



Unter Druck

Ihr Ratgeber rund um die Themen
Blasenschwäche und
Senkungsbeschwerden

REGIOMED Klinikum Sonneberg
Gynäkologie und Geburtshilfe

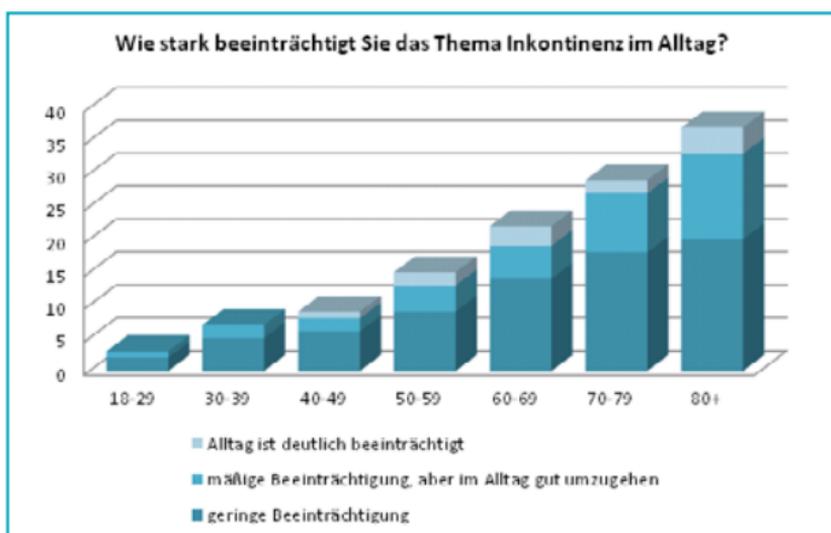
Liebe Patientin,

Sie leiden unter Blasenschwäche oder einem ständigen Druckgefühl im Unterleib? Dann geht es Ihnen so wie etwa sechs Millionen Frauen in Deutschland. Viele verschweigen diese Probleme aus Scham. Aber es gibt heute eine Vielzahl verschiedener Heilmöglichkeiten, um diese Leiden, welche die Lebensqualität stark beeinträchtigen, unter Kontrolle zu bekommen.

Wir, die Ärzte, Schwestern und Physiotherapeuten des interdisziplinären Kontinenz- und Beckenbodenzentrums Sonneberg, haben uns zum Ziel gesetzt, Ihnen mit dieser Broschüre die Furcht vor der Diagnose Inkontinenz oder Blasensenkung zu nehmen. Durch die Beantwortung der am häufigsten gestellten Fragen möchten wir Ihnen die heutigen Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie aufzuzeigen.

Sind Sie mit Ihrem Problem allein?

In Deutschland werden mehr Windeln für Erwachsene als für Kinder produziert. Die Ursache ist eine zunehmende Verbreitung der Inkontinenz. Eine von sieben Frauen über 35 Jahren ist davon betroffen, etwa ein Drittel der über 70-Jährigen leidet an Inkontinenz. Bei 15 bis 20 Prozent der Betroffenen ist dadurch die Lebensqualität deutlich beeinträchtigt.



Leider sind diese Leiden auch heute noch mit einer dreifachen Sprachlosigkeit behaftet: Die Frauen schämen sich, darüber zu reden, manche Ärzte befassen sich ungern mit dem Thema, weil die Kassen die Behandlung schlecht vergüten, und die Presse greift es selten auf, weil es immer noch als Tabuthema gilt und daher oft gar nicht bekannt ist, wie weit verbreitet es ist.

Die privaten Ausgaben für Inkontinenzhilfsmittel können im Einzelfall zu einer starken finanziellen Belastung führen. Vorlagen und Windeln mögen lindern und sogar auf Rezept vom Arzt verordnet werden - sie beheben aber nicht die Ursachen.

Als betroffene Frau sehen Sie sich also neben der eigentlichen Blasenschwäche mit zahlreichen Begleitproblemen konfrontiert. **Warum wollen Sie sich länger damit quälen? Ihnen kann geholfen werden!** Suchen Sie das vertrauensvolle Gespräch mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt.

