



Beckenbodenschwäche und Inkontinenz

Mit Kompetenz gegen ein Tabuthema

Dr. Mustapha Addali

Ltd. Arzt Rekonstruktive Urologie und Uro-Gynäkologie
Zentrumskoordinator des Kontinenz und Beckenbodenzentrums Nordwest



St. Antonius-Hospital Gronau, Abteilung für Urologie
und Kinderurologie Prostatazentrum Nordwest







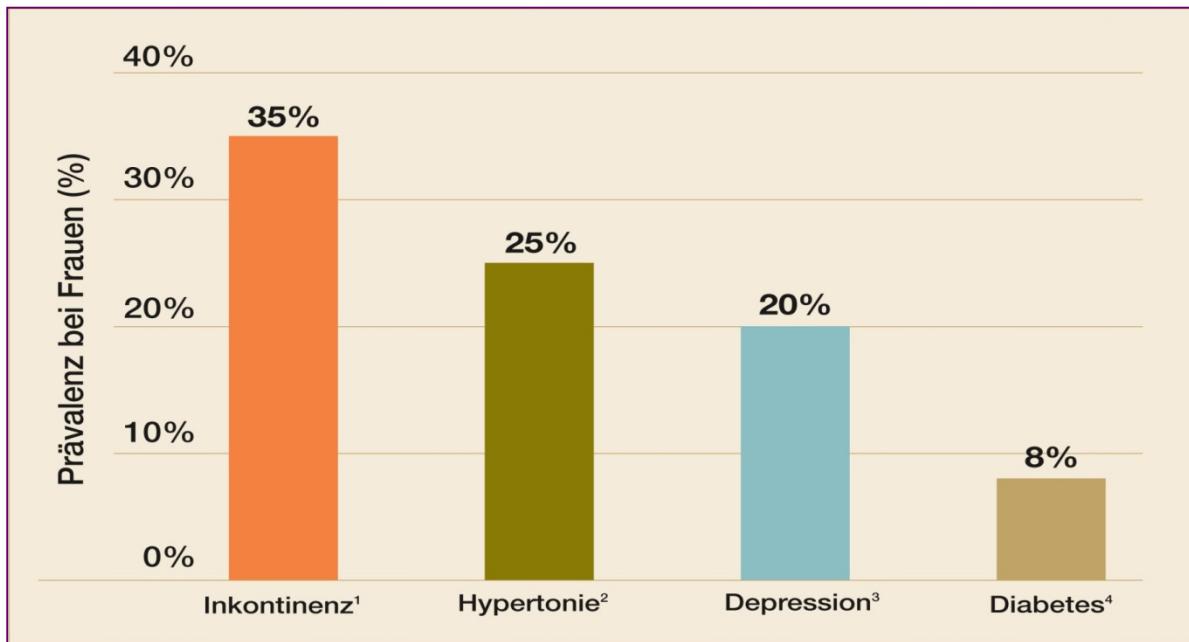
Dr. med. Mustapha Addali
Facharzt für Urologie und Kinderurologie
European Board of urology
Ltd. Arzt Rekonstruktive Urologie und Uro-Gynäkologie
Zentrumskoordinator des Kontinenz und Beckenbodenzentrums
Nordwest



Beckenbodenschwäche und Inkontinenz

- Inkontinenz ist eines der großen Tabuthemen unserer Gesellschaft.
- Die Betroffenen haben Hemmungen, mit Freunden, Familie oder Ärzten darüber zu sprechen.
- Fachkundig werden nur etwa 15 Prozent betreut.
- Es herrscht eine mangelnde Aufklärung, schweigen aus Scham und wachsender Leidensdruck bei den Betroffenen.
- Die Folgen können verheerend sein:
 - Schon einfache Aktivitäten des Alltags werden zu einer Herausforderung
 - Rückzug vom gesellschaftlichen Leben beginnt
 - Selbstwertgefühl und Lebensqualität gehen verloren.
 - Körper und Seele leiden mit oft soziale Isolation

Inkontinenz - Epidemiologie



Hampel C, et al. *Urology*. 197; 50 (suppl 6A): 4-14. 2
American Heart Association. Electronic Citation; 2001.

Ca. 12,6 % (~10 Mio.) der deutschen Bevölkerung leiden an einer behandlungsbedürftigen Harninkontinenz

Im Pflegeheim: 40 – 50 % der Bewohner/innen
> 100.000 Eingriffe/Jahr

Harninkontinenz - Definition

Internationale Continence Society (ICS)
definiert Harninkontinenz

"als ein Symptom des unfreiwilligen Urinverlusts
jeglichen Ausmaßes"



Formen der Harninkontinenz

- Belastungskontinenz

- Unfreiwillige Urinverlust bei körperlicher Anstrengung, Nießen oder Husten

- Dranginkontinenz

- Unfreiwillige Urinverlust zusammen mit Harndrang
- Detrusorhyperaktivität (motorisch)
- Detrusorhypersensivität (sensorisch)

