

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**2nd International Consultation on
Incontinence - Empfehlungen des
International Scientific Committee:
Evaluation und Behandlung von
Harninkontinenz, Deszensus/Prolaps
von Beckenorganen und
Stuhlinkontinenz - Teil 2**

Kölle D

*Journal für Urologie und
Urogynäkologie 2003; 10 (3)*

(Ausgabe für Österreich), 22-30

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2003; 10 (3)

(Ausgabe für Deutschland), 19-27

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2003; 10 (3)

(Ausgabe für Schweiz), 20-28

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



Ab sofort in unserem Verlag

Thomas Staudinger
Maurice Kienel

ECMO

für die Kitteltasche

2. Auflage Jänner 2019
ISBN 978-3-901299-65-0
78 Seiten, div. Abbildungen
19.80 EUR

Krause & Pachernegg
GmbH

Bestellen Sie noch heute Ihr Exemplar auf
www.kup.at/cd-buch/75-bestellung.html

EVALUATION UND BEHANDLUNG VON HARN- INKONTINENZ, DESZENSUS / PROLAPS VON BECKENORGANEN UND STUHLINKONTINENZ

Diese Übersetzung der Empfehlungen des ICS wurde von Dr. Dieter Kölle, Universitätsfrauenklinik Innsbruck, vorgenommen, um die Empfehlungen einem weiten Leserkreis zugänglich zu machen. In dieser Ausgabe finden Sie den zweiten Teil; die weiteren Kapitel werden in den nächsten Heften abgedruckt werden. Der Abdruck erfolgt mit schriftlicher Genehmigung von S. Khoury.

INHALT

- III. Empfehlungen zum Management
1. Kinder
 2. Männer
 3. Frauen
 4. Deszensus/Prolaps von Beckenorganen

III. EMPFEHLUNGEN ZUM MANAGEMENT

Die Behandlungsempfehlungen sind aus der detaillierten Arbeit der Berichte der Subkomitees über das Management bei Kindern, Männern, Frauen, bei Vorfall von Beckenorganen, beim älteren gebrechlichen Patienten, bei neurologischen Patienten und bei Stuhlinkontinenz entnommen. Das Management von Inkontinenz wird in Form von Algorithmen mit begleitenden Anmerkungen präsentiert. Es gibt Algorithmen für die Behandlung von

- Kindern
- Männern
- Frauen
- Deszensus/Prolaps von Beckenorganen
- Neurogene Inkontinenz
- Gebrechliche und behinderte ältere Männer
- Gebrechliche und behinderte ältere Frauen
- Stuhlinkontinenz

Diese Algorithmen werden für die Gruppen I bis III in zwei Teile untergliedert: Die beiden Teile, initiales Management und spezialisiertes Management, bedürfen einer näheren Erklärung. Die Behandlungsalgorithmen sind zur Verwendung für Patienten ausgerichtet, deren hauptsächlichstes Problem die Inkontinenz darstellt. Es gibt jedoch viele andere Patienten, bei denen die Algorithmen nützlich sein können, wie zum Beispiel Patienten mit Urgency/Frequency, bei denen eine Detrusorüberaktivität vermutet wird, jedoch kein Harnverlust auftritt.

Es muß angemerkt werden, daß diese Algorithmen 2002 in Paris erstellt wurden und die „beste Meinung“ zu diesem Zeitpunkt reflektieren. Unser Wissen, das sich sowohl auf Basis von Forschung als auch auf wachsender Expertenmeinung entwickelt, wird sich unweigerlich mit der Zeit ändern. Die Konsultation möchte nicht diejenigen, die die Algorithmen verwenden, in den Glauben versetzen, diese Leitlinien seien „in Stein gemeißelt“: Es wird Veränderungen und Anpassungen sowohl auf relativ kurze als auch auf lange Zeit gesehen geben.

- Algorithmen für initiales Management sind gedacht zur Verwendung für alle im Gesundheitswesen Tätigen, inkludierend AssistentInnen, Krankenschwestern, Physiotherapeuten und Hausärzte genauso wie Spezialisten, beispielsweise Urologen oder Gynä-

kologen. Die Konsultation hat versucht, die Empfehlungen in den grundlegenden Algorithmen so zu formulieren, daß sie von im Gesundheitswesen Tätigen sowohl in Entwicklungsländern als auch in der „entwickelten“ Welt leicht verwendet werden können.

- Spezialisierte Algorithmen sind gedacht zur Verwendung durch Spezialisten für die Behandlung von Inkontinenzproblemen. Die spezialisierten Algorithmen genauso wie die Algorithmen zum initialen Management basieren – wenn immer möglich – auf wissenschaftlicher Evidenz und auf der Expertenmeinung der 1.000 Spezialisten, die an der Konsultation teilnahmen.

Essentielle Komponenten der Basisuntersuchung

Jeder Algorithmus enthält einen Kern von Empfehlungen, die sich auf eine Anzahl von essentiellen Komponenten der Basisabklärung beziehen (siehe I bis III Diagnostische Tests, J Urol Urogynäkol 2/2003, pp. 30–34).

- Generelle Abklärung
- Symptomabklärung
- Abklärung der Beeinträchtigung der Lebensqualität
- Physikalische Untersuchung
- Harnanalyse

Gemeinsame Entscheidungsfindung

Patientenwunsch nach Behandlung: Heute ist die Behandlung von Patienten eine Angelegenheit von Diskussion

Herausgeber: P. Abrams, L. Cardozo, S. Khoury

Teilnehmer: P. Abrams, K. E. Andersson, W. Artibani, L. Brubaker, L. Cardozo, D. Castro, J. Christiansen, J. Delancey, L. Denis, J. Donovan, D. Fonda, C. Fowler, J. Gosling, D. Griffiths, S. Herschorn, Y. Homma, T. Hu, S. Hunskaar, S. Khoury, H. Kölbl, A. Kondo, H. Madersbacher, M. Mitchell, J. Morrison, J. Mostwin, D. Newman, R. Nijman, O. Nishizawa, C. Payne, R. Shull, A. Smith, W. Steers, P. van Kerrebroeck, C. Norton, F. Richard, J. Thuroff, L. Wall, A. Wein, D. Wilson, U. Ulmsten und die Mitglieder der Komitees.

Organisiert von International Consultation on Urological Diseases (ICUD), NGO in offizieller Zusammenarbeit mit der WHO, International Continence Society (ICS), in Zusammenarbeit mit AUA, CAU, EAU, FIGO, SIU, UAA, und anderen medizinischen Gesellschaften

„Patient“ ist geschlechtsneutral zu verstehen und steht für Patientin oder Patient je nach Zusammenhang gleichermaßen.

