



ST. AUGUSTINUS GRUPPE



TROCKEN UND ZUFRIEDEN

WANN IST EINE URO-GYNÄKOLOGISCHE THERAPIE ERFOLGREICH ?

Krankenhaus Neuwerk Frauenklinik

Leitende Oberärztin Dr. A. Martín Delgado

Zertifiziertes Kontinenz- und Beckenbodenzentrum





Wenn die Lebensqualität besser wird!



INKONTINENZ ZAHLEN



20- bis 30-jährige
Frauen



40- bis 50-jährige
Frauen



80-jährige
Frauen

KOSTEN FÜR INKONTINENZPRODUKTE IM JAHR VON 500 MILLIONEN EURO



Schweregrade von Inkontinenz



Leichte Inkontinenz

Ein paar Tropfen Urin zwischen den Toilettengängen bis hin zu 100 ml in einem Zeitraum von ca. vier Stunden. Zum Beispiel beim Lachen, Husten oder durch Nachträpfeln.

Empfohlene Produktausfähigkeit:
150 ml bis 300 ml



Mittlere Inkontinenz

Unregelmäßiger Abgang von Urinmengen bis zu 200 ml über einen Zeitraum von ca. vier Stunden. Nicht unterdrückbarer Harndrang. Die Toilette wird nicht immer rechtzeitig erreicht.

Empfohlene Produktausfähigkeit:
300 ml bis 700 ml



Schwere Inkontinenz

Sehr große Blasenentleerung von mehr als 200 ml innerhalb von vier Stunden, kein Gefühl der Kontrolle über die Ausscheidungen. Die Blase entleert sich allerdings nicht vollständig.

Empfohlene Produktausfähigkeit:
über 1000 ml



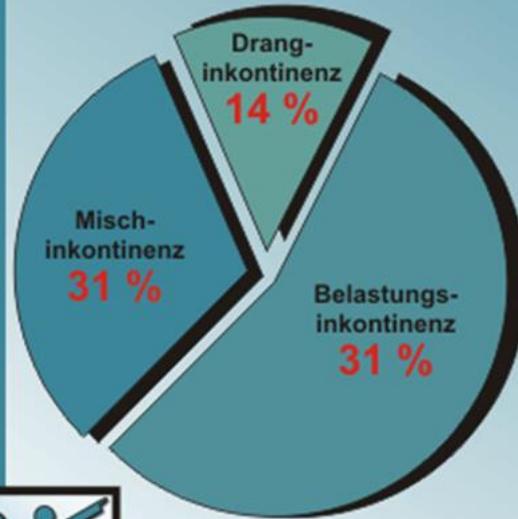
Sehr schwere Inkontinenz

Der gesamte Blaseninhalt entleert sich unkontrolliert und dauernd.

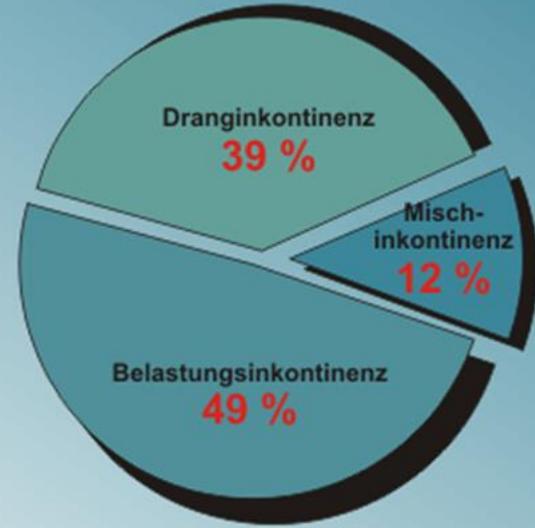
Empfohlene Produktausfähigkeit:
über 1500 ml

