

Weibliche Harninkontinenz

Sie haben sich so eben das Thema „Weibliche Harninkontinenz“ ausgesucht und diese Internet-Seiten eröffnet.

Die Harninkontinenz beschreibt eine chronische Erkrankung, bei der es ohne den Willen der Betroffenen zum Verlust von Urin kommt. Hiervon sind aufgrund von anatomischen Gegebenheiten naturgemäß mehr Frauen als Männer betroffen. Darum wollen wir uns im Weiteren nur den Problemen der weiblichen Harninkontinenz widmen.

Das Thema des ungewollten Harnabgangs stellt die betroffenen Frauen jedes Alters vor große belastende Situationen. Wir haben es hier eben nicht nur mit den rein organischen Störungen eines Defektes der ableitenden Harnorgane zu tun, sondern mit einer Erkrankung die zur völligen Isolation der betroffenen Menschen mit allen psychischen Veränderungen, die damit verbunden sein können, führen.

Es fängt meist eher harmlos mit ein paar nassen Flecken im Schlüpfer oder auf der Einlage an, welche zuerst wahrscheinlich nur unter Belastung zu tage treten. Es wird mit der Zeit immer mehr Urin der unwillkürlich abgeht.

Weiter geht es damit, dass es anfängt unangenehm zu riechen, die betroffene Frau macht weniger Sport und/oder wechselt häufiger die Einlage. Besonders ältere Patienten versuchen den unwillkürlichen Verlust von Urin mit der Reduzierung der Trinkmenge auszugleichen.

Geht der Prozess uneingeschränkt weiter kommt es zwangsläufig zur Isolation und zum Rückzug aus dem Freundeskreis bzw. dem gesellschaftlichen Leben. Eine Störung des Sexuallebens tritt ein. Dazu kommen Verminderung des Selbstwertgefühls und zur Mutlosigkeit. Dieses kann dann bis zu Depressionen und suizidalen Absichten gehen.

Bis zum Alter von 65 Jahren müssen sich knapp 5 % und ab 65 Jahren rund 15 % aller Frauen mit dieser Erkrankung auseinandersetzen. Nun sollte man aber nicht davon ausgehen, daß nur ältere Frauen im Klimakterium oder Senium betroffen sind. Auch die junge Frau kann während der Schwangerschaft oder nach einer Geburt unter einer Harninkontinenz leiden. Geschätzt wird, dass 1 von 10 jungen Frauen davon betroffen ist.

In unserer urogynäkologischen Sprechstunde versuchen wir den betroffenen Frauen mögliche Lösungswege aufzuzeigen. Diese Sprechstunde leitet der Oberarzt DM Amse, der sich auf dieses Gebiet speziell fortgebildet hat und über einen umfassenden Erfahrungsschatz verfügt.

In der Sprechstunde geht es zunächst erst einmal darum die Frau näher kennen zu

lernen. Alle Umstände müssen erfasst werden, um ein genaues Bild von der Entstehung dieser chronischen Erkrankung zu bekommen. Dann schließt sich eine genaue Diagnostik an. Eine Untersuchung der betroffenen Organe ist neben eine Ultraschalluntersuchung von besonderer Wichtigkeit. Weiter führende Untersuchungen, wie eine urodynamische Messung und eine Zystoskopie können sich bei Bedarf anschließen. Zum Abschluss werden alle Untersuchungsergebnisse mit den betroffenen Frauen ausführlich besprochen. Es wird ein individueller Therapieplan erstellt. Alle Untersuchungen und diagnostischen Maßnahmen sowie die vorgesehene Therapien werden selbstverständlich mit dem Haus- und/oder Frauenarzt koordiniert.

Es gibt eine große Anzahl von möglichen Formen der weiblichen Harninkontinenz. Am häufigsten treten die Streßinkontinenz, die Dranginkontinenz oder eine Mischform beider auf.

Es würde den Rahmen an Informationen sprengen, wenn man alle möglichen Therapieformen ausführlich erklären würde. Grob kann man drei Therapieoptionen unterscheiden, die je nach Bedarf und auch nach Wunsch der betroffenen Frauen zur Anwendung gelangen.

1. Konventionelle Therapie:

Hierzu zählt hauptsächlich die Behandlung der Beckenbodenmuskulatur. Diese richtet sich nach der Kraft der vorhandenen Muskulatur und reicht von der Reizstrom-Behandlung über das bio-feed-back bis zum physiotherapeutischen Kraftaufbau der Muskulatur.

Zum Einsatz kommen hier auch Pessar-Therapien mit Würfel- oder Urethrapessaren.