Um die Suche nach einem Spezialisten zu erleichtern, hat die Arbeitsgemeinschaft Urogynäkologie und Beckenbodenrekonstruktion e.V. (AGUB) eine Kennzeichnung von Ärzten entsprechend ihrer Qualifikation eingeführt. Sie finden auf der Seite www.agub.de jene Ärztinnen und Ärzte, die sich entsprechend qualifiziert haben. In der REGIOMED Klinik Sonneberg sind dies:



Dr. med. Jens Reimann
Chefarzt



Dr. med. Jens Reißweber
Leitender Oberarzt

Was ist eigentlich Inkontinenz und was hat sie mit „Druck nach unten“ zu tun?

Normalerweise können wir den Zeitpunkt, wann wir zur Toilette gehen, selbst bestimmen. Damit das reibungslos funktioniert, muss unter anderem das Zusammenspiel zwischen dem willentlich gesteuerten Nervensystem und den beteiligten Strukturen der Harnblase stimmen. Bei Störungen dieses Zusammenwirkens kommt es zu ungewolltem Urinverlust.

Je nach Ursache unterscheidet man im Wesentlichen zwei Formen von Inkontinenz:

Die häufigste Form ist die **Reizblase**, medizinisch auch **überaktive Blase** genannt. Typische Beschwerden sind häufiges Wasserlassen, plötzlicher Harndrang und ungewollter Harnverlust - ganz gleich, ob im Sitzen, Stehen oder Liegen. Mit zunehmendem Alter werden die Symptome immer unangenehmer. Was in jüngeren Jahren noch scherzhaft als „Konfirmandenblase“ abgetan wird, führt letztlich zu einer immer größeren Belastung des täglichen Lebens. Nicht selten endet dies in sozialer Isolation oder Ausgrenzung.

Eine weitere Art der Inkontinenz ist die **Belastungs- oder Stressinkontinenz**. Bei Frauen in den Wechseljahren ist sie die häufigste Form der Blasenschwäche. Der Schließmuskel der Blase arbeitet nicht mehr so, wie er sollte. Bei alltäglicher körperlicher Belastung wie Niesen, Lachen oder schwerem Heben kommt es zu unfreiwilligem Abgang von Urin.

Es beginnt oft schon in der Schwangerschaft: Die Frauen bemerken, dass sie beim Husten ein paar Tropfen Urin verlieren. Heute wissen wir, dass dieses Problem auf Veränderungen des Bindegewebes zurückzuführen ist, ähnlich wie die Entstehung von Krampfadern oder Leistenbrüchen.

Hier ist auch die Verbindung zu den Senkungsbeschwerden zu sehen. Zwar handelt es sich dabei um ein eigenständiges Krankheitsbild, aber durch die Lockerung des Bindegewebes oder durch geburtsbedingte Schädigungen können im Laufe des Lebens Lücken im Beckenboden zur Senkung der Blase, der Gebärmutter oder des Enddarms führen. Je nachdem, welcher Teil des Beckenbodens betroffen ist, kann dies mit entsprechenden Beschwerden wie Stuhl- oder Harninkontinenz, Druckgefühl oder Schmerzen im Becken verbunden sein.

Überaktive Blase oder Belastungsinkontinenz?

Überaktive Blase

- imperativer Harndrang
- erhöhte Miktionsfrequenz (mehr als 8 Toilettengänge innerhalb 24 Stunden)
- Nykturie (mehr als 1 x pro Nacht)
- mit oder ohne Dranginkontinenz

Ursache:

unkontrollierte, mehr oder weniger starke Detrusor-Kontraktionen

Belastungsinkontinenz

unfreiwilliger Harnverlust unter anderem bei

- Lachen
- Husten
- Treppensteigen
- körperlicher Anstrengung

Ursache:

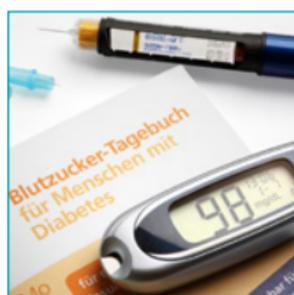
insuffizienter Schließmuskel

Trifft eine der beschriebenen Formen auf Sie zu? Oder auch eine Mischung daraus?

