

Neurogene Inkontinenz

Bei Blasenentleerungs- und Darmstörungen sind meistens die regulierende und die Signalfunktion des Nervensystems gestört. Von Reinhard Hofer

„Kontinenz dank neuromuskulärer Harmonie“, so lautete das Motto der 23. Jahrestagung der Medizinischen Kontinenzgesellschaft Österreichs (MKÖ) in Linz. Mit vielen Basisseminaren, interaktiven und interdisziplinären Diskussionen unter Moderation von Experten sowie zahlreichen Vorträgen zum Komplex der neurogenen Blasen- und Darmstörungen sollten besonders Ärzte und Pflegende aus Rehabilitationseinrichtungen für dieses umfassende Thema sensibilisiert werden.

Kongress



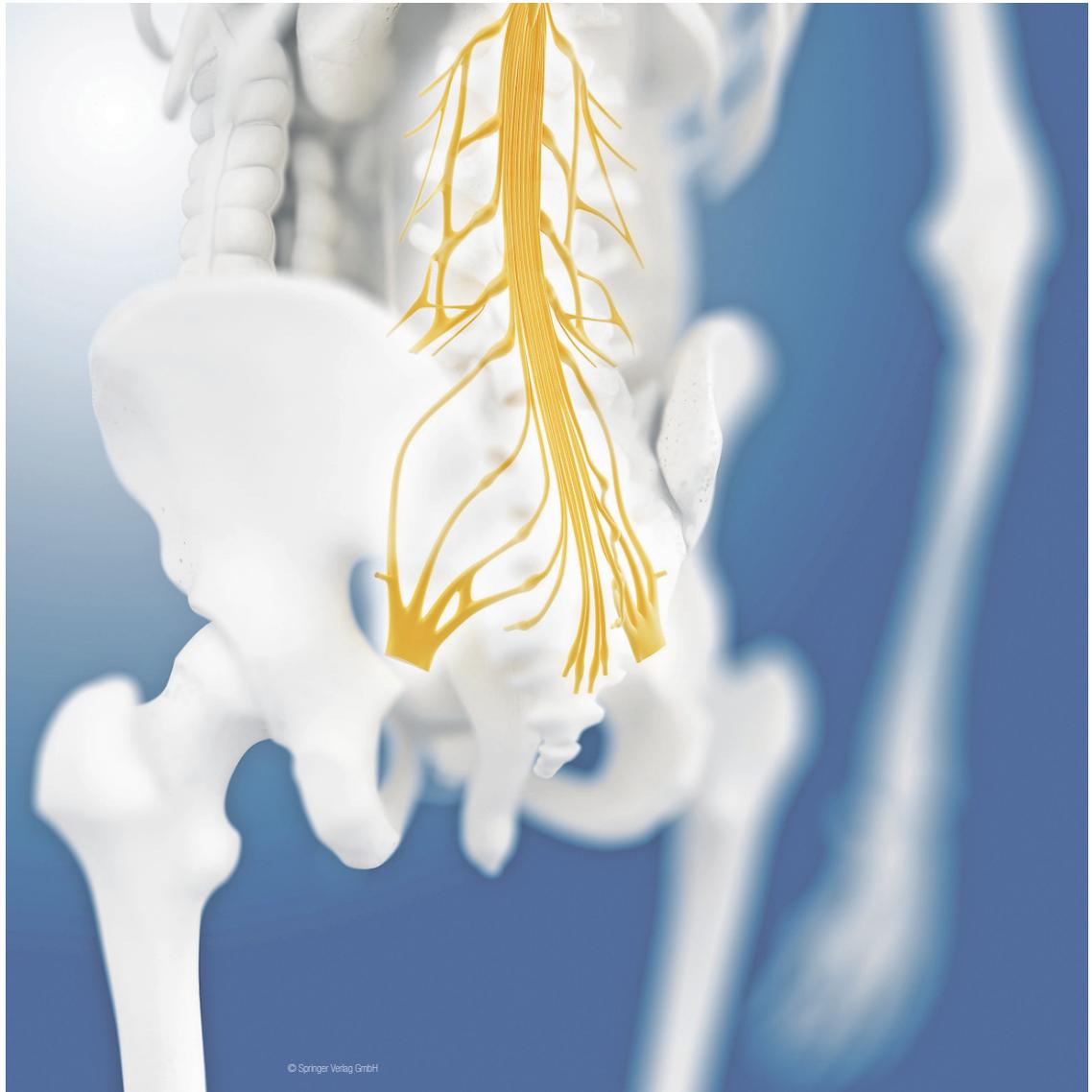
23. Jahrestagung der Medizinischen Kontinenzgesellschaft Österreich (MKÖ)
18. bis 19. Oktober 2013, Linz

