

das primäre Outcome darstellt. Eine weitere Einschränkung erfahren die Studienergebnisse durch die Tatsache, dass die sexuelle Funktion von vielen Faktoren, z. B. auch von physischen, hormonellen und emotionalen Faktoren, bestimmt wird.

Braekken et al. haben 2015 die Auswirkung von Beckenbodentraining auf die sexuelle Funktion bei Frauen mit Senkung untersucht und festgestellt, dass sich bei sexuell aktiven Frauen die Qualität der Empfindung signifikant verbessert hat, wobei es dieselben Frauen waren, die in dieser Studie auch die größte Steigerung bei Kraft und Ausdauer im Training erreicht hatten.

Kanter et al. konnten 2015 belegen, dass Beckenbodentraining die sexuelle Aktivität von Frauen mit Beckenbodendysfunktionen steigert. Dies umfasst sowohl die Häufigkeit der sexuellen Aktivität als auch eine verbesserte Funktion und Wahrnehmung, gemäß dem PISQ-IR-Fragebogen.

Einen weiteren wesentlichen Aspekt der Beeinträchtigung der Sexualempfindung stellen Schmerzen dar, die mit hohen Muskelspannungen einhergehen, welche sowohl im Kontext mit Vulvodynie als auch mit dem Chronic-Pelvic-Pain-Syndrom auftreten. Lamvu et al. haben in ihrer Studie aus dem Jahr 2015 die Untersuchungsergebnisse von 176 Vulvodyniepatientinnen analysiert, die mehrheitlich jüngeren Alters waren (im Durchschnitt unter 30 Jahre) und ein Krankheitsgeschehen von mehr als 2 Jahren durchlaufen hatten. Ein Großteil der Patientinnen hatte, neben anderen Komorbiditäten, Dysfunktionen im Bewegungssystem, weshalb Lamvu eine Empfehlung zum routinemäßigen Screening in den Ergebnissen seiner Forschung formuliert hat. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen auch Biasi (2014) oder Bodden-Heidrich (1999), die im Rahmen des multifaktoriellen Geschehens das Vorhandensein von muskuloskeletalen Komponenten und die Wichtigkeit

einer multidisziplinären Zusammenarbeit betonen.

**Umfassendes Behandlungskonzept:** Die physiotherapeutische Behandlung umfasst daher neben lokalen Maßnahmen zur Schmerzreduktion wie z. B. Triggerpunktbehandlungen, tonusregulierenden Maßnahmen und gezielter Körperwahrnehmungsschulung auch Atemschulung und Entspannungstechniken. Spezifische Untersuchungs- und Behandlungstechniken kommen im Bereich muskulärer Dysbalancen und Instabilitäten für den Hüft- und Rumpfbereich zum Einsatz, bei Bedarf werden umliegende Körperabschnitte miteinbezogen. Wie bei allen chronischen Schmerzgeschehen sind auch hier eine längerfristige therapeutische Begleitung und eine gute Kommunikation zwischen den behandelnden Disziplinen für die Patientinnen sehr vertrauensfördernd und für den gesamten Heilungsverlauf vorteilhaft. ■

## Vorbeugung rezidivierender Harnwegsinfekte

Rund die Hälfte aller Frauen erleidet einmal in ihrem Leben einen Harnwegsinfekt (HWI), wobei bei ca. 30 % ein Rezidiv zu beobachten ist. Generell werden Harnwegsinfekte mit einer Häufigkeit von zweimal innerhalb von 6 Monaten oder von dreimal innerhalb eines Jahres als „rezidivierend“ bezeichnet. Rezidivierende HWI sollten deshalb durch den Facharzt für Urologie abgeklärt werden.

### Methoden der Vorbeugung

Es existieren einige allgemeine Empfehlungen (Flüssigkeitsaufnahme von 2,5 l/24 h bzw. Urinmenge von 2 l/24 h, Vermeidung von Spermiziden, Wischrichtung von vaginal nach anal nach Miktion, Vermeidung von vaginalem nach analem oder oralem Geschlechtsverkehr (GV), Blasenentleerung nach GV, wobei sich für die meisten keine adäquate wissenschaftliche Evidenz finden lässt.



**Dr. Maximilian Seles**  
Universitätsklinik für Urologie,  
Medizinische Universität Graz

**Mag. pharm. Elisabeth Seles**  
angestellte Apothekerin,  
Graz

### Antibiose

**Kontinuierliche Antibiose:** Die niedrig dosierte Dauerantibiose ist im Vergleich zu allen anderen angeführten Möglichkeiten jene mit der höchsten Effizienz bei vergleichsweise auch höchster Rate an Nebenwirkungen und naturgemäß an Resistenzen. Als Präparate stehen z. B. Nitrofurantoin 50–100 mg/d, Cefalexin 250 mg/d und Trimethoprim 100 mg/d zur Verfügung. Es sollte bei der Verschreibung immer auf aktuelle Urinkulturen als Referenz und auf Allergien geachtet werden.

**Postkoitale Antibiose:** Da GV einen starken Risikofaktor darstellt (9-mal GV/Monat = Steigerung des Risikos um das 11-Fache), existiert das Konzept der einmaligen niedrig dosierten Antibiose innerhalb von 2 h nach GV im „off-label use“ mit den oben genannten Präparaten.