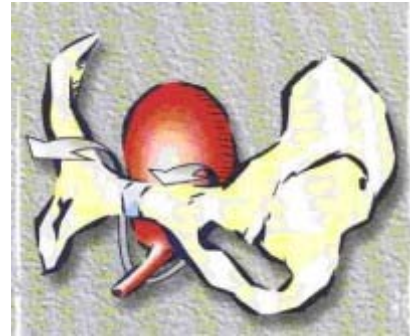
2. Medikamentöse Therapie

Die Therapie mit Medikamenten wird hauptsächlich zur Behandlung der Dranginkontinenz eingesetzt. Diese kann als systemische Behandlung in Form von Tabletten erfolgen oder lokal in der Scheide (hierdurch werden die Schleimhäute der Urogenitalorgane verbessert).

3. Operative Therapie

Es gibt eine Vielzahl von möglichen organischen Veränderungen, die sich im Laufe des Lebens der betroffenen Frauen einstellen. Darum gibt es wohl auch sehr viele unterschiedliche Operationstechniken. Es gibt also nicht die eine Operation für die Streßinkontinenz. Außerdem muss berücksichtigt werden, dass entweder die Streßinkontinenz allein durch eine Operation beseitigt werden muss, oder es weitere organische Veränderungen gibt, wie zum Beispiel eine Senkung der Gebärmutter, der vorderen oder hinteren Scheidenwand, die eine zusätzliche Operation notwendig machen.

Neben den bislang etablierten Operationsverfahren, wie den Kolposuspensionen (z.B. Operation nach BURCH) oder den Nadelsuspensionen (z.B. Operation nach PEREYRA) findet eine relativ neue Operationsmethode eine weite Verbreitung, weil sie die deutlich besseren Langzeitergebnisse bringt. Gemeint ist das - TVT- „Tension free Vaginal Tape“. Zum Vergleich können hier die Ergebnisse nach fünf Jahren angeführt werden: TVT-OP: 85-95 %, BURCH-OP: 50-70 %, Nadelsuspensions-OP: 10-40 %. Diese TVT-Operationsmethode wurde von Prof. Ulmsten an der Universität in Uppsala, Schweden, entwickelt und erstmalig 1995 vorgestellt.



Seit Mitte des Jahres 2001 bieten wir diese Operation in unserer Klinik an.

Hintergrund des Wirkungsmechanismus der Operation liegt in der urodynamisch nachgewiesenen Wichtigkeit der im Bereich der mittleren bis äußeren Harnröhre gelegenen Bandstrukturen für die Erhaltung der Harnblasenkontinenz. Es geht darum, eine defekte Bandstruktur zu ersetzen. Dies geschieht durch das Einbringen eines Netzbandes von der Scheidenvorderwand ausgehend seitlich an der Harnröhre vorbei bis zur Bauchwand. Dadurch wird die Harnröhre im äußeren Drittel von dem spannungsfrei eingebrachten Netzband entsprechend der ersetzten Bandstrukturen hängemattenartig umfasst. Dies gewährleistet eine ausreichende Stabilisierung des verletzten oder zerstörten Gewebes. Es resultiert eine Kontinenz.

