

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**25. Jahrestagung der
Medizinischen
Kontinenzgesellschaft
Österreich**

**2.–3. Oktober 2015
Linz**

Abstracts von Vorträgen

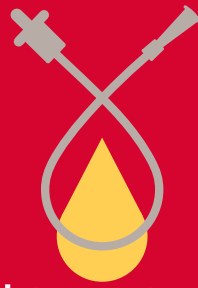


Indexed in EMBASE/Excerpta Medica/Scopus

Member of the



www.kup.at/urologie



Comitatus Award

Feierliche Verleihung des COMITATUS AWARDS am 3. Oktober 2015

Die Preisübergabe wird im Rahmen einer feierlichen Verleihung **bei der Jahrestagung der MKÖ im LFI Linz** mit der Unterstützung der ÖGU und des KSB stattfinden.

Hollister verfolgt das Ziel, das Leben der Betroffenen mit Blasenfunktionsstörungen und Pflegenden mit optimalen und individuellen Versorgungsmöglichkeiten sowohl im Krankenhaus als auch zu Hause zu unterstützen und deren Lebensqualität zu verbessern. Aus diesem Grund wurde in Zusammenarbeit mit der MKÖ, der ÖGU und dem KSB der COMITATUS AWARD ins Leben gerufen. Der COMITATUS AWARD wird an medizinisches Personal für besonders innovative und patientenfreundliche Projekte, Initiativen und Maßnahmen für Menschen mit neurogenen Blasenfunktionsstörungen vergeben.

ACHT UNABHÄNGIGE JUROREN ERMITTELN DEN GEWINNER DER EINREICHUNGEN:

- Hans Allmer, DGKP/KSB
- Kornelia Buchner-Jirka, DGKP/KSB
- Univ.-Prof. Dr. Engelbert Hanzal
- Christa Hosak, DGKS/KSB
- Prim. Univ.-Prof. Dr. Wilhelm Hübner
- Prim. Univ.-Prof. Dr. Stephan Madersbacher
- Christine Stelzhammer MEd
- Ing. Hannes Wiesinger



Editorial	4
I. Haunold, W. A. Hübner, G. Primus	
PATHOPHYSIOLOGIE DER INKONTINENZ NACH TUMORTHERAPIE	
Pathophysiologie der Inkontinenz nach Tumorthherapie – Sicht der Chirurgie	5
I. Haunold	
Pathophysiologie der Inkontinenz nach Tumorthherapie – Sicht der Urologie	5
K. D. Sievert	
Pathophysiologie der Inkontinenz nach Tumorthherapie – Sicht der Strahlentherapie	6
A. U. Schratter-Sehn	
EVALUIERUNG UND KONSERVATIVES MANAGEMENT DES INKONTINENTEN TUMOR-PATIENTEN	
Evaluierung und konservatives Management des inkontinenten Tumor-Patienten nach Rektumresektion	6
C. Kopf	
Evaluierung und konservatives Management des inkontinenten Tumor-Patienten – Urologie	7
M. Rutkowski	
Evaluierung und konservatives Management des inkontinenten Tumor-Patienten – Psychoonkologie	8
A. U. Schratter-Sehn	
INTERDISZIPLINÄRE THERAPIE DER INKONTINENZ NACH TUMORBEHANDLUNG	
Chirurgische Therapieoptionen bei Stuhlinkontinenz nach Tumorthherapie	8
M. Lechner	
Inkontinenz nach Tumorbehandlung: Urologische Optionen	9
W. A. Hübner	
Interdisziplinäre Therapie der Inkontinenz nach Tumorbehandlungen – Pflegerische Herausforderungen	9
M. Signer	
SALONS	
Intermittierender Selbstkatheterismus aus Sicht der Versorgungsforschung	10
A. Vavrovsky	
ICS LECTURE	
Physical Therapy and Behavioral Modifications for Post Prostatectomy Patients	10
H. Moky	
AKTUELLES	
Ambulante onkologische Rehabilitation	11
D. Gattringer	
Onkologische Rehabilitation im Lebens.Med Zentrum Bad Erlach	11
S. Rottensteiner	
Impressum	15



OÄ Dr. Ingrid Haunold



Prim. Univ.-Prof. Dr. Wilhelm A. Hübner



Univ.-Doz. Dr. Günter Primus

Editorial

Herzlich willkommen zu unserer 25. Jahrestagung der MKÖ!

Wir begrüßen Sie auf der Gugl, ein Ort, der schon traditionsgemäß eine bewährt angenehme Atmosphäre für unsere Veranstaltung bietet.

Das 25-Jahr-Jubiläum beweist, welch großartiges Erfolgsrezept unserer Gesellschaft zugrunde liegt und wie erfolgreich der interdisziplinäre Austausch ist.

Als Hauptthema haben wir heuer **Inkontinenz nach Tumorthherapie** gewählt.

Wir sind in unserem Berufsalltag nahezu täglich mit Krebsdiagnosen konfrontiert und wissen, welch einschneidendes Ereignis dies im Leben des Betroffenen darstellt. Nach dem ersten Schock hat für den Patienten natürlich der Kampf ums Überleben oberste Priorität. Die in der Behandlung notwendigen Eingriffe können allerdings selbst bei erfolgreicher Therapie der Grunderkrankung zu belastenden Nebenwirkungen führen. Hier steht vor allem die Inkontinenz im Mittelpunkt.

Wir wollen im Rahmen unserer Tagung diese Problematik von verschiedenen Seiten beleuchten. Wie kommt es dazu? Welche Diagnostik erfordert es? Und wie können wir die Betroffenen interdisziplinär am besten betreuen?

Es ist uns wichtig aufzuzeigen, dass von ärztlicher Seite nicht nur eine chirurgische und onkologische Expertise gefragt ist, sondern auch die Lebensqualität des Patienten in der Nachsorge einen großen Stellenwert haben sollte.

Gemeinsam wollen wir für alle Berufsgruppen ein Bewusstsein schaffen, dass die Behandlung des inkontinenten Tumorpatienten von großer Bedeutung ist und auch in Palliativsituationen eine Verbesserung der Lebensqualität oberstes Ziel sein muss. Insbesondere dürfen Kostenüberlegungen angesichts hoher Ausgaben für Chemotherapeutika keine Rolle spielen.

Wir freuen uns auf ein spannendes wissenschaftliches Programm, interessante Salons und viel topaktuelle Informationen in unserer Industrieausstellung.

OÄ Dr. Ingrid Haunold
Tagungspräsidentin

Prim. Univ.-Prof.
Dr. Wilhelm A. Hübner
Tagungspräsident

Univ.-Doz. Dr. Günter Primus

Herausgeber:
F. Fischl, Wien

Redaktion Urologie:
H. Hiedler, Linz
T. Klotz, Weiden
M. Rauchenwald, Wien

Redaktion Urogynäkologie:
E. Hanzal, Wien
H. Kölbl, Wien

Schriftleitung Schweiz:
H. John, Winterthur

Editorial Board:

W. A. Hübner, Korneuburg
H. Madersbacher, Innsbruck
E. Petri, Greifswald

A. Ponholzer, Wien
G. Ralph, Leoben
P. Riss, Mödling

W. Stackl, Wien
H.-P. Schmid, St. Gallen
V. Viereck, Frauenfeld

25. Jahrestagung der Medizinischen Kontinenzgesellschaft Österreich

2.–3. Oktober 2015, LFI Oberösterreich, Linz

Abstracts von Vorträgen

FREITAG, 2. OKTOBER 2015

■ Pathophysiologie der Inkontinenz nach Tumorthherapie

Pathophysiologie der Inkontinenz nach Tumorthherapie – Sicht der Chirurgie

I. Haunold

Chirurgische Abteilung, KH der Barmherzigen Schwestern Wien

Einleitung Tumoroperationen im kleinen Becken können durch Präparation und Resektion unterschiedlich schwere Auswirkungen auf Kontinenz, Blasenentleerung und Sexualfunktion haben.

Alle Darmentleerungsstörungen, die nach tiefer vorderer Rektumresektion auftreten und die Lebensqualität beeinträchtigen, werden als vorderes Resektionssyndrom zusammengefasst. Übersetzt spricht man im Englischen vom „low anterior resection syndrome“, weshalb in der Literatur der Begriff LARS etabliert ist.

Material Kolorektale Karzinome gehören bei Frauen zu den zweithäufigsten und bei Männern zu den dritthäufigsten Tumoren. Um eine Heilung herbeizuführen, müssen diese reseziert oder je nach Stadium und Lokalisation auch mittels kombinierter Radio-Chemotherapie vorbehandelt werden. All diese Verfahren können die Kontinenz beeinflussen.

Prinzipiell sind für die Dichtigkeit des Anus folgende Bereiche verantwortlich, deren fehlerfreies Zusammenspiel gewährleistet sein muss:

- Die Ampulla recti als Reservoir
- Die Muskulatur des Beckenbodens – hier vor allem der Musculus sphinkter ani internus und externus
- Der extrinsische und intrinsische Nervenplexus

Eine Darmresektion im kleinen Becken kann auf alle oben genannten Bereiche Auswirkungen haben. Je tiefer (also näher dem Schließmuskel) die Tumorklassifikation ist, desto größer die zu erwartende Funktionseinbuße.

