

Ergebnisqualität der urologischen Anschlussrehabilitation (AHB) nach radikaler Prostatektomie

Dirk-Henrik Zermann^(1,3), Christian Müller^(2,3)

- (1) Fachabteilung für Urologie, Uroonkologie und Nephrologie, Vogtland-Klinik Bad Elster
- (2) Fachbereich Sport- und Trainingswissenschaft, Vogtland-Klinik Bad Elster
- (3) Deutsche Akademie für Kurortwissenschaft und Rehabilitationsmedizin Bad Elster e.V.

Einleitung

Aufgabe der Anschlussrehabilitation (AHB) nach radikaler Prostatektomie ist eine zeitnahe Reintegration des Patienten in Beruf und Gesellschaft. Um neben dem Wunsch nach Kuration auch den wachsenden Anforderungen an eine umfassende Lebensqualität und dem Wiedererreichen einer möglichst uneingeschränkten Leistungsfähigkeit des Betroffenen gerecht zu werden, hat sich in der Rehabilitation ein immer breiterer Therapieansatz in den vergangenen Jahren etabliert. [1, 3]. Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, die Ergebnisqualität und damit die Effektivität eines multimodularen urologischen Therapiekonzeptes nach radikaler Prostatektomie zu überprüfen.

Methodik

119 Patienten wurden nach entsprechender Aufklärung und Einweisung gebeten, zu Beginn und zum Ende eines dreiwöchigen, inhaltlich standardisierten Rehabilitationsprogramms einen validierten Fragebogen zur physischen (WKV) und psychischen Befindlichkeit (MDBF) auszufüllen. Das Ausmaß der Harninkontinenz wurde durch einen Pad-Test erfasst.

Alle Rehabilitanden absolvierten ein standardisiertes fachspezifisches urologisches Rehabilitationsprogramm [1]. Inhalte waren Kontinenztraining, verschiedene Formen von Sporttherapie (z.B. Medizinische Trainingstherapie, Liegeergometertraining, Terraintraining), indikationsspezifische Einzeltherapien (z.B. Elektrotherapie, Lymphdrainage) balneologische Anwendungen, psychoonkologische Interventionen (z.B. Entspannungstherapie, Einzelgespräche), fachspezifische Seminare, sowie individuell indizierte Therapiemaßnahmen.

Die Ergebnisse wurden statistisch ausgewertet. Die Veränderung der Harninkontinenz wurde mittels T-Test, die Veränderung der physischen (WKV) und psychischen Verfassung (MDBF) mittels Varianzanalyse (ANOVA) für Messwertwiederholungen (SPSS Version 17, 95% Konfidenzintervall) überprüft.

Ergebnisse

Von 108 Patienten (90,2%) konnten die Ergebnisse aufgrund von Vollständigkeit und Plausibilität in die Auswertung einbezogen werden. Der Altersdurchschnitt lag dabei bei 66 Jahren ($\pm 5,5$). Anhand des WKV-Fragebogen (4 Dimensionen, Spektrum je 0-25) konnte für die physische Verfassung eine sehr signifikante Verbesserung ($p < 0,01$) durch den stationären Aufenthalt nachgewiesen werden (**Abb. 1**). So erhöhten sich alle 4 Dimensionswerte zum Rehaende (**Tab.1**). Die durch den MDBF (3 Dimensionen, Spektrum je 4-20) erfasste psychische Verfassung (**Abb.2**) zeigte zum Zeitpunkt T1 ebenfalls eine signifikante Verbesserung ($p < 0,05$). Auch hier waren in den 3 Dimensionen jeweils höhere Werte (**Tab. 2**) nachzuweisen. 76 Patienten (70,4%) wiesen zum Zeitpunkt T0 eine postoperative Harninkontinenz auf. Die durch den Pad-Test (Urinmenge in ml/24 h) objektivierte Inkontinenz konnte hoch signifikant ($p < 0,001$) verringert werden (**Abb. 3**). Es verringerte sich der mittlere Urinverlust von 619,8 ml ($\pm 59,96$) auf 242,2 ml ($\pm 32,2$).