**Patientinneninitiierte Antibiose:** Da Frauen sogar wissenschaftlich erwiesen ein gutes Körpergefühl hinsichtlich Erkennung eines HWI besitzen, ist die On-demand-Antibiose ebenfalls eine Möglichkeit, wie Frauen frühzeitig selbst einen HWI bekämpfen können. ▶

Als Therapie stehen die gängigen Präparate zur Therapie des unkomplizierten HWI im Vordergrund (Fosfomycin-3-g-Granulat 1 x 1 [Monuril®], Pivmecillinam-Tabletten 2-0-2 für 3 Tage [Selexid®] oder Nitrofurantoin-Tabletten 1-0-1 für 5 Tage [Furadantin®]).

**D-Mannose:** Pharmakologisch wirkt D-Mannose als Hemmer der Adhäsion von Uropathogenen an die Urothelwand. Es existieren hier Studien, die eine vorläufig beeindruckende Wirkung zeigen, aber noch nicht bestätigt wurden.

**Östrogene in der Postmenopause:** Vaginal applizierte Östrogene in der Menopause zeigten laut Metanalysen einen geringen, jedoch sichtbaren Effekt hinsichtlich der Reduktion von HWI-Episoden. Eine orale Einnahme zeigte hingegen keine Wirkung.

**Stimulation des Immunsystems/„Impfungen“:** OM-89 (Uro-Vaxom®) ist ein orales Präparat und enthält Lysat von 18 verschiedenen *E.-coli*-Stämmen. In randomisierten, placebokontrollierten Studien konnte ein statistisch signifikanter Benefit bei nur sehr gering erhöhter Nebenwirkungsrate im Vergleich zu Placebo gezeigt werden. Die Einnahme umfasst 1 Tablette täglich durchgehend für 3 Monate, danach kann eine Boosterung für 10 Tage pro Monat über die nächsten Monate angewandt werden. Uro-Vaxom® ist in Österreich rezeptpflichtig und befindet sich in der Gelben Box (RE 1).

**Akupunktur:** Akupunktur scheint eine wirksame (Begleit-)Therapie beim rezidivierenden HWI zu sein, was auch in kleineren Studien gezeigt werden konnte. Es gibt leider (noch) keine größeren Studien, die eine weitere Wirksamkeit der Akupunktur belegen.

**„Kräuter“:** Es gibt unzählige Ansätze in der Naturheilkunde von Meerrettich über Bärentraube und Brunnenkresse bis hin zu traditionell chinesischen Mixturen (TCM). Aufgrund der Vielfalt und der sehr schwachen Datenlage ist es schwierig, eine generelle Empfehlung auszusprechen. Hinsichtlich der speziell für HWI hergestellten TCM-Rezepturen konnte die Cochrane Library Hinweise für Wirksamkeit finden, sie reichten jedoch nicht für eine robuste Empfehlung aus.

**Hyaluronsäure und Chondroitin:** Der physiologische Hintergrund dieser Therapie ist ein Ersatz der gestörten Glykosaminoglykan-Schicht, die das Urothel schützen soll. Erste Studien haben bei intravesikaler Instillation eine statistisch signifikante Wirksamkeit mit geringer Nebenwirkungsrate gezeigt.

**Cranberry:** Für Cranberry-Präparate (deutsch: Moosbeere) existieren unzählige Zubereitungen und Kombinationen. Hierzu liegen von der Cochrane Library aktuelle Analysen vor, wonach eine Gabe derzeit nicht empfohlen werden kann. Da aber die Patientinnen darauf drängen

und die Präparate frei erhältlich sind, werden diese in der Praxis oft als unterstützende Therapie verordnet. Es sollten Tabletten, Granulat bzw. Kapseln als Saft zur Vermeidung unnötiger zusätzlicher Kalorien mit möglichst hohem PAC-Gehalt (Proanthocyanidinen) in 12-stündlichem Abstand empfohlen werden.

**Ansäuerung des Harns:** Die Studienergebnisse sind auch hier widersprüchlich. Falls diese Methode angewandt wird, empfiehlt sie sich mit z. B. L-Methionin 0,5–1 g 3 x täglich. Es sollten dabei die Kontraindikationen wie u. a. Nieren- und Leberinsuffizienz, Hyperurikämie/Harnsäuresteine und metabolische Azidose beachtet werden.

**Vitamin C, Laktobazillen und Probiotika:** Für alle drei Stoffe konnte keine eindeutige Wirkung nachgewiesen werden.

## Konklusion

Es gibt eine Vielzahl von Präparaten, die sehr aktiv von den Herstellern beworben werden; die Evidenz spricht hier in vielen Fällen eine klare Sprache. Es existieren Erfahrungswerte und Evidenz für einige Produkte, die mit gutem Gewissen empfohlen werden können. Eine dauerhafte Antibiose sollte durch den Facharzt für Urologie erfolgen und wohl überlegt werden.

Literatur bei den Verfässern

# 26. Jahrestagung der MKÖ

## Thema Kontinenz: Basics & Highlights

- > Kontinenz und Geburt
- > Kontinenz nach Wirbelsäulenchirurgie
- > Perineale Sonographie – neue Möglichkeiten
- > Intimsphäre und Katheter
- > Die Perspektive von Arzt, Pflege, Physiotherapie und Hebamme
- > Giggle Inkontinenz
- > Workshops / Salons / „What’s new, what’s hot?“

Medizinische  
Kontinenzgesellschaft  
Österreich

Linz im LFI Oberösterreich

21. – 22. Oktober 2016

VERANSTALTER  
Medizinische Kontinenzgesellschaft  
Österreich – MKÖ  
www.kontinenzgesellschaft.at

TAGUNGSPRÄSIDENTINNEN  
OÄ Dr. Evi Reinstadler  
Abt. für Gynäkologie, Krankenhaus Dornbirn  
Elisabeth Udier, Msc.  
Physiotherapie Klagenfurt