

Miktionsstörungen

Behandlung der kindlichen Harninkontinenz

Ulrike Hohenfellner

Bei der kindlichen Harninkontinenz handelt es sich genauso wie bei der Überaktiven Blase bzw. der Dranginkontinenz des Erwachsenen oftmals um eine somatoforme Miktionsstörung. Das Grundverständnis für die komplexe Entstehung der Erkrankung ist Voraussetzung, damit wir Urologen den betroffenen Kindern und Familien rasch helfen können.

Für die gesunde Entwicklung eines Kindes und insbesondere das Durchlaufenkönnen altersentsprechender Reifungsprozesse auf psychischer und somatischer Ebene ist die Erfüllung der Grundbedürfnisse unabdingbar. Dazu zählen neben der Wahrnehmung von Angenommensein und Sicherheit des eigenen Daseins mit der Erfahrung tragfähiger Beziehungen auch das Recht auf persönlichen Freiraum und Selbstbestimmung sowie das kontinuierliche Lernenkönnen bzw. das stetige Gefordertwerden mit Erwerben-Können von zunehmender Kompetenz.

Bleiben die Grundbedürfnisse des Kindes unbefriedigt, dann muss das Kind diese verleugnen, um wenigstens durch angepasstes und ich-fremdes Verhalten Liebe und Anerkennung bekommen zu können. Um im familiären System bzw. im Kindergarten oder in der Schule bestehen und emotional „so weitermachen“ zu können, müssen negative Gefühle unterdrückt werden – sonst müsste das Kind ja weglaufen und sich ein anderes Umfeld suchen.

Die Unterdrückung der eigenen, natürlichen Bedürfnisse somatisiert sich in der Unterdrückung des Harndrangs und der Miktions, der natürlichsten Bedürfnisse des Kindes. Pathologisches Korrelat ist die Dysfunktion des externen urethralen Sphinkters im Sinne einer vermehrten und situativ inadäquaten Kontraktion beim Harndrang und gegebenenfalls zusätzlich während der Miktions, durch die eine extrinsisch bedingte funktionelle subvesikale Obstruktion entsteht. Je nach

Art der Dysfunktion bzw. je nachdem, wie das Kind unbewusst mit seinem Schließmuskel umgeht, resultieren daraus unterschiedliche Befunde und Symptome.

Aufschieben der Miktions als Ursache des Einnässens

Bei Kindern ist das Kneifen des Sphinkters und Unterdrücken des Harndrangs von äußerlich erkennbarem Unruhigwerden und typischen Haltemanövern wie Fersensitz oder Überkreuzen der Beine begleitet. Bei alleinigem Miktionsaufschub erfolgt die anschließende Blasenentleerung koordiniert mit physiologischer Uroflowmetriekurve, in der Regel allerdings nicht restharnfrei – die Kinder „hören sozusagen zu früh auf“.

Bei gezieltem Nachfragen wird das Wasserlassen nach Miktionsaufschub als „total erleichternd“ oder „natürlich schön“ beschrieben, so dass verständlich ist, daß die Kinder sofort wieder damit aufhören, den Sphinkter zu relaxieren, sobald im Sinne einer Überlauf-Symptomatik eine Spannungsabfuhr stattgefunden hat bzw. sobald der Druck weg ist. Die meisten dieser Kinder weisen ein Einnässen vor Erreichen der Toilette oder „einfach so zwischendurch“ auf, insbesondere nachdem sie zuvor – oftmals aufgrund der erkennbaren Unruhe oder Haltemanöver – zum Toilettengang aufgefordert worden sind. Alternativ können sie tagsüber trocken sein und trotz längerer Unterdrückung des Harndrangs noch rechtzeitig die Toilette