- Mischforminkontinenz

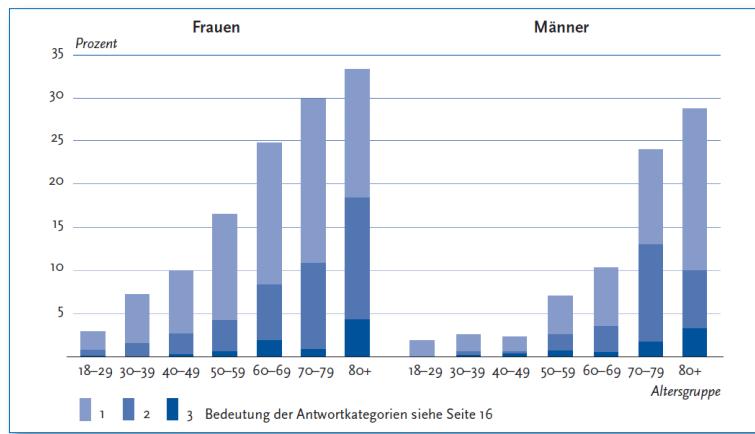
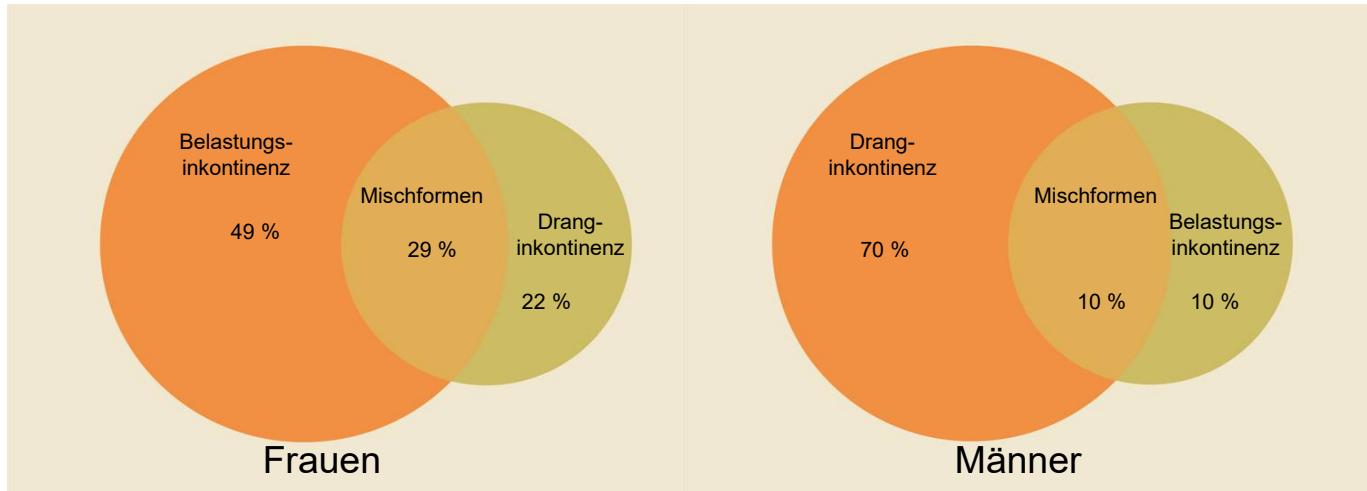
- Überlaufinkontinenz

- post-operativ, neurogene Erkrankungen, „MS“, Querschnittslähmung,,
- obstruktiv; BPH, Urethrastenose

- Extraurethrale Inkontinenz

- Ektopie Uretermündung
- Fistelen (Blase od Urogenitalfisteln)

Prozentuelle Verteilung der Inkontinenzformen

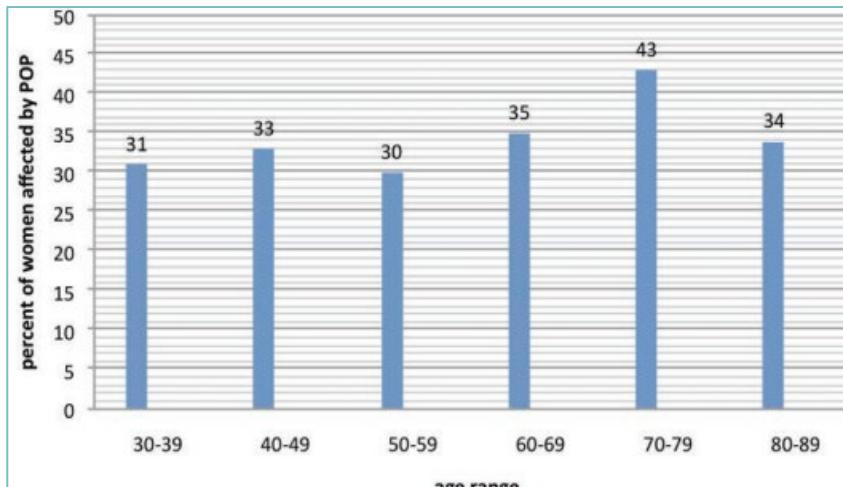


Anteil der Befragten, die angaben, von unfreiwilligem Harnverlust betroffen zu sein
Quelle: Robert Koch-Institut, Telefonischer Gesundheitssurvey 2005

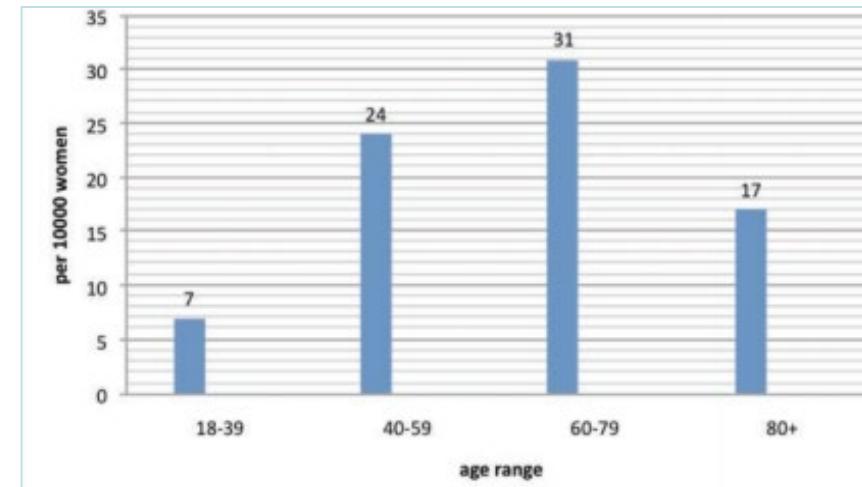
Alter	Frauen	Männer
15–44 Jahre	5–7%	3%
45–64 Jahre	8–15%	3%
>65 Jahre	10–20%	7–10%
> 80 Jahre	20 – 25 %	20 – 25 %

Descensus genitalis - Zahlen und Fakten

- 30-50% aller Frauen haben eine symptomatische Beckenbodendysfunktion
- 10-20% nehmen ärztliche Hilfe in Anspruch
- Ursachen und Risikofaktoren: Geburt, Multiparität, Voroperationen , Adipositas, Beruf, Nikotin, Menopause, Chr. Obstipation
- Klaffenden Zahlen zur Inzidenz von Beckenbodendefekten nach Hysterektomie 1- 43%
- Nicht ausreichend validierten Studienlage
- 1/3 aller operierten erleiden 1. Rezidiv nach 4 Jahren



The distribution of POP among women seeking care, US 2000
(Luber 2001)