Übersetzung: OA Dr. Dieter Kölle, Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Anichstraße 35, A-6020 Innsbruck

und gemeinsamer Entscheidungsfindung zwischen Patient und Gesundheitsberater. Dieser Beratungsprozess beinhaltet die spezifische Notwendigkeit, zu klären, ob der an Inkontinenz leidende Patient eine Behandlung wünscht oder nicht und wenn ja, welche Therapieformen er oder sie favorisiert. Impliziert in dieses Statement ist die Annahme, daß der im Gesundheitswesen Tätige eine geeignete Erklärung des Problems des Patienten abgibt und die alternativen Richtungen des Managements, Indikationen und Risiken erläutert. Die Annahme, daß Patienten nahezu immer eine Behandlung wünschen, wird zurückgewiesen und die Notwendigkeit der Beratung des Patienten vorangestellt.

In jedem Algorithmus sind Behandlungsformen in der Reihenfolge aufgelistet, in der sie angewandt werden sollen. Diese Ordnung neigt dazu, Behandlungsformen hinsichtlich

ansteigender Invasivität / Komplexität / Kosten zu reihen.

In den Algorithmen für initiales Management erfolgt die Behandlung auf empirischer Basis, während die für spezialisiertes Management auf der präzisen Diagnose aus Urodynamik und anderen Tests beruhen.

1. KINDER

A. Initiales Management (Abb. 1)

1. Die initiale Beurteilung sollte identifizieren:

Eine Gruppe von Kindern mit komplizierter Inkontinenz assoziiert mit:

- rezidivierender Harnwegsinfektion
- Miktionsproblemen oder Hinweisen für schlechte Blasenentleerung

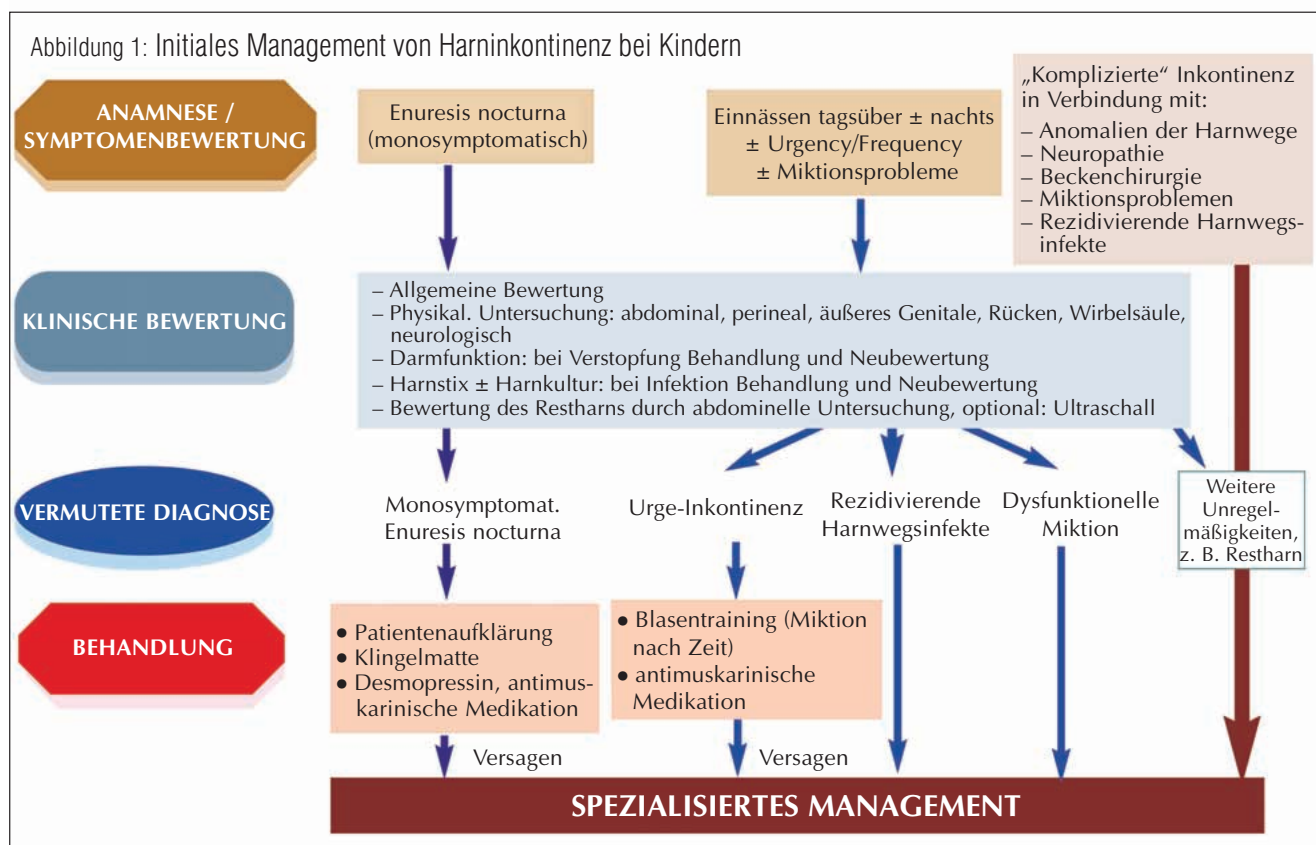
- Anomalien des Harntrakts
- vorhergehende Beckenchirurgie
- Neuropathie

Komplizierte Inkontinenz sollte von Beginn an ein spezialisiertes Management haben.

Zwei andere Hauptgruppen von Kindern sollten durch die initiale Beurteilung identifiziert werden:

- Enuresis nocturna ohne andere Symptome (monosymptomatisch).
- Symptome von Frequency (häufigem Wasserlassen), verstärktem Drang (Urgency) oder Dranginkontinenz untertags mit oder ohne Einlässen nachts.

Kinder verursachen aus einer ganzen Reihe von Gründen spezifische Behandlungsprobleme: Die Untersuchung erfordert die Mithilfe ihrer Eltern und Betreuer; die Zustimmung zur Behandlung kann problematisch



sein und die Kooperation sowohl bei der Untersuchung als auch bei der Behandlung kann schwierig sein.

Die Anamneseerhebung und allgemeine Beurteilung erfordert besondere Aufmerksamkeit nicht nur zur Erfassung der vollen Inkontinenzvorgeschichte, sondern auch hinsichtlich Beurteilung der Darmfunktion, der sozialen Umgebung des Kindes und der generellen Entwicklung des Kindes inklusive Verhaltensentwicklung: jeder dieser Bereiche sollte formell erhoben und dokumentiert werden.

Die physikalische Untersuchung sollte darauf ausgerichtet sein, eine palpable Blase, jegliche Abnormalitäten des äußeren Genitales, Zeichen von Inkontinenz und den Nachweis von Knochenabnormalitäten in der luteosakralen Region (z. B. sakrale

Zelenbildung) oder an den Füßen zu entdecken. Wenn möglich, sollte das Kind bei der Miktion beobachtet werden.

