

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Die Salons der 26. Jahrestagung
der Medizinischen
Kontinenzgesellschaft Österreich
(MKÖ)**

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2017; 24 (1)

(Ausgabe für Österreich), 34-41

Homepage:

www.kup.at/urologie

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Indexed in Scopus

Member of the



www.kup.at/urologie

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P. b. b. 022031116M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Die Salons der 26. Jahrestagung der Medizinischen Kontinenzgesellschaft Österreich (MKÖ)

Linz, 21.10.2016

Herausgeber: Max Wunderlich

Editorial

Salons bei unseren Jahrestagungen dienen dazu, das Gespräch interprofessionell entstehen zu lassen. Dadurch kann in der interdisziplinären Diskussion der eigene Blickwinkel erweitert werden. Wir können so auch besser an einem Strang ziehen – zum Wohle der Patientinnen und Patienten.

Wie entsteht eine profunde Meinung? Man hört etwas, liest die Evidenz nach, denkt darüber nach, verbindet es mit eigenen Erfahrungen und diskutiert. Dieser Prozess soll in den Salons angeregt und erweitert werden.

Die Salonverantwortlichen geben einen kurzen Input mit Fakten, dann geht es in die interprofessionelle Runde: Alle Anwesenden sind eingeladen, mitzudiskutieren. Es entsteht ein

Bild, wie an verschiedenen Orten, in verschiedenen Teams gearbeitet wird. Patientenfälle können aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet und Therapieansätze eingebracht werden. Manche dieser Diskussionen werden von Jahr zu Jahr weitergeführt und so entstand die Idee, die Quintessenz der Salons schriftlich festzuhalten. Mit dem Wissen, dass in manchen Salons die Diskussion gerade einmal begonnen hat, freuen wir uns, die Inhalte hier zu präsentieren.

Erstmals werden heuer die Salons der MKÖ-Jahrestagung zusammengefasst und veröffentlicht. Somit kann der gemeinsam begonnene Prozess leichter fortgesetzt werden.

Evi Reinstadler, Elisabeth Udier

Salon 1: Rund um die Schwangerschaft

Marina Blecha, Roswitha Wallner, Johannes Angleitner-Flotzinger

Schwangerschaft und Geburt sind naturgegeben und wurden lange Zeit als natürliche Phänomene im Leben einer Frau gesehen, denen kaum pathologische Bedeutung beigemessen worden ist. Mit zunehmender Kenntnis von auch langfristigen Zusammenhängen zwischen Gravidität, Geburt und Veränderungen des Beckenbodens (BB) sehen sich die entsprechenden Berufsgruppen (Hebammen, Geburtshelfer, Physiotherapie) veranlasst, ihre Aufmerksamkeit auch der postpartalen Harninkontinenz (HI) und dem „pelvic organ prolapse“ (POP – Blase/Vagina, Uterus/Rektum) zu widmen, subsumiert unter „pelvic floor dysfunction“ (PFD).

Erfreulich ist auch die Tendenz, dass sich schwangere Frauen selbst für die Prophylaxe der postpartalen Beckenbodenschwäche interessieren. Dies bedeutet erhöhte Ansprüche an die involvierten Berufsgruppen, z. B. durch Fragen nach einer präventiven Modifikation des Geburtsmodus insbesondere durch Sectio – ein Wunsch, dem ausschließlich aus Gründen der Schonung eines primär gesunden BB nicht nachgegeben werden sollte.

■ Statistik

- 2–20 % der Frauen < 45 a sind weltweit von POP betroffen.
- 11 % trägt das „lifetime risk“ von Frauen in den USA, in ihrem Leben eine PFD zu entwickeln.

■ Risikofaktoren für PFD

1. Geburt

In der Entwicklungsgeschichte des Homo sapiens zeigt sich zwischen dem größer werdenden menschlichen Schädel (durch Zunahme des Gehirns) und dem relativ klein bleibenden Becken eine morphogenetische Diskrepanz, welche die menschliche Geburt schwieriger macht als die animalische, wobei der BB beim Durchtritt stärker belastet wird:

Levatorabrisse vom Os pubis können in bis zu 20 % der vaginalen Geburten vorkommen, kaum jemals bei Sectiones. Okkulte Verletzungen des BB sind mit verlängerter Austreibungsperiode assoziiert und können ebenfalls eine Rolle in der Entstehung eines POP spielen. Hinzu kommen Schädigungen der Innervation durch Dehnung des N. pudendus während der Geburt.

2. Schwangerschaft

Die HI ist mit 7–60 % während der Gravidität häufig und erreicht ihren Höhepunkt im 2. und 3. Trimenon, wie auch das Risiko für POP mit zunehmender Parität steigt.

3. Geburtsmodus

Im Vergleich **Spontangeburt vs. Sectio caesarea** ist die Literatur kontrovers, denn einerseits sind Stress-HI (mit 1,2

vs. 0,4 %) und POP (mit 2,2 vs. 0,2 %) nach Spontangeburt signifikant häufiger; andererseits wird die HI ein Jahr postpartum bei Primiparae als nicht signifikant häufiger beschrieben. Eine Untersuchung von > 5000 Frauen 20 Jahre nach Einlingsgeburt stellt sogar fest, dass das Risiko einer HI nach Sectio höher ist als nach Spontangeburt (40,3 vs. 28,8 %).

