

Abstract

Titel: Systematischer Literaturreview zum Effekt des Beckenbodentrainings in der Schwangerschaft und nach der Entbindung zur Prävention und Behandlung der Belastungsinkontinenz.

Kurzzusammenfassung:

Schwangerschaft und Spontanentbindung stellen eine massive Belastung für den weiblichen Beckenboden dar. Die so beanspruchte Muskulatur erhöht das Risiko einer Inkontinenz, dem unwillkürlichen Harnverlust. 20 bis 50% der Gebärenden sind betroffen und leiden unter dieser Situation. Zur Prävention und Behandlung wird das konservative Beckenbodentraining (BBT) empfohlen, speziellen Anspannungs- und Entspannungsübungen der Bauch- und Beckenbodenmuskulatur. Allerdings ist dessen Wirksamkeit sich empirisch uneinheitlich dargestellt. Trotz der Heterogenität der Studien kann BTT als wirksame Prävention und Intervention bei Belastungsinkontinenz nach Schwangerschaften eingestuft werden. Dabei gilt, je früher damit begonnen wird, umso grösser der Trainingserfolg: die Verhütung von Belastungsinkontinenz.

Autor(en): Serafina Filipovic

Referent(en): Dr. Suxi Saxer

Publikationsformat:

- BATH
- MATH
- Semesterarbeit
- Forschungsbericht
- Anderes

Veröffentlichung (Jahr): 2010

Sprache: deutsch

Zitation: Filipovic, S. (2010). Beckenbodentraining. (Unveröffentlichte Bachelor Thesis) FHS St. Gallen, Hochschule für Angewandte Wissenschaften.

Schlagwörter (4-5 Tags): Beckenbodentraining, Inkontinenz, Belastungsinkontinenz, Beckenbodenschwäche, Schwangerschaft, Rückbildungsgymnastik

Ausgangslage

Viele Risiken zu Schwangerschaft und Geburt konnten in den vergangenen Jahrzehnten deutlich reduziert werden. Anders verhält es sich mit der Urininkontinenz. Diese, bedingt durch die verstärkte Muskelbelastung des Beckenbodens, ist immer noch ein häufig auftretendes Phänomen. Inkontinenz jeglicher Ursache stellt eine Einschränkung der Lebensqualität dar, die zugleich ein Tabu ist. Folgen sind: Einschränkung der Sexualität und Ausscheidung, meist verbunden mit Schamerleben. Neben der körperlichen und seelischen Beeinträchtigung verursacht Inkontinenz auch hohe Gesundheitskosten. Mit dem Beckenbodentraining, speziellen Übungen zur An- und Entspannung der Beckenbodenmuskulatur, steht eine Intervention zur Verfügung, die sowohl präventiv wie auch therapeutisch eingesetzt wirksam und systematisch untersucht wurde. Das dreistufige Trainingsprogramm beinhaltet 30 bis 80 Muskelkontraktionen, die jeweils über 10 Sekunden andauern und sollte zwischen zwei und sechs Monaten angewendet werden. Der Effekt des Trainings wird mit

dem Pad-Test gemessen d.h. die Menge des unfreiwillig abgegangenen Urins wird durch Wiegen der Vorlage ermittelt. Vor allem Physiotherapeutinnen aber auch Pflegende mit einer entsprechenden betreiben diese Patientinnen.

Ziel

Ziel dieser Bachelor Thesis ist es, einen systematischen Review zum Effekt des Beckenbodentrainings (BBT) zur Prävention und Therapie von Urininkontinenz im Rahmen von Schwangerschaft und Geburt durchzuführen. Mit dieser Arbeit soll ein systematischer Review der bisherigen Forschungen geleistet werden und Hypothesen für die Pflegepraxis abgeleitet werden.

Methode

Um den Nutzen des BBT zu ermitteln, wurden 6 Studien von 2000 bis 2009 in der Datenbank Pub-Med analysiert, die den Effekt des BBT mit unterschiedlichen Foci untersucht haben. Dabei wurden die Suchbegriffe „Pelvic Floor“ AND „Urinary Incontinence“ AND „Pregnancy“ eingegeben und als Limits „Humans; English; German; last 10 years; Age:19-44; RCT bzw. Clinical trials“ eingegeben. Diese Suche brachte 12 (RCT) bzw. 23 (CT) Ergebnisse, von denen 5 bzw. 1 geeignet waren.

