

Funktionelle Veränderungen der Stuhlinkontinenz nach Physiotherapie

Dobben AC, Terra MP, Berghmans B, et al. Functional changes after physiotherapy in fecal incontinence. *Colorectal Dis* 2006;21:515–21.

Fragestellung und Hintergrund: Ziel der vorliegenden Studie war die prospektive Untersuchung, wie sich die anorektale Funktion durch Physiotherapie verändert und ob diese Veränderungen mit Veränderungen im fäkalen Inkontinenzscore in Beziehung stehen. Physiotherapie ist eine allgemeine Behandlungsoption bei Patienten mit Stuhlinkontinenz. Obwohl die Physiotherapie zu einer Besserung der Beschwerden führen kann, ist es noch immer unklar, in welchem Ausmaß die Besserung mit Veränderungen der anorektalen Funktion einhergeht.

Patienten und Methodik: Eine Anzahl konsekutiver Patienten (n = 266) mit Stuhlinkontinenz (91% Frauen; mittleres Alter 59 Jahre) unterzog sich einer anorektalen Manometrie, analen und rektalen Sensibilitätsmessungen, sowie rektalen Kapazitätsmessungen vor Beginn und nach neun Sitzungen mit standardisierter Beckenbodenphysiotherapie. Diese Ergebnisse wurden mit Änderungen im Vaizey-Inkontinenzscore verglichen.

Ergebnisse: Beim Follow-up 3 Monate nach der Physiotherapie waren der Kneifdruck ($p = 0,028$) wie auch die Schwelle des Dranggefühls ($p = 0,046$) und das maximal tolerable Volumen ($p = 0,018$) signifikant angestiegen. Das Ausmaß der Verbesserung war unabhängig vom Alter, von der Dauer der Stuhlinkontinenz, der Menopause sowie Befunden der Endosonographie. Alle anderen anorektalen Funktionen änderten sich nicht. Eine Verbesserung im Vaizey-Score war mäßig korreliert mit einem Ansteigen des zunehmenden Kneifdrucks ($r = 0,14$, $p = 0,04$) und einem Sinken der analen Sensibilitätsschwelle ($r = 0,20$, $p = 0,01$).

Schlussfolgerung: Physiotherapie verbessert den Kneifdruck, das Dranggefühl sowie das maximal tolerable Volumen. Allerdings resultiert die verbesserte anorektale Funktion nicht immer in einem Rückgang der Stuhlinkontinenzbeschwerden.

Kommentar

Die konservativen Methoden des Sphinkter- und Biofeedbacktrainings werden bei der analen Inkontinenz häufig als erste Maßnahmen zur Therapie genutzt [1]. Auch wir benutzen diese Therapie täglich in unserem Algorithmus der Beckenbodeninsuffizienz. Wir versuchen in diesem ersten Teil unseres Behandlungskonzeptes, die Restmuskulatur zu stärken und die Sensibilität lokal, aber auch die „cortical aware-

ness“ im Bereich des motorischen Kortex [2] für den Beckenboden zu vergrößern.

Die wissenschaftliche Auswertung der konservativen Therapie der fäkalen Inkontinenz ist dem niederländischen Autorenteam hoch anzurechnen.

Die Datenlage zum Zusammenhang zwischen Inkontinenz und physikalischer Therapie ist eher spärlich. Die wenigen großen, randomisierten Stu-

dien zu diesem Thema finden sich vorwiegend zur Urininkontinenz bei Frauen [3]. Aber auch diese Studien müssen differenziert gesehen werden, wie eine von Hay-Smith & Dumoulin untersuchte Cochrane Database zeigte. Hier präsentierte sich trotz einer Kohorte von 403 Patientinnen ein sehr inhomogenes Datenfeld, in dem die Autoren sich nur zögernd dazu durchringen, eine Empfehlung für das Beckenbodentraining als erstes Werkzeug bei einer Beckenbodeninsuffizienz mit Urininkontinenz zu benutzen [4]. Dies wird von einer weiteren Studie aus derselben Klinik bestätigt [6], in diese Cochrane Studie flossen 4 661 Frauen und 155 Männer ein. Im Endergebnis konnte aufgrund der Heterogenität des Patientengutes sowie der Mischung verschiedener Inkontinenzformen keine Aussage darüber gemacht werden, ob durch physikalische Therapie eine Inkontinenz nach Beckenbodenschädigungen (durch Geburten oder Prostatektomien) verhindert werden kann.