Beindet sich der Tumor im unteren Rektumdrill, muss das gesamte Rektum bis zur Linea dentata entfernt werden. Dies führt zu einem Verlust des natürlichen Reservoirs, womit sich die rektale Kapazität reduziert. Das heißt, es kommt zum Stuhlverlust, sobald das Fassungsvermögen (das maximal tolerable Volumen, das gehalten werden kann) erreicht ist.

Sogar ultratiefe Tumoren, die den Musculus sphinkter ani internus im oberen Anteil infiltrieren, können sphinktererhaltend operiert werden. Wird dieser für den Ruhedruck verantwortliche Muskel im Rahmen einer intersphinkteren Resektion teilweise entfernt oder wird er bei der Anastomosierung durch Staplerklammern direkt geschädigt, sinkt der Ruhedruck und es kommt zur passiven Inkontinenz.

Der Musculus sphinkter ani externus wird bei einer tiefen vorderen Resektion zwar nicht morphologisch geschädigt, aber es kann im Rahmen der Präparation die Innervation des intramuralen Plexus gestört werden. In diesem Fall resultieren imperativer Stuhldrang und konsekutive Inkontinenz.

Die Operation kann weiters das autonome Nervensystem in und um die Darmwand beeinflussen. Die Peristaltik der deszendierenden Darmwand nach Resektion ist nachgewiesenermaßen beeinträchtigt. Noch nicht restlos geklärt, aber wahrscheinlich auch auf die gestörte Innervation zurückzuführen, ist eine spastische Wellenperistaltik und somit Dysfunktion des Neorektems.

Neben diesen durch die Resektion direkt verursachten Gründen kann eine ergänzende Bestrahlung oder Chemotherapie eine Inkontinenz ebenfalls verursachen oder verschlechtern: Die Bestrahlung kann dauerhafte Schäden an der Muskulatur hinterlassen. Chemotherapeutika können sich auf die Stuhlkonsistenz und -frequenz auswirken und somit indirekt die Kontinenz beeinflussen.

Ergebnisse Die allermeisten Patienten leiden nach erfolgreicher Behandlung eines Rektumkarzinoms an einem vorderen Resektionssyndrom. Die wichtigsten Symptome und deren Häufigkeit sind:

- Stuhlinkontinenz: 6–87 %
- Dranginkontinenz: 5–87 %
- Häufige Stuhlfrequenz: 8–75 %

Dies sollte bereits in der präoperativen Aufklärung Thema sein.

Intraoperativ muss vom Chirurgen bei aller onkologischer Radikalität auf richtige Schichtfindung und Nervenschonung geachtet werden.

In der postoperativen Betreuung des Patienten sollten das funktionelle Outcome und somit die Lebensqualität des Patienten eine ebenso große Rolle spielen wie das onkologische Outcome.

Weiterführende Literatur:

Emmertsen KJ, Laurberg S. Low anterior resection syndrome score: development and validation of a symptom based scoring system for bowel dysfunction after low anterior resection for rectal cancer. *Ann Surg* 2012; 255: 922–8.

Juul T, Ahlberg M, Biondo S, et al. Low anterior resection syndrome and quality of life: an international multicenter study. *Dis Colon Rectum* 2014; 57: 585–91.

Pucciani F. A review on functional results of sphincter-saving surgery for rectal cancer: the anterior resection syndrome. *Updates Surg* 2013; 65: 257–63.

Pathophysiologie der Inkontinenz nach Tumorthherapie – Sicht der Urologie

K. D. Sievert

Universitätsklinik für Urologie und Andrologie, Landeskrankenhaus Salzburg

Im Bereich der Inkontinenz als Folge der Tumorchirurgie sind selbstverständlich vornehmlich die urologischen Tumoren zu nennen. Hierunter fallen in erster Linie das Prostatakarzinom und das Harnblasenkarzinom. In seltenen Fällen ist sicherlich auch das Übergangskarzinom der Harnröhre zu nennen.

Die in erster Linie auftretende Belastungsinkontinenz nach radikaler Prostatovesikulektomie ist mit Sicherheit die wichtigste Form der Inkontinenz, die durch den Operateur (Urologen) hervorgerufen wird und ggf. therapiert werden muss.

Je nach Ausdehnung des Harnblasenkarzinoms ergibt sich die Folge einer entsprechenden Versorgung. Obwohl die „trockene“ Harnableitung in den letzten Jahren deutlich abgenommen hat, darf die möglicherweise in Zusammenhang stehende Belastungsinkontinenz nicht unterschätzt werden. Darüber hinaus liegt in erster Linie bei Frauen eine entsprechende Retention vor, die eines Selbstkatheterismus bedarf. Die (darüber hinaus) in der erweiterten Tumorchirurgie resultierende Inkontinenz kann ggf. auch im gynäkologischen bzw. chirurgischen Bereich zu suchen sein. Hierfür bieten sich je nach Ursache unterschiedliche Therapieverfahren an.

Grundsätzlich finden sich bei allen genannten tumorchirurgischen Ursachen entsprechend ähnliche Gründe. Diese sind in erster Linie durch periphere Nervenverletzungen bedingt bzw. unmittelbar in einer muskulären Sphinkterverletzung zu suchen. Anhand der neuromuskulären Ursache lässt sich die entsprechende Therapieform ab-

leiten. Durch die mittlerweile mannigfaltigen Therapieansätze sind hier entsprechende Lösungen für die Patienten vorhanden.

Pathophysiologie der Inkontinenz nach Tumortherapie – Sicht der Strahlentherapie

A. U. Schratter-Sehn

Institut für Radioonkologie, Sozialmedizinisches Zentrum Süd/Kaiser-Franz-Josef-Spital, Wien

Einleitung Inkontinenz wird oft durch ein multimodales Therapiemanagement verursacht. In der Strahlentherapie muss die genaue Dosimetrie in für die Inkontinenz verantwortlichen Regionen identifiziert werden.

Methode Im Institut für Radioonkologie werden jährlich etwa 1200 Patienten bestrahlt. Davon erhalten 35 % eine Bestrahlung im Genito-Urethral-Bereich. Patienten, die vor Bestrahlung alters-, krankheits- oder therapiebedingt an einer Inkontinenz leiden, werden erfasst. Die Ursachen von inkontinenzverstärkender und neu auftretender Inkontinenz nach Strahlentherapie werden evaluiert. Inkontinenzursachen bei Dosisescalationen und Hypofraktionierung werden anhand der Literatur diskutiert.

Ergebnisse Bei Patienten mit präexistenter Inkontinenz vor Strahlentherapie kann es zu einer Aggravierung dieser kommen. Neu aufgetretene Inkontinenz kann durch akute Strahlenreaktionen auftreten, vor allem bei älteren Patienten und bei Patienten mit präexistenter latenter Inkontinenz sowie bei Rückbildung von Tumorerkrankungen im Urogenitalbereich nach Bestrahlung. Inkontinenz als Spätfolge wird bei Dosierungen > 50 Gy im Bereich beider Nervi pudenda diskutiert.

Zusammenfassung Prävalenz- und Inzidenzanalysen von Inkontinenzsymptomen werden anhand bekannter Inkontinenzfaktoren nach multimodalem Therapiemanagement und anhand von Bestrahlungsplänen mit Dosimetrien in kritischen Organbereichen dargestellt.

■ Evaluierung und konservatives Management des inkontinenten Tumor-Patienten

Evaluierung und konservatives Management des inkontinenten Tumor-Patienten nach Rektumresektion

C. Kopf

Chirurgische Abteilung, LKH Schärding

Einleitung In den vergangenen Jahrzehnten konnte durch die Implementierung multimodaler Therapiekonzepte und durch die Verbesserung der chirurgischen Technik (Weiterentwicklung der Staplertechnik, totale mesorektale Exzision, Verbreiterung der intersphinkteren Rektumresektion) die Prognose der Patienten mit Rektumkarzinom deutlich verbessert werden. Wurden bis vor Kurzem vor allem die prozedurale Morbidität und Letalität sowie der onkologische Outcome als Qualitätsparameter erfasst, so wird heutzutage zunehmendes Augenmerk auf langfristige postoperative Funktionseinschränkungen und Folgeerkrankungen sowie die damit verbundenen Lebensqualitätseinbußen gelegt.

Die Funktionsstörungen nach tiefer Rektumresektion werden auch als „low anterior resection syndrome“ (LARS) zusammengefasst. Dabei handelt es sich um ein klinisches Mischbild funktioneller Störungen, welches durch verschiedene Faktoren (Anastomosenhöhe, -technik, und -komplikationen, Resektionsausmaß) beeinflusst und durch die neoadjuvante Bestrahlung aggraviert werden kann. Störungen der Blasen- und Sexualfunktion sind davon unabhängige Probleme.

Unter dem „Low Anterior Resection Syndrome“ werden folgende Symptome subsumiert:

- Inkontinenz für Winde und flüssigen Stuhl
- Erhöhte Stuhlfrequenz
- Urgency (schmerzhafter Stuhldrang)
- Fragmentierte unvollständige Stuhlentleerung

Die Häufigkeit des LARS schwankt in Abhängigkeit der genauen Syndrom-Definition zwischen 25 und 75 %, womit es eine wesent-

Tabelle 1: Diagnostik der Funktionsstörungen nach kolorektaler Resektion.

