

Wenn die Blase nicht mehr dicht hält...

Ungewollter Verlust von Urin betrifft jede dritte Frau über 55 Jahren und jede vierte Frau nach der Entbindung eines Kindes. Trotz dieser enormen Verbreitung wird das Thema von den Betroffenen meist noch nicht einmal im engsten Freundes- und Familienkreis angesprochen.

*Definition**

Inkontinenz ist der unwillkürliche Verlust von Urin und/oder auch Kot in einem ungeeigneten Augenblick oder an einem ungeeigneten Ort. Die austretende Menge kann sehr gering, aber auch erheblich sein.

* gemäß ACA (Association of Continence Advisors)



Die allgemeine Lebensqualität der betroffenen Frauen ist oft stark eingeschränkt: Soziale Kontakte werden aus Sorge, die Umgebung könnte die Inkontinenz bemerken, vermieden. Auch das Sexualleben kann leiden.

Insgesamt werden in Deutschland rund fünf Millionen Menschen wegen einer Harninkontinenz medizinisch betreut.

Beide Geschlechter sind betroffen, Frauen jedoch 2-bis 3-fach häufiger als Männer.

Wesentliche Gründe für die höhere Anzahl an betroffenen Frauen sind z.B.

Schwangerschaften bzw. Geburten, erbliche Faktoren wie Bindegewebsschwäche oder die hormonelle Umstellung in den Wechseljahren und damit einhergehende Erschlaffung der Beckenbodenmuskulatur.

Keine Frau muss eine Harninkontinenz einfach nur hinnehmen.

Es gibt heutzutage viele erfolgreiche Behandlungsmethoden, um das Problem zu beseitigen.

Sprechen Sie mit Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin!

Die Harnblase und ihre Funktion

Die Harnblase hat die Aufgabe, den Harn zu sammeln. Das Fassungsvermögen beträgt durchschnittlich 350 – 600 ml.

Die Steuerung der Harnblasenentleerung erfolgt durch ein fein abgestimmtes Geschehen willkürlicher und unwillkürlicher Nervenaktivität. Nicht umsonst lernen wir die Kontrolle darüber erst ab dem 3. Lebensjahr.

Die natürliche Harnentleerung (Miktion)

Bei einem bestimmten Füllungszustand, der sehr unterschiedlich sein kann, werden sensible Dehnungsrezeptoren in der Blasenwand aktiviert. Diese Impulse werden über das Rückenmark an das Gehirn weitergeleitet und das Gehirn registriert „Harndrang“. Zur Kontinenz, also zum „Dichthalten“ ist es erforderlich, dass außer der Beckenboden-, Schließmuskel- und Blasenwandmuskulatur auch das beteiligte bewusste und das unbewusst gesteuerte (reflektorische) Nervensystem abgestimmt funktionieren.

Harninkontinenz

Bei einer Harninkontinenz oder einer Blasenschwäche ist die Sammel- und Entleerungsfunktion Harnblase gestört. Eine Schließmuskelschwäche steht dabei oft im Vordergrund. Insbesondere die sogenannte Belastungsinkontinenz bereitet Frauen Probleme, doch gerade diese Form kann erfolgreich therapiert werden.

Schwangerschaften, Unterleibsoperationen und die mit dem Alter zunehmende Gewebeschwäche mindern die Verschlusskraft der Schließmuskeln.

In den Wechseljahren verändern sich zudem die Schleimhäute im Unterleib. Weil der Hormonspiegel absinkt, werden sie trockener, dünner und verletzlicher. Auch die Scheidenwände erschlaffen und die Beckenbodenmuskulatur verliert an Kraft. Deshalb sinkt die Blase ab und der „Verschlussapparat“ versagt zunehmend.

Die Funktion der Harnblase selbst bleibt trotz der Veränderungen erhalten. Rezeptoren melden weiterhin den Füllungszustand der Blase an das Gehirn. Willentlich kann sie entsprechend weiter entleert werden.

Jedoch können Husten, Niesen oder auch Lachen plötzlich unangenehme Folgen haben. Die Verschlusskraft der Muskeln reicht für die plötzliche Druckveränderung nicht mehr aus. Unfreiwillig kommt es zu einem Urinverlust.

Wann liegt eine Harninkontinenz vor?

Die Deutsche Gesellschaft für Inkontinenzhilfe hat eine Klassifikation der Inkontinenz für Patienten erarbeitet:

- **Sporadische Harninkontinenz:** Verlust von weniger als 10 ml/h (das entspricht ca. dem Inhalt eines Fingerhuts)
- **Belastende Harninkontinenz:** Verlust von weniger als 25 ml/h (dem Inhalt eines Schnapsglases entsprechend)
- **Schwere Harninkontinenz:** Verlust von weniger als 50 ml/h (dem Inhalt einer halb gefüllten Kaffeetasse entsprechend)
- **Absolute Harninkontinenz:** Verlust von mehr als 50 ml/h

Zusätzlich ist es für die Beurteilung des Schweregrades der Inkontinenz von Bedeutung, ob eine kombinierte Harn- und Stuhlinkontinenz vorliegt.

Einflussfaktoren

Harninkontinenz kann durch Vorerkrankungen der Blase und durch eine Vielzahl anderer Einflussfaktoren verursacht werden.

Vorerkrankungen der Harnblase als begünstigender Faktor für Harninkontinenz

- Häufige Irritationen der Harnblase mit Harndrang
- Häufige Harnwegsinfekte können eine vorübergehende Blasenschwäche bedingen
- Unvollständige Entleerung der Harnblase mit Restharnbildung

Allgemeine Einflussfaktoren

- Stresssituationen körperlicher, psychischer oder sozialer Art
- Vorausgegangene Schwangerschaften
- Allgemeine Bindegewebsschwäche
- Blasen- oder Enddarmvorfall
- Hormonumstellung in den Wechseljahren
- Alter
- Kontrollverlust bei geistigem Abbau
- Erkrankungen wie z.B. Multiple Sklerose, Diabetes mellitus, Zerebralsklerose, Alzheimer Erkrankung, Parkinson'sche Krankheit
- Schlaganfall mit Blasenfunktionsstörung oder Verlust der Kontrolle der Schließmuskulatur.
- Bandscheibenvorfälle mit Beeinträchtigung der neuralen Steuerung des Blasen- und Enddarmschließmuskels
- Verletzungen der Wirbelsäule und des Rückenmarks als Unfallfolge
- Voroperationen und/oder Strahlentherapie im kleinen Becken

Ist eine Harninkontinenz vermeidbar?

Nicht in allen Fällen kann einer Harninkontinenz vorgebeugt werden. Jedoch können insbesondere Frauen Besserung erzielen, wenn sie bei bestehendem Übergewicht Gewicht reduzieren, denn durch eine Gewichtsreduktion wird der Druck auf den Beckenboden verringert.

Eine Stärkung der Beckenbodenmuskulatur durch regelmäßige Beckenbodengymnastik, zunächst unter fachkundiger Anleitung, sollte bereits bei leichter Beckenbodenschwäche durchgeführt werden. Um eine Verschlimmerung zu verhindern, sollte in jedem Fall frühzeitig der Rat eines Arztes eingeholt werden.

Harninkontinenz ist in den meisten Fällen heilbar bzw. lässt sich deutlich vermindern.

Formen der Harninkontinenz

Die Harninkontinenz wird nicht von jeder Frau gleich wahrgenommen und entsteht durch unterschiedliche Störungen im Bereich des gesamten unteren Harntraktes, einschließlich der steuernden Nerven.

Sie tritt in fünf verschiedenen Formen auf. Am häufigsten kommen bei Frauen die Belastungsinkontinenz (60%) und die Dranginkontinenz (10-20 %) vor. Auch eine Mischform beider ist nicht selten. Die Diagnostik und Therapie sind für die unterschiedlichen Formen und für jede Patientin individuell zu gestalten.

A. Belastungsinkontinenz (Stressinkontinenz)

Ursache der Belastungsinkontinenz ist eine Schwäche des Blasenschließmuskels und der Muskulatur des Beckenbodens.