Fragestellung:

Welchen Effekt hat das BBT bei der Belastungsinkontinenz im Zeitraum vor der Spontanentbindung und bis ein Jahr danach?

Einschlusskriterien für RCT und CT:

- Effekt des BBT bei Therapie während Schwangerschaft und Entbindung
- Kurz- bzw. Langzeiteffekt des BBT bei schwangerschaftsinduzierter Urininkontinenz
- Erst- oder Mehrgebärende
- Vaginale Entbindungen, auch mit Hilfsmitteln wie z.B. Zange
- Neugeborene mit mehr als 4000g Gewicht

Ausschlusskriterien:

- Untersuchung erfolgte 4 bis 8 Jahre nach Entbindung
- Akzeptanz der Übungen wurde gemessen
- Vergleich der Untersuchungstechnik der BBM nach dem Training und physiologische Abweichungen zu normaler Geburt

Ergebnisse:

Alle fünf Studien weisen einen angemessenen Repräsentativitätsgrad der Population auf. Unterschiede gibt es in der Anzahl der bereits erfolgten Geburten bei den untersuchten Frauen. Solche, die bereits geboren hatten, haben ein höheres Inkontinenzrisiko, als Erstgebärende. Die Art der Entbindung, spontan oder mit Hilfsmitteln wie Zange oder Saugglocke, wird ebenfalls unterschiedlich berücksichtigt, obwohl die Spontangeburt ein niedrigeres Inkontinenzrisiko haben. Bei den Ergebnissen zu den Interventionen lassen sich zwei Richtungen feststellen: a) Therapie bei Frauen mit bestehender Inkontinenz und b) Anwendung des BBT zur Prävention UND Behandlung. Bei der ersten Gruppe gibt es mehrere Teilergebnisse. So reduzierte sich in einer Studie die Belastungsinkontinenz bei intensivem und korrektem Training, während dies in einer weiteren Untersuchung unabhängig vom BBT nachgewiesen werden konnte. Es zeigte sich, dass Ausdauer und korrekte Durchführung wichtig für einen Trainingserfolg sind. Um diesen eindeutig nachzuweisen, müssen mehr als vier Trainingseinheiten durchgeführt werden, was in einigen Studien nicht der Fall war. Zu wenig beachtet wurden die Adhärenz der Teilnehmerinnen und der Einfluss der Hormone auf die Kontinenz. Für b) lässt sich feststellen, dass eine statistisch signifikante tiefere Prävalenz der Inkontinenz in der Versuchsgruppe und in der Kontrollgruppe, unabhängig von unterschiedlicher Dauer und Intensität des Trainings gemessen wurde. Alle drei Studien weisen eine hohe Adhärenz auf, was auf die negativen

Folgen der Harninkontinenz zurückzuführen sein könnte. Aber auch Frauen mit einer ausgeprägten Belastungsinkontinenz trainierten nicht automatisch intensiv. Vielfach waren soziale Belastungen ein Hinderungsgrund. Im Langzeitvergleich konnte eine leichte Zunahme der Inkontinenz nachgewiesen werden, was die Forscher mit mangelndem Training erklärten.

Erkenntnisse

Es wurde deutlich, dass BBT eine wirksame Intervention der beschriebenen Problematik ist. Voraussetzung dafür ist jedoch ein regelmässiges, intensives und korrekt durchgeführtes Training der betroffenen Frauen. Je früher mit dem Training begonnen wird, umso stärker ist der positive Effekt. Anleitung und Betreuung sollte durch speziell angeleitetes Personal erfolgen. Hormonelle Auswirkungen auf die Belastbarkeit des Beckenbodens sowie die Möglichkeit, Pflegefachleute zu den Physiotherapeutinnen in den Trainings- und Anleitungsprozess einzubeziehen, wurde bisher zu wenig empirisch untersucht. Schwachpunkt der analysierten Studien ist, dass die Dauer und Intensität des BBT unterschiedlich und damit nur bedingt vergleichbar waren. Des Weiteren müssen reliablere Messinstrumente zum Nutzen des BBT gefunden werden, da der Pad Test dies nur unzureichend leistet.

