





































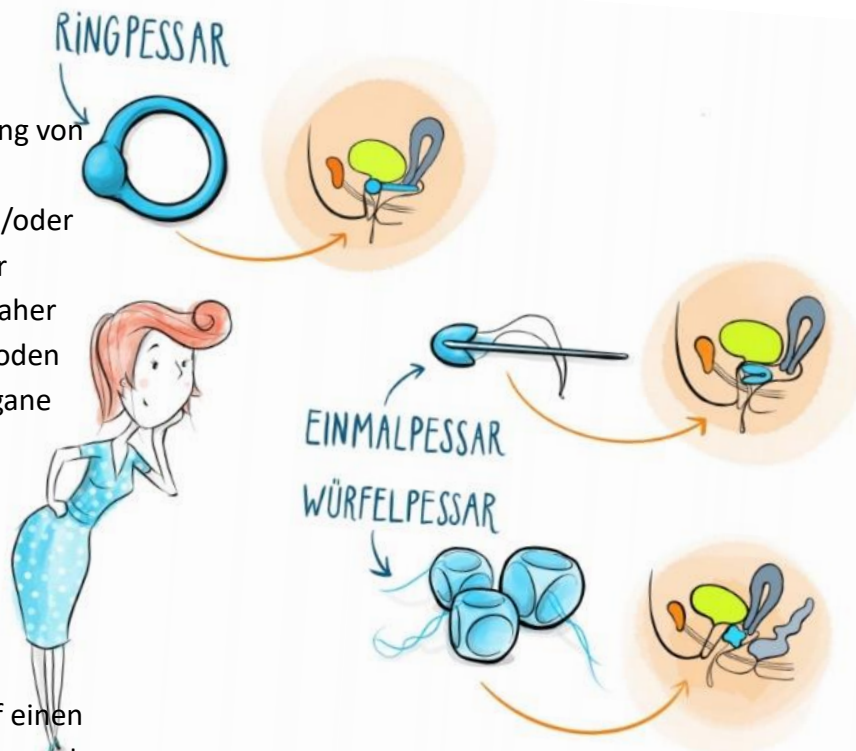
## Würfelpessare

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 Miktion (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.

### Duloxetin

Durch bessere Kenntnis der neuralen Steuerung des unteren Harntraktes und insbesondere der Blasenentleerungsmechanismen konnte ein weiterer Arzneistoff [Duloxetin, 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 Blasenkateter (SPF)

Der suprapubische Blasenkateter 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 Blasenkateter 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 Blasenkateter 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.

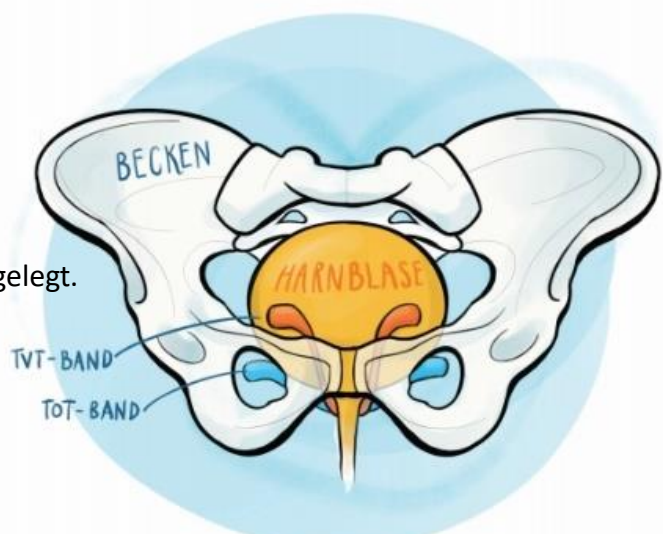


### Kunststoffbänder (engl.: Tapes)

**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%.



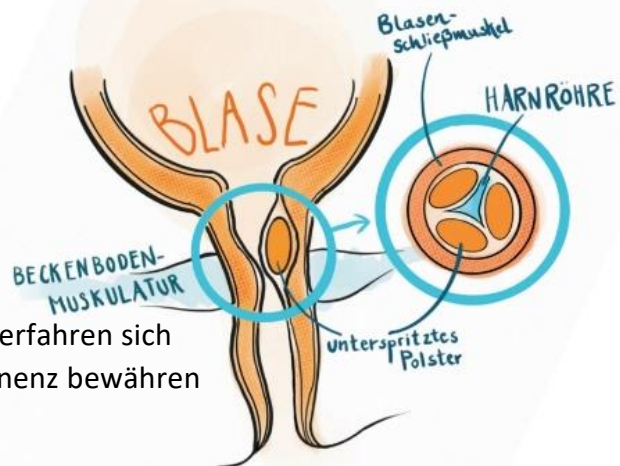
TVT / TOT und die Kolposuspension nach Burch sind Verfahren zur Therapie der Belastungsinkontinenz.