Verbreitung der Harninkontinenzformen nach Geschlecht

Frauen



Männer



<http://www.inkontinenz-information.de>

Neurogene Blase

Überlaufblase

Extraurethrale Inkontinenz





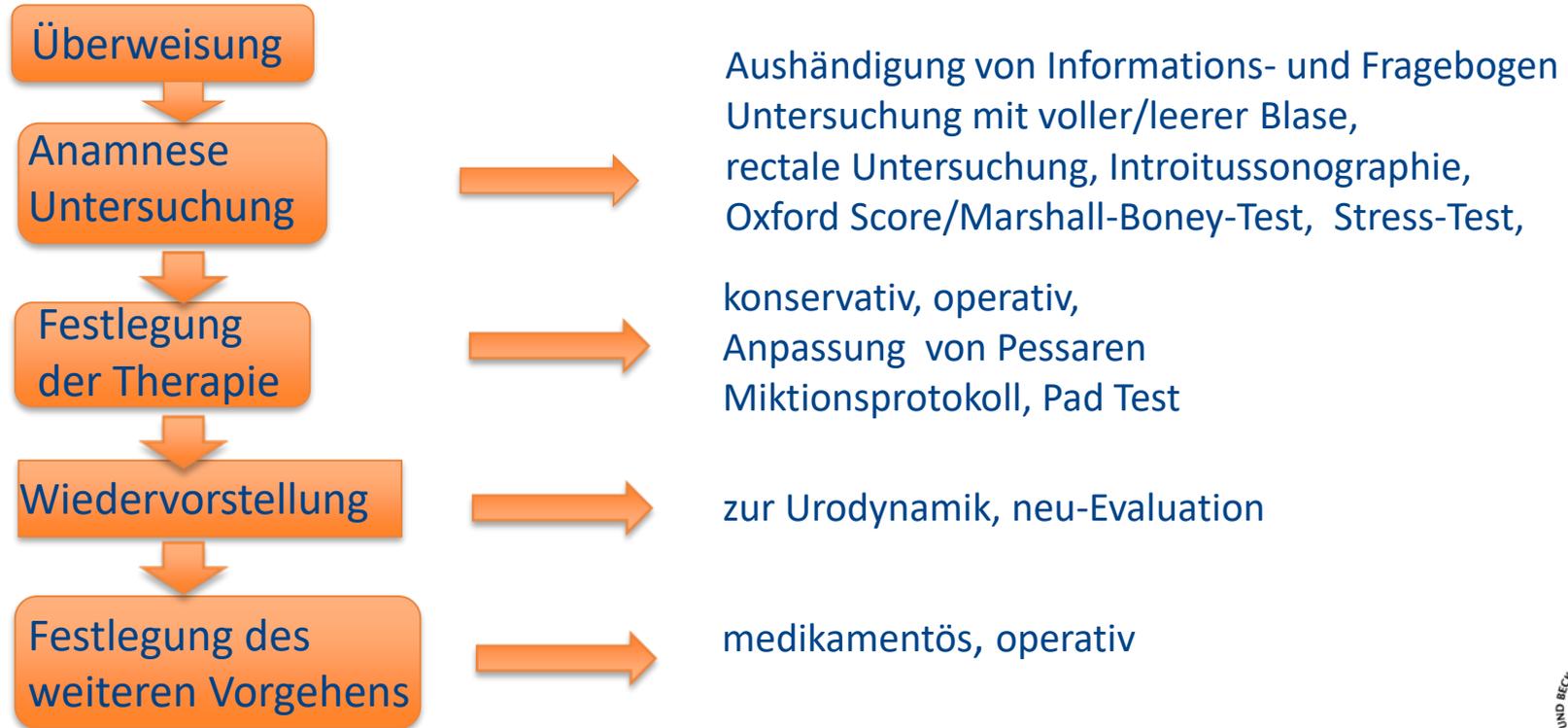
**Jede 3. Frau im Wartezimmer einer
Gynäkologischen Praxis leidet an Harninkontinenz**

S. Hundertmark

**Die klinische Symptomatik allein
führt in ca. 30 % zu Fehldiagnosen**

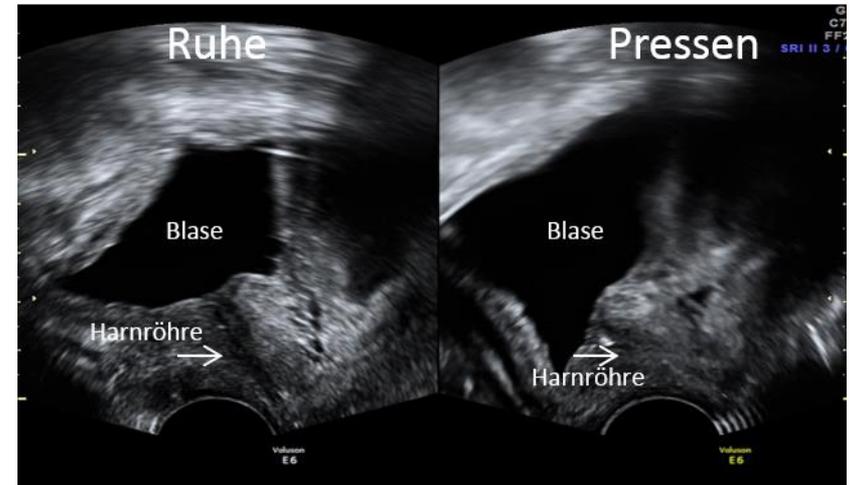
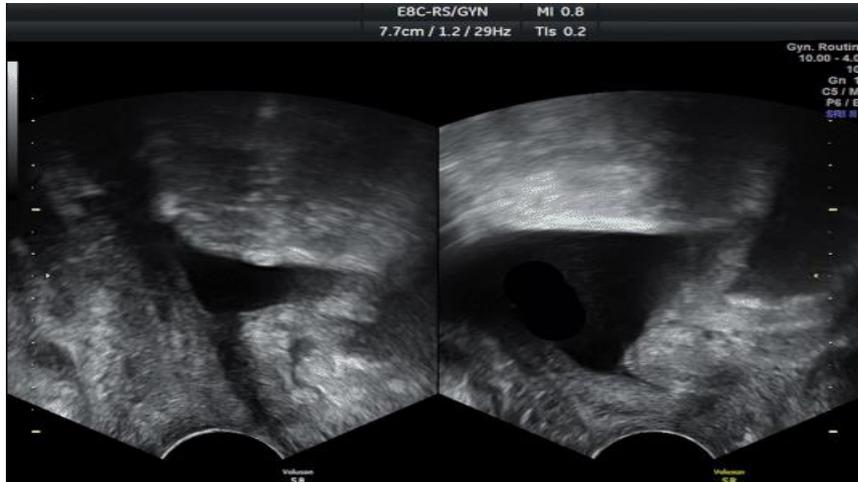