Dann können Sie anhand dieser Broschüre schon einige wesentliche Fragen für sich selbst beantworten und dies zum Anlass nehmen, bei Ihrem nächsten Arzttermin über Ihre Probleme zu sprechen. Auch und insbesondere dann, wenn Sie nicht sicher sind, ob Sie an einer der beschriebenen Formen der Inkontinenz leiden, sollten Sie das Gespräch mit Ihrem Arzt suchen.

Was kommt bei den Untersuchungen auf Sie zu? Sind sie unangenehm oder gar schmerzhaft?

Wichtig zu wissen ist: Harninkontinenz ist keine Krankheit, sondern ein Krankheitszeichen, das sich unterschiedlich äußern und unterschiedlich ausgeprägt sein kann. Daher wird sich Ihr Arzt zunächst ganz in Ruhe mit Ihnen unterhalten. In diesem Gespräch geht er auf Ihre allgemeine Krankengeschichte ein, besonders auf chronische Erkrankungen und damit verbundene Medikamenteneinnahmen sowie auf eventuelle Voroperationen. Auch Beschwerden, die auf den ersten Blick wenig mit Inkontinenz zu tun haben, können eine große diagnostische Bedeutung haben. So sind zum Beispiel Diabetes, erhöhter Blutdruck oder Depressionen häufig für das Entstehen einer Reizblase verantwortlich. Allein durch dieses Gespräch, unterstützt durch spezielle Fragebögen, kann schon ein Großteil der diagnostischen Fragen beantwortet werden.



Weitere Schritte sind die Untersuchung des Urins auf Entzündungen oder mit dem bloßen Auge nicht erkennbare Beimischungen von Blut. In jedem Fall wird sich auch eine Untersuchung des Beckenbodens, ähnlich der einer gynäkologischen Untersuchung, anschließen. Dadurch erhält der Arzt Informationen, ob ein organischer Defekt des Beckenbodens vorliegt.



Um eine objektive Einschätzung der Blasenkapazität (dies ist die Füllmenge der Blase, die ohne Schmerzen oder Beschwerden von Ihnen ausgehalten werden kann) zu erzielen, wird insbesondere vor Operationen eine urodynamische Messung durchgeführt. Hierbei wird durch eine sehr dünne Sonde (weniger als ein Millimeter, schmerzfrei

durch die Harnröhre eingeführt) der Blasendruck und der Druck in der Harnröhre gemessen. Aus dem Zusammenspiel dieser beiden Organe ergibt sich die Information, ob und welche Operationen Ihnen Verbesserung bieten können.

All diese Untersuchungen sind mit den heute vorhandenen Geräten zwar etwas unangenehm, aber in keinem Fall mit Schmerzen verbunden.

**Wie geht es nach der Diagnosefindung weiter?
Müssen Sie gleich operiert werden?
Welche Form der Therapie ist für Sie geeignet?**

Die zweite Frage ist definitiv mit „Nein“ zu beantworten. Egal, unter welcher Form der Inkontinenz Sie leiden, ein guter Arzt wird Ihnen in aller Regel zunächst eine *nicht-operative* Behandlung vorschlagen. Für welche Behandlungsform er sich entscheidet, ist wiederum von der Art der Inkontinenz anhängig.

| Therapiekonzept der Harninkontinenz | |
|---|--|
| Präoperative, konservative Therapie | <ul style="list-style-type: none">• Verhaltensänderung• Physiotherapie• medikamentöse Therapie |
| Operative Therapie | <ul style="list-style-type: none">• Kolposuspension• Suburethrale Schlingen• Bulking-Therapie |
| Postoperative, konservative Therapie | <ul style="list-style-type: none">• Verhaltensänderung• Physiotherapie• medikamentöse Therapie |

Die Reizblase



Patientinnen mit Dranginkontinenz, also der sogenannten Reizblase, sind in Ihrer Lebensqualität oft stark beeinträchtigt. Wenn die Blase ständig drückt oder brennt, ist der Kopf nicht mehr frei. Entsprechend muss zunächst das unangenehme „Gefühl“ der Reizblase behandelt werden. Dazu sind oft mehrere Therapieschritte notwendig.

