

Kindliche Harninkontinenz

Die kindliche Harninkontinenz ist definiert als unkontrollierter Urinabgang nach dem 5. Lebensjahr, der sich nachts oder / und tagsüber manifestiert. Analog zur überaktiven Blase bei Erwachsenen liegt auch der Harninkontinenz bei Kindern eine somatoforme Miktionsstörung zugrunde. So können Ängste oder Unsicherheiten, die das Kind belasten, zur Folge haben, dass ein Kind einnässt. Ebenso kann sich die Unterdrückung der eigenen, natürlichen Bedürfnisse in der Unterdrückung des Harndrangs und der Miktion somatisieren. Pathologisches Korrelat ist die Dysfunktion des externen urethralen Sphinkters im Sinne eines Miktionsaufschubs, gegebenenfalls kann zusätzlich während der Miktion eine extrinsisch bedingte funktionelle subvesikale Obstruktion im Sinne einer Detrusor-Sphinkter-Dyskoordination bestehen. Je nach Art der Dysfunktion bzw. je nachdem, wie das Kind unbewusst mit seinem Schließmuskel umgeht, folgen dar-

aus unterschiedliche Befunde und Symptome.

Miktionsaufschub

Das Aufschieben des Miktionsvorgangs erfolgt aus innerer Not der Kinder und ist anhand typischer Haltemanöver wie z.B. dem Fersensitz oder Überkreuzen der Beine erkennbar. Bei alleinigem Miktionsaufschub erfolgt die anschließende Blasenentleerung koordiniert mit physiologischer Uroflowmetrie-Kurve, 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“ etc. 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 betroffenen 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.

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 Miktionseinleitung durch „Überlaufen“ relaxiert.

Detrusor-Sphinkter-Dyskoordination

Es gibt jedoch viel mehr Kinder, die nicht nur die Miktion aufschieben, sondern zusätzlich die Miktion unterbrechen bzw. unbewusst verhindern wollen. Hier findet sich neben der Miktionseinleitung im Sinne eines „Überlaufens“ eine Detrusor-Sphinkter externus-Dyskoordination, die eine konsekutive Detrusorhyperaktivität bedingt. Diagnostisch weist die Uroflowmetrie typischerweise eine Sägezahn-Kurve und eine funktionell kleinkapazitiäre Blase auf (**Abb.**). Die Sonographie zeigt Restharnbildung sowie eine deutlichere Wandverdickung der Blase im Vergleich zu den Kindern mit Miktionsaufschub.

Die meisten dieser Kinder nässen vor dem Erreichen der Toilette ein, „einfach so“ zwischendurch beim Spielen o.Ä. und auch nachts. Manchen Kindern ist es durch erhebliche Einschränkung der Trinkmenge und Miktionsaufschub möglich, tagsüber die Problematik der kleinkapazitiären Blase und der Detrusorhyperaktivität zu kupieren und nur nachts einzunässen. Ähnlich der 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 zum Miktionsaufschub auch eine Tagessymptomatik mit Pollakisurie und gegebenenfalls zusätzlichem Harnabgang vor Erreichen der Toilette im Sinne

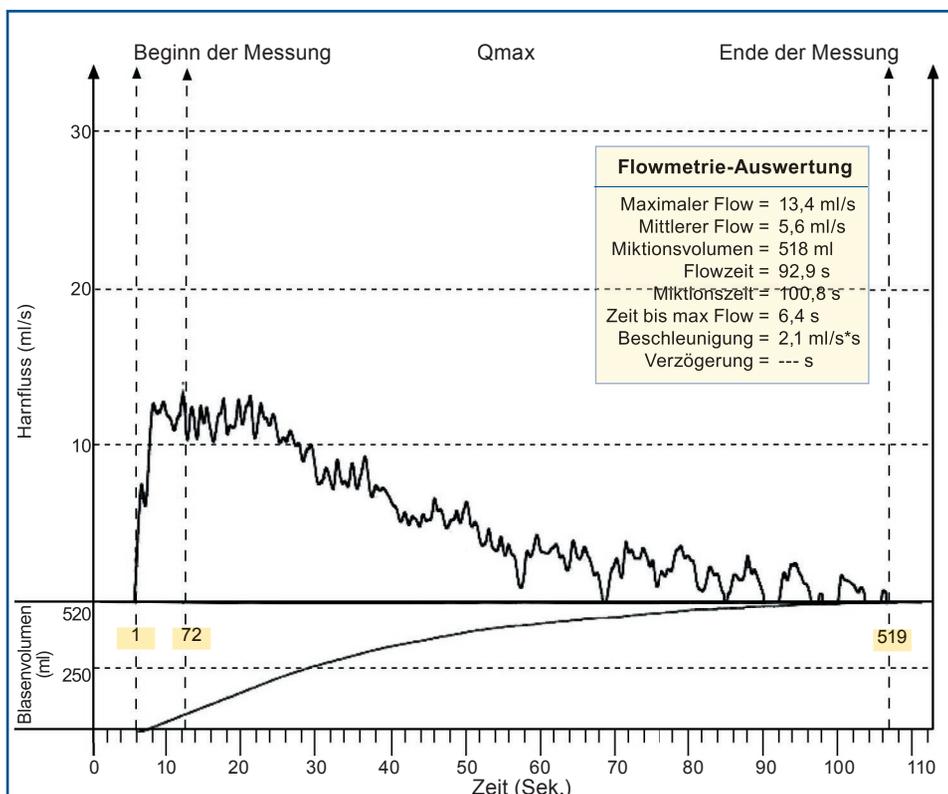


Abb.: Uroflowmessung bei einem 9-jährigen Jungen (modifiziert nach Hohenfellner U.).