DIE UROGYNÄKOLOGISCHE SPRECHSTUNDE

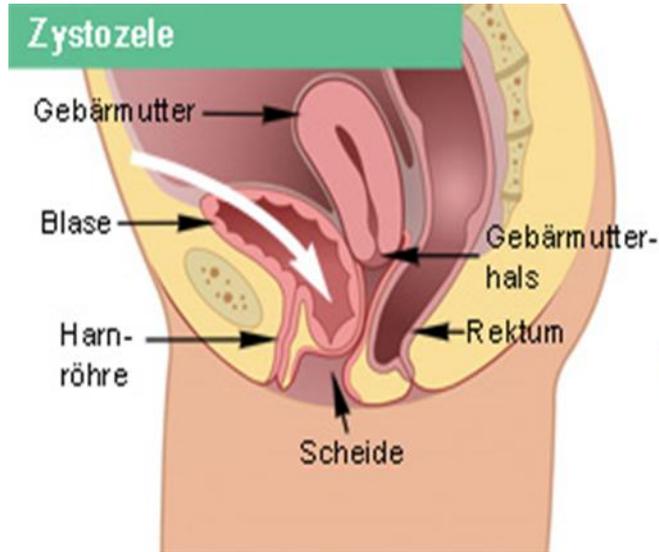
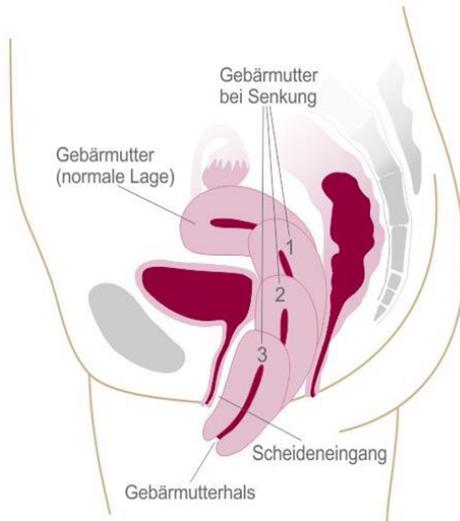


INTROITUS- UND PERINEALSONOGRAPHIE ODER PELVIC FLOOR US

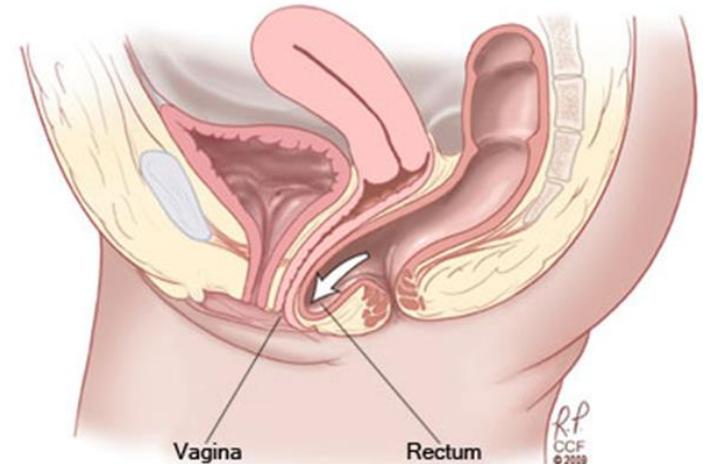
- werden zur topographisch-funktionellen Beurteilung von Harnblase, Blasen Hals, Harnröhre und Beckenbodenmuskulatur eingesetzt
 - Harnröhrenmobilität (Hypermobil, Hypomobil, Mobil)
- 3 / 4 –D Beckenbodensonographie neue Technik (Beurteilung von Levatorenbrissen)