Das Nervensystem des Menschen setzt sich aus dem Zentralnervensystem, bestehend aus Gehirn und Rückenmark, dem peripheren Nervensystem und dem autonomen bzw. vegetativen Nervensystem, bestehend aus enterischem Nervensystem (ENS, auch „Bauchhirn“ genannt), und den Regulatoren Sympathikus und Parasympathikus zusammen. Allein das ENS besteht aus ungefähr 100 Millionen Neuronen und hat einen starken Einfluss auf die Verdauung und reguliert unter anderem Darmmotilität, Sekretion, Absorption, den gastrointestinalen Blutfluss und die Immunabwehr. Eine neurogene Darmstörung liegt vor, wenn eine Beeinträchtigung von Gastrointestinaltrakt und/oder Anorektum vorliegt. Klinisch präsentiert sich dies entweder als chronische Obstipation oder fäkale Inkontinenz.

Neurourologische Blasenentleerungsstörungen beeinflussen die Lebensqualität durch eine gestörte Miktions- und eine häufig vorhandene Inkontinenz. Jedoch können diese auch zu schweren Komplikationen des oberen Harntraktes führen. Seit 1971 gilt der von Lapides implementierte intermittierende Selbstkatheterismus (CIC) für die Behandlung neurogener Blasenfunktionsstörungen als Standardtherapie, seit Anfang der 1990er Jahre vor allem in Kombination mit oraler Antimuskarinika. Je nach urodynamischer Befundlage kommen chirurgische Verfahren wie Blasenaugmentation und Sphinkterotomie zum Einsatz.

Querschnittslähmung

Patienten mit einer Rückenmarksläsion leiden fast durchgehend unter



© Springer Verlag GmbH

einer neurogenen Blasenfunktionsstörung (NBFS). Mit der gestörten Speicher- und Entleerungsfunktion gehen Schädigungen der Nierenfunktion (etwa durch Reflux, Abflussbehinderung oder aufsteigende Infektionen) und Einschränkungen

Fallbeispiel 1

Patient, männlich (43), St. P. L1-Fraktur, seit vier Jahren CIC 3–4mal/Tag, dazwischen Kondomurinal wegen autonomer Kontraktionen, orale Anticholinergika, Zustand nach Botox. Trotzdem weiterhin Inkontinenz, rezidivierende Harnwegsinfekte, Stauung des oberen Harntraktes.
Therapie: Blasenaugmentation und Sphinkterotomie, nach sechs Wochen Implantation eines artifiziellen Sphinkters
Ergebnis: unauffälliger oberer Harntrakt, Niederdrucksystem, vollständige Kontinenz, willentliche Miktions, steriler Harn

der Lebensqualität (Harnwegsinfekte, Inkontinenz etc.) als mögliche Folgen einher.

Die Protektion der Nierenfunktion ist das primäre Ziel der Therapie einer NBFS, wobei der bestmögliche Erhalt der Lebensqualität der Patienten berücksichtigt werden soll. „Zur Vermeidung von Nierenschäden ist es essenziell, dass die Harnblase in der Urinspeicherphase ein Niederdruckreservoir darstellt“, erklärt Prof. Dr. Jürgen Pannek, Vorstand der Abteilung für Neuro-Urologie des Schweizer Paraplegiker-Zentrums in Nottwil. Prinzipiell kann diese durch eine Dämpfung der Detrusorüberaktivität erreicht werden (z. B. durch Antimuskarinika oder Botox-Injektion in den Detrusor). Hierdurch kann in der Regel Kontinenz erreicht werden, wobei die Entleerung mittels intermittierendem Katheterismus erfolgt. Bei Patienten, bei denen dies nicht möglich ist, weil sie dies nicht wollen oder nicht in der Lage sind, dies technisch durchzuführen, besteht die Möglichkeit, durch eine Senkung des Auslasswi-

stands den intravesikalen Druck zu senken. Da dies oft zu Belastungsinkontinenz und Reflexentleerung führt, muss eine Versorgung mit Hilfsmitteln (z. B. Kondomurinal) stattfinden.

