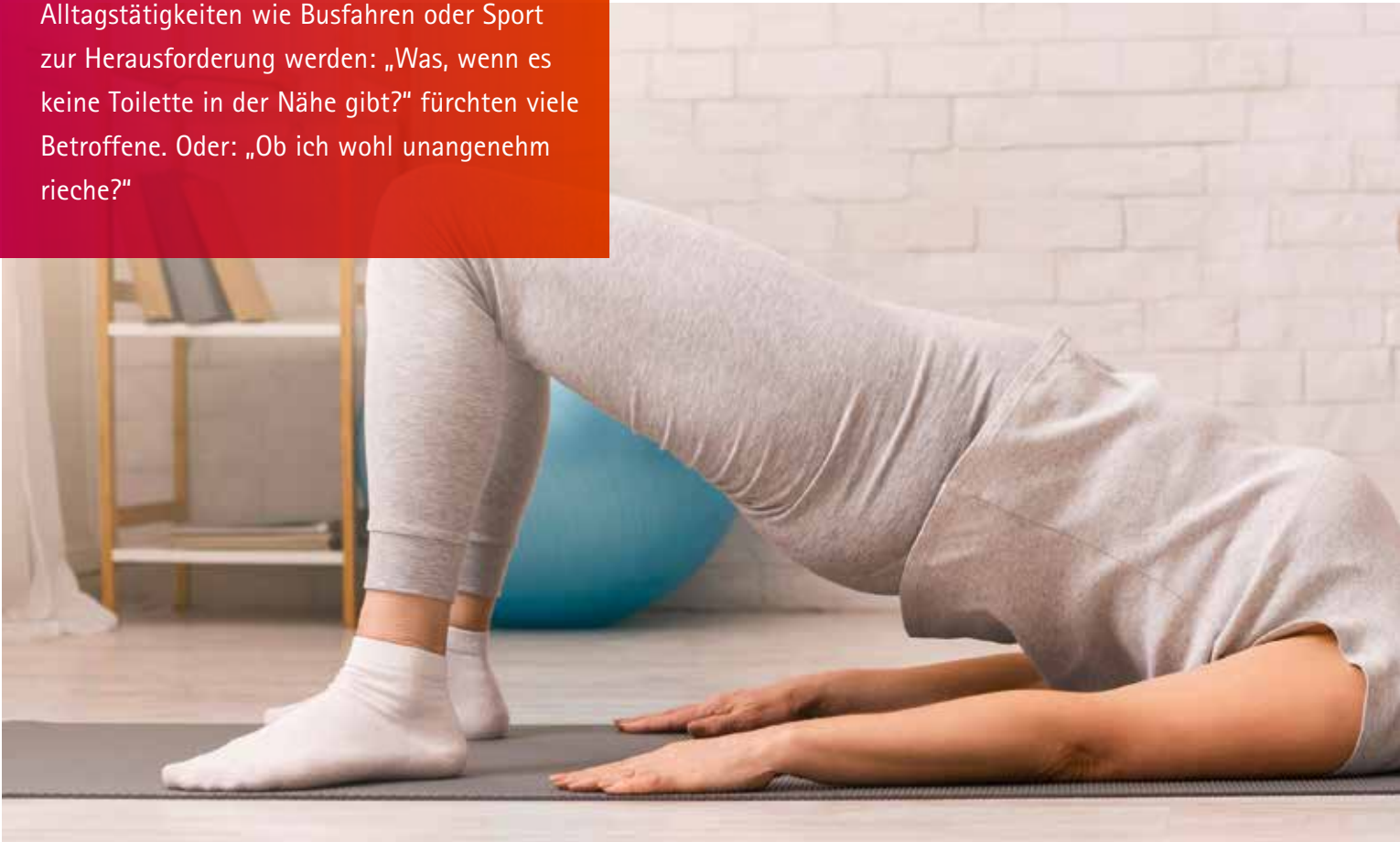


Starker Beckenboden gegen Inkontinenz

» Mit einer Blasenschwäche können einfache Alltagstätigkeiten wie Busfahren oder Sport zur Herausforderung werden: „Was, wenn es keine Toilette in der Nähe gibt?“ fürchten viele Betroffene. Oder: „Ob ich wohl unangenehm rieche?“



