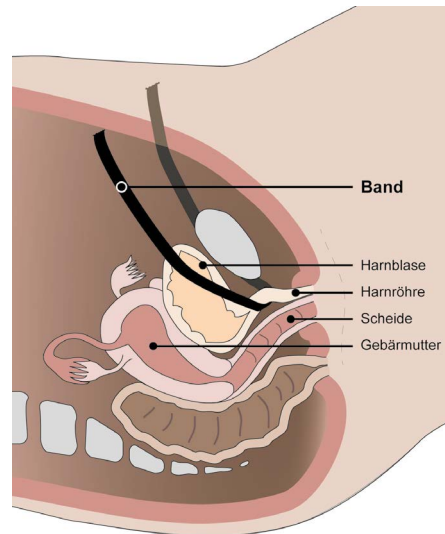


Therapie (operativ)

Spannungsfreie Band- / Schlingenoperation

Seit über 20 Jahren wird dieses minimalinvasive Operationsverfahren weltweit eingesetzt und stellt heutzutage den Goldstandard in der Therapie der weiblichen Belastungsinkontinenz dar. Über einen kleinen Einschnitt in der Scheidenvorderwand wird das Band aus feinem Netzmaterial beidseits unter die Harnröhre gelegt und mit speziellen Instrumenten hinter dem oberen (TVT) oder unteren (TOT) Schambeinast platziert. Das Band liegt dann spannungsfrei wie eine dünne Hängematte um die Harnröhre und wirkt korrigierend bzw. stabilisierend auf die Anatomie des Beckenbodens. In den meisten Fällen kann die Patientin bereits einen Tag nach dem Eingriff nach Hause entlassen werden und ist zu diesem Zeitpunkt kontinent. Die positiven Ergebnisse bleiben auch Jahre nach Einlage bestehen.



Künstliches Schließmuskelimplantat

Für schwere Ausprägungen der weiblichen Harninkontinenz, meist nach fehlgeschlagenen Voroperationen, kann ein künstlicher Schließmuskel implantiert werden. Bei diesem System bewirkt eine flüssigkeitsgefüllte Druckmanschette den Harnröhrenverschluss. Die Manschette ist über ein Schlauchsystem mit einer Pumpe verbunden, die bei Betätigung den Verschluss aufhebt und die Blasenentleerung mühelos ermöglicht.

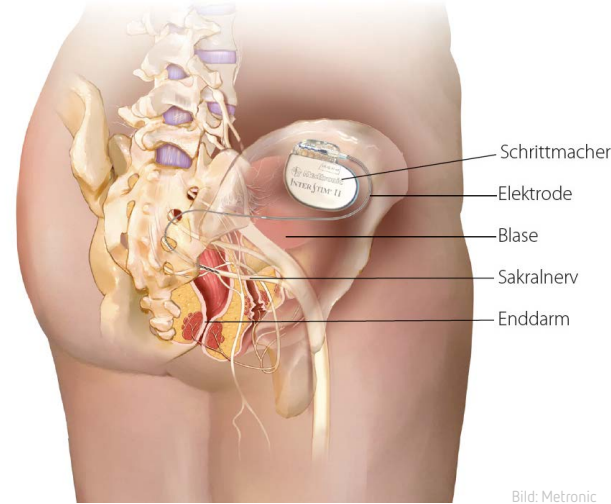


Bild: Metronic

Neuromodulationstherapie

Bei der Neuromodulationstherapie werden Nerven, die die Funktion der Blase steuern, durch sanfte elektrische Impulse wieder in die richtige Balance gebracht und somit die Beschwerden gelindert. Zur Stimulation werden eine oder zwei Elektroden an den Sakralnerven im Bereich des Rückens (Kreuzbein) implantiert und mit einem Schrittmacher verbunden. Die Implantate sind durchgehend aktiv und äußerlich nicht zu bemerken. Arzt und Patient können mit Hilfe spezieller Programmiergeräte von außen jederzeit die Einstellungen des Schrittmachers auf die individuellen Bedürfnisse hin optimieren.

Kombinationseingriffe

Nicht selten sind bei gleichzeitigem Auftreten von Harninkontinenz und Senkungsbeschwerden umfassendere Eingriffe notwendig. Hier können sich unsere Patientinnen auf eine enge Zusammenarbeit der angrenzenden Fachabteilungen Chirurgie, Gynäkologie und Urologie verlassen. Durch den laparoskopischen Einsatz von Netzbändern, z. B. in Form des Kieler Entenschnabels, in Kombination mit den beschriebenen inkontinenzspezifischen Maßnahmen, kann den Beschwerden wirkungsvoll und langanhaltend begegnet werden.

