

Prostatakrebs +++ Harninkontinenz +++ Beckenboden +++ Miktion +++ Digitale Untersuchung

Physiotherapie nach nerverhaltender radikaler retropubischer Prostatektomie (NRRP)

Zweiter Teil: Therapie, dargestellt am Fallbeispiel Louise de Nijs-Renken, Almut Köwing

AUF EINEN BLICK

Die Autorinnen begründen aus der eigenen Erfahrung in der Behandlung von Patienten mit persistierender Harninkontinenz nach Prostatektomie und mit Unterstützung aus der Literatur, warum Koordinationsschulung und der Transfer des Erlernten in den Alltag zum Erfolg führt. In diesem zweiten Teil lesen Sie über die therapeutische Vorgehensweise, erklärt an einem Fallbeispiel.



Abb. 1_Vorbereiten des Hebens: Der Beckenboden wird »geliftet« oder »eingezogen«, der Patient bückt sich und zieht das Band erst langsam und dann schneller; die Atmung fließt dabei weiter

Einleitung

Die manchmal persistierende Harninkontinenz nach Prostatektomie stellt Physiotherapeuten vor eine schwierige Aufgabe. Die Erfahrungen der Autorinnen sowie die Angaben in der Literatur zeigen, dass weniger das Krafttraining zum Erfolg führt als die Koordinationsschulung und der Transfer des Erlernten in den Alltag (1).

Im ersten Teil dieses Artikels wurde die Diagnostik nach Prostatektomie dargestellt. Um eine effektive und kostensparende Therapie durchzuführen, muss der Patient nach Auffassung der Autorinnen in der Einzeltherapie von spezialisierten Physiotherapeuten an Wahrnehmung und Koordination der Verschlussfunktion herangeführt werden.

Die Vorgehensweise wird im Folgenden anhand eines Fallbeispiels beschrieben.

ERGEBNISSE: ANAMNESE / UNTERSUCHUNG

- Prostataspezifisches Antigen (PSA) prä-operativ 7,9 (siehe Glossar); Gleason-Score 3+4 (siehe Glossar); TNM-Klassifikation T2b N0 M0 (siehe Glossar); OP abdominal vor drei Wochen; Belastungsinkontinenz Grad II, zunehmend in der zweiten Tageshälfte; Spritzer bei mittlerer körperlicher Belastung
- Vorlagen: 2–3/24 Stunden (Vorlagengröße: Level 3 der Firma Tena), 30 g/Nacht, 70–110 g/Tag
- Miktionsfrequenz: 10–12x/Tag, 2x/Nacht; Drangsymptomatik:
- Miktionsvolumen: 10–150 ml
- Trinkmenge: 725 ml
- Erektile Dysfunktion
- Allgemeine Gesundheit: Cholesterin erhöht; BMI 27; der Patient ist deprimiert wegen der Diagnose und der post-operativen Harninkontinenz; medizinische Cholesterinsenker
- Beruf: Steuerberater, selbstständig
- Sport: Golf, Spaziergehen
- Bewegungsapparat: altersentsprechend

Diagnostik am Becken

Narbenverklebung bis tief in den Unterbauch

P (Performance)	Muskelfunktionsprüfung 4,5
E (Endurance)	Ausdauer 2 s
R (Repetitions)	Wiederholungen 4
F (Fast twitch)	Kontraktionen 5
E (Elevation)	Lift fehlt (kranioventrale Bewegung)
C (Co-contraction)	gut
T (Timing)	gut

Koordination: paradoxes Pressverhalten, eingeschränkte Relaxation

Lebensqualitätsabfrage (über VAS-Skala 1-10): 4

Analyse

- Belastungs- und Dranginkontinenz bei einem zu geringen Trinkvolumen
- Geringe Koordination am Beckenboden
- Fehlende Körperwahrnehmung in ADL
- Erektile Dysfunktion

Behandlungsziele und -planung

Behandlungsziele

Die Behandlungsziele von Patient P. und Therapeut werden miteinander abgestimmt, um anschließend einen realistischen Behandlungsplan nach dem biopsychosozialen Modell aufstellen zu können.