Aktuelle Fortschritte in der Therapie ermöglichen eine nebenwirkungärmere und effektivere Sen-

Fallbeispiel 2

Patient, weiblich (72), Multiple Sklerose, mobil mit Gehhilfe, spastischer Beckenboden bei normo-hypokontraktilen Detrusor, seit drei Jahren CIC 4mal/Tag, zuletzt fünf therapiebedürftige Harnwegsinfekte pro Quartal
Therapie: Injektion von 80 U Botox in acht Portionen in den Sphinkter
Ergebnis: nach sechs Tagen Beginn der Spontanmiktions mit Restharmengen von 20–120 ml, keine Harnwegsinfekte

kung des Auslasswiderstandes, was mehr Patienten die Möglichkeit gibt, individuelle Therapiekonzepte zu testen, und die Compliance mit dem Blasenmanagement erhöht. „Aktuell werden Verfahren zur Neuromodulation, Elektrostimulation oder Nervenregeneration getestet, um die eigentliche Ursache des NBFS - den Verlust der nervalen Kontrolle über den unteren Harntrakt - zu beseitigen, jedoch liegen noch für keines dieser Verfahren valide Ergebnisse vor“, so Pannek.

Therapie und Rehabilitation

Patienten mit einer traumatischen Querschnittslähmung werden in Europa nach dem Unfallereignis meist stationär rehabilitiert. In dieser Phase ist es essenziell, die NBFS zu klassifizieren, die Risiken für den oberen Harntrakt zu evaluieren und die adäquate Versorgung der NBFS zu determinieren.

Basierend auf den Daten einer videourodynamischen Untersuchung, die nach Ablauf der spinalen

Schockphase erfolgen sollte, wird das weitere Behandlungskonzept geplant. Zusätzlich sind die Lähmungshöhe, das Geschlecht und die geistigen Einschränkungen zu berücksichtigen. Nur durch gemeinsame Gespräche der Rehabilitationsmediziner mit den Betroffenen (gegebenenfalls auch unter Hinzuziehung von Angehörigen, Sozialarbeitern oder Ergotherapeuten) kann der Urologe die komplexen neurourologischen Möglichkeiten festlegen. „Vor allem sollten in der ersten Phase der Betreuung möglichst keine irreversiblen operativen Eingriffe vorgenommen werden, um ein mögliches Regenerationspotenzial noch adäquat ausschöpfen zu können“, sagte Pannek. Idealerweise sollte die neurourologische Rehabilitation in einem hierfür adäquat ausgestatteten Zentrum unter Einbeziehung diverser Fachdisziplinen erfolgen.

Neurogene Darmstörungen

Patienten mit traumatischer Querschnittsläsion (SCI) sind oft auch von einer neurogenen Darmstörung betroffen. Diese Störungen sind ein großes Feld verschiedenster Ätiologie, die sich klinisch in chronischer Obstipation und/oder Stuhlinkontinenz oder in diffusen Bauchschmerzen äußern. Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung ist eine systematische Abklärung.

Daneben leiden vor allem Patienten mit Multipler Sklerose, mit Morbus Parkinson und Patienten mit Reizdarm (IBS) an einer neurogenen Darmstörung. Neben Anamnese, Klinik, Obstipations- und Inkontinenzscores stehen mehrere physiologische Tests zu Verfügung: Transitzeitmessung, H₂-Atemtest, Analkanalmanometrie, anale Endosonographie, Pudenduslatenzzeitmessung, Beckenboden-EMG, Ballon-Evakuationsstest sowie Elektrostimulationsuntersuchungen.

„Bei SCI-Patienten ist die Unterscheidung, ob es sich um eine obere oder untere Motoneuronläsion handelt, am Wichtigsten. Letztere beeinflusst neben der kolorektalen Motilität auch die anale Perzeption und Funktion“, sagt Prof. Dr. Johann Pfeifer, Klinische Abteilung für Allgemeinchirurgie, Universitätsklinik Graz.

