

Prostate

Kontinenz erhalten durch **Power im Beckenboden**

Eine temporäre Inkontinenz infolge einer Prostatektomie ist keine Seltenheit. Ein **multimodales Konzept** soll Abhilfe schaffen und die Kontinenz von Anfang an erhalten oder frühzeitig wiederherstellen. Den größten Erfolg verspricht ein Beckenbodentraining bereits vor der Op.



*Dr. med. Ulrike Hohenfellner
Ambulantes Reha-
bilitationszentrum
und Privatpraxis für
Urologie, Heidelberg
E-Mail: dr.ulrike@
hohenfellner.de*

Die radikale Prostatektomie hat in der Behandlung des Prostatakarzinoms ihren festen Stellenwert. Insbesondere in der Therapie der intermediären und Hochrisiko-Tumoren, während Patienten mit Niedrigrisikotumoren häufig eher von einer konservativen Therapie im Sinne aktiver Überwachung („Active Surveillance“) profitieren. Die Prävalenz der noch drei Monate postoperativ bestehenden Harninkontinenz wird mit sehr unterschiedlichen Daten beschrieben. Mitverantwortlich dafür wird wahrscheinlich sein, dass viele Betroffene möglicherweise nur ein unzureichendes Beckenboden-Training erfahren haben. Die Literatur beschreibt eine Vielzahl ganz unterschiedlicher Behandlungskonzepte, die mit ebenso verschiedenen Ergebnissen bzw. Wirksamkeiten von diversen Berufsgruppen für das Beckenboden-Training angeboten wird. So ist z. B. für die alleinige Anwendung konventioneller Physiotherapie nach vorgefertigten Trainingsplänen beschrieben, dass sie die Kontinenzrate überhaupt nicht verbessert.

Wichtig: die Komplexität verstehen

Diagnostisch finden sich postoperativ bei urodynamischer Untersuchung des unteren Harntrakts typischerweise eine ungestörte Funktion der Blase und ein insuffizienter externer Sphinkter, woraus konsekutiv ungewollter Harnabgang bei Erhöhung des intraabdominellen Drucks oder bei körperlicher Aktivität resultiert. Dabei korrelieren die funktionelle Urethralänge und der maximale urethrale Verschlussdruck mit dem Grad der Inkontinenz. D.h. es besteht eine Beeinträchtigung der Beckenbodens analog der Belastungs-Harninkontinenz der Frau. Pathophysiologisch scheint aber nicht nur eine primär zu schwache Muskulatur sondern vielmehr eine multifaktoriell bedingte, komplexe Funktionsstörung des für die Kontinenz erforderlichen Verschlussapparates des unteren Harntrakts zu sein. Das Verständnis der tatsächlichen Faktoren ist essentiell, um – unter der Voraussetzung optimaler Op-Technik – bestenfalls das Auftreten der Inkontinenz gänzlich zu verhindern oder ansonsten eine rasche Wiederherstellung der Kontinenz für den Patienten zu erreichen.

Wahrnehmungsstörung des Beckenbodens

Mit prä- und postoperativ durchgeführten MRT-Untersuchungen des Kopfes konnte gezeigt werden, dass sich postoperativ bei Kontraktion des Beckenbodens eine Abnahme des Aktivitätslevels nicht nur im für die Motorik zuständigen Kortex, sondern in fast allen kortikalen und auch subkortikalen sensorischen Arealen findet. D.h. es besteht eine sensomotorische Störung, also eine Wahrnehmungs- und damit

auch Kontroll-Störung des Beckenbodens mit konsekutiv eingeschränkt möglicher Ansprechbarkeit und willkürlicher Aktivierbarkeit der Kontinenz-gewährleistenden Strukturen. In Übereinstimmung damit konnte perineometrisch nachgewiesen werden,

Was der Patient im Kopf sachlich versteht, kommt am Beckenboden nicht an.

langung der Kontinenz tatsächlich eine neuerliche Tonus-Zunahme vorausgeht. Diese nachweisliche Dezentralisation bzw. Verhinderung nozizeptiver Information wird wahrscheinlich auf inflammatorisch bedingte Irritation der afferenten und efferenten Innervation zurückzuführen sein und lässt verstehen, dass man gezeigtes Training nicht einfach so ausführen kann. Es bedeutet, dass man das, was man im Kopf als Übung zwar sachlich versteht, dennoch am Beckenboden nicht ankommen lassen kann.