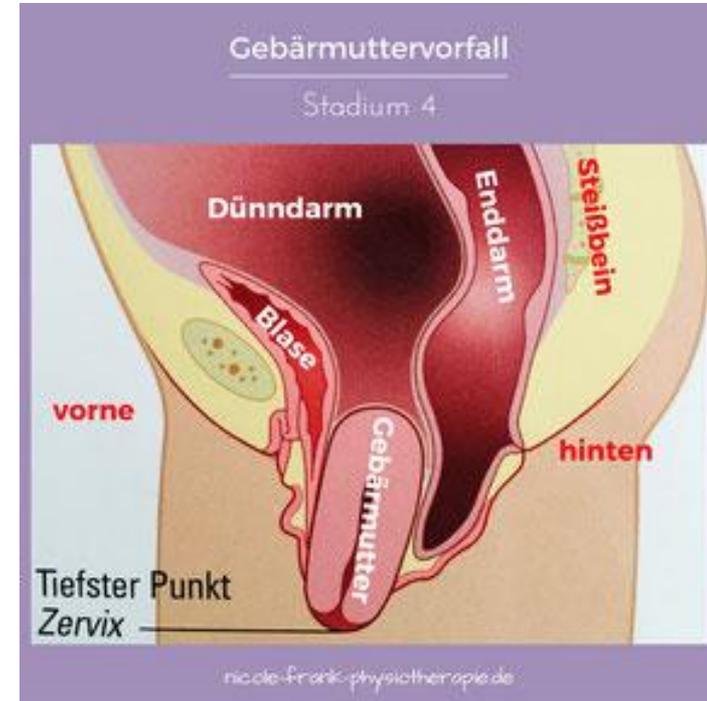
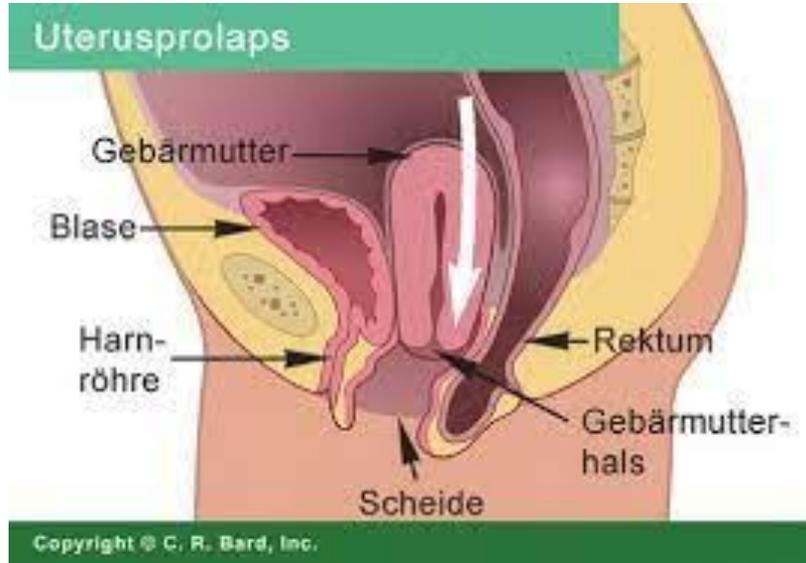
SENKUNG