Dr. med.
Ulrike Hohenfellner
(Heidelberg).

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.

Harnwegsinfekte und Reflux

Typischerweise entstehen aus dem Miktionsaufschub und der Detrusor-Sphinkter-Dyskoordination chronisch-rezidivierende Harnwegsinfekte und fakultativ auch ein sekundärer vesico-uretero-renaler 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 sind dann nach operativer Reflux-Therapie in der Regel die Pyelonephritiden rückläufig, während aber die rezidivierenden unkomplizierten Zystitiden mit entsprechenden Untersuchungen 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.

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 Mona-

ten bei etwa 90 % der Kinder Kontinenz herstellen kann. Die Therapie beinhaltet die Extracorporale Magnetstuhlstimulation, eine elektromyographisch-kontrollierte Beckenboden-Schulung, ein mit Uroflowmetrie und Restharnmessung gestütztes Miktionstraining, ein relaxierendes Beckenboden-Training, eine urologisch ausgerichtete Vojta-Therapie zur verbesserten Ansteuerung des Beckenbodens sowie die psychosomatische Grundversorgung der Eltern und ein soziales Kompetenz-Training der Kinder. Selbst bei 85 % der Kinder mit deutlicher Verhaltensauffäl-

ligkeit und gestörter Mutter-Kind-Beziehung kann mit dem Pelvicfit®-Training innerhalb von zwei Monaten eine physiologische Miktion und Kontinenz tagsüber erreicht werden, was von erheblicher sozialer Bedeutung für das Kind ist. Dann aber ist eine begleitende Familientherapie erforderlich, um die Grundbedürfnisse des Kindes zu erfüllen und das Kind auch nachts trocken bekommen zu können. ◀

Autorin: Dr. med. Ulrike Hohenfellner, Fachärztin für Urologie, Heidelberg.
dr.hohenfellner@praxishohenfellner.com



PELVICFIT
nach Dr. Ulrike Hohenfellner

PELVICFIT®-Rehabilitation

PELVICFIT ist ein multimodales Therapiekonzept, das unter fachurologischer ärztlicher Leitung ausgeführt wird. Es unterscheidet sich völlig von anderen Verfahren wie Physiotherapie, Osteopathie, Eutonie etc. Insbesondere aufgrund der kontrollierten Anwendung kann PELVICFIT® nicht von unerwünschten Wirkungen auf die Beckenboden-Muskulatur und Verschlechterung der Blasenentleerung gefolgt sein. Je nachdem, welche Module gewählt und kombiniert werden, können damit folgende Erkrankungen rasch und effizient behandelt werden:

- Kindliches Einnässen
- Wiederkehrende Harnwegsinfekte bei Kindern und Erwachsenen
- Chronisches Beckenschmerzsyndrom / chronic pelvic pain
- Überaktive Blase und Dranginkontinenz
- Belastungs-Harninkontinenz, auch direkt nach Entbindung
- Harninkontinenz nach Operationen an Prostata, Gebärmutter und Enddarm
- Störungen der Sexualfunktion bei Mann und Frau
- Neurogene Blasenfunktionsstörung bei neurologischen Erkrankungen (Querschnittverletzung, Multiple Sklerose, Parkinson, Alzheimer, Demenz)

Darüberhinaus lassen sich folgende Erkrankungen erfolgreich vorbeugen:

- Harninkontinenz nach Prostatektomie durch präoperatives Beckenbodentraining
- Harninkontinenz nach Entbindung durch Training in der Schwangerschaft
- Arbeits-Überlastung und Dysfunktionale Stress-Bewältigung mit letztlich Psychischer Beeinträchtigung, die oftmals mit Funktionsstörungen der Beckenboden-Funktion einhergehen und sich gegenseitig aufrechterhalten (Burn-Out-Syndrom, „Manager-Krankheit“, Depression und Angsterkrankung)

Folgende Module stehen zur Verfügung:

- Ärztliche Beckenboden-Schulung mit manueller Anleitung und sonographischer Kontrolle des Schließmuskels
- Extracorporale Magnetstuhl-Stimulation zur Kräftigung oder Relaxierung der Beckenbodenmuskulatur
- Elektromyographisch-kontrolliertes Training zur Kräftigung oder Relaxierung der Beckenbodenmuskulatur
- Freies Körpertraining zur Kräftigung oder Relaxierung der Beckenbodenmuskulatur in Kombination mit Atemtherapie
- Vojta-Therapie zur Kräftigung oder Relaxierung der Beckenbodenmuskulatur sowie zur Korrektur der durch den hohen Muskeltonus bedingten Becken-Fehlstellung
- Medizinische Massage zur Lockerung der hypertonen Muskulatur und zur Behandlung von schmerzhaften Triggerpunkten
- Psychosomatische urologische Grundversorgung
- Ärztliche Psychotherapie.