Kontakt

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Klinik für Urologie und Kinderurologie
Arnold-Heller-Str. 3, Haus 18, 24105 Kiel
Tel.: 0431 500-24 801, Fax: -24 804
jenny.koehn@uksh.de
www.urologie-kiel.de
Direktor: Prof. Dr. K. - P. Jünemann



Anmeldung zu den Sprechstunden:

Tel.: 0431 500-24 821, Fax: -24 824 (Ambulanz)

Privatsprechstunde

Chefsekretariat Tel.: 0431 500-24 801, Fax: -24 804

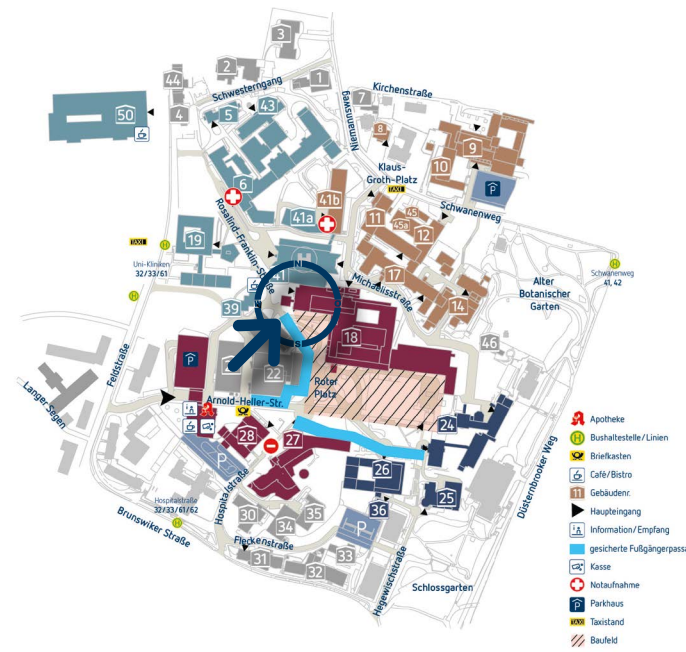
OP-Termine

Aufnahmesekretariat Tel.: 0431 500-24820, Fax: -24808

Stationen

Station OPZ 2 0431 500-20 480, Fax: -20 484

Station OPZ 5 0431 500-24 856, Fax: -24 858



Wissen schafft Gesundheit

UK SH

UNIVERSITÄTSKLINIKUM
Schleswig-Holstein

Titelbild: © Jd-photodesign - Fotolia.com, Saubstühle Integrierte Kommunikation, G. Weinberger, Stand Juli 2018

Campus Kiel

Klinik für Urologie
und Kinderurologie



Patientenratgeber
Kontinenz bei der Frau

Willkommen



Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Patientin,

wenn Sie als Angehörige oder als Betroffene mit dem Thema Blasen-schwäche konfrontiert sind, tun sich zunächst viele Fragen auf. Und obwohl dieses Leiden oftmals zu einer deutlichen Einschränkung der Lebensqualität führt, sprechen Betroffene aus Scham nur selten mit ihrem Arzt. Mit unserem Patientenratgeber möchten wir Ihnen Möglichkeiten aufzeigen, dem Problem entgegenzuwirken – Harninkontinenz ist kein Zustand, den Sie einfach so hinnehmen sollten! Immerhin sind 13% der Frauen deutschlandweit von Harninkontinenz betroffen. Bis zum 70.



Lebensjahr steigt die Häufigkeit deutlich auf ca. 30% an. Risikofaktoren sind u. a. Alter, Körpergewicht und Hormonstatus, aber auch neurologische Erkrankungen oder Folgen von Operationen im Becken der Frau.

Konservative und operative Therapieverfahren bieten in vielen Fällen Hilfe bei unwillkürlichem Urinverlust, daher möchten wir Sie im Folgenden über die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten informieren. Selbstverständlich können schriftliche Informationen ein Gespräch nicht ersetzen, deshalb zögern Sie bitte nicht, uns bei weiteren Fragen direkt anzusprechen!

Ihre

Dr. Moritz Hamann, Dr. Stephanie Knüpfer

Kontinenzzentrum

Formen der Harninkontinenz

Eine Harninkontinenz, auch Blasenschwäche genannt, beschreibt den unwillkürlichen Abgang von Urin aus der Harnröhre. Die Ursache einer Harninkontinenz kann ganz unterschiedlicher Natur sein, deren Kenntnis für eine erfolgreiche Therapiewahl entscheidend ist. Die beiden häufigsten Formen werden im Folgenden beschrieben:

Eine Dranginkontinenz ergibt sich aufgrund unwillkürlicher Aktivitäten der Harnblasenmuskulatur und ist begleitet von plötzlichem, überfallsartigem Harndrang. Die Erfolgsaussichten einer Heilung der Dranginkontinenz sind sehr günstig, da die zugrundeliegenden Erkrankungen heutzutage gut therapiert werden können und zahlreiche Medikamente zur Beruhigung des Blasenmuskels zur Verfügung stehen.