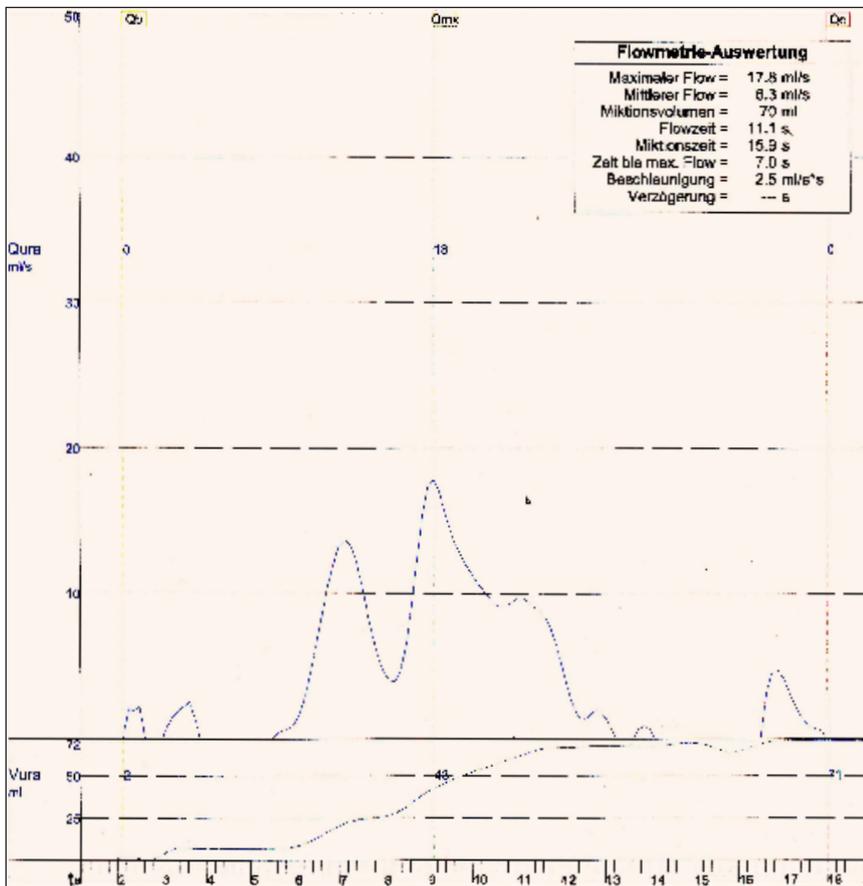
erreichen, nassen aber nachts ein, ohne aufzuwachen.

Diagnostisch finden sich eine altersentsprechend normale oder vergrößerte Blasenkapazität, Restharnbildung sowie eine Verdickung der Blasenwand als Folge des erhöhten Miktions-Eröffnungsdrucks bei kontraktom Sphinkter, der erst sekundär nach Miktionsseinleitung durch „Überlaufen“ relaxiert. Typischerweise entstehen aus dem Miktionsaufschub chronisch-rezidivierende Harnwegsinfekte und fakultativ auch ein sekundärer vesico-uretero-renal High-Pressure-Reflux. Diese sind aber nicht der Auslöser des Einnässens, wie es häufig von Eltern empfunden und beschrieben wird, sondern umgekehrt sind sie die Folge der Blasenentleerungsstörung. Entsprechend finden sich dann nach operativer Reflux-Therapie in der Regel die Pyelonephritiden rückläufig, während aber die rezidivierenden unkomplizierten Zystitiden mit den entsprechenden oben genannten Untersuchungsbefunden verständlicherweise persistieren.

Das Auftreten von Harnwegsinfekten wirkt naturgemäß verstärkend auf den Miktionsaufschub, da die Erfahrung der Algurie das Kind zwangsläufig veranlasst, aus Angst vor Schmerz noch seltener zur Toilette zu gehen. Kommt es zum Dekompensieren der Miktionsstörung, dann resultieren daraus das Infrequent-Voiding-Syndrom bzw. die Lazy Bladder mit deutlich überkapazitärer Blase und zunehmender Restharnbildung.

„Falsches“ Wasserlassen als zusätzliche Ursache

Neben diesen Kindern, die nur die Miktions aufschieben, gibt es sehr viel mehr Kinder, die zusätzlich die Miktions unterbrechen bzw. unbewusst verhindern wollen. Hier findet sich neben der Miktionsseinleitung im Sinne eines „Überlaufens“ eine Detrusor-Sphinkter-externus-Dyskoordination, die eine konsekutive Detrusorhyperaktivität bedingt. Diagnostisch finden sich typi-



Die Uroflowmetrie zeigt eine Detrusor-Sphinkter-externus-Dyskoordination als Ursache der somatoformen Blasenentleerungsstörung mit Einnässen bei einer 9-jährigen Patientin. (Abbildung: Dr. U. Hohenfellner)

scherweise eine Sägezahn-Kurve und eine funktionell kleinkapazitäre Blase bei der Uroflowmetrie (siehe Abb.).

