

Zeitschrift: Physioactive
Herausgeber: Physioswiss / Schweizer Physiotherapie Verband
Band: 47 (2011)
Heft: 3

Artikel: Überaktive Blase bei Frauen und Männern = Vessie hyperactive chez l'homme et la femme
Autor: Rotach-Mouridsen, Conny / Exelmans, Veerle
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-928445>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 29.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Überaktive Blase bei Frauen und Männern

Vessie hyperactive chez l'homme et la femme

CONNY ROTACH-MOURIDSEN, VEERLE EXELMANS

«Immer wieder zur Toilette zu müssen» ist ein Symptom des häufigen Krankheitsbilds der überaktiven Blase. Blasentraining, Verhaltenstherapie, Beckenbodentraining und Medikamente können die Lebensqualität der Betroffenen verbessern.

Harninkontinenz ist ein unfreiwilliger Urinverlust. Dieser kann unterschiedliche Ursachen haben. Eine häufige Ursache ist die Harnröhrenverschlussschwäche mit Urinverlust bei körperlichen Belastungen, daher der Name Belastungsinkontinenz (früher Stressinkontinenz). Sie beruht auf einem insuffizienten Harnröhrenverschlussdruck. Diese Form betrifft vor allem Frauen.

In diesem Artikel werden wir eine andere Form der Inkontinenz beschreiben, nämlich die der *überaktiven Blase* (auch hyperaktive Blase oder OAB = Over Active Bladder) genannt. Wobei anzumerken ist, dass häufig eine Mischinkontinenz bei der Formen vorliegt. [1] «Immer wieder zur Toilette müssen, kaum oder nicht unterdrückbarer Harndrang», so beschreiben viele der Betroffenen das Problem der überaktiven Blase.

Der Symptomenkomplex

Die OAB belastet erheblich die Lebensqualität, das psychische Wohlbefinden sowie soziale, berufliche, körperliche und sexuelle Aktivitäten. Hier sind Frauen und Männer in etwa gleich häufig betroffen. Die überaktive Blase ist ein Symptomenkomplex. Die International Continence Society (ICS) definiert die OAB als Drangsymptomatik mit oder ohne Inkontinenz, die durch folgende Leitsymptome gekennzeichnet ist [2]:

- Imperativer Harndrang, welcher sofortige Aufmerksamkeit erfordert und meist zum raschen Handeln zwingt (Toilette aufsuchen) = urgency
- Zunahme der Anzahl Miktionen (Pollakisurie $\geq$ als 8 Miktionen/24 h) = frequency
- Reduziertes Miktions- und Blasenvolumen
- Nykturie (nächtliches Wasserlösen), nicht obligat
- Inkontinenz (kommt bei einem Drittel der Fälle vor) [3].

«Devoir aller aux toilettes constamment» est le symptôme courant d'une vessie hyperactive.

L'entraînement de la vessie, une thérapie comportementale, l'entraînement du plancher pelvien et la prise de médicaments peuvent améliorer la qualité de vie des personnes concernées.

L'incontinence urinaire désigne une perte involontaire d'urine. Ceci peut avoir différentes causes dont l'une, fréquente, est une déficience du sphincter urétral avec perte d'urine en cas d'effort physique. D'où le terme d'incontinence d'effort (autrefois appelée incontinence de stress). Elle est due à une pression insuffisante du sphincter pour fermer l'urètre. Cette forme d'incontinence concerne surtout les femmes.

Dans cet article, nous décrirons une autre forme d'incontinence, la *vessie hyperactive* (Over Active Bladder – OAB). Il faut cependant noter que les deux formes d'incontinence urinaire coexistent souvent [1]. «Devoir aller constamment aux



Imperativer Harndrang und die Zunahme der Anzahl der Miktionen sind zwei Leitsymptome der überaktiven Blase. | Un besoin impératif d'uriner et une augmentation du nombre de mictions sont des symptômes de la vessie hyperactive. Foto/Photo: © Gina Sanders – Fotolia.com

Die ICS ist bestrebt, in der Definition der OAB alle eindeutigen Pathologien wie zum Beispiel Infekte, Diabetes mellitus, Blasenkarzinome, Blasensteine oder intravesikale Obstruktionen auszuschliessen, was klinisch gar nicht praktikabel ist. Deshalb ist das Syndrom der überaktiven Blasen (OAB) bis heute nicht genau definiert. [2]

