

ABSTRACT

Wie bleibt Frau kontinent? Empfehlungen zur Prophylaxe

Ulla Henscher

Die Prävalenz der weiblichen Harninkontinenz liegt weltweit bei 27,6 % und steigt mit dem Alter. In dieser Gruppe liegt die Belastungsinkontinenz bei 50%, die Mischinkontinenz bei 32 % und die Dranginkontinenz bei 14 %. Bei Frauen über 70 Jahren ist die Häufigkeit über 48 % (Molander et al. 2002). Daraus folgen enorme Kosten, die für die USA mit 16 und 26 Mrd. US Dollar pro Jahr angegeben werden (Hu et al. 2004).

In Deutschland hat die PURE-Studie von 2007 die jährlichen Kosten für die Inkontinenzbehandlung mit 396 Millionen € angegeben. Der Anteil für Frauen liegt bei 227 Millionen € und steigt mit dem Lebensalter, für Männer liegt er bei 118,6 Millionen €. Etwa 49 % kostet die Versorgung der Betroffenen mit Inkontinenzvorlagen (v. Schulenburg et al. 2007). Die konservative Therapie macht nur einen geringen Anteil aus (0%).

Leider wird auch von professioneller Seite das Krankheitsbild häufig nicht wahrgenommen, nicht angesprochen und nicht adäquat behandelt (Morley 2004, Penning-van Beest 2005, Sykes et al. 2005). Die individuellen psychosozialen Auswirkungen sind ein zusätzliches gesamtgesellschaftliches Problem. Einschränkungen der Lebensqualität bis hin zu schweren Depressionen sind bekannte Folgen, insbesondere bei älteren Menschen (Melville et al. 2005, Ko et al. 2005). Über 45 % der Patientinnen reduzierten deshalb ihre sportlichen Aktivitäten, wie eine sehr große europäische Studie nachwies (Monz et al. 2005).

Risikofaktoren sind vor allem Schwangerschaft, Geburtsmodus, Übergewicht, chronischer Husten, Depression, schlechter Gesundheitsstatus, LUTS, Hysterektomie, Stroke, Komorbidität und Alterungsprozesse (Minassian et al. 2003).

Wenn in einer frühen Lebensphase mit Veränderungen im Lebensstil und Verhaltensveränderungen begonnen wird, kann eine Harninkontinenz verhindert werden. Peripartale Angebote senken die Inkontinenzrate. Die Hormonersatztherapie kann einen Einfluss auf die Inkontinenz haben (Sievvert et al. 2012).

Insbesondere Angebote, die sowohl Elemente des Blasentrainings und Beckenbodentraining beinhalten sind sinnvoll (Sampselle et al. 2005).

Empfehlungen zur Prophylaxe:

- Ein „stressfreies trocken werden“ im Kindesalter
- Frühzeitige Informationen über die normale Blasen - und Darmfunktion
- Regelmäßige Bewegung und Sport, besonders in vertikalen Sportarten, auch in der Schwangerschaft
- Erlernen der korrekten Beckenbodenspannung, von Beckenbodentraining und Anspannen des BB vor und bei Belastungen, bei vorzeitigem Harndrang
- Erhalten der aufrechten Körperhaltung
- Ballaststoffreiche Ernährung und ausreichende Trinkmengen
- Moderates Heben und Tragen von schweren Gegenständen
- Vermeiden von pressendem Stuhlgang, von Übergewicht und Rauchen
- Vermeiden von reizenden Getränken, Nahrungsmitteln
- Geburtsvorbereitung/Schwangerschaftsgymnastik
- Überdenken des Geburtsmodus
- Rückbildungsgymnastik
- Erhalten der Konzentrations-und Merkfähigkeit im Alter

Qualifizierte Angebote der Physiotherapie in der Prävention sind vor allem:

Beckenbodenschule, Geburtsvorbereitung/Schwangerschaftsgymnastik, Rückbildungsgymnastik

Rechtzeitige Physiotherapie nach dem Physio Pelvica Konzept, die schon bei geringem Urinverlust verordnet wird, können das Symptom reduzieren und die Lebensqualität verbessern (Imamura et al. 2010, Dumoulin & Hay-Smith 2010). Prä-oder postoperative Physiotherapie verbessert das Operationsergebnis.