Shows the surgical treatment for POP/ rate per 10000 women (2003)

Symptome

Urologische Beschwerden

- Belastungskontinenz
- Pollakisurie, Nykturie
- Urgeinkontinenz
- Harnverhalt, Restharnbildung, schwacher Harnstrahl, Harnstauungsnerien
- Rezidivierende Zystitiden
- Manuelle Manipulation oder Lagewechsel sind erforderlich, um die Blase zu Entleeren

Intestinale Beschwerden

- Defäkationsprobleme
- Stuhlinkontinenz (Blähungen, weicher und fester Stuhlgang)
- Manuelle Manipulation von Scheide, Darm und Damm sind zur Darmentleerung erforderlich
- Gefühl der unvollständigen Darmentleerung
- Rektalprolaps

Sexuelle Beschwerden

- Dyspareunie , Libidoverlust
- Kohabitationsbeschwerden, Juckreiz, Brennen

Andere lokale bzw. Unspezifische Beschwerden

- Druckgefühl in der Vagina
- Tiefe Kreuzschmerzen, die in horizontaler Position verschwinden

Strukturierte Befunderhebung

Warum?

Meistens langen Historie

Wechselnde Krankheitsverläufe

Unterschiedlich absolvierte Therapiemaßnahmen

Vielfache ärztliche Besuche und zum Teil Diagnosen

Ziel

Übersicht über verschiedene, aktuelle Diagnostische Verfahren

Alltagspraktische Informationen für Befunderhebung

Entscheidungshilfe für die gezielte Diagnostik und Therapie

Miktionsprotokoll / Miktionsstagebuch

- Einzelne Miktionsvolumina während des Tages und der Nacht
- Durchschnittliche Miktionsvolumina
- 24 Stunden-Urinausscheidung
- Nächtliche Ausscheidungsmenge
- Inkontinenzepisoden
- Drangeepisoden
- Restharnbestimmung bei Patienten unter ISK

Miktionsprotokolle werden eingesetzt, um Harninkontinenz-begleitende Blasenspeicher- und Blasenentleerungsstörungen zu erfassen und zu bewerten (**LOE 2b**)

Miktionsstagebücher sind sensitiv für Veränderungen und zuverlässige Parameter zur Beurteilung des Therapieerfolges (**LOE 2b**)

Es gibt keine Standarddefinition für eine pathologische Restharnmenge



St. Antonius-Hospital
Gronau GmbH

Miktionsprotokoll

UR-FO-042



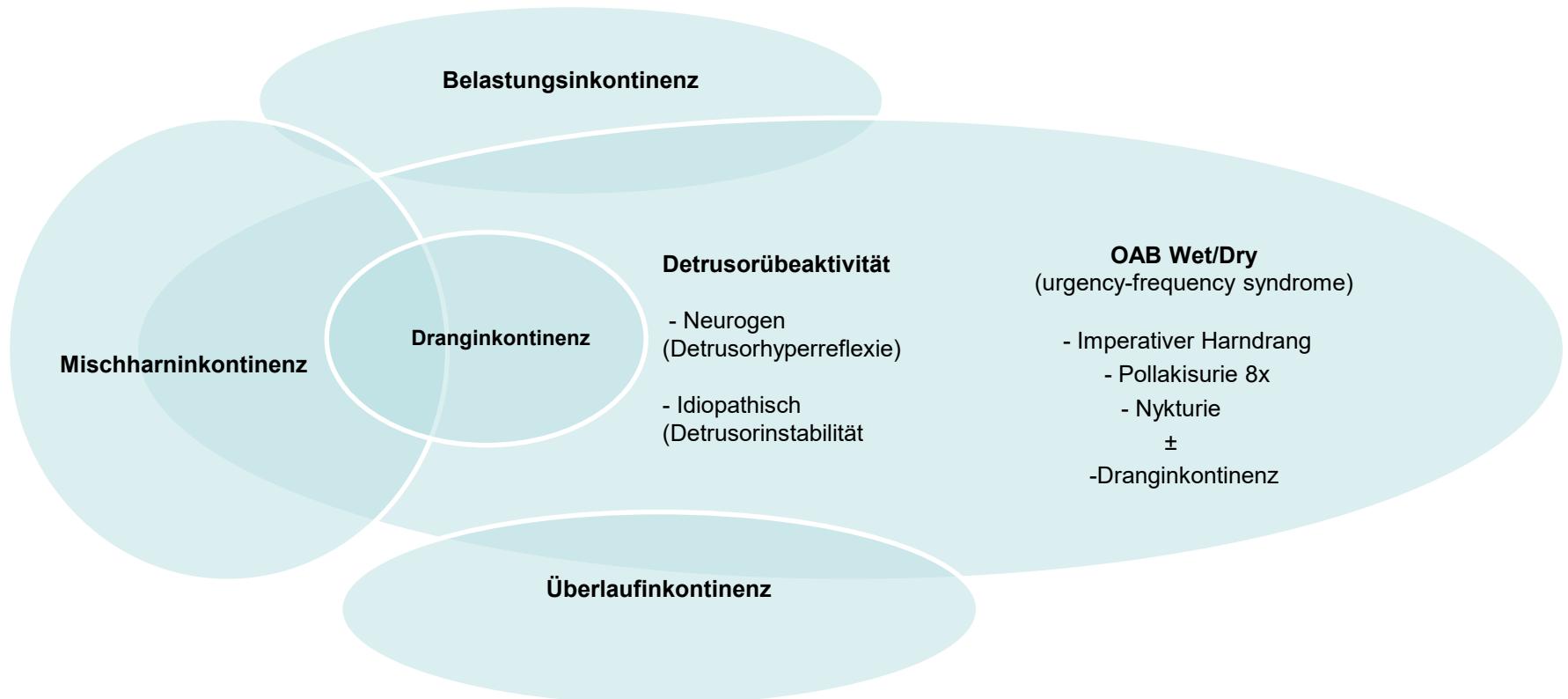
Urologie Station 1A

Stand Juni 2009
erstellt von R.Sibbing/ G. Gust

Patient:

Datum:

Diagnostische Strategie



Die Diagnostik sollte 3 Fragen klären

Was ist das Ausmaß der Beschwerden?

Besteht Behandlungsbedarf?