Geburtspositionen für Spontangeburt: Aufrechte Positionen erleichtern das Gebären, da sich die Bauchpresse effektiver verwenden lässt, insbesondere wenn der Schultergürtel dazu angespannt wird – z. B. durch Anhalten an einem Tuch oder einer an Stange über oder vor dem Kopf, vor allem in einer hockenden Position. Auch der Vierfüßlerstand bringt eine verbesserte Pressleistung. Angenommen wird, dass eine Pressmethode, welche die Gebärende selbst bestimmt, den Beckenboden besser schont als die Valsalva-Methode mit dem angeleiteten „Powerpressen“.

Natürlich können solche Gebärpositionen nicht erst während der Austreibungsphase abgerufen werden, sondern sind während der Schwangerschaft zu erlernen, ebenso wie eine adäquate Atmung („Schieben versus Pressen“). Deswegen ist jede Form von interdisziplinärer Geburtsvorbereitung mit Schwerpunkt Körperarbeit wünschenswert!

Nach **vaginal-operativer Entbindung (Forceps, Vakuum)** besteht ein 8-fach höheres Risiko eines POP. Insbesondere die Forcepsentbindung hat ein hohes Risiko für HI, fäkale Inkontinenz (FI) und POP. Die verlängerte Austreibungsphase selbst fördert schon die Verletzung von Weichteilen und neuromuskulären Strukturen.

Wert der Episiotomie? Vor hundert Jahren noch zur Prävention von Traumen des BB postuliert, konnten zahlreiche Studien der vergangenen Jahre aber nur feststellen, dass die Episiotomie keinesfalls zur Verhinderung einer PFD beiträgt.

4. Alter der Mutter

Ab dem 30. LJ steigt die Inzidenz einer PFD (3,4 vs. 9,7 %).

5. Gewicht der Mutter

Relevant für PFD sind in gleicher Weise Ausgangsgewicht, Zuwachs während der Gravidität und postpartales Gewicht durch den erhöhten Druck auf BB und Blase.

6. Geburtsgewicht

Wenn erhöht, ist dieses zumindest mit einem späteren POP verbunden. Eine HI ist um 50 % häufiger bei einem Geburtsgewicht von > 4000 g.

■ Interventionen zur Verringerung des Langzeitriskos für PFD

Die Datenlage ist problematisch, sodass mögliche Lösungen und Maßnahmen hier nur kurz aufgelistet seien:

- Die Sectio kann eine spätere HI nicht verhindern – daher Empfehlung für die natürliche Geburt.
- Die Vakuumextraktion ist dem Forceps vorzuziehen.
- Ein Beckenbodentraining (BBT) hat mehr Erfolg, wenn es schon vor der Geburt begonnen wird, wobei allerdings der Langzeiteffekt unklar ist.
- Seit März 2014 ist im Rahmen des Mutter-Kind-Pass-Programms eine (kostenlose) Beratung durch die Hebamme von der 18.–22. Schwangerschaftswoche empfohlen. Rahmen und Inhalt des Gesprächs sind durch den Hauptverband festgelegt, nicht aber Untersuchungen. Eingegangen wird auf Geburtsort, Geburtsmodus, Ernährung des Säuglings, Ernährung der Schwangeren, Sport und Bewegung in der Schwangerschaft und auf spezielle Fragen.
- Angesichts der Veränderungen durch eine Schwangerschaft im gesamten Körper der Frau konzentriert sich die moderne Physiotherapie (PT) auf die Wirbelsäule und das Becken als Kraftüberträger, die an die neuen Spannungs- und Stellungsverhältnisse der schwangeren Frau angepasst werden müssen. Das erforderliche Fachwissen umfasst die Veränderungen in der Schwangerschaft wie auch manuelle und funktionelle Behandlungstechniken und -konzepte. Wiewohl ein Zusammenhang zwischen nicht behandelten Fehlstellungen und erschwerten Geburtsverläufen nahe liegt, ist die Evidenz dazu allerdings noch spärlich.
- Eine Honorierung entsprechender Leistungen der PT durch die Krankenkassen analog wie bei den Hebammen ist wünschenswert.

Salon 2: Fertilität & Sexualität

Ingrid Geiss, Eugen Plas, Martina Signer

Als **Fruchtbarkeit** (auch: **Fertilität**) wird die Fähigkeit von Tieren und Pflanzen bezeichnet, Nachkommen („Früchte“) hervorzubringen [Wikipedia, „Fruchtbarkeit“].

Wozu haben wir Sex?

1. Fortpflanzung
2. Befriedigung
3. Kommunikation/Interaktion

[Himmel auf Erden und Hölle im Kopf. Was Sexualität für uns bedeutet von Christoph Joseph Ahlers]

Die Fruchtbarkeit hat in der Lebensphase von Frau und Mann eine unterschiedliche Dimension – beim Mann ist sie nach der Geschlechtsreife zeitlich nicht begrenzt, Frauen erleben zwischen ihrem 18. und 25. Lebensjahr die höchste Fruchtbarkeit, dann reduziert sie sich langsam, um mit der Menopause zu enden – die biologische Uhr tickt also.

Die Fertilität spielt sich in vielen Beziehungen in dem Spannungsfeld „Wir wollen jetzt noch nicht, aber später schon“ und „Wir wollen jetzt sofort ein Kind“ ab.

■ **Veränderte Sexualität durch hormonelle Antikonzeptiva**

In der Zeit der höchsten Fruchtbarkeit durchlaufen heutzutage viele Frauen ihre Ausbildung/ihr Studium und wollen sich dann auch in ihrem Beruf etablieren – der Kinderwunsch wird häufig verschoben und die Frauen übernehmen meist mittels hormoneller Verhütung die Familienplanung.