Belastungsinkontinenz wird im internationalen Sprachgebrauch auch als „stress incontinence“ bezeichnet. Dabei steht das englische Wort „stress“ für „Druck“. Wenn wir husten, nießen, lachen, schwer heben oder uns körperlich betätigen, steigt der Druck im Bauchraum und wird so an die Blase weitergegeben.

Übersteigt der Druck auf die Blase die Verschlusskraft des Blasenschließmuskels, kommt es zum ungewollten Harnverlust. Die Belastungsinkontinenz wird in drei verschiedene Grade unterteilt

- Grad I: Geringer Urinverlust bei hoher Belastung (Husten, Niesen, Lachen)
- Grad II: Deutlicher Urinverlust bei mittlerer Belastung (Treppensteigen, Heben, Aufstehen)
- Grad III: Urinverlust im Stehen oder Liegen, bereits ohne Belastung

Wichtig zu wissen:

Bei leichten Formen der Belastungsinkontinenz reicht häufig ein gezieltes Training der Beckenbodenmuskulatur aus, um die Beschwerden zu lindern.

Auch Medikamente können in dieser Phase beschwerdemindernd wirken

B. Die motorische Dranginkontinenz [Engl. Urge-Incontinence oder auch over-active bladder (OAB)]

Die Dranginkontinenz wird in ihrer motorischen Form durch eine Überaktivität des Blasenmuskels (Detrusor Vesicae) verursacht.

Normalerweise ist der Blasenmuskel insgesamt während der Füllung der Blase entspannt. Wird er jedoch schon bei relativ geringer Füllung der Blase aktiv, entsteht eben auch verfrüht der Drang, Wasser zu lassen. Dieses kann durch psychische Anspannung zusätzlich verstärkt werden.

Durch eine zunehmende Anspannung des Schließmuskels wird dem - durch die unwillkürliche Anspannung der Blasenmuskulatur ausgelösten - Harndrang Widerstand entgegengebracht, um Urinabgang zu verhindern. Übersteigt jedoch der Druck in der Blase den Schließmuskeldruck, so geht ungewollt Urin ab.

Der Schließmuskel selbst ist bei der Dranginkontinenz vollkommen intakt.

C. Die sensorische Dranginkontinenz

Sie wird durch mangelnde Dehnbarkeit des Blasenmuskels verursacht. Die Blase entwickelt schon bei geringer Füllung eine Drangproblematik - der untere Anteil der Blase ist daran nicht beteiligt.

Die Diagnose der Dranginkontinenz wird durch die Erhebung der Krankengeschichte, eine körperliche Untersuchung und durch eine Urodynamik (Messung des Blasen- und Schließmuskeldrucks während der Blasenfüllung und -entleerung) diagnostiziert.

Die Dranginkontinenz kann als Folge von chronischen Harnblasenentzündungen, langanhaltender Obstruktion (Verlegung) des Blasenauslasses, Tumoren, bestimmter Medikamente oder auch einer Strahlentherapie auftreten.

Es sind jedoch auch rein psychovegetative Ursachen möglich.

Die Therapie der Dranginkontinenz erfolgt in der Regel mit Medikamenten. Diese bewirken eine Entspannung des Blasenmuskels und verringern somit den Harndrang. Natürlich muss ausgeschlossen werden, dass z.B. Tumore, Infekte oder eine Verengung oder Verlegung der Harnröhre bestehen, bevor therapiert werden kann.



D. Überlaufinkontinenz

Wird die Blasenentleerung durch eine Verlegung, Abknickung oder Enge des Blasenhalses oder der Harnröhre behindert, kann die Blase trotz normaler Funktion von Schließ- und Blasenmuskel nicht ausreichend entleert werden. Der Urin muss immer gegen ein Hindernis ausgetrieben werden, es verbleiben größere Urinmengen in der Blase. Der Blasenmuskel wird überdehnt. Wenn durch das hohe Füllungsvolumen der Blasendruck den Druck des Schließmuskels übersteigt, gehen geringe Mengen Urin ab. Die

Überlaufinkontinenz kann nur durch eine operative Beseitigung des Abflusshindernisses behoben werden.

Eine sogenannte „funktionelle Überlaufinkontinenz“ entsteht durch eine Schwäche des Blasenmuskels (Detrusor Vesicae Insuffizienz), also durch eine verminderte Kontraktionsfähigkeit während der Blasenentleerung. Somit kann die Harnblase nicht mehr vollständig entleert werden. Ursache dieser Form der Inkontinenz können Medikamente (ACE-Hemmer, Calcium-Antagonisten, Betablocker, Antispasmodika, Antidepressiva, Sedativa etc.) sein.

Auch Stoffwechselerkrankungen (Diabetes mellitus), Erkrankungen des zentralen Nervensystems (Parkinson'sche Krankheit, Zerebralsklerose, Alzheimer'sche Krankheit, Myelose u.a.), Verletzungen des Rückenmarks und Operationen im kleinen Becken können eine Schwäche des Blasenmuskels auslösen

E. Reflexblase oder neuropathische Inkontinenz

Die Blasenfüllung und Blasenentleerung werden vom Gehirn koordiniert. Das Miktionszentrum liegt im Hirnstamm und dieser wird vom Großhirn beeinflusst. So ist es möglich, die Blasenentleerung willkürlich auszulösen oder zu unterdrücken. Durch Erkrankungen oder Verletzungen des Gehirns kann diese Kontrollfunktion des Großhirns verloren gehen und das Zusammenspiel zwischen Blasenfüllung und -entleerung ist gestört. Es entsteht eine „ungehemmte neuropathische Blase“ (supraspinale Reflexblase). Auch bei Erkrankungen oder Verletzungen des Rückenmarks wird die Verbindung vom Miktionszentrum zu den ausführenden Nervenbahnen gestört. Dadurch arbeiten der Blasenmuskel und der Schließmuskel nicht mehr koordiniert miteinander.

F. Extraurethrale Inkontinenz

Die extraurethrale Inkontinenz ist gekennzeichnet durch ständigen unkontrollierten Urinverlust.

Ursache kann eine angeborene ektope Harnletermündung sein, d.h. der Harnleiter mündet nicht in die Harnblase, sondern unterhalb des Schließmuskelapparats in die Harnröhre. Dadurch entsteht ein ständiges Urintröpfeln.

Eine weitere Ursache sind Fistelbildungen (Blasen- Scheiden-Fistel). Sie können nach Operationen im kleinen Becken, schweren Entzündungen oder bei Tumoren auftreten. Therapiert wird diese Form der Inkontinenz operativ.

Diese Vielzahl an Ursachen der Inkontinenz und die große Zahl an Behandlungsmöglichkeiten zeigen, dass zu Beginn der Therapie eine genaue Diagnostik hinsichtlich Ursache und Form durchgeführt werden muss.

Nur wenn die Ursache der Inkontinenz erkannt ist, kann die richtige Therapie angeboten werden

Beckenbodensenkung und Harninkontinenz

In der Regel ist die Überdehnung der Beckenbodenmuskulatur infolge einer oder mehrerer Schwangerschaften und Geburten, die Ursache von Beckenbodensenkungsbeschwerden.

Seltener ist eine angeborene Bindegewebsschwäche für Senkungsbeschwerden verantwortlich.

Auch eine langfristige Überlastung des Beckenbodens, durch starkes Übergewicht, oder dauerhafter Husten z. B. im Rahmen einer chronischen

Bronchitis oder einer asthmatischen Erkrankung, sowie eine chronische Verstopfung oder schwere körperliche Arbeit können die Beckenmuskulatur überdehnen.

Zudem bilden sich Schleimhäute und Muskeln des Beckens, aufgrund hormoneller Veränderungen in den Wechseljahren, zurück.

Senkungsbeschwerden

- Fremdkörpergefühl in der Scheide
- die Blase und der Darm werden unvollständig entleert
- häufige, immer wieder auftretende Blasenentzündungen
- Harndrang und Harninkontinenz
- häufig kommt es auch zu Druckgeschwüren an der Scheide, durch die Reibung an der Unterwäsche

Arten der Beckenbodenschwäche/-Senkung

Bei einem Deszensus (Senkung) hat ein Becken-Organ seine angestammte anatomische Lage verlassen und wölbt sich in Richtung Scheide ein. Die Art der Beckenbodenschwäche leitet sich von dem Organ ab, welches sich im speziellen Fall gesenkt hat. Häufig liegen mehrere Senkungsarten gleichzeitig vor:

Zystozele (Senkung der Blase)

Bei einer Zystozele wölbt sich die Blase in die Scheide hinein, da das Bindegewebe der vorderen Scheidenwand seinen Dienst versagt hat. Dies ist die häufigste Ausprägung.