Welches Therapieverfahren ist am besten geeignet?

Diagnostischer Gang

– Anamnese

- Stresssymptomatik
- Drangbeschwerden
- Miktionsintervall
- Nykturie
- Vorlagenbedarf
- Gehäufte Harnwegsinfekte
- Blasenentleerungsstörung
- Voroperationen
- Geburtenzahlen, operative Entbindung
- Internistische und neurologische Erkrankungen
- Medikation

– Labor/Urinuntersuchung

– Uroflowmetrie / Restharn

– Klinischer Husten-Stresstest mit gefüllter Harnblase

– Gynäkologische Untersuchung (vaginale Einstellung)

– Sonographie

- Introitussonographie

- Urodynamische Untersuchung

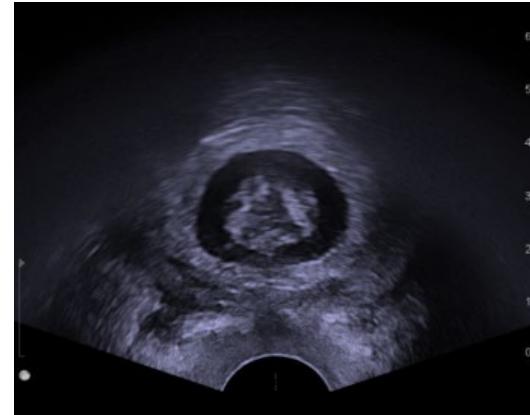
- Urethrozystoskopie

Die Erhebung einer ausführlichen Anamnese ist der erste Schritt bei der Abklärung der Harninkontinenz, auch wenn hierzu keine Evidenz existiert.

Diagnostik des Deszensus

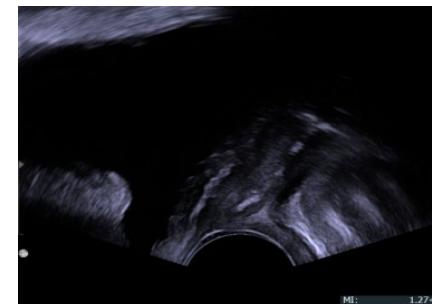
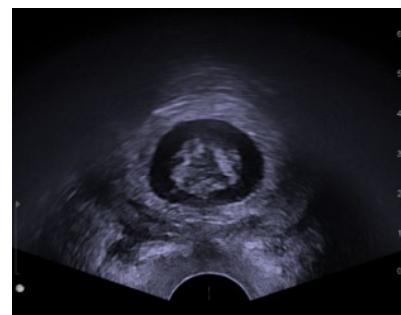
Examination

- Inspektion des äußeren Genitale
- Spekulum-einstellung
- Palpation
- Evaluation von BB (Koordination-, Relaxation- und Kontraktionsfähigkeit / Oxford-Grading)
- Husten-Stresstest ± Reposition
- Urinkultur
- Bildgebende Verfahren
- Urethrozystoskopie

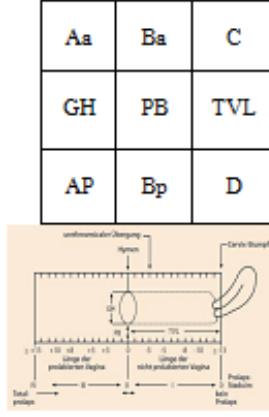


Pelvic-Floor-Sonographie

- Sofern möglich, sollten alle Funktionsmessungen in Ruhe und beim Pressen/Husten bei standardisierter Blasenfüllung von 200-300 ml erfolgen.
- Beurteilt werden alle 3 Kompartimente
- Beurteilung der Sulci paraurethrales (Hohe, Urethradivertikel, Tumor...)
- Urethra die Mobilität, Länge, Trichterbildung
- Darstellung der Mobilität des Blasenhals und von Zystozele/ Rektozele und Enterozele.
- M. sphincter ani internus (IAS)
- M. sphincter ani externus (EAS)
- Postoperativ Beurteilung der Lage des Bandes, der Bandkonfiguration (flach, c-förmig, anguliert, parallel zur Urethra) sowie dem Band-Urethraabstand im Sagittalschnitt



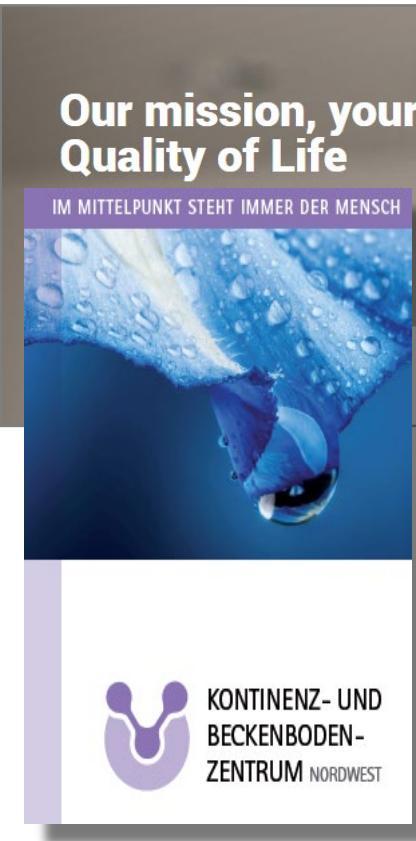
Patienten begleit- und Dokumentationsbogen

Angaben Zur Person	Name, Vorname				Versicherung							
	Geburtsdatum						Schulabschluss		Kein Abschluß	Regelschule	Gymnasium	Hochschule
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Einweiser				Beruf							
Staatsangehörigkeit				Mail / Phone								
Frage- bögen	Inkontinenz-Fragebogen für Frauen				Stresstest + - Oxford- Grading (0-5)	PAD-Test Ja Nein Urin	Größe in m 		Gewicht in kg 		BMI: 	
	Blasenfunktion		Darmfunktion				Prolaps		Sexualfunktion			
	Score = /45		Score = /34				Score = /15		Score = /21			
Prätherapeutische Diagnose/Befunde	Aktuelle Beschwerden:				POP- Q/ICS 		Spekulum- einstellung		Sonographie Introitus- /Perinealsonographie		Urodynamik	
	Risikofaktoren:						Atrophiezeichen Ja Nein		Niere re.: Niere li.:		1. ED	
	Miktion tags: nachts:		Strahl: Vorlagen				tags: nachts:		HB: RH:		2. HD	
	Inkontinenz <input type="checkbox"/> Urge <input type="checkbox"/> Belastung <input type="checkbox"/> Misch						Hautirritation/Vulvitis Ja Nein		Kapazität			
	Voroperationen/ Vorerkrankungen/ Geburten:						Medikation:		Descensus Grad 0-IV		Sensibilität:	
									Vorderes Komp.		Compliance	
									Mittleres Komp.		Flow-EMG	
									Hinteres Komp.		BB-EMG	
											Urethre-Druckprofil:	