Diagnostik	Fragestellung
Basisdiagnostik	
Anamnese	Inkontinenz, Urgency, Stuhlkonsistenz, Entleerungsstörungen, Score
Klinische Untersuchung	Perianale Hautveränderungen, Sphinktertonus, Stenose, Rektotozele
Endoskopie	Rezidiv, Entzündung, Fistel, Pouchbeurteilung
Spezialdiagnostik	
Endosonographie	Rezidiv, Fistel, Abszess, Sphinkterdefekt
Computertomographie	Insuffizienz, Abszess, Rezidiv
MRT	Fistel, Abszess, Rezidiv
Zusatzdiagnostik	
Nervus-pudendus-Latenzzeit	Nervenschädigung, Degeneration
Defäkographie	Prolaps, Rektotozele, Enterozele
Sphinktermanometrie	Sphinkterschaden
Elektromyographie	Sphinktermapping, Degeneration

liche Determinante der postoperativen Lebensqualität der Patienten nach Rektumresektion ist.

Diagnostik Bei der Diagnostik (Tab. 1) nimmt die ausführliche Anamnese die zentrale Stellung ein, bei der die im Vordergrund stehenden Symptome wie Inkontinenz (Häufigkeit, tags/nachts), unvollständige Stuhlentleerung, Defäkationsschmerzen, Stuhldrang sowie -konsistenz erfragt werden müssen. Es muss auch an pathologische postoperative Zustände (Anastomosensuffizienz, Fistel, Stenose, Rezidiv) gedacht werden, die einer spezifischen Therapie zugänglich sind.

Tabelle 2: „Low Anterior Resection Score“ nach Emmertsen 2012.

	Score
Inkontinenz für Winde	
Nie	0
< 1x/Woche	2
≥ 1x/Woche	4
Inkontinenz flüssiger Stuhl	
Nie	0
< 1x/Woche	3
≥ 1x/Woche	3
Stuhlfrequenz	
> 7x/Tag	4
4–7x/Tag	2
1–3x/Tag	0
< 1x/Tag	5
Gehäufte Stuhlentleerung	
Nie	0
< 1x/Woche	9
≥ 1x/Woche	11
Stuhldrang	
Nie	0
< 1x/Woche	11
≥ 1x/Woche	16
LARS-Score: 0–20 Punkte: kein LARS; 21–29 Punkte: Minor-LARS; 30–40 Punkte: Major-LARS	

Zur besseren Quantifizierung der durch LARS verursachten Beeinträchtigungen wurde von Emmertsen 2012 ein eigener Score entwickelt und publiziert, welcher eine Einteilung in kein (0–20 Punkte), Minor- (21–29 Punkte) und Major-LARS (30–40 Punkte) trifft (Tab. 2). Die Spezifität und Sensitivität betragen 83 bzw. 73 %.

Bei der Inspektion lässt sich ein perianales Ekzem als Zeichen des Stuhlschmierens erkennen, was Rückschlüsse auf die Kontinenzfunktion und die Stuhlkonsistenz erlaubt. Der Anokutanreflex gibt Hinweise auf die Sensibilität der Perianalhaut.

Die digital-rektale Untersuchung ermöglicht eine Einschätzung des Sphinktertonus. Außerdem lassen sich größere Sphinkterdefekte und Stenosen feststellen.

Die Endoskopie ist die erste ergänzende Untersuchung (Tab. 1). Sie wird am besten – weil am wenigsten unangenehm für den Patienten – als Sigmoidoskopie mit dem flexiblen Gerät durchgeführt. Die Proktoskopie wiederum kann zur Identifikation von

Pathologien im Analkanal essenziell sein. Zu den pathologischen Befunden, die mittels Endoskopie diagnostiziert werden können, zählen (klinisch inapparente) Anastomoseninsuffizienzen, Fisteln, Anastomosenrezidive, Entzündungen (Pouchitis) und Stenosen.

Anastomosenstenosen können in gleicher Sitzung mittels Ballondilatation oder Bougierung unter Verwendung von Hegarstiften behandelt werden.

Zu den bildgebenden Verfahren gehören die anorektale Endosonographie, die Computertomographie, die Magnetresonanztomographie und, in seltenen Fällen, die perianale Kontrastmitteldarstellung. Mittels dieser Verfahren lassen sich die Ausdehnung von Anastomoseninsuffizienzen und die Lokalisation pararektaler Abszesse und Fisteln sowie Lokalrezidive detektieren.

Spezielle Untersuchungen, wie z. B. Manometrie, EMG oder Pudenduslatenzmessung, haben in der klinischen Routine kaum eine Bedeutung und sind eher von wissenschaftlichem Interesse.

Konservative Therapie Die Behandlung muss auf die Symptome des einzelnen Patienten individuell abgestimmt sein. Die therapeutischen Optionen entsprechen denen, die auch bei der Behandlung von Stuhlinkontinenz, Stuhlentleerungsstörungen und erhöhter Stuhlfrequenz anderer Genese zur Anwendung kommen.

Folgende konservative Maßnahmen werden angewendet:

- Diätetische Maßnahmen
- Medikamentöse Therapie
- Beckenbodengymnastik/Biofeedback/Elektrostimulation
- Kolonirrigation

Diätetische Maßnahmen: Bei milder Symptomatik kann eine Ernährungsumstellung (diätetische Beratung, ballaststoffarme Kost, Meiden bestimmter Speisen) ausreichend sein. Quell- und Faserstoffe (Kleie, Flohsamen) führen zu voluminöserem Stuhl, was bei Patienten mit sensorischer Einschränkung zu einer verbesserten Wahrnehmung einer vollen Ampulle führt.

Medikamentöse Therapie: Patienten mit breiig-flüssiger Stuhlkonsistenz und hoher Stuhlfrequenz werden mit Loperamid behandelt. Loperamid hemmt die Motilität und Sekretion des Darmes und erhöht den Sphinkterdruck. Bei nicht ausreichender therapeutischer Wirkung können Opiate (Tinctura opii, Paracodein) und Gallensäurebinder zur Anwendung kommen. Amitriptylin, ein trizyklisches Antidepressivum, verbesserte bei 89 % der Patienten mit idiopathischer Inkontinenz die Symptome. Bei Stuhlentleerungsstörungen kann die Verwendung von Laxantien und/oder die Applikation von Suppositorien erforderlich sein.

Beckenbodengymnastik/Biofeedback/Elektrostimulation: Das Erlernen der Beckenbodengymnastik unter physiotherapeutischer Anleitung ist essenziell, um dem Patienten ein entsprechendes Körperbewusstsein und -wissen zu vermitteln.

Beim Biofeedback wird die willkürliche Sphinkteran- und -entspannung mittels optischer oder akustischer Rückkopplung sichtbar gemacht. Der Patient kann hierdurch das Ausmaß der Kontraktion erkennen.

Bei der Elektrostimulation soll es durch externe Stimulation der Beckenbodenmuskulatur zu einer Kontraktion und dadurch zu einer Stärkung der stimulierten Muskulatur kommen.

Eine Kombination der Verfahren ist der alleinigen Anwendung überlegen.

Kolonirrigation: Durch das tägliche Beeinflaufen wird bei etwa 60 % der inkontinenten Patienten nach tiefer anteriorer Rektumresektion eine Pseudoinkontinenz erzielt. Diese Methode ist jedoch zeitaufwendig und erfordert ein hohes Maß an Compliance. Bei Versagen der konservativen Therapie kann diese mit der sakralen Nervenmodulation oder der peripheren tibialen Nervenstimulation kombiniert werden. Eine Stomaanlage ist nur selten erforderlich.

Evaluierung und konservatives Management des inkontinenten Tumor-Patienten – Urologie

M. Rutkowski

Urologische Abteilung/Beckenbodenzentrum Korneuburg, Landeskrankenhaus Korneuburg

Einleitung Bei der Definition des harninkontinenten Tumor-Patienten müssen zunächst zwei Aspekte unterschieden werden:

Handelt es sich (a) um einen Patienten, der unter einer Inkontinenz leidet und zugleich eine (progrediente) Tumorerkrankung welcher Art auch immer hat, oder (b) wurde die Ursache der Inkontinenz durch das Tumorgeschehen selbst bzw. durch therapeutische Maßnahmen rund um diese Erkrankung ausgelöst?

In jedem Fall sollte aber außer Frage stehen, dass jeder Patient, der unter Harninkontinenz leidet, ein Recht auf eine suffiziente Behandlung hat, egal ob es sich um einen von der Grunderkrankung geheilten Patienten oder aber um einen progredienten Verlauf handelt.

Patienten aus der ersten Gruppe werden in der Regel mit den Standardtherapien für eine OAB wet bzw. Belastungsinkontinenz behandelbar sein, da sich die Inkontinenz nicht ursächlich aus der Tumorerkrankung ableitet.

Die zweite Gruppe, in der die Inkontinenz eine direkte oder indirekte Folge der Tumorerkrankung ist, zeichnet sich hingegen oft durch ein komplexes Zusammenspiel von Blasenentleerungsstörungen und gleichzeitiger Inkontinenz aus. Betroffen sind hier primär Patienten mit Tumoren des kleinen Beckens (Prostata, Uterus + Adnexe, Blase) bzw. des Rektums. Eine direkt tumorbedingte Inkontinenz ist selten, kann jedoch bei infiltrativem Wachstum in entsprechende Strukturen vorkommen.