Rectocele (Senkung des Mastdarms)

Bei der Rectocele drückt der Mastdarm in Richtung Scheide. Auch hier liegt eine Schwächung des Bindegewebes vor, und zwar an der hinteren Scheidenwand, was den unteren Darmabschnitt in die Scheide hinein wölben lässt.

Uterusprolaps (Senkung der Gebärmutter)

Selbst bei Frauen, die noch eine Gebärmutter haben, können die entsprechenden Stützstrukturen beeinträchtigt sein – die Gebärmutter senkt sich nach unten ab.

Scheidenstumpfprolaps (Senkung des Scheidenstumpfes nach einer Totaloperation)

Nach einer Hysterektomie (Entfernung der Gebärmutter) fehlen die körpereigenen Strukturen, die bis dato die Scheide angehoben haben. Der obere Abschnitt der Scheide kann dann in Richtung unterer Scheide vordrücken.

Larvierte Belastungsinkontinenz bei Senkung

Bei der Beckenbodensenkung besteht in der Regel ein komplexes Problem im Bereich des Bindegewebes, des Halteapparates, der Bänder und der Muskulatur des Beckenbodens. Das heißt, wenn es eine Störung in diesem Gewebe gibt, haben wir es mit Senkungssituationen und mit einer Schwäche des Schließmuskels der Harnröhre zu tun. Die larvierte Inkontinenz besteht, wenn durch eine massive Senkung eines oder mehrerer Beckenorgane die Harnröhre so unterstützt und angehoben wird, dass eine gleichzeitig bestehende Blasenschließmuskelschwäche mit Belastungsinkontinenz sich im Alltag nicht zeigt.

Umso enttäuschter sind Patientinnen, wenn sie dann nach der Operation inkontinent werden und über die Ursache im Vorhinein nicht informiert wurden.

Es ist daher sehr wichtig, eine larvierte Belastungsinkontinenz im Vorfeld einer operativen Therapie der Beckenbodensenkung zu diagnostizieren und dies ausführlich mit der betroffenen Frau zu besprechen.

In der Regel wird man sich für ein zweizeitiges Verfahren entscheiden. Das heißt, es wird zunächst die Senkung operativ behoben und nach Abheilung des Wundgebietes (nach ca. 3-6 Monaten) in einer zweiten Sitzung die operative Behandlung der Inkontinenz im Sinne einer Bandeinlage anschließen.

Ambulante Diagnosestellung

Anamnese

Harninkontinenz mit und ohne Senkungsbeschwerden zeigt sich in unterschiedlichen Formen und die Ursachen von unwillkürlichem Urinverlust sind vielfältig. Da sich die Behandlung immer nach der zugrunde liegenden Art der Erkrankung richtet, ist eine genaue Diagnose durch einen erfahrenen Facharzt sehr wichtig. Bei Harninkontinenz sind dies der Frauenarzt oder der Urologe.

Am Anfang der Diagnostik wird Ihr Arzt Ihr Beschwerdebild durch gezielte Fragen und unter Zuhilfenahme eines speziellen, von Ihnen vorab auszufüllenden Fragebogens, erfassen und eingrenzen. Dies nennt man Anamnese. Erfragt werden auch Voroperationen oder Begleiterkrankungen sowie die Medikamente, die Sie einnehmen. Die Anamnese ist die Grundlage für eine weiterführende Diagnostik und Behandlung.

Zur genauen Analyse werden Sie gebeten, unseren Anamnese-Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Sie erleichtern damit Ihrem behandelnden Arzt, die richtige Diagnose zu stellen.

Körperliche Untersuchung

Dann erfolgt eine körperliche Untersuchung, besonders der Genital- und Analregion. Bei allen Frauen findet immer eine gynäkologische Untersuchung statt. Dabei wird geprüft, ob sich Gebärmutter und/oder Scheide gesenkt haben. Zudem wird der Beckenboden in seiner Beschaffenheit und Funktion beurteilt.

Ultraschall

Mittels verschiedener Ultraschalluntersuchungen (Bauchdecken-Ultraschall / Ultraschall der Scheide und des Scheideneinganges) werden die Nieren, ableitenden Harnwege, Harnblase und Beckenorgane sowie die Beckenbodenanatomie untersucht.

Urin-Untersuchung

Die Urin- Untersuchung gibt Hinweise auf eine Erkrankung der Nieren oder der Harnblase, eine bestehende Zuckerkrankheit, oder eine Harnwegsinfektion. Diese Erkrankungen können eine Harninkontinenz verursachen und das Ergebnis anderer Untersuchungen verfälschen.

Restharnbestimmung

Als Restharn bezeichnet man den Urin, der nach dem Wasserlassen noch in der Blase verbleibt. Eine geringe Menge Restharn ist ganz normal, größere Mengen deuten auf eine Blasenentleerungsstörung hin, die mit einer Harninkontinenz einhergehen kann.

Der Restharn wird heute meist durch eine Ultraschalluntersuchung (über die Bauchdecke) gemessen. Nach dem Wasserlassen so die in der Harnblase verbliebene Menge Urin abgeschätzt. Genauer lässt sich der Restharn durch eine Katheterisierung der Harnblase erfassen. Dabei wird mittels eines kleinen Katheters, der über die Harnröhre in die Blase eingeführt wird, die Blase vollständig entleert und die entleerte Menge mit einem Messbecher abgemessen.

Urodynamik

Unter einer urodynamischen Untersuchung versteht man die Messung der funktionellen Abläufe im Harntrakt zur Beurteilung der Harnspeicherungs- und Entleerungsfunktion der Blase. Dabei wird die Blase kontinuierlich über einen Katheter mit Flüssigkeit gefüllt, gleichzeitig wird der Druck im Bauchraum und im Inneren der Blase gemessen.

Nachfolgend wird der Druckmesskatheter langsam aus der Blase durch die Harnröhre zurückgezogen, dabei werden weitere Messwerte erhoben. Man erhält so ein Profil der Druckverhältnisse an jedem Punkt der Harnröhre. Die Messung wird zunächst bei entspannter Patientin (Ruheprofil) und zusätzlich während einiger Hustenstöße (Stressprofil) durchgeführt. Diese Untersuchung erfordert Ihre Mitarbeit, sie schmerzt nicht.

Zur urodynamischen Untersuchung gehören:

- **Druck-Fluss-Messung mit Beckenboden-Elektromyographie (EMG)**
- **Zystometrie**
- **Urethradruckprofil**
- **Uroflowmetrie**

Mit der urodynamischen Untersuchung wird zwischen Drang- und Belastungsinkontinenz unterschieden.

Sie ist außerdem Grundlage für die Auswahl des geeigneten OP-Verfahrens.

Blasenspiegelung (Zystoskopie)

Blasenspiegelungen sind zur Operationsvorbereitung bei Senkungsbeschwerden und Inkontinenz eher selten erforderlich. Wenn, dann erfolgen sie in lokaler Betäubung mithilfe eines Gleitmittels, so dass die Patientin vom Einführen des Blasenspiegels wenig spürt. Der Blasenspiegel ist ein dünnes Metallrohr, durch das Flüssigkeit in die Harnwege gespült werden kann. Eine Präzisionsoptik erlaubt dem Arzt, die Harnröhre, den Schließmuskel und die Harnblase zu untersuchen, somit können Auffälligkeiten in diesem Bereich diagnostiziert werden.

Proktologische Untersuchung

Die Enddarmuntersuchung beinhaltet die Austastung des Analkanals mit dem Finger (digitale Untersuchung) und eine Spiegelung des Enddarmes mit einem kurzen, starren Instrument (Proktoskop). Seltener ist die zusätzliche Untersuchung des unteren Dickdarmabschnittes mit einem flexiblen Darmspiegel (Endoskop) anschließend notwendig.