Untrainierter Beckenboden

Perineometrisch konnte ebenfalls gezeigt werden, dass postoperativ die kontinenten Männer einen höheren Tonus des Beckenbodens aufweisen als die inkontinenten und dass diese auch bereits präoperativ einen deutlich höheren Tonus hatten als die später inkontinenten Patienten. Zudem ist mit MRT-Untersuchungen des Beckenbodens dokumentiert worden, dass das Wiederkontinent-Werden begleitet ist von einer Zunahme der Dicke des M. puborectalis mit konsekutivem Höher- und Vorwärts-Treten des Blasenhalses. Analog konnte gemessen werden, dass es keineswegs kontinent macht, wenn man den Harnstrahl abknöpfen kann – tatsächlich ist es das bei der Harnstrahl-

Unterbrechung erreichte Maß an Kraft, das mit Kontinenz bzw. umgekehrt mit dem Grad der Inkontinenz korreliert. D.h. auch eine tatsächliche muskuläre Schwäche bzw. ein „Untrainiert-Sein“ des Beckenbodens ist für die Manifestation der Inkontinenz verantwortlich. Hilfreich zur Wiederherstellung der Kontinenz scheint folglich nur ein Training zu sein, das tatsächlichen Kraftzuwachs durch messbare Hypertrophie des M. puborectalis und genauso der für die Kontinenz verantwortlichen Hilfsmuskulatur möglich macht.

Unterbrechung erreichte Maß an Kraft, das mit Kontinenz bzw. umgekehrt mit dem Grad der Inkontinenz korreliert. D.h. auch eine tatsächliche muskuläre Schwäche bzw. ein „Untrainiert-Sein“ des Beckenbodens ist für die Manifestation der Inkontinenz verantwortlich. Hilfreich zur Wiederherstellung der Kontinenz scheint folglich nur ein Training zu sein, das tatsächlichen Kraftzuwachs durch messbare Hypertrophie des M. puborectalis und genauso der für die Kontinenz verantwortlichen Hilfsmuskulatur möglich macht.

Fehlende Krankheitsbewältigung

Die Literatur beschreibt eindrücklich, dass Patienten mit Prostatakarzinom erheblich psychosozial belastet sein können. Dabei sind die Patienten nicht psychisch krank, sie leiden nicht unter Phobien, sondern unter Ängsten vor einer ganz realen Bedrohung. Präoperativ befragt beschrieben 41% der Patienten ihre Tumor-Erkrankung als „etwas bedrohlich“, 18% sogar als „sehr bedrohlich“. Nur wenige gaben Angst vor dem Behandlungsverlauf oder Angst vor erektiler Dysfunktion als Grund dafür an, etwa jeder zweite nannte als Grund allein die Diagnose Prostatakrebs. Darüberhinaus korreliert das Ausmaß der psychischen Belastung mit dem Ausmaß der Inkontinenz, d.h. auch die Unterstützung der raschen Krankheitsbewältigung scheint für den postoperativen Erhalt bzw. die Wiederherstellung der Kontinenz essentiell zu sein.

Erste Hilfe: Wahrnehmungs- und Beckenboden-Schulung

Grundlegend ist zunächst eine erste Verbesserung der Wahrnehmung des Beckenbodens, die sich durch die Elektro- oder Magnetstimulation erfahren lässt. Eingesetzt werden rektal applizierbare Sonden oder die komfortablere Extrakorporale Magnetfeldstimulation,

wobei sich die Magnetstuhl-Therapie gegenüber der Elektrostimulation durch eine höhere Intensität und Eindringtiefe in das Gewebe auszeichnet. Im Anschluss lassen sich dann die gezielte Schulung der Wahrnehmung und das kontrollierte Erlernen der willkürlichen Anspannung des Becken-

bodens durch das elektromyographisch-gestützte bzw. Biofeedback-Training vermitteln. Entscheidend ist hierbei, dass die verwendete Technik in der Lage ist, verlässlich und folglich isoliert von der Bauch- und Gesäßmuskulatur die Beckenboden-Aktivität zu bestimmen, nicht jede der heutzutage verfügbaren Gerätschaften genügt diesem Anspruch.

