

## Pressemitteilung

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.

Dr. Susanna Kramarz, Pressestelle DGGG-Kongress 2012

12.10.2012

<http://idw-online.de/de/news501153>

Forschungs- / Wissenstransfer, Forschungsergebnisse  
Medizin  
überregional

## Inkontinenz und Beckenbodensenkung – wann Beckenbodentraining, wann OP?

**Konzentriertes, langfristiges Beckenbodentraining ist der zwingende erste Behandlungsschritt bei Inkontinenz der Frau. Die Erfolgsaussichten sind schlecht, wenn keine professionelle und spezialisierte Physiotherapie erfolgt. Auf dem DGGG-Kongress 2012 wurden ärztliche Optionen diskutiert.**

Eine etablierte nicht-medikamentöse und nicht-chirurgische Behandlungsoption bei Belastungsinkontinenz ist das Beckenbodentraining mit oder ohne Biofeedback. Ziel ist es, die Beckenbodenmuskulatur zu stärken und die Koordination der bewussten Beckenbodenkontraktionen zu verbessern, damit bei drohendem Urinverlust die Harnröhre verschlossen werden kann.

Eine solche Strategie setzt voraus, dass Frauen kognitiv gesund sind und aktiv mitarbeiten, so Prof Dr. med. Werner Bader, Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Urogynäkologie und plastische Beckenbodenrekonstruktion (AGUB) der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. Der Einsatz von Biofeedbackgeräten oder Elektrostimulation kann das Erlernen der willkürlichen Kontraktion erleichtern. Das Verfahren muss aber konsequent und langfristig angewandt werden, um spürbare Erfolge zu erzielen. Schwache Stromimpulse stimulieren dabei die Beckenbodenmuskulatur und trainieren diese auf passive Weise. Zusätzlich kann die Anwendung von mechanischen Hilfsmitteln (Pessare), die in die Scheide eingeführt werden und durch Druck von unten die Harnröhre bzw. die Blase bei Belastung stabilisieren, sinnvoll sein.

Eine vergleichende Analyse verschiedener Studien (Metaanalyse) hat ergeben, dass ein Beckenbodentraining wirksamer ist als eine Nichtbehandlung. Die Ergebnisse dieser Metaanalyse deuten darauf hin, dass gerade jüngere Frauen zwischen 40 und 60 Jahren mit reiner Belastungsinkontinenz den größten Nutzen aus dem Training ziehen können. Bei konsequentem Training kann mit Heilungs- bzw. Besserungsraten von 46-75% gerechnet werden, wobei keine Nebenwirkungen zu befürchten sind. Auch das aktuelle Cochrane-Review 2011 stützt diese Zahlen.

Der Erfolg der Methode hängt sehr von der Motivation und der aktiven Mitarbeit der Patientin ab. Für viele Frauen ist es schwierig, das Übungsprogramm längerfristig konsequent durchzuführen: Ein Großteil der Betroffenen bricht das Training im Laufe der Zeit ab. Ein erster Erfolg zeigt sich frühestens nach sechs Wochen, aber erst nach drei bis vier Monaten kann bewertet werden, ob sich die Inkontinenz tatsächlich messbar gebessert hat so Prof. Werner Bader.

Außerdem schafft es nur die Hälfte der Frauen, das Beckenbodentraining alleine oder nach kurzer Anweisung zu erlernen und dann selbständig weiterzuführen: Nach zehn Jahren sind zwei Drittel der Patientinnen (66%) mit dem Ergebnis unzufrieden.

Nur angeleitete Physiotherapie erhöht die Erfolgsrate. Inzwischen gibt es in Deutschland eine wachsende Anzahl spezialisierter Physiotherapeutinnen, die auch mittels vaginaler Kontrolle – wie es in anderen Ländern seit langem bereits Standard ist – die Patientinnen gezielt anleiten. Hier besteht gerade in der Zusammenarbeit zwischen Ärzten

und Pessartherapeuten gegenüber anderen Ländern der EU, insbesondere den skandinavischen, noch immer ein großer Nachholbedarf.

Eine weitere Behandlungsmöglichkeit bei der Inkontinenz sind Medikamente. Als Standard hat sich heute bei allen postmenopausalen Patientinnen eine lokale Östrogenisierung mittels eines Östriol-haltigen Präparates etabliert. Darüber hinaus gibt es eine spezifische Therapie zur Behandlung der Inkontinenz durch einen Serotonin-Reuptake-Hemmer, das Duloxetin. Wenn nicht Nebenwirkungen bzw. Kontraindikationen den Einsatz verbieten, ist die Verordnung von Duloxetin auch mit einer sehr langfristigen Option eine sinnvolle Maßnahme.

Ist es nicht möglich, eine Inkontinenz mit physiotherapeutischen und medikamentösen Mitteln zu beherrschen – und erst dann –, so steht ein operativer Eingriff zur Diskussion. Ziel ist nicht eine Maßnahme an der Harnröhre selbst, sondern ein Wiederaufbau und eine Stabilisierung der Bänder und der Muskulatur des Beckenbodens. Häufig werden, den anatomischen Gegebenheiten angepasst, Bänder aus synthetischem Material eingesetzt. Hierbei ist das so genannte TVT (Tension free vaginal tape) der Goldstandard der Inkontinenzbehandlung geworden.

Different hierzu verhält es sich mit dem Einsatz vom künstlichen Netzgewebe (Meshes) zur Korrektur von bestehenden Senkungsleiden. Die Netze, die vor allem bei Frauen mit Rezidiven bei Gebärmutter- und Scheidensenkung eingesetzt werden, sind bewährt und etabliert. Die FDA hat jedoch bereits im Sommer 2008 und erneut in 2011 vor einem unkritischen Einsatz in der Deszensuschirurgie gewarnt. Sie bezog sich dabei auf 1503 gemeldete Fälle mit postoperativen Komplikationen. Umgerechnet auf die etwa 225.000 Patientinnen, die in dieser Zeit operiert wurden, bedeutet das eine Komplikationsrate von 0,67%. Die AG Gynäkologische Urologie und plastische Beckenbodenrekonstruktion der DGGG hat sich deshalb der Empfehlung der FDA nicht angeschlossen, sondern sich für Deutschland für eine Beibehaltung dieser chirurgischen Option ausgesprochen. Der Operateur bzw. die Operateurin sollte allerdings eine hohe, nachgewiesene Qualifikation für rekonstruktive Eingriffe am Beckenboden mitbringen, und die Patientin sollte entsprechend aufgeklärt sein.

Hinweis: [www.ag-ggup.de](http://www.ag-ggup.de) = Speziell ausgebildete Physiotherapeutinnen und –therapeuten im Beckenbodenbereich.

© DGGG 2012

Ansprechpartner für die Medien:

Prof. Dr. med. Werner Bader  
Klinikum Bielefeld Mitte  
Chefarzt des Zentrums für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
Teutoburger Straße 50  
D-33604 Bielefeld

URL zur Pressemitteilung: <http://www.dggg.de/>

URL zur Pressemitteilung: <http://www.agub.de/>