PD Annette Kuhn
Universitätsklinik für Frauenheilkunde
Inselspital Bern

Rechtzeitig zu den Festtagen: Adipositas und Beckenboden

Hat Übergewicht tatsächlich einen Einfluss auf den Beckenboden und damit auf die Kontinenz für Urin und Stuhl? Wie können wir Patientinnen beraten, die adipös sind, Gewicht abnehmen wollen und ein Beckenbodenproblem haben? Der Artikel beleuchtet die Einflüsse von Gewichtsveränderungen auf Senkungen und Inkontinenz.

Die Prävalenz des Übergewichtes hat sich in der westlichen Welt in der letzten Dekade verdoppelt. Übergewicht ist definiert als ein Body Mass Index (BMI) von mehr als 30kg/m^2 oder einem Gewicht, welches mehr als 20 % über dem jeweiligen Populationsdurchschnitt liegt.

Übergewicht führt zu zahlreichen gesundheitlichen Problemen und ist bei Frauen mit Beckenbodenerkrankungen signifikant öfter zu finden als in der Allgemeinbevölkerung.

Die Konsequenzen des Übergewichtes sind weitreichend und beeinflussen nicht nur den individuellen Gesundheitszustand, sondern führen zu drastisch erhöhten Kosten im Gesundheitswesen, die in den USA mit 100 Milliarden Dollars zu Buche schlagen und ebendort zu geschätzten 300 000 vorzeitigen Todesfällen führen.

Die direkten Kosten werden im National Health Service (NHS, das staatliche Gesundheitssystem in Grossbritannien und Nordirland) auf eine halbe Milliarde Pfund Sterling berechnet mit einer Schätzung der indirekten Kosten für England von ca. 2 Milliarden. Die Kosten gehen in die Behandlung von arterieller Hypertonie, Diabetes mellitus, Gefässerkrankungen, Arthritis, Schlafapnoe mit deren Konsequenzen wie Konzentrationsstörungen, metabolische Erkrankungen und psychosoziale Konsequenzen.

Alle Lebensumstände, die mit einer chronischen Druckbelastung des Beckenbodens verbunden sind, haben einen potentiell schädigenden Einfluss auf den Beckenboden, dazu gehören COPD und andere pulmonale Erkrankungen, chronische Verstopfung und Übergewicht.

Die negativen Einflüsse des Übergewichtes resultieren aus einer Kombination von chronisch erhöhtem intraabdominellem Druck, daraus resultierendem Muskelschaden am Beckenboden, diabetischer Neuropathie und Komorbiditäten der Adipositas wie beispielsweise Diskushernien.

Die Prävalenz der Beckenbodenerkrankungen steigt mit dem Ausmass der Adipositas. Übergewicht führt im Vergleich zu Normalgewichtigen zu einem vierfach respektive doppelt erhöhten Risiko für Urin- und Stuhlinkontinenz.

Inkontinenz

Urininkontinenz wird hinsichtlich der Prävalenz auf 10–40 % geschätzt, allerdings nur von 7–12 % der Betroffenen als Problem wahrgenommen (1). Die Prävalenz zeigt ein Altersmaximum bei 45–55 Jahren, fällt danach wenig ab und steigt wieder nach 70 Jahren an. Inkontinenz ist die Folge, wenn der vesikale Druck den urethralen übersteigt; für den Erhalt der Kontinenz ist eine adäquate mentale Funktion, Mobilität und Fingerfertigkeit essentiell. Die Störung irgendeiner dieser Funktionen kann zu Inkontinenz führen.

Die Inzidenz der Belastungsinkontinenz erhöht sich auf eine Odds Ratio von 1.6 pro fünf BMI Einheiten. Inkontinenzepisoden können bei einem Gewichtsverlust von 5 % um 50 % reduziert werden – diese Daten (2) sind sehr überzeugend und können uns im Beratungsgespräch mit der Patientin zusätzlich helfen, diese zum Gewichtsverlust zu motivieren.

Diabetische übergewichtige Frauen haben im Vergleich zu normalgewichtigen Frauen ein 3.7 fach erhöhtes Risiko an einer Belastungsinkontinenz zu leiden, ein 2.97 fach erhöhtes Risiko für eine hyperaktive Blase und ein 2.09 fach erhöhtes Risiko, an einer Stuhlinkontinenz zu erkranken.

Obwohl es Daten gibt, die belegen, dass chirurgische Eingriffe gegen Belastungsinkontinenz bei übergewichtigen Patientinnen so sicher durchgeführt werden können wie bei normalgewichtigen, hat eine kürzliche Analyse schwere Komplikationen nach Schlingeneinlagen einen BMI von > 40 kg/m^2 als unabhängigen Risikofaktor für das Auftreten dieser schweren Komplikationen identifiziert. Die Komplikationen beinhalteten subtotales Abschneiden der Urethra durch die Schlinge mit konsekutiv totaler Inkontinenz, intraurethrales Einwachsen der Schlinge, Fasziititiden und Periostitiden, die allesamt eine Explantation des alloplastischen Materiales erforderten (3).