Anmerkungen/zusätzliche Präop/intraoperative Maßnahmen

**Inkontinenzform:
Therapie:**

Addali 06/2016



Inkontinenztherapie

„Leben statt Leiden“

Konservative Inkontinenztherapie

Zeitpunkt/ Ziele

Zeitpunkt

Als erster Therapieschritt in der Stufentherapie bei allen Symptomen der BBD v. a. bei leichten/mittelschweren Formen

Wenn möglich schon prophylaktisch/präventiv in der Jugend, prä-, intra- und post-partum

Bei bestehendem Leidensdruck

Bei ausreichender Zeit, Motivation und Compliance

Ziele

Prävention von Störungen der Funktion + Anatomie des BB

Erkennen/Aufrechterhaltung der BB- Funktion

Verhinderung zunehmender Störung des BB

Verbesserung der Funktion des BB

Aktivierung o. Relaxierung der BB- Funktion

Kompensation von Alterungsprozessen/Verhinderung zunehmender Störung des BB

Keine Korrektur der Anatomie des BB



Konservative Inkontinenztherapie

Therapieansätze

- Lifestyle – Interventionen M+F
- Toilettentraining M+F
 - Festgelegte Entleerungszeiten (timed voiding, scheduled toileting)
 - Individuelle Entleerungszeiten (habit training)
 - Angebotener Toilettengang (prompted voiding)
 - Blasentraining (bladder drill)
- Physiotherapie M+F
 - Beckenbodentraining
 - Elektrostimulation ± Biofeedback
 - Magnetfeldtherapie
 - Galileo-Vibrationstraining
 - Konustherapie
- Posterior tibial nerve stimulationT -PTNS/P-PTNS M+F
- Pharmakotherapie M+F
- Hilfsmittel M+F
 - Aufsaugende Inkontinenzhilfsmittel
 - Vorlagen, Windeln, Windelhosen, Inkontinenzslips
 - Ableitende Inkontinenzhilfsmittel
 - Katheter, Kondomurinale
 - sonstige Inkontinenzhilfsmittel
 - Pessare
 - Inkontinenttampons

Konustherapie/Vaginalkonen



No. 1: 20 g
No. 2: 32,5 g
No. 3: 45 g
No. 4: 57,5 g
No. 5: 70 g

No. 1: 4.9 g
No. 2: 20.5 g
No. 3: 32.0 g
No. 4: 44.0 g
No. 5: 55.0 g



Pessare + Würfel Kontinenztampons



Kondom- Urinal

Die gebräuchlichste Form der Kondom- Urinale sind sie selbstklebenden bestehend aus Silikon.

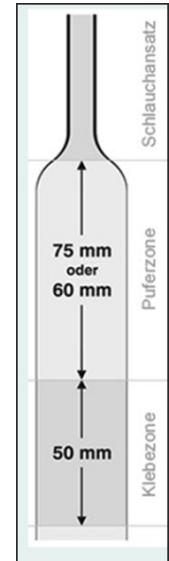
Die Vorteile dieser latexfreien Kondome sind:

- weniger allergische Reaktionen
- anwendungsfreundlicher

Sonderformen

Einige Hersteller vertreiben zusätzliche Sonderformen von Kondom-Urinalen z.B.:

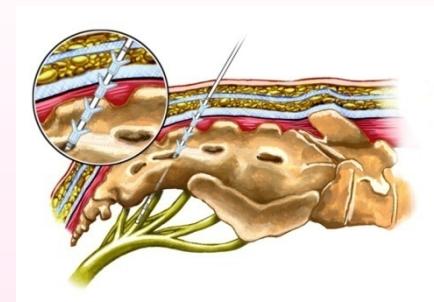
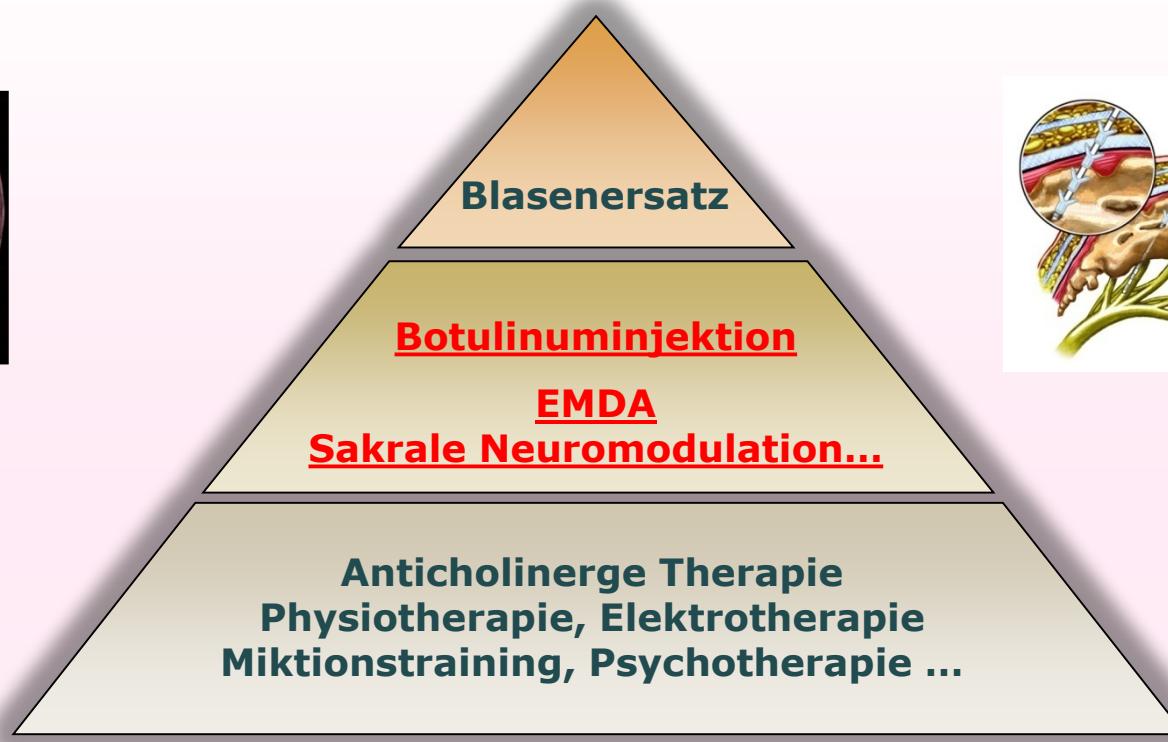
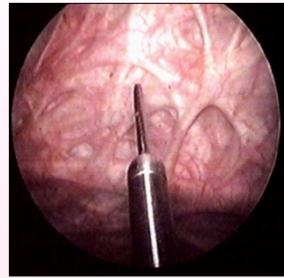
- Für den retrahierten Penis
- Mit Pufferzone, bei hohem Spontanurin
- Kondomurinale, bei denen ein ISK möglich ist
- Tropf-Urinal (bei einer Teilinkontinenz, zur Überbrückung kurzer Zeiten. Mit und Ohne Beinbeutel zu verwenden)