Häufiger ist die Problematik auf die therapeutischen Maßnahmen zurückzuführen: Postoperativ kommen sowohl Nervenläsionen als auch myogene Schäden vor, aber auch strahlentherapeutische Maßnahmen können dasselbe Bild zeigen. Dazu kommen noch irritative Beschwerden, Abnahme des Blasen Volumens und rezidivierende Blutungen, z. B. bei Strahlenzystitis.

Essenziell für eine erfolgreiche Behandlung sind daher eine genaue Diagnostik, die Einbindung der Patienten in Vor- und Nachteile von einzelnen Behandlungsstrategien und individuelle Therapiekonzepte.

Evaluierung Wie immer steht natürlich eine genaue Anamnese und Statuierung der Patienten an erster Stelle. Voroperationen, Radiotherapie und Chemotherapien müssen bekannt sein, im Status müssen Parameter wie Restharnbildung, Hydronephrose, Harnbefund und eine evtl. Tumordinfiltration evaluiert werden, wobei hier auch immer an zusätzliche bildgebende Diagnostik gedacht und auch die Indikation zur flexiblen Zystoskopie großzügig gestellt werden sollte.

Essenziell ist – wie bei allen Patienten mit Harninkontinenz – ein zumindest für 2 × 24 h geführtes Miktionsprotokoll: Hier zeigen sich durch Miktionsfrequenz und -volumina erste Hinweise auf Blasenkapazität, Überaktivität oder Nykturie. Kombiniert mit einem 24-h-Pad-Test kann auch das Ausmaß der Inkontinenz gut abgeschätzt werden.

In weiterer Folge ist aber, da es sich meistens um komplexe Inkontinenzformen handelt, eine urodynamische Abklärung unumgänglich: Nur so kann z. B. eine Überlaufinkontinenz bei Obstruktion von einer hypotonen, denervierten Blase sicher differenziert werden. Gezielte Fragen nach Drang, Pressen beim Miktieren, Harnstrahlunterbrechung, rez. Harnwegsinfekten etc. können die Diagnostik erleichtern, sind aber auch notwendig, um z. B. auch einmal eine primäre Abklärung mittels Videourodynamik zu planen.

Konservatives Management Im konservativen Management von harninkontinenten Tumor-Patienten steht uns im Prinzip die gleiche Palette an Medikamenten und Hilfsmitteln zur Verfügung, die auch bei allen anderen, nicht komplexen Inkontinenzpatienten zum Einsatz kommt:

- Optimale Einlagenversorgung
- Anticholinergika, Botox sowie ein Beta-3-Adrenozeptorantagonist bei Drangs Symptomatik
- Biofeedback, Alpha-Blocker, Botox und der intermittierende Selbstkatheterismus bei Entleerungsstörungen

Entscheidend ist die individuelle Kombination der unterschiedlichen Medikamente und Hilfsmittel, da gerade bei Tumor-Patienten der obere Harntrakt bereits in Mitleidenschaft gezogen sein kann und daher in besonderem Maße geschützt werden muss. Anzustreben ist daher immer folgende Situation:

- Möglichst willkürliche Blasenentleerung
- Möglichst drucklose Blasenentleerung (evtl. maximale Deobstruktion, Niederdrucksystem)
- Maximale Kontinenz des Patienten
- Infektfreiheit

In der Realität sind jedoch bei komplexen Blasenentleerungsstörungen nicht alle diese Forderungen mit konservativem Management alleine erfüllbar. Es sind häufig zusätzliche chirurgische Interventionen zur Deobstruktion (TURP, Stentimplantation) oder zur Gewährleistung der Kontinenz (artifizielle Sphinktersysteme) notwendig.

Evaluierung und konservatives Management des inkontinenten Tumor-Patienten – Psychoonkologie

A. U. Schratter-Sehn

Institut für Radioonkologie, Sozialmedizinisches Zentrum Süd/Kaiser-Franz-Josef-Spital, Wien

Patienten mit Inkontinenz leiden massiv unter diesem Symptom. Soziale Probleme mit erhöhter Selbstaufmerksamkeit und geänderter Sicherheits- sowie Sexualverhalten stellen oft die Folge dieses körperlichen Symptoms dar. Möglichkeiten der psychoonkologischen Intervention mit einer genauen Exploration und Ableitung eines individuellen Erklärungsmodells werden kognitiv erfasst. Soziales Vermeidungsverhalten wird evaluiert und individuelle Bewältigungsstrategien werden erarbeitet. Das Testen von Peinlichkeiten und das Verhalten in entsprechenden Situationen werden mit Kurzzeitinterventionen bearbeitet. Automatische negative Gedanken werden überprüft und kognitiv umstrukturiert, wodurch Veränderungen dysfunktionaler Grundüberzeugungen erfolgen können. Mithilfe von validierten Fragebögen können Therapieausgang und -verlauf erfasst werden.

■ Interdisziplinäre Therapie der Inkontinenz nach Tumorbehandlung

Chirurgische Therapieoptionen bei Stuhlinkontinenz nach Tumorthherapie

M. Lechner

Chirurgische Abteilung, KH Göttlicher Heiland, Wien

Die Funktion des Enddarmes ist sehr komplex. Einerseits ist es die Aufgabe des Enddarmes, die Kontinenz zu gewährleisten, d. h. bei ungetrübter Funktion soll es auch bei flüssiger Stuhlkonsistenz nicht zu einem ungewollten Stuhl- oder Windabgang kommen. Andererseits soll auch die Entleerung zu einem definierten Zeitpunkt möglich sein und uns nur möglichst wenig von unseren täglichen Aktivitäten abhalten. Um diese Funktionen zu ermöglichen, bedarf es eines komplexen neuromuskulären Systems, das durch übergeordnete Zentren in Gehirn und Rückenmark gesteuert wird. Bei einer Operation oder Bestrahlung eines Prozesses im kleinen Becken besteht immer die Gefahr, dass das Gleichgewicht zwischen Kontinenz und Entleerung ins Wanken gerät.

Die Diagnose einer bösartigen Erkrankung ist für den Betroffenen eine einschneidende Erfahrung. Bei einer Tumorklassifikation im Rektum stellt sich außerdem die Frage, ob der Schließmuskelapparat und damit die Kontinenz erhalten werden können. Durch Verbesserung der chirurgischen Technik und auch der technischen Möglichkeiten konnte in den vergangenen Jahren die Rate der Rektumexstirpationen mit kompletter Entfernung des Schließmuskelapparates deutlich gesenkt werden. Auch Tumoren, die bis an die Linea dentata reichen oder sogar knapp darüber hinausgehen, können heute mit einer so genannten intersphinkteren Resektion mit koloanaler Anastomose sphinktererhaltend operiert werden. Wenn der Tumor zum Zeitpunkt der Erstdiagnose ein T3-Tumorstadium erreicht hat, d. h. es zu einer Überschreitung der Darmwand gekommen ist und/oder eine Infil-

tration perirektaler Lymphknoten besteht, so muss vor der Operation eine Bestrahlung durchgeführt werden. Erst danach wird die Operation durchgeführt. Dabei wird entweder ein Teil oder das gesamte Rektum mitsamt dem Mesorektum entfernt. Nur dadurch können die Tumorausdehnung und der Lymphknotenbefall vom Pathologen exakt beurteilt werden.

Die Rekonstruktion, d. h. das Wiederherstellen der Darmkontinuität erfolgt entweder, indem ein Klammernahtgerät durch den After eingebracht und anschließend dieses Gerät mit einem zweiten Teil, das im oberen Darmteil eingeknüpft wird, verbunden wird. Dann wird eine ringförmige Anastomose geklammert. Alternativ wird der Darm bei sehr weit distal gelegenen Tumoren mit der Hand zusammengeknüpft. Durch die Operation geht das Reservoir des Rektums verloren, die Dehnbarkeit des Kolons ist geringer als die des Rektums. Aus diesem Grund versucht man, das Rektumreservoir durch einen so genannten Pouch zu ersetzen. Dabei wird das Kolon J-förmig ins Becken gebracht und mit dem distalen Rektum oder dem Analkanal vernäht bzw. zusammengeklammert. Schlechte Darmdurchblutung, ein zu kurzes Kolon oder ein sehr enges Becken können dazu führen, dass eine Pouchanlage nicht möglich ist.