Ausscheidungsurografie

In speziellen Fällen ist die Ausscheidungsurografie als Röntgenuntersuchung der ableitenden Harnwege notwendig. Mit Hilfe eines Röntgen-Kontrastmittels wird das komplette Harnsystem von den Nieren ausgehend, über Nierenbecken, die beiden Harnleiter und die Blase bis hin zur Harnröhre sichtbar gemacht.

Neurologische Untersuchung

Ergeben sich während der Diagnostik Hinweise auf eine mögliche Funktionsstörung der Nerven, die die Blasenfunktion steuern, kann auch eine Untersuchung durch einen Neurologen erforderlich sein.

Die dargestellte Diagnostik wird durch Spezialisten unserer Abteilung in der Regel ambulant durchgeführt. Am Ende wird eine Diagnose gestellt und die bestmögliche Therapie festgelegt. In den meisten Fällen wird das primär eine konservative Therapie sein, die dann durch Ihren Frauenarzt eingeleitet und überwacht wird.

Ergibt sich die Indikation zu einem operativen Eingriff werden wir Sie über das OP-Verfahren, die Erfolgschancen und die möglichen Risiken aufklären.

Entscheiden Sie sich dann, die Operation durchführen zu lassen, werden wir mit Ihnen einen OP-Termin abstimmen.

Richtiges Alltagsverhalten und Konservative Behandlung der Senkung und der Harninkontinenz

Ziel der Therapie ist es, die Lebensqualität wiederherzustellen. Sie sollen unbeschwert am gesellschaftlichen Leben teilnehmen und es genießen.

Häufig reichen einfache Methoden, um das Problem in den Griff zu bekommen.

Miktionstagebuch

Um sich der Häufigkeit der Blasenentleerung erst einmal bewusst zu werden und dann die Entleerungsintervalle zu steuern, ist das Führen eines Miktionstagebuchs eine große Hilfe.

So einfach geht's:

In das jeweilige Stundenkästchen tragen Sie bitte Ihre Trinkmenge bzw. die Menge des zu diesem Zeitpunkt ausgeschiedenen Harns ein. Sollte sich die Urinmenge nicht genau messen lassen, verwenden Sie folgende Symbole:

- x: geringe Menge (= 100 ml)
- xx: mittlere Menge (= 100 – 250 ml)
- xxx: große Menge (= mehr als 250 ml)

Kreuzen Sie bitte zusätzlich an:

- ob Sie während des Tages ein Dranggefühl verspürt haben
- ob Sie auf der Toilette gewesen sind oder
- ob der Harn unkontrolliert abgegangen ist

** Trinkmengen: normale Tasse = 100ml; normales Glas = 200 ml*

Uhrzeit	Trinkmenge in ml*	Harndrang	Harnmenge in ml	Toilette	Unkontrolliert
00-01 Uhr					
01-02 Uhr					
02-03 Uhr					
03-04 Uhr					
04-05 Uhr					
05-06 Uhr					
06-07 Uhr					
07-08 Uhr					
08-09 Uhr					
09-10 Uhr					
10-11 Uhr					
11-12 Uhr					
12-13 Uhr					
13-14 Uhr					
14-15 Uhr					
15-16 Uhr					
16-17 Uhr					
17-18 Uhr					
18-19 Uhr					
19-20 Uhr					
20-21 Uhr					
21-22 Uhr					
22-23 Uhr					
23-00 Uhr					

Konservative Therapie (nicht-operative Behandlung)

Unter konservativer Therapie versteht man alle nicht operativen Behandlungen. Ziel der konservativen Behandlungsformen bei Senkungsbeschwerden und bei Belastungsinkontinenz ist es, die Störungen des Verschlussmechanismus der Harnröhre durch Training und Kräftigung der Beckenbodenmuskulatur zu verbessern. Im Mittelpunkt steht die Beckenbodengymnastik, die durch verschiedene Hilfsmittel ergänzt werden kann. Dieses sind Kugeln, Konen, Elektrostimulation oder Biofeedback-Geräte.

Beckenbodengymnastik

Eine wesentliche Ursache der Belastungsinkontinenz bei Frauen ist eine Schwäche der Beckenbodenmuskulatur.

Die gezielte Stärkung der Beckenbodenmuskulatur wird z.B. nach Schwangerschaften im Rahmen der Rückbildungsgymnastik angeboten, sollte aber in jedem Lebensalter fortgeführt und in den Alltag integriert werden.

Bei einer leichten Form (Grad I) der Belastungsinkontinenz reicht Beckenbodengymnastik oft schon aus, um Beschwerden zu lindern oder zumindest ein Fortschreiten der Symptomatik zu verhindern. Aber auch für leichte Formen der Dranginkontinenz ist neben einer medikamentösen Therapie die zusätzliche Beckenbodengymnastik hilfreich.

Beckenbodenaktivierung im Alltag:

Die Beckenbodenmuskeln liegen auf der Innenseite des Beckens. Sie umschließen Harnröhre, Scheide und Darmöffnung und kontrollieren zusammen mit den Schließmuskeln die Öffnungen. Sie sorgen auch für die richtige Position der Harnröhre. Sind diese Muskeln zu schlaff, kann die Harnröhre bei Anstrengung sinken und es kommt zum unkontrollierten Harnverlust.

Geschwächte Muskeln können das Absinken der Harnröhre nicht verhindern. Diese Muskeln können Sie gezielt trainieren und damit stärken. Das Training ist effizient, hat keine Nebenwirkungen und dauert täglich nicht länger als eine Viertelstunde. Sie können es überall und unbemerkt durchführen.

Wie aktiviere ich die richtigen Muskeln?

Bevor Sie mit Ihrem Beckenboden-Training beginnen, ist es wichtig, die richtige Muskelpartie zu erkennen.

Probieren Sie einmal folgende Übung dazu:

- Kneifen Sie die Schließmuskeln zusammen, als wollten Sie den Harnstrahl anhalten.
- Wenn Sie die richtigen Muskeln zusammengezogen haben, spüren Sie innerhalb des Beckens eine leichte Hebung der Muskeln nach oben und innen.
- Andere Körperteile (Po, Bauch, Innenseiten der Oberschenkel) sollten dabei nicht bewegt werden

Richtige Muskelpartie erkannt? Dann kann es losgehen:

- Die Muskeln so stark wie möglich anspannen, ohne dabei andere Muskelpartien mit zu beanspruchen.
- Bis zu 10x wiederholen.
- Versuchen Sie, die Muskeln jeweils 6–8 Sekunden anzuspannen.
- Die Übungen 3x täglich durchführen.

Machen Sie die Gymnastik zu einem Teil Ihres täglichen Lebens – wie das Zähneputzen.

Beckenbodengymnastik unter physiotherapeutischer Anleitung:

Manchmal kann es sinnvoll sein, die Beckenbodenmuskulatur zunächst unter Anleitung durch spezialisierte Physiotherapeuten zu aktivieren.

Ihre Ärztin wird Ihnen dies bei Bedarf verordnen. Die Physiotherapeuten können Ihnen zusätzliche Tipps geben, wie Sie im Alltag den Druck auf den Beckenboden verringern können. Dazu gehört zum Beispiel, beim Husten den Oberkörper zur Seite zu drehen und Vieles mehr.

Blasen- oder Toilettentraining

Diese Form des Verhaltenstrainings führt dazu, dass man erlernt, die Blase in bestimmten Intervallen und in Abhängigkeit von der Trinkmenge zu entleeren.

Eine große Hilfe ist dabei das Führen eines Miktionstagebuchs, um sich der Häufigkeit der Blasenentleerung erst einmal bewusst zu werden und dann die Entleerungs-Intervalle zu steuern.

Der Rhythmus der Blasenentleerung soll sich dabei an den Tagesablauf anpassen (alle 2–3 Stunden). Kombiniert wird das Blasentraining mit Beckenbodengymnastik und/oder Entspannungsübungen.

Entspannungsübungen

Entspannungsübungen wie autogenes Training, Atemtherapie oder Massagen unterstützen die Therapie von Dranginkontinenz oder psychogener Inkontinenz.