Die diversen Pillen unterdrücken die Ovulation, das Sexualhormon-bindende Globulin (SHBG) ist erhöht und das Testosteron erniedrigt, was sowohl eine Veränderung des Geruchsinns als auch einen Libidomangel zur Folge haben kann.

■ **Infertilität als Risiko für Sexualstörungen**

Wenn sich der Kinderwunsch nicht planmäßig erfüllt, beginnt für viele Paare eine anstrengende Phase mit unterschiedlich invasiven Maßnahmen für das Zustandekommen einer Schwangerschaft.

Studien zeigen, dass unfruchtbare Paare mit Kinderwunsch ein signifikant höheres Risiko einer sexuellen Funktionsstörung erleben als fruchtbare Paare. Die Sexualität verliert an Spontaneität durch vorgeschriebene Zeiten für den Koitus und nicht selten entwickelt sich eine Negativspirale aus Versagensangst, Stressoren, Kommunikationsängsten, Rückzug und organischen Störungen, die zu massiven Beziehungsproblemen, Depression und Libidoverlust führen kann.

■ **Familienphase mit kleinen Kindern und sexuelle Lust**

Mütter erleben meist eine sehr innige Beziehung zu ihrem Säugling und der Mann fühlt sich in dieser Phase als Sexualpartner manchmal vernachlässigt. Wenn die Nächte häufig durch weinende Kinder gestört werden und sich Schlafentzug einstellt, dann leidet die Libido ebenso.

Auch Überforderung durch mehrere Kleinkinder oder durch sehr hohe Eigenansprüche, z. B. eine perfekte Mutter sein zu wollen, kann sich negativ auf die sexuelle Lust auswirken. Die Mehrfachbelastung durch Kindererziehung, Beruf und Haushalt verstärkt sich durch die Struktur der modernen Kleinfami-

lie, in welcher Großmütter, Tanten und andere Verwandte als unterstützende Faktoren fehlen. Da brauchen Paare eine gute Organisation, um sich gemeinsame „Auszeiten ohne Kinder“ zu organisieren und so ihre sexuelle Anziehung und Lust wieder zu beleben.

■ **Ende der Fertilität – Altersgrenze überschritten**

Die moderne Reproduktionsmedizin verschiebt die Grenzen der weiblichen Fertilität immer weiter nach hinten, was durch- aus organische und ethische Probleme aufwirft.

Die Möglichkeit der Kryokonservierung für Spermien- und Eizellen ist ein Segen für Menschen, die z. B. von einer Tumorerkrankung schon in jungen Jahren betroffen sind und sich so die Chance auf eine spätere Zeugung/Schwangerschaft erhalten möchten.

Wenn Frauen ihre fruchtbare Lebensphase verstreichen haben lassen und dann trotzdem schwanger werden wollen, müssen sie erhebliche Eingriffe in ihren Organismus auf sich nehmen, um trotzdem ein Kind austragen zu können. Die psychologischen und sozialen Auswirkungen auf die Frau bzw. das Paar stehen nicht selten einer lustvollen, spontanen und erfüllten Sexualität entgegen.

■ **Sexuelle Selbstbestimmung**

Vorige Generationen konnten die Fertilität nur unwesentlich beeinflussen. Seit der Erfindung der Antibabypille (um 1960) haben Frauen eine größere Autonomie, was die Planung einer Schwangerschaft betrifft, aber auch ein Risiko, die fruchtbare Phase ihres Lebens zu versäumen.

Die sexuelle Freiheit ohne ständige Angst vor einer ungewollten Schwangerschaft lässt viele Frauen und Männer ihre Sexualität entspannter und lustvoller erleben und die Lebens- und Familienplanung kann oft individuell an die Bedürfnisse des Paares angepasst werden.

Die hoch technisierte Reproduktionsmedizin tut als florierender Behandlungsbereich das Ihre dazu, einen Kinderwunsch zu einem selbst gewählten (späteren) Zeitpunkt zu erfüllen.

Salon 3: Wann ist wer zuständig? Adäquate Beckenboden-Aktivierung im Wochenbett

Lothar C. Fuith, Zala Pusznik, Elisabeth Udier

■ **Fakten rund um die Geburt in Österreich (L. Fuith)**

- Durchschnittsalter der Gebärenden: 31 Jahre
- Geburten: 70 % vaginal (7 % Vakuum, 2 % Dammriss); 30 % Sectiones
- Durchschnittliche Liegedauer im Krankenhaus: 3 Tage
- Ambulante Geburten: 7–8 % (Tendenz steigend)

■ **Relevante postpartale Befunde – die Perspektive der Hebamme**

Der Beurteilung der Wöchnerin durch die Hebamme liegt das Schema in Abbildung 1 zugrunde.

Wichtig ist es, anhand der erhobenen Befunde das individuelle Verständnis für die Wöchnerin zu entwickeln, deren zu erhal-

tende oder wiederherzustellende Gesundheit im Mittelpunkt steht. Hieraus ergibt sich als wesentliche Frage: Was braucht die einzelne Frau, damit die Rückbildungsvorgänge ungehindert stattfinden können?

Oft gibt es für die Wöchnerin in der kurzen Zeit nach der Geburt im Krankenhaus zu viele Informationen. Dort wäre eine entsprechend strukturierte Broschüre wünschenswert.

