

Urogynäkologische Sprechstunde: Dienstag 8.00 bis 16.00 Uhr

■ Terminvereinbarung für die Sprechstunde
oder weitere Termine bitte telefonisch unter:
Fon 0201 897-86540 | Fax 0201 897-3519



Prof. Dr. Stefan Niesert

Direktor der Frauenklinik
AGUB II



Dr. Andrea Gerling

Leitende Oberärztin
der Frauenklinik
Kontinenzberaterin
AGUB II



Dr. Norbert Nosal

Oberarzt der Frauenklinik
Kontinenzberater
AGUB II

Zertifizierte Beratungsstelle

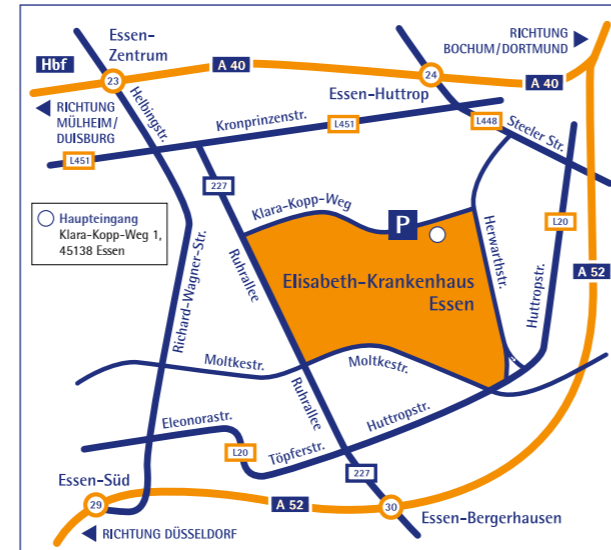


Elisabeth-Krankenhaus Essen

Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität Duisburg-Essen

Klara-Kopp-Weg 1
45138 Essen

Fon 0201 897-0
www.contilia.de



Elisabeth-Krankenhaus
Essen



Inkontinenz und Senkung- für uns kein Tabuthema



Harninkontinenz und Beckenbodenschwäche waren lange Jahre ein vernachlässigtes Thema. Dabei sind alleine in Deutschland vier bis fünf Millionen Frauen betroffen. Obwohl der unkontrollierte Abgang von Urin wie auch Senkungsbeschwerden die Lebensqualität der Patientinnen erheblich einschränken, halten Scham und die Annahme, „das“ gehöre zum Älterwerden dazu, die meisten Frauen davon ab, ihren Arzt/ihre Ärztin anzusprechen.

■ Beckenbodensenkung

Bindegewebsschwäche, Geburten, schwere körperliche Arbeit und Übergewicht können unter anderem dazu führen, dass der Halteapparat des Beckenbodens den Anforderungen nicht mehr gewachsen ist. Senkungen von Scheide, Gebärmutter, Blase und Darm können die Folge sein. Die Symptome sind vielfältig, meistens wird jedoch ein Druck- oder Fremdkörpergefühl angegeben, manche Patientinnen können den Befund bereits tasten oder sehen. Blasenentleerungsstörungen sowie Verstopfungen und Schmerzen beim Stuhlgang sind keine Seltenheit.

■ Harninkontinenz

Es gibt unterschiedliche Formen der Inkontinenz: Eine der häufigsten Formen ist die belastungsabhängige Harninkontinenz, die auch als Stressinkontinenz bezeichnet wird. Typisch hierfür ist, dass beim Husten, Niesen, Lachen oder körperlicher Anstrengung unwillkürlich Urin abgeht. Ursächlich hierfür ist ein schwacher Verschlussmechanismus der Harnröhre. Bei der sogenannten Dranginkontinenz ist die Blase als Harnspeicherorgan selbst gestört. Häufiger Harndrang, der kaum zu beherrschen ist, ist hier das Hauptsymptom. Beide Formen der Blasenentleerungsstörung können auch kombiniert auftreten.

02.2017

Für mehr Lebensqualität

Behandlungsmöglichkeiten bei Inkontinenz und Senkung

Für das Wichtige. Im Leben.

Für das Wichtige. Im Leben.

Die richtige Entscheidung treffen



Endlich uneingeschränkt leben



Vorraussetzung für die bestmögliche Behandlung ist eine exakte Diagnose! Deshalb nehmen wir uns für Sie die Zeit, um in einem vertrauensvollen Rahmen Ihren Problemen Raum zu geben und Sie individuell und kompetent zu beraten. Wir setzen unsere Erfahrung und Können ein, damit Sie sich wieder sicher fühlen.

■ Urogynäkologische Anamnese

In der fachärztlich geleiteten urogynäkologischen Sprechstunde stellen wir gezielte Fragen zum Trinkverhalten, Wasserlassen und –halten. Risikofaktoren aber auch bereits erfolgte Therapien werden erfasst, um uns einen Gesamteindruck zu verschaffen.

