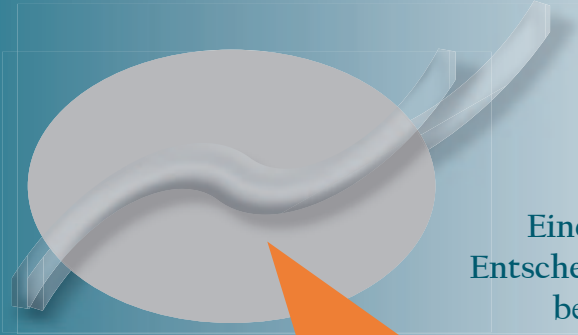


Gerlinde Debus

Senkungen und Harninkontinenz



Eine medizinische
Entscheidungshilfe für
betroffene Frauen



Anschrift der Autorin
Professor Dr. med. Gerlinde Debus
Chefärztin der Frauenklinik
Amperkliniken – Klinikum Dachau
Krankenhausstr. 15, 85221 Dachau
Fon +49(0)8131 764298, Fax +49(0)8131 764296
gerlinde.debus@amperkliniken.de

ISBN 9783938580455
1. Auflage 2011
© Copyright DIAMETRIC Verlag
Alle Rechte vorbehalten
Diametric Verlag Jutta A. Wilke e.K.,
Versbacher Str. 181, D-97078 Würzburg
Fon +49(0)9317841230, Fax +49(0)9317841231
info@diametricverlag.de

Illustrationen: Eckhard Hundt, München
Bildmaterial: Gerlinde Debus, Dachau

Wichtiger Hinweis:

Die im Buch veröffentlichten medizinischen Informationen und Empfehlungen wurden mit größter Sorgfalt von Verfasserin und Verlag erarbeitet und geprüft. Eine Garantie kann jedoch nicht übernommen werden. Ebenso ist eine Haftung der Verfasserin bzw. des Verlages und seiner Beauftragten für Personen, Sach oder Vermögensschäden ausgeschlossen.

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht immer kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Unter www.diametricverlag.de finden Sie

- unser aktuelles Verlagsprogramm mit Leseproben
- kostenlose Auszüge unserer Titel zum Herunterladen
- unsere ebookReihe und Onlinepublikationen
- **frauenpower** Veranstaltungskalender
- Frauengesundheit *kurz & kritisch*

Inhalt

6 Ursachen von Senkungen

Senkung und Inkontinenz – ein tabuisiertes

8 Alltagsproblem

- 8 Die beiden Hauptformen weiblicher Inkontinenz
- 9 Miktionstagebuch

11 Senkungsformen und ihre möglichen Beschwerden

- 11 Senkung der vorderen Scheidenwand – Blasenvorfall
- 12 Senkung der Gebärmutter
- 13 Senkung der hinteren Scheidenwand – Darmvorfall

15 Konservative Therapien

- 15 Elektrostimulation
- 16 Biofeedback
- 17 Pessarbehandlung

19 Operative Therapieoptionen bei Senkungen

- 22 Vordere und hintere Scheidenplastik
- 22 Aufhängen der Gebärmutter oder des Scheidenendes am Kreuzein
- 23 Anheften der Scheide/Gebärmutter an ein Band nahe dem Steißbein
- 23 Scheidenaufhängung nach Burch/seitliche Scheidenaufhängung (lateral repair)
- 23 TVT (Tension Free Vaginal Tape[®]) Einlage einer Schlinge unter die Harnröhre
- 24 Implantation von Netzmaterial (Kunststoff oder resorbierbar) zwischen Scheidenwänden und Blase bzw. Darm
- 25 Langzeitergebnisse

- 26 Operative Verfahren im Überblick
- 26 Blasendruckmessung (Urodynamik)
- 26 Blasenspiegelung (Urethrozystoskopie)
- 26 UterusBallonTherapie
- 27 Vordere und hintere Scheidenplastik

- 29 Nach einer Gebärmutterentfernung

- 30 Informations- und Beratungsstellen

Ursachen von Senkungen

Senkungen von Gebärmutter und/oder der Scheidenwände sind ein häufig auftretendes Beschwerdebild. Der Anteil der Betroffenen in der Gesamtbevölkerung ist unbekannt, da die Beschwerden mit einem hohen Schampegel seitens der betroffenen Frauen behaftet sind. So verwundert es nicht, dass Frauen oft lange zögern (drei bis fünf Jahre), bevor sie wegen der Beschwerden einen Arzt/eine Ärztin aufsuchen.

Konkret handelt es sich bei diesen Senkungen um Bruchbildungen im Beckenbodenbereich, vergleichbar mit Leistenbrüchen. Dabei senken sich Scheide und/oder Gebärmutter tiefer auf und unter den Beckenboden ab, als es ihrer natürlichen anatomischen Lage entspricht (s. Abbildungen).

Je tiefer die Senkung reicht, umso stärker wird das Druckgefühl. Ist der Gebärmuttermund in der Scheidenöffnung sichtbar, spricht man von einem Teilvorfall (Partialprolaps).

Bei sehr ausgeprägter Senkung, dem sogenannten Totalprolaps, drückt die Gebärmutter oder Scheide sogar zum Scheideneingang hinaus. Durch die Reibung können Druckgeschwüre am Muttermund entstehen.



