

VOM UNGEWOLLTEN URINVERLUST BIS ZUM TVT (TENSION FREE VAGINAL TAPE)

Von Dr. med. Bernhard Koch, Aarau
FMH Gynäkologie/Geburtshilfe
Belegarzt Hirslanden Klinik Aarau

Eine moderne, überzeugende, wenig eingreifende Methode zur Behandlung der weiblichen (Stress-) Inkontinenz (ungewollter Urinverlust)

Ungewollter Urinverlust (Inkontinenz)

Ungewollter Urinverlust beim Niesen, Lachen oder Husten; wer kennt diese lästigen Symptome nicht, die einen in unangenehme Situationen bringen können. Auch ungewollter Urinabgang beim Rennen oder beim Heben von Lasten kann sehr peinliche Auswirkungen haben. Man spricht in diesen Momenten von der sogenannten Stressinkontinenz.

Im Gegensatz zur Stressinkontinenz steht die sogenannte Drang- oder in Englisch Urgeinkontinenz; ein nicht unterdrückbarer Harn-drang führt zum ungewollten Urinabgang. Die Diagnostik- und Therapieverfahren bei dieser auch wichtigen Inkontinenzform unterscheiden sich wesentlich von den Verfahren bei der Stressinkontinenz. Die Ausführungen in meinem Artikel beschränken sich auf die Therapien bei der Stressinkontinenz bei der Frau.

Die Stressinkontinenz ist ein weit verbreitetes Problem. Die Ursachen können auch ganz unterschiedlich sein. Häufig wird aber über dieses Problem nicht gesprochen. Welche junge Frau gleich nach der Entbindung oder welche ältere Frau leidet nicht unter ungewolltem Urinverlust oder sogar Stuhlverlust? Und welche von diesen Frauen erzählt ihrer Kollegin oder ihrem Arzt von diesen Problemen? In vielen Fällen kann man diesen Patientinnen helfen, die Kontrolle über ihre Blase wieder zu erlangen. Nicht jede Inkontinenz ist jedoch therapiebedürftig. Eine Therapie drängt sich erst auf, wenn die Inkontinenz für die Frau zum Problem wird. Es gibt aber auch prophylaktische Massnahmen, um solchen Problemen vorzubeugen, so zum Beispiel eine spezielle Beckenboden-Gymnastik in einigem Abstand zur Geburt oder bei Blasen- oder Gebärmutterensenkungen.

Bei der Stressinkontinenz genügen die Blasenverschlussmechanismen nicht mehr, um den erhöhten Druck im Bauch (mit Weiterleitung auf die Blase), z.B. beim Niesen, Lachen oder Husten auszugleichen: Es kommt zum ungewollten Urinabgang.

Warum kann es zu einer solchen Inkontinenz kommen?

Die Ursachen sind vielfältig und komplex. Im Mittelpunkt steht sicher eine Schwächung der Beckenbodenstrukturen, vor allem nach Schwangerschaft und (vaginaler) Geburt. Auch vorher durchgeführte Beckenboden- oder Gebärmutteroperationen müssen erfragt werden. Nach der Abänderung kann auch ein Hormon-(Oestrogen-)Defizit dazu beitragen, dass die Verschlussmechanismen der Blase nicht mehr genügend funktionieren.

Schlechte Voraussetzungen für einen funktionierenden Verschluss der Blase sind auch Übergewicht und chronische Krankheiten wie z.B. chronische Bronchitis, welche den Beckenboden durch einen erhöhten Druck im Bauchraum stark belasten.

Abklärung

Die gründliche Abklärung beinhaltet zu Beginn eine genaue Erhebung Ihrer Krankengeschichte mit der Frage nach früheren oder chronischen Krankheiten, Operationen und Medikamenten. Dann erfolgt die genaue Untersuchung durch die Scheide mit Erfassen von anatomischen Veränderungen, wie z.B. Gebärmutter- oder Blasensenkung. Wertvoll ist die anschliessende Ultraschalluntersuchung vom Damm, respektive Scheideneingang her, bei der die Blase und die Harnröhre dynamisch, «online» am Bildschirm beurteilt werden können. Je nach Befunden oder Fragestellung muss/kann dann noch die sogenannte urodynamische Untersuchung mit Messung der Druckverhältnisse in der Blase und der Harnröhre durchgeführt werden.

Therapie

Nach Erhebung all dieser Befunde wird Ihnen Ihr Arzt oder Ihre Ärztin ein Therapieschema im Sinne eines Stufenkonzeptes vorlegen können. Allgemein gilt, dass vor einer Operation die möglichen und sinnvollen konservativen (nicht operativen) Methoden ausgeschöpft werden sollten. Jedoch kann es notwendig sein, nach einer entsprechenden Vorbehandlung auch zuerst eine Operation in Erwägung zu ziehen, z. B. im Zusammenhang mit einer starken Gebärmutter- oder Blasensenkung.