Zweiter Schritt: Kraft-Training des Beckenbodens

Darauf aufbauend ist dann überhaupt erst ein effizientes Kraft-Training der Beckenboden- und zugehörigen Hilfs-Muskulatur möglich. Dieses sollte wie jedes andere Kraft-Training auch ein paar Mal unter professioneller Anleitung erfolgen, damit der Patient es dann zuhause eigenständig und effizient durchführen kann. Entscheidend ist, dass die angewendeten Übungen in der Lage sind, eine muskuläre Hypertrophie

und damit also messbaren Kraftzuwachs der Muskulatur zu gewährleisten. Entscheidend ist also, dass die gewählten Übungen eine sogenannte auxotonische Kontraktion analog des klassischen Bizeps-Trainings und damit die Anhebung des Blasen Hals um 1 cm unter sonographischer Kontrolle gewährleisten. Zur flankierenden medikamentösen Behandlung kann das Präparat Duloxetin verordnet werden, das den Muskeltonus des externen Sphinkters während der Speicherphase der Blase urodynamisch messbar erhöht und meist ohne Nebenwirkungen vertragen wird.

Flankierend: Psychoonkologische Grundversorgung

Neben dem Verständnis der Pathogenese, also dessen, was uns krank macht, und deren Berücksichtigung in der Behandlung sind für den Erhalt bzw. für die Wiederherstellung der Kontinenz genauso wichtig das Verständnis und die Berücksichtigung der Salutogenese, also dessen, was uns gesund erhält. Befragt danach, was ihnen hilfreich im Umgang mit der psychischen Belastung durch die Tumorerkrankung ist, benannten die Patienten mit nur geringem Prozentsatz folgende Antwortmöglichkeiten: Positive Lebenseinstellung und Austausch mit anderen Patienten, Ablenkung, die medizinische Behandlung und die gute Prognose, Familie und Freunde, die Partnerin. Als am hilfreichsten zur Krankheitsbewältigung wurde von etwa jedem zweiten Patienten das Gespräch mit dem behandelnden Arzt angegeben. Entsprechend scheint der ärztlichen psychoonkologischen Begleitung eines bereits präoperativ begonnen Muskelaufbau-Trainings des Beckenbodens eine besondere Bedeutung für den postoperativen Erhalt der Kontinenz zuzukommen. Entsprechend scheint die ärztliche psychoonkologische Begleitung ein erst postoperativ begonnenes Beckenboden-Training zur Wiedererlangung der Kontinenz zu unterstützen.



Anhebung des Blasen-halses um 1 cm durch auxotonische Kontraktion unter sonographischer Kontrolle.

FAZIT: ERFOLG DURCH MULTIMODALE THERAPIE

Die Pathogenese und Salutogenese berücksichtigend ist also ein multimodales, individuell ausgerichtetes Behandlungskonzept sinnvoll. Dass eine Standard-Therapie von nur 30 Minuten Dauer, die 3- bis 4-mal im Abstand von jeweils einer Woche durchgeführt wird, weder prä- noch postoperativ sonderlich zielführend sein kann, mag somit nicht verwundern. Demgegenüber waren z. B. 48% eigener Patienten (20/42), die bereits präoperativ das multimodale Beckenboden-Training erhalten haben und dann von einem erfahrenen Operateur prostatektomiert wurden, direkt nach Katheterentfernung kontinent, weitere 36% der Patienten (15/42) benötigten lediglich 1 Vorlage und wurden durch eigenständiges Fortsetzen des präoperativ Erlernen überwiegend innerhalb von 1 bis 4 Wochen kontinent.

Literatur bei der Verfasserin.
Interessenkonflikte: Keine