Zunächst gilt es, eventuell vorhandene **chronische Erkrankungen** optimal zu therapieren. Hierzu gehört zum Beispiel ein erhöhter Blutzuckerwert, da dieser auf Dauer zu Sensibilitätsstörungen in der Blase, zur Ausbildung von Restharn und zu chronischen Blasenentzündungen führen kann.

Weiterhin ist es notwendig, für eine ausreichende Trinkmenge zu sorgen. Viele betroffene Patientinnen nehmen aus Angst, ständig auf die Toilette zu müssen, nicht genug Flüssigkeit zu sich. Sie erreichen damit aber genau das Gegenteil: Durch zu wenig Flüssigkeit steigt die Urinkonzentration, was die Ausbildung eines „Blasenreizes“ noch unterstützt. Um diesen Teufelskreis zu durchbrechen und Sie zum Blasentraining zu motivieren, wird Ihr Arzt Sie bitten, ein **Miktionsprotokoll** zu führen. Darin halten Sie beispielsweise fest, was und wieviel Sie getrunken und wann Sie Harndrang verspürt haben. Allein dadurch kann schon vielen Patientinnen geholfen werden, insbesondere im Hinblick auf schlechte Angewohnheiten wie zum Beispiel zu häufigen Kaffeegenuss.

| Miktionsprotokoll | |
|-------------------|---------------|
| Wochentag, Datum | |
| | Trinkmenge ml |
| 00 - 01 Uhr | |
| 01 - 02 Uhr | |
| 02 - 03 Uhr | |
| 03 - 04 Uhr | |
| 04 - 05 Uhr | |
| 05 - 06 Uhr | 100 |
| 06 - 07 Uhr | |
| 07 - 08 Uhr | 200 |
| 08 - 09 Uhr | 200 |
| 09 - 10 Uhr | |
| 10 - 11 Uhr | |
| 11 - 12 Uhr | |
| 12 - 13 Uhr | 300 |
| 13 - 14 Uhr | 200 |
| 14 - 15 Uhr | 150 |
| 15 - 16 Uhr | 200 |
| 16 - 17 Uhr | |
| 17 - 18 Uhr | 150 |
| 18 - 19 Uhr | 300 |
| 19 - 20 Uhr | 100 |
| 20 - 21 Uhr | 200 |
| 21 - 22 Uhr | 100 |
| 22 - 23 Uhr | 120 |
| 23 - 00 Uhr | |

* Trinkmengen: normale Tasse = 100 ml, normales großes Glas = 200 ml, großes Glas = 300 - 400 ml

Belastungs- und Stressinkontinenz

Als wesentliche Ursache der Belastungs- oder Stressinkontinenz gilt eine Lockerung des Bandapparates im Beckenbereich. Entsprechend sollte versucht werden, die benötigte Elastizität wieder herzustellen.

Hier ist die gezielte **Physiotherapie** das Mittel der Wahl. Diese sollte jedoch immer unter der Anleitung einer speziell ausgebildeten Physiotherapeutin erfolgen. Verlassen Sie sich dabei nicht auf irgendwelche Broschüren. Denn: Eine Broschüre über Beckenbodengymnastik hat den gleichen Effekt wie eine Broschüre über das Schwimmenlernen. Beides lernt man nicht in der Theorie. Der Trainingseffekt der Beckenbodengymnastik lässt sich mittels der **Bio-Feedback-Methode** noch unterstützen. Dabei kommen spezielle Geräte zum Einsatz, in deren Gebrauch die Patientinnen zu Hause von entsprechenden Mitarbeiterinnen eingewiesen werden. Die Kosten werden meistens von den Krankenkassen übernommen.



Eine **Hormonbehandlung** fördert auch bei der Stressinkontinenz die Regeneration des geschädigten Bindegewebes.

In einigen Fällen kann auch bei der Stressinkontinenz ein **Medikament** eingesetzt werden. Dies muss allerdings sehr gezielt und individuell erfolgen, da einige zu erwartende Nebenwirkungen zu beachten sind. Ihr Arzt wird Sie über den Einsatz dieses Medikamentes beraten.

Als innovative Therapiemethode wenden wir seit einigen Jahren die **Lasertherapie** an. Hierbei handelt es sich um ein besonders schonendes Verfahren, welches insbesondere bei Stressharninkontinenz und Atrophie der Scheide Anwendung findet und auch erfolgversprechend ist.

