

# Joggen - Nein Danke !? oder

## Zufriedenstellende Lebensqualität bei Belastungsinkontinenz

Astrid Landmesser — Physiotherapeutin, Praxis für Physiotherapie, Erkelenz

### Einleitung

Die Belastungsinkontinenz ist für viele Frauen in der Gesellschaft eine der häufigsten Einschränkungen im Alltag und bei sportlichen Aktivitäten. Leider finden sich viel zu viele Frauen einfach damit ab und nehmen ihr Problem nicht ernst genug. Dies hat langfristig weitere Folgen. Der zunehmende Verbrauch an Vorlagen und das sich sekundär aus der Inkontinenz angewöhnte Fehlverhalten bei den Toilettengängen bedingt oft eine Verstärkung der Inkontinenz und eine Einschränkung der Lebensqualität.

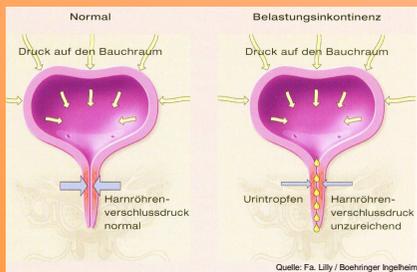
Ich möchte Ihnen vorstellen, wie ich mit den Patienten arbeite. Über zielgerichtete Physiotherapie und Verhaltensänderungen finden die Patienten den Weg zurück zur Kontinenz.

**Kontinenz** ist ein Wechselspiel der Kräfte, ein dynamischer Prozess. Mehrere Muskelgruppen sind durch Relaxation und Kontraktion an der Stabilität des Blasenhalses beteiligt. Das Intaksein des periurethralen und perivaginalen Bandapparates sind beim Miktionsprozess von großer Bedeutung.

**Inkontinenz** ist also ein Defekt im morphologischen und funktionellen Zusammenspiel des blasenhalbsverschließenden Systems.

(Armin Fischer; Praktische Urogynäkologie)

### Druckbelastungen auf die Blase



Quelle: Fa. Lilly / Boehringer Ingelheim

### Mögliche Fehlbelastungen

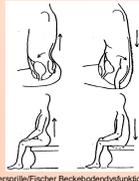
- beim Joggen
- beim Niesen (Allergien, ...)
- beim Husten (obstruktive Erkrankungen der Lunge, ...)
- beim Heben
- im Fitness-Studio (Gerätetraining, ...)
- bei der Gartenarbeit
- treppabwärts, bergabwärts, ...

### Physiotherapie bei Belastungsinkontinenz

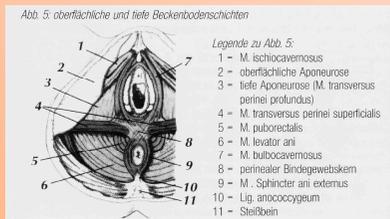
Jede Behandlung startet mit einer ausführlichen **Anamnese**, in der nach den möglichen Ursachen für die Inkontinenz gefragt wird.

Zur **Befundaufnahme** und der daraus **abgeleiteten Therapie** gehören:

- Führen und Auswerten eines Miktions- und Defäkationsprotokolls.
- Erfragung und Veränderung des Verhaltens auf der Toilette.
  - keine Pressmanöver
  - keine Harnstrahlerunterbrechung
- Wahrnehmen und Erlernen von Beckenbodenan- und -entspannung.

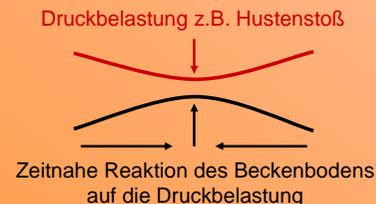


Versprille-Fischer Beckenbodendysfunktion



Armin Fischer; Praktische Urogynäkologie

- Beurteilung des allgemeinen Haltungs- und Bewegungsverhaltens und der Atmung.
- Durchführung von Belastungstests, die individuell auf die Patienten und auf deren Fehlbelastungen angepasst sind.
  - Seilchenspringen
  - Hüpfen auf dem Trampolin
  - Aufpusten von Luftballons
  - Stresstest im Stand
  - Pads -Tests
  - Heben und Tragen
- Anleitung zur Automatisierung der Beckenbodenreaktion auf Druckbelastungen