17 Prozent der Erwachsenen betroffen

In der Schweiz liegt die Prävalenz der OAB bei zirka 17 Prozent der erwachsenen Bevölkerung. Da die Lebenserwartung stetig steigt und ältere Leute häufiger unter OAB leiden, wird auch die Zahl der Patientinnen und Patienten zunehmen. Eine multinationale epidemiologische Studie in sechs europäischen

Ätiologie der überaktiven Blase

Die Ätiologie der überaktiven Blase ist nicht vollständig bekannt. Es wird zwischen einer neurogenen und einer idiopathischen Form unterschieden:

Bei der *neurogenen Form* liegt eine Schädigung der inhibitorischen, suprapontinen Kerne vor, was zum Verlust der Blasenkontrolle führt. Die Neurotransmission im Rückenmark wird beeinträchtigt, was die Afferenzen verstärkt und die periphere Inhibition vermindert [8]. Diese Form tritt häufig bei neurologischen Krankheiten auf, wie zum Beispiel Paraplegie, Encephalomyelitis disseminata (ED, früher MS genannt), Morbus Parkinson oder Apoplexie.

Bei der *idiopathischen Form* der OAB finden sich keine offensichtlichen Ursachen oder Erkrankungen [9].

Zu beachten ist auch, dass ältere Menschen meist multimorbid sind, das heisst mehrere Grundkrankheiten und Polymedikation haben, welche die Blase beeinflussen können. Mögliche Ursachen für eine OAB sind anatomische, biologische oder funktionelle Veränderungen in der Blasenmuskulatur (Detrusor vesicae). Sie führen zu einer Schädigung respektive Reizung der Blasenwand, zu Ischämien und Blasenwandläsionen mit Zerstörung der Blasenwandschutzschicht (Glucosaminoglycanschicht = GAG), des Urothels und des Muskel- und Bindegewebes. Dadurch werden die Nervenendigungen und Rezeptoren geschädigt und gereizt.

Bei der Frau können auch Östrogenmangel, chronisch rezidivierende Harnwegsinfektionen und Blasensenkungen, besonders Zystozelen und Urethro-Zystozelen, zur OAB führen. Beim Mann ist es vor allem die infravesikale Obstruktion bei vergrößerter Prostata (BPH = benigne Prostata-Hyperplasie), welche Symptome einer OAB auslösen kann, da die Harnröhre durch die Prostata verläuft.

Aber auch zu kleine Trinkmengen (konzentrierter, «aggressiver» Urin) können über eine Schädigung der Blasenwandschutzschicht zu Reizblasensymptomen, rezidivierenden Blasenentzündungen und zur OAB führen. Es wird vermutet, dass die Blasenwandschutzschicht zusammen mit dem Urothel bei diesen Prozessen eine Schlüsselrolle spielen, da sie bei überaktiver Blase häufig defekt sind [10].

Andere Ursachen sind stoffwechselbedingte und endokrine Krankheiten, ebenso wie lokale Faktoren, zum Beispiel Infekte, Genitalatrophie und Karzinome, welche Symptome analog einer OAB auslösen können. Die häufigste Stoffwechselkrankheit, welche eine OAB auslöst, ist der Diabetes mellitus mit diabetischer Zystopathie. Aber auch psychische Probleme können Ursache sein [11].

toilettes, besoin d'uriner difficile, voire impossible à réprimer», c'est ainsi que de nombreuses personnes concernées décrivent le problème de la vessie hyperactive.

Le syndrome

L'OAB affecte considérablement la qualité de vie, le bien-être psychique ainsi que les activités sociales, professionnelles, physiques et sexuelles. Il concerne les hommes comme les femmes, à parts quasi égales. La vessie hyperactive est un syndrome. L'International Continence Society (ICS) définit

Étiologie de la vessie hyperactive

L'étiologie de la vessie hyperactive n'est pas entièrement connue. On distingue une forme neurologique et une forme idiopathique:

Dans la *forme neurologique*, on observe une détérioration des noyaux supra-pontiques inhibiteurs, ce qui entraîne une perte du contrôle de la vessie. La neuro-transmission est perturbée au niveau de la moelle épinière, ce qui renforce les afférences et diminue l'inhibition périphérique [8]. Cette forme se rencontre généralement dans les maladies neurologiques comme la paraplegie, l'encéphalomyélite disséminée (anciennement appelée SP), la maladie de Parkinson ou l'apoplexie.