Gute Therapeutinnen sind zu finden unter: www.ag-ggup.de

Literatur

1. Dumoulin C, Hay-Smith J. Pelvic floor muscle training versus no treatment for urinary incontinence in women. A Cochrane systematic review. Eur J Phys Rehabil Med. 2008 Mar;44(1):47-63.
2. Hu TW, Wagner TH, Bentkover JD, Leblanc K, Zhou SZ, Hunt T. Costs of urinary incontinence and overactive bladder in the United States: a comparative study. Urology. 2004 Mar;63(3):461-5.
3. Imamura M, Abrams P, Bain C, Buckley B, Cardozo L, Cody J, Cook J, Eustice S, Glazener C, Grant A, Hay-Smith J, Hislop J, Jenkinson D, Kilonzo M, Nabi G, N'Dow J, Pickard R, Ternent L, Wallace S, Wardle J, Zhu S, Vale L. Systematic review and economic modelling of the effectiveness and cost-effectiveness of non-surgical treatments for women with stress urinary incontinence. Health Technol Assess. 2010 Aug;14(40):1-188, iii-iv. Review.
4. Ko Y, Lin SJ, Salmon JW, Bron MS. The impact of urinary incontinence on quality of life of the elderly. Am J Manag Care. 2005 Jul;11(4 Suppl):S103-11.

5. Melville JL, Delaney K, Newton K, Katon W. Incontinence severity and major depression in incontinent Obstet Gynecol. 2005 Sep;106(3):585-92. women.
6. Minassian VA, Drutz HP, Al-Badr A. **Urinary incontinence as a worldwide problem.** Int J Gynaecol Obstet. 2003 Sep;82(3):327-38.
7. Molander U, Sundh V, Steen B. Urinary incontinence and related symptoms in older men and women studied longitudinally between 70 and 97 years of age. A population study. Arch Gerontol Geriatr. 2002 Nov-Dec;35(3):237-44.
8. Monz B, Pons ME, Hampel C, Hunskar S, Quail D, Samsioe G, Sykes D, Wagg A, Papanicolaou S. Patient-reported impact of urinary incontinence--results from treatment seeking women in 14 European countries. Maturitas. 2005 Nov 30;52 Suppl 2:S24-34. Epub 2005 Nov 16.
9. Morley JE. Urinary incontinence and the community-dwelling elder: a practical approach to diagnosis and management for the primary care geriatrician. Clin Geriatr Med. 2004 Aug;20(3):427-35, v-vi.
10. Penning – van Beest FJA et al.: Undertreatment of Urinary Incontinence in General Practice. Ann Pharmacother 2005;39:17-21
11. Sampsel CM, Messer KL, Seng JS, Raghunathan TE, Hines SH, Diokno AC. Learning outcomes of a group behavioral modification program to prevent urinary incontinence. Learning outcomes of a group behavioral modification program to prevent urinary incontinence. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2005 Nov-Dec;16(6):441-6. Epub 2005 Mar 15.
12. Sykes D, Castro R, Pons ME, Hampel C, Hunskar S, Papanicolaou S, Quail D, Samsioe G, Voss S, Wagg A, Monz BU. Characteristics of female outpatients with urinary incontinence participating in a 6-month observational study in 14 European countries. Maturitas. 2005 Nov 30;52 Suppl 2:S13-23. Epub 2005 Nov 16.
13. Sievert KD, Amend B, Toomey PA, Robinson D, Milsom I, Koelbl H, Abrams P, Cardozo L, Wein A, Smith AL, Newman DK. Can we prevent incontinence? ICI-RS 2011. Neurourol Urodyn. 2012 Mar;31(3):390-9. doi: 10.1002/nau.22225. Epub 2012 Mar 14.
14. Graf von der Schulenburg T, Mittendorf, J, Clouth, Y, Stoeber, W, Greiner. Kosten der Harninkontinenz in Deutschland. Gesundh ökon Qual manag 2007; 12(5): 301-309