■ Die Perspektive der Physiotherapie

Physiotherapeutisch werden beim Befund die Gewebsstrukturen genau untersucht. Verläuft die Wundheilung in geregelten Bahnen oder muss sie unterstützt werden? Welche anatomischen Bereiche brauchen zusätzliche Förderung für ihre Heilung, Aktivierung und Kräftigung? Oft muss eine Dammnäht behandelt werden. Sensibilität, Muskelarbeit und das funktionelle Gleichgewicht sind zu fördern. Ideal wäre eine individuelle Beurteilung des Beckenbodens bei allen Frauen. Dies erlaubt in der Folge spezielle Behandlungen bei jenen Wöchnerinnen, welche dieser bedürfen. Allen anderen können die allgemeinen Übungen für die Rückbildung in der Gruppe empfohlen werden.

■ Gemeinsames Statement der Berufsgruppen

Hebammen sowie Physiotherapeuten sollten nach der Geburt Hausbesuche machen. Das Netzwerk dafür ist im extramuralen Bereich sicherlich ausbaufähig, denn gegenwärtig werden nicht alle Frauen erreicht. Der Vorteil des Krankenhauses ist die lückenlose Betreuung.

■ Diskussion mit dem Publikum

Die Aufgabe der Hebammen ist es, die Schwangere mit dem Geburtsgeschehen vertraut zu machen, jene der Physiotherapie, sie auf das Frühwochenbett vorzubereiten. Dies ist noch nicht so etabliert wie die selbstverständliche physiotherapeutische Vorbereitung auf geplante Operationen und die postoperative Phase in der Orthopädie.

Das wesentliche Netzwerk besteht zwischen Ärzteschaft, Hebammen und Physiotherapie. Letztere muss oft vom Arzt als Autoritätsperson durch verpflichtende Zuweisung angefordert werden.

Oxford ist in vieler Hinsicht vorbildlich: Zum Beispiel werden Patientinnen mit DR III und IV nach 6–8 Wochen wiederbestellt (wer nicht erscheint, wird vom Spital kontaktiert).

Auch in Österreich gibt es gute organisatorische Beispiele, wie von den anwesenden Vertreterinnen dieser Bezirke ausgeführt: KH Rohrbach, KH Hietzing (inkl. Bebo-Gruppe), KH Ried im Innkreis. Kollegen aus diesen Krankenhäusern berichten, dass jede Wöchnerin individuelle (in Einzelsitzung) oder allgemeine (in der Gruppe) Informationen von einer Hebamme oder Physiotherapeutin noch im Krankenhaus bekommt. Die Wöchnerinnen haben so auch die Möglichkeit, Fragen zu stellen.

In einem KH in Südtirol gibt es einmal pro Woche einen Vortrag mit Übungsblatt und Hinweis für Rückbildungsgymnas-

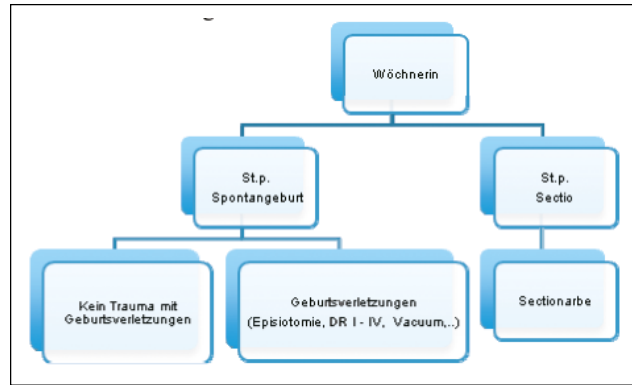


Abbildung 1: Schema für die Beurteilung der Wöchnerin durch die Hebamme.

tik in der Gruppe und Einzeltherapie. Dieses Angebot wird vorwiegend von Multiparae angenommen.

Hebammen sollten noch mehr für das Thema Beckenboden sensibilisiert werden, wie es sich z. B. in den letzten Jahren in Klagenfurt entwickelt hat: Zala Puznik ist natürlich bei den Geburten anwesend und betreut die Frauen auch danach. Ergibt die Inspektion des Beckenbodens den Verdacht auf ein funktionelles Problem, dann überweist sie zur Physiotherapie in einer Einzelstunde. In dieser wird ein genauer Befund von Beckenboden und umliegenden Strukturen gemacht. Der Mutter werden spezielle, auf sie abgestimmte Übungen mitgegeben, um das funktionelle Gleichgewicht postpartal wiederherzustellen.

Ist eine eher individuelle Betreuung erforderlich, so wird diese in ganz Österreich von der Physiotherapie angeboten. Die Rückbildungsgruppen sollten optimalerweise von Hebammen und/oder Physiotherapeuten geführt werden. Beide Berufsgruppen sind mit pathologischen Befunden vertraut und können bei Bedarf eine weiterführende Abklärung und Therapie in die Wege leiten.

Da Rückbildungsarbeit kaum vom Gesundheitssystem bezahlt wird, ist die Gefahr einer Kluft zwischen sozialen Schichten gegeben. Spätere Krankheitsbilder wie Inkontinenz und Senkung, die eventuell aufgrund einer Geburtsverletzung dann entstehen, wenn Kraft und Elastizität des Gewebes im Alter nachlassen, machen eine bessere Betreuung nach der Geburt unbedingt notwendig.

So wie in manchen Bundesländern Hebammenbesuche nach der Geburt vom Gesundheitssystem übernommen werden, sollte es auch möglich sein, der Physiotherapie hier einen definierten Platz zu geben.