Die Heilungsrate nach suburethralen Schlingen verringert sich ab einem BMI von > 30.

Senkungen und Prolaps

Die Ätiologie von Senkungen und Prolaps ist multifaktoriell und beinhaltet genetische Faktoren des Kollagenstoffwechsels, Schwangerschaften und vaginale Geburt, chronisch obstruktive pulmonale Erkrankungen, Menopause und Alter sowie Übergewicht.
Übergewichtige haben ein der normalgewichtigen Bevölkerung gegenüber 2.56 fach erhöhtes Risiko, eine Senkung zu bekommen, und eine bereits bestehende Senkung wird durch Übergewicht verschlechtert.

Stuhlinkontinenz

Zahlreiche Studien haben die Assoziation von Übergewicht und Stuhlinkontinenz als unabhängigen Risikofaktor belegt.

Der Mechanismus, der mit grosser Wahrscheinlichkeit für die Stuhlinkontinenz verantwortlich ist, ist eine Kombination von chronisch erhöhtem Druck auf den Beckenboden, den N. Pudendus und den Sphinkter selber.

Kernaussagen

- Zuviel Gewicht ist deletär für eine physiologische Beckenbodenfunktion
- Übergewicht im Vergleich zu Normalgewicht:
  4 × erhöhtes Risiko für Urininkontinenz
  2 × erhöhtes Risiko für Stuhlinkontinenz
  2.56 × erhöhtes Risiko für Descensus
- Die Prävalenz der Beckenbodenerkrankungen steigt mit dem Ausmass der Adipositas
- Inkontinenzepisoden können bei Gewichtsverlust von 5 % um 50 % reduziert werden
- Diabetische übergewichtige Frauen: 3.7 × erhöhtes Risiko für Belastungsinkontinenz, 2.97 × erhöhtes Risiko für hyperaktive Blase, 2.09 × erhöhtes Risiko für Stuhlinkontinenz

Die Datenlage hinsichtlich einer Verbesserung der Stuhlinkontinenz nach Gewichtsabnahme ist widersprüchlich mit Studien, die eine Regredienz der Inkontinenz von 19.2 % vor Gewichtsabnahme und 8.6 % nach Gewichtsverlust belegen (4). Andere Studien haben keine Verbesserung der Stuhlinkontinenz nach Gewichtsverlust beschrieben.

Zusammenfassend sind die Daten richtungsweisend – zuviel Gewicht ist letal für eine physiologische Beckenbodenfunktion. In der Sprechstunde ist es oft heikel, das Thema Gewicht mit übergewichtigen Personen anzusprechen, insbesondere wenn man sie vielleicht das erste Mal sieht. Dennoch hilft es nicht, das Problem zu ignorieren und – meist von beiden Seiten – den Kopf in den Sand zu stecken. Eine enge Zusammenarbeit mit dem Hausarzt oder einer spezialisierten Adipositas Sprechstunde, die die Patientin beim Gewichtsverlust begleiten wird, ist hier von Nöten.

Selbstverständlich möchten wir niemandem für die Festtage den Appetit vertreiben. Essen ist Genuss, und ein Fondue gehört zu unserer Kultur wie auch das Glas Wein.

Wir sollten beachten, dass wir nicht zwischen Weihnachten und Neujahr das meiste zunehmen, sondern zwischen Neujahr und Weihnachten, sprich im Alltag, wo dann ein chronisches „Zuviel“ – zuviel ist.

In diesem Sinne: Guten Appetit!

Literatur

1. Hannestad YS, Rortveit G, Daltveit AK, Hunskaar S. Are smoking and other lifestyle factors associated with female urinary incontinence? The Norwegian EPINCONT Study. BJOG. 2003;110:247–54.
2. Subak LL, Johnson C, Whitcomb E, Boban D, Saxton J, Brown JS. Does weight loss improve incontinence in moderately obese women? Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2002; 13:40–3.
3. Kuhn A Marthaler C Mueller MD. Independent risk factors for severe complications after sling insertion; submitted.
4. Burgio KL, Richter HE, Clements RH, Redden DT, Goode PS. Changes in urinary and fecal incontinence symptoms with weight loss surgery in morbidly obese women. Obstet. Gynecol. 2007; 110:1034–40.

In Ihrer Nähe

Zytogenetische Untersuchungen, nicht-invasive Pränataldiagnostik und ein Service für Ihre Praxis, der weit über Analyseresultate hinausgeht.

MCL, Ihr regionales Labor mit schweizweit vernetzter Kompetenz

mcl
Medizinische Laboratorien
Mitglied des Medisupport Netzwerkes