Eine Belastungsinkontinenz tritt bei körperlicher Anstrengung (Husten, Niesen oder auch Treppensteigen) auf und ist auf eine Schließmuskelschwäche zurückzuführen. Auch bei der Belastungsinkontinenz bestehen mehrere erfolgversprechende Therapiemöglichkeiten bzw. kann die Ausprägung deutlich reduziert werden.

Kontinenzzentrum

In Kiel betreibt das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein unter der Leitung von Klinikdirektor Professor Klaus-Peter Jünemann, ehemals erster Vorsitzender der Deutschen Kontinenz Gesellschaft, ein zertifiziertes, interdisziplinäres Kontinenz- und Beckenbodenzentrum der Deutschen Kontinenz Gesellschaft. Urologie, Gynäkologie, Chirurgie, Neurologie, Pädiatrie und Physiotherapie sind miteinander vernetzt. Für Betroffene – Frauen wie Männer – gibt es in den jeweiligen Kliniken eine Kontinenzsprechstunde, in der Ärzte individuell auf die Ängste, Bedürfnisse und Fragen der Patienten eingehen. Zusätzlich werden spezielle Fälle einmal im Monat interdisziplinär besprochen. So ist gewährleistet, dass Patientinnen und Patienten umfassend betreut werden und fächerübergreifend auch innovativen Therapieverfahren zugeführt werden können.

Diagnostik und Therapie (nicht-operativ / operativ)

Diagnostik

- **Sonographie**
Bestimmung des Harnblasenfassungsvermögens und des verbliebenen Restharns nach Entleerung der Blase
- **Uroflowmetrie**
Harnstrahlmessung
- **Urethrozystoskopie**
Spiegelung von Harnröhre, Schließmuskel und Harnblase
- **Videourodynamik**
Spezialuntersuchung zur exakten und individuellen Einordnung einer Harninkontinenz
- **Vorlagentest**
Sammeln von allen Vorlagen über 24 Stunden und Berechnung des Urinverlusts

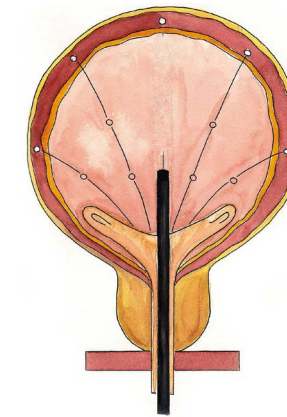
Therapie

nicht-operativ

- **Medikamentöse Therapie**
Vor allem für die Dranginkontinenz stehen zahlreiche Medikamente zur Beruhigung des Blasenmuskels zur Verfügung.
- **Beckenbodentraining**
Physiotherapeuten erarbeiten mit der Patientin Übungen zur Kräftigung der Beckenbodenmuskulatur und geben praktische Tipps.
- **Beckenbodenstimulation**
Mit Hilfe von speziellen Stimulations-Systemen kann der Beckenboden gezielt gekräftigt werden, entweder mit einer Elektrostimulation oder der schonenden Magnetfeldstimulation.

operativ

Neben der medikamentösen Behandlung ist zur Stärkung der Muskulatur ein aktives Beckenbodentraining unter spezialisierter, physiotherapeutischer Anleitung die wirkungsvollste Therapiemaßnahme. Bei fortbestehenden Beschwerden sollten jedoch auch operative Maßnahmen in Erwägung gezogen werden, wobei die Art der Behandlung für jede Patientin individuell festgelegt werden muss – nicht jedes Produkt ist für jede Form der Harninkontinenz geeignet. Insbesondere im Zusammenhang mit Formen der Mischinkontinenz, Drangsymptomen, Senkungsbeschwerden und Stuhlinkontinenz sind individuelle, fachübergreifende Behandlungskonzepte therapeutisch entscheidend.



Botulinumtoxin A-Injektion in die Harnblase

Botulinumtoxin

Vor allem als Schönheitsmittel bekannt, wird Botox in der Urologie zur Therapie der Dranginkontinenz eingesetzt. Etwa einmal im Jahr werden über eine Nadel kleine Mengen des Wirkstoffs direkt in die Blasenwandmuskulatur gespritzt (siehe Abb.). Das Medikament lähmt teilweise den Blasenmuskel und verringert dadurch langfristig den Druck in der Blase.