■ Sonografie/Pelvic floor-Sonografie

Diese schmerzfreie Ultraschalluntersuchung erfolgt zunächst mit voller und später mit leerer Blase. Dieses gibt uns die Möglichkeit, Harnblase und Nieren, die Harnröhre in ihrer Form und Dynamik zu beurteilen, wie auch Senkungen von Blase und Darm bereits per Ultraschall zu klassifizieren und die Beckenbodenschwäche zu lokalisieren. Ebenfalls machen wir uns ein Bild von Gebärmutter und Eierstöcken.

■ Vaginale Untersuchung

Die anschließende, Ihnen bereits von Ihrem Frauenarzt vertraute Untersuchung, gibt uns die Möglichkeit, die Ausprägung von Senkung oder Inkontinenz festzustellen. Die Beschaffenheit des Gewebes und die anatomischen Gegebenheiten des Beckenbodens sind für die weitere Therapieplanung maßgeblich.

■ Urodynamische Messung

Die urodynamische Messung ist eine diagnostische Möglichkeit, um die Inkontinenzform festzulegen. In dieser ca. 20 minütige Untersuchung werden Druckmessungen in der Blase und der Harnröhre während der Blasenfüllung, in Ruhe und unter Belastung vorgenommen. Das Ergebnis und ein Therapie-vorschlag werden am gleichen Tag mit Ihnen besprochen.

■ Miktionsprotokoll

Zur Diagnostik der Inkontinenz und Überprüfung des Therapieerfolgs bitten wir Sie möglicherweise über einen festgelegten Zeitraum Trink- und Urinmengen zu dokumentieren. Dieses gibt uns unter anderem die Möglichkeit, die Wirksamkeit der vorgeschlagenen Medikation zu objektivieren.

■ Interdisziplinäre Mitbeurteilung

Die Vorgänge im Körper sind mitunter sehr komplex und auch die Nähe zu den Nachbarorganen im kleinen Becken bedingt eine Einflussnahme der Organsysteme untereinander. Chirurgen, Neurologen und auch Urologen unterstützen uns bei fachübergreifenden Fragestellungen, wie z. B. Stuhlinkontinenz, Anal- und Rektumprolaps sowie zentralnervöse und Erkrankungen der ableitenden Harnwege. Wenn erforderlich, können auch operative Eingriffe gemeinsam geplant werden.

Wir sind dankbar über das entgegengebrachte Vertrauen von Seiten Ihres Frauenarztes! Daher legen wir Wert auf eine zeitnahe Informationsweitergabe. Alle von uns erhobenen Befunde werden in einem Befundbogen zusammengefasst und nach Abschluss der Diagnostik direkt zu Ihrem Frauenarzt gefaxt.

Das individuell erstellte Konzept baut auf mehrere Säulen. Wir brauchen Ihre Unterstützung, denn der Therapieerfolg ist Teamarbeit!

■ Konservative Maßnahmen

Beckenbodentraining in der Prävention, als Biofeedback oder die Elektrostimulation, lokale Östrogensalben, Pessartherapie, medikamentöse Therapie der Harninkontinenz aber auch Gewichtsreduktion und Änderung des Lebensstils können ggf. schon ausreichend sein und eine Operation verhindern. Wir beraten Sie gerne und leiten- wenn gewünscht- notwendige Maßnahmen ein.

- Kurse Beckenbodentraining in der Prävention
- Vermittlung von Heimtherapiesystemen bei Harn- und Stuhlinkontinenz
- Pessaranpassung

■ Descensuschirurgie

Bei der operativen Behandlung der Beckenbodenschwäche wird der vorliegende Defekt „repariert“. Wenn möglich, wird das eigene Gewebe verwendet; es kann jedoch auch das Einsetzen von Implantaten notwendig sein. Je nach Ausprägung der Senkung oder bei zusätzlich vorliegender Inkontinenz, muss geprüft werden, ob die Behandlung in Kombination oder nacheinander durchzuführen ist. Die meisten Eingriffe werden von der Scheide ausgehend oder per Bauchspiegelung operiert. Diese sind zunehmend auch gebärmuttererhaltend möglich.

- Vordere/hintere Kolporrhaphie
- Laterale Kolpopexie
- Sakrospinale Fixation
- Vorderes/hinteres MESH
- Sakropexie mit Implantat, laparoskopisch
- Kolposuspension (modifiziert nach Burch), laparoskopisch

■ Behandlung der Belastungsinkontinenz

Durch das Einbringen eines zehn Millimeter breiten, spannungsfreien Polypropylenbandes unterhalb der Harnröhre kann die Belastungsinkontinenz in über 90% geheilt werden. Dieses minimal-invasive Verfahren hat sich neben den bewährten klassischen Methoden in den letzten Jahren durch eine hohe Erfolgsrate, kurze Genesungszeit und gute Verträglichkeit etabliert. Ein weiteres OP-Verfahren zur Behandlung der Belastungsinkontinenz ist das Unterspritzen mit einem flüssigen medizinischen Gel (Bulkamid), um die Harnröhre zu verengen. Die meisten Frauen sind nach diesem rund 10-minütigen Eingriff wieder kontinent.

- TVT
- Kolposuspension (modifiziert nach Burch)
- Unterspritzung der Harnröhre mit flüssigem Gel (Bulkamid)

■ Behandlung der Dranginkontinenz

- medikamentös
- operativ (lokale Botox-Therapie)