■ Ein wesentliches und konkretes Ziel, welches sich aus diesem Salon ergeben hat

Die physiotherapeutische, funktionelle Untersuchung sollte in den Mutter-Kind-Pass aufgenommen werden: Zumindest 1 Mal, besser noch vor und nach der Geburt je 1 Mal. Damit kennt jede Frau ihren funktionellen Status und ihre Risikofaktoren. Sie ist einschlägig aufgeklärt und kann aufgrund ihrer Information selbst entscheiden, ob und wie sie sich nach der Geburt behandeln lässt.

Salon 4: Gemeinsam statt einsam – die Verantwortung des „Kontinenz-Teams“ in der Rehabilitation nach Operationen im kleinen Becken

Kornelia Buchner-Jirka, Judith Harpf-Hadeyer, Michael Rutkowski, Wilhelm A. Hübner

Der primäre Wunsch von Patienten nach Heilung oder Linderung ihrer Krankheit, insbesondere eines Karzinoms, impliziert auch ein unverändertes Körperbild: Es möge „alles wieder so sein wie vorher“.

Die Ambition des Chirurgen versucht, diesen verständlichen Wünschen so gut wie möglich zu entsprechen – mit den Zielen Tumorfreiheit und physische Integrität.

Noch immer aber werden zu viele Patienten ohne weitere Beratung aus dem Krankenhaus entlassen. Es mangelt an spezialisierter Kontinenz- und Stomaberatung sowie adäquaten physiotherapeutischen (PT) Konzepten, ohne welche die Patienten von technisch noch so gut gelungenen Eingriffen zu wenig profitieren. Die postoperative Realität entspricht häufig nicht den Vorstellungen der Patienten, wozu die unterschiedliche Sprache von Medizin und betroffenen Laien beiträgt.

Als Kontinenz- und Stomaberaterin an der urologischen Ambulanz im KH Vöcklabruck, sowie in der freiberuflichen Praxis betreue ich Patienten mit verschiedensten Arten von Inkontinenz, so lange dies nötig ist. Dies sei mit einigen Beispielen illustriert.

■ Fall 1: M, 68 a, nach radikaler Prostatektomie (an einem anderen KH)

Nur ein postoperatives Arztgespräch vor der Entlassung. Von Anfang an Harnbelastungs- und Dranginkontinenz. Die saugende Einlagenversorgung (für Damen!) besorgte sich der Patient selbst im Drogeriemarkt. Er gewöhnte sich permanentes Miktionieren als Vermeidungsstrategie an und begann eine PT bei einem niedergelassenen Physiotherapeuten, der den Fokus Sporttherapie hatte.

Von Freunden kommt der Hinweis auf eine professionelle Kontinenzberatung, welcher der Patient durch den niedergelassenen Facharzt zugewiesen wird:

Zunächst genaue Beurteilung des Harnverlustes mittels Blasentagebuch und neuerliche Aufklärung über Anatomie, Physiologie und die postoperativ geänderte Situation. Einlagenoptimierung. Anleitung zum bedarfsorientierten Muskeleinsatz mit Palpation und Sichtkontrolle. Verhaltenstherapie und Vermeidungsstrategien. Mittelfrequente amplitudenmodulierte Elektrostimulation (sowohl Muskelaufbau als auch pudendusnahe Stimulation zur Steigerung der Blasenkapazität und Dämpfung des Urge-Reizes).

Der Patient wusste nicht, ob die Operation nervschonend durchgeführt worden war. Darüber hatte sein Operateur mit ihm nie gesprochen, ebenso wenig wie über die postoperativ manifeste Impotenz.

Outcome: Die genannten Maßnahmen führten letztendlich zu einer zufriedenstellenden Kontinenz; PDE-5-Hemmer nach Arztgespräch ermöglichten Patient und Partnerin ein befriedigendes Sexualleben.

■ Fall 2: M, 60 a, nach extrem tiefer vorderer Rektumresektion wegen Ca

Die Schutzileostomie wurde nach 4 Monaten rückoperiert. Angesichts des vorderen Resektionssyndroms wurde der Patient vom Chirurgen zu Geduld ermutigt. Ernährungsberatung und Probiotika waren ohne Effekt, bis der Patient nach 2 Jahren im Sanitätshaus von der Möglichkeit einer Beratung erfuhr.

Seine Lebensqualität (LQ): 12–28 Defäkationen pro Tag, Durchschlafen nachts nicht möglich, ständig ans Haus gebunden, Impotenz.

Die Beratung beginnt mit der Anleitung für ein Ernährungs- und Ausscheidungsprotokoll. Es folgt die Erklärung der veränderten anatomischen Situation: Kleineres Reservoir bedingt häufige kleine Stuhlmengen; das Fehlen der „Bremse“ der rektalen Retropulsion erklärt den quälenden Stuhl drang („urgency“). Die Einnahme von Loperamid zur Stuhleindickung ist unabdinglich, zumindest bevor er außer Haus gehen möchte.

Wiewohl die Situation dadurch erst verständlich gemacht wurde, tendiert der Patient zur Anlage einer Kolostomie. Ernährungs- und Stuhlprotokoll können wohl auch den Chirurgen von der Notwendigkeit dieser Option in solchen Fällen überzeugen.

■ Fall 3: W, 45 a

Geplant war, die Patientin aus dem Spital mit einem transurethralen Dauerkatheter (DK) zu entlassen – für 3 Monate mit Wechselintervallen zwischendurch.