Und dies sind die großen Studien im Hinblick auf eine Schwächung im vorderen Kompartiment. Im Bereich der fäkalen Inkontinenz und damit des hinteren Kompartiments finden sich meist kleinere Patientenkollektive, wie bei Rieger et al., die zeigen konnten, dass nach Biofeedbacktraining zur Beseitigung der analen Inkontinenz gute Erfolge erzielt werden konnten [5]. Von 30 Patienten besserten sich 20 (67%), von denen acht Patienten komplett kontinent wurden. Auch die bereits zitierte Studie von Norton et al. [1] kommt zu dem Schluss, dass aufgrund der wenigen Untersuchungen und deren methodischer Schwachpunkte bei immerhin 564 Patienten keine Aussage über den Nutzen von physikalischer Therapie und/oder Biofeedback im Vergleich zu

anderen konservativen Maßnahmen gemacht werden kann.

In der zu kommentierenden Studie wurde eine relativ große Gruppe von 266 Patienten rekrutiert, deren Ausschlusskriterien, wie z.B. der Rektumprolaps mit Stuhlschmierer oder die Überlaufinkontinenz, vorbildlich sind. Um diese Zahlen zu erreichen, ist eine Vielzahl von Zentren zur Rekrutierung notwendig. Dies hat Konsequenzen. Die partizipierenden 71 Physiotherapeuten behandelten zwar nach einer standardisierten Vorgabe, jedoch wurde bereits die Auswertung der Ergebnisse des analen Ruhe- und Kneifdruckes mit unterschiedlichen Methoden gemessen. Dies halten wir bei einer ohnehin schwierig auszuwertenden und reproduzierbaren Messmethode wie der Manometrie [7] für problematisch. Auch die rektale Kapazitätsmessung wurde mit zwei unterschiedlichen Verfahren durchgeführt. Hierbei wurde in den meisten Kliniken die Kapazitätsmessung mittels Katheter eingesetzt, in nur einem Institut wurde die zeitintensive, aber aussagekräftige Barostat-Methode angewandt [8].

Ob eine klinisch schwierig durchzuführende rektale Sensitivitätsmessung mittels Ringelektrode und Applikation von Strömen bis zu 20 mA im Rektum, einem Organ, das vor allem über Volumenänderung stimuliert wird, Sinn macht, sei dahingestellt. Hier gibt es nur sehr wenige Studien, die bei einer Mehrzahl der Erkrankungen des Anus und des Rektums eine Sensitivitätsänderung der rektalen Mukosa postulieren [9].

Schwierig zu verstehen und nachzuvollziehen ist der physiotherapeutische Ansatz. Insgesamt wurden die Patienten neunmal, meist wöchentlich, nach einem vorgegebenen Schema behandelt. Die

Art der angewandten Physiotherapie hing in dieser Studie von der analen Muskelausgangskraft ab. Diese wurde mit dem einfachen Oxford-Score (0 = keine Kontraktion des Musculus puborectalis und des Sphincter externus, 5 = starke Kontraktion) eingestuft. Danach wurde die Gruppe mit einem Score < 3 initial mit elektrischer Stimulation und rektaler Ballonexpulsion behandelt. Leider wird diese elektrische Stimulation nicht näher erläutert. Man kann nur davon ausgehen, dass es sich hier um eine Art getriggertes Biofeedback handeln muss. Hier gibt es einige Studien, die eine Überlegenheit des getriggerten Verfahrens gegenüber einem rein aktiven Biofeedback sehen [10]. Erst wenn ein Score ≥ 3 erreicht wurde, erfolgte ein Training mit aktivem, muskulärem Biofeedback sowie rektalem Ballontraining.

Wie lange die einzelnen Phasen dauerten, wie viele Patienten es von der schwächeren in die stärkere Gruppe schafften, ob einige Patienten (wie bei ausgeprägten neurologischen Defekten zu erwarten) dieses Niveau gar nicht erreichten und wie diese doch wichtigen Untergruppen im Outcome waren, wird nicht beschrieben oder differenziert.