Dans la *forme idiopathique* de l'OAB, on ne trouve pas de causes apparentes ni de maladies [9].

Il faut noter que les personnes âgées peuvent être atteintes de plusieurs maladies et donc prendre divers médicaments, ce qui peut avoir une influence sur la vessie. Les causes possibles de l'OAB sont des modifications anatomiques, biologiques ou fonctionnelles de la musculature vésicale (detrusor de la vessie). Elles entraînent une détérioration ou une irritation de la paroi vésicale, des ischémies et des lésions de la paroi vésicale avec destruction de la couche protectrice (glycosaminoglycanes = GAG) de l'urothélium et du tissu musculaire et conjonctif. Les terminaisons nerveuses et les récepteurs sont de ce fait endommagés et irrités.

Chez la femme, un manque d'œstrogènes, des infections répétées des voies urinaires et des affections de la vessie, notamment des cystocèles et urétrocystocèles, peuvent provoquer un OAB. Chez l'homme, c'est surtout l'obstruction infravesicale en cas d'augmentation de la taille de la prostate (hyperplasie bénigne de la prostate), qui peut provoquer les symptômes de l'OAB car l'urètre passe à travers la prostate.

Mais le fait de boire en trop petite quantité (urine concentrée, «agressive») peut également provoquer une détérioration de la couche protectrice de la paroi vésicale se traduisant par des symptômes d'hyperactivité de la vessie, des inflammations répétées et un syndrome de vessie hyperactive. On suppose que la couche protectrice de la paroi vésicale ainsi que l'urothélium jouent un rôle-clé dans ces processus car ils présentent souvent un dysfonctionnement dans les cas de vessie hyperactive [10].

Les autres causes sont des maladies d'origine métabolique et endocrinienne ainsi que des facteurs locaux comme des infections, l'atrophie des voies génitales et les carcinomes qui peuvent provoquer des symptômes analogues à ceux de l'OAB. La maladie métabolique la plus courante qui génère un OAB est le diabète avec cystopathie diabétique. Mais des problèmes psychiques peuvent également être à l'origine du problème [11].

Ländern zeigte, dass in der Gruppe der über 40-Jährigen eine Prävalenz der OAB bei Männern von 15,6 Prozent und bei Frauen von 17,4 Prozent besteht [4]. Die Inzidenz steigt mit zunehmendem Alter. Vor dem 60. Altersjahr sind häufiger Frauen betroffen, nach dem 60. Altersjahr häufiger Männer.

Bei der OAB handelt es sich um ein chronisches Leiden mit nicht vollständig bekannter Ätiologie. Es ist ein Krankheitsbild, welches von vielen Faktoren beeinflusst werden kann. Es wird zwischen einer neurogenen und einer idiopathischen Form unterschieden (*siehe Kasten*).

Die primäre Therapie der überaktiven Blase umfasst das Blasentraining, die Verhaltenstherapie, das Beckenbodentraining und die medikamentöse Therapie. All diese Massnahmen haben zum Ziel, die Speicherfunktion der Blase zu verbessern, den Eintritt des Harndrangs zu verzögern und die Intensität abzuschwächen, damit das Blasenvolumen wieder grösser wird und bei Drang ein Urinverlust verhindert werden kann.

Trink-/Miktionskalender

Das Ausfüllen eines Trink-/Miktionskalenders objektiviert die Symptome und informiert über Inkontinenz-Ereignisse, Miktionsfrequenz und Miktionsvolumen. Berechnen lässt sich daraus das durchschnittliche Miktionsvolumen, das bei gesunder Blase etwa bei 300 ml bei zirka 8 Miktionen pro 24 Stunden liegen sollte. Bei OAB liegt das Miktionsvolumen oft nur um 100 bis 150 ml. Der Miktionskalender informiert aber auch über verschiedene Einflüsse auf die Drangprobleme. Äussere «stressige» Einflüsse, am Arbeitsort oder zu Hause, können sich mit kleineren Miktionsvolumina und häufigeren Inkontinenz-Ereignissen bemerkbar machen. Bei Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz sind oft grosse Ausscheidungsmengen in der Nacht Ursache einer Nykturie. Aber auch das Trinkverhalten, wann wie viel getrunken wird, beeinflusst Miktionsfrequenz und Drangprobleme.