Hilfsmittel in Ergänzung zur Beckenbodengymnastik

Konen-Therapie

Um die Wirksamkeit der Beckenbodengymnastik zu steigern, können ergänzend sogenannte Konen in die Scheide während des Trainings eingeführt werden. Hierbei handelt es sich um kleine Gewichte in Form ähnlich einem Tampon zur Monatshygiene. In einem Set werden Konen unterschiedlicher Schwere angeboten. Ziel ist es, die Gewichte durch Anspannen der Beckenbodenmuskulatur in der Scheide zu halten.

Elektrostimulation und Biofeedback-Training

Elektrostimulation und Biofeedback-Training sind weitere Möglichkeiten, den Therapieerfolg durch sogenannte erweiterte Beckenbodengymnastik zu erhöhen. Elektrostimulationsgeräte kontrollieren über elektrische Signale (=Biofeedback) die aufgebrachte Kraft und erhöhen so die Wirksamkeit des Trainings. Die Dranginkontinenz kann durch elektrische Desensibilisierung verbessert werden. Ein spürbarer Erfolg ist erst nach 2-3 Monaten zu erwarten, daher ist Geduld ganz entscheidend.

Elektrostimulation

Die Elektrostimulation der Beckenbodenmuskulatur eignet sich besonders in Kombination mit Beckenbodengymnastik für die Behandlung der Belastungsinkontinenz. Über minimale Stromreize werden Kontraktionen der Muskulatur ausgelöst und so eine Stärkung über eine mechanische und audiovisuelle Rückkopplung bewirkt.

Sehr effektiv kann die Elektrostimulation auch zur Behandlung der Reizblase / Drangharninkontinenz eingesetzt werden.

Durch entsprechende Verabfolgung der Stromreize kommt es hierbei zu einer Entspannung der Blasenmuskulatur und damit zur Besserung der Reizsymptomatik.



Biofeedback-Training

Beim Biofeedback-Training wird die Anspannung eines bestimmten Muskels oder einer Muskelgruppe über Sensoren registriert und in ein optisches oder akustisches Signal umgewandelt.

Hierdurch erlernt die Betroffenen einen bestimmten Muskel, wie beispielsweise den Schließmuskel, gezielt anzuspannen und damit aufzubauen.

Das Biofeedback-Training wird vorrangig nach operativen Eingriffen in Kombination mit Beckenbodentraining eingesetzt. Es kann aber auch ohne vorherige Operation zur Therapie von Belastungsinkontinenz ersten und zweiten Grades angewendet werden. Eine konsequente Mitarbeit der Betroffenen ist maßgeblich für den erfolgreichen Einsatz dieser Methode.

Pessarbehandlung

Zur konservativen Behandlung von Inkontinenz, Beckenbodensenkung und Blasenentleerungsstörungen können Pessare eingesetzt werden. Es gibt eine Vielzahl von Varianten und Größen.

Wichtig ist, dass die Ärztin den richtigen Pessartyp und die Pessargröße auswählt, sowie die Handhabung des Einsetzens, Entfernens und der Reinigung mit der Patientin einübt. Alle Pessartypen werden von der Frau mit Hilfe einer östrogenhaltigen Gleitcreme selbst eingelegt.

Zur Entfernung sind in der Regel Rückholbändchen angebracht.

Die Reinigung erfolgt mittels warmen Wassers. Zusätzliche Desinfektionsmittel sind nicht notwendig.

Die Pessarbehandlung kann, muss aber nicht dauerhaft durchgeführt werden.

Sie dient manchmal der Gewebevorbereitung, damit eine Operation den größtmöglichen Erfolg bringt oder bis andere Therapien zur Zufriedenheit geführt haben.

Ringpessare

Ringpessare helfen besonders bei Belastungsinkontinenz, besonders wenn sie eine keulenartige Verdickung aufweisen. Sie werden so in die Scheide eingesetzt, dass sie dem Beckenboden aufliegen und die keulenartige Verdickung gegen die Harnröhre drückt. Sie werden insbesondere bei körperlicher Belastung eingesetzt, können aber auch länger getragen werden.

Einmalpessare

Wegwerf- oder Einmal- Pessare aus Schaumstoffmaterialien in verschiedenen Größen und Formen sind besonders beim Sport beliebt.

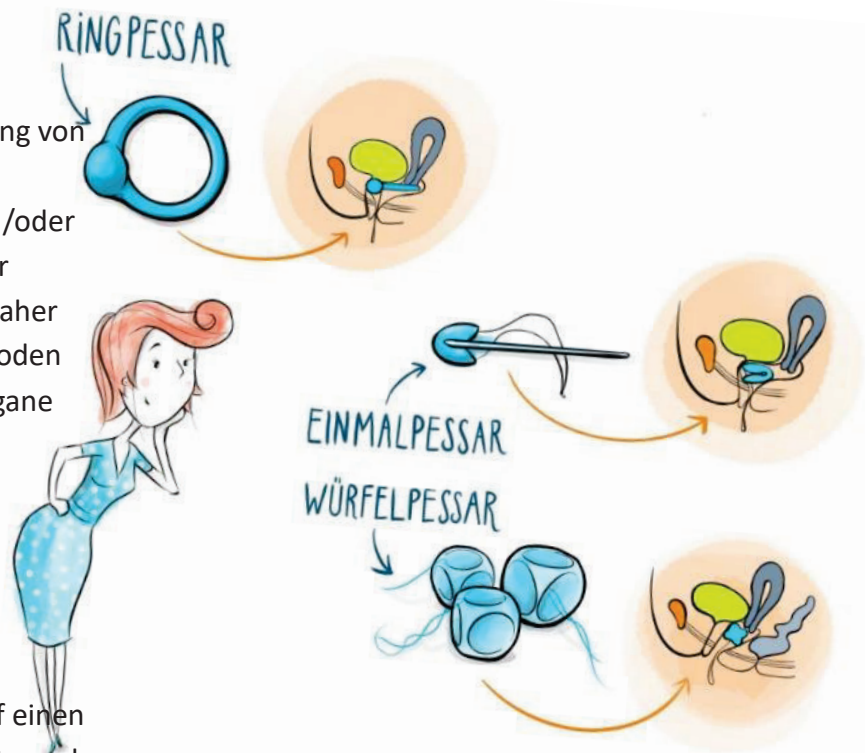
Würfelpessare

Würfelpessare eignen sich besonders gut zur Behandlung von Senkungsbeschwerden der Gebärmutter, der Blase und /oder des Darms. Sie haften an der Scheidenhaut und können daher auch bei schlaffem Beckenboden die Senkung der inneren Organe korrigieren.

Dabei wird der kleinste Würfel gewählt, der gerade noch haftet. Nach dem 1. und 2. Behandlungsmonat kann in der Regel jeweils auf einen kleineren Würfel gewechselt werden.

In über einem Drittel der Fälle wird nach 3-5 Monaten eine bleibende Reposition (ohne eingelegtes Pessar) erreicht; eine Operation erübrigt sich.

Bei den übrigen Patientinnen dagegen, bei denen trotz Blasen- und Beckenbodentraining sowie einer lokalen Östrogentherapie keine bleibende Repositionierung und befriedigende Beschwerdeheilung erreicht wird, ist eine Operation nicht zu vermeiden.



Medikamentöse Therapie der Harninkontinenz



Eine erfolgreiche medikamentöse Therapie der Harninkontinenz hängt unmittelbar von der Inkontinenzform ab. So kann bei über 70 Prozent der Patientinnen mit einer Dranginkontinenz die medikamentöse Therapie zu Beschwerdefreiheit führen. Hier ist die genaue Diagnosestellung besonders wichtig. Nach ihrem Wirkprinzip werden die Medikamente in Gruppen eingeteilt.

Anticholinergika (Spasmolytika)

Die Anticholinergika wirken direkt an der Harnblasenmuskulatur. Sie führen zu einer Erschlaffung, die unkontrollierten Muskelkontraktionen werden unterdrückt.

Gleichzeitig kann eine Steigerung der Blasenkapazität erreicht werden. Wichtig ist bei dieser Therapie, dass die vollständige Entleerung der Harnblase bei der Miktions (Wasserlassen) regelmäßig kontrolliert wird. Zusätzlich ist gerade bei betagten

Patientinnen darauf zu achten, dass die Anticholinergika die Wirksamkeit anderer Medikamente beeinflussen und Krankheitsbilder wie Erhöhung des Augeninnendruckes, Parkinson-Krankheit oder Alzheimer verstärken können.
Auch bei neurologisch bedingten Miktionsbeschwerden können Spasmolytika helfen.

