

Wir behandeln

- + Beckenbodenphysiotherapie
- + Biofeedback und Elektrostimulation
- + Verhaltenstherapie
- + Medikamente

- + Spannungsfreie Bänder
- + Kolposuspension und laterale Rekonstruktion
- + Urethraunterspritzung
- + Intravesikale Botoxinjektion

- + Deszensuschirurgie konventionell
- + Deszensuschirurgie mit Netziimplantat

- + Rektumprolapschirurgie offen und minimal invasiv
- + Schliessmuskelchirurgie
- + Künstlicher Schliessmuskel (Anal band)
- + Sakralnervenstimulation

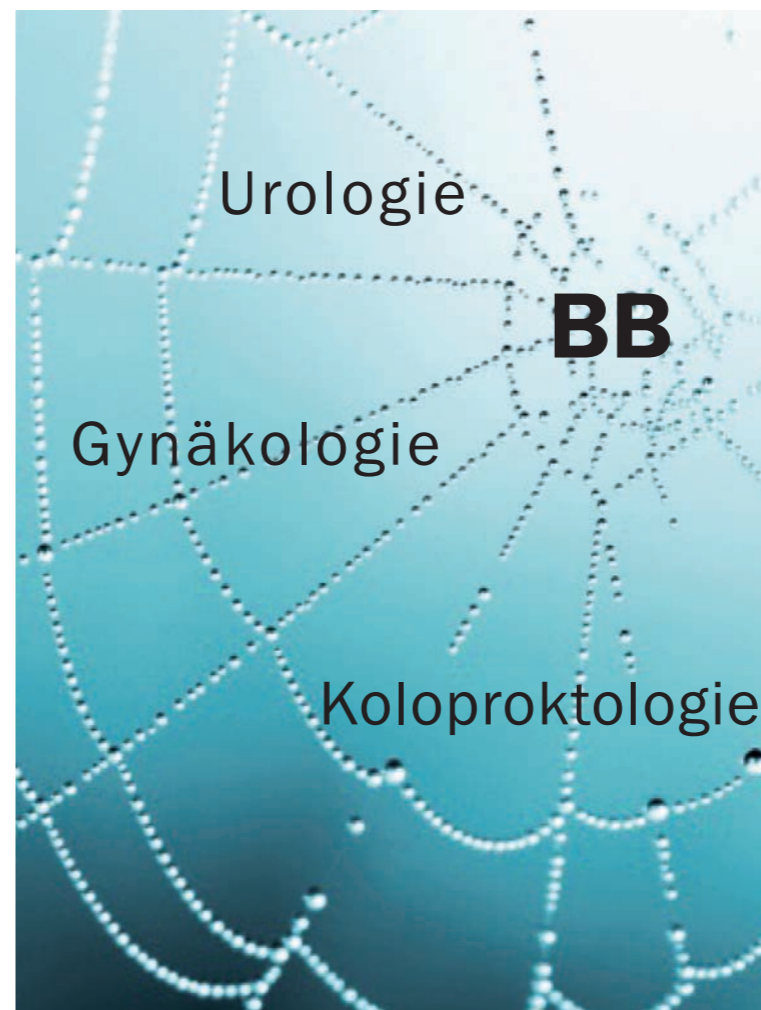
- + Klassische und minimal invasive Hämorrhoiden OP-Verfahren



Wir sind im Team vom Netzwerk Beckenboden Südostbayern:
(von links) CA Dr. Wolfram Turnwald (Gynäkologie Rei), OA Dr. Johannes Entfellner (Allgemeinchirurgie Rei), OA Dr. Martin Sisol (Gynäkologie Rei), OA Dr. Peter Kanngießer (Allgemeinchirurgie TS), CA PD Dr. Christian Schindlbeck (Gynäkologie TS), OA Dr. Thomas Hofmann (Urologie TS/Rei)

Netzwerk Beckenboden Südostbayern

Inkontinenz – Vorfal - Hämorrhoiden



Liebe Patientinnen und Patienten,
sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

wussten Sie, dass in Deutschland mehr als fünf Millionen Menschen aller Altersklassen unter ungewolltem Urin- oder Stuhlabgang leiden? Wussten Sie, dass bei ca. einem Drittel aller Frauen eine Senkung der Gebärmutter oder Scheide vorliegt? Wussten Sie, dass nach einer Schätzung deutscher Proktologen nahezu jeder zweite Bundesbürger im Laufe seines Lebens mit Erkrankungen der Hämorrhoiden zu kämpfen hat? Viele der betroffenen Menschen sprechen nicht über diese Tabu - Themen und bleiben mit ihrem Problem alleine.