Eine Senkung kann die Ursache und/oder Verstärkung für eine Inkontinenz sein

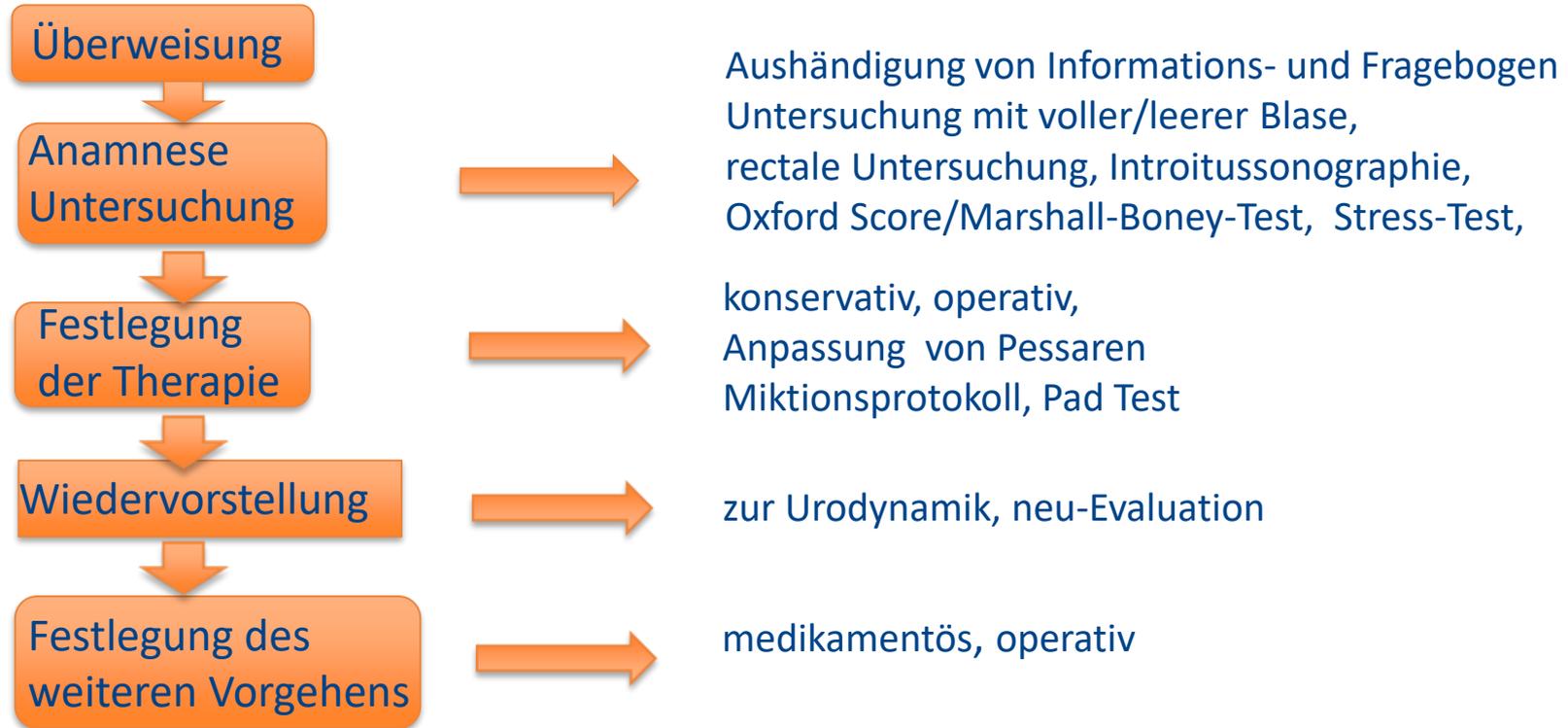


DIE ÜBERLAUFBLASE



Quetschhahnphänomen

DIE UROGYNÄKOLOGISCHE SPRECHSTUNDE



Die Harninkontinenz muss multimodal therapiert werden

Eine Monotherapie ist meist ungenügend



Wichtig: lokale Östrogentherapie



Beckenbodentraining



Medikamente



Operation



Hilfsmittel



Gewichtsabnahme

THERAPIE-ANSÄTZE



1. Konservativ

2. Operativ

THERAPIE-ANSÄTZE



1. Konservativ



um eine Verbesserung zu erzielen

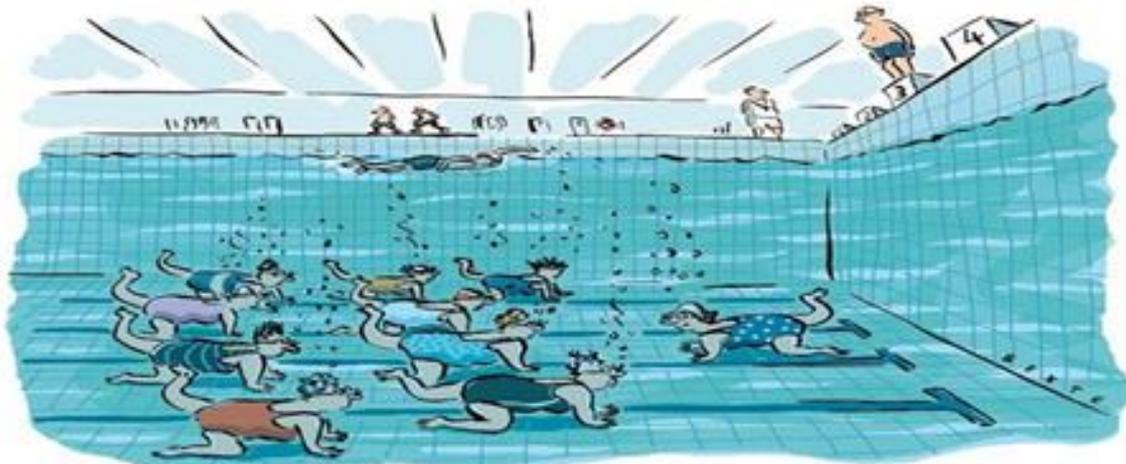


Um eine Operation soweit in die Zukunft zu verschieben, wie die Patientin es zulässt



Um die besten Voraussetzungen zu schaffen für eine Operation

BECKENBODENTRAINING



Beckenbodengymnastik





- **Angeleitetes** Beckenbodentraining über mehr als drei Monate kombiniert mit Blasentraining durchführen.....auch die ältere Patientin
- Aktives Beckenbodentraining sollte einer alleinigen Elektrostimulation vorgezogen werden. Eine **Kombination** beider Maßnahmen kann wirksamer sein.
- In der Schwangerschaft und nach der Geburt soll Beckenbodentraining zur **Prävention** und Therapie einer Inkontinenz eingesetzt werden.
- Beckenbodentraining führt zur Stärkung der Muskulatur und **Automatisierung** des Kontraktionsreflexes
- Heilung oder subjektive **Besserung** in 45 -76 %
- Die Verordnung von Hilfsmitteln ohne Beckenbodentraining ist obsolet

PESSARE





Vaginaltampon

Zur Therapie bei einer beginnenden Belastungsinkontinenz z.B. beim Joggen

Nach Senkungs-OP's mit reflektorischer Inkontinenz post OP



Schalenpessar

Zur Dauerbelassung über ca. 6 Wochen

Nachteil:
stützen sich auf die Beckenbodenmuskulatur,
die ausgeweitet werden kann