Oberärztin Dorothea Janssen, stellvertretende Koordinatorin des Beckenbodenzentrums am Klinikum Esslingen, kennt die Problematik ihrer Patientinnen und Patienten: „Es kann so weit gehen, dass Menschen sozial isoliert leben – nicht, weil andere sie ausgrenzen, sondern weil sie selbst keine sozialen Aktivitäten mehr wahrnehmen.“

Um das Tabu aufzubrechen ist Aufklärung angezeigt, betont Professor Dr. Ludger Staib. Er ist am Klinikum Esslingen Chefarzt für Allgemein- und Viszeralchirurgie und leitet das Esslinger Beckenbodenzentrum gemeinsam mit seinem Kollegen

Professor Dr. Thorsten Kühn. „Viele Menschen mit Blasenschwäche quälen sich jahrelang mit dem Problem und nehmen an, dass sie es eben hinnehmen müssen, dass es zum Altern dazugehört“, erklärt Professor Staib. „Doch man kann etwas tun und muss seine Inkontinenz nicht einfach hinnehmen.“

Belastungsinkontinenz, Dranginkontinenz, Überlaufblase

Die häufigsten Inkontinenz-Typen in seiner Praxis seien Belastungs- und Dranginkontinenz oder eine Kombination aus beiden. Diese komme vor allem bei Senioren und Frauen mit Beckenbodensenkung

vor, so Dr. Carl-Günther König, niedergelassener Urologe in Esslingen. Häufig sei außerdem eine sogenannte Überlaufblase.

„Belastungsinkontinenz äußert sich durch auslaufenden Urin, wenn Druck im Bauchraum entsteht – beim Husten, Niesen, beim Sport, oder bei fortgeschrittenen Formen beim Aufstehen oder Gehen“, beschreibt Dorothea Janssen. „Im schwersten Fall verliert die Patientin oder der Patient sogar im Liegen Urin“, ergänzt Dr. König. Eine Dranginkontinenz äußert sich in einer Art Hyperaktivität der Blase: „Man muss extrem häufig auf die Toilette und kann den Urin nicht halten, auch

» „Die häufigste Ursache für Inkontinenz ist der untrainierte Beckenboden und der lässt sich trainieren.“



» Professor Dr. Ludger Staib



Dorothea Janssen



Dr. Carl-Günther König



wenn nur ganz wenig in der Blase ist“, erklärt Janssen.

Bei der Überlaufblase ist die Blase ausgeleert. „Sie kann sich nicht mehr richtig entleeren und wenn sie einen gewissen Füllungsdruck hat, läuft sie über“, erklärt Dr. König. „Die Betroffenen waren gerade auf der Toilette und haben immer noch einen Liter Urin in der Blase, merken es aber nicht.“ „Bei Männern macht eine vergrößerte Prostata den Harnausgang eng, sie müssen stark pressen, um zu urinieren und Urin bleibt unbemerkt in der Blase zurück, was die Blase mit der Zeit ausleiert“, so Professor Staib.

Behandlungsansatz Nummer eins: Beckenboden

„Die häufigste Ursache ist der untrainierte Beckenboden und der lässt sich trainieren“, sagt Professor Staib. Dadurch lasse sich in gewissem Maße auch individuell unterschiedlich die Blase behandeln. „Der Beckenboden, bestehend aus verschiedenen Muskel- und Bindegewebschichten schließt das knöcherne Becken nach unten hin ab“, erklärt Janssen. Harnröhre, Darm und bei der Frau die Scheide treten hindurch.

Mit zunehmendem Alter wird der Beckenboden schlaffer. Eine vererbte Bindegewebschwäche oder Übergewicht mit einhergehender schlaffer Beckenbodenmuskulatur können dafür sorgen, dass Menschen bereits deutlich vor dem Seniorenalter unter Blasenschwäche leiden.