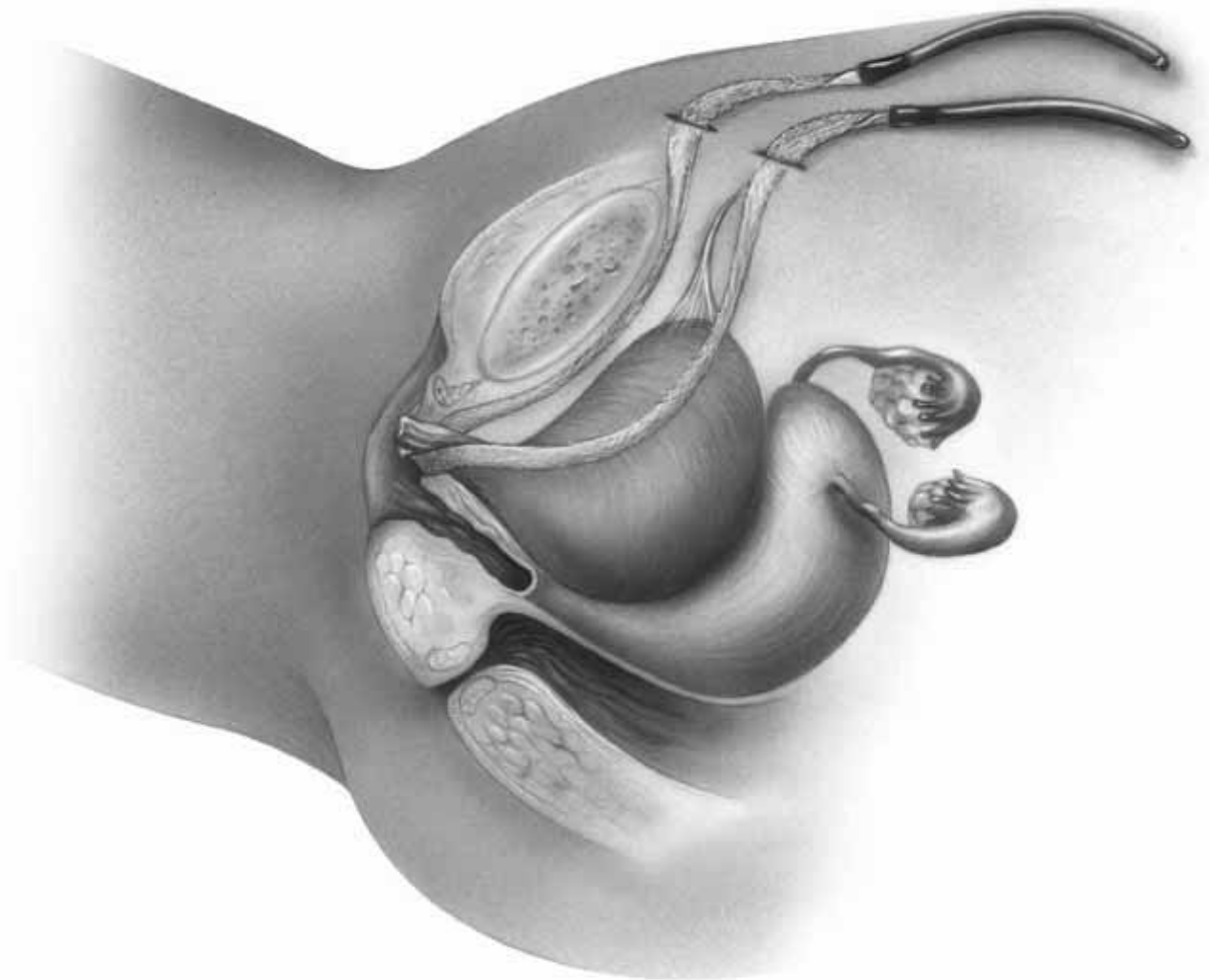


Welche Vorteile erbringt diese TVT-Operation nun für die betroffene Patientin?

1. sehr gute Heilungsraten (in der internationalen Literatur komplette Heilungsrate bei etwa 85 - 95% der Patientinnen, weitere Patientinnen zeigen eine deutliche Besserung 10 - 15%, nur etwa in 2 - 5% der Fälle sind erfolglos (entweder erneute TVT-Operation oder eine andere Inkontinenzoperation sind dann möglich).
2. das TVT-Band kann im Zusammenhang mit anderen Operationen gelegt werden (wie z. B. der gleichzeitigen Entfernung der Gebärmutter, Korrektur einer Blasen- oder Enddarmsenkung, einer Operation an der Brust, Bauchspiegelungsoperationen).
3. kurzer Krankenhausaufenthalt (2 - 5 Tage da das Legen des TVT eine minimal-invasive Operation ist, d. h. es erfolgt kein Bauchschnitt, ein kleiner Schnitt befindet sich an der vorderen Scheidenwand, die Bauchhöhle wird nicht eröffnet)
4. eine Vollnarkose ist nicht erforderlich (entweder in lokaler Betäubung oder in Regionalanästhesie (z.B. Spinalanästhesie oder Periduralanästhesie, wichtig ist, dass die wache und schmerzfreie Patientin durch ein Hustenmanöver

während der Operation entscheidend dazu beitragen kann, das Band exakt unter der Harnröhre anzuspannen)

5. ein Blasenkatheter ist zur Ableitung des Harn nicht notwendig (die Patientin kann in der Regel wenige Stunden nach dem Eingriff aufstehen und selbst die Blase entleeren, weil keine Vollnarkose erfolgt war und nur eine geringe operative Belastung bestand)
6. geringe Komplikationsrate (es kann zu Verletzungen der Blase kommen, es können sich Blutergüsse hinter dem Schambein oder im Bereich der Scheide oder Harnröhre entwickeln)



Für weitere Fragen zu Thema „Weibliche Harninkontinenz“ können Sie sich jederzeit gerne an uns wenden! Das gesamte Team der Schwestern und Ärzte steht Ihnen jederzeit mit Rat und Tat zur Verfügung.

Die urogynäkologische Sprechstunde findet jeden Dienstag von 08.30 – 14.00 Uhr statt. Extra Termine können nach telefonischer Rücksprache angeboten werden.

Telefonische Rückfragen und Terminvergabe unter folgenden Nummern:

02651/83 - 3701 oder 3720