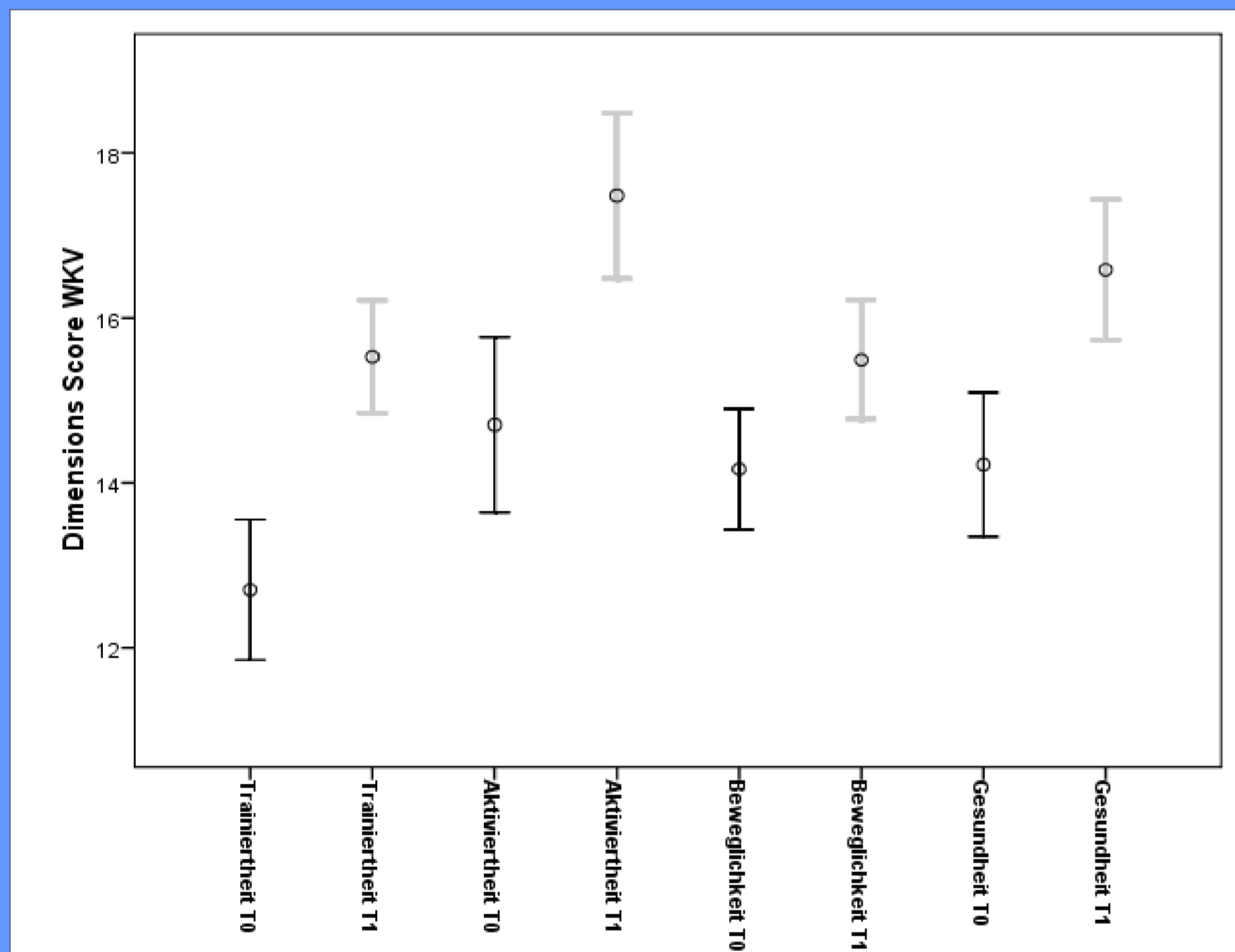


Abb. 1 Dimensionen des WKV Fragebogen für die physische Verfassung zu den beiden Messzeitpunkten (Konfidenzintervalle)

