

DAS THEMA: Abendsprechstunde "Beckenboden und Inkontinenz"

Wenn man den Stuhl nicht halten kann

Rund fünf Prozent der Bevölkerung leiden unter Stuhlinkontinenz.

Recklinghausen. (-hm-) Wenn die Muskulatur des Beckenbodens nicht richtig funktioniert, kann es nicht nur zur Harn-, sondern auch zu Stuhlinkontinenz kommen. Rund fünf Prozent der Bevölkerung leiden darunter. Bei unserer Abendsprechstunde war sie das Thema von Dr. Eugen Berg, Chefarzt der Koloproktologie des Prosper-Hospitals.

Damit die Stuhlentleerung reibungslos funktioniert, muss, wie er erläuterte, ein komplexes System mit etlichen Komponenten gut zusammenarbeiten: der äußere Schließmuskel aber auch der innere, der 24 Stunden aktiv ist, der Mastdarm, der den Stuhl speichert, Hämorrhoiden, die jeder hat, weil sie für den Feinverschluss sorgen, und Nerven, die die richtigen Signale ans Gehirn melden. Die Ursachen für eine Inkontinenz können in jeder dieser Komponenten stecken.

Und auch Verstopfungen können dazu führen, dass man den Stuhl nicht halten kann. Der Darm produziert gleichzeitig mehr Flüssigkeit und nur die kann dann noch

passieren. Dr. Berg: „Wenn man die Verstopfung behebt, ist auch die Inkontinenz verschwunden.“

Um die Ursache einer Stuhlinkontinenz zu finden, stehen neben dem ausführlichen Gespräch das Führen eines Stuhltagebuchs und eine körperliche Untersuchung auf dem Programm, bei der der gesamte Analkanal untersucht wird – per eingeführter Optik und per Finger (Dr. Berg: „Das A-und-O-Labor der Proktologen.“), um Veränderungen sowie Muskelkraft und Elastizität von Beckenboden und Schließmuskel zu prüfen. Mit radiologischen Untersuchungen können außerdem die Stuhlentleerung untersucht und Verstopfungen ausgemacht werden.

Vom Training bis zum Schrittmacher

Der Fachmediziner zeigt gleich eine ganze Reihe von Veränderungen, die für Stuhlinkontinenz verantwortlich sein können: Hämorrhoidenvorfälle, Mastdarmvorwölbe, Tumore, Analfisteln, ein durch eine Geburt zerstörter Damm. All das könne per Operation behoben werden.

Liegt so etwas nicht vor, und handelt es sich auch nicht um eine zu behobende Verstopfung, gibt es nach seinen Ausführungen diese therapeutischen Möglichkeiten: die Stimulation und das Training des Beckenbodens, Darmpflügel, die eine Sturzentleerung provozieren (Berg: „... damit man alltags-tauglich wird“) oder die sogenannte Sakralnervmodulation. Dabei wird ein Schrittmacher in Höhe des Kreuzbeins, von wo die Nerven zum Schließmuskel führen, an diese angeschlossen. Das funktioniert meist sehr gut.

Als letzte Option, wenn alle Stricke reißen, nannte er den künstlichen Darmausgang. Auch damit könne man heute bei guter Qualität leben.

Von Heidi Meier

Grundsätzlich müsse man zwei Arten von Inkontinenz unterscheiden, wie Prof. Dr. Edwin Herrmann, Chefarzt der Urologie des Recklinghäuser Prosper-Hospitals, bei unserer Abendsprechstunde betonte: die Belastungs- und die Dranginkontinenz.

Wer unter einer Dranginkontinenz leidet, verspürt einen unaufschiebbaren Harndrang und schafft es dann oft nicht bis zur Toilette und verliert auch nachts Urin. Bei der Belastungsinkontinenz kommt es bei Bewegung zu unkontrolliertem Urinverlust – in der mildesten Form beim Husten, Niesen, Lachen, Treppensteigen, dann auch beim Laufen, später auch im Sitzen und im schlimmsten Fall auch noch im Liegen. Auch Mischformen von beidem kommen vor.

Dieses Tabuthema trifft sowohl Frauen als auch Männer, wobei durch die unterschiedliche Anatomie sich auch Ursachen und Behandlung zum Teil unterscheiden (siehe Artikel unten). Als häufigste Ursachen für Inkontinenz bei Männern listete Prof. Herrmann die Entfernung der Prostata wegen



Volles Haus bei der Abendsprechstunde des Medienhauses Bauer zum Thema Beckenboden und Inkontinenz im Prosper-Hospital am vergangenen Montag.