Wenn die Inkontinenz mit Senkungen des Beckenbodens verbunden ist, leisten oft **Pessare oder Ringe** gute Dienste. Es stehen viele verschiedene Modelle zur Verfügung, welche individuell angepasst werden können. Insbesondere bei

älteren Patientinnen, bei denen ein erhöhtes Operationsrisiko besteht, sollte diese Therapieform einer Operation vorgezogen werden.

Aufgrund der Schädigung des Bindegewebes sind bei der Stressinkontinenz die Erfolge der nicht-operativen Therapien deutlich geringer als bei der Reizblase. Die Lockerung des Bandapparates kann auch mit noch soviel Training nicht immer beseitigt werden. Sofern die genannten Methoden nicht den gewünschten Erfolg bringen, wird eine operative Therapie notwendig sein.

Was kommt bei einer Operation auf Sie zu?

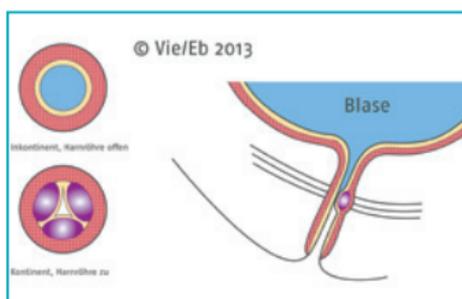
Zur operativen Therapie sind heute nur noch kleine Eingriffe nötig („Knopfloch-Chirurgie“) und man muss nur wenige Tage in der Klinik verbringen. Bei solchen Operationen wird zur Unterstützung des Bandapparates ein kleines Band unter der Harnröhre eingesetzt.

In der Regel wird hierbei von der Scheide aus operiert, der Eingriff ist also nur wenig invasiv. Durch die Anwendung verschiedener Narkoseverfahren ist er in der Hand des geübten Operateurs nicht schmerzhaft.

Die Erfolgsrate dieser Eingriffe liegt bei 80 bis 90 Prozent.

Das bedeutet im Umkehrschluss, dass die Methode bei ein bis zwei von zehn Frauen aus verschiedenen Gründen versagt. Doch selbst dann gibt es durchaus noch Abhilfe, zum Beispiel durch ein Verfahren, bei dem gewebsverändernde Substanzen, wie man sie in der kosmetischen Therapie verwendet, um die Harnröhre herum eingespritzt werden. Dieser Eingriff kann unter örtlicher Betäubung durchgeführt werden.

Der stationäre Aufenthalt beträgt bei beiden Operationstechniken etwa zwei bis vier Tage.