2. Behandlung

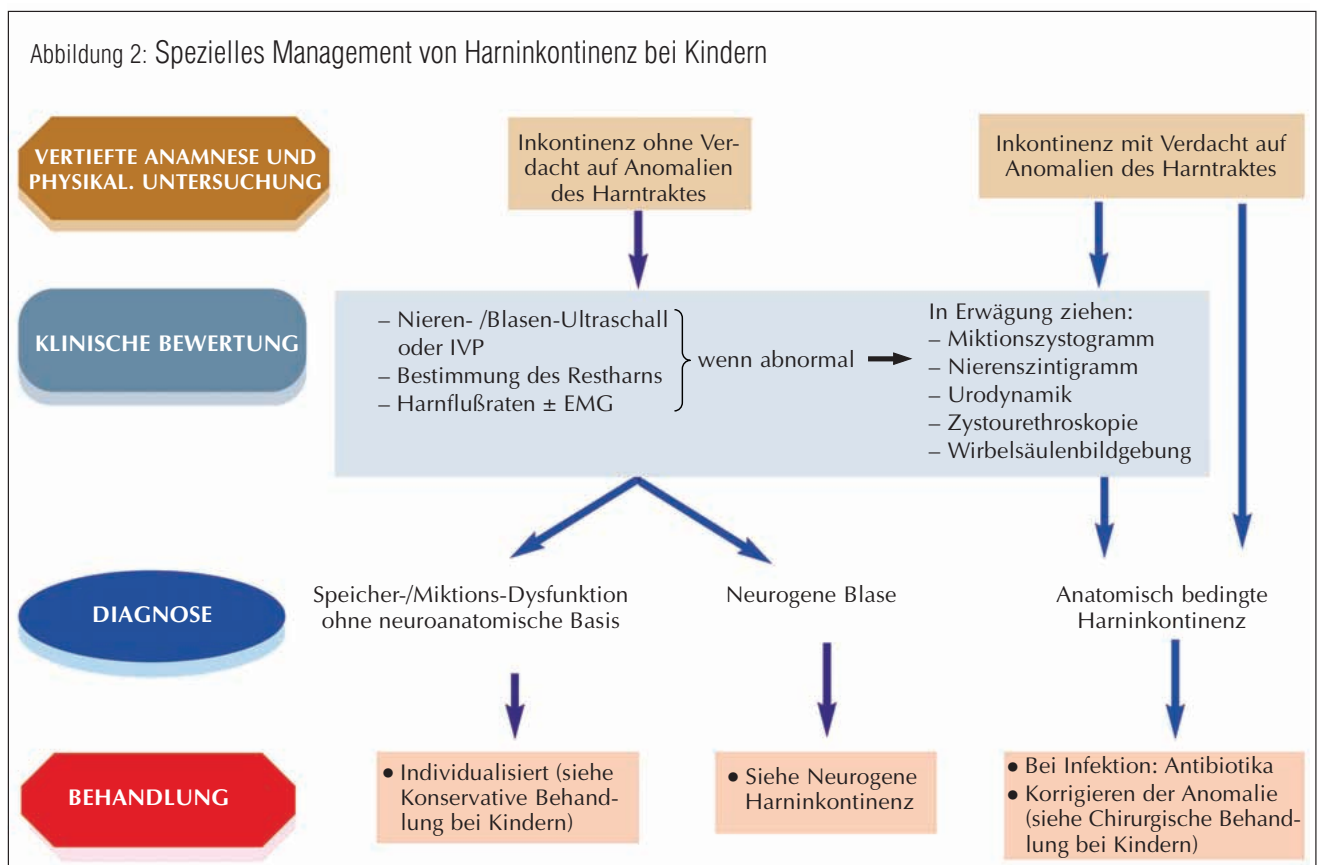
Das initiale Management sollte für Kinder mit „unkomplizierter“ nächtlicher Enuresis und / oder Symptomen untertags veranlaßt werden.
a) Monosymptomatische Enuresis nocturna sollte zunächst mit dem Enuresis-Alarm behandelt werden. Andere empfohlene Behandlungen sind die Verhaltensänderung, z. B. Stern-Charts, und Pharmakotherapie (antidiuretische Hormonanaloga und antimuskarinische Arzneimittel).
b) Inkontinenz untertags sollte mit Blasentraining (Miktion nach der Zeit) mit oder ohne antimuskarinischer Medikation behandelt werden.

Sollte die initiale Behandlung in a) und b) nicht erfolgreich sein, wird die Überweisung zur Einholung des Rates eines Spezialisten nach einer vernünftigen Zeitspanne (8–12 Wochen) dringend empfohlen.

B. Spezialisiertes Management (Abb. 2)

Die Gruppe von Kindern mit „komplizierter“ Inkontinenz sollte von Beginn an ein spezialisiertes Management haben. Drei weitere Gruppen von inkontinenten Kindern werden unter dem spezialisierten Management betrachtet:

- bei fehlgeschlagenem Basismanagement,
- Kinder, deren Inkontinenz durch Anomalien des Harntraktes bedingt oder damit assoziiert ist,
- Kinder ohne Anomalien des Harntraktes, aber mit rezidivierenden



Harnwegsinfektionen und bewiesener oder vermuteter Miktionsdysfunktion.

1. Abklärung

Als Teil der weiteren Abklärung werden die Messung des Harnflusses (bei Kindern, die alt genug sind) zusammen mit einer Ultraschalluntersuchung von Restharn und oberem Harntrakt sehr empfohlen. Man sollte sich überlegen, ob es eine Notwendigkeit für eine weitere Bildgebung der Nieren (Szintigraphie, i.v.-Pyelogramm) und/oder für Bildgebung des unteren Harntrakts und/oder Urethrozystoskopie gibt. Die Endoskopie ist nur selten indiziert. Urodynamische Untersuchungen werden sehr empfohlen, falls eine invasive Behandlung in Erwägung gezogen wird, beispielsweise Stressinkontinenzchirurgie bei Vorliegen von Sphink-

terinkompetenz oder Blasenaugmentation bei Detrusorüberaktivität.

Urodynamische Untersuchungen werden nicht empfohlen, wenn das Kind eine normale Bildgebung des oberen Harntrakts aufweist und mit nicht-invasiven Mitteln behandelt wird, wie beispielsweise Bio-Feedback (mit oder ohne Elektromyographie) gegen dysfunktionelle Blasenentleerung.