Bis zur Aufnahme im Krankenhaus hatte die Patientin aktiv ihre Sexualität gelebt.

Vor der Entlassung wurde die Patientin wegen der Hilfsmittelversorgung in der Beratung vorgestellt, wo die Fachschwester für Kontinenzberatung sie – nach Rücksprache mit dem Arzt – im „intermittierenden Selbstkatheterismus“ einschulte. Sie wurde ohne DK hochzufrieden entlassen!

■ Konklusionen

– Oberste Priorität von Interventionen hat das onkologische Outcome.

- Für die LQ kaum weniger wichtig ist das funktionelle Ergebnis, welches Kontinenz, Blase, Darm und die Sexualität betrifft.
- Die Patienten haben Hemmungen, diese Themen von sich aus anzusprechen. Insbesondere die Sexualität ist tabuisiert – wiewohl laut WHO jeder Mensch ein „Recht auf sexuelle Gesundheit“ hat.
- Alle genannten Bereiche werden im Zuge der Kontinenz- und Stomaberatung thematisiert. Dieser sollten daher alle Patienten nach einschlägigen Interventionen im Sinne der interdisziplinären Betreuung von ihren Ärzten zugewiesen werden.

■ Eine taugliche professionelle Beratung umfasst

- **Information:** sachlich, ausführlich, für Laien verständlich.
- **Beratung:** individuell und schrittweise.
- **Schulung:** in der Bewältigung der veränderten Situation und im Umgang mit Hilfsmitteln und Therapien.
- **Begleitung:** ein „Sicherheitsnetz“ so lange wie nötig.

Dank dieser Eckpfeiler des spezialisierten Patientenmanagements werden Menschen fit gemacht für ihr weiteres Leben mit bestmöglicher LQ, im Sinne der Lehre von Konfuzius: „Gib einem Mann einen Fisch – und er wird einen Tag lang satt. Lehre ihn das Fischen – und er wird ein Leben lang satt.“

Salon 5: Problemzone Anorektum – Diskussion von Fallbeispielen

Christoph Kopf, Max Wunderlich

■ Überlaufinkontinenz (C. Kopf)

Patientencharakteristika:

- Frau 86 a
- Überweisung vom Hausarzt: Abklärung wegen Bauchschmerzen und Stuhlinkontinenz erbeten
- Patientin bettlägerig, mit Hilfe einige Schritte möglich
- St. p. apoplektischem Insult
- Osteoporose
- Partus 2× (1× mit Episiotomie)
- St. p. vaginaler Hysterektomie
- Medikamente (Opioid, Antidepressivum)

Als Stuhlinkontinenz wird der ungewollte Stuhlverlust von Wind oder Stuhl an einem „falschen Ort“ (d. h. nicht auf der Toilette) oder zu einer „falschen Zeit“ verstanden.

Es handelt sich dabei nicht um ein klar definiertes Krankheitsbild, sondern um ein Symptom, welches bei Störungen der anorektalen Innervation oder des Sphinkterapparates auftritt oder als Begleitsymptom anderer kolorektaler Erkrankungen, wie Diarrhö und Obstipation.

Wegen ihrer Häufigkeit, insbesondere bei pflegebedürftigen alten Menschen, verdient die Stuhlimpaktation (Koprostase) des Rektums besondere Aufmerksamkeit. Vor allem bei immobilen Patienten können sich aus größeren Stuhlmengen feste Klumpen bzw. „Steine“ im unteren Kolon bilden. Die Obstruktion des Darmlumens kann von Bauchschmerzen bis zum mechanischen Ileus führen, der in seltenen Fällen eine chirurgische Intervention in Form einer digitalen Ausräumung des Rektums nötig macht. Wird diese Obstipation nicht behoben, löst die dauernde Überdehnung der Darmwand den rektalen Inhibitionsreflex aus, wodurch der innere Analsphinkter dauerhaft erschlafft. In der Folge fließt der Stuhl unbemerkt an den Kotballen vorbei, was fälschlicherweise als reine Diarrhö interpretiert wird. Die tatsächliche Ursache der Stuhlinkontinenz wird häufig über längere Zeit nicht erkannt, obwohl eine rektale Austastung des Enddarms eine einfache Diagnosestellung ermöglicht.

Therapie

Um der Überlaufinkontinenz vorzubeugen, muss zunächst die Behandlung der Obstipation im Vordergrund stehen. Sofern es die kognitiven Fähigkeiten erlauben, sind ausführliche Gespräche mit dem Betroffenen sowie die eingehende Aufklärung über Pathogenese, Physiologie des Stuhlverhaltens und die Ursachen des Stuhlverlustes besonders wichtig.

In der Akutphase besteht das primäre Ziel in der Stuhlerweichung von oral mit Laxantien und von anal mit Einläufen. Eine digitale Rektumausräumung in Kurznarkose ist nur in Ausnahmefällen erforderlich.

In weiterer Folge ist die Prophylaxe bzw. Therapie der Obstipation vordergründig. Gerade im geriatrischen Bereich ist der Ersatz der Medikation von obstipierenden durch nicht obstipierende Präparate ein wesentlicher Schritt. Zur Darmentleerung ist immer eine Kombination von Laxantien (Macrogol, Bisacodyl, Natriumpicosulfat) und rektalen Entleerungshilfen (Suppositorien, Klysmen, Irrigationstherapie) angezeigt, in eskalierender Form je nach Ansprechen. Ebenso essenziell ist die Schulung des Pflegepersonals in Alten- und Pflegeheimen, um unnötige Transporte zwischen diesen und den regionalen Krankenhäusern zu vermeiden.