Bei Frauen, die Kinder per Spontangeburt zur Welt gebracht haben, wird dabei der Beckenboden stark gedehnt, dadurch kann sich auch die Blase absenken oder der Winkel zur Harnröhre verändert sich. Wenn das Bindegewebe, das die Harnröhre einbettet und fixiert, mit zunehmendem Alter zudem schwach wird, kann ein starker Beckenboden in dieser Funktion aushelfen. Ist allerdings auch die Beckenbodenmuskulatur schlaff, tritt bei Belastung Urin aus. „Indem die Muskelschichten des Beckenbodens gestärkt werden, wird die Harnröhre in die richtige Position gebracht, außerdem wird der Schließmuskel gestärkt“, erklärt Dr. König.

„Es ist sinnvoll, nicht erst mit der Beckenbodengymnastik zu beginnen, wenn das Problem da ist, sondern frühzeitig“, sagt Janssen. Frauen empfiehlt sie nach dem Entbinden im Rahmen der Rückbildungsgymnastik das Beckenbodentraining aufzugreifen und ins Leben zu integrieren. „Mit einer Beckenbodenmuskulatur, die durch regelmäßiges Training stark gehalten

wurde, hat man später bessere Grundvoraussetzungen.“ Auch Männern raten die Ärzte zu Beckenbodentraining.

Kraftgeräte für den Beckenboden

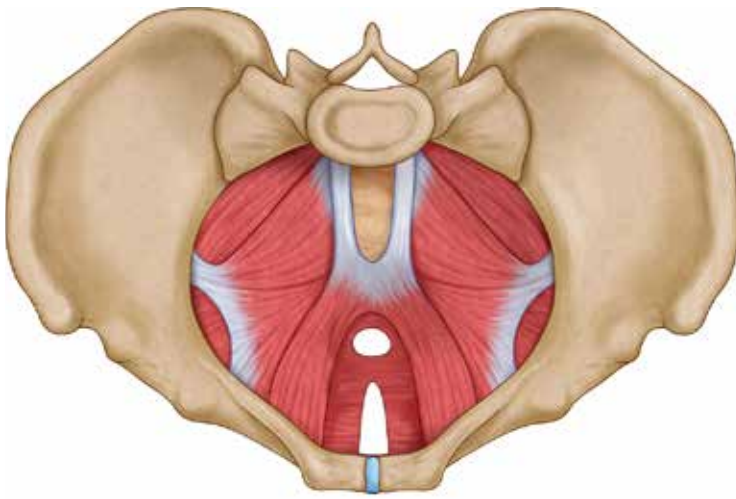
Für Frauen gibt es Biofeedback Beckenbodentrainer – Druckaufnehmer, die in die Scheide eingeführt werden, Anspannung wahrnehmen und über ein Gerät die An- und Entspannung des Beckenbodens anleiten. „Das ist wie eine Hantel für den Beckenboden“, sagt Janssen.

Auch Männer können auf das so genannte Biofeedback für ihr Beckenbodentraining zurückgreifen: „Am Po wird eine Sonde angelegt oder der Patient setzt sich auf die Sonde, die die Aktivität des Beckenbodens aufnimmt“, erklärt Professor Staib. „Diese Daten werden auf das Handy übertragen und der Patient kann sehen, wie stark und wie lange er die Beckenbodenmuskulatur anspannt.“

Speziell bei Belastungsinkontinenz helfe der Einsatz von Wechselstrom, so Dr. König: „Am Bein oder im Analbereich wird eine Elektrode angebracht, die durch die Stromleistung die Beckenbodenmuskulatur zum Kontrahieren anregt – salopp gesagt ist das elektrisches Beckenbodentraining.“

Eine gute Angewohnheit sei außerdem, immer wenn man im Auto an einer roten Ampel wartet, den Beckenboden anzuspannen: „Anspannen, solange man kann, dann entspannen und sofort wieder anspannen“, erklärt Professor Staib.