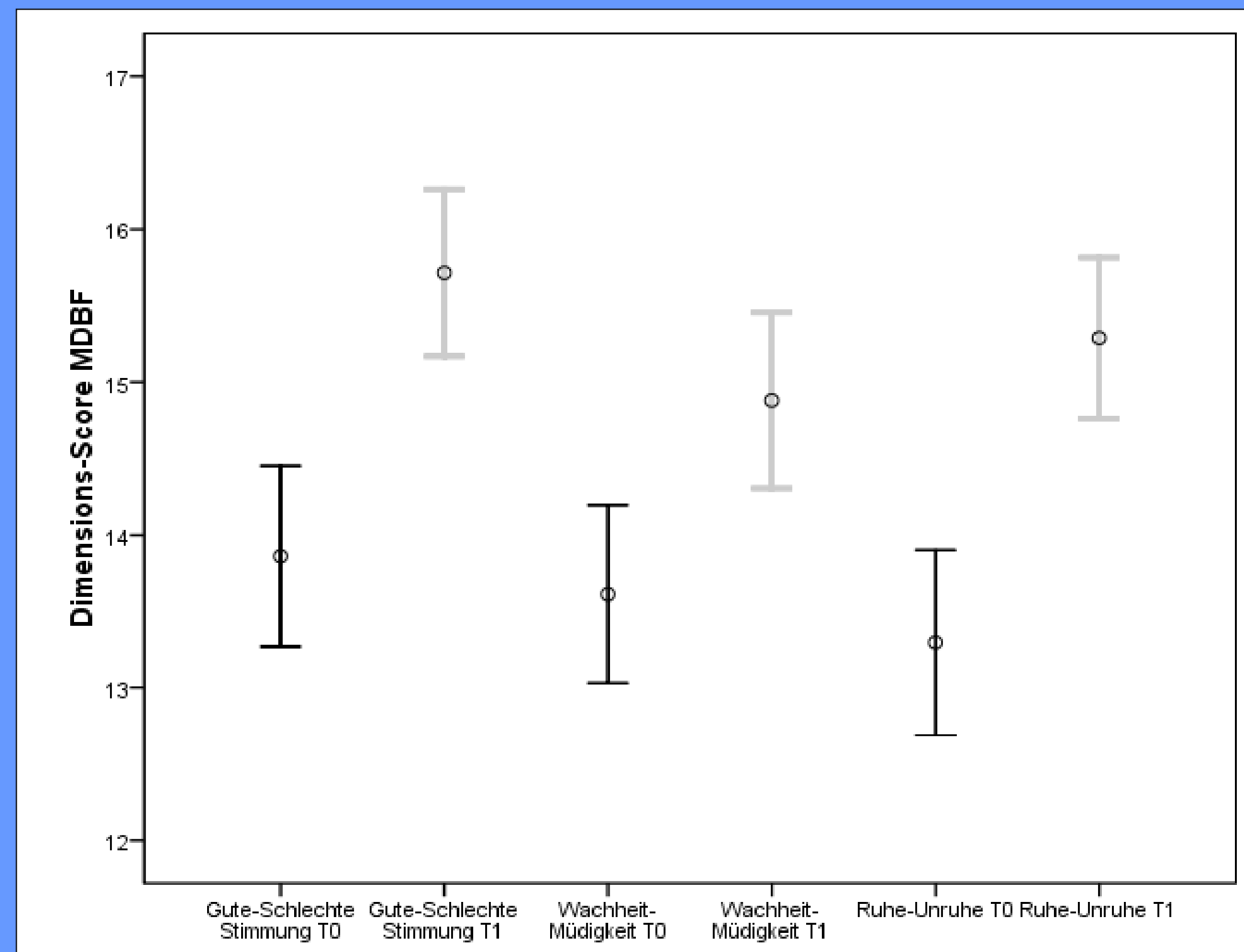


Abb. 2 Dimensionen des MDBF Fragebogen für die psychische Verfassung zu den beiden Messzeitpunkten (Konfidenzintervalle)