Pharmakotherapie

- Beginnt mit dem Medikamentenanamnese
- Weglassen von Medikamenten
 - (z. B. Alpha-Blocker, Diuretika, Ca-Antagonisten, Antiepileptika, Antihistaminika, Psychopharmaka)
- **Östrogene**
- **Duloxetin**
- **Anticholinergica**
- **Mirabegron**
- **Desmopressin**

Therapieeskalation bei Überaktiver Blase



- Anticholinergika
- Botulinumtoxin
- Sakrale Neuromodulation

Detrusorrelaxation

Detrusorrelaxation

Speicher-/Miktionsphase

Mirabegron: Selektive β_3 -Rezeptoragonisten

BTX – Injektion Instrumentarium/Durchführung

- Hemmt langanhaltend die Erregungsübertragung von Nerven auf die Muskelzelle
- Starres Zystoskop Charr. 22 mit Albarraneinsatz 30 Grad Optik (Altern. Flex. Zystoskop)
- Flexible Einweg Injektionsnadel (5 French, 23 gauge)

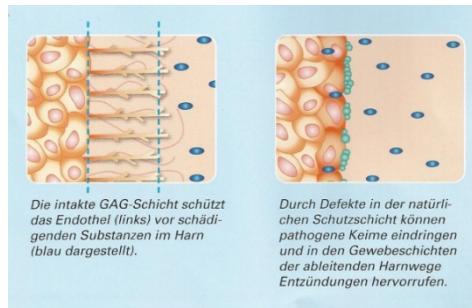
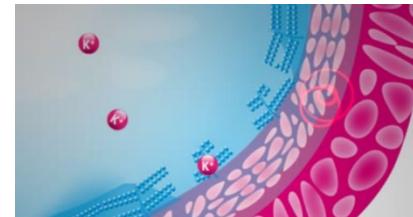


EMDA Elektro Motive Drug Administration

Systemische Medikamentengabe	Lokale (Intravesikale) Medikamentengabe
Amitriptylin Tbl. oder Tropfen	Hyaluronsäure
Antihistaminika	Pentosanpolysulfat
Anticholinergika	Chondroitinsulfat
Nichtsteroidale Antirheumatika	Dimethylsulfoxid (DMSO)
Pentosanpolysulfat	Lidocain
Opioide	

Intravesikale Therapie

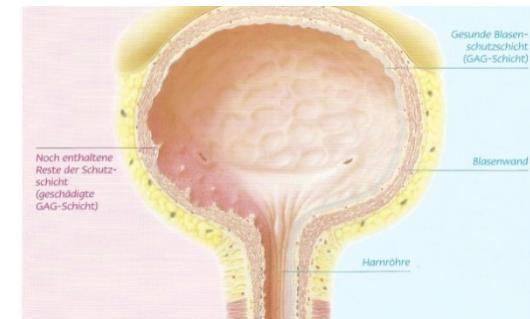
- Chondroitinsulfat
- Dimethylsulfoxid
- Hyaluronsäure
- Natriumpentosulfat
- Anticholinergika



Gepan® instill

Hochgereinigtes Chondroitinsulfat

Wichtiger Baustein der GAG-Schich



Behandlungsschema

Therapiebeginn

Im 1. Monat

Je nach Schweregrad wöchentlich eine Instillation für 4 – 6 Wochen

Erhaltungstherapie

Ab 2. Monat

Monatlich eine Instillation

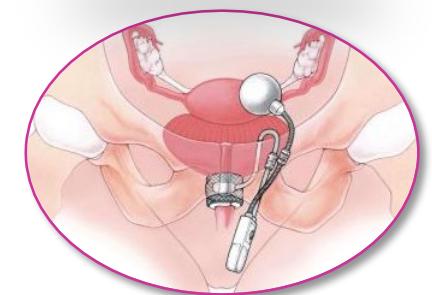
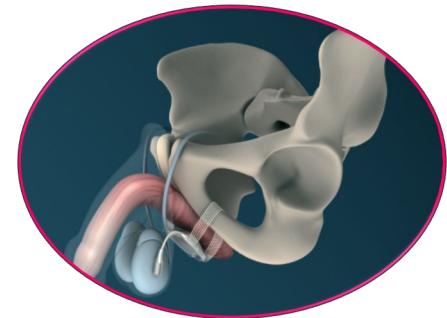
Sakrale Neuromodulation (Blasen- oder Beckenbodenschrittmacher)

- Teststimulation über 2 – 4 Wochen
 - Das Behandlungsergebnis wird mit einem externen Stimulator getestet
- Implantation des Schrittmachers
- Aktivierung/Programmierung stationär
- Jährliche Kontrolle