Behandlungsplan

Der Behandlungsplan richtet sich nach den Vorgaben der Internationalen Klassifikation von Funktionen, Aktivität und Partizipation (1) und beinhaltet:

- Struktur und Funktion: die Behandlung von Speicher-/Entleerungsstörungen, Muskeltraining, Muskelkontrolle
- Aktivität: die Aktivitäten des täglichen Lebens
- Partizipation: das Umsetzen des Erlernten in Sport, Beruf und Umfeld

Therapieverlauf

Der Heilmittelkatalog sieht für die Diagnose »Harninkontinenz« 2 x 6 KG-Behandlungen und Elektrotherapie vor, Frequenz 2 x pro Woche im Regelfall. Die lange Erfahrung zeigt, dass der Therapieverlauf folgendermaßen aussehen kann (siehe Kasten Therapieverlauf).

Ein effektives Kontinenztraining läuft über einen langen Zeitraum. Die >>>

Fallbeispiel

Herr P., 63 Jahre alt, stellt sich ambulant in der Praxis vor. Er hat vor drei Wochen per Bauchschnitt eine radikale Prostatektomie durchgemacht. Nach fünf Tagen wurde der Katheter gezogen und am Tag 6 wurde Herr P. entlassen. Er leidet an einer Harninkontinenz Grad II. Eine Anschlussheilbehandlung lehnt er aus persönlichen Gründen ab; er bevorzugt eine physiotherapeutische Einzelbehand-

lung in seiner Wohngegend. Sein behandelnder Urologe hat ein Rezept für 6 x KG-E 2 x/Woche entsprechend den Angaben des Heilmittelkatalogs ausgestellt.

Nach einer ausführlichen Anamnese, einer Erläuterung der Anatomie und der physiotherapeutischen Vorgehensweise unterschreibt Herr P. die dazu erforderliche schriftliche Einverständniserklärung. Anschließend wird die Diagnostik am Beckenboden durchgeführt (s. Kasten).

ZIELE PATIENT

- »Trocken werden«
- Alltagsbelastung meistern
- Erektionsfähigkeit und Sexualität verbessern
- Golf ohne Urinverlust spielen

ZIELE THERAPEUT*Struktur und Funktion*

- Reduzieren der Vorlagenanzahl
- Reduzieren der Drangsymptomatik, Miktionsfrequenz
- Verbessern der Blasen-Compliance
- Vermitteln von Anatomie und Funktionen
- Verbessern von Trink- und Toilettenverhalten
- Vermitteln der korrekten Muskelkontraktion (Schließen des Beckenbodens und kranioventrale Bewegung)
- Verbessern der urethralen Sphinkterfunktion
- Koordination von Atmung und Beckenboden erarbeiten

Aktivität / Partizipation

- ADL ohne Urinverlust erreichen
- Allgemeinen Kondition steigern
- Beruf, Hobby und Sport ohne Urinverlust ausüben können
- Erektile Dysfunktionen verbessern
- Kontinenz erreichen

THERAPIEVERLAUF*Erstverordnung*

1. Anamnese, Aufklärung über Anatomie und Physiologie, Miktionsprotokoll, Lebensqualitätsabfrage, Zielvereinbarung, Körperwahrnehmung
2. Untersuchung Beckenboden, korrekte Kontraktion von Beckenboden/urethralem Verschlussystem
3. Drangreduktion mittels Einsetzen des urethrovesikalen Reflexes (siehe Teil I, Diagnostik)
4. Kontrolle der Muskelbewegungen am Beckenboden mit Biofeedback und Ultraschall; Erarbeiten eines Heimprogramms
5. Körperwahrnehmung in unterschiedlichen ASTE (RL/SL/Sitz)
6. ADL und Überprüfung der Behandlungsziele

Folgeverordnung

1. Körperwahrnehmung in unterschiedlichen ASTE (RL/SL/Sitz/Stand), Blasen- und Toilettentraining, Speicherung/Entleerung
2. Steigerung der Belastung/ADL
3. Konditionstraining und Gangschulung
4. Retest der digitalen Untersuchung und Ultraschall
5. Aktualisieren des Hausprogramms
6. Evaluation

Literatur beschreibt Therapieverläufe von drei Monaten bis zu einem Jahr.

Leider ist dies in Deutschland mit den Richtlinien des Heilmittelkatalogs nicht vereinbar. Eine Überlegung wäre, die Therapiefrequenz der Folgeverordnung(en) allmählich zu verringern, so dass der Patient über einen längeren Zeitraum in Behandlung bleiben kann. Dies sichert die Compliance des Patienten und steigert die Effektivität der Therapie.