■ Stomarückoperation – ein möglicher GAU (M. Wunderlich)

Vorgeschichte

Ein 64-jähriger Patient erhält II/2014 wegen dissoziierendem Aortenaneurysma eine infrarenale Bifurkationsprothese. Wegen Ischämie des linken Kolons erfolgt wenige Stunden später eine ausgedehnte „Hemikolektomie“ nach Hartmann (blind verschlossener Rektumstumpf, endständige Aszendostomie).

Nach weiteren Komplikationen (Stomanekrose, Bauchdecken-dehiscenz u. a.), die allesamt operativ beherrscht wurden, wird er III/2014 entlassen.

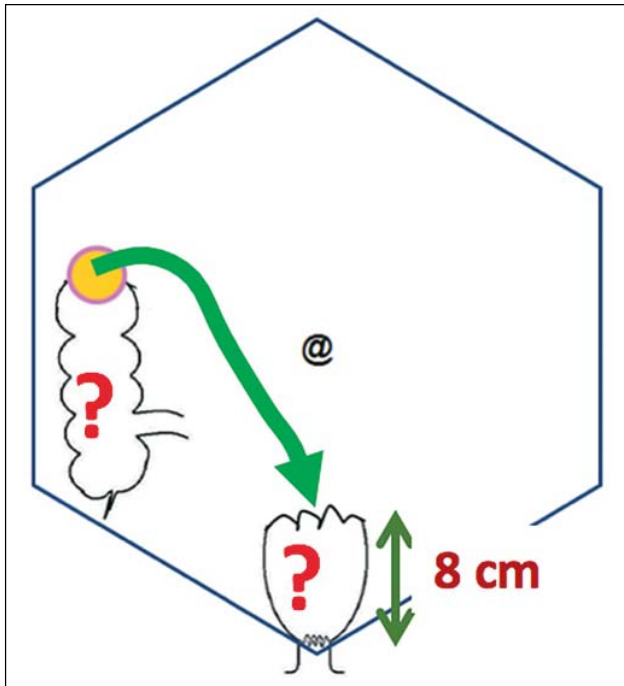


Abbildung 2: Fragen von intestinaler Rekonstruktion.

IX/2014 erwägt der Patient die intestinale Rekonstruktion. Man stellt ihm die Rückoperation für XI/2014 in Aussicht. Neben internistischen Voruntersuchungen wird auch eine Irrigoskopie des Rektumstumpfes durchgeführt: 8 cm lang, frei von Fistel, Leak oder Stenose.

Fragestellung

Mit der Frage, ob die Bildgebung des Rektumstumpfes als Voraussetzung für die Rückoperation genügt, sucht der Patient eine zweite Meinung. Anhand der in Abbildung 2 abgebildeten Situation ergeben sich folgende Fragen und Untersuchungsempfehlungen:

1. Wie sieht das rechte Kolon aus?

Da die Hemikolektomie akut und nicht wegen eines Tumors durchgeführt worden war, besteht keine Information über das rechte Kolon → Koloskopie durch das Stoma.

2. Wie wird die Kontinenz sein?

Angesichts der Kürze des Rektumstumpfes und des verbliebenen Kolons ist ein „low anterior resection syndrome“ (LARS) zu erwarten → Retentionstest mit Brei zur Beurteilung der Sphinkterfunktion (aussagekräftiger als anale Manometrie).

3. Wie kommt der Patient mit seinem Stoma zurecht?

Antwort: Ausgezeichnet (endständig, nicht prolabierend).

4. Wie ist die Potenz?

Antwort: Ungetrübt!

In der Folge wird der Patient über die technischen Schwierigkeiten einer intestinalen Rekonstruktion bei kurzem Rektumstumpf und zu erwartenden Verwachsungen aufgeklärt.

Konklusion

Medizinische Laien assoziieren einen Kolostomieverschluss mit einem simplen Eingriff. Vor einer intestinalen Rekonstruktion, wie in diesem Fall, sind der operative Aufwand, mögliche Imponderabilien und Risiken umso detaillierter zu erklären, vorzugsweise anhand einer Skizze:

- Große Operation mit der Notwendigkeit einer doppelläufigen Schutzileostomie,
- Anastomosendehiszenz mit eventuell persistierender Fistel, chronischer pelviner Sepsis, permanenter Ileostomie,
- LARS nach ev. Ileostomieverschluss,
- Impotenz.

Im gegenständlichen Fall hat der Patient mit Überzeugung auf die Rückoperation verzichtet und ist mit dieser Entscheidung bisher höchst zufrieden.

Salon 6: Darmmanagement – anale Irrigation

Michaela Lechner, Adelheid Anzinger

Das Wort Irrigation stammt vom lateinischen „irrigare“, was „bewässern“, „überfluten“ bedeutet. Bei der transanal Irrigation wird der Darm über den After mit Wasser ausgespült, um eine Entleerung des Darmes unter kontrollierten Bedingungen zu ermöglichen. Diese Methode der Darmentleerung ist für Patienten mit chronischer Obstipation und Stuhlinkontinenz gleichermaßen geeignet.