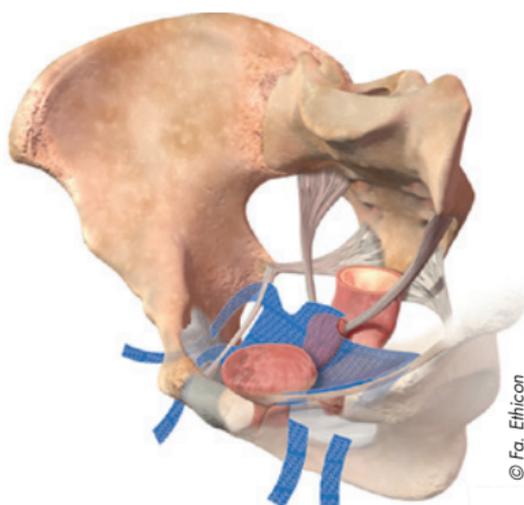
Senkungsbeschwerden

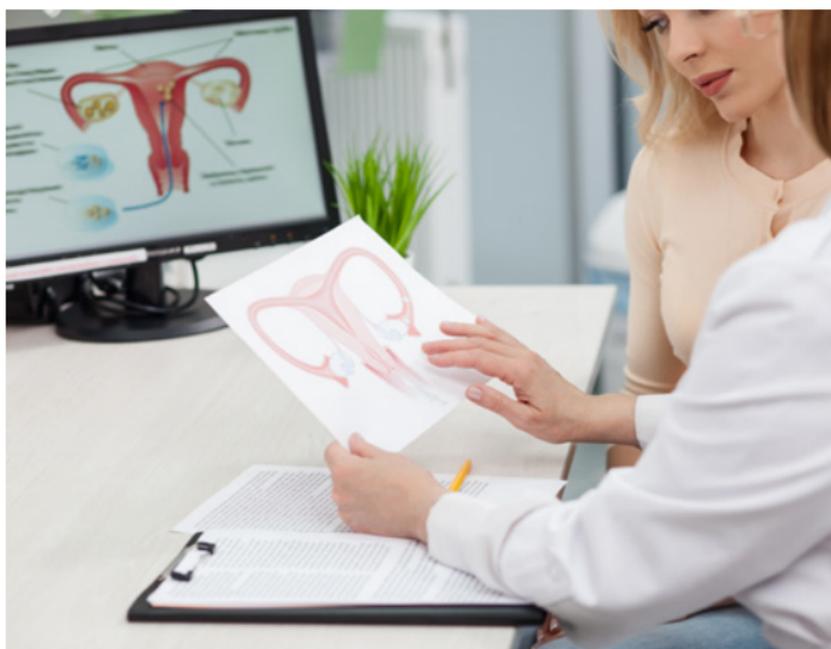
Wenn die Inkontinenz mit Senkungsbeschwerden einhergeht, ist es oft notwendig, auch diese mitzubehandeln. Je nach Schweregrad wird dann während der Inkontinenzoperation in gleicher Narkose die vorhandene Schwäche des Beckenbodens mit beseitigt.

Der Eingriff erfolgt entweder über die Scheide oder durch einen Bauchschnitt bzw. minimalinvasiv laparoskopisch. Das Operationsprinzip ist bei allen Verfahren in unterschiedlicher Ausprägung ähnlich: Die Gebärmutter oder das Scheidenende sollen angehoben und Blase bzw. Enddarm in ihre ursprüngliche Position zurückverlagert werden. Manchmal - aber keinesfalls generell - wird bei einer solchen Operation die Gebärmutter mit entfernt.

Prinzipiell versucht man, besonders bei einem Ersteingriff, ohne künstliche Materialien auszukommen. Es gibt aber durchaus Fälle, insbesondere wenn ein Rezidiv vorliegt, bei denen das körpereigene Bindegewebe dem Senkungsdruck nicht mehr standhält. Vor allem, wenn eine ausgeprägte Bindegewebsschwäche zugrunde liegt, ist mit einer erhöhten Rückfallrate zu rechnen.

Als Alternative bieten sich Operationsmethoden an, die als „**Hängemattenprinzip**“ bezeichnet werden. Hierbei werden feinmaschige Kunststoffnetze zur Stabilisierung der betreffenden Beckenbodenbereiche eingesetzt. Dadurch kommt es - ähnlich wie bei einer Hängematte - zu einer dauerhaft stabilisierenden Unterfütterung der Organe in ihrer natürlichen Position.





Sind diese Verfahren gefährlich und welche Risiken bergen sie in sich?

Keine Operation ist ohne Risiko. Wundinfektionen, die Bildung von Fisteln zwischen Blase und Scheide oder die Verletzung von Nachbarorganen sind glücklicherweise sehr seltene Ereignisse.

Auch kann es nach der Operation eines großen Blasenvorfalls anschließend zu einer mehr oder weniger starken Blasenschwäche kommen, die in einem Folgeeingriff behoben wird.

Vor jeder Operation werden Sie selbstverständlich ausführlich über Ihre ganz individuellen Vorteile und Risiken aufgeklärt.

Bei der Planung dieser Operationen sollte man mit sechs bis zehn Tagen Klinikaufenthalt rechnen und sich danach noch mindestens für weitere vier Wochen körperlich schonen.

