

## **Kindliche Harninkontinenz - welche Diagnostik und welche Therapie für welches Kind?**

**Ulrike Hohenfellner**

Privatpraxis für Urologie  
Ambulantes Rehabilitationszentrum für Urologie und Gynäkologie Heidelberg  
Friedrich-Ebert-Anlage 1, 69117 Heidelberg

**Ziel:** Beim kindlichen Einnässen handelt es sich oft um eine funktionelle Blasenentleerungs-Störung, die auf dem Boden einer Selbstwahrnehmungsstörung bei unerfüllten Grundbedürfnissen entstanden ist. Um eine weitere Beeinträchtigung des kindlichen Selbstwertgefühls und der Eltern-Kind-Beziehung zu verhindern, ist ein schnelles Trockenwerden anzustreben. Vorgestellt werden die Ergebnisse einer multimodalen Kurzzeittherapie, die angewendet wurde bei Kindern mit und ohne Verhaltensauffälligkeit bzw. mit und ohne gestörte Mutter-Kind-Beziehung.

**Patienten und Methode:** 75 auswertbare Kinder (Alter 5-16 Jahre, median 7 Jahre) mit Harninkontinenz erhielten zwischen 6/2010 und 12/2014 ein multimodales Kurzzeit-Training. Die Behandlungsdauer betrug median 4 (2-9) ambulante Trainingstage innerhalb von median 56 (1- 130) Tagen und wurde durch ein häusliches Training unterstützt. Die Therapie beinhaltete die Extracorporale Magnetstuhlstimulation, eine elektromyographisch-kontrollierte Beckenboden-Schulung, ein mit Uroflowmetrie und Restharmmessung gestütztes Miktionstraining, ein speziell entwickeltes relaxierendes Beckenboden-Training, Vojta-Physiotherapie zur verbesserten Ansteuerung des Beckenbodens und psychosomatische Grundversorgung. Fakultativ wurden Oxybutynin und Alfuzosin flankierend eingesetzt, auf Desmopressin und Alarmtherapie wurde im Hinblick auf cardiovaskuläre Nebenwirkungen und den psychosomatischen Hintergrund verzichtet. Die Indikation zur Therapie wurde anhand Basisdiagnostik und psychosomatisch orientierter Anamnese des Kindes und der Familie gestellt.

**Ergebnisse:** 37/42 Kindern (88%) ohne Verhaltensauffälligkeit oder gestörte Mutter-Kind-Beziehung wurden tags und nachts kontinent bei normalisierter Miktion nach median 4 (1-9) Trainingstagen innerhalb von median 55 (1-210) Tagen. Bei den übrigen 5 Kindern ohne Verhaltensauffälligkeit oder gestörte Mutter-Kind-Beziehung beendeten die Eltern die Therapie nach median 5 (2-6) Trainingstagen innerhalb median 50 (14-75) Tagen, nachdem tagsüber Kontinenz bei normalisierter Miktion und überwiegend trockenen Nächten erreicht waren. Ohne weitere Therapie haben die Kinder noch 6-12 Monate gebraucht, um auch nachts kontinent zu werden. Bei 28/33 Kindern (85%) mit Verhaltensauffälligkeit oder gestörter Mutter-Kind-Beziehung konnte tagsüber Kontinenz bei Detrusor-Sphinkter-Koordination, restharnfreier Miktion und deutlich vergrößerter Blasenkapazität erreicht werden nach median 5 (3-8) Trainingstagen innerhalb von median 60 (14-154) Tagen. Durch Fortsetzung des Trainings konnte kein nächtliches Trockenwerden erzielt werden.

**Schlußfolgerung:** Multimodales Kurzzeit-Training kann bei Kindern ohne Verhaltensauffälligkeit und ohne gestörte Mutter-Kind-Beziehung bereits nach median 2 Monaten Kontinenz herstellen. Das Training sollte erst dann beendet werden, wenn auch nachts komplette Kontinenz besteht, da andernfalls ein gelegentliches nächtliches Einnässen für noch 6-12 Monate weiterbesteht. Bei Kindern mit Verhaltensauffälligkeit oder gestörter Mutter-Kind-Beziehung kann ein multimodales Kurzzeit-Training in den meisten Fällen in kurzer Zeit eine physiologische Miktion und Kontinenz tagsüber erreichen, was von erheblicher Bedeutung ist für das Kind, das sich ja im Kindergarten oder in der Schule sozial bewähren muß. Dann aber sollte direkt eine begleitende Familientherapie begonnen werden, um die Grundbedürfnisse des Kindes zu erfüllen, eine alleinige Fortsetzung der urologischen Therapie macht keinen Sinn, um das Kind auch nachts trocken zu bekommen. Bei Verdacht auf eine funktionelle bzw. somatoforme Blasenentleerungsstörung mit insbesondere variierenden Uroflowmetriekurven am Untersuchungstag sollte das Training nach allein

Basisdiagnostik begonnen werden, weiterführende invasive Diagnostik sollte erst bei fehlender Änderung der Miktionsparameter während des Trainings oder vor Einleitung einer Psychotherapie zum definitiven Ausschluß einer anatomischen Genese zum Einsatz kommen.