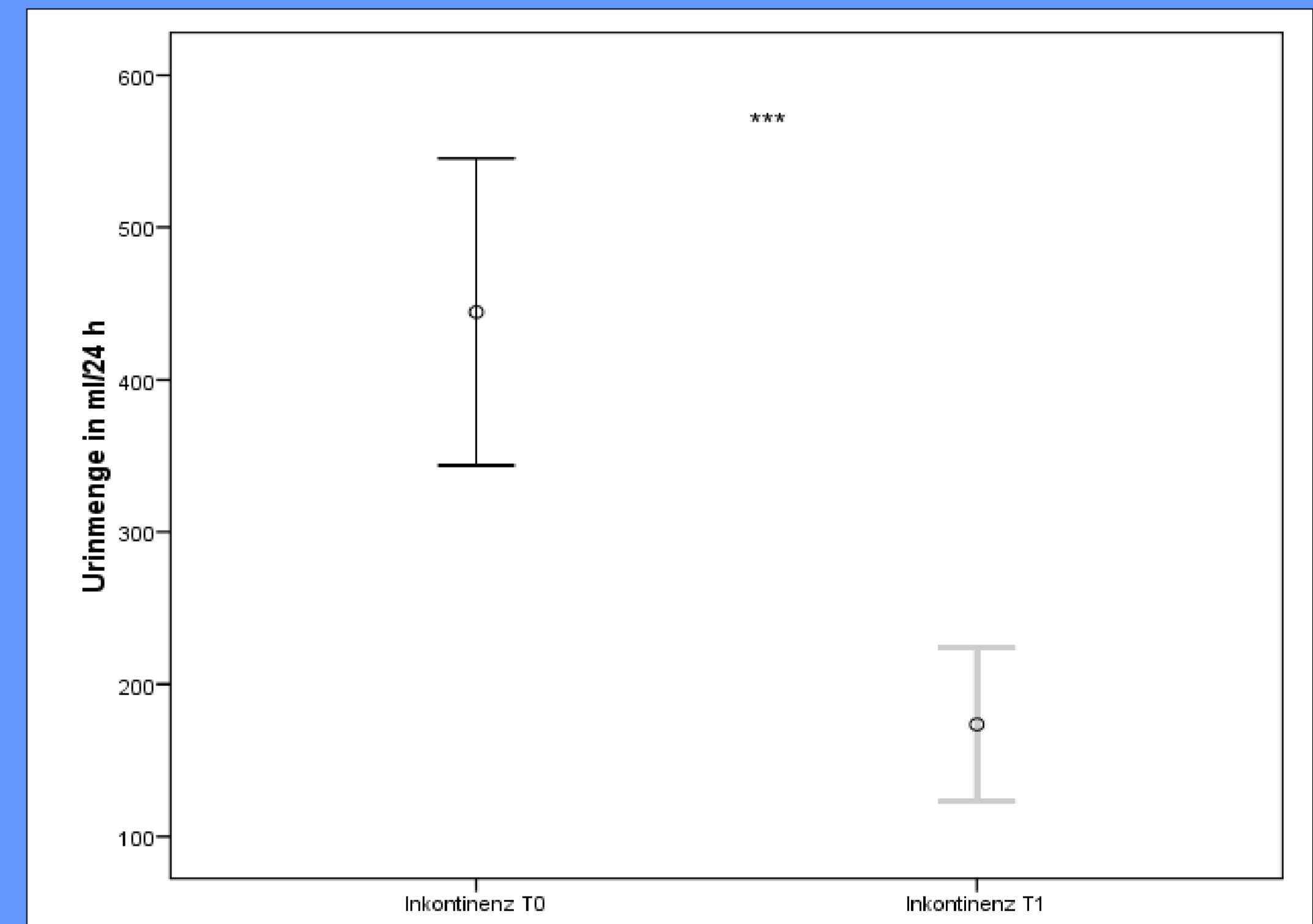


Abb. 3 24 h Pad Test zur Bestimmung des Urinverlustes zu den beiden Messzeitpunkten (Konfidenzintervalle)

Tab. 1 Mittelwerte/Standardabweichungen der WKV-Dimensionen (oben), Ergebnis der ANOVA (unten)

	T0	T1
Trainiertheit MW (SD)	12,7 ($\pm 4,5$)	15,5 ($\pm 3,6$)
Aktiviertheit MW (SD)	14,7 ($\pm 5,6$)	17,5 ($\pm 5,3$)
Beweglichkeit MW (SD)	14,2 ($\pm 3,9$)	15,5 ($\pm 3,8$)
Gesundheit MW (SD)	14,2 ($\pm 4,6$)	16,6 ($\pm 4,5$)

ANOVA für Messwertwiederholungen				
	Freiheitsgrad	F	p	ϵ
Messzeitpunkt x Dimension	3	5,1	0,002**	0,8

Tab. 2 Mittelwerte/Standardabweichungen der MDBF-Dimensionen (oben), Ergebnis der ANOVA (unten)

	T0	T1
Gute-Schlechte Stimmung MW (SD)	13,9 ($\pm 3,1$)	15,7 ($\pm 2,9$)
Wachheit-Müdigkeit MW (SD)	13,6 ($\pm 3,1$)	14,9 (± 3)
Ruhe-Unruhe MW (SD)	13,3 ($\pm 3,2$)	15,3 ($\pm 2,8$)

ANOVA für Messwertwiederholungen				
	Freiheitsgrad	F	p	ϵ
Messzeitpunkt x Dimension	2	3,6	0,028*	0,96

Tab. 3 Mittelwerte/Standardabweichung des Urinverlustes in ml/24 Stunden

T0	T1	Differenz T1 zu T0	Signifikanz
619,8 ml ($\pm 59,96$)	242,2 ml ($\pm 32,2$)	270,7 ml ($\pm 334,8$)	$P < 0,001$ ***

Referenzen

- (1) Müller C, Zermann D-H. Untersuchungen zur Effektivität eines funktionsorientierten Trainingsprogramms auf die physische und psychische Verfassung von Rehabilitanden nach radikaler Prostatektomie. Phys Med Rehab Kuror 2010; 20: 322-326
- (2) Zermann DH, Förster C. Das Konzept der fachübergreifenden funktionsorientierten urologischen Rehabilitation nach Operation eines Prostatakarzinoms. Phys Med Rehab Kuror 2007; 17: 281-285
- (3) Zermann DH. Der Patient nach radikaler Prostatektomie – Leistungsumfang und Leistungsfähigkeit der stationären urologischen Rehabilitation. Der Urologe 2011; 50: 425-32.

Schlussfolgerung

Die fachspezifische urologische Rehabilitation (Uro-AHB) ermöglicht neben einer Verbesserung funktioneller Parameter, wie der Harninkontinenz, auch eine zielführende Behandlung von Tumor- und Tumorthherapie-assoziiierter Beschwerden, was sich in einer Verbesserung des körperlichen und seelischen Befindens widerspiegelt.

Somit trägt die Anschlussrehabilitation als effiziente Therapiemaßnahme zu einer zeitnahen Genesung und Reintegration in Beruf und Gesellschaft bei.