Erfolgskontrolle

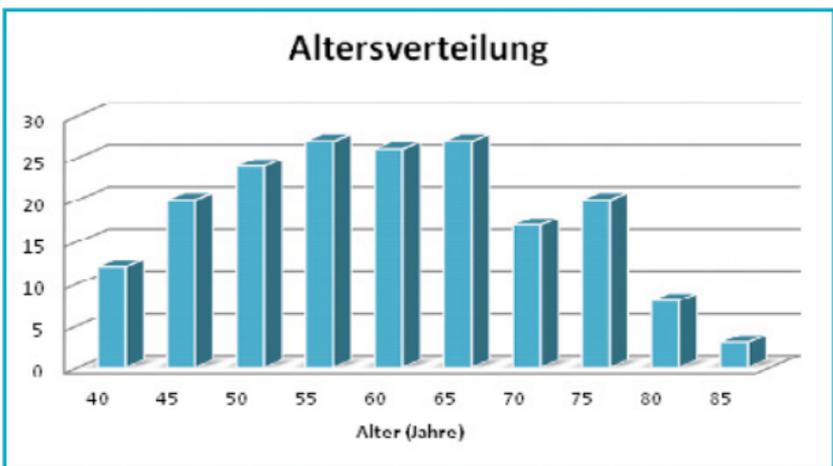
Um die Ergebnisse der Eingriffe immer weiter zu verbessern, befragen wir unsere Patientinnen unter anderem zu ihren Beschwerden vor der Operation, wie sie den Erfolg des Eingriffes einschätzen und ob bzw. welche Probleme sie danach hatten. Selbstverständlich bleibt die Befragung immer anonym und erlaubt keine Rückschlüsse auf einzelne Patientinnen.

Aus den Antworten ziehen wir wichtige Erkenntnisse für unsere weitere Arbeit:

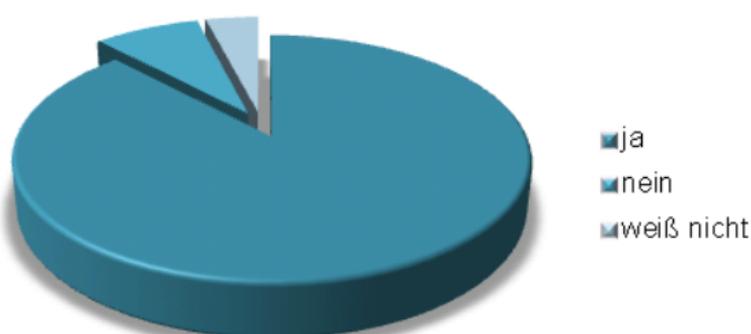
- Wie können wir unsere „Lernkurve“ optimieren?
- Wie können wir die Entwicklung neuer Techniken aus unserer Sicht mit beeinflussen?
- Wie sind die Ergebnisse kurz- und langfristig im Vergleich zu den klassischen Operationsmethoden?
- Welche Komplikationen sind aufgetreten und wie lassen sie sich zukünftig vermeiden?

Die Daten werten wir regelmäßig aus - die positive Resonanz zeigt, dass wir auf dem richtigen Weg sind. Getreu dem Motto „Nichts ist so gut, als dass es nicht noch besser werden könnte“ nutzen wir die individuellen Antworten als Grundlage für unsere weitere Arbeit.

Auszüge aus der letzten Befragung:

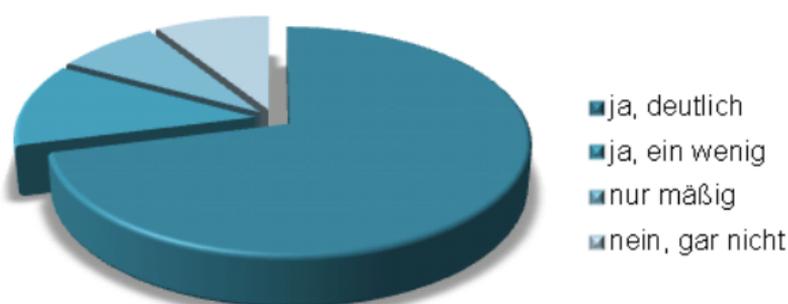


Würden Sie die Operation noch einmal durchführen lassen bzw. weiterempfehlen?