Abb.: Ausgeprägter Vorfall der Scheide; Gebärmutterhals und Hrnröhrenöffnung mit Ausstülpung der Schleimhaut

Aufgrund von Schwangerschaften und Geburten, aber auch durch das Altern des Gewebes sind Frauen weit mehr als Männer gefährdet, Brüche in dieser Körperregion zu entwickeln. Vorausgegangene Geburten sind zwar häufig mit einer Ursache für eine Genitalsenkung, aber sie müssen nicht zwangsläufig dazu führen.

Ursachen

- vorangegangene Schwangerschaften,
- ein stark belasteter Beckenboden, bedingt durch schwere körperliche Arbeit, chronischen Husten, Übergewicht, chronische Verstopfung etc., in Verbindung mit einer angeborenen Bindegewebsschwäche,
- frühere Entfernung der Gebärmutter, wenn der verbleibende Scheidenblindsack nicht operativ im Becken befestigt wird oder ausgerissen ist.

Senkung und Inkontinenz – ein tabuisiertes Alltagsproblem

Nicht jede Senkung ist mit einer Inkontinenz verbunden. Man nimmt an, dass das Auftreten einer Inkontinenz der Blase bei mindestens 40 Prozent der Frauen mit einer Senkung der Gebärmutter oder Scheide einhergeht.

Da die auftretenden Inkontinenzbeschwerden bei ähnlichen oder gleichen Senkungszuständen verschieden sein können, sind eine genaue Diagnostik und eine hohe Expertise für eine optimale Therapie erforderlich. So kann eine Inkontinenz mit dringendem, nicht unterdrückbarem Harndrang, die durch eine starke Senkung der vorderen Scheidenwand verursacht ist, nach deren Anhebung komplett verschwinden. Dieselbe Inkontinenzsymptomatik kann aber auch ohne Senkung auftreten und ist dann medikamentös zu behandeln. Andererseits kann es bei starker Senkung, insbesondere der vorderen Scheidenwand und der Blase, zu einer Blasenentleerungsstörung kommen. Betroffene Frauen müssen den Vorfall zurückschieben, damit sie Wasser lassen können.

Die beiden Hauptformen weiblicher Inkontinenz

- Belastungsincontinenz: unwillkürlicher Harnverlust bei körperlichen Anstrengungen.
- Dranginkontinenz: Inkontinenz, gefolgt von starkem, nicht unterdrückbarem Harndrang.

Für die Anamnese ist die Krankengeschichte die erste wichtige Information zu den Beschwerden. Betroffenen fällt es aber häufig schwer, die Blasenbeschwerden genau zu schildern. Zu diesem Zweck ist es sinnvoll, vor der ersten Untersuchung einen Fragebogen auszufüllen, der die Beschwerden sehr detailliert erfragt. Wichtig dabei ist auch, dass Sie als Betroffene diesen Bogen alleine – und damit unbeeinflusst – ausfüllen, da nur Sie Ihre Beschwerden

genau kennen. Wenn Patientinnen, z. B. altersbedingt, nicht mehr in der Lage sind, die Beschwerden zu beschreiben, müssen die Pflegenden ihre Eindrücke mitteilen. Eine urodynamische Untersuchung, die die aktive Mitarbeit der Patientin unbedingt erfordert, ist in diesen Fällen beispielsweise absolut ungeeignet.

Miktionstagebuch

Ein Miktionstagebuch kann ebenfalls helfen, wenn die betroffene Frau bei der Anamnese-Erhebung ihre Beschwerden nicht genau beschreiben kann. Über einen Zeitraum von einigen Tagen führt die Patientin darin Buch über ihre Trinkgewohnheiten (Trinkmengen und Art der Getränke) sowie die Zeiten des Wasserlassens und die Urinmenge und notiert, wann sie Harndrang hat und Urin verliert.

Wichtig: Vor jeder Untersuchung muss ein Urintest gemacht werden, um eine mögliche Blasenentzündung auszuschließen.

Nach der Erhebung dieser Informationen findet insbesondere dann die urogynäkologische Untersuchung statt, wenn die Anamnese nicht klar und eindeutig auf die vorliegende Form der Inkontinenz verweist. Dabei handelt es sich im Prinzip um eine »normale« gynäkologische Untersuchung, die mit speziellen Tests zur Senkung und Inkontinenz ergänzt wird. Anschließend werden die Lageverhältnisse von Blase, Scheide und Gebärmutter mittels Ultraschall des Beckenbodens dargestellt.

Wenn die Form der Inkontinenz danach immer noch nicht eindeutig ausgemacht ist, wird zur weiteren Klärung die urodynamische Untersuchung eingesetzt. Dabei wird der Druck in Harnröhre und Blase gemessen, um zwischen den Hauptformen der weiblichen Inkontinenz, der Belastungs und der Dranginkontinenz, zu unterscheiden. Die sichere Unterscheidung ist sehr wichtig, da beide Inkontinenzformen eine unterschiedliche Behandlung erfordern.

Für die Untersuchung wird die Harnblase über einen Katheter mit Flüssigkeit gefüllt. Mittels eines weiteren Katheters über den Enddarm wird der Blasendruck während der Phase des Füllens und Entleerens sowohl im Ruhezustand wie auch unter Belastung, z. B.

beim Husten und Pressen, gemessen. Da die Untersuchung unter Röntgenkontrolle durchgeführt wird, lassen sich Form und Abfließfähigkeit der Harnblase gut beobachten. Der Eingriff erfolgt in der Regel ambulant.