Operative Therapie - Belastungsinkontinenz

- Injektion von Kollagen, Teflon, Zuidex, Bulcamid
- Offene Suspensionsverfahren
 - ventrale Suspension Z.b. Kolposuspension
 - Rekonstruktion des paraurethralen Halteapparates
- Bänder (Adjustierbar/nicht Adjustierbar)
- Künstlicher Schließmuskel (artifizieller Sphinkter AMS 800)
 - künstlicher Blasenschließmuskel



- AdVance
- I-Stop
- TILOOP
- Seratim
- Virtue
- (InVance)
- Pro-ACT
- Remeex
- ARGUS
- ATOMS
- AMS 800
- Zephyr AUS
- (Flowsecure)

Nicht adjustierbar, ohne Ankersystem

Nicht adjustierbar, Fixation mit Schrauben

Adjustierbar (2 Inzisionen), ohne Ankersystem

Adjustierbar und Fixiert

On-Off Manschetten-Systems

TVT, TVT-O (Gynecare)
 LIFT™ (Cousin Biotech)
 Serasis™ (Serag Wiessner)
 Obtape™ (Mentor)
 Uretex™ (Sofradim)
 Monarc™ (AMD)
 T-Sling™ (Herniamesh)
 Stratasis™ (Cook)
 Uratape™ (Porges)
 I.STOP™ (CL Medical)
 Lynx™ (Boston Scientific)
 Veritas™ Collagen Matrix
 Synovis

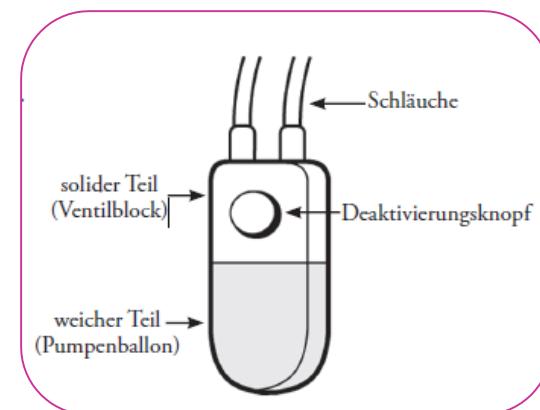
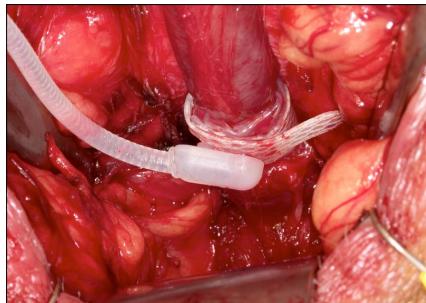
Sabre™ (Mentor)
 IVS™ (Tyco)
 SPARC™ (AMS)
 PelviLace™ (Mentor)
 Tordynex™ (Tulip)
 Pro Surg-Biosling™
 Remeex™ (Neomedic)
 Safyre™ (Promedon)
 TOB™ (Porgès)
 Swing-band™ (Text.HI)
 Obtryx™ (Boston Scientific)
 Emerald™ (Gallini)

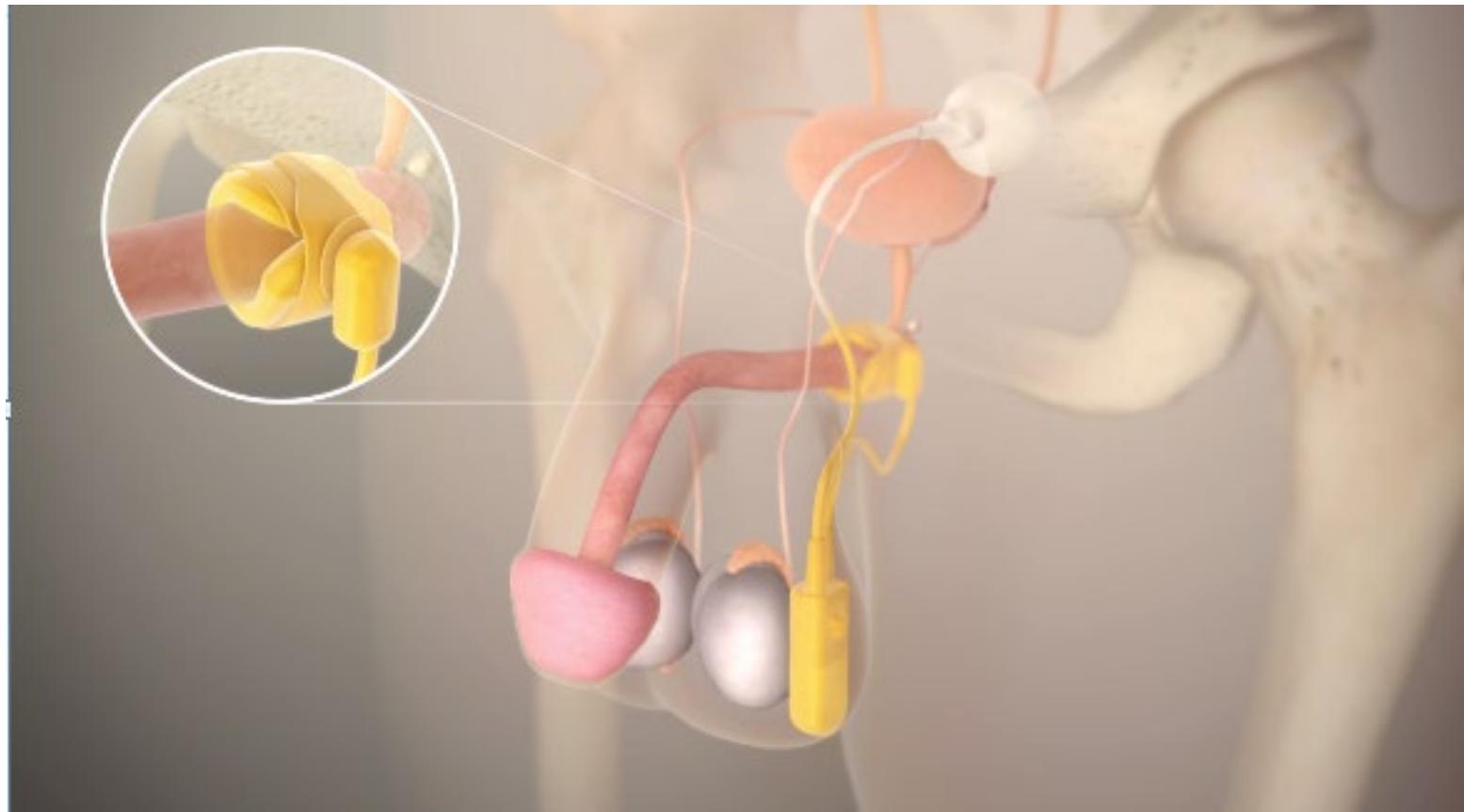
??? verschiedene Verfahren!!!