Falls mit einer Operation zugewartet werden kann, stehen verschiedene

Therapiemöglichkeiten zur Verfügung:

- Beckenbodengymnastik (evtl. mit Elektrostimulation und Biofeedback)
- Würfel- oder Ringpessare
- Gewisse Medikamente (z.B. Oestrogene, lokal oder für den ganzen Körper)

Wenn mit diesen Massnahmen kein Erfolg erzielt werden kann, bleibt häufig bei entsprechendem Leidensdruck der Patientin nur noch die Operation, mit dem Ziel, die Inkontinenz zu beheben.

TVT

Seit einiger Zeit steht uns ein neues Verfahren zur Verfügung, das in der heutigen allgemeinen Tendenz zur minimal invasiven Chirurgie einen festen Platz in der Inkontinenzchirurgie gefunden hat, ja sogar je nach Indikation zum Standard geworden ist. TVT steht für «Tension free Vaginal Tape» und ist eine neue Methode zur operativen Behandlung der weiblichen Stressinkontinenz. Nach sorgfältiger Abklärung kann eine solche

Operation ambulant oder im Rahmen einer Kurzhospitalisation geplant werden. Idealerweise wird sie in einer lokalen Anästhesie durchgeführt, damit der Beckenboden möglichst nicht relaxiert wird und mit Hilfe der Patientin während der Operation das Ergebnis durch Husten getestet werden kann. Alternativ kann der Eingriff auch in Regionalanästhesie (Teilnarkose) durchgeführt werden. Das Prinzip der Operation besteht in der Einlage eines Kunststoffbandes von der Scheide her um die Harnröhre herum mit Ausleitung der Bandenden durch die Bauchdecke hindurch gleich oberhalb des Schambeines. Das Band muss nicht fixiert werden, sondern wächst «narbig» in das umliegende Gewebe ein und bildet so eine Schlinge um die Harnröhre herum, welche diese bei erhöhtem Bauchdruck, wie z.B. beim Niesen und Husten, im mittleren Anteil unterstützt und so einen ungewollten Urinverlust verhindert. Die Operation kann auch mit einer Senkungsoperation oder einer Gebärmutterentfernung kombiniert werden.

Insgesamt dauert die TVT-Operation ca. 30–45 Minuten. Über mögliche Risiken und Komplikationen, die auch bei diesem relativ einfach anmutenden Eingriff bestehen, wird Sie Ihr Arzt exakt aufklären. Nach dem Eingriff werden Sie im Unterbauch aussen zwei und in der Scheide eine ca. je 1 cm lange Naht haben. Auf einen Katheter nach der Operation kann in der Regel verzichtet werden. Im Normalfall können Sie 1 Woche nach der Operation wieder arbeiten. Auf grössere Belastungen und Sport sollte ca. 3 Wochen verzichtet werden. Die 5-Jahres-Heilungsrate liegt bei ca. 85% und darf bei den bekannten Inkontinenzoperationen als sehr gut angeschaut werden.

AUSKUNFT GEBEN

Falls Sie unter Inkontinenzproblemen leiden und Hilfe suchen, dann fragen Sie Ihre(n) Frauenarzt(-ärztin) oder sonstigen betreuenden Arzt (Ärztin). Er/Sie wird Ihnen gerne über die modernsten Therapiemethoden, welche in der Hirslanden Klinik Aarau zur Anwendung gelangen, Auskunft geben.

Dr. med. Bernhard Koch,
Aarau, FMH Gynäkologie/
Geburtshilfe, Belegarzt
Hirslanden Klinik Aarau

BECKENBODENGYMNASTIK

Die Physiotherapie der Hirslanden Klinik Aarau bietet ein umfassendes Programm an für die Beckenbodenrehabilitation. Nach einer Befundaufnahme kann in Einzeltherapie ein individuelles Training mit gezielten Übungen durchgeführt werden.

Mittels des Biofeedbackgerätes wird die Aktivität der Beckenbodenmuskulatur kontrolliert. Die Fortschritte während der Therapie werden so exakt gemessen und man sieht, ob die Übungen richtig ausgeführt werden. Bei grösserer Schwäche der Muskeln besteht auch die Möglichkeit, diese mit Strom zu stimulieren und damit ihre Funktion soweit zu verbessern, dass ein Training wie oben beschrieben durchgeführt werden kann.

Die Therapien werden auf ärztliche Verordnung von spezialisierten diplomierten Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten durchgeführt.

AUSKUNFT/ANMELDUNG

MTC Medizinisches
Trainings-Center
T 062 836 75 00
F 062 836 75 02
Desk.MTC@hirslanden.ch