—FOTOS: JÖRG GUTZEIT (5)

Krebs, die Ausschälung der Prostata, eine künstliche Harnblase, Bestrahlungen im Beckenbereich, neurologische Erkrankungen wie MS oder Parkinson sowie angeborene Fehlbildungen auf.

Um eine klare Diagnose zu finden müssten Betroffene nach dem ausführlichen Gespräch mit dem behandelnden Arzt ein sogenanntes Miktionsprotokoll führen, in dem u.a. festgehalten wird, wann und wie oft es zu viel Urinverlust gekommen ist. Per Ultraschall kann festgestellt werden, wie viel Urin in der Blase verbleibt, ob die Nieren o.k. sind, ob es Diversitäten gibt ... Um die Schwere der Inkontinenz zu beurteilen kommt außerdem ein 24-

Stunden-Pad-Test zum Einsatz, bei dem eine Vorlage vor und nach dem Urinverlust gewogen wird. Außerdem eine Harnwegsspiegelung sowie eine Messung des Drucks auf Blase, Harnleiter und Beckenbodenmuskulatur (Urodynamik).

Beckenbodentraining auch für Männer wichtig

Bei der Behandlung, so betonte Prof. Herrmann mehrfach, steht dann die konventionelle Therapie vor jeder Operation. Dazu gehört ein intensives Beckenbodentraining sowie die Urotherapie, bei der man lernt, den äußeren Schließmuskel gezielt anzusteuern, ihn anzuspannen und zu entspannen. Operiert

werde nur, wenn gesichert ist, dass es sich um eine Belastungsinkontinenz handelt und konventionelle Maßnahmen ausgereizt sind, es keinen Hinweis auf eine überaktive Blase oder zu kleine Blasenkapazität gibt und der Patient aufgrund von Vorerkrankungen und persönlicher Konstitution dafür geeignet ist.

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, sei bei einer milden Belastungsinkontinenz mit intaktem Schließmuskel eine sogenannte Schlingen-OP das Mittel der Wahl, bei der der Blasenhalshals durch Einsatz einer Schlinge mit etwas Zug angehoben wird. 60 Prozent der Patienten seien danach trocken, bei sieben Prozent

gibt es keine Besserung und der Rest braucht höchstens eine Vorlage.

Ist die Inkontinenz stark ausgeprägt und der Schließmuskel nicht mehr funktionsfähig, kann der Einsatz eines künstlichen Schließmuskels helfen. Allerdings muss der Patient in der Lage sein, ihn zu bedienen, sprich: eine Pumpe von außen zu bedienen, die innen eine Manschette mit Wasser füllt oder eben dieses Wasser absaugt, und so den „Muskel“ schließt oder öffnet. Bei 85 bis 90 Prozent der Patienten, so der Fachmediziner, führe das zu einer deutlichen Verbesserung, für 75 bis 80 Prozent gehöre die Inkontinenz ganz der Vergangenheit an.



Dr. Eugen Berg.



Prof. Dr. Edwin Herrmann.

Über die Inkontinenz der Frauen

Senkungen und Urinverlust hängen oft zusammen.

DEMNÄCHST

Das erwartet Sie bei den Abendsprechstunden

• 15. Oktober: **Bluthochdruck und Herzkrankungen** mit Fachmedizinerin des Marien-Hospitals Marl.
• 29. Oktober: **Refluxkrankheit und Sodbrennen** mit Fachmedizinerin des Knappschaftskrankenhauses Recklinghausen.

• 12. November: **Schluckstörungen** mit Fachmedizinerin des St. Laurentius-Stifts Waltrop.
• Alle **Abendsprechstunden** beginnen um 18.30 Uhr. Auf unseren donnerstags erscheinenden Seiten „Gesund im Vest“ informieren Sie.

BEI UNS IM NETZ

Sprechstunde verpasst?

Marl. Haben Sie eine Abendsprechstunde verpasst? Oder interessiert Sie ein medizinisches Thema erst jetzt, das in der Vergangenheit Thema einer Abendsprechstunde des MEDIENHAUSES BAUER war? Oder sind Sie auf der Suche nach den Kontakten und medizinischen Abteilungen zu Ihrem speziellen Gesundheitsthema? – Auf unseren Internetseiten finden Sie die Berichterstattung über alle Abendsprechstunden!