Oft ist das Ausfüllen eines Trink-/Miktionskalenders schon der erste therapeutische Schritt, da die Betroffenen lernen, sich zu beobachten, Zusammenhänge erkennen, ihr Verhalten verstehen und bewusst ändern können. Das Therapieziel ist es, ein normales Trink-/Miktionsverhalten zu erreichen und Dranginkontinenz-Ereignisse zu vermeiden.

Blasentraining

Das Blasentraining zielt auf eine gute Kontinenz und Verbesserung der Lebensqualität (Beruf, Freizeit, Schlaf), die weder am Tag noch in der Nacht durch Blasenprobleme relevant beeinträchtigt wird.

Die Betroffenen erlernen Drangunterdrückungsstrategien. Wichtig ist bei plötzlichem Harndrang nicht sofort in Panik zu verfallen und zur Toilette zu eilen, sondern sich auf die Verzögerungstechniken zu konzentrieren und zu merken, wie man

l'OAB comme un besoin impérieux d'uriner, avec ou sans incontinence, qui se caractérise principalement par les symptômes suivants [2]:

- Besoin impératif d'uriner, qui requiert une attention immédiate et oblige généralement à une réaction rapide (se précipiter aux toilettes) = urgency
- Augmentation du nombre de mictions (pollakiurie plus de 8 mictions/24 h) = frequency
- Volume réduit des mictions et de la vessie
- Nycturie (émission d'urine la nuit), pas obligatoirement
- Incontinence (dans un tiers des cas) [3].

L'ICS s'efforce d'exclure de la définition de l'OAB les pathologies comme les infections, le diabète, le cancer de la vessie, des calculs vésicaux ou obstructions de la vessie, ce qui est impossible en pratique clinique. Le syndrome de la vessie hyperactive (OAB) n'a donc pas été précisément défini jusqu'à présent. [2]

17% des adultes concernés

En Suisse, la prévalence de l'OAB est d'environ 17% au sein de la population adulte. Comme l'espérance de vie ne cesse d'augmenter et que les personnes âgées souffrent plus souvent d'OAB, le nombre de patients va également augmenter. Une étude épidémiologique réalisée dans six pays européens a montré que la prévalence de l'OAB était de 15,6% chez les hommes et de 17,4% chez les femmes dans la tranche d'âge des plus de 40 ans [4]. L'incidence augmente avec l'âge. Avant 60 ans, les femmes sont les plus touchées, après 60 ans, ce sont les hommes.

Trink-/Miktionskalender I Calendrier prises de liquides/mictions

TAG				NACHT			
Zeit	Trinkmenge (ml)	Urinmenge (ml)	Nasse Vorlage Beschwerden	Zeit	Trinkmenge (ml)	Urinmenge (ml)	Nasse Vorlage Beschwerden
07.30				19.30			
08.00				20.00			
08.30				20.30			
09.00				21.00			
09.30				21.30			
10.00				22.00			
Total				Total			

Total Tag und Nacht (24 Stunden)

Trinkmenge
Urinmenge
Anzahl Blasenentleerungen (Miktionen)
Durchschnittliche Urinmenge

Ergebnis

Ziel:
> Ideal zwischen 1500 und 3000 ml
> Ideal über 2 Liter
> 5- bis 8-mal
> Ungefähr 300 ml pro Miktion

Ein Trink-/Miktionskalender (Ausschnitt) objektiviert die Symptome und informiert über Inkontinenz-Ereignisse, Miktionsfrequenz und Miktionsvolumen. I Un calendrier des prises de liquides/mictions (extrait) permet d'objectiver les symptômes et donne des informations sur les épisodes d'incontinence, la fréquence des mictions et leur volume. Quelle/Source: Blasenzentrum Kantonsspital Frauenfeld

selbst positiv auf den Druck in der Blase einwirken kann. Es gilt aber auch zu lernen, wie man dem Auftreten sehr unangenehmer Drang- und Inkontinenz-Ereignisse vorbeugen kann, zum Beispiel mit einem zeitlich gut abgestimmten Trinkverhalten.