Würfelpessar

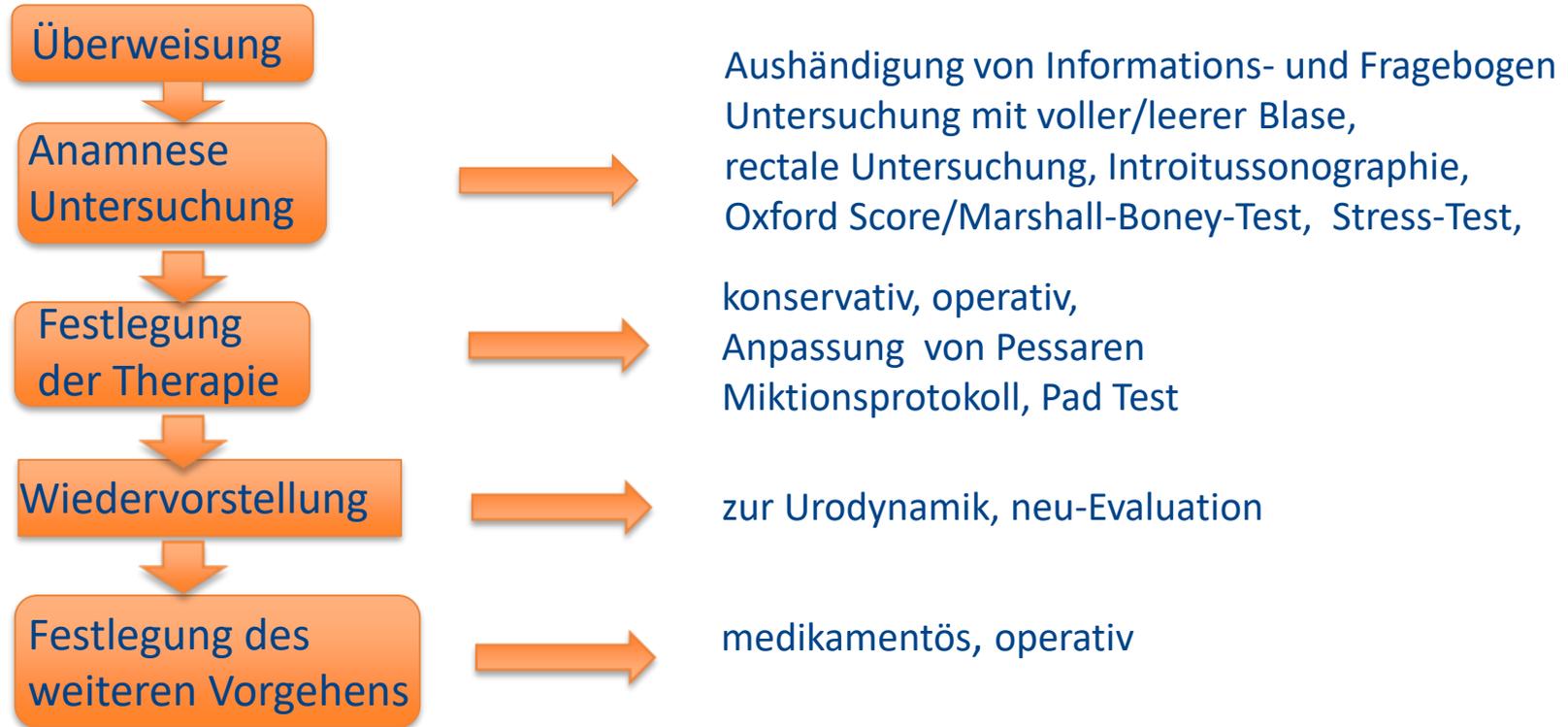
Bringt durch die Saugnäpfe Organe in die alte Lage

