

MedTech ambulant № 04/13

11. Dezember 2013; Empfänger: 1.740

Inkontinenz – Diagnostik und Therapiemöglichkeiten

Patientenbezogene Diagnostik und Behandlung

Insgesamt sind in Deutschland nach Expertenschätzungen rund 6 bis 8 Millionen Menschen von Inkontinenz betroffen. Es gibt keine pauschale Therapieempfehlung bei Inkontinenz. Die Behandlung muss jeweils individuell angepasst werden. Bezugnehmend auf Ursache, Art und Ausmaß der Beschwerden, aber auch auf die jeweilige Lebenssituation können unterschiedliche Behandlungsmaßnahmen allein oder in Kombination infrage kommen.

Therapiebausteine sind beispielsweise gezieltes Beckenbodentraining, Gewichtsabnahme, medikamentöse oder auch operative Therapiemaßnahmen. Zur individuellen Hilfsmittelversorgung von Menschen mit Harninkontinenz stehen aufsaugende und ableitende Inkontinenz-Produkte zur Verfügung. Zu den aufsaugenden Inkontinenzhilfsmitteln gehören Vorlagen und geschlossene Systeme. Zu den ableitenden Versorgungsprodukten gehören z. B. ISK- und Dauerkatheter oder Urinalkondome.

Wichtig ist nicht nur, dass Betroffene ihre Scham überwinden und ihr Inkontinenzproblem beim Arzt ansprechen, sondern auch, dass dieser mit einer qualifizierten Diagnostik die richtigen, an den individuellen Bedarf abgestimmten Therapiemaßnahmen einleitet. Dabei muss eine Versorgung gemäß medizinischer Notwendigkeit sichergestellt werden (in Menge, Produkteigenschaften und Dienstleistung), entsprechend den geltenden Leitlinien und Empfehlungen der Fachgesellschaften.

Trotz aller therapeutischer Fortschritte bleibt festzuhalten, dass die Mehrzahl der Betroffenen – therapiebegleitend oder wenn die Therapie nicht erfolgreich ist – mit Inkontinenzhilfsmitteln versorgt wird, durch die die Lebensqualität der Patienten verbessert wird.

BVMed-Infokarten

Weitere Informationen zu Inkontinenzhilfsmitteln finden Sie auf den BVMed-Infokarten "**Erstattung von Inkontinenzprodukten**" und "**Empfehlungen zum Verbrauch ableitender Inkontinenzprodukte**" unter: www.bvmed.de (Publikationen / Infokarten & Falt- und Merkblätter).

Konservative Therapiemethoden

Nach einer differenzialdiagnostischen Anamnese können sich folgende konservative Therapiemöglichkeiten bei Inkontinenz ergeben:

- > **Beckenbodentraining:** Das Beckenbodentraining dient dazu, die Muskulatur des Beckenbodens zu trainieren.
- > **Biofeedbacktherapie:** Mit Biofeedback werden bewusst beeinflussbare Körperfunktionen wie z. B. Muskelanspannung und -entspannung sowie auch nicht bewusst ablaufende Körperfunktionen (Atmung, Puls, Schweißproduktion) als Signale wahrnehmbar gemacht. Die Beckenbodenmuskulatur bzw. die Analsphinktermuskulatur können beispielsweise so effizient trainiert werden.
- > **Galileo-Vibrationstraining:** Die beim Galileo-Training hervorgerufenen Muskelkontraktionen erfolgen unabhängig vom Willen des Patienten: Ob dieser will oder nicht, der Beckenboden vibriert. Anhand spezieller Übungen auf dem Therapiege-

rät wird die Beckenbodenmuskulatur in ihrer Funktion und Leistungsfähigkeit gezielt trainiert und die Symptome der Inkontinenz damit erfolgreich behandelt. Das Training hilft auch Männern, die wegen einer Muskelschwäche inkontinent sind.

- > **Konustherapie:** Der Vaginalkonus wird tief in die Scheide eingeführt und sinkt durch sein Eigengewicht immer weiter ab. Das Gefühl des "Verlierens" löst eine unwillkürliche Anspannung der Beckenbodenmuskulatur aus, wodurch diese nachhaltig trainiert und gestärkt wird.
- > **Pessartherapie:** Pessare sind Hilfsmittel, die in die Scheide eingeführt werden.

