

Chronischer Husten – auch an die Blase denken!

In den Leitlinien zu obstruktiven Lungenerkrankungen wird Harninkontinenz bislang nicht als Komorbidität aufgeführt, obwohl chronischer Husten als einer der größten Risikofaktoren dafür gilt. Da Inkontinenz nach wie vor tabuisiert wird und Betroffene Symptome häufig verschweigen, können Pneumologen einen wertvollen Beitrag zur Optimierung der Behandlungssituation leisten.

Von Prof. ZFH Dr. Barbara Köhler

I Harninkontinenz wird von der Internationalen Kontinenzgesellschaft als „jeglicher unfreiwillige Verlust von Urin“ definiert. Als Risikofaktoren für die Entwicklung einer Harninkontinenz gelten bei Frauen hohes Alter, hoher BMI, Schwangerschaft und Hysterektomie, während bei Männern die radikale Prostatektomie und die benigne Prostatahyperplasie als Risikofaktoren im Vordergrund stehen. Bei Kindern spielen verschiedene Faktoren bei der Entwicklung einer Inkontinenz eine Rolle, z.B. das Entleerungsverhalten, häufige Harninfekte, urogenitale Missbildungen sowie psychologische und neurologische Erkrankungen. Tritt der Harnverlust bei einer Erhöhung des intraabdominalen Drucks auf, also bei Husten, Niesen oder körperlicher Aktivität, spricht man von einer Belastungsinkontinenz (ehemals Stressinkontinenz). Der wichtigste beitragende Faktor zur Entwicklung einer Belastungsinkontinenz ist eine chronische Druckerhöhung im Bauchraum bei insuffizientem Kontinenzapparat¹.

Prävalenz

Eine deutsche Repräsentativumfrage kam zu dem Ergebnis, dass 9,5 Prozent der Männer und 12,6 Prozent der Frauen unter verschiedenen Formen von Harninkontinenz leiden, wobei die Tendenz mit steigendem Alter zunimmt². Zur Prävalenz von Harninkontinenz bei obstruktiven Lungenerkrankungen liegen noch keine Repräsentativumforschungen vor, jedoch zeigen einige Longitudinalstudien eine erhöhte Prävalenz von 30 bis 68 Prozent bei Frauen und Mädchen und von 2,4 bis 16 Prozent bei Männern und Knaben mit obstruktiven Lungenerkrankungen^{3,4,5}. Mit der erhöhten Lebenserwartung treten insbesondere bei Patienten mit cystischer Fibrose (CF) neue altersabhängige Komorbiditäten in den Fokus, zu denen auch die Harninkontinenz gehört⁶.

Ursachenforschung

Bei Änderungen der Atemfunktion, selbst bei normal vertiefter Expiration, wird die Funktion des Beckenbodens beeinflusst⁷. Bei Hustenmanövern erhöht sich durch die Aktivität der abdominalen Muskulatur und des Zwerchfells der Druck im Bauchraum auf 150cm H₂O⁸. Der intraabdominale Druck wird physiologisch auf die Harnblase übertragen und synchron durch eine unwillkürliche Tonussteigerung der Schließmuskulatur der Harnröhre und des Af-

ters kompensiert, wobei sich der Beckenboden bei gesunden Menschen um etwa 10mm senkt. Bei einer Beckenbodendysfunktion sind diese Reflexaktivität und/oder die Kraftleistung, insbesondere die Schlusskraft der urethralen Muskulatur vermindert. Der Beckenboden wird von Muskeln, Ligamenten, Faszien, Fettpolstern und einem Diskus gebildet. Seine Hauptfunktionen sind die Gewährleistung der korrekten Organposition und der Kontinenz, sowie Entleerungs- und Sexualfunktionen. Bei gesunden Menschen ist der Beckenboden bei allen Bewegungsabläufen der unteren Extremität und bei Bewegungen mit Druckerhöhung im Bauchraum beteiligt. Das Zwerchfell, die Beckenbodenmuskulatur, der M. transversus abdominis und die tiefen Fasern des M. multifidus – auch Muskulatur der lumbopelvischen Kontrolle genannt – sind für die Haltung und Bewegung von zentraler Bedeutung. Diese Muskulatur arbeitet bei gesunden Menschen antizipatorisch, d.h. bereits vor einer zu erwartenden

intraabdominalen Druckerhöhung steigert sich deren Aktivität. Jegliche Veränderung in diesem komplexen Bewegungsablauf kann zur Inkontinenz führen. Alle Muskeln des Rumpfes und das Diaphragma sind gleichzeitig für die Haltung und die Atmung zuständig⁹. Die Beckenbodenmuskulatur arbeitet jeweils synchron mit¹⁰. Für den Erhalt

der Kontinenz bei der Reinigung der Atemwege ist eine korrekte Beckenbodenfunktion notwendig.