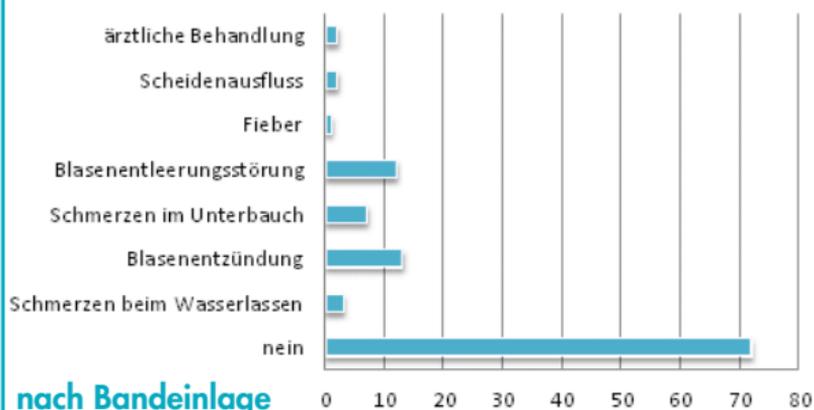
nach Netzeinlage

Hat die Operation Ihre Lebensqualität verbessert?



nach Bandeinlage

Haben oder hatten Sie nach der Operation Beschwerden?



nach Bandeinlage

Vorteile eines Beckenbodenzentrums

Die Fachabteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe der REGIOMED Klinik Sonneberg ist seit vielen Jahren als Beratungsstelle der Deutschen Kontinenzgesellschaft anerkannt und bereits mehrfach zertifiziert worden. Im Rahmen des Beckenbodenzentrums Coburg - Sonneberg - Bad Rodach arbeiten wir mit vielen Abteilungen (z.B. Urologie, Darmchirurgie, Gastroenterologie, Geriatrie, Neurologie) eng zusammen. Es finden regelmäßig Fallvorstellungen bzw. -beratungen statt, um Erfahrungen auszutauschen und für die Patientinnen die besten Therapiestrategien zu finden.

In der REGIOMED Klinik Sonneberg werden die in dieser Broschüre vorgestellten Verfahren schon seit mehr als 15 Jahren eingesetzt.

Von Anfang an haben wir unsere Ergebnisse konsequent und kritisch einer Qualitätskontrolle unterzogen. In Form von Fragebögen werden unsere Patientinnen jährlich angeschrieben und nach Ihrer gegenwärtigen Situation bezüglich des Beckenbodens befragt. Durch die Auswertung der Ergebnisse sind wir in der Lage, unseren Patientinnen auch über Langzeitverläufe Auskunft zu geben.

Dabei waren wir schon immer auch innovativen Verfahren gegenüber aufgeschlossen. Zum fachlichen Austausch laden wird in jedem Jahr interessierte Kolleginnen und Kollegen aus ganz Deutschland zu unserem Sonneberger Operationsworkshop mit anschließender Weiterbildungsveranstaltung ein. Diese Fortbildungsveranstaltung wurde mehrfach ausgezeichnet.

Wir in Sonneberg haben uns in besonderem Maße den schonenden operativen Verfahren durch die Scheide verschrieben. Diese bieten ein möglichst geringes Operationsrisiko und kurze Klinikaufenthalte, was immer wieder durch groß angelegte Studien innerhalb unsrer Fachgesellschaften bestätigt wurde.

Wo finden Sie den richtigen Ansprechpartner?

Im Kontinenz- und Beckenbodenzentrum Sonneberg kennen wir Ihre Sorgen und Probleme und stehen Ihnen gerne mit Rat und Tat zur Seite. Sie können sich direkt über die Gynäkologie im MVZ an uns wenden. Sofern eine stationäre Behandlung nötig wird, kann diese in der REGIOMED Klinik Sonneberg erfolgen. Somit bleibt Ihre Behandlung von Anfang bis zum Abschluss quasi „in einer Hand“.



Meine Fragen an den Arzt:

Meine Fragen an den Arzt:

Kontakt

REGIOMED Klinikum Sonneberg

Gynäkologie und Geburtshilfe

Chefarzt Dr. med. Jens Reimann
Neustadter Straße 33
96515 Sonneberg

Sekretariat

Kathrin Höfler
Telefon 03675 821-222
Telefax 03675 821-229
E-Mail kathrin.hoefler@regiomed-kliniken.de

Gynäkologische Ambulanz

Telefon 03675 821-787

REGIOMED MVZ Sonneberg

Gynäkologie

Dr. med. Jens Reimann
Praxis am Krankenhaus
Telefon 03675 821-7040