Alle Patienten bekommen nach einer derartigen Operation ein passageres Stoma. 4–6 Wochen nach der Primäroperation wird mittels Koloskopie und evtl. Kontrastmitteleinlauf die Dichtigkeit der Anastomose überprüft. Bei intakter Anastomose kann das Stoma verschlossen werden. Anastomosendehiszenzen im kleinen Becken sind nicht selten. Die Häufigkeit wird in der Literatur mit 10–15 % angegeben. Abgesehen von der Operationstechnik ist das Auftreten einer Dehiszenz auch von vielen patientenbezogenen Faktoren abhängig, z. B. Alter, Geschlecht (häufiger bei Männern), Begleiterkrankungen (Diabetes, Gefäßerkrankungen, Adipositas) und Allgemeinzustand des Patienten spielen eine große Rolle, ebenso die Frage, ob eine Radiotherapie stattgefunden hat oder nicht. Letztere erhöht das Risiko einer Anastomosendehiszenz. Die Behandlung einer Dehiszenz im kleinen Becken kann fast immer konservativ erfolgen. Moderne Endovac-Systeme können innerhalb einiger Wochen eine Dehiszenz vollständig zur Abheilung bringen. Um die zu erwartende Kontinenz nach Stomaverschluss zu überprüfen, erfolgt standardmäßig ein sog. Retentionstest. Dabei wird mittels Einlauf ein gefärbter Grießbrei verabreicht. Der Patient geht anschließend einige Zeit spazieren und danach wird in der Vorlage überprüft, ob unwillkürlich Stuhl/Grießbrei abgegangen ist.

Inkontinenzbeschwerden nach tiefer vorderer Rektumresektion sind kein seltenes Problem, die Häufigkeit beträgt annähernd 50 %. Einerseits wird bei der Operation ein Teil oder das gesamte Reservoir entfernt, andererseits hat die Klammernahtreihe nicht die gleiche Elastizität wie die gesunde Rektumwand. Auch bei bestmöglicher „Nerve-sparing“-Operationstechnik können die Reflexe zwischen Sphinktermuskulatur, Darmwand und übergeordneten Zentren in Gehirn und Rückenmark beeinträchtigt sein. Bestrahlungen oder Anastomosendehiszenzen führen ebenfalls zu einer vermehrten Narbenbildung im kleinen Becken, die wiederum die Elastizität (Compliance) beeinflusst.

Beschwerden äußern sich durch gehäuftes Stuhldrängen und häufige Entleerung (bis zu 20×/Tag), flüssige Stühle und unwillkürlichen Stuhlverlust. Konsekutiv treten oft Hautprobleme im Sinne einer zum Teil ausgeprägten Dermatitis auf. All das führt oft dazu, dass der Tagesablauf von den zahlreichen Entleerungen bestimmt wird, die Patienten müssen immer Einlagen tragen und sind in ihrer Lebensqualität stark beeinträchtigt. Sie sind kaum in der Lage, die eigenen vier Wände zu verlassen oder eine normale Partnerschaft aufrecht zu erhalten. Der Weg in die soziale Isolation ist damit vorprogrammiert.

Die Behandlung erfolgt in erster Linie konservativ. Eine Stuhleindickung mit Loperamid steht an erster Stelle. Die Dosierung sollte so gewählt werden, dass eine geformte Stuhlkonsistenz erzielt wird. Patienten und Hausarzt müssen ausdrücklich darüber informiert werden, dass Loperamid durchaus tgl. und über einen längeren Zeitraum eingenommen werden darf. Gleichzeitig sollten die Patienten aber wissen, dass sie das Medikament absetzen müssen, wenn mehr als einen Tag keine Stuhlentleerung stattgefunden hat. Manchmal sind bis zu 6 Tbl./Tag notwendig, um eine zufriedenstellende Stuhlkonsistenz zu erzielen. Auch die regelmäßige Entleerung des Darms mit Suppositorien bringt vielen Patienten Erleichterung und eine Verbesserung der

Lebensqualität. Um Sekretabgang und Verlust von geringen Stuhlmengen zu minimieren, können Analtampons hilfreich sein.

Wenn all diese Maßnahmen keine ausreichende Verbesserung bringen, stehen noch zwei Optionen zur Verfügung: einerseits die sakrale Neuromodulation und andererseits die transanale Irrigation.

Bei der transanal Irrigation wird prinzipiell ähnlich wie bei der Stomairrigation der Darm mit lauwarmem Wasser ausgespült. Damit soll erzielt werden, dass mindestens 24 Stunden keine Entleerung stattfindet und der Patient somit beruhigt das Haus verlassen und seinen täglichen Wegen nachgehen kann. Allerdings können kommerzielle Systeme bei Patienten nach Rektumresektion oft nicht angewendet werden, weil der Ballon zu groß ist, um im Neorektum aufgeblasen werden zu können, zumal immer wieder Engstellen bestehen. Als Alternative kommt ein improvisiertes System zur Anwendung, bei dem an einen gewöhnlichen Dauerkatheter eine 100-ml-Spritze angesteckt wird und über diese Spritze das warme Wasser eingebracht wird. Beim Wechsel der Spritze wird der Katheter mit einer Plastikklammer blockiert.

Die sakrale Neuromodulation erfolgt in gewohnter Weise in Bauchlage. Es wird das Neuroforamen S3 beidseits in Lokalanästhesie punktiert und die Sonde röntgenkontrolliert so platziert, dass auf mindestens 3 Polen eine gute sensorische Antwort erzielt werden kann. Die Elektrode wird mittels Verlängerung über eine getrennte Hautinzision ausgeleitet. Es wird dann zunächst über ein Kästchen, das der Patient an einem Gürtel trägt, der Schrittmacher so eingestellt, dass ein Kribbeln im Anal- oder Perinealbereich gespürt wird. Die Wirkung beruht einerseits auf einer direkten Einflussnahme auf die Nerven, die den M. sphinkter ani externus innervieren, vor allem den N. pudendus, andererseits besteht auch ein Einfluss auf die Nerven der Darmwand. Der exakte Wirkmechanismus der sakralen Neuromodulation ist aber noch nicht geklärt.

Es folgt eine Testphase, die bis zu 6 Wochen dauern kann, in der der Patient ein Stuhltagebuch führt. Bei guter Funktion berichten die Betroffenen, dass sie den Stuhltrieb früher spüren und damit mehr Zeit haben, um zur Toilette zu gelangen. Es sollte zu einer Reduktion der Inkontinenzepisoden um mindestens 50 % gekommen sein, bevor der Schrittmacher definitiv implantiert wird. Die Erfolgsrate der sakralen Neuromodulation bei Patienten nach Rektumresektion ist zwar geringer als bei Patienten mit rein neurogener Inkontinenz, dennoch sollte man diese Methode nicht außer Acht lassen, vor allem da chirurgische Alternativen fehlen.

Es gibt wenige chirurgische Optionen bei Stuhlinkontinenz nach vorderer Rektumresektion. Die Therapie ist in erster Linie konservativ, darüber hinaus kommt das System der transanal Irrigation zur Anwendung. Auch die sakrale Neuromodulation kann in einigen Fällen gute Ergebnisse erzielen und so dem Patienten helfen, seine Lebensqualität wieder zu erlangen.

Inkontinenz nach Tumorbehandlung: Urologische Optionen

W. A. Hübner

Urologische Abteilung, Krankenhaus Korneuburg

Chirurgische oder strahlentherapeutische Tumorbehandlungen können die Kontinenz auf verschiedene Weise kompromittieren. Dabei kann es zu direkter Schädigung des Sphinkterapparates, der Sphinkter-Innervation oder der Blase als Speicherorgan kommen.

Ursachen sind in erster Linie Neoplasma prostatae, Neoplasma vesicae, Neoplasma recti und gynäkologische Tumoren.

Das Ziel der Behandlung besteht in der Wiederherstellung der Speicherfunktion, der Kontinenz und der Willkürmiktions.

Speicherfunktion

- Pathophysiologie = Strahlenschädigung/Blasenteilresektion
- Symptomatik: OAB (wet), hohe Miktionsfrequenz
- Therapieoptionen: Augmentation, Botox, (Antimuskarinika)

Sphinkterschädigung

- Pathophysiologie = Strahlenschädigung der Sphinkter-Region, chirurgisches Trauma, Narbenbildung
- Symptomatik: Inkontinenz

- Therapieoptionen: Implantate (Schlingen, hydraulische Sphinkter), Faszien-schlingen, Bulking Agents (prakt. obsolet)

Überlaufblase nach Radikaloperationen

- Pathophysiologie = Innervationsstörung, Detrusorschädigung
- Symptomatik: Überlaufsymptomatik
- Therapieoptionen: CIC, maximale Deobstruktion (TURP, Urethrotomie), ggf. iatrogene Inkontinenz (Sphinkterotomie/Stent) kombiniert mit hydraulischem Sphinkter (beim Mann)

Sonderfall Fistelbildung

Besonders nach Strahlentherapie.

Therapieoptionen: Martius-Flap, Graziis-Plastik – kombinierbar mit allen oben genannten Optionen

Ultima Ratio Supravesikale Ableitungen: Transuretero-Ureterostomie, Ileum-Conduit, suprapubischer Katheter (± Blasenhalbschluss).

Grundsätzlich ist es heute, besonders mit der Möglichkeit, mehrere Therapieoptionen zu kombinieren, in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle möglich, die Speicherfunktion, die Kontinenz und die Willkürmiktions zu re-etablieren. Hier sollten keine Mühen gescheut werden. Besonders die Implantation von hydraulischen Sphinktern bedeutet für die betroffenen Patienten in der Regel eine enorme Verbesserung ihrer Lebensqualität und sollte daher auch in der Palliativsituation nicht verweigert werden; dies umso mehr, als die Kosten im Vergleich mit der onkologischen Therapie vernachlässigbar und die Eingriffe selbst wenig invasiv sind.