Der Entstehungsmechanismus einer Harninkontinenz ist komplex und in Zusammenhang mit obstruktiven Lungenerkrankungen nur ansatzweise analysiert¹¹. Sputumproduktion und Intensität der Hustenstöße sind bei CF im Vergleich zu anderen Lungenerkrankungen sehr hoch¹² und steigern sich mit der Progredienz, insbesondere bei Exazerbationen¹³. Ferner spielt die Qualität der Schleimhaut der Harnröhre beim Erhalt der Kontinenz eine entscheidende Rolle. Bislang ist bekannt, dass Veränderungen der Schleimhaut in den Wechseljahren zur signifikanten Zunahme der Harninkontinenz führen. Bei CF liegen Mukosveränderungen vor, deren Auswirkungen auf die Harninkontinenz und pathologische Zusammenhänge noch nicht ausreichend erforscht sind.

Zusätzliche, bislang nicht erforschte Inkontinenz-verstärkende Faktoren könnten bei Menschen mit obstruktiven Lungenerkrankungen Obstipation, Mangel-

ernährung, allgemeine Einschränkung der Muskelfunktion und -trainierbarkeit, reduzierter Allgemeinzustand und Langzeiteinnahme oraler Steroide sein¹⁴.

Spezialisierte Physiotherapie

Beckenbodentraining. Für Frauen mit CF liegen erste Untersuchungen vor. Hier gaben 16 Prozent der inkontinenten Frauen an, dass der Harnverlust sie bei der Reinigung der Atemwege behindere. Zehn Prozent der Betroffenen unterdrückt sogar die Hustenaktivität wegen des Harnverlustes⁵. Zur Behandlung empfiehlt die Internationale Kontinenzgesellschaft Beckenbodentraining als „first line treatment“. Die Evidenz dafür ist ausreichend belegt¹⁵.

Die Physiotherapie bei obstruktiven Lungenerkrankungen fokussiert auf die Dyspnoe, die Reinigung der Atemwege und Steigerung der allgemeinen Belastungsfähigkeit^{16,17}. Zudem integriert sie beitragende Faktoren wie Angst, Depression und Fatigue in die Therapiekonzeption. Alltagsrelevante Probleme und die soziale Integration werden gefördert. Komplikationen wie Hämoptysis, Pneumothorax, Harninkontinenz, Fertilität und Schwangerschaft werden in das Gesamtbehandlungsprogramm aufgenommen¹⁸.

Kontinenztraining zählt bislang nicht zur Standardtherapie bei obstruktiven Lungenerkrankungen¹⁹. In ersten Untersuchungen mit CF-Patientinnen gaben 82 Prozent an, Beckenbodentraining zu kennen, aber nur 25 Prozent der von Harninkontinenz betroffenen übten regelmäßig; 25 Prozent war bereits in ihrer Kindheit von Physiotherapeuten in Beckenbodentraining instruiert worden, zwölf Prozent hatten während der Schwangerschaft mit regelmäßigem Training begonnen, acht Prozent nach Auftreten erster Inkontinenzsymptome; 41,1 Prozent von inkontinenten Mädchen mit CF gaben an, das Training aufgrund störender Harninkontinenz zu reduzieren²⁰.

Erste Hinweise liegen vor, dass Beckenbodentraining bereits in der Kindheit instruiert werden sollte, damit es im Fall einer Schwangerschaft oder bei ersten Symptomen von Harninkontinenz eingesetzt wird. Der mögliche Nutzen eines präventiven Beckenbodentrainings ist noch nicht geklärt. Bislang liegen noch nicht ausreichende ...

Prävalenz der Harninkontinenz in der Bevölkerung

	Männer (n=881)	Frauen (n=1.120)	gesamt (n=2.001)
	Prozent (n)	Prozent (n)	Prozent (n)
18 bis 40 Jahre	3,6 (10)	7,8 (31)	6,1 (41)
41 bis 60 Jahre	7,4 (24)	11,3 (42)	9,5 (66)
>60 Jahre	17,9 (50)	27,1 (95)	23,0 (145)
gesamt	9,5 (84)	15,0 (168)	12,6 (252)

Quelle: Beutel et al., 2005