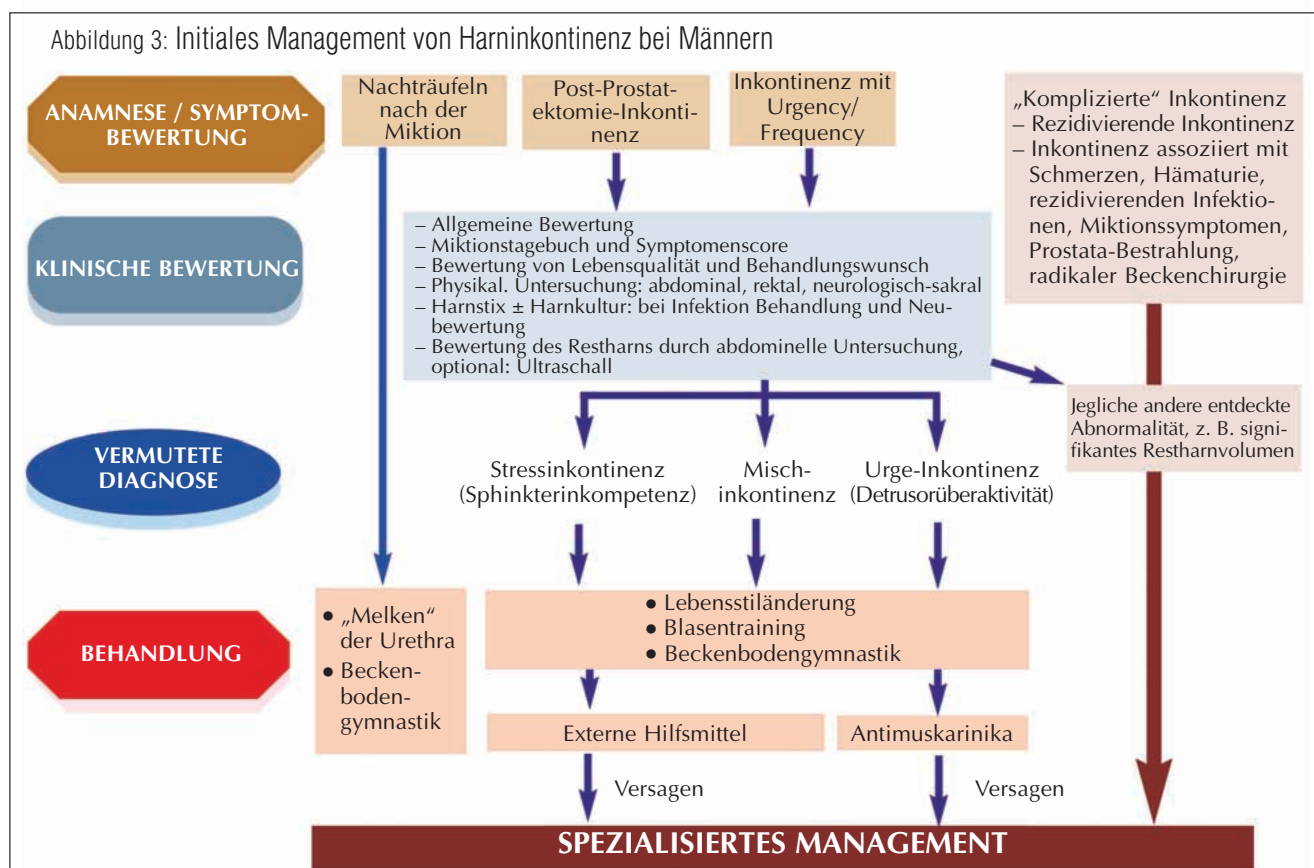
2. Behandlung

Die Behandlung von Inkontinenz assoziiert mit Anomalien des Harntrakts ist komplex und kann in einem Algorithmus nicht abgehandelt werden (siehe dazu den Bericht des Subkomitees über Kinder).

Kinder mit Funktionsstörungen des Darms sollten mit erhöhter Zufuhr

von faserreicher Kost, ausreichender Flüssigkeitsaufnahme und Zugabe von Füll-Laxantien, falls notwendig, behandelt werden. Die Behandlung von Stress- und Dranginkontinenz ohne Blasenentleerungsstörung ist nicht-invasiv. Eine chirurgische Therapie sollte nur in seltenen Fällen in Betracht gezogen werden: Diese Kinder sollten ausschließlich von einem Kinderurologen mit speziellem Interesse für Inkontinenz betreut werden.

Falls die Inkontinenz mit einer Störung der Blasenentleerung verbunden ist, die in einer signifikanten (> 30 % der totalen Blasenkapazität) Restharnbildung resultiert, sollte die initiale Behandlung auf eine Besserung der Blasenentleerungssituation durch Anwendung des intermittierenden Katheterismus abzielen: Diese Therapie sollte von Personen mit



speziellen Kenntnissen in der Pflege von Kindern vermittelt werden.

2. MÄNNER

A. Initiales Management (Abb. 3)

1. Die initiale Abklärung sollte identifizieren:

Männern mit „komplizierter“ Inkontinenz assoziiert mit Hämaturie, Schmerzen, rezidivierenden Infektionen oder von denen man weiß oder annimmt, daß sie eine schlechte Blasenentleerung haben, wird ein spezialisiertes Management empfohlen. Der Verdacht auf schlechte Blasenentleerung kann aufgrund von Symptomen, physikalischer Untersu-

chung oder nach erfolgter Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung nach der Miktion geäußert werden.

Die initiale Abklärung zielt darauf ab, 3 Gruppen von Männern zu identifizieren, die für ein initiales Management geeignet sind, nämlich

- Männer mit ausschließlich Nachträufeln nach der Miktion,
- Männer mit Drangsymptomen mit oder ohne Dranginkontinenz, gemeinsam mit häufigem Wasserlassen (Frequency) und Nykturie (überaktive Blase) und
- Männer mit Inkontinenz nach Prostatektomie.