Interdisziplinäre Therapie der Inkontinenz nach Tumorbehandlungen – Pflegerische Herausforderungen

M. Signer

Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz

Die Diagnose Tumorerkrankung ist für viele Betroffene *per se* schon ein großer Schreck; wenn dabei aber der so sensible und intime Bereich der Harn- und Stuhlkontinenz mitbetroffen ist, dann treten neben dem Schock häufig auch schwerwiegende Fragen, die eigene Attraktivität und Lebensbeziehungen betreffend, auf.

Eine Beeinträchtigung oder Störung der Kontinenzfunktion kann sowohl direkt unmittelbar durch eine operative Behandlung der Tumorerkrankung (z. B. radikale Prostatektomie oder Rektumresektion) als auch durch Therapiemaßnahmen gegen den Tumor (z. B. Chemo- und/oder Strahlentherapie) auftreten, in einigen Fällen tritt sie auch als Spätfolge in Erscheinung (z. B. radiogene Schrumpfbilase oder radiogene Kolitis, neuropathische Sphinkterschwäche). Wenn die mögliche Verschlechterung der Harn- und/oder Stuhlkontinenz bereits im Vorfeld absehbar ist, so sollten die Betroffenen bereits frühzeitig das Angebot einer pflegerischen Kontinenzberatung erhalten und die verschiedenen Maßnahmen einschließlich physikalischer Therapien, diätologischer Empfehlungen und div. unterstützender Behandlungen (z. B. Akupunktur, Entspannungsverfahren, psychoonkologische und seelsorgerische Betreuung) miteinander abgestimmt werden.

Der Schwerpunkt der pflegerischen Kontinenzberatung besteht neben der ausführlichen Anamnese über Harn- und Stuhlentleerungsgewohnheiten in einer

- Edukation bzgl. Anatomie und Physiologie des Urogenitaltrakts,
- Beratung über Auswirkungen des Lifestyles auf die Kontinenz,
- Anleitung zu Miktions- und Toilettentraining,
- Beckenbodenwahrnehmungsschulung mit Biofeedback,
- Anleitung zu Elektrostimulationstherapien,
- Anleitung zum intermittierenden Katheterismus,
- Stuhlmanagement und
- Anleitung zur analen bzw. antegraden Irrigation.

Der Beratung über eine geeignete Hilfsmittelversorgung kommt ein besonderer Stellenwert zu, denn es bedarf manchmal auch ungewöhnlicher und kreativer Lösungen, um den Bedürfnissen der Betroffenen und den häufig schwierigen Problemstellungen gerecht zu werden. Da ist es wichtig, dass die Fachpflegepersonen ein umfassendes Wissen über alle aktuell am Markt befindlichen Produkte und deren Einsatz- und Erstattungsmöglichkeiten haben.

Veranstaltungen wie die Jahrestagung des Vereins Kontinenz-Stoma-Beratung Österreich oder der Medizinischen Kontinenzgesellschaft

Österreich bieten für alle mit der Behandlung und Betreuung von Tumorpatienten mit Kontinenzproblemen befassten Personen nicht nur die Möglichkeit der Wissenserweiterung und Auffrischung, sondern geben durch die vielfältige und alle Bereiche abdeckende Industrieausstellung auch einen kompakten Überblick über die aktuelle Produktpalette.

Wenn der Kontinenzapparat durch die Tumorerkrankung zerstört wird (z. B. Analkarzinom, Vaginal- oder Vulvakarzinom, Harnröhren- oder Blasenkarzinom), dann ist meist die Anlage eines definitiven Stomas – Uro- und/oder Kolostomie – unvermeidlich. Für die Betroffenen bedeuten in diesem Fall der Verlust über die Ausscheidungskontrolle und die Körperbildveränderung neben der körperlichen Beeinträchtigung immer auch eine große psychosoziale Herausforderung. Hier sind Schulung, Betreuung und Begleitung durch engagierte Kontinenz- und Stomaberater erforderlich, um den Rehabilitationsprozess zu unterstützen und eine erfolgreiche Integration in den Lebens- und Arbeitsalltag zu ermöglichen. Eine breite Produktpalette an Stomabeuteln der verschiedenen Hersteller ermöglicht eine individuelle Versorgung ganz nach den Bedürfnissen und Gewohnheiten der Betroffenen; sie muss ihnen durch Information und Bemusterung angeboten und zugänglich gemacht werden (siehe Charta der Rechte von Stomaträgern <http://www.ilco.at/charta-der-stomatraumlgerinnen.html>).

Wenn z. B. bei Fisteln im Rahmen von fortgeschrittenen Tumorerkrankungen (z. B. Rektovaginal- oder Vesikalfistel, kutane Blasen- oder Darmfisteln) eine operative Sanierung nicht mehr möglich ist, so müssen kreative konservativ-pflegerische Maßnahmen mithelfen, die Lebensqualität der Betroffenen so gut als möglich zu verbessern und ihre Würde zu erhalten, denn besonders die Geruchsproblematik wirkt stark stigmatisierend und belastet die Betroffenen wie die Angehörigen und Betreuenden gleichermaßen.

Leider wird Kontinenzproblemen im Rahmen von Tumortherapien oft nicht genügend Aufmerksamkeit geschenkt, obwohl sie für die meisten Betroffenen eine zusätzliche, sehr störende Belastung darstellen. Die Etablierung von Kontinenz- und Stomaberatungsstellen besonders in onkologischen Zentren und die frühzeitige Integration in das Behandlungskonzept können mithelfen, zusätzliches Leid für Tumorpatienten durch eine Harn- und/oder Stuhlinkontinenz zu verringern und ihnen pflegerische Beratung und Unterstützung angedeihen zu lassen.

■ Salons

Intermittierender Selbstkatheterismus aus Sicht der Versorgungsforschung

A. Vavrovsky
Academy for Value in Health, Wien

Einleitung Die Technik des intermittierenden Selbstkatheterismus (ISK) wurde 1974 erstmals von Lapides et al. beschrieben und kann zurecht den Meilensteinen der Medizintechnologie zugerechnet werden – man beobachtet seither eine Halbierung der Raten von Nierenversagen und damit in Zusammenhang stehender Mortalität.

Die vorliegende Arbeit untersucht Rahmenbedingungen, Defizite und internationale Entwicklungen, um den aktuellen Stand der ISK-Versorgung in Österreich zu beschreiben.

Material und Methoden Grundlage der gegenständlichen Auswertung ist neben einer Analyse von publizierter Literatur und internationalen Leitlinien eine Studie der österreichischen Versorgungszahlen aller Mitglieder des Fachausschusses ISK in der Wirtschaftskammer Österreich für den Homecare-Bereich im Jahr 2014.

Ergebnisse ISK wird heute als das Mittel der Wahl zur Harnableitung bei Blasentleerungsstörungen empfohlen. Im Vergleich mit anderen Techniken zur Harnableitung sind die einfache Durchführung, der positive Einfluss auf Nierenfunktion durch Drainage von Restharn und das Verhindern von Harnblasenüberdehnung sowie die bessere Lebensqualität der Versorgten gegenüber suprapubischem Katheter und Dauerkatheter besonders hervorzuheben und gut dokumentiert. Weiters ergeben sich wesentliche Vorteile für Intimität und Sexualität.

Innerhalb der ISK gibt es laut derzeitiger Studienlage keine „beste Technik“ und kein „bestes Kathetermaterial“ – Betroffene müssen die Möglichkeit zum Kennenlernen und Testen verschiedener Materialien haben und der Mix aus unterschiedlichen Produkten muss möglich bleiben. Diese Entscheidungsfreiheit gibt Bewegungsfreiheit: In welcher Lebenssituation welche Katheterform und -art genutzt wird, entscheidet darüber, wie sich Menschen bewegen können. Es handelt sich um eine individuelle Therapieform mit entsprechendem Beratungsbedarf.

Ebenso ist gemäß medizinischen Leitlinien, aber auch aus Sicht der Versorgungsforschung eine Limitierung von Kathetermaterial oder Katheterisierungsfrequenz aus ökonomischen Gründen nicht zu vertreten, da dies in der Praxis zu einer Limitierung der Katheterisierungsfrequenz führt, was eine nierenschonende Therapie verunmöglicht.

Gesundheitsökonomisch von besonderem Interesse ist der Einfluss der unterschiedlichen Harnableitungstechniken auf die Gesamtkosten: Im Vergleich mit Dauerkatheter und suprapubischem Katheter sinkt der Ressourcenverbrauch unter ISK. Gründe hierfür liegen in einer reduzierten Anzahl an Arztkontakten, stationären Aufnahmen sowie dem Wegfall von Entlassungs- und Rehabilitationsverzögerungen.

Im Vergleich mit den unter Dauerkathetern häufigen Infektionen wird für ISK das Risiko dieser Komplikation signifikant minimiert, was wiederum zu reduzierten Kosten – vor allem durch weniger Arbeitszeit und Verbrauchsmaterial – führt.

In den USA erhalten Krankenhäuser seit 2008 keinerlei Kostenersatzung für die Komplikation „Dauerkatheter-assoziierte Infekte“ mehr, da diese als „reasonably preventable“ eingestuft werden. Diese Finanzierungsänderung führte seither zu einem signifikanten Rückgang der Dauerkatheter-assoziierten Infekte.