- Vaginale Palpation in Ruhe und in Belastungssituationen.
- Die Palpation ist auch schon Behandlungsansatz.  
Feedback durch Spiegelkontrolle



- Beurteilung des Muskeltonus (Hypertonus, Hypotonus, Normotonus)
- Beurteilung evtl. vorhandener Senkungen im Ring of Continence (ROC)
- Beurteilung der Muskelkraft (PERFECT-Schema nach Laycock 1994)

<b>P Power</b>	Kraft der Beckenbodenmuskulatur; <b>Oxford-Grading</b> (Beurteilung von 0 bis 5)
<b>E Endurance</b>	Ausdauerkraft ca.10s halten (slow twitch fibres) mit anschließender Entspannung
<b>R Repetitions</b>	Wiederholungen der Übung mit anschl. Entspannung
<b>F Fast Contractions</b>	Schnellkraft (fast twitch fibres) bis zu 10 schnelle Anspannungen
<b>E Elevation</b>	Blasenhalselevation; Lift des m. levator ani
<b>C Cough Response</b>	Reaktionen beim Hustentest; Beurteilung der Inkontinenz
<b>T Transcribe it all</b>	Dokumentation aller Ergebnisse

- Anleitung zu individuellen Trainingshilfen

- Bio-Feedback
- Elektro-Therapie
- Jade-Ei
- Laycock-Elektrode
- Love-Balls



Trainingsgerät FaHaynt

- Im Normalfall reichen 6 - 12 physiotherapeutische Behandlungen, um die Patientin zum gewünschten Erfolg zu bringen.
- Die Lebensqualitätsabfrage gibt Aufschluss über Erwartungen und Ergebnisbewertung des Patienten.

Vor der Therapie:	☺ 1 --- 2 --- 3 --- 4 --- 5 --- 6 --- 7 --- 8 --- 9 --- 10 ☹
Während der Therapie:	☺ 1 --- 2 --- 3 --- 4 --- 5 --- 6 --- 7 --- 8 --- 9 --- 10 ☹
Nach der Therapie:	☺ 1 --- 2 --- 3 --- 4 --- 5 --- 6 --- 7 --- 8 --- 9 --- 10 ☹

### Stabilisierung des Behandlungserfolgs

Wichtig für die Patienten ist die dauerhafte Sicherstellung des erarbeiteten Zustandes. Dazu werden die Patienten angeleitet, die Beckenbodenmuskulatur selbstständig zu trainieren, durch:

- Integration des Übungsprogramms in den Alltag
- Langfristige Verhaltensänderungen bei Druckbelastungen, auch postoperativ
- Pflege des Funktionssystems Beckenorgane/ Beckenboden
- Erhaltung der Beckenbodendynamik

Wenn die gewünschte Lebensqualität des Patienten nach der physiotherapeutischen Behandlung nicht ausreichend erreicht werden kann, muss die Suche nach Ursachen ausgeweitet werden. Dann sind in Absprache mit dem behandelnden Arzt weitergehende Therapieverfahren angebracht.

Zum Beispiel:

- Urodynamische Untersuchung
- Medikamentöse Behandlung z.B. mit dem Wirkstoff Duloxetin
- Operative Weiterbehandlung z.B. mit TVT / TVT-O
- Lokale Östrogenisierung
- Pessartherapie ...

### Resultat: mehr Lebensqualität

- wieder Spaß an Bewegung
- weniger Angst vor Harnverlusten
- weniger Vorlagenverbrauch
- mehr Selbstvertrauen
- Aufwertung der Psyche



Quelle: Fa. Lilly / Boehringer Ingelheim

### Literaturangaben

- Armin Fischer; Praktische Urogynäkologie spannungsfrei, 2003
- Versprille-Fischer, E.S.; Inkontinenz und Beckenbodendysfunktion, 1997
- Broschüre der Fa. Lilly / Böhlinger - Ingelheim

### Angaben zur Autorin

- Astrid Landmesser, Physiotherapeutin
- Praxis für Physiotherapie; Krefelder Str. 5, 41812 Erkelenz, Tel. 02431 980390 Mail: astrid.landmesser@t-online.de
- www.kg-neuland.de
- Mitglied der AG GGUP und Referentin für 'Vaginale und anorektale Untersuchungstechniken'
- Mitglied der Nordrhein-Westfälischen Gesellschaft für Urologie
- Mitglied der Deutschen Kontinenz Gesellschaft e.V.