Das Training sollte konsequent täglich erfolgen – idealerweise in zwei Einheiten von zehn bis dreißig Minuten. „Wenn eine Besserung der Inkontinenz erreicht ist, muss man dennoch mit dem regelmäßigen Training fortfahren, sonst wird die Muskulatur wieder schwach“, betont Janssen. >>>



Darstellung des weiblichen Beckenbodens

>>> Nach vier bis sechs Wochen dürfte eine Tendenz zur Besserung erkennbar sein, so Dr. König. Manchmal kann es auch länger dauern. „Meist scheidet der Behandlungserfolg daran, dass die Patienten das Training nicht konsequent durchführen – oder bei älteren Patienten, wenn sie die Übungen kognitiv nicht mehr verstehen können.“

Botox und Elektrostimulation

Bei der Dranginkontinenz könne Botox helfen, so Dr. König. „Die Muskulatur der Blase ist zu kräftig und das Volumen der Blase zu klein“, erklärt der Urologe. „Wenn Botox, ein Nervengift, in den Blasenboden gespritzt wird, führt das dazu, dass die Muskulatur gelähmt wird.“ Möglicherweise müsse diese Behandlung nach einem Jahr wiederholt werden, im Idealfall habe sich die Blase allerdings in der Zwischenzeit erholt, so dass keine Folgebehandlung mehr erforderlich ist.

Eine weitere Option speziell bei Dranginkontinenz sei die Therapie mit einem Elektrostimulationsgerät, das in die Scheide eingeführt oder an einer bestimmten Stelle am Bein angebracht wird, so Janssen: „Mit niedriger Frequenz wird die Blase beruhigt, so dass sie nicht mehr so stark auf die Füllung reagiert.“ Auch hier sei die tägliche Anwendung Schlüssel zum Erfolg.

Eine medikamentöse Behandlung der Blasenschwäche sei möglich, diese sei allerdings gegebenenfalls mit unerwünschten Nebenwirkungen verbunden, so die Ärzte. Daher müsse der Einsatz von Medikamenten gut abgewogen werden. Bei Frauen nach den Wechseljahren kann jedoch der vaginale Einsatz von lokalen Östrogenen die Symptome deutlich verbessern ohne größere Nebenwirkungen zu verursachen.

Operation

Wenn die konservativen Behandlungsmethoden nicht die gewünschte Wirkung zeigen, kann über eine Operation nachgedacht werden.

Bei Frauen mit Belastungsinkontinenz komme häufig die sogenannte TVT Einlage, Tension-free vaginal tape, zum Einsatz, so die Ärzte. Hierbei wird vaginal ein Band unter der Harnröhre eingelegt. „Dieses Band ersetzt das stützende Gewebe, wenn die Patientin beispielsweise hustet, drückt sich die Harnröhre auf dieses Band und ist in dem Moment dicht“, beschreibt Janssen. „Eine heute sehr gängige und dazu kleine Operation mit guten Erfolgen.“ Für Männer ist diese Art der Operation

möglich, wenn die Prostata vollständig entfernt wurde, so Dr. König.

Eine weitere Möglichkeit bei Frauen mit Belastungsinkontinenz sei die, ein Pessar einzulegen, so Dr. König. Spezielle Ringe beziehungsweise kleine Würfel oder Spezialtampons werden in die Scheide eingeführt und die Harnröhre werde so unterstützt und wieder nach oben gedrückt, um den Winkel zur Blase zu verbessern.

Männer, die ihre Prostata noch haben, werden meist dann operiert, wenn zusätzlich eine Stuhlinkontinenz vorliegt. Dann könne der Beckenboden angehoben und gestrafft werden, so Dr. König. Gleichzeitig werde der überhängende Enddarm verkürzt, der für die Stuhlinkontinenz verantwortlich ist.

Im Allgemeinen sei die Prognose sowohl bei konservativer als auch operativer Behandlung gut, so die Ärzte – wenn die Blasenschwäche rechtzeitig und konsequent therapiert wird. *nw*

» Kontakt

Klinikum Esslingen

Beckenbodenzentrum

Professor Dr. Ludger Staib, Stellvertretender Leiter
Beckenbodenzentrum, Chefarzt der Klinik für
Allgemein- und Viszeralchirurgie

Telefon 0711 3103-2601

l.staib@klinikum-esslingen.de

Dorothea Janssen, Stellvertretende Koordinatorin
Beckenbodenzentrum

Telefon 0711 3103-3056

d.janssen@klinikum-esslingen.de

Urologie am Lammgarten

Dr. Carl-Günther König

Telefon 0711 35157770

info@urologie-am-lammgarten.de