In der *Verhaltenstherapie* werden Änderungen des Lebensstils besprochen, wie die Reduktion von Getränken, Genuss- und Nahrungsmitteln, die individuell spürbar die Blase reizen. Langfristig sind viel trinken (reichlich die Blase spülen), Entspannung und allgemeiner Stressabbau wichtig.

Beckenbodentraining

Bei der Behandlung der überaktiven Blase bringt auch Beckenbodentraining einen nachweislichen Erfolg. [3] Durch eine submaximale Anspannung der Beckenbodenmuskulatur kann ein erhöhter Blasendruck reduziert werden und die Miktionsfrequenz lässt sich senken (Perineo-Detrusor-Inhibitionsreflex). Bei der physiotherapeutischen Befundaufnahme wird durch einen Tastbefund mittels vaginaler oder analer Palpation der Tonus der Beckenbodenmuskulatur (hypo-, normo- oder hypertone) überprüft. Die Effektivität der Beckenbodenmuskulaturkontraktion wird untersucht.

Elektrotherapie wird einerseits zur Inhibition des Blasenmuskels angewendet; die Stimulation des Nervus pudendus hemmt die sakralen Efferenzen S2–S4 und entspannt dadurch den Detrusormuskel. Andererseits dient die Elektrostimulationstherapie dem Erlernen einer besseren Wahrnehmung der Beckenbodenmuskulatur. Mittels Biofeedback wird die Beckenbodenmuskulaturkontraktion optimiert. Bei hypertone und/oder schmerzhaftem, verspanntem Beckenboden können Behandlungstechniken wie myofasziale Triggerpunkte, Vibrationstherapie und Elektrotherapie (TENS) grosse Erleichterung bringen. [14] Es gibt verschiedene Konzepte für wirkungsvolle Entspannungstechniken.

Eine professionelle individuelle Beratung und Begleitung der Betroffenen beim Blasentraining und beim Erlernen optimaler Verhaltenstherapiestrategien sind für den Therapieerfolg oft entscheidend.

Medikamentöse Therapie

Bei der medikamentösen Therapie der überaktiven Blase bilden Anticholinergika die Basis. Sie blockieren gewisse Rezeptoren und schwächen dadurch die Aktivität des Detrusormuskels. Die Entspannung der Blasenmuskulatur mildert die Drangbeschwerden und erhöht die Blasenkapazität. Die Pollakisurie, die Nykturie und die Häufigkeit wie auch der Schweregrad von Inkontinenzereignissen werden reduziert. Bei Frauen hat die lokale Östrogenisierung besonders in der Postmenopause einen hohen Stellenwert. Hilfreich sind auch vorab bei Therapiebeginn individuell adaptierte Pessarbehandlungen. [5]

L'OAB se manifeste par une affection chronique dont l'étiologie n'est pas entièrement connue. Il s'agit d'un tableau clinique qui peut être influencé par de nombreux facteurs. On distingue une forme neurologique et une forme idiopathique (*voir encadré*).

En cas de vessie hyperactive, le traitement inclut un entraînement de la vessie, une thérapie comportementale, un entraînement du plancher pelvien et l'administration d'un traitement médicamenteux. Toutes ces mesures ont pour but d'améliorer la fonction de stockage de la vessie, de retarder la survenue du besoin d'uriner et d'en atténuer l'intensité afin que le volume de la vessie redevienne plus important et qu'en cas de besoin urgent, la perte d'urine puisse être évitée.

Calendrier prises de liquides/mictions

Noter sur un calendrier les prises de liquides/les mictions permet d'objectiver les symptômes et donne des informations sur les épisodes d'incontinence, la fréquence des mictions et leur volume. Pour une vessie en bonne santé, le volume moyen des mictions devrait être d'environ 300 ml, pour environ 8 mictions par 24 heures. En cas d'OAB, le volume de la miction n'est souvent que de 100–150 ml. Le calendrier où sont consignées les mictions informe également sur les différents facteurs qui accentuent le problème. Des influences extérieures «stressantes», au travail ou à la maison, peuvent se traduire par une réduction du volume mictionnel et par une fréquence accrue des épisodes d'incontinence. Chez les patient(e)s souffrant d'insuffisance cardiaque, une élimination importante d'urine la nuit est souvent à l'origine d'une nycturie. Mais la consommation de boissons (moment et quantité) influe également sur la fréquence mictionnelle et les problèmes d'incontinence.