2. Behandlung

a) Nachträufeln nach der Miktion benötigt keine Abklärung und kann gewöhnlich effektiv mit Beckenbodenübungen und manueller Kom-

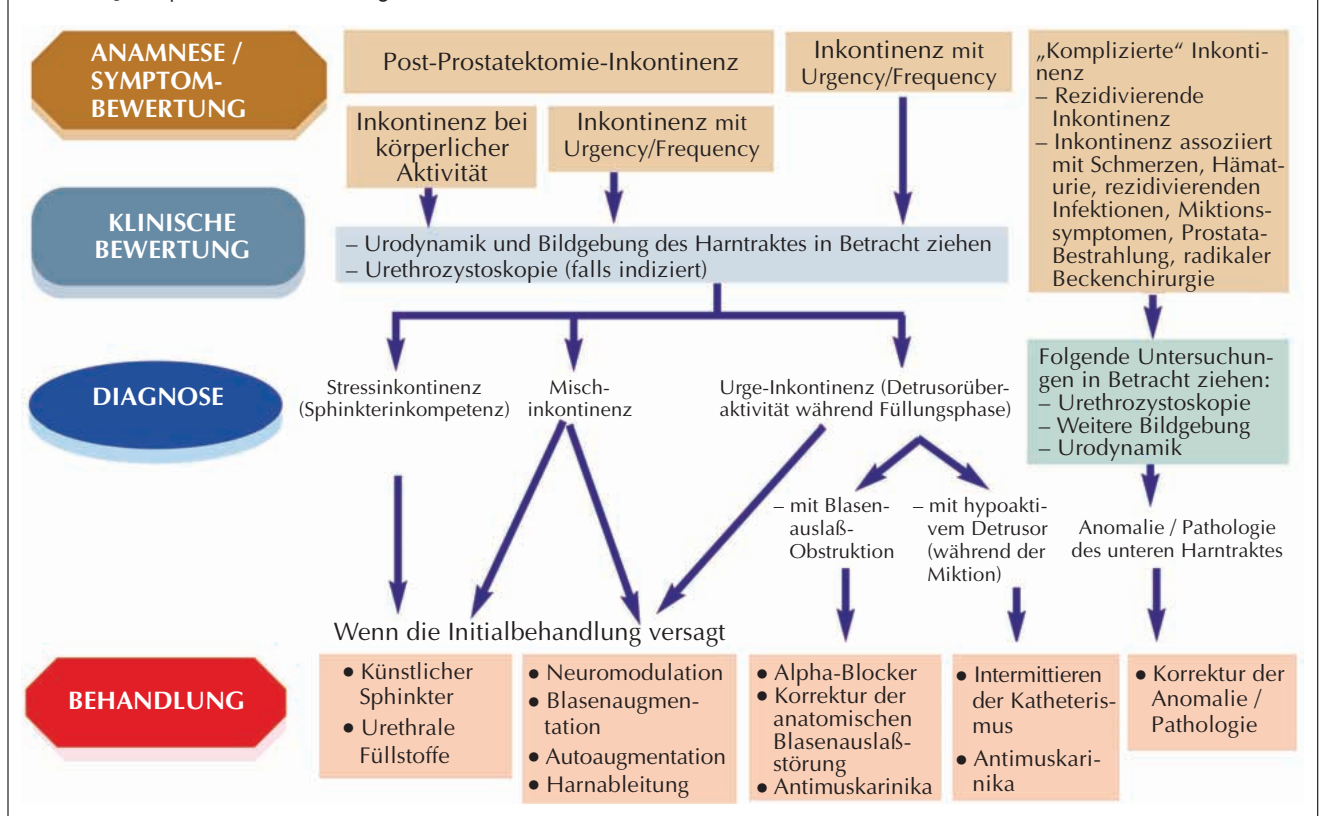
pression der bulbösen Urethra zum Ende der Miktion behandelt werden. b) Urgeinkontinenz und andere Symptome einer überaktiven Blase sollten initial mit nicht-invasiven Mitteln behandelt werden:

- Beckenbodenübungen,
- Blasentraining und
- antimuskarinische Pharmaka, wenn als Ursache für die Symptome einer überaktiven Blase eine Detrusorüberaktivität vermutet wird
- alpha-adrenerge Antagonisten (Alpha-Blocker) sollten in Betracht gezogen werden, wenn auch eine Blasenauß-Obstruktion vermutet wird,

c) Stressinkontinenz nach Prostatektomie sollte initial auch nicht-invasiv mit Beckenbodenübungen behandelt werden.

Sollte die initiale Behandlung nicht erfolgreich sein, wird die Überwei-

Abbildung 4: Spezialisiertes Management von Harninkontinenz bei Männern



sung zur Einholung des Rates eines Spezialisten nach einer vernünftigen Zeitspanne (8–12 Wochen) dringend empfohlen.

B. Spezialisiertes Management (Abb. 4)

Der Spezialist kann zunächst das initiale Management wieder einsetzen, falls man den Eindruck gewinnt, daß die vorangegangene Therapie inadäquat war.

1. Abklärung

Patienten, die direkt zum spezialisierten Management zugewiesen wurden, brauchen wahrscheinlich zusätzliche Testverfahren, Zytologie, Urethrozystoskopie und Bildgebung des Harntrakts. Falls diese Tests normal ausfallen, können diese Patienten

wegen der Inkontinenz mit den Optionen des initialen oder spezialisierten Managements behandelt werden, je nachdem, was am geeignetsten ist.

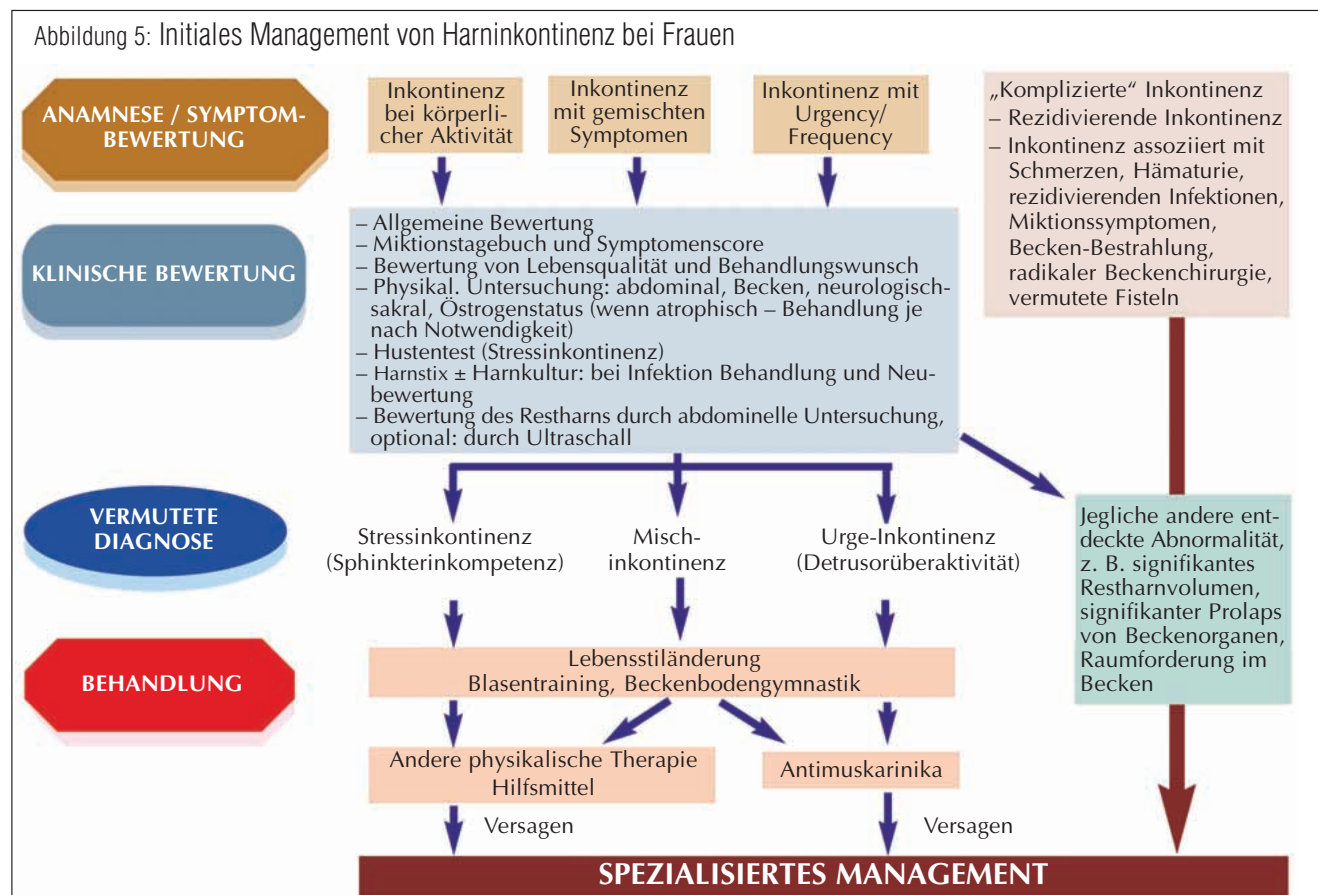
Wenn die Symptome, die für Detrusorüberaktivität oder Sphinkterinkompetenz typisch sind, persistieren, werden urodynamische Untersuchungen zur Erzielung einer präzisen Diagnose sehr empfohlen.