Behandlungsmaßnahmen

Anhand des Behandlungsplans (siehe oben) kann die Therapie wie folgt aufgebaut werden:

Struktur und Funktion*Körperwahrnehmung / Muskelkontrolle / Koordination*

Voraussetzung für die zuverlässige Beckenbodenfunktion ist das gute Zusammenspiel von *Körperwahrnehmung* und *Körperfunktion* im Alltag. Das mag sich überflüssig anhören, aber nach einer eingreifenden anatomischen Veränderung im Unterbauch, wie sie die radikale Prostatektomie darstellt, ist dieses Zusammenspiel keineswegs automatisch vorhanden. Die Erklärung der anatomischen und physiologischen Zusammenhänge ist notwendig, damit der Patient ein Verständnis für die Beckenbodenarbeit entwickelt.

Die Beckenbodenuntersuchung im diagnostischen Prozess dient schon als

erste kontrollierte Wahrnehmung der Muskelfunktion und der korrekten kranioventralen Bewegung zur Auslösung des urethrovesikalen Reflexes. Um eine korrekte Beckenbodenbewegung zu erarbeiten, ist es für die erste Phase der Therapie wichtig, den M. rectus abdominis, die Glutealmuskulatur und die Adduktoren auszuschließen. In der Therapie werden regelmäßig patientenorientierte visuelle Vorstellungsbilder verwendet. Durch Veränderung und Steigerung der ASTE lernt der Patient die Beckenbodenfunktionen zu identifizieren, um sie anschließend in Bewegungsübergänge zu integrieren (sitzen/aufstehen). Die Erfahrung der Autorinnen zeigt, dass eine submaximale physiologische Beckenbodenkon-

traktion den Atemfluss nicht beeinträchtigt.

Die korrekte Beckenbodenkontraktion wird während der gesamten Therapie-dauer taktil überprüft, um eine fehlerhafte Ausführung zu erkennen. Der Einsatz von apparativem Biofeedback und/oder Elektrostimulation sowie Ultraschall kann das Funktionstraining unterstützen.

Muskeltraining/therapeutisches Üben

Im englischen Sprachgebrauch ist das Wort »Training« nicht differenziert. Im Rahmen dieses Artikels wird der Begriff »therapeutisches Üben« benutzt (2). Eine Muskelkräftigung ist wenig sinnvoll, da die Muskelkraft nach NRRP in der Regel ausreicht. Da die Autorinnen vermuten, dass die Störungen auf dem Niveau der Steuerung und neuromuskulären Aktivierung liegen, wird die Behandlung dementsprechend aufgebaut.

Die Therapie lässt sich, wie vorher erwähnt, durch unterschiedliche ASTEN steigern, von Rücken- und Seitenlage über Sitz und Stand, unter Belastung jeglicher Art, um die Beschwerden während Aktivität und Partizipation im Alltag zu bewältigen.

In einer Pilotstudie (3) befragten die Autorinnen sechs spezialisierte Becken-Physiotherapeutinnen zu ihrem Therapieansatz. Diese Studie hat gezeigt, dass die Vorgehensweise nicht immer übereinstimmt. Jede Therapeutin spricht während der Behandlung sowohl die Fast-twitch- als auch die Slow-twitch-Fasern an, um schnelle reaktive und ausdauernd haltende Beckenbodenfunktionen zu üben. Wiederholungszahlen und Kontraktionsdauer, Kraft und Entspannungsphasen werden unterschiedlich eingesetzt. Nach Schulung der Körperwahrnehmung wird die Beckenbodenkontraktion während täglicher Belastungssituationen eingeübt. >>>



Abb. 2_Anziehen der Hose: Der Patient lehnt sich an, um die Bauchwand zu entlasten; der Beckenboden wird »geliftet« oder »eingezogen«; es wird weitergeatmet und so sollte die Hose ohne Urinverlust angezogen werden können; sollte trotzdem Urinverlust auftreten, wird diese Bewegung in Teilschritten eingeübt



Abb. 3_Anziehen der Schuhe: Bei diesem Manöver entsteht viel Bauchdruck; zum Vermeiden von Harninkontinenz wird ein Fuß hochgestellt, der Beckenboden wird »geliftet« oder »eingezogen«, der Schuh wird ohne viel Kraftaufwand angezogen; eventuell einen Schuhanzieher benutzen