Bei der Multiplen Sklerose kommt der genauen Anamnese die größte Bedeutung zu, da hier die Symptome sehr unterschiedlich liegen. Deshalb sollte immer daran gedacht werden, den Patienten gegebenenfalls an den Neurologen zuzuweisen. „Ob Morbus Parkinson primär vom enterischen Nervensystem ausgeht, ist ebenso Gegenstand der Diskussion wie der Mangel an Dopamin im Mittelhirn“, so Pfeifer. Eine ausgeprägte Hypersensitivität zeigen IBS-Patienten, diskutiert wird besonders die kausale Beziehung zum Mikrobiom.

Die neurogene Harnblase

Die Aufgabe des unteren Harntrakts ist einerseits die Speicherung und andererseits die Entleerung des Harns. Die Speicherfunktion umfasst das Gefühl der Blasenfüllung und Harndrang, die Fähigkeit, den Harndrang zu unterdrücken, Kontinenz zu garantieren und dabei die Niederdrucksituation in der Blase zu unterhalten. Eine Willkürsteuerung mit Blasenentleerung am geeigneten Ort und zur geeigneten Zeit ohne Zuhilfenahme der Bauchpresse und eine zügige und restharmfreie Miktion charakterisieren eine normale Ent-

leerungsphase. Voraussetzungen dafür sind eine intakte Signalübermittlung - zerebral, spinal und peripher - und die Funktionstüchtigkeit jener Areale im Gehirn, die Detrusor und Sphinkter regulieren.

Der Einsatz von Botulinum-A-Toxin sowohl zur Behandlung der Detrusorüberaktivität als auch zur Therapie von Sphinkterspasmen in Kombination mit chirurgischen Interventionen erlaubt heute in entsprechenden Fällen, das seit über 30 Jahren bewährte Konzept des intermittierenden Selbstkatheterismus als zentrales Therapiekonzept bei neurourologischen Blasenentleerungsstörungen zu verlassen. „Das Prinzip eines Niederdrucksystems zur Harnspeicherung sowie der wil-

„Es ist ein weit verbreiteter Irrtum, dass die Erfassung neurogener Blasenstörungen nur mithilfe aufwendiger Apparaturen möglich ist.“

Prof. Dr. Helmut Madersbacher
Universitätsklinik für Neurologie,
Innsbruck

entlichen Harnentleerung bleibt gewahrt, das Risiko etwaiger Harnwegsinfekte wird minimiert, sagte Doz. Dr. Wilhelm Hübner von der

Abteilung für Urologie am LKH Wienviertel-Korneuburg, und präsentiert in seinem Vortrag zwei Fallbeispiele (siehe Textkästen).

Eine Anamnese sollte bei Verdacht auf neurogene Blasenentleerungsstörung neben den Miktionsgewohnheiten auch die Stuhlgewohnheiten und die Sexualfunktion miteinbeziehen. Eine Harnuntersuchung und Restharnevaluation gehören zur Basisdiagnostik bei Verdacht auf neurogene Blasenentleerungsstörung, wobei weniger der absolute Wert, sondern vielmehr das Verhältnis zwischen funktioneller Blasenkapazität und Restharn klinisch bedeutsam ist.

„Es ist ein weit verbreiteter Irrtum, dass die Erfassung neurogener

Blasenstörungen nur mithilfe aufwendiger Apparaturen möglich ist“, erklärte Prof. Dr. Helmut Madersbacher, Universitätsklinik für Neurologie in Innsbruck. Dies mag zwar für spezielle Fragestellungen zutreffen; für die Diagnose als solche, zumindest aber für die Verdachtsdiagnose, sind die gezielte Anamnese und eine zielgerichtete klinische Untersuchung wichtige Hilfsmittel, die allen zur Verfügung stehen. „Sie sind richtungsweisend und Basis für weiterführende spezielle Untersuchungen“, so Madersbacher. ■

Quelle:
23. Jahrestagung der Medizinischen Kontinenzgesellschaft (MKÖ),
18.-19. Oktober 2013, Linz