2. Behandlung

Falls die Basistherapie versagt und wenn die Inkontinenz des Patienten seine Lebensqualität beträchtlich einschränkt, sollten invasive Therapien in Betracht gezogen werden.

- Für Sphinkterinkompetenz ist die empfohlene Option der künstliche Harnsphinkter.

- Für die idiopathische Detrusorüberaktivität (overactive bladder) sind die empfohlenen Therapien Blasenaugmentation, Autoaugmentation, Neuromodulation und Harnableitung.
- Falls gezeigt werden konnte, daß die Inkontinenz mit einer schwachen Blasenentleerung und Detrusorhypoaktivität assoziiert ist, wird empfohlen, effektive Mittel zur Sicherstellung der Blasenentleerung, wie beispielsweise intermittierenden Katheterismus, zu verwenden.
- Wenn die Inkontinenz mit einer Blasenaußlaßobstruktion verknüpft ist, sollte überlegt werden, die Obstruktion chirurgisch zu beseitigen. Als alternative Therapie kommen Alpha-Blocker in Betracht.



3. FRAUEN

A. Initiales Management (Abb. 5)

1. Die initiale Abklärung sollte identifizieren:

Gruppe mit „komplizierter“ Inkontinenz: In manchen Entwicklungsländern resultiert eine ausgesprochen schwere Inkontinenz aus Geburtsverletzungen und Harnwegsfielsten. Diese zerstörerischen Verletzungen betreffen Millionen von Frauen in Afrika südlich der Sahara. Diese Frauen bilden eine spezielle Gruppe mit besonderen Bedürfnissen, die bei der initialen Untersuchung identifiziert werden muß.

Andere Gruppen beinhalten Frauen, die auch Schmerzen oder Hämaturie,

rezidivierende Infektionen, vermutete oder bewiesene Miktionsprobleme, signifikanten Deszensus von Beckenorganen aufweisen oder Frauen mit persistierender oder rezidivierender Inkontinenz nach vorangegangener Chirurgie, Beckenbestrahlung, radikaler Beckenchirurgie oder vorangegangener Inkontinenzchirurgie.

Drei andere Hauptgruppen von Patientinnen sollte bei der initialen Abklärung identifiziert werden:

- Frauen mit Stressinkontinenz bei physischer Aktivität
- Frauen mit Urge-Inkontinenz, häufigem Wasserlassen und Dranginkontinenz (overactive bladder)
- Frauen mit gemischter Urge- und Stressinkontinenz

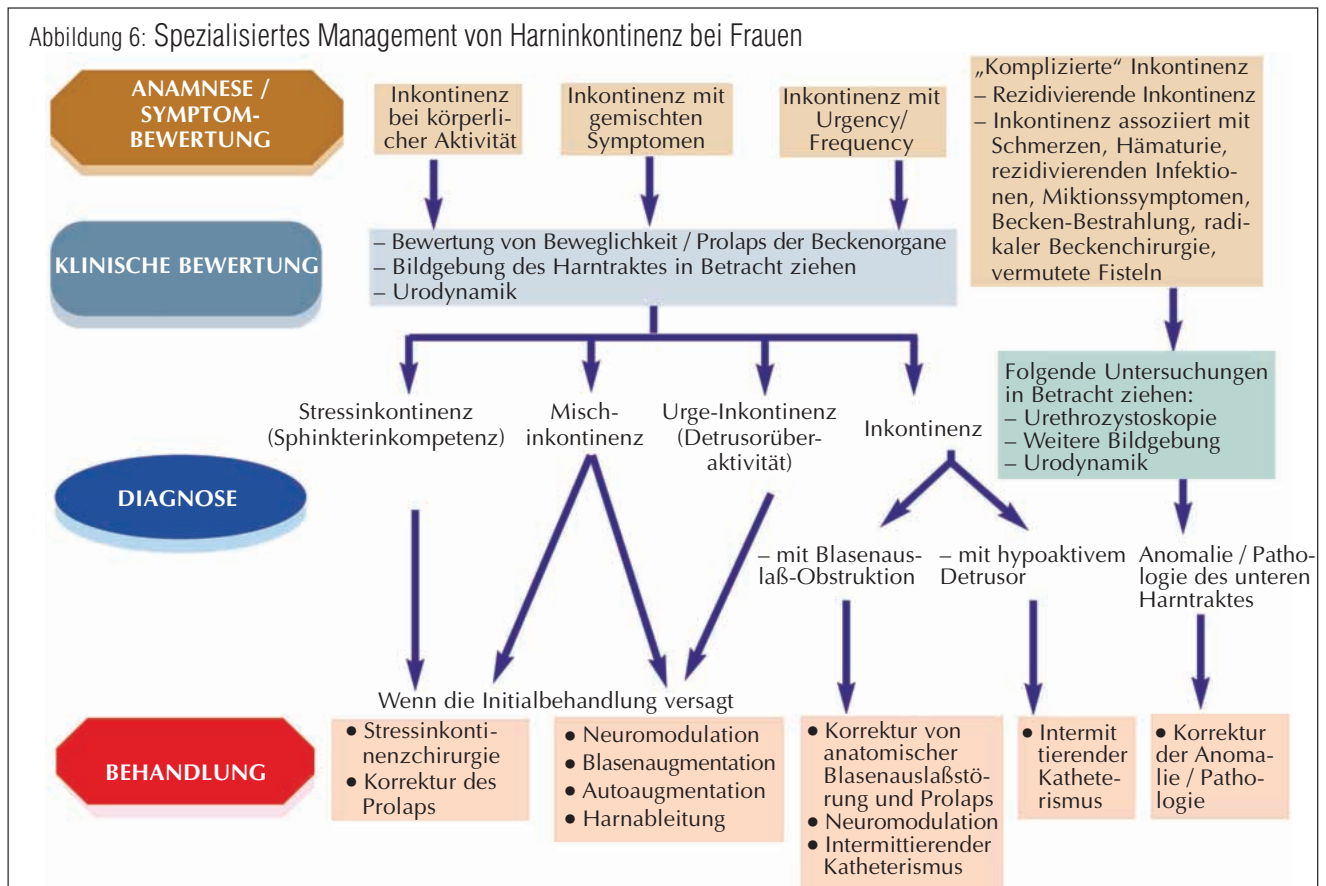
Abdominale, Becken- und perineale Untersuchungen sollten bei Frauen