Remplir un calendrier de prises de liquides/mictions constitue souvent la première étape thérapeutique car les personnes concernées apprennent à s'observer, à établir des rapports, à comprendre leur comportement et à le modifier. Le but du traitement est d'arriver à un comportement normal en termes de boisson/miction et d'éviter les épisodes d'incontinence urinaire.

Entraînement de la vessie

L'entraînement de la vessie vise à obtenir une bonne continence et une amélioration de la qualité de vie (travail, loisirs, sommeil): à terme, les problèmes de vessie ne doivent plus constituer une gêne importante, que ce soit le jour ou la nuit. Les patients apprennent des stratégies visant à réprimer un besoin urgent d'uriner. En cas de besoin impérieux soudain, l'important est de ne pas paniquer et se ruer aux toilettes, mais de se concentrer sur les techniques de retardement et de s'apercevoir que l'on est capable d'influer soi-même positivement sur la pression qui s'exerce au niveau de la vessie.

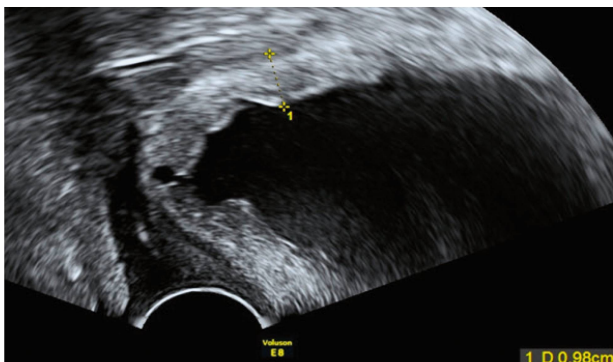
Wenn Reizblasenbeschwerden mit rezidivierenden Blasenentzündungen und/oder mit Brennen, Juckreiz und Intimbeschwerden einhergehen, ist auch auf eine gute Intimpflege zu achten. Schonendes Waschen, eincremen mit Fettcremen, teils angereichert mit ätherischen Ölen, sowie lokale Hormoncremen können sehr hilfreich sein.

Ein wichtiger Baustein der Reizblasentherapie gegen rezidivierende urogenitale Infekte sind Phytotherapeutica. Als Vielstoffgemische in Form von Extrakten, Tees oder Fruchtsäften haben sie vielfältige Effekte. Sie hemmen die Vermehrung von Bakterien, Pilzen und Viren und können, je nach Zusammensetzung, auch harntreibende oder blasenentspannende Effekte haben. Als Tees beliebt sind Bärentraubenblätter, Goldrutenkraut- und Palmblättertée, als Fruchtsäfte Preiselbeeren oder Granatäpfel.

Aktive PatientInnen und einfühlsame TherapeutInnen nötig

Bei Versagen der konservativen Therapien können weitere Behandlungen in Betracht gezogen werden, wie eine Instillationstherapie¹ [13] oder eine Botulinumtoxin-A-Injektion in den Detrusormuskel [6].

Die primären konservativen Therapien – das Blasen Training, die Verhaltenstherapie, das Beckenbodentraining und die medikamentöse Therapie – können die Lebensqualität der Betroffenen meist zufriedenstellend verbessern. Die konservativen Therapieformen erfordern die aktive Teilnahme, Motivation und eine ausreichende kognitive Leistungsfähigkeit der Patientinnen und Patienten, aber auch gut ausgebildete Fachkräfte mit viel Einfühlungsvermögen [7].



Ultraschall bei OAB. Die Blasenwand ist im Normalfall zirka 3 mm, maximal 4 mm dick (je nach Füllung). Auf dem Ultraschallbild ist sie bedeutend dicker. | Ultrasons en cas d'hyperactivité de la vessie. La paroi vésicale a normalement une épaisseur de 3 mm, maximum 4 mm, selon que la vessie est pleine ou non. Celle que l'on voit sur l'échographie est beaucoup plus épaisse. Quelle/Source: Blasenzentrum Kantonsspital Frauenfeld.

¹ Instillationstherapie: Einbringen von Medikamentenlösungen in der Harnblase mittels eines Katheters. [13]

Mais il s'agit aussi d'apprendre comment éviter la survenue d'épisodes très désagréables (besoin impérieux et incontinence), par exemple en régulant la fréquence de la prise de boissons.

Dans le cadre d'une *thérapie comportementale*, on discutera des modifications possibles du style de vie, incluant par exemple la réduction de la consommation de boissons, de stimulants et d'aliments qui ont tendance à stimuler la vessie, de façon variable selon les personnes. Sur le long terme, il est important de boire beaucoup afin de nettoyer la vessie, de se détendre et d'évacuer le stress en général.

Entraînement du plancher pelvien

Dans le traitement de la vessie hyperactive, l'entraînement du plancher pelvien s'avère aussi efficace [3]. En réduisant la tension de la musculature du plancher pelvien, il est possible de diminuer la pression qui s'exerce sur la vessie et par conséquent la fréquence des mictions (réflexe inhibiteur périnéo-détrusorien). Au cours de l'examen physiothérapeutique, la palpation vaginale ou anale permet d'évaluer le tonus musculaire du plancher pelvien (tonus trop bas, normal ou trop élevé). On examine aussi l'efficacité de la contraction des muscles pelviens.

L'électrothérapie est utilisée pour inhiber le muscle vésical: la stimulation du nerf pudendal inhibe les efférences sacrales S2–S4 et détend ainsi le muscle détrusor. D'autre part, la stimulation électrique améliore la perception de la musculature pelvienne. Le biofeedback permet quant à lui d'optimiser la contraction des muscles pelviens. En cas d'hypertonie, si le plancher pelvien est douloureux ou tendu, des techniques de traitement comme les Trigger-points myofasciaux, la thérapie vibratoire et l'électrothérapie (TENS) peuvent apporter un grand soulagement [14]. Il existe différents concepts correspondant à des techniques de relaxation efficaces.

Un conseil professionnel personnalisé et l'accompagnement du patient dans le cadre de l'entraînement de la vessie et de l'apprentissage de stratégies de thérapie comportementale optimales jouent souvent un rôle décisif dans la réussite du traitement.

Traitement médicamenteux

Le traitement médicamenteux de la vessie hyperactive est basé sur l'utilisation d'anticholinergiques. Ceux-ci bloquent certains récepteurs et réduisent ainsi l'activité du muscle détrusor. La détente de la musculature vésicale diminue l'urgence mictionnelle et augmente la capacité de la vessie. La pollakiurie, la nycturie et la fréquence ainsi que la gravité des épisodes d'incontinence sont atténués. Chez les femmes, l'oestrogénisation locale, notamment après la ménopause, occupe une place importante. L'utilisation de pessaires adaptés individuellement est également utile au début du traitement [5].



Conny Rotach-Mouridsen

Conny Rotach-Mouridsen, dipl. Physiotherapeutin, ist Leiterin der Physiotherapie des Blasen zentrums am Kantonsspital Frauenfeld. Seit 1997 leitet sie Seminare zu «Beckenbodenrehabilitation der Frau/des Mannes» sowie «Physiotherapie bei chronischem Beckenschmerzsyndrom» in Chur und Frauenfeld.

Conny Rotach-Mouridsen, physiothérapeute, est cheffe du service de physiothérapie du Centre pour les maladies de la vessie de l'Hôpital universitaire de Frauenfeld. Depuis 1997, elle anime le séminaire sur la «rééducation du plancher pelvien chez la femme/l'homme» ainsi que «la physiothérapie dans le traitement du syndrome douloureux pelvien chronique» à Coire et à Frauenfeld.



Veerle Exelmans

Veerle Exelmans, dipl. Physiotherapeutin, ist Teamleiterin Physiotherapie Kantonsspital Graubünden, Standort Fontana Chur. Sie ist ausserdem seit 1996 Dozentin an der Fachhochschule für Physiotherapie «Thim van der Laan AG» in Landquart und seit 1997 Seminarleiterin für Beckenbodenrehabilitation der Frau, Anorektale Rehabilitation, Wochenbett- und Rückbildungsgymnastik in Chur.

Veerle Exelmans, physiothérapeute, est cheffe du service de physiothérapie de l'Hôpital cantonal des Grisons Fontana à Coire. Elle enseigne depuis 1996 à la HES de physiothérapie «Thim van der Laan AG», à Landquart. Depuis 1997, elle anime un séminaire consacré à la rééducation du plancher pelvien chez la femme, à la rééducation ano-rectale ainsi qu'à la gymnastique pendant la grossesse et postnatale à Coire.