@ www.gesund-im-vest.de

Recklinghausen. (-hm-) Rund 30 bis 50 Prozent der Frauen haben Störungen im Bereich des Beckenbodens – Inkontinenz und Senkungsbeschwerden hängen da häufig zusammen. Aufgrund ihrer Gebärfähigkeit haben sie eben eine dehnbare Muskulatur. Das Beckenbodengewebe kann sich leicht auflockern, der Halteapparat leiert aus. Und wenn dann nach den Wechseljahren auch noch der Östrogenmangel hinzukommt, die Scheidenwände trockener und dünner werden, ist das Ganze nicht mehr so elastisch.

Bei unserer Abendsprechstunde erläuterte Astrid Schulz, Oberärztin der Gynäkologie des Prosper-Hospitals, diese Zusammenhänge als Ursache für die häufige Inkontinenz von Frauen. Stellt sich durch intensive Befragungen und Untersuchungen heraus, dass es sich um eine Belastungsinkontinenz handelt, stehe an erster Stelle die konservative Therapie.

Häufig beginnt die schon

mit einer Reduzierung des Gewichts. Hinzu kommt die lebenslange Verabreichung von Östrogenen per Vaginalzäpfchen oder Creme sowie das Training des Beckenbodens. Dabei wird zunächst per Elektrostimulation darauf hingewirkt, dass die Frauen ein Gefühl für ihre Beckenbodenmuskulatur bekommen und diese gezielt anspannen können. Erst danach, so Astrid Schulz, mache Physiotherapie, bei der die Frauen lernen, das Beckenbodentraining im Alltag umzusetzen, einen Sinn.

Dranginkontinenz ist schwerer zu behandeln

Zum Einsatz kommen außerdem spezielle Tampons sowie Pessare, die gesenkte Organe wieder hochschieben. Außerdem Duloxetin, ein Medikament, dem Schulz nur mäßigen Erfolg zuschrieb, und das nur im Zusammenhang mit Beckenbodentraining überhaupt Sinn mache. Viel schwieriger zu therapieren sei die Dranginkonti-



Astrid Schulz.



Anabel Frye.

delt und dann abgewartet, wie es sich mit der Inkontinenz danach verhält. Gegebenenfalls sei eine Schlingen-OP, bei der ein Kunststoffbändchen zwischen Scheide und Harnröhre eingesetzt wird, um diese anzuheben, das Mittel der Wahl. Möglich sei aber auch eine operative Anhebung des Blasenhalshalses und schlimmstenfalls der Einsatz eines künstlichen Schließmuskels.

Viel schwieriger, so die Fachärztin, sei eine operative Therapie bei einer Dranginkontinenz. Wenn konservative Maßnahmen nicht fruchten, könne man das Nervengift Botox in die Blasenwand spritzen, um die Muskulatur zu entspannen, was aber alle sechs bis neuen Monate wiederholt werden müsse. Blasen-schrittmacher, die über elektrische Impulse die Informationen an das Gehirn verändern, könnten die Symptome reduzieren, aber nicht heilen. Allerletztes Mittel sei schließlich der Ersatz der Harnblase.

INFO

Alles für den Beckenboden

◆ Die Beckenbodenklinik des Prosper-Hospitals, in der Urologen, Koloproktologen und Gynäkologen zusammenarbeiten, ist persönliche Beratungsstelle der Deutschen Kontinenzgesellschaft.

Beckenbodensprechstunde: donnerstags 15 bis 19 Uhr nach Terminvereinbarung

unter
☎ 02361/54-2965

◆ Gymnastik für den Beckenboden gibt es im Prosper-Hospital sowohl für Frauen als auch für Männer mit Inkontinenz und alle, die dem vorbeugen wollen. Sie finden statt in der Physiotherapie des Krankenhauses. Die Kosten für den Frauenkurs betragen 69, 60

Euro, die für den Männerkurs 46,40 Euro. Nähere Information und Anmeldung unter
☎ 023 61 / 54-30 33

◆ Prosper-Hospital, Mühlenstraße 27, 45659 Recklinghausen,
☎ 023 61 / 54-0

@ www.prosper-hospital.de

Sanitätshaus Lückenotto • 4 x im Vest Recklinghausen

Bindegewebe stärken, Verhärtungen lösen

Unser Angebot bis zum 31.10.2018:
10 % Rabatt auf alle Blackrolls

Blackroll: Wohlige Massagen in Eigenregie

www.sanitaetshaus-lueckenotto.de • facebook.de/sanitaetshaus.lueckenotto

