. Subjektiv tritt in den meisten Fällen eine Verbesserung der Situation ein. Dies ist wohl am ehesten durch die Erhöhung des Harnröhrenverschlußdruckes in Ruhe zu erklären. Die vorliegende Untersuchung bestätigt auch die Ergebnisse anderer Autoren [2], die nach einer Beckenbodentherapie zwar hohe subjektive Besserungsraten, jedoch nur wenige Heilungen fanden. Dennoch stellt das Beckenbodentraining eine erfolgversprechende konservative Therapiemöglichkeit bei Rezidivharnstreßinkontinenz dar.

10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 [cm H₂O] maxUVDR vor

Abb. 1. Korrelation maximaler urethraler Verschlußdruck in Ruhe vor und nach Beckenbodentraining.