Ein intakter Beckenboden sichert die Lage der Organe im kleinen Becken und gewährleistet die Funktionen. Besonders wichtig ist dabei die Abdichtung von Blase und Darm, aber auch die willkürlich gesteuerte Entleerung der Organe. Ein defekter Beckenboden kann zu Symptomen unterschiedlicher Art führen. Urin- und Stuhlhaltestörungen, Entleerungsstörungen oder Senkung und Vorfal von Organen sind nur einige Beispiele, die den Patientinnen oder Patienten viel Lebensqualität nimmt.

Häufig treten die Beschwerden nicht isoliert, sondern in Kombination auf (z.B. Gebärmutterensenkung und Stuhlentleerungsstörungen), daher ist eine gemeinsame Betrachtung aus urologischer, gynäkologischer und chirurgischer Sicht erforderlich. Im Klinikum Traunstein und in der Kreisklinik Bad Reichenhall haben sich jetzt Spezialisten aus diesen Fachbereichen zusammengeschlossen, um die Problemzonen im Beckenboden gemeinsam anzugehen. Zusammen mit Kolleginnen und Kollegen aus dem Fach der Gastroenterologie, Radiologie, Neurologie und nicht zuletzt Physiotherapie wird der Beckenboden nicht aus der Sicht der einzelnen Fachrichtung, sondern primär aus der Sicht des Patienten betrachtet. So können wir gemeinsam eine optimale Therapie anbieten.

Dr. Wolfram Turnwald
Kordinator Netzwerk Beckenboden

Kontakt

- + Koordination Netzwerk:
Dr. Wolfram Turnwald.....08651 772-601
- + Fachexperte Urologie
Dr. Thomas Hofmann 0861 13050
- + Fachexperte Gynäkologie
Dr. Wolfram Turnwald.....08651 772-601
- + Fachexperte Koloproktologie
Dr. Peter Kanngießer0861 705-1201

Anlaufstellen Bad Reichenhall

- + MVZ Urologie (Leitung: Dr. Thomas Hofmann)
Dr. Thomas Hofmann08651 772-584
- + Kreisklinik Abt. Gynäkologie (CA Dr. Wolfram Turnwald)
Dr. Martin Sisol08651 772-601
- + Kreisklinik Abt. Viszeralchirurgie (CA Prof. Ekkehard Pratschke)
Dr. Johannes Entfellner08651 772-501
- + Praxis Physiotherapie
Ursula Freund08651 67575

Anlaufstellen Traunstein

- + Praxis Urologie (Leitung: Dres. Schuhbeck, Galamb, Prof. Zaak)
Dr. Thomas Hofmann 0861 13050
- + Klinikum Frauenklinik (CA PD Dr. Schindlbeck)
Dr. Frank v. Dercks0861 705-1231
- + Klinikum Abt. Viszeralchirurgie (CA PD Dr. Schauer)
Dr. Peter Kanngießer0861 705-1201
- + Klinikum Physiotherapie0861 705-1349
Praxis Rauch/Hilker0861 7069469
Praxis Julia Kanngießer08662 6646147

E-Mail-Adressen:

siehe unter:www.netzwerk-beckenboden-sob.de

Typische Krankheitsbilder

Harninkontinenz (Blasenschwäche)