routinemäßig ein Teil der physikalischen Untersuchung sein. Frauen sollten gebeten werden, einen „Stresstest“ durchzuführen (Husten und Pressen zur Aufdeckung von Harnverlust, der infolge von Sphinkterinkompetenz auftritt). Jeglicher Deszensus von Beckenorganen oder urogenitale Atrophie sollten beurteilt werden. Die vaginale oder rektale Untersuchung erlaubt die Abschätzung der Funktion des Beckenbodens, ein notwendiger Schritt vor der Vermittlung von Beckenbodenübungen. Die vaginale Untersuchung ist auch ein akzeptabler Weg zur Abschätzung von Restharn nach der Miktion, falls einfache Bildgebungsmethoden nicht zur Verfügung stehen.

2. Behandlung

Die initiale Behandlung sollte Lebensstiländerungen zusätzlich zu

Abbildung 6: Spezialisiertes Management von Harninkontinenz bei Frauen



Therapien, die auf spezifische Arten von Inkontinenz abzielen, beinhalten. Änderungen des Lebensstils inkludieren Gewichtsreduktion, Raucherentwöhnung und die Regulierung von Essens- und Flüssigkeitszufuhr (inklusive koffeinhaltiger Getränke).

Östrogenmangel und Harnwegsinfektion sollten bei der initialen Abklärung behandelt werden und die Patientin in geeignetem zeitlichem Abstand neuerlich beurteilt werden.

- a) Vermutete Stressinkontinenz sollte mit Beckenbodenübungen und / oder Hilfsmitteln wie intravaginale unterstützende Tampons, intraurethrale Plugs und Meatus-verschließende Hilfsmittel behandelt werden.
- b) Vermutete Urge-/Drang-Inkontinenz sollte mit Blasentraining mit oder ohne antimuskulinische Medikation behandelt werden.
- c) Frauen mit Symptomen von sowohl Stress- als auch Dranginkontinenz sollten initial gegen ihr im Vordergrund stehendes Symptom behandelt werden.

Die initiale Behandlung sollte vor einer neuerlichen Beurteilung und möglicher Transferierung für 8 bis 12 Wochen aufrechterhalten werden.

B. Spezialisiertes Management (Abb. 6)

1. Abklärung

Frauen, die eine „komplizierte“ Inkontinenz aufweisen (siehe Algorithmus Initiales Management), können zusätzliche Tests, wie Zytologie, Urethrozystoskopie oder Bildgebung des Harntarkts, benötigen. Falls diese Tests normal ausfallen, sollten diese Patientinnen entsprechend den geeigneten Optionen des initialen oder spezialisierten Managements behandelt werden.

- Frauen, bei denen das initiale Management nicht zum Erfolg führte und deren Lebensqualität eingeschränkt ist, werden wahrschein-

lich weitere Behandlung suchen. Wenn das initiale Management ein adäquater Versuch war, kann eine interventionelle Therapie wünschenswert sein. Vor der Intervention wird eine urodynamische Untersuchung sehr empfohlen. Im Rahmen der urodynamischen Testung ist die Überprüfung der urethralen Funktion mittels Urethradruckprofil oder Leak Point Pressure optional. Die systematische Beurteilung des Deszensus von Beckenorganen wird sehr empfohlen, wobei vorgeschlagen wird, daß die ICS-Methode bei Forschungsstudien verwendet werden sollte. Die Urodynamik erlaubt eine präzise Diagnose und bestimmt daher den weiteren Managementplan.

- Bei Frauen mit gleichzeitig vorliegendem Deszensus von Beckenorganen sollte dieser entsprechend behandelt werden.
- Frauen aus Entwicklungsländern mit Geburts-/Schwangerschaftsverletzungen benötigen keine urodynamische Abklärung und werden am besten in spezialisierten „Fistel-Abteilungen“ behandelt.

2. Behandlung

Wenn die Diagnose Stressinkontinenz bestätigt wird, beinhalten die Behandlungsoptionen, die für Patientinnen mit deutlicher Blasenhalshals- und Urethramobilität empfohlen werden, Methoden der retropubischen Suspension und Blasenhalshals- / suburethrale Schlingenoperationen. Weniger invasive Methoden können Patientinnen in spezifischen Umständen angeboten werden, wie beispielsweise Nadelsuspensionen für ältere, gebrechliche und schwächere Personen. Die Korrektur des Deszensus/Prolaps kann zum gleichen Zeitpunkt gewünscht werden.

Für Patientinnen mit intrinsischem Sphinkterdefizit und limitierter Blasenhalshalsmobilität werden Schlingenoperationen, injizierbare Füllsubstanzen und der künstliche Urethrasphinkter empfohlen.

Urge-/Drang-Inkontinenz sekundär zu idiopathischer Detrusorüberaktivität (overactive bladder) kann mit Neuromodulation oder Blasenaugmentation behandelt werden. Die Detrusormyektomie ist ein optionales Verfahren (Autoaugmentation).

Patientinnen mit einer Blasenentleerungsstörung, die zu signifikant erhöhter Restharnbildung nach Miktion (> 30 % der totalen Blasenkapazität) führt, können eine Blasenaußobstruktion oder Detrusorhypoaktivität haben. Bei Frauen wird die urethrale Dilatation zur Behandlung einer relativen Harnröhrenenge empfohlen. Bei den meisten Frauen mit Blasenentleerungsstörung ist die Ursache jedoch eine Detrusorhypoaktivität. In diesen Fällen wird intermittierender Katheterismus empfohlen.