Ein Blick nach Österreich zeigt gegenüber dem EU-Schnitt eine 1,6-fach erhöhte Rate an HWI als nosokomiale Infektionen.

Neben diesen direkten medizinischen Kosten sind es in erster Linie Lebensqualitätsverbesserungen, die für die Betroffenen den Wert einer ISK-Therapie ausmachen und maßgeblich die Adhärenz an eine vereinbarte Therapie und Frequenz beeinflussen. Die Behandlung der Blasentleerungsstörung macht das Teilhaben am normalen Leben außer Haus wieder möglich. Dies ist wiederum wesentlich für die indirekten Kosten, diese bezeichnen Produktivitätsausfälle: In etwa die Hälfte der mit ISK Versorgten steht in einem aufrechten Beschäftigungsverhältnis oder in Ausbildung.

Schlussfolgerungen ISK ist derzeit das Mittel der Wahl zur Versorgung von Blasentleerungsstörungen und bietet den Versorgten größtmögliche Mobilität. Diese Flexibilität führt gemeinsam mit medizinischen Effekten zu vermindertem Ressourcenverbrauch gegenüber anderen Optionen der Harnableitung.

ISK bietet gegenüber Dauerkathetern und suprapubischen Kathetern deutliche Vorteile hinsichtlich Infektionsraten, Lebensqualität und Langzeitkomplikationen. Laut Bundesministerium für Gesundheit wären auf jeder Versorgungsebene insgesamt 31 % der Harnwegsinfekte in Österreich vermeidbar. Im internationalen Vergleich zeigt Österreich gemessen an der Bevölkerung einen geringen ISK-Verbrauch. In Zusammenschau mit erhöhten HWI-Raten in Österreich lässt dies auf eine mögliche Unterversorgung rückschließen, was in weiterführenden lokalen Studien geklärt werden sollte.

Literatur bei der Verfasserin

■ ICS Lecture

Physical Therapy and Behavioral Modifications for Post Prostatectomy Patients

H. Moky
University of Illinois Medical Center, Chicago, IL, USA

Acknowledging the adverse side effects of urinary incontinence and sexual dysfunction in post prostatectomy patients, there is an increase in the amount of men seeking rehab options for treatment of these

symptoms. This impacts quality of life issues that can be successfully addressed from pelvic floor rehab and behavioral modifications. This lecture will give an overview of the male anatomy, physiology, treatment options and outcomes. It will review the latest research and

clinical pearls that have proven effective. The practitioner will gain a better understanding of the impact skilled physical therapy treatment can have with this population and how PT is an important part of the multidisciplinary team needed to help the patient recover.

SAMSTAG, 3. OKTOBER 2015

■ Aktuelles

Ambulante onkologische Rehabilitation

D. Gattringer

Institut für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz

Einleitung Durch verbesserte Früherkennung und wirksamere Behandlungen kommt es zu einem kontinuierlichen Anstieg der Lebenserwartung von Krebspatienten. Gleichzeitig steigt aufgrund der demographischen Entwicklung die Zahl der Krebsneuerkrankungen. Die Zahl der Patienten, die an den Folgen der Krebserkrankung leiden, nimmt zu. Sie benötigen rehabilitative Maßnahmen, um körperliche und psychische Beeinträchtigungen zu verbessern und eine erfolgreiche Wiedereingliederung in das Alltags- und Berufsleben zu schaffen. Seit 2012 existiert die onkologische Reha als eigenständige Indikationsgruppe im österreichischen Rehabilitationsplan. Bei 38.000 Neuerkrankungen jährlich nutzten bisher ca. 1350 Patienten pro Jahr die vorhandenen stationären Rehabilitationsangebote. Seit Jänner 2015 bietet das Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz nun österreichweit die ersten ambulanten Rehabilitationsplätze für Krebspatienten an.

Ambulante Reha – eine neue Alternative Diese ambulante Therapiealternative stellt einen wichtigen Aspekt in der Flexibilisierung der onkologischen Rehabilitation dar. Unterschiedlichen Bedürfnissen verschiedener Patientengruppen kann besser entsprochen werden. Die neue Wahlfreiheit zwischen dem Aufenthalt in einem spezialisierten Reha-Zentrum und einer ambulanten Maßnahme ist nicht nur ein Vorteil für die Patienten; auch im gesundheitspolitischen Umfeld geht der Trend hin zu kostengünstigeren ambulanten Einrichtungen. Wissenschaftliche Vergleichsstudien zwischen stationären und ambulanten onkologischen Reha-Programmen fehlen bislang noch. Untersuchungen aus anderen Indikationsgruppen, beispielsweise der Orthopädie, zeigen jedoch, dass keine signifikanten Unterschiede in der Wirksamkeit der beiden Versorgungsformen zu erwarten sind.

Eckpunkte der ambulanten Reha Die ambulante Rehabilitation unterscheidet sich in Umfang und Inhalt nicht von einer stationären Reha. Es handelt sich auch hierbei um ein interdisziplinäres Betreuungskonzept, bei dem Ärzte, Psychologen, Physio-, Ergo-, Kunsttherapeuten, Ernährungsberater, Sozialarbeiter und Pflegepersonal im Team eng zusammenarbeiten. Voraussetzungen sind ein adäquater Zielsetzungsprozess, eine koordinierte Programmführung und eine kontinuierliche Erfassung der Ergebnis-Qualität durch verschiedenste Assessments.

Die ambulante Reha erstreckt sich über einen Zeitraum von 6 Wochen, in dem insgesamt ca. 60 Therapieeinheiten absolviert werden. Die Therapie erfolgt an 2–3 Halbtagen pro Woche. Für die Patienten werden nach einer ärztlichen Untersuchung je nach Problemstellung individuelle, multimodale Therapieprogramme mit Leistungen aus den Bereichen Physio-, Ergotherapie, medizinische Trainingstherapie, Psychologie, Massage, Elektrotherapie und Schulungen zusammengestellt. Die Therapieziele werden in regelmäßigen Teambesprechungen evaluiert und angepasst.

Schwerpunkte Neben der psychoonkologischen Begleitung und Unterstützung der Patienten bei der Lebensstilmodifikation liegt ein Schwerpunkt der ambulanten Reha am Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz auf sport- und bewegungstherapeutischen Maßnahmen, die nicht nur nachweislich die körperliche Leistungsfähigkeit verbessern und psychische Beschwerden mindern, sondern

als adjuvante Therapie zu sehen sind. Verschiedene rezente Studien zeigen vor allem bei Mamma-, Kolon- und Prostatakarzinom die Effektivität von Bewegung im Hinblick auf das Überleben der Patienten, da durch gezielte körperliche Aktivität eine Reduktion der Rezidivwahrscheinlichkeit sowie der krankheitsspezifischen Mortalität erreicht werden kann.

Vorteile der ambulanten Reha Die ambulante Reha kommt vor allem dann infrage, wenn wohnortnah eine Therapiemöglichkeit zur Verfügung steht, die in zumutbarer Fahrzeit erreichbar ist (Umkreis von ca. 30 km), wenn aufgrund des Allgemeinzustandes eine stationäre Maßnahme nicht erforderlich oder aus beruflichen oder sozialen Gründen nicht möglich ist. Vor allem für jüngere Patienten mit Kindern ist der Verbleib im familiären Umfeld wichtig, da dadurch die Kinderbetreuung gewährleistet bleibt. Häufig möchten sich die Patienten nach der langen Phase der Krebsbehandlung, in der immer wieder Krankenhausaufenthalte nötig waren, nicht wieder von ihren Familien trennen. Gerade hier setzt die ambulante Reha an, denn auch Angehörige können auf Wunsch der Patienten ins Reha-Geschehen aktiv eingebunden werden.

Die ambulante Rehabilitation ist auch berufsbegleitend möglich. Der Wiedereinstieg in Berufsleben gelingt dadurch häufig rascher, da sich eine halbtägweise Abwesenheit vom Arbeitsplatz mit den Arbeitgebern oft besser vereinbaren lässt als eine kontinuierliche 3-wöchige Auszeit vom Beruf.

Durch die längere Dauer der ambulanten Reha-Maßnahme und den Verbleib im gewohnten Umfeld gelingt es den Patienten oft auch besser, notwendige Lebensstiländerungen nachhaltig in ihr tägliches Leben zu integrieren. Es kommt zu einer stärkeren Aktivierung des Selbsthilfepotenzials durch Einbeziehung der Lebenswelt (Familie, Freunde, Alltagsbelastung, Arbeitswelt). Die Vernetzung mit weiterführenden Maßnahmen (Selbsthilfegruppen, berufliche Reha etc.) läuft koordinierter ab.

Resümee Zusammenfassend stellt die ambulante Rehabilitation ergänzend zur stationären Kur, Erholung oder Rehabilitation einen weiteren Schritt zur Individualisierung der Behandlungsmöglichkeiten von Krebspatienten dar. Es gelingt dadurch – bei gleichzeitig geringeren Kosten für den Versicherungsträger – den spezifischen Bedürfnissen von Krebspatienten in der Rehabilitation noch besser gerecht zu werden.