Abbildungen

Autor/ Jahr	Absicht	Design	Stichprobe/ Population	Inter- vention	Ergebnis
Dinc et al 2009	Effekt des BBT auf Harn- inkontinenz in Schwanger- schaft und nach Entbindung?	RCT	n= 92 (VG: n= 46; KG: n= 46)	BBT	Pad-Test, Mikti- onstagebuch, Peri- neometer
Woldring et al 2006	Effektivität des BBT bei Harninkontinenz i. d. Schwangerschaft?	RCT	n= 264 (VG: n= 112; KG: n= 152)	BBT	Miktionstagebuch, Inkontinenzscore
Morked et al 2003	BBT als Prävention von Har- ninkontinenz i. d. Schwan- gerschaft?	RCT	n= 301 (VG: n= 148; KG: n= 153)	BBT	Befragung bzgl. Harn- verlustsymptome; BBM-Stärke Mes- sung
Chiarelli & Cockburn 2002	Verlauf d. Harninkontinenz nach Entbindung	RCT	n= 720 (VG: n= 370; KG: n= 350)	BBT	Befragung bzgl. Harnverlust; Mikti- onskalender
Mork & Bo 2000	Effekt des BBT auf Präventi- on und Therapie der Be- lastungsinkontinenz nach Entbindung	RCT	n= 162 (VG: n= 81; KG: n= 81)	BBT	Strukturiertes Inter- view, Pad-Test, BBM- Stärke Messung

Tabelle 8: Ergebnisse: Inkontinenz nach Schweregrad (Woldringh et al., 2006)

22. SSW	VG	KG
milde bis schwere Inkontinenz (Score 1-10)	100%	100%
moderate bis schwere Inkontinenz (Score 5-10)	73%	70%
35. SSW	VG	KG
milde bis schwere Inkontinenz (Score 1-10)	88%	93%
moderate bis schwere Inkontinenz (Score 5-10)	37%	46%
8. Woche Postpartum	VG	KG
milde bis schwere Inkontinenz (Score 1-10)	62%	68%
moderate bis schwere Inkontinenz (Score 5-10)	22%	16%
6. Monat Postpartum	VG	KG
milde bis schwere Inkontinenz (Score 1-10)	56%	60%
moderate bis schwere Inkontinenz (Score 5-10)	14%	8%
Ein Jahr nach Entbindung	VG	KG
milde bis schwere Inkontinenz (Score 1-10)	58%	63%
moderate bis schwere Inkontinenz (Score 5-10)	15%	9%

