

DER UNFREIWILLIGE HARNVERLUST BEI DER FRAU UND SEINE THERAPIE

Der Beckenboden setzt sich aus einer Vielzahl von Muskelplatten zusammen. Im Rahmen der Austreibungsphase unter der Geburt kommt es zu einer enormen Beanspruchung des Beckenbodens, es entstehen Mikrotraumata (kleinste Verletzungen) der Muskelzellen, kleine Blutungen und in der Folge tritt eine Narbenbildung auf. Zusätzlich kann es zu einer Schädigung der den Beckenboden versorgenden Nerven kommen. Daher kann es nach der Geburt zu unfreiwilligem Harn- und Stuhlverlust kommen. Dies stellt ein soziales und hygienisches Problem für die Frau dar, da die Funktionseinheit von Beckenboden, Harnröhre und Rektum(Enddarm) gestört ist. Circa 40% der Frauen geben nach einer Geburt Inkontinenzbeschwerden an, nach einem Jahr litten nur mehr 3% der Frauen unter diesen Symptomen. Bei den meisten Frauen verschwanden die Beschwerden 3 Monate nach der Geburt. Daher ist ein regelmäßiges Beckenbodentraining bereits unmittelbar nach der Geburt von entscheidender Wichtigkeit. Durch ganz alltägliche Belastungen, sowie durch ein Nachlassen der weiblichen Hormone nach Eintritt des Wechsels, treten allmählich wieder die Beschwerden eines unfreiwilligen Harnverlustes auf. Unter Harninkontinenz verstehen wir den unfreiwilligen Abgang von Harn.

Wir unterscheiden:

1. **STRESS INKONTINENZ**
2. **DRANG (URGE) INKONTINENZ**
3. **MISCHFORMEN**

Eine genaue Anamnese durch den Frauenarzt ist der erste wichtige Schritt für eine gelungene Behebung der Beschwerden durch den unfreiwilligen Harnverlust. Neben einem ausführlichen Gespräch mit der Patientin sind die gynäkologische Untersuchung sowie eine Harnanalyse von entscheidender Wichtigkeit. Denn bereits bei diesem Gespräch kann der Frauenarzt den weiteren Weg der Untersuchungen gemeinsam mit der Patientin bestimmen. In den meisten Fällen sollte als nächster Schritt eine urodynamische Abklärung stattfinden. Diese urodynamische Abklärung wird routinemäßig in Krankenhaus durchgeführt, wo nach einer genauen gynäkologischen Abklärung während eines tagesklinischen Aufenthaltes folgende 3 Untersuchungen gemacht werden:

1. ein Röntgen der ableitenden Harnwege
2. eine Cystoskopie (Blasenspiegelung)
3. eine Cystomanometrie (Messung der Druckverhältnisse in der Blase und im Bauchraum)

Alle diese 3 oben genannten Untersuchungen sind schmerzfrei und keine wesentliche Belastung der Patientin.

Anhand der erhobenen Befunde kann nun der Arzt in einem Abschlussgespräch zusammen mit der Patientin einen Therapievorschlag erarbeiten, der je nach Diagnose konservativ (Beckenbodentraining oder Medikamente) oder operativ (Scheidenhautraffung und TVT) zu gestalten ist. Das am häufigsten eingesetzte Verfahren zur operativen Behandlung der weiblichen Stressinkontinenz, darunter verstehen wir den unfreiwilligen Harnabgang bei körperlicher Belastung, wie zum Beispiel beim Niesen, Lachen, Husten, Stiegen steigen oder im schlimmsten Fall bereits im Liegen, ist das Einsetzen eines TVT Bandes (TVT = **T**ension free **V**aginal **T**ape).

Bei dieser minimal invasiven Operationsmethode wird ein synthetisches Band mit einer speziellen Netzstruktur aus Polypropylen spannungsfrei über einen vaginalen Zugang schlingenförmig um die Mitte der Harnröhre gelegt. Diese Operation wird routinemäßig in Spinalanästhesie durchgeführt.

Da die Belastungsinkontinenz meist gemeinsam mit Deszensus (Scheidenvorfall) oder Prolaps (Vorfall der Gebärmutter) vorkommt, kann das TVT gemeinsam mit anderen rekonstruktiven Operationen am Beckenboden kombiniert werden.