Die Sonografie zeigt Restharnbildung sowie eine deutlichere Wandverdickung der Blase gegenüber den Kindern mit lediglich Miktionsaufschub. Die meisten Betroffenen nässen vor dem Erreichen der Toilette ein, „einfach so“ zwischendurch z. B. beim Spielen und auch nachts. Manchen Kindern ist es durch erhebliche Einschränkung der Trinkmenge und Miktionsaufschub möglich, tagsüber die Problematik der kleinkapazitären Blase und der Detrusorhyperaktivität zu kupieren und nur nachts einzunässen. Ähnlich wie die Kinder mit Miktionsaufschub gehen sie typischerweise in der Schule überhaupt nicht oder – wenn sie dort bis zum späten Nachmittag bleiben – einmal zur Toilette und nässen nachts ein. Wenn dann im Rahmen der urologischen Therapie die

Flüssigkeitszufuhr erhöht wird, manifestiert sich aber hier im Gegensatz zu den Kindern mit Miktionsaufschub auch eine Tagessymptomatik mit Pollakisurie und gegebenenfalls zusätzlichem Harnabgang vor Erreichen der Toilette im Sinne einer durch die Detrusor-Sphinkter-externus Dyskoordination bedingten Dranginkontinenz. Sekundär kann das Einnässen von rezidivierenden Harnwegsinfekten und auch einem vesico-uretero-renalen Reflux begleitet sein.

Therapie

Die Behandlung der kindlichen Harninkontinenz erfordert spezielle Kinderurologische und auch psychosomatische Expertise. Anhand eigener Daten konnte gezeigt werden, dass die multimodale fachurologische *Pelvicfit*-Therapie bei Kindern ohne wesentliche Verhaltensauffälligkeit bereits nach median zwei Monaten für etwa 90 %

der Kinder Kontinenz herstellen kann. Diese Therapie beinhaltet die extrakorporale Magnetstuhl-Stimulation, eine elektromyographisch-kontrollierte Beckenboden-Schulung, ein mit Uroflowmetrie und Restharnmessung gestütztes Miktionstraining, ein relaxierendes Beckenboden-Training, eine urologisch ausgerichtete Vojta-Therapie zur verbesserten Ansteuerung und Spannungs-Regulierung des Beckenbodens sowie die Psychosomatische Grundversorgung der Eltern und ein soziales Kompetenztraining für die Kinder.

Selbst bei 85 % der Kinder mit deutlicher Verhaltensauffälligkeit und gestörten familiären Bindungen kann das *Pelvicfit*-Training innerhalb von zwei Monaten eine physiologische Miktion und Kontinenz tagsüber erreichen, was von erheblicher sozialer Bedeutung für das Kind ist. Entsprechend sollte auch bei diesen Kindern zunächst die *Pelvicfit*-Therapie begonnen werden, um eine rasche Besserung der Symptomatik zu erreichen.

Die Einleitung einer begleitenden Verhaltenstherapie des Kindes oder besser noch einer verhaltenstherapeutischen Familientherapie macht erst zeitverzögert Sinn, um das Kind und die Familie nicht zu überfordern. Diese ist dann aber definitiv als Hilfestellung erforderlich, damit die Grundbedürfnisse des Kindes im familiären Umfeld erfüllt werden können und dann das Kind auch nachts trocken werden kann.



Autorin

**Dr. med.
Ulrike Hohenfellner**

Fachärztin für Urologie
 Privatpraxis für Urologie Heidelberg
 Ambulantes Rehazentrum für
 Urologie und Gynäkologie Heidelberg
 Arbeitskreis Psychosomatische
 Urologie und Sexualmedizin der DGU
 dr.hohenfellner@
 praxishohenfellner.com