Harninkontinenz oder Blasenschwäche bedeutet unbeabsichtigter Abgang von Urin aus der Blase. Im Wesentlichen werden zwei Formen der Harninkontinenz unterschieden: Die Belastungs- oder Stressharninkontinenz und die Drang- oder Urge-Inkontinenz. Bei der Belastungsinkontinenz ist die Harnröhre nicht in der Lage, erhöhten Druck vom Bauchraum – wie er bei Husten, Treppensteigen o.ä. auftritt – zu kompensieren mit der Folge von unkontrolliertem Urinabgang. Ursache hierfür ist häufig eine Schädigung der Beckenbodenmuskulatur, z.B. nach Entbindungen oder eine angeborene Bindegewebsschwäche. Die Dranginkontinenz ist dadurch gekennzeichnet, dass der oder die Betroffene einen plötzlich auftretenden Harndrang verspürt mit dem Zwang, die Blase sofort zu entleeren. Ist das nicht möglich, kommt es zu unkontrolliertem Urinabgang. Die Ursachen hierfür sind vielfältig. Zu nennen wären in erster Linie Alterserscheinungen, lokale Entzündungen, Nebenwirkungen von Medikamenten oder auch zentrale Störungen wie Schlaganfall. Eine sorgfältige diagnostische Abklärung ist erforderlich, um erfolgreich Therapiemaßnahmen einleiten zu können.

Deszensus genitalis

(Gebärmutter- und/oder Scheidensenkung)

Bei einer Gebärmutterenkung (Deszensus uteri) verschiebt sich die Gebärmutter im kleinen Becken nach unten. Wird dabei der Scheideneingang überschritten und wölbt sich die Gebärmutter nach außen vor, so spricht man von einem Vorfall (Prolaps uteri). Das gleiche Problem kann die Scheide betreffen, in diesem Fall liegt ein Deszensus oder Prolaps vaginae vor. Natürlich gibt es auch Kombinationen. Die Be-

troffene bemerkt Druckgefühl im Unterbauch oder dass sich „unten etwas hervorwölbt“. Häufig ist die Blasenfunktion gestört, entweder durch unkontrollierten Urinabgang oder auch erschwerte bis unmögliche Blasenentleerung. Auch eine Behinderung des Stuhlgangs ist möglich. Ursache für diese Verlagerung von Gebärmutter und Scheide ist eine Schwäche des Halteapparates, bestehend aus Bändern, Faszien und Muskulatur des Beckenbodens. Vor allem durch Schwangerschaften und Geburten werden diese Strukturen geschädigt mit den entsprechenden Folgen meist in späteren Lebensjahren. Keine Therapie ist erforderlich, wenn die Symptomatik nur gering ausgeprägt ist und kein Leidensdruck herrscht. Sind die Beschwerden jedoch größer, so dass die Betroffene sie nicht mehr hinnehmen kann oder will, sollte therapiert werden. Eine subtile Diagnostik gewährleistet dabei eine auf die individuellen Bedürfnisse der Patientin ausgerichtete Therapie.

Stuhlinkontinenz (Stuhlhalteschwäche)

Unter Stuhlinkontinenz versteht man den unkontrollierten Abgang von Winden, flüssigem oder festem Stuhl (Stuhlinkontinenz Grad I, II oder III). Wenn der ungewollte Stuhlabgang überhaupt nicht wahrgenommen wird, so spricht man von einer passiven Stuhlinkontinenz, während bei der Drang-Stuhlinkontinenz der Darminhalt nicht lange genug zurückgehalten werden kann, bis eine Toilette erreicht wird. Bei den erkrankten Patienten handelt es sich entgegen weitläufiger Meinung keineswegs nur um alte, multimorbide Menschen. Auch Patienten, die noch mitten im Leben stehen, können von einer Schließmuskelschwäche betroffen sein. Die Ursachen können sein: Geburtsverletzungen, neurologische Störungen (wie z.B. Bandscheibenvorfall, Multiple Sklerose, Diabetes, Rückenmarksverletzungen) oder Operationen am Enddarm (z.B. bei Darmkrebs oder Vorfall des Mastdarms, Hämorrhoiden, Analfisteln). Nicht selten ist bei

Frauen auch eine Beckenbodenschwäche für eine mangelnde Kontinenzfunktion verantwortlich. Permanentes verstärktes Pressen bei der Stuhlentleerung ist ebenfalls ein Risikofaktor für eine Schließmuskelschwäche.

Chronische Obstipation (Verstopfung)

Etwa 30 Prