

Vorgehen bei kombinierter Blasen-Darm-Funktionsstörung

Blase und Darm gehören bei der Behandlung der Harninkontinenz zusammen. Das wurde erneut durch eine Studie von Pädiatern aus Dänemark bestätigt. Bei der Behandlung der kombinierten Störung kommen sie zu dem Schluss: Zunächst die Stuhlentleerungsstörung behandeln!

Dass die Betrachtung des jeweils korrespondierenden Ausscheidungsorgans bei Kindern mit Harninkontinenz, Obstipation und Stuhlinkontinenz enorm wichtig ist, setzt sich bei den Spezialisten zunehmend durch. Für die kombinierte Störung wurde der neue Begriff der „Bladder-Bowel-Dysfunktion“ (kombinierte Blasen-Darm-Funktionsstörung) geprägt.

Von den Patienten einer Ambulanz für Harninkontinenz sowie einer gastroenterologischen Sprechstunde in Aarhus, Dänemark, wurden 73 Kinder mit dieser Störung identifiziert, weiter untersucht und anhand eines Behandlungsprotokolls betreut. Die Kinder waren zwischen fünf und 14 Jahre alt und litten sowohl an einer Harninkontinenz tagsüber als auch an einer Verstopfung und/oder Stuhlinkontinenz. Kinder mit angeborenen Fehlbildungen oder organischen Ursachen der Inkontinenz wurden ausgeschlossen. Das Behandlungsprotokoll bestand aus Beratung, stuhlweichmachender Be-

handlung mit ca. 1 g/kg Macrogol sowie Verhaltenstherapie. Auf eine Beratung oder Therapie der Harninkontinenz wurde absichtlich verzichtet. Kontrollen erfolgten nach ein und drei Monaten mit einer Anpassung der Dosis von Macrogol.

Unter dieser Behandlung besserte sich die Häufigkeit der Harninkontinenzepisoden tagsüber bei 68% der Kinder um mindestens 50%, 27% der Kinder wurden innerhalb der mittleren Behandlungsdauer von 77 (49–144) Tagen komplett trocken.

Borch L et al. Bladder and bowel dysfunction and the resolution of urinary incontinence with successful management of bowel symptoms in children. *Acta Paediatr* 2013 Feb 1 [Epub ahead of print]

Kommentar: Die Verbindung zwischen Harninkontinenz und Stuhlentleerungsproblemen ist mittlerweile im Bewusstsein der Pädiater angekommen und die Erfassung der korrespondierenden Komorbidität zur Routine geworden. Für den therapeutischen



Sind sowohl die Blasen- als auch Darmfunktion gestört, sollte der Fokus zunächst auf dem Darm liegen.

Umgang mit den kombinierten Störungen gab es bisher wenig wissenschaftliche Evidenz. Die vorliegende Studie zeigt eindrucksvoll, dass auch dann, wenn die Kinder primär wegen der Harninkontinenz vorgestellt werden, man gut daran tut, die Stuhlentleerungsproblematik mit den Werkzeugen Schulung, Laxanzien und Verhaltenstherapie konsequent zu betreuen. Die Erfolge sprechen für sich. Auch das in Deutschland verbreitete Schulungsprogramm für Kinder mit funktioneller Harninkontinenz der Konsensusgruppe Kontinenzschulung (KgKS e.V.; www.kontinenzschulung.de) wählt diesen Ansatz. *Dr. Martin Claßen*

Dürftige Datenlage beim GÖR

Der gastro-ösophageale Reflux (GÖR) bei Kindern gehört zu den problembelasteten Bereichen der pädiatrischen Gastroenterologie. Im Rahmen eines systematischen Reviews wurde die Literatur nach diagnostischen Studien zu dieser Erkrankung durchsucht.

In der Diagnostik des GÖR herrscht viel Unsicherheit, bei der Therapie mangelt es an prospektiven Studien. Komplizierend kommen die physiologische Unreife des gastroösophagealen Sphinkters in den ersten Lebensjahren („Speikinder“) sowie der potenzielle Einfluss der Kuhmilchallergie auf den GÖR hinzu. Daten aus Erwachsenenstudien sind nicht anwendbar.

Ein Team von Wissenschaftlern analysierte nun für eine aktuelle Untersuchung

106 Studien zur Diagnostik des GÖR, von denen aber 100 ausgeschlossen werden mussten, u. a. weil sie keinen Vergleich zu klinischen Parametern bzw. keine Kontrollgruppe beinhalteten. Von den verbleibenden sechs Studien benutzten alle eine pH-Metrie, zwei zusätzlich eine Ösophago-Gastro-Duodenoskopie. Studien zu Röntgen mit Kontrastmittel, Magen-Szintigraphie oder Ösophagus-Impedanz-Messung erfüllten allesamt nicht die Einschlusskriterien!

Nur für drei Studien konnten die Sensitivität (41–84%) der pH-Metrie, aber keine Spezifität gemessen werden. In zwei Studien hatte der makroskopische Befund eine Sensitivität von 33–52% und eine nicht bestimmbare Spezifität. Die Sensitivität der Histologie lag bei 83–88%, die Spezifität bei 100%.

van der Pol RJ et al. Diagnostic accuracy of tests in pediatric gastroesophageal reflux disease. *J Pediatrics* 2012, Epub ahead of print

Kommentar: Die Übersicht belegt noch einmal mit (übertrieben?) strengen wissenschaftlichen Kriterien, warum sich viele pädiatrische Gastroenterologen bei der Diagnostik der gastro-ösophagealen Refluxkrankheit so unwohl fühlen: Fehlende altersspezifische Referenzbereiche für die