Lorsque les problèmes d'hypertonie s'accompagnent d'inflammations répétées de la vessie et/ou de brûlures, de démangeaisons et d'irritations, il faut aussi veiller à choisir un soin intime adapté. Un soin nettoyant doux, l'utilisation de crèmes nourrissantes, éventuellement enrichies en huiles essentielles ainsi que l'application locale de crèmes hormonales peuvent être très utiles.

Le recours à des remèdes phytothérapeutiques constitue l'un des aspects essentiels du traitement de la vessie hyperactive et permet d'éviter les infections urogénitales à répétition. Ces composés de substances se présentent sous formes d'extraits, d'infusions ou de jus de fruits; ils ont des effets multiples. Ils freinent la prolifération des bactéries, des champignons et des virus. Ils peuvent aussi, en fonction de leur composition, avoir des propriétés diurétiques ou détendre la vessie. Les infusions à base de feuilles de busserole, de verge d'or ou de feuilles de palmier, les jus de canneberge ou de grenade sont particulièrement appréciés.

Nécessité d'un comportement actif de la part du patient et empathique de la part du thérapeute

En cas d'échec des traitements conservateurs, on peut envisager d'autres traitements comme l'instillation thérapeutique¹ [13] ou une injection de toxine botulinique de type A dans le muscle détroisseur [6].

Les traitements conservateurs primaires – entraînement de la vessie, thérapie comportementale, entraînement du plancher pelvien et traitement médicamenteux – peuvent en général améliorer considérablement la qualité de vie des patients. Ils nécessitent la participation active et la motivation des patients, ainsi que des capacités cognitives suffisantes, mais aussi la présence de professionnels bien formés et disposant d'une forte capacité d'empathie [7].

¹ Instillation thérapeutique: instillation de solutions médicamenteuses dans la vessie au moyen d'un cathéter. [13]

Literatur I Bibliographie

1. Kari Bö et al. (2008): Evidence-Based Physical Therapy for the Pelvic Floor. Butterworth.
2. ICS Fact Sheets Publications & Communications Committee, September 2009. www.icsoffice.org
3. Betschart C.: Individuelles Stufenkonzept in Abklärung und Therapie. Leading Opinions Medizin für die Frau, 2/2010.
4. Stewart WF. Prevalence and burden of overactive bladder in the United States. World J. Urol 20:327–36 2003.
5. Jakob Eberhard, Volker Viereck: Erkrankungen der weiblichen Blase. Einfache Diagnostik – multimodale konservative Therapie. In: Hausarztpraxis 2008/7.
6. Volker Viereck: Überaktive Blase, multimodale Therapie und gute Beratung bringen Erfolg. In: Leading Opinions Medizin für die Frau, 2/2009.
7. Viereck V, Eberhard J. Inkontinenzoperationen. Indikationen, Auswahl der Operationsmethode, Operationstechnik, Umgang mit Früh- und Spätkomplikationen. Journal für Urologie und Urogynäkologie 2008; 15 (3), 37–42.
8. Schumacher S.: Epidemiologie und Pathologie der überaktiven Blase. Urologe 2006;45:822/825.
9. Kaven Baessler et al. (2008). Pelvic Floor Re-Education. Principles and Practice. Springer Verlag London.
10. de Groat WC (2004). The urothelium in overactive bladder: passive bystander or active participant? Urology 64:7–11.
11. Daniele Perucchini (2008). Overactive Bladder – Fragen und Antworten. Uni-Med Verlag AG.
12. Daniele Perucchini, David Scheiner, Daniel Fink. Medikamentöse Therapie bei überaktiver Blase und Belastungsinkontinenz. Update 2006: Umsetzung im Praxisalltag. Gynäkologie 4/2006.
13. Binder J, Rossbach G, van Ophoven A. Die Komplexität chronischer Beckenschmerzen am Beispiel der Interstitiellen Zystitis. Auktuel Urol 2008; 39: 289–297.
14. Travell Janet G, Simon David G (2000). Handbuch der Muskel-Triggerpunkte. Untere Extremität und Becken. Urban und Fischer, München.