Alpha- Rezeptorenblocker

Die Alpha-Rezeptorblocker führen zu einer verstärkten Erschlaffung des Blasenschließmuskels während der Miktion. Die Blase kann so bei obstruktiven Erkrankungen leichter entleert werden. Die Blase sollte aber weiterhin auf vollständige Entleerung überprüft werden.

Auch bei Alpha-Rezeptorblockern kann es zu Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten kommen.

Mirabegron

Hierbei handelt es sich um einen Beta-3-Rezeptoragonisten, geeignet zur symptomatischen Behandlung von imperativem (unaufhaltsamem) Harndrang, häufigem Wasserlassen und /oder Dranginkontinenz bei Erwachsenen mit überaktiver Blase. Mirabegron bewirkt eine Entspannung des Blasenmuskels und erhöht die Speicherkapazität der Blase ohne den Entleerungsprozess zu stören.

Duloxetine

Durch bessere Kenntnis der neuralen Steuerung des unteren Harntraktes und insbesondere der Blasenentleerungsmechanismen konnte ein weiterer Arzneistoff [Duloxetine, ein sogenannter *elektiver Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer* (SNRI)] in das Therapieangebot aufgenommen werden. Dieses Medikament kann eine Belastungsinkontinenz positiv beeinflussen, weil es den Schließmuskel gezielt stärkt. Wie bei allen Medikamenten aus der Gruppe der SNRI gilt es, eine sorgfältige Abwägung von Nutzen und möglichen unerwünschten Wirkungen vorzunehmen.

Antibiotika

Antibiotika werden bei einer bakteriellen Harnblasenentzündung angewendet. Ein Hinweis darauf ist der Nachweis von Leukozyten im Urin. Bei unklaren Befunden sollte der Urin für diese Untersuchung mittels eines Harnblasenkatheters gewonnen werden, da es durch Verunreinigung zu einer Verfälschung des Untersuchungsergebnisses kommen kann.

Hormone

Ein Mangel an Hormonen (z. B. Östrogenen) kann bei Frauen, durch die verminderte Regeneration der Harnblasen- und Harnröhrenschleimhaut, eine Harninkontinenz verursachen.

Lokale Anwendung von östrogenhaltigen Salben oder Scheidenzäpfchen kann die Schleimhaut wiederaufbauen helfen.

Katheterableitung

Ist die Harninkontinenz mit einer medikamentösen Therapie oder Operation nicht oder nicht ausreichend therapierbar, so kann eventuell vorübergehend eine Katheterversorgung notwendig werden. Der Urin wird über ein Schlauchsystem aus der Harnblase entleert oder nach außen in einen Beutel geleitet. Die Beutelsysteme fassen bis zu 2000 ml und können direkt in ein Auffangbehältnis oder die Toilette entleert werden. Dieses Verfahren bietet sich für die Versorgung nach der OP und für bettlägerige Patientinnen oder auch zur Nacht an. Für den mobilen Patienten ist die Ableitung des Urins in einen Beinbeutel vorzuziehen. Diese Beutel werden unter der Kleidung am Bein befestigt und sind von außen nicht sichtbar.

Dauerkatheter (DK)

Der Dauerkatheter wird über die Harnröhre in die Harnblase eingeführt. Am in der Blase liegenden Ende des Katheters befindet sich ein mit Flüssigkeit auffüllbarer Ballon, der ein Herausfallen des Katheters aus der Blase verhindert.

Der Dauerkatheter sollte nur kurze Zeit genutzt werden, da häufig schon nach kurzer Zeit eine Harnwegsinfektion entstehen kann.

Sauberer Selbstkatheterismus

Bei dieser Behandlung wird die Patientin angeleitet, die Blase über einen Einmalkatheter zu entleeren. Nach einer kurzen Anlernphase ist fremde Hilfe nicht mehr erforderlich. Die Handhabung erfolgt völlig selbstständig, einfach und sicher durch die Patientinnen.

Suprapubischer Blasenkatheter (SPF)

Der suprapubische Blasenkatheter wird unter örtlicher Betäubung über die Bauchdecke in die Harnblase eingelegt. Auch bei diesem System verhindert ein Ballon das Herausfallen aus der Harnblase. Der suprapubische Blasenkatheter ist für eine längere oder ständige Harnableitung geeignet. Er wird manchmal auch nach Operationen am Beckenboden eingesetzt und ermöglicht ein Blasentraining bei noch liegendem Katheter.

Sowohl über den Dauerkatheter als auch über den suprapubischen Blasenkatheter kann der Urin ständig in große Auffangbeutel oder in Beinbeutel abgeleitet werden.

Unter Dauerableitung verkleinert sich die Harnblase kontinuierlich. Ist eine Rehabilitation der Harnblase mit normaler Blasenfunktion möglich, sollte der Urin nicht ständig in einen Beutel abgeleitet werden.

In diesem Fall wird der Katheter tagsüber zugestöpselt und zur Blasenentleerung geöffnet. Nachts kann der Urin wieder in einen Beutel abgeleitet werden.

Familie, Freunde, Selbsthilfe

Wie gehe ich mit meinem „Problem“ gegen- über meiner Familie, meinen Freunden und meinen Kollegen um?

Die Nachricht von Ihrem Inkontinenz-Problem kann bei den Menschen, mit denen Sie darüber sprechen, unterschiedliche Reaktionen auslösen. Daher sollten Sie sorgfältig abwägen, mit wem Sie über Ihre Sorgen sprechen. Wenn Sie mit Ihrer Inkontinenz „offen“ umgehen, werden Sie vermutlich viel positiven Beistand, aber möglicherweise in dem einen oder anderen Fall auch menschliche Enttäuschungen erfahren.

Auch wenn das Thema Kontinenz seit einigen Jahren kein öffentliches Tabu mehr ist, so wissen wir doch, dass die Inkontinenz schambesetzt ist und zum Teil nicht einmal im engsten Familien- und Freundeskreis besprochen wird.

Leider führt das auch immer wieder dazu, dass sich Menschen, die unter Inkontinenz leiden, nach und nach aus dem sozialen Leben verabschieden.

Dieses sollte nicht passieren, vielleicht haben Sie ja einige Menschen um sich, von denen Sie erwarten können, dass sie Verständnis für Ihre Probleme haben und die Sie unterstützen können.

Bei jeder Art von Erkrankung ist es für Außenstehende nicht immer einfach, die richtigen Worte zu finden. Missverständnisse und Fehlinterpretationen können in solchen Situationen leicht vorkommen. Seien Sie möglichst offen und sprechen Sie Ihr Gegenüber gezielt an, denn mit großer Wahrscheinlichkeit handelt es sich um ein ungeschicktes Verhalten oder eine unsensible Bemerkung und Sie helfen Ihrem Gegenüber, zukünftig angemessen zu reagieren.

Selbsthilfegruppen

Wenn Sie anfänglich Schwierigkeiten haben die „Hürde“ zu nehmen, um mit Ihren engsten Angehörigen oder Freunden über Ihre Inkontinenz zu sprechen, ist es vielleicht von Vorteil, sich bei anderen Betroffenen zu informieren. Häufig werden Sie in einer Selbsthilfegruppe von den Erfahrungen der Anderen profitieren können. Dass Selbsthilfegruppen vor allem in der Zeit während und nach der Behandlung eine gute Ergänzung zu Betreuung und Behandlung durch Ihr Behandlungsteam sein können, berichten uns Teilnehmerinnen immer wieder. Man kann dort ganz ungezwungen über seine Erfahrungen und Probleme sprechen und sich die Tipps anderer Betroffener einholen.

Tricks und Verhaltensweisen, die einer anderen Betroffenen geholfen haben, können auch Ihr Leben erleichtern. Es sind oft die vermeintlich kleinen Dinge und praktischen Hilfen, die Ihnen „erfahrene“ Inkontinenz-Patienten geben können.

Wir haben engen Kontakt zu mehreren sehr aktiven Selbsthilfegruppen und helfen Ihnen gerne bei der Kontaktaufnahme.