Sowohl Obstipation als auch Inkontinenz bringen für die Betroffenen einen hohen Leidensdruck, der eine erhebliche Beeinträchtigung des sozialen Lebens bedeutet und nicht selten in die soziale Isolation führt. Trotz gegensätzlicher Symptomatik kann die transanale Irrigation sowohl für Patienten mit Inkontinenz als auch für solche mit chronischer Obstipation schnell und unkompliziert Abhilfe schaffen. Oft kann dadurch eine Operation vermieden werden. Kontraindikationen sind Stenosen im Darm und chronisch entzündliche Darm-

erkrankungen. Aus diesem Grund ist bei allen Patienten vor Beginn der Irrigation eine vollständige Dickdarmabklärung erforderlich.

Patienten mit chronischer Obstipation haben häufig einen jahrelangen Leidensweg. Das klinische Erscheinungsbild ist oft davon geprägt, dass die Patienten tagelang, manchmal auch bis zu 2 Wochen keinerlei Stuhl drang verspüren. Es wird in diesen Fällen zu verschiedensten Laxantien gegriffen, die unterschiedliche Wirkmechanismen haben, langfristig aber oft nicht den gewünschten Erfolg bringen. Auch ausreichend Bewegung und reichlich Flüssigkeitszufuhr sind nicht immer des Rätsels Lösung. So weiß man aus verschiedenen Studien, dass durch Erhöhung der Flüssigkeitszufuhr über das normale Maß von ca. 1,5–2 l/Tag hinaus keine Verbesserung der Obstipation zu erwarten ist. Die für viele Tage fehlende Darmentleerung führt oft zu körperlichem Unbehagen und Völlegefühl. Bei

diesen Patienten lässt sich in der Kolontransitzeit eine stark verlängerte Passagezeit nachweisen.

Häufig haben wir es aber auch mit Patienten zu tun, die zwar einen regelmäßigen Stuhldrang angeben, denen es aber trotz teilweise starkem Pressen nicht gelingt, den Darm zu entleeren. Es resultieren das Gefühl der inkompletten Entleerung und häufige frustrane Pressversuche. Immer wieder muss der Enddarm mit manueller Hilfe entleert werden. Bei diesen Patienten zeigt die Defäkographie meist eine Rektozele (Ausbuchtung der vorderen Rektum- bzw. der Vaginalhinterwand), oft vergesellschaftet mit einer Intussuszeption (Einstülpung des Rektums).

Nicht selten kommen die sog. „**slow transit constipation**“ und die „**outlet constipation**“ gleichzeitig vor.

Stuhlinkontinenz, d. h. das Unvermögen, den Stuhl bis zum Erreichen der Toilette zurückhalten zu können, ist das noch viel größere soziale Problem. Die Ursachen sind vielfältig. Eine Gruppe bilden die mechanischen Verletzungen des Schließmuskelapparates im Rahmen von Entbindungen, Operation oder seltener Traumata. Die zweite, wahrscheinlich größere Patientengruppe bilden jene mit Schäden an den den Becken-

boden versorgenden Nerven. Diese können durch zahlreiche neurogene und internistische Erkrankungen verursacht sein, z. B. alle Erkrankungen, die Neuropathien verursachen, aber auch Rektumoperationen, Schwangerschaften und chronische Obstipation spielen eine Rolle.

Sowohl Obstipation als auch Inkontinenz bedürfen einer sehr sorgfältigen Abklärung und konservativen Therapie einschließlich Ernährungsberatung und intensiver physikalischer Therapie. Es stehen auch einige chirurgische Optionen zur Verfügung, allerdings sollte den Patienten die Alternative der transanalen Irrigation nicht vorenthalten werden. Gerade in der Proktologie spielt der Patientenwunsch eine große Rolle, da es sich bei proktologischen Operationen häufig um sog. Lebensqualitätsoperationen handelt. Das bedeutet, dass ein Eingriff nicht zwingend erforderlich ist, sondern der Verbesserung der Lebensqualität des Patienten dient.

■ Zusammenfassung

Die transanale Irrigation (TAI) stellt sowohl für chronische Obstipation, als auch für Stuhlinkontinenz eine etablierte Behandlungsmethode dar. Sie sollte Patienten immer als Behandlungsalternative zur Operation angeboten werden.

Korrespondenzadressen:

*OA Dr. Evi Reinstadler
Abteilung für Gynäkologie
KH Dornbirn
E-Mail: evi.reinstadler@dornbirn.at*

*Elisabeth Udier MSc
Kindergartenstraße 27
9073 Klagenfurt
E-Mail: Physio@ElisabethUdier.at*

*OA Dr. Johannes Angleitner-Flotzinger
Abteilung für Gynäkologie
KH der Barmherzigen Schwestern, Ried
E-Mail: Johannes.Angleitner-Flotzinger@bhs.at*

*DGKS Martina Signer KSB
KH der Barmherzigen Schwestern, Linz
E-Mail: Martina.Signer@bhs.at*

*DGKS Kornelia Buchner-Jirka KSB
Urologische Ambulanz
Salzkammergutklinikum Vöcklabruck
E-Mail: kornelia.buchner-jirka@kontinenz-stoma.at*

*Prim. Dr. Christoph Kopf
Abteilung für Chirurgie
LKH Schärding
E-Mail: christoph.kopf@gespag.at*

*Prof. Dr. Max Wunderlich
Vizepräsident der MKÖ
E-Mail: galaxy.wumax@gmail.com*

*OA Dr. Michaela Lechner
Abteilung für Chirurgie
KH Göttlicher Heiland, Wien
E-Mail: michaela.lechner@khgh.at*

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)