In dieser Studie konnte nachgewiesen werden, dass trotz der sehr unterschiedlichen Ätiologie der analen Inkontinenz durch rein konservative Behandlung eine signifikante Verbesserung des Kneifdruckes, des analen Dranggefühls und des maximalen tolerierbaren Volumens erreicht werden kann. Interessant ist, dass sich trotz dieser Verbesserungen einiger anorektaler Funktionen nur eine geringe positive Korrelation zum Ergebnis des Inkontinenzscores ergab. Dies scheint mit den relativ geringen Verbesserungen der einzelnen Funktionen zu tun zu haben.

Wie wir alle aus unserer klinischen Erfahrung wissen, ist anale Kontinenz multifaktorieller und komplexer, als dass eine dezente Verbesserung der drei o.g. Faktoren eine größere Widerspiegelung in den Scores zeigen könnte.

Wir werden trotz der beschriebenen nur geringen Verbesserung des Inkontinenzscores die konservative Therapie des Beckenbodens bei unserem Patienten immer im Sinne eines Algorithmus weiterhin voranstellen. Hintergrund bildet unsere Auffassung, dass auch vom Patienten eine Mitarbeit in der Therapie eingefordert werden muss. Gleichzeitig möchten wir die Patienten optimal für eine eventl. anstehende Operation vorbereitet haben. Was uns Klinikern an dieser Studie fehlt, ist eine differenzierte Aussage, welche Patienten am meisten von welcher Art der konservativen Therapie profitieren. Eine Einbeziehung von z.B. Patienten mit verstärkt neuronalen oder muskulären Defiziten in die Studie hätte sicherlich eine verwertbarere Aussage erbracht.

Insgesamt ist es sehr lobenswert, dass sich Kliniker auch mit den konservativen Maßnahmen und der Auswertung ihres therapeutischen Konzepts auseinandersetzen; leider werden ausreichende Patientenzahlen oft mit einer Divergenz in Therapie und Auswertung erkaufte.

Literatur

1. Norton C, Cody JD, Hosker G. Biofeedback and/or sphincter exercise for the treatment of faecal incontinence in adults. Cochrane Database Syst Rev 2006;3: CD002111.
2. Gunnarson M, Ahlmann S, Lindstrom S, et al. Cortical magnetic stimulation in patients with genuine stress incontinence: correlation with results of pelvic floor exercises.

- Neurorol Urodyn 1999;18:437–44, discussion 444–5.
3. Galeri S, Scottini C. Physiotherapie of pelvic floor for incontinence. Arch Ital Urol Androl 2001;73:143–6.
 4. Hay-Smith EJ, Dumoulin C. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev 2006;1:CD005654.
 5. Rieger NA, Wattchow DA, Sarre RG, et al. Prospective trial of pelvic floor retraining in patients with fecal incontinence. Dis Colon Rectum 1997;40:821–26.
 6. Hay-Smith J, Herbison P, Morkved S. Physical therapies for prevention of urinary and faecal incontinence in adults. Cochrane Database Syst Rev 2002;2:CD003191.
 7. Freys SM, Fuchs KH, Heimbucher J, et al. Inter- and intraindividual reproducibility of anorectal manometry. Langenbecks Arch Surg. 1998;383:325–9.
 8. Whitehead WE, Delvaux M. Standardization of barostat procedures for testing smooth muscle tone and sensory thresholds in the gastrointestinal tract. The Working Team of Glaxo-Wellcome Research, UK. Dig Dis Sci 1997;42:223–41.
 9. Felt-Bersma RJ, Poen AC, Cuesta MA, et al. Anal sensitivity test: what does it measure and do we need it? Cause or derivative of anorectal complaints. Dis Colon Rectum 1997;40:811–6.
 10. Mahony RT, Malone PA, Nalty J, et al. Randomized clinical trial of intra-anal electromyographic biofeedback physiotherapy with intra-anal electromyographic biofeedback physiotherapy augmented with electrical-stimulation of the anal sphincter in the early treatment of postpartum fecal incontinence. Am J Obstet Gynecol 2004;191:885–90.
- Dr. Michael Roblick, Pohlheim
Dr. Thilo Schwandner, Gießen*