OPERATIVE THERAPIE

Die operative Therapie der Harninkontinenz und auch Genitalsenkungen gliedert sich in Verfahren mit Zugang über die Harnröhre, Scheide oder über den Unterbauch.

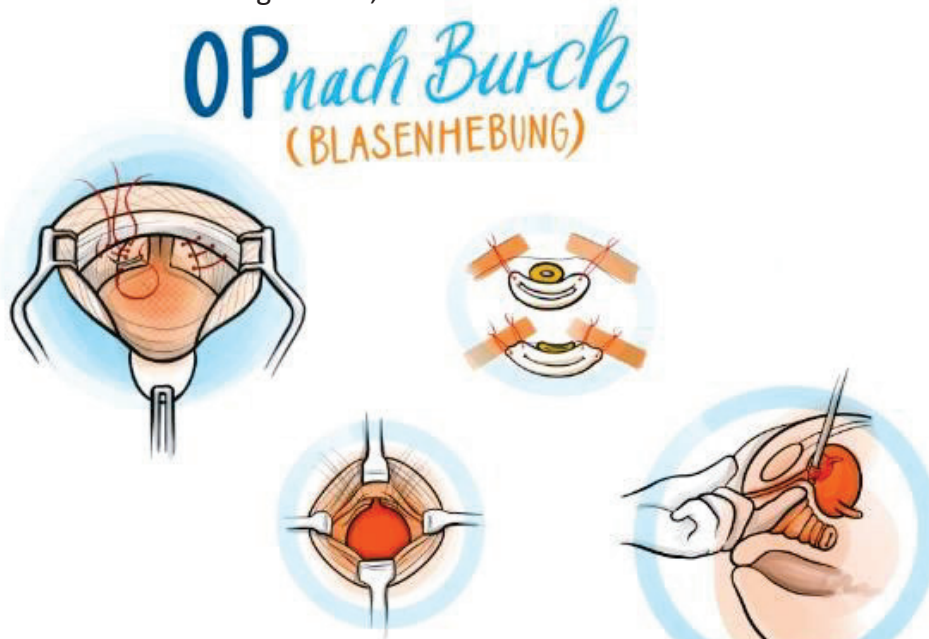
Welche Therapieform gewählt wird, hängt von der Form der Inkontinenz oder der Genitalsenkung, dem Schweregrad der jeweiligen Erkrankung, den Begleiterkrankungen und auch von den Vorstellungen der einzelnen Patientin ab.

Operationsverfahren bei Inkontinenz

Kolposuspension nach Burch

Dieses Verfahren wird als offener Eingriff über den Unterbauch, inzwischen aber auch über einen minimalinvasiven laparoskopischen Zugang (Schlüssellochchirurgie) durchgeführt.

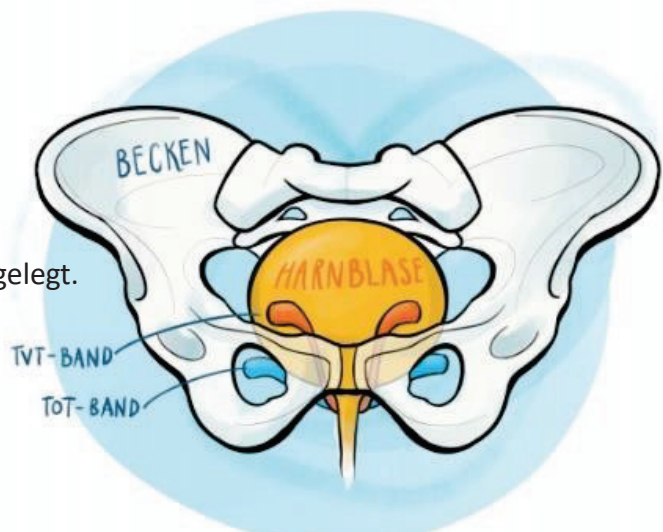
Durch Befestigung der Scheide am leistennahen Cooper'schen Band, werden Blasen Hals und Harnröhre angehoben, dadurch wird der Verschlussmechanismus wieder gestärkt.



Kunststoffbänder (engl.: Tapes)

TVT (Tension-free Vaginal Tape) oder
TOT (transobturatorisches Tape)

Diese nicht resorbierbaren Bänder werden spannungsfrei unter die mittlere Harnröhre gelegt. Im späteren Verlauf wachsen Bindegewebszellen ein, wodurch es zu einer Unterpolsterung der Harnröhre kommt. Die Erfolgchancen liegen bei über 85%.



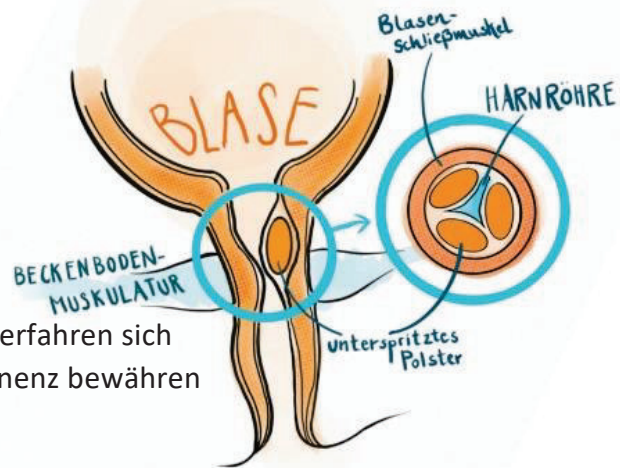
TVT / TOT und die Kolposuspension nach Burch sind Verfahren zur Therapie der Belastungsinkontinenz.

Bulking Agents

„Bulking Agents“ sind Substanzen die im Bereich des Blasenschließmuskels unter die Schleimhaut gespritzt werden. Sie bilden dort ein Polster und führen so zur Stärkung des Schließmuskels.

Durch die Unterspritzung sind bisher gute Ergebnisse von mittelfristiger Dauer zu erzielen.

Weitere in der Testphase befindliche Substanzen müssen in der klinischen Testung noch zeigen, welches Verfahren sich auf Dauer in der Therapie der Harninkontinenz bewähren wird.



Weitere Kontinenzoperationen

Faszienzügelplastik

Bei der Faszienzügelplastik wird körpereigenes Gewebe (Muskelfaszie) um den Blasen Hals gelegt und dieser damit angehoben. Dieses seltener angewendete Verfahren führt gelegentlich zu Überkorrekturen und Blasenentleerungsstörungen.

Komplexe Kontinenzoperation

Dieses Verfahren benötigt man zur Korrektur von Störungen des Beckenbodens mit mehreren zu behebenden Defekten. Sie stellen eine Kombination aus Blasenhebung, Mastdarmhebung u.a. dar.

Artificialer Harnblasensphinkter

Der künstliche Blasensphinkter (Schließmuskel der Harnblase) wird bei absoluter Inkontinenz mit defektem oder zerstörtem Schließmuskel künstlich gebildet. Hierzu wird eine Silikonmanschette um den Blasen Hals oder die Harnröhre gelegt.

Beckenbodenschrittmacher – sakrale Neurostimulation

Der Blasen- bzw. Beckenbodenschrittmacher ist ein Implantat zur Elektrostimulation und moduliert unkoordinierte Nervensignale, die insbesondere bei überaktiver Blase vorkommen. Wenn konservative Therapien zur Behandlung der überaktiven Blase nicht erfolgreich waren, kann dieses Verfahren zum Einsatz kommen. Der Schrittmacher wird unter die Haut gelegt und gibt über gezielt platzierte Elektroden schwache elektrische Impulse an die die Blase, aber auch den Darm stimulierenden Nerven ab, die dadurch koordiniert werden.

Vor der endgültigen Schrittmacherimplantation erfolgt eine Testphase. Die Patienten können später Einfluss auf den Beckenbodenschrittmacher nehmen. Eine Heilung der Erkrankung erfolgt nicht, wohl aber eine Reduktion der unerwünschten Symptome und damit eine Verbesserung der Lebensqualität.

Botulinumtoxin- Injektion

In bestimmten Fällen der überaktiven Blase, wenn z.B. die medikamentöse Behandlung nicht angesprochen hat, kann eine Injektionstherapie mit Botulinumtoxin A (im allgemeinen Sprachgebrauch ‚Botox‘) in die Blasenmuskulatur erfolgen. Botulinumtoxin hemmt die Muskelaktivität der Blasenwand, die Überaktivität wird also abgeschwächt. Die volle Wirkung ist nach einigen Tagen erreicht und hält bis zu 10 Monaten an.