Literatur bei der Autorin

Onkologische Rehabilitation im Lebens.Med Zentrum Bad Erlach

S. Rottensteiner

Lebens.Med Zentrum Bad Erlach

Onkologische Rehabilitation in Österreich Jedes Jahr erkranken über 36.000 Österreicher neu an Krebs, über 300.000 Menschen sind gegenwärtig in Österreich von Krebs betroffen. Dank einer verbesserten Früherkennung und modernen, wirksameren Behandlungsformen gelingt es, mehr Menschen von Krebs zu heilen und sowohl Überlebenszeiten als auch Lebensqualität zu verbessern.

Ein wesentlicher Bestandteil dieser neuen Behandlungskonzepte ist die onkologische Rehabilitation. Was 1999 in Bad Schallerbach begann, als die Pensionsversicherungsanstalt erste Rehabilitationsmaßnahmen für Patientinnen mit Mammakarzinom initiierte, setzte sich fort ins Jahr 2010, als das erste Pilotprojekt zur Umsetzung des

neuen Leistungsprofils startete. Seit dem Jahr 2012 existiert im Österreichischen Rehabilitationsplan die onkologische Rehabilitation als eigenständige Indikationsgruppe. Bis dahin wurden Patienten organbezogen rehabilitiert.

Neue wissenschaftliche Studien zeigen, dass onkologische Rehabilitation die Wirksamkeit der Krebstherapie unterstützt und zu einer Verbesserung der Heilungsrate bei häufigen Tumorerkrankungen führt. Weitere Ziele sind die Verbesserung der Lebensqualität sowie die Reduktion der reaktiven Veränderungen wie Distress, Ängstlichkeit, Depressivität und Schmerzen. Zudem wird die körperliche Leistungsfähigkeit verbessert und der Wiedereinstieg in den sozialen und beruflichen Alltag erleichtert.

Derzeit stehen den Krebspatienten in Österreich 8 onkologische Rehabilitationseinrichtungen mit 535 systemisierten Betten zur Verfügung. Die neueste Einrichtung ist das im südlichen Niederösterreich gelegene Lebens.Med Zentrum Bad Erlach. Hier stehen 100 Betten für onkologische Rehabilitationspatienten sowie 32 Betten für Begleitpersonen zur Verfügung.

Das 3-wöchige Rehabilitationsprogramm setzt sich aus Untersuchungen, Therapien, Beratungen und Schulungen zusammen. Entsprechend eines integrativen und interdisziplinären Ansatzes werden die Behandlungsziele gemeinsam definiert. Die Schwerpunkte sind medizinische Trainingstherapie/Sport, Sensomotorik (insbesondere für Patienten mit ausgeprägter Polyneuropathie-Symptomatik) und psychosoziale Unterstützung. Die Inhalte werden individuell bestimmt und gliedern sich in Einzel- bzw. Gruppeneinheiten aus den

Bereichen Klinische und Gesundheitspsychologie, Heilgymnastik, Ausdauertraining, Ergotherapie, Ernährungsberatung, Sozialberatung, Heilmassagen und manuelle Lymphdrainagen.

Rehabilitation im Lebens.Med Zentrum Bad Erlach Die Rehabilitation beinhaltet eine Vielzahl an Maßnahmen zur Verbesserung der körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit. Es sind aber auch Partner von an Krebs erkrankten Menschen mit der neuen Situation konfrontiert. Deshalb wird im Lebens.Med Zentrum Bad Erlach die Möglichkeit geboten, den Rehabilitationsaufenthalt mit einer Begleitperson zu gestalten. Zudem hat die private Begleitung die Möglichkeit, kostenfrei an einzelnen Einzeltherapien, Schulungen oder ärztlichen Untersuchungen teilzunehmen.

Neben einem umfassenden Rehabilitationsprogramm trägt eine ruhige und entspannte Umgebung im Lebens.Med Zentrum Bad Erlach zur Regeneration und Verbesserung der Gesundheit bei. Eine angenehme Atmosphäre, modern ausgestattete Einzelzimmer und ein geschmackvoll eingerichteter Freizeitbereich mit Hallenbad, Dampfbad, Soft-Sauna, Infrarotkabine und Ruheraum sowie die malerische Umgebung der Buckligen Welt bieten die optimalen Bedingungen dazu.

Aufgrund familiärer Verpflichtungen muss auf einen onkologischen Rehabilitationsaufenthalt nicht verzichtet werden. Seit Juni besteht im Lebens.Med Zentrum Bad Erlach die Möglichkeit, den Aufenthalt mit einem Kind zu gestalten. Zu bestimmten Turnussen wird während der Therapiezeit direkt im Rehabilitationszentrum eine Betreuung durch eine Kleinkindpädagogin angeboten.

Notizen

Notizen

Fachkurzinformation zum Inserat auf der 4. Umschlagseite:

Santizor 4 mg Retardkapseln. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jede Retardkapsel enthält 4 mg Tolterodintartrat, entsprechend 2,74 mg Tolterodin. Jede 4 mg Retardkapsel enthält maximal 123 mg Saccharose. **Anwendungsgebiete:** Symptomatische Behandlung von Dranginkontinenz und/oder Pollakisurie und imperativem Harndrang, wie zum Beispiel bei Patienten mit Reizblase. **Gegenanzeigen:** Tolterodin darf nicht angewendet werden bei Patienten mit • Harnretention • unzureichend behandeltem Engwinkelglaukom • Myasthenia gravis • bekannter Überempfindlichkeit gegen Tolterodin oder einen der sonstigen Bestandteile gelistet in Abschnitt 6.1 • schwerer Colitis ulcerosa • toxischem Megacolon. **Pharmazeutischer Unternehmer:** Pfizer Corporation Austria Ges.m.b.H., Wien. **Stand der Information:** Mai 2012. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Angaben zu besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.**

Impressum

Herausgeber/Chefredaktion:

Univ.-Prof. Dr. Franz Fischl
c/o Universitätsklinik für Frauenheilkunde
Klin. Abt. f. gynäkolog. Endokrinologie
und Sterilitätsbehandlung
Medizinische Universität Wien
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
E-Mail: franz.fischl@meduniwien.ac.at

Medieninhaber, Verleger, Anzeigen, Vertrieb:

Krause & Pachernegg GmbH,
Verlag für Medizin und Wirtschaft
A-3003 Gablitz, Mozartgasse 10
Tel. 02231/61258-0, Fax 02231/6125810
Internet: www.kup.at/urologie

Lektorat: Krause & Pachernegg GmbH,
Mag. Stefanie Bachl

Layout: Krause & Pachernegg GmbH,
Dr. Th. Haunold, H. Manz

Druck: druck.at Druck- und Handels-
gesellschaft mbH
A-2544 Leobersdorf, Aredstraße 7

Verlagsort: A-3003 Gablitz

Erscheinungsweise: 4x im Jahr

Abonnement: EUR 36,-/Jahr (im Ausland
zuzüglich Porto- und Versandkosten), Einzel-
heft 10,-

Grundlegende Richtung: Fachzeitschrift zur
Information und Weiterbildung, Veröffentli-
chung von wissenschaftlichen Originalarbeiten
sowie einschlägigen Berichten aus dem In- und
Ausland.

Urheberrecht: Mit der Annahme eines Beiträ-
ges zur Veröffentlichung erwirbt der Verlag vom
Autor alle Rechte, insbesondere das Recht der
weiteren Vervielfältigung zu gewerblichen Zwe-
cken mithilfe fotomechanischer oder anderer
Verfahren. Die Zeitschrift sowie alle in ihr ent-
haltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen
sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwer-
tung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechts-
gesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen
schriftlichen Zustimmung des Verlages. Dies
gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Be-
arbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmun-
gen und die Einspeicherung und Verarbeitung
in elektronischen Systemen. Auch die Rechte
der Wiedergabe durch Vortrag, Funk- und Fern-
sehsendungen, in Magnettonverfahren oder auf
ähnlichem Wege bleiben vorbehalten.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Han-
delsnamen, Warenbezeichnungen usw. in
dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne beson-
dere Kennzeichnung nicht zu der Annahme,
dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen-
und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu
betrachten wären und daher von jedermann be-
nützt werden dürfen.

Für Angaben über Dosierungshinweise und
Applikationsformen kann vom Verlag keine Ge-
währ übernommen werden. Derartige Angaben
müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall
anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtig-
keit überprüft werden.

Alle namentlich gekennzeichneten Beiträge
spiegeln nicht unbedingt die Meinung der Re-
daktion wider. Diese Beiträge fallen somit in
den persönlichen Verantwortungsbereich des
Verfassers. Die Redaktion übernimmt keine
Haftung für unaufgefordert eingesandte Manus-
kripte.

Geschlechterbezeichnung: Zur leichteren Les-
barkeit der Beiträge wird bei Personenbezeich-
nungen in der Regel die männliche Form ver-
wendet. Es sind jedoch jeweils weibliche und
männliche Personen gemeint.



 **Santizor[®]retard**
Tolterodin

SANTIZOR[®].

EINE EINFACHE LÖSUNG BEI ÜBERAKTIVER BLASE.

- 1 x tägliche Einnahme
- Unabhängig von den Mahlzeiten
- Gute Wirksamkeit und Verträglichkeit¹



Fachkurzinformation siehe Seite 15

1. Kreder K et al., European Urology 41 (2002): 588–595;



Pfizer Corporation
Austria Ges.m.b.H., Wien