Abb. 4_Heben eines Stuhls: Die Knie werden leicht gebeugt, der Beckenboden wird eingezogen; beim Heben achtet der Patient darauf, dass er weiter atmet; Achtung: In den ersten drei Monaten post-operativ dürfen maximal fünf Kilogramm gehoben werden



Abb. 5_Ein- und Aussteigen in ein Auto: Vorher wird der Beckenboden eingezogen; der Patient stützt sich am Lenkrad, auf dem Knie oder am Tür Rahmen ab, um den Bauchdruck zu reduzieren und damit Urinverlust zu vermeiden



Abb. 6_Golfspielen: Als Vorbereitung werden Golfschläge mithilfe eines Seilzuggeräts eingeübt, mit leichter Elevation des Beckenbodens

Verbessern der Organlage

Es sprengt den Rahmen dieses Artikels, ausführlich auf die Narbenbehandlung mit den Techniken der viszeralen Osteopathie (4) einzugehen.

Verbessern der Speicher-/Entleerungsstörungen

Mithilfe des Miktionsprotokolls werden Trink- und Ausscheidungsmengen, Miktionsfrequenz und Miktionszeiten sowie der Vorlagenverbrauch festgehalten und wenn nötig mithilfe von Aufschubstrategien vom Patienten korrigiert. Voraussetzung für eine normale Blasenfunktion und eine gesteigerte Lebensqualität ist die ausreichende Blasenfüllung. Viele Männer reduzieren ihre Trinkmenge in der Hoffnung, weniger Urin zu verlieren. Die dadurch erhöhte Urinkonzentration führt erstens zum erhöhten Drang durch Reizung des Urothels, zweitens zu einer geringeren Blasen-Compliance und drittens hat die Größe der Blasenfüllung nicht unbedingt mit Belastungsinkontinenz zu tun.

Dazu kommt, dass sich viele Männer direkt nach der Operation sehr fit fühlen und meinen, alle Belastungen des täglichen Lebens nach wie vor bewältigen zu können – nicht selten über einen hohen Kraftaufwand. Der Einsatz von Biofeedback und/oder Ultraschall kann gut dazu beitragen, die minimalen Spannungsunterschiede der Muskulatur im Beckenbereich und Belastungssituationen für den Beckenboden kennenzulernen.

Aktivität

Der Patient P. lernt in der Therapie, bei zunehmender Belastung den Beckenboden erfolgreich einzusetzen, um das urethrale Verschlusssystem zu unterstützen (Abb. 1–5). In der Körperpflege, zum Beispiel beim Abtrocknen der Füße, kann jeweils der Fuß auf den Toilettendeckel gestellt und mit gleichzeitiger Beckenbodenkontraktion sowie aufgerichteter Wirbelsäule Urinverlust vermieden werden.

Das Aufstehen und Hinsetzen führt vor allem in der Anfangsphase vermehrt zu Urinverlust. Zum Vermeiden von Inkontinenz lernt der Patient, vor dieser Bewegung eine Prä-Kontraktion durchzuführen und sich während der Bewegung mit den Händen abzustützen. Ausgedehnte Spaziergänge besonders in der zweiten Tageshälfte, in der eine allgemeine körperliche Ermüdung eingetreten ist, sind über lange Zeit ein Problem für die Patienten.

Allgemeine Kondition

Post-operativ kann die allgemeine Kondition sehr reduziert sein. Es ist wichtig, diesen Aspekt in der Therapie zu berücksichtigen.

Partizipation

Im Vordergrund steht der Beruf von Herrn P.: Steuerberater. Seine Selbst-

ständigkeit erfordert einen raschen Wiedereinstieg in den Beruf. Neben der sitzenden Tätigkeit führt das häufige Aufstehen und Hinsetzen sowie das Heben von Ordnern in der zweiten Tageshälfte zunehmend zu Harninkontinenz.

Während der Zeit der Wundheilung muss Herr P. auf sein Hobby Golfspielen für mindestens drei Monate verzichten. In dieser Zeit ist es aber möglich, den Bewegungsablauf beispielsweise mithilfe eines Therapiebandes oder eines Seilzuggeräts zu simulieren (Abb. 6). Patient P. soll lernen, den Beckenboden dabei einzusetzen.

Evaluation

Die Therapie bei Patient P. hat drei Wochen post-operativ angefangen und konnte in der 13. Woche post-operativ abgeschlossen werden.