## 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 Bindegewebschwäche, 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





## 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.**

## Inhalt der Informationsbroschüre

Das Fachexperten-Netzwerk .....	1
Schwerpunkt Beckenboden und Kontinenz: Zertifizierter Stationärer Behandlungspfad rekonstruktive Beckenbodenchirurgie und operative Behandlung bei Harninkontinenz .....	1
Wenn die Blase nicht mehr dicht hält.....	2
Die Harnblase und ihre Funktion.....	3
Die natürliche Harnentleerung (Miktion).....	3
Harninkontinenz.....	3
Wann liegt eine Harninkontinenz vor?.....	4
Einflussfaktoren.....	4
Vorerkrankungen der Harnblase als begünstigender Faktor für Harninkontinenz.....	4
Allgemeine Einflussfaktoren.....	4
Formen der Harninkontinenz .....	5
B. Die motorische Dranginkontinenz [Engl. Urge-Incontinence oder auch over-active bladder (OAB)].....	5
C. Die sensorische Dranginkontinenz .....	6
D. Überlaufinkontinenz.....	6
E. Reflexblase oder neuropathische Inkontinenz.....	7
F. Extraurethrale Inkontinenz .....	7
Beckenbodensenkung und Harninkontinenz .....	8
Senkungsbeschwerden.....	8
Arten der Beckenbodenschwäche/-Senkung.....	8
Zystozele (Senkung der Blase).....	8
Rectocele (Senkung des Mastdarms) .....	9
Uterusprolaps (Senkung der Gebärmutter) .....	9
<b>Scheidenstumpffprolaps (Senkung des Scheidenstumpfes nach einer Totaloperation)</b> .....	9
Larvierte Belastungsinkontinenz bei Senkung.....	9
Ambulante Diagnosestellung .....	9
Anamnese.....	9
Ultraschall .....	10
Urin-Untersuchung .....	10
Urodynamik.....	11
Blasenspiegelung (Zystoskopie) .....	11
Proktologische Untersuchung .....	11
Ausscheidungsurografie.....	11
Neurologische Untersuchung .....	12
Richtiges Alltagsverhalten und Konservative Behandlung der Senkung und der Harninkontinenz .....	12
Miktionstagebuch.....	12
Konservative Therapie (nicht-operative Behandlung) .....	13
Beckenbodengymnastik.....	13
Beckenbodenaktivierung im Alltag: .....	14
Beckenbodengymnastik unter physiotherapeutischer Anleitung: .....	14
Blasen- oder Toilettentraining .....	14
Entspannungsübungen .....	15
Hilfsmittel in Ergänzung zur Beckenbodengymnastik .....	15
Konen-Therapie.....	15
Elektrostimulation und Biofeedback-Training .....	15
Elektrostimulation .....	15
Biofeedback-Training .....	16
Pessarbehandlung .....	16
Medikamentöse Therapie der Harninkontinenz .....	17
Anticholinergika (Spasmolytika).....	17

Alpha- Rezeptorenblocker .....	18
Mirabegron.....	18
Duloxetin .....	18
Antibiotika.....	18
Hormone .....	18
Katheterableitung .....	19
Dauerkatheter (DK) .....	19
Sauberer Selbstkatheterismus .....	19
Suprapubischer Blasenkatheeter (SPF) .....	19
Familie, Freunde, Selbsthilfe .....	19
OPERATIVE THERAPIE.....	20
Operationsverfahren bei Inkontinenz .....	21
Kolposuspension nach Burch.....	21
Kunststoffbänder (engl.: Tapes).....	21
Bulking Agents .....	22
Weitere Kontinenzoperationen.....	22
Faszienzügelplastik .....	22
Komplexe Kontinenzoperation .....	22
Artifizieller Harnblasensphinkter.....	22
Beckenbodenschrittmacher – sakrale Neurostimulation .....	22
Genitalsenkung.....	23
Nach der Operation.....	25
Verhalten nach der OP, Östrogenisierung und Follow -Up .....	25
Qualitätssichernde Nachuntersuchung - Follow-Up .....	26