Wird zur Nacht entfernt

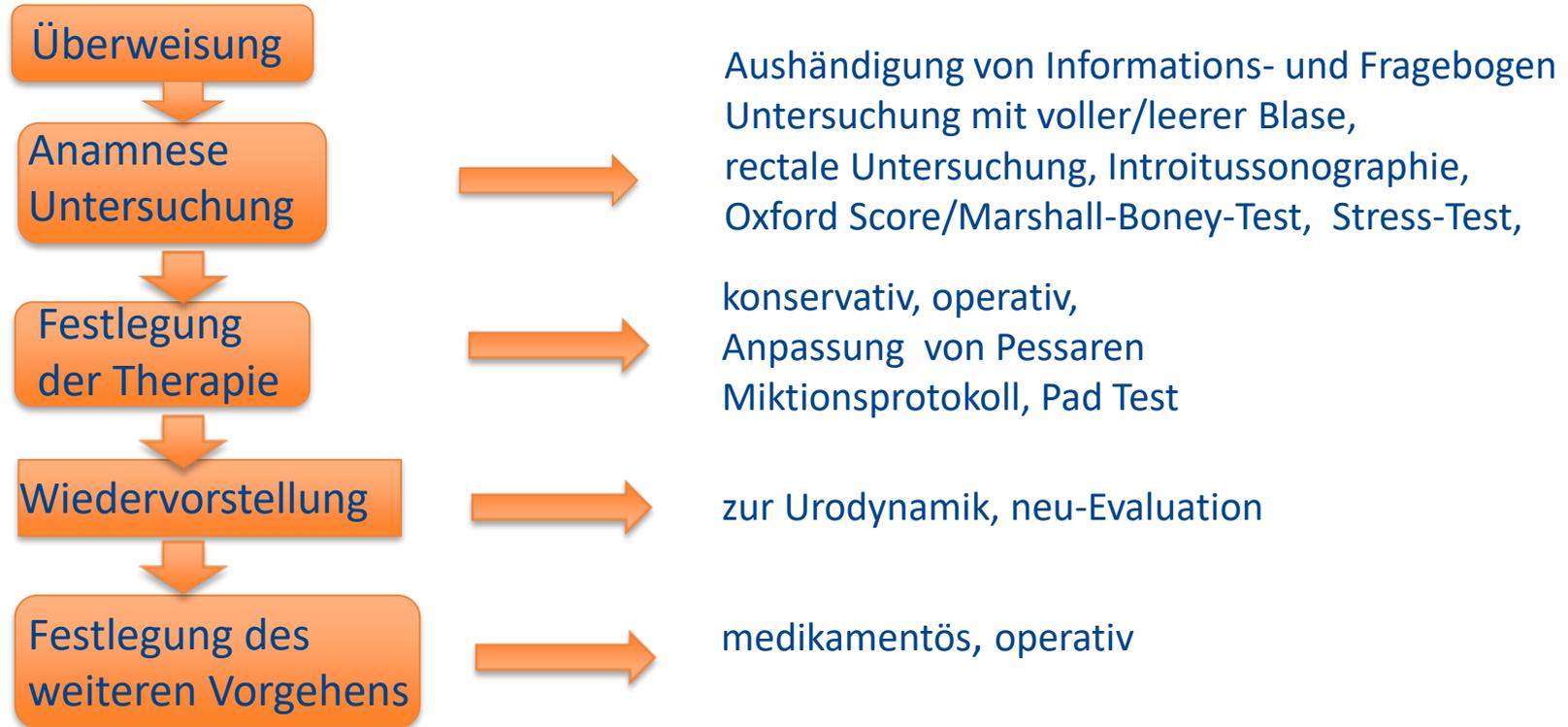
Lässt sich mit der regelmäßigen Anwendung von Estriol-Vaginalcreme verbinden

Wird sowohl bei Senkung, wie auch bei Inkontinenz angewendet

DIE UROGYNÄKOLOGISCHE SPRECHSTUNDE



DIE UROGYNÄKOLOGISCHE SPRECHSTUNDE



2. OPERATIV



WELCHE OPERATION FÜR WELCHE PATIENTIN?



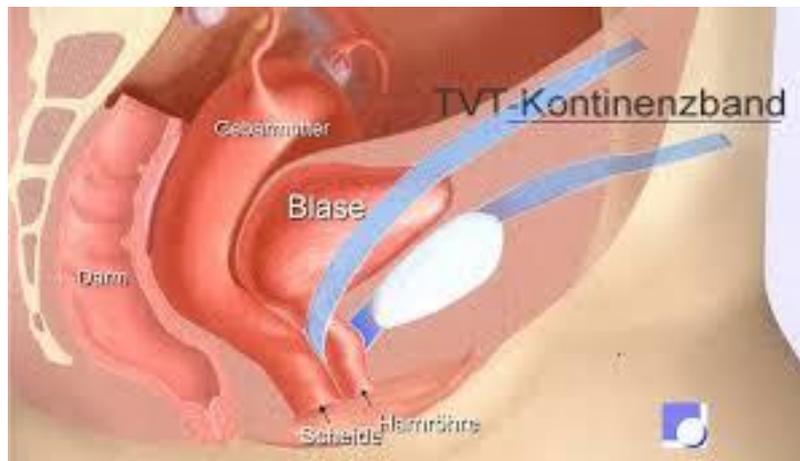
OPERATIVE THERAPIE DER BELASTUNGSINKONTINENZ