Was ist das BESTE für meine Patienten

Künstlicher Schließmuskel Hydraulische Sphinkterprothese AMS-800

- weltweit am häufigsten eingesetzt
- längster Beobachtungszeitraum, etablierte Technik (Erstimplantation 1972)
- hohe Kontinenzrate
- ersetzt physiologisch den Miktionsablauf („Öffnen“, „Schließen“)





Boston
Scientific
Advancing science for life™

Descensus genitalis - Operative Therapie

- Verwendung körpereigener Faszien
 - Kolporrhaphia anterior/posterior
- Fixation an körpereigenen Strukturen
 - Sakropexie, Sakrospinöse Fixation
- Einsatz von synthetischen Netzen (Mesh-Plastik)
 - Anterior mesh repair, Posterior mesh repair



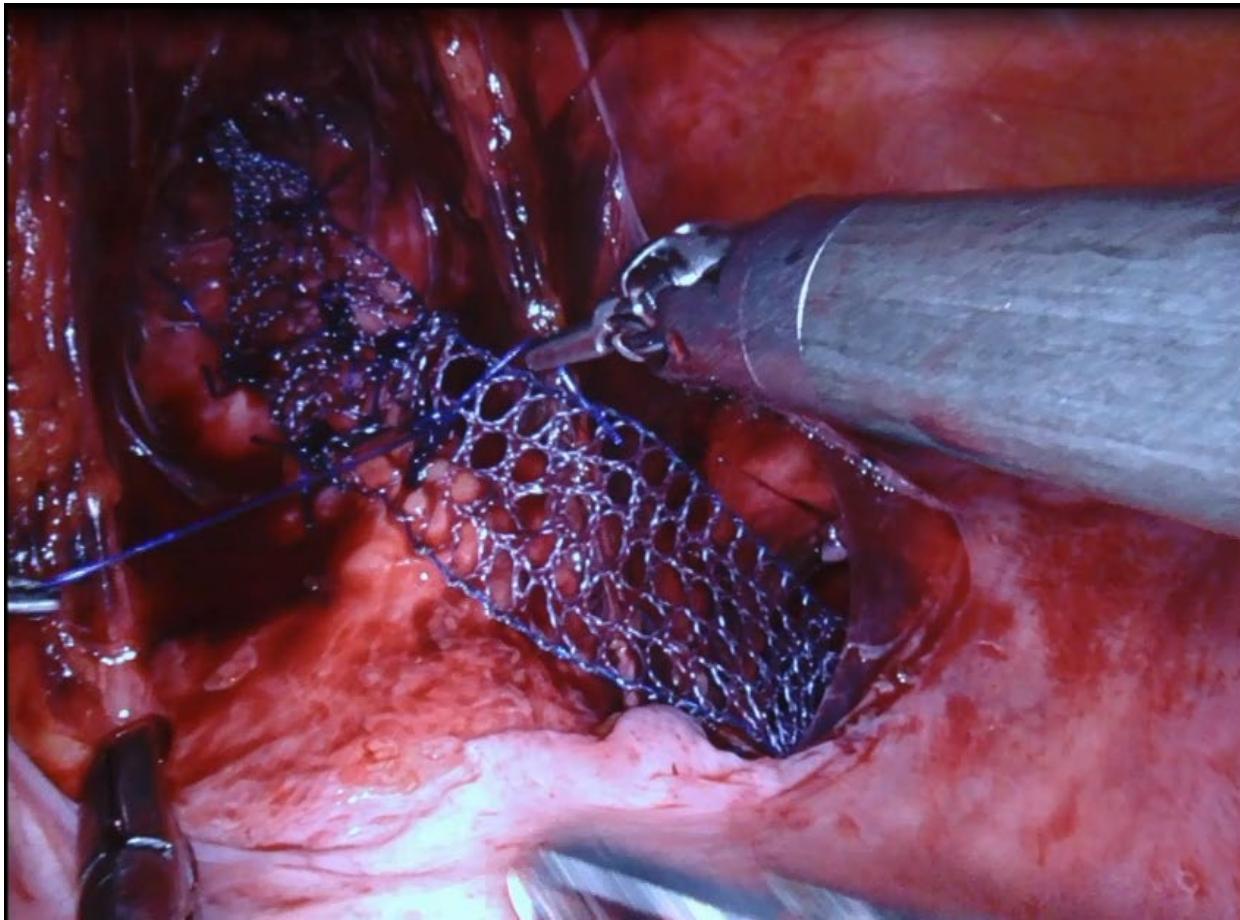
Offene abdominal



Laparoskopische und Roboter assistierte Sakrokolpopexie



Transvaginal



PZ • NW
ProstataZentrum

Inkontinenz /Prolaps-Chirurgie

Interdisziplinär durchgeföhrter Operationen

Urologie

Kompartiment

Gradeinteilung

Chirurgische Expertise

Unterschiedliche Techniken
(Vaginal/Anal/Abdominal/
Offen/laparoskopisch)

Verschiedene Materialien
(autoplastisch/alloplastisch)

Koloproktologie

Gynäkologie

Nebenabteilungen:

- Neurologie
- Geriatrie
- Rehabilitation
- Physiotherapie

Fazit

Konservative Therapieoptionen sind Mittel der 1. Wahl

Grundvoraussetzung ist Beckenbodenwahrnehmung

Fordern einen aktiven Einsatz der Betroffenen

Mobilisierung von körpereigenen Therapiereserven

Erfolg abhängig von professioneller Anleitung, Patient Motivation und Compliance und
interdisziplinärer Zusammenarbeit

Optimale Grundvoraussetzungen für notwendige OPs

Indikation ist Wissenschaft, Operation ist Handwerk

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



Urologie
Gronau

Dr. med. Mustapha Addali