Pessare **bei Belastungsinkontinenz** stützen die Harnröhre und die Blase bei körperlicher Aktivität. Das Einführen und Entfernen wird von der Patientin selbst vorgenommen.

Bei Senkungsbeschwerden kommen Pessare zum Selbstwechseln und Pessare, die alle 6 - 8 Wochen vom Arzt gewechselt werden, zum Einsatz.

Operative Therapiemöglichkeiten

Nach einer Differenzialdiagnose können auch operative Methoden ausgewählt werden. Dazu zählen bspw. **a) bei Belastungsinkontinenz:**

- > **Implantation eines synthetischen Bandes/Netzes unter die mittlere Harnröhre:** Diese Operation ist die am häufigsten angewendete Operation bei Belastungsinkontinenz und dauert in der Regel 15 - 20 Minuten. Über einen kleinen Schnitt in der Scheide unter der Harnröhre wird ein synthetisches Bandes/Netz entweder zur Oberschenkelinnenseite hin (transobturatorisches Band) oder hinter dem Schambeinbogen (retropubisches Band) ausgeleitet. Das Band soll spannungsfrei unter der Harnröhre liegen. Nach der Operation müssen Restharnkontrollen durchgeführt werden, um zu gewährleisten, dass sich die Blase gut entleert. Selten ist es erforderlich, nach 1 - 2 Tagen das Band etwas zu lockern. Die Erfolgsrate beträgt ca. 90 %.
- > **Anheben der Scheide über einen Bauchschnitt (Kolposuspension):** In bestimmten Situationen ist eine Kolposuspension die geeignete Operation, die ca. 45 Minuten dauert. Dabei wird über einen Bauchschnitt die Scheide angehoben und mit Fäden hinter dem Schambeinbogen fixiert. Dadurch wird der Blasenhalts stabilisiert. Nach der Operation sind Restharnkontrollen erforderlich. Die Erfolgsaussichten betragen je nach Vorgeschichte 70 - 80 % Besserung und Heilung. Diese Art der Behandlung ist mit einem höheren Risiko von Blasenleerungsstörungen assoziiert. Lt. Leitlinie der AGUB nimmt die Effektivität der Methode nach 5 Jahren ab.
- > **Injektionstherapie/Harnröhrenunterspritzung:** Bei dieser kurzen Operation wird eine Art Schwell-

körper unter die Harnröhrenschleimhaut gespritzt. Hier gibt es sehr unterschiedliche Substanzen. Dadurch dichtet die Harnröhre besser ab. Die Erfolgsraten liegen bei 60 % Besserung und Heilung. Eine zweite Einspritzung nach 4 Wochen kann die Erfolgsrate noch verbessern. Auch hier sind Restharnkontrollen notwendig.

Die genannten Verfahren bezwecken die Erhöhung des Verschlussdrucks in der Harnröhre, sodass diese dem Blasendruck wieder besser standhalten kann. Dadurch wird der unwillkürliche Harnverlust reduziert oder verhindert.

b) Die Behandlung einer Senkung kann einen positiven Einfluss auf die Inkontinenz haben (wenn die Anatomie wieder hergestellt ist) oder auch eine lavierte Inkontinenz demaskieren. Bei Senkungsbeschwerden werden folgende Operationen unterschieden:

- > **Operationen durch die Scheide, ohne Fremdmaterial mit und ohne Entfernung der Gebärmutter (Scheidenraffung),**
- > **Einbringen eines Kunststoffnetzes an die vordere und/oder hintere Scheidenwand,**
- > **Stützen der Gebärmutter oder des Scheidenendes durch ein synthetisches Band/Netz und**
- > **Aufhängen der Gebärmutter oder des Scheidenendes mit einem synthetischen Band an das Kreuzbein (abdominale Sacrokolpopexie, abdominale Hysterosacropexie) über Bauchschnitt oder Bauchspiegelung.**

Eine besondere Kompetenz in der Inkontinenztherapie besitzen **Beckenbodenzentren** aufgrund ihrer interdisziplinären Behandlungsmöglichkeiten. Zertifizierte Beckenbodenzentren finden Sie unter www.kontinenz-gesellschaft.de.