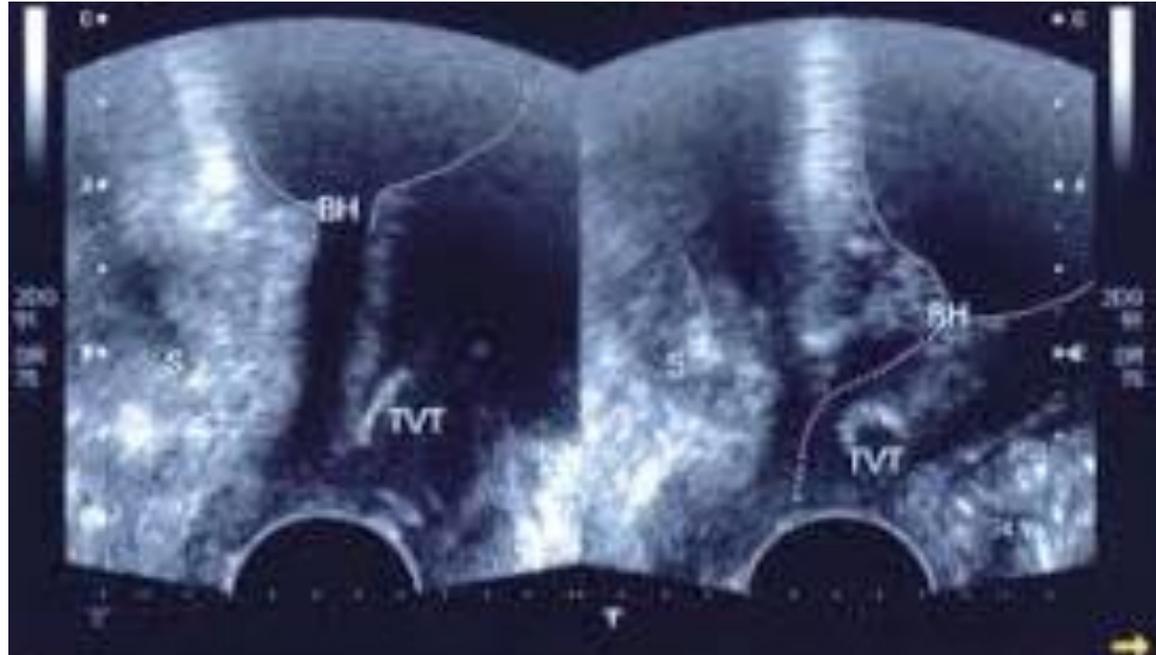
- **TVT / TOT:** Suburethrale Bandeinlagen (retropubisch / transobturatorisch)
Kontinenzrate 90 %
- **Kolposuspension nach Burch:**
Offene oder laparoskopische Aufhängung der Scheide ohne
Fremdmaterial Kontinenzraten 85 – 90 %
- **Single- Incision Slings:** (Minischlinge)
Stabilisierung mittlere Urethra
- **Periurethrale Bulking Agents:** (Hydrogele) bei Schließmuskelinsuffizienz
Injektion in die vordere Harnröhre, Kontinenzrate 48 % nach 2 Jahren

Artifizieller Schließmuskel

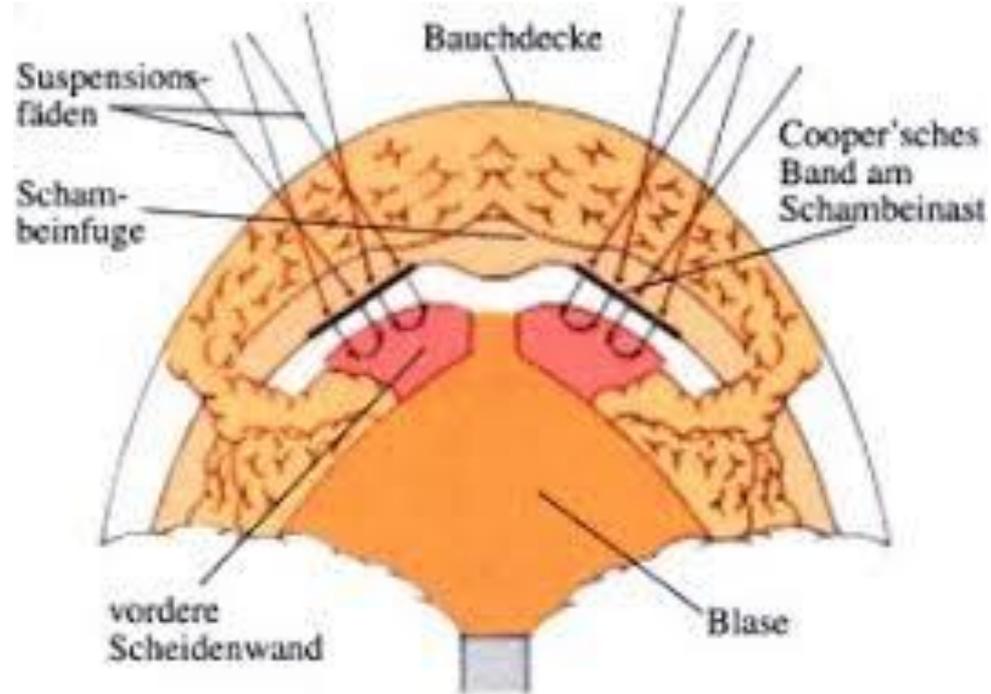
TVT UND TVT-O TENSION VAGINAL TAPE



TVT IN RUHE UND UNTER BELASTUNG



KOLPOSUSPENSION NACH BURCH



WANN IST UNSERE URO-GYNÄKOLOGISCHE THERAPIE ERFOLGREICH?



Wenn wir gemeinsam mit Ihnen die richtigen
Therapieansätze gefunden haben

und

**Sie wieder eine gute Lebensqualität
haben**





Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