Sakrale Neurostimulation und ‚Botox‘-Injektion werden bei überaktiver Blase (Dranginkontinenz) angewendet.

Genitalsenkung

Bei einer Scheidensenkung handelt es sich um die Vorwölbungen der Scheidenwand/-wände mit den dahinter gelegenen Strukturen, die der jeweiligen Senkungsform ihren Namen geben:

- **Cystocele** –
Senkung der Blase
- **Uterusprolaps** –
Senkung der Gebärmutter
- **Rectocele** –
Senkung des Enddarmes



Allen abgebildeten Senkungszuständen ist Folgendes gemein: Die Bänder, die den Organen Halt geben, und die Bindegewebsverdichtungen zwischen den Organen haben infolge allgemeiner erblicher Bindegewebsschwäche, Schwangerschaften und anderen Belastungen nachgegeben.

Im Rahmen einer Senkung der weiblichen Genitale können verschiedene Gewebeanteile Auslöser der Beschwerdesymptomatik sein. Entsprechend wird das Vorgehen angepasst.

Ist vor allem der obere und hintere Anteil der Scheide durch die Ausstülpung/Senkung betroffen, so lässt sich die Scheide bzw. der Scheidenblindsack je nach Befund durch

auflösbare oder im Körper verbleibende Fäden, Bänder oder auch spezielle Netzkonstruktionen nach oben fixieren.

Dazu gibt es neben den klassischen Vorgehensweisen von der Scheide aus zu operieren heute auch etliche modifizierte Verfahren, die auf die Bauchspiegelung und somit auf minimal-invasive Techniken zurückgreifen

Die Operationsstrategie besteht in einer Präparation der Bindegewebsschichten und Bänder und deren Ersatz durch Raffung des eigenen Gewebes oder Verstärkung durch ein Implantat (Mesh), das an die Stelle des defekten Bindegewebes tritt.

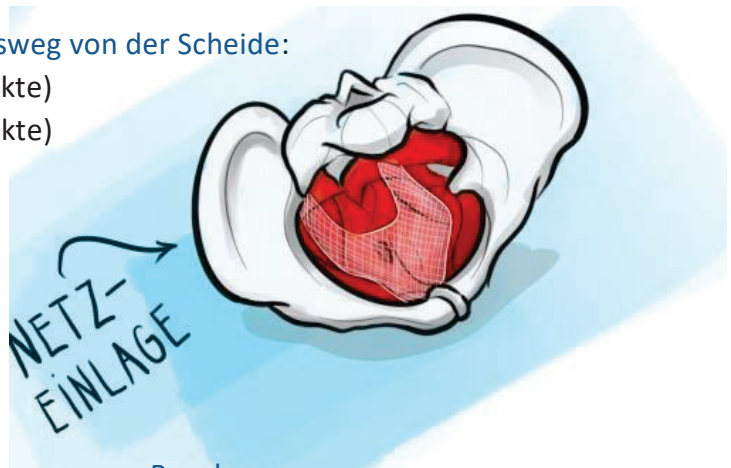
Vaginale Geburten sollten nach solchen Eingriffen nicht mehr erfolgen.

Implantate (Mesh = Netz)

Im Zuge der Weiterentwicklung und Verbesserungen der Operationstechniken, haben sich auch die Meshes (Netze) immer weiterentwickelt. Heute werden kleinere, leichtere und gut verträgliche Netze zur Behebung von Senkungszuständen verwendet. Es existieren auf dem Markt eine Vielzahl von unterschiedlichen Netzen in Abhängigkeit von der Form und Ausprägung der Senkung. Damit können den Patientinnen ein auf ihre Situation angepasstes Operationsverfahren angeboten werden.

Beispiele für Netz-Varianten und Zugangsweg von der Scheide:

- 4-Punkt Mesh (4 Befestigungspunkte)
- 6-Punkt Mesh (6 Befestigungspunkte)
- Anteriores Mesh
- Posteriores Mesh
- Mesh zur sakrospinalen Fixierung
- etc.



Beispiele für Netz-Varianten und Zugangsweg vom Bauchraum:

- Mesh zur Kolposakropexie (Scheidenaufhängung am Kreuzbein)
- Mesh zur Hysterosakropexie (Gebärmutteraufhängung am Kreuzbein)
- Mesh zur Pektropexie (Befestigung am seitlichen Schambein)
- etc.

Nach der Operation

Verhalten nach der OP, Östrogenisierung und Follow -Up

- während der ersten Tage nach der Operation sollten einige blutverdünnende Medikamente (zum Beispiel ‚Marcumar‘ ‚Clopidogrel‘ ‚Xarelto‘) nur in Absprache mit ihrem behandelnden Arzt eingenommen werden.
- In den ersten 6 Wochen sollten Sie nichts Schweres heben:
- im ersten Vierteljahr nicht mehr als 5 kg, danach langsame Steigerung auf maximal 10-15 kg.
- Duschen ist jederzeit gestattet.
- Vollbäder, Schwimmbadbesuche und Geschlechtsverkehr sollten Sie erst dann vornehmen, wenn die Scheidenwunden abgeheilt sind. Dieses dauert etwa 6 Wochen. In dieser Zeit sollte der Frauenarzt konsultiert werden, um einen erfolgreichen Heilungsverlauf zu überprüfen.
- In den ersten 6 Wochen nach der Operation ist es wichtig, für weichen und regelmäßigen Stuhlgang zu sorgen, damit kein Pressen erforderlich wird. Eventuelle Unterstützung kann durch Lactulose, Quellmittel, Ballaststoffe und reichlich Flüssigkeitszufuhr erfolgen.
- Scheide, Harnröhre und Blase sind hormonabhängige Gewebe. Daher kann die Heilung nach einer Operation hier mit Östrogen-Scheidenzäpfchen (Östriol) oder Cremes unterstützt werden.
- Ein regelmäßiges Beckenbodentraining ist sinnvoll. Dieses sollte ca. 6-8 Wochen nach der Operation unter physiotherapeutischer Anleitung wiederaufgenommen werden. Ein vorsichtiges Anspannen des Beckenbodens (Scheide sanft zusammenschließen) ist schon direkt nach der OP erlaubt.
- Sport und vergleichbare Aktivitäten dürfen Sie nach 6-8 Wochen wieder aufnehmen.
- In Der Regel besteht Arbeitsunfähigkeit je nach Verfahren zwischen 1 und 6 Wochen. Die Zeitspanne hängt natürlich auch von Ihrer Tätigkeit ab

Qualitätssichernde Nachuntersuchung - Follow-Up

Im Interesse unserer Patientinnen und zur Qualitätskontrolle unserer Behandlung bieten wir in Kontrolluntersuchungen zur Erfassung der Operationsergebnisse und Zufriedenheit der Patientinnen an. Wir speichern diese Daten anonym in eine Datenbank ein. So können die Kliniken im Verbund Ihre Ergebnisse bewerten, vergleichen und voneinander lernen.

1. Untersuchung

Stellen Sie sich bitte 3-4 Wochen nach der Operation bei uns oder Ihrem niedergelassenen Gynäkologen oder Urologen vor.

2. Untersuchung nach 3 Monaten

Dies ist die erste qualitätssichernde Nachuntersuchung in der Sprechstunde des Krankenhauses

3. Untersuchung nach 12 Monaten

Dies ist die zweite qualitätssichernde Nachuntersuchung in der Sprechstunde des Krankenhauses. Nach 1 Jahr können erste Aussagen über den Langzeiterfolg der jeweiligen Operation gemacht werden, daher ist uns diese Nachuntersuchung besonders wichtig, auch wenn sie als Patientin ihren Eingriff möglicherweise schon „vergessen“ haben, im Alltag beschwerdefrei sind und den Nachsorgetermin persönlich als nicht mehr erforderlich empfinden.

In diesem Sinne: lassen Sie uns gemeinsam an der fortwährenden Verbesserung der Behandlung von Beckenbodenschwäche und Inkontinenz arbeiten.