Niedrig dosierte Langzeit-Antibiose wird für persistierende Infektionen empfohlen.

4. DESZENSUS/PROLAPS VON BECKENORGANEN

Frauen können mit symptomatischem Deszensus / Prolaps von Beckenorganen (pelvic organ prolapse – POP) mit oder ohne Inkontinenzsymptomatik vorstellig werden. Die Evaluation von POP kann von einem Behandler oder einem Mitarbeiter im Gesundheitswesen eingeleitet werden.

1. Abklärung

Die Befragung nach Symptomen wird eine Bandbreite von Symptomen mit variierenden Komponenten von Deszensus- und Inkontinenzsymptomen enthüllen.

- Die Notwendigkeit zur Reposition des Prolaps zur Verbesserung der Harnwegssymptome, oder falls die Reposition zu Symptomen wie Inkontinenz führt, sind signifikante Symptome.

- Die Notwendigkeit zur Prolapsreposition, um miktieren oder Stuhl entleeren zu können, ist ebenfalls wichtig.

Die physikalische Untersuchung sollte folgendes feststellen:

- Typ und Ausmaß des Deszensus / Prolaps: Die Untersuchung im Stehen und beim Pressen ist wünschenswert.
- Assoziierte Abnormalitäten wie Ulzerationen oder offene Stellen / Wunden von exponiertem vaginalem oder zervikalem Gewebe, die Blutungen oder Ausfluß verursachen können.
- Messung des Restharnvolumens nach der Miktion (PVR) ist hilf-

reich. Falls die vordere Vaginalwand prolapiert, kann die Urethra abgeknickt werden, was zu signifikantem PVR führt.

2. Behandlung

Allgemein wird ausschließlich symptomatischer Deszensus / Prolaps behandelt. Die Behandlung von asymptomatischem Deszensus kann zu neuen Symptomen von Harn-, Darm- oder Sexualdysfunktion führen.

Die konservative Behandlung ist sicher und für bestimmte Patientinnen zufriedenstellend.

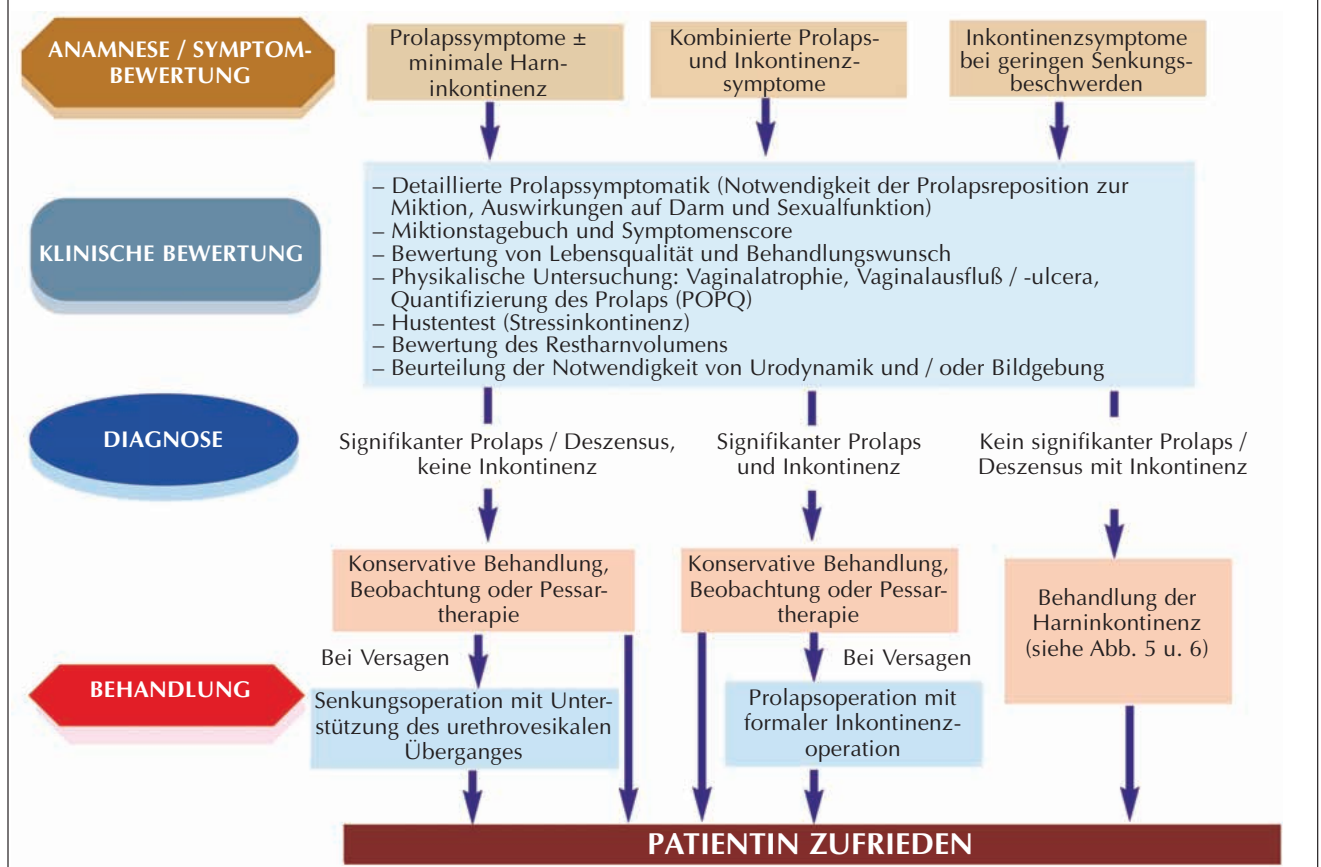
- Periodische Reevaluierung kann bevorzugt werden.
- Pessare können mit Vorsicht auch

in Gegenwart von offenen Stellen/ Ulcera verwendet werden, setzen aber ein regelmäßiges Follow-up voraus.

Chirurgische Behandlungsmethoden zielen darauf ab, die normale Anatomie so weit als möglich wiederherzustellen. Der Leser wird diesbezüglich auf das Kapitel mit den genauen Details der Techniken verwiesen.

Inkontinenzoperationen können in Verbindung mit Deszensuschirurgie notwendig sein. Bei diesen Patientinnen werden urodynamische Untersuchungen vor dem chirurgischen Eingriff empfohlen, da diese bei der Selektion einer spezifischen Operationstechnik hilfreich sein können.

Abbildung 7: Management des Prolaps / Deszensus von Beckenorganen



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](#)