Nach 2 x 6 Einzelbehandlungen sind folgende Ergebnisse zu verzeichnen:

Struktur und Funktion

- 1 kleine Vorlage/Tag, 5–10 g
- Miktionsfrequenz: 8x/Tag, 0–1x/Nacht
- Miktionsvolumen: 100–300 ml
- Trinkmenge: 1,5 Liter
- Erektile Dysfunktion: Erektion noch nicht ausreichend
- Die Bauchnarben sind gut verschiebbar
- PERFECT: P 4,5; E 4; R 5; F 5; E zunehmend gut; C gut; T gut
- Koordination: funktionelles Pressverhalten, gute Relaxation

Aktivität

In der zweiten Tageshälfte bei längeren Spaziergängen von über 30 Minuten leichter Urinverlust

Partizipation

Golf: sechs Loch ohne Urinverlust

Beruf: beschwerdefrei

Lebensqualitätsabfrage (über VAS-Skala 1-10): 8

Die Autorinnen schlagen dem Patienten und dem Arzt vor, die Behandlung »außerhalb des Regelfalls« mit sechs Therapieeinheiten in einer niedrigen Frequenz fortzusetzen, um den Erfolg zu steigern und zu sichern. Die Evidenzlage hierzu ist nicht eindeutig.

Diskussion

Bezogen auf den Urinverlust in den ersten Tagen nach der Katheterentfernung dauert das physiotherapeutische Kontinenztraining nach NRPP drei bis zwölf Monate (5). Der Schwerpunkt der Therapie liegt vor allem in einer guten Körperwahrnehmung des Patienten. In manchen Fällen empfiehlt es sich, die Behandlung apparativ zu unterstützen, da viele Männer sehr viel Kraft einsetzen wollen, obwohl für die reflexartige Kontinenzkontrolle nicht so sehr Kraft, sondern eher Koordination benötigt wird. Diejenigen Kollegen, die ein Ultraschallgerät verwenden, stellen fest, dass bei ausbleibender Reduzierung der Harninkontinenz diese Patienten die Bauchwand zu Hilfe nehmen, um den Beckenboden anzusteuern. Es kommt zum Anstieg des intraabdominellen Drucks, der sich negativ auf den urethralen Verschluss auswirkt.

Erfahrungsberichte über eine prä-operative Anleitung der Patienten führen allmählich zu der Überzeugung, dass die frühzeitig erlernte Koordination der Verschlussysteme post-operativ schneller zur Kontinenz führen kann (6). Im aktuellen Heilmittelkatalog ist eine prä-operative Anleitung noch nicht vorgesehen.

Bis heute gibt es noch unzureichend Evidenz über den Effekt der physiotherapeutischen Einzelbehandlung nach NRPP. Die vorläufigen Ergebnisse deuten nach van Kampen et al. auf einen positiven Effekt hin (7). Welche konkreten Übungen zu einer verbesserten Kontinenz führen, ist bis dato nur in einer Pilotstudie (3) erforscht worden. Eine gute Möglichkeit für die deutschen Physiotherapeuten wäre, die Evidenz in einer Vergleichsstudie zu überprüfen. —

ABBILDUNGEN

Alle Abbildungen dieses Beitrags von Louise de Nijs-Renken



LITERATUR

Quellen (1) bis (7) unter:

www.physiotherapeuten.de
Webcode: 488



LESER FEEDBACK

Über Kritik und Anregungen würden wir uns sehr freuen:

pt.redaktion@pflaum.de



LOUISE DE NIJS-RENKEN

seit 1977 Physiotherapeutin Studium Hogeschool van Amsterdam; niedergelassen in Bremen seit 1995; Manualtherapeutin; 1983 bis 2010 Mitglied und Referentin der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologie, Geburtshilfe, Urologie, Proktologie (AG-GGUP); seit 1989 freie Referentin; Leiterin des Bremer Arbeitskreises GGUP seit 2000.

Kontakt: de-nijs-renken@nord-com.net



ALMUT KÖWING

seit 1980 Physiotherapeutin; freie Mitarbeiterin, Physiotherapiepraxis Buchholz in der Nordheide; Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologie, Geburtshilfe, Urologie, Proktologie (AG-GGUP) im Deutschen Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V.; Referentin der AG-GGUP: Physio Pelvica Basiskurs 1 und 2, Abschlussqualifikation; Referentensprecherin der AG-GGUP. **Kontakt:** info@almut-koewing.de