Literaturquellen

- Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U., Van Kerrebroeck, Ph., Victor, A. & Wein, A. (2002). ICS: The Standardisation of Terminology of Lower Urinary Tract Funktion. *Neurology and Urodynamics*, 21, 167-178.
- Ashworth, P. D. & Hagan, M. T. (1993). Some social consequences of non-compliance with pelvic floor exercises. *Journal Physiotherapy*, 79, 465-471.
- Bickley, L. S., Hoekelman, R. A., Naumburg, E. H. & Thomson, J. B. (2000). *Bats`grosses Untersuchungsbuch*. Stuttgart: Thieme.
- Bo, K. (2004). Pelvic floor muscle training is effective in treatment of female stress urinary incontinence, but how does it work? *International Urogynecology Journal*, 15: 76-84.
- Bo, K., Talseth, T. & Home, I. (1999). Single blind, randomized controlled trial of pelvic floor exercises. electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. *British Medical Journal*, 487-493.
- Burgio, K. L., Zyczynski, H., Locher, J. L., Richter, H. E. Redden, D. T. & Wright, K. C. (2003) Urinary incontinence in the 12-month postpartum period. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 102: 1291-1298.
- Chiarelli P. & Cockburn J. (2002). Promoting urinary continence in women after delivery: randomised controlled trail. *British Medical Journal*, 324: 1241-1246.
- Dinc, A., Beji, N.K. & Yalcin, O. (2009). Effect of pelvic floor muscle exercises in the treatment of urinary incontinence during pregnancy and the postpartum period. *International Urogynecology Journal*, 20: 1223-1231.
- Eberhard, J. & Geissbühler, V. (2000). Konservative und operative Therapie bei Harninkontinenz, Deszensus und Urogenitalbeschwerden. *Journal für Urologie und Urogynäkologie*, 7 (3), 22-35.
- Faller, A. (2004). *Der Körper des Menschen*. 14. Auf. Stuttgart: Thieme.
- Hayder, D., Kuno, E. & Müller, M. (2008). *Kontinenz - Inkontinenz – Kontinenzförderung*. Bern: Hans Huber.
- Hunskar, S., Burgio, K., Diokno, A., Herzog, A. R., Hjämblas, K. & Lapitan, M. C. (2003). Epidemiology and natural history of urinary incontinence in women. *International Urogynecology Journal*, 16-23.
- Hunskar, S. & Vinsnes, A. (1991). The Quality of Life in Women with Urinary incontinence measured by the SIP. *JAGS* 39, 378-382.
- Klarskov, P., Nielson, K., Kromann-Anderson, B. & Maegaard, E. (1991). Long term results of pelvic floor training for female genuine stress incontinence. *International Urogynecology Journal*, 2, 132-135.
- Kölbl, H. (2003). Make a cesarean sectio safer – have a vaginaldelivery: Wie ist es jetzt wirklich mit dem Beckenboden und dem Geburtsmodus?. *Journal für Urologie und Urogynäkologie*, 10 (3), 15-19.
- Lee, I. S. & Choi, E. S. (2006). Pelvic floor muscle exercise by biofeedback and electrical stimulation to reinforce the pelvic floor muscle after normal delivery. 36(8):1374-1380.
- Morkved, S. & Bo, K. (2000). Effect of postpartum pelvic floor muscle training in prevention and treatment of urinary incontinence: a one-year follow up. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107, 1022-1028.
- Morkved, S. & Bo, K. (1999). Prevalence of urinary incontinence during pregnancy and postpartum. *International Urogynecology Journal*, 10, 394-398.
- Morkved, S. & Bo, K. (1997). The effect of postpartum pelvic floor muscle exercise in the prevention and treatment of urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*, 8: 217-222.
- Morkved, S. & Bo, K. (1996). The effect of postnatal exercise to strengthen the pelvic floor muscles. *Acta Obstetrical et Gynecology Scandinavian*, 75, 382-385.
- Morkved, S., Bo, K., Schei, B. & Selvesen, K. A. (2003). Pelvic floor muscle training during pregnancy to prevent urinary incontinence: A single-blind randomized controlled trail. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 101: 313-319.
- Polit, D. F., Beck, Ch. T. & Hungler, B. P. (2004). *Lehrbuch Pflegeforschung*. Bern: Hans . Huber.
- Reilly, E. T. C., Freeman, R. M., Waterfield, M. R., Waterfield, A. E. Steggles, P. & Pedlar, F. (2002). Prevention of postpartum incontinence in primigravidae with increased bladder neck mobility: a randomised controlled trail of antenatal pelvic floor exercises. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 109: 68-76.
- Sempelle, C. M., Miller, J. M., Mims, B. L., Delancey, J. O., Ashton-Miller, J. A. & Antonakos, C. L. (1998). Effect of postpartum pelvic floor muscle exercise on transient incontinence during pregnancy and after birth. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 91, 406-412.
- Skibbe, X. & Löseke, A. (2001). *Gynäkologie und Geburtshilfe*. Stuttgart: Thieme.
- Wilson, P.D. & Herbison, G. P. (1998). A randomized controlled trail of pelvic floor muscle exercises to treat postnatal urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*, 9: 257-264.
- Woldringh, C. Van den Wijngaart, M. & Alberts-Heitner, P. (2006). Pelvic floor muscle training is not effective in women with urinary incontinence in pregnancy: a randomised controlled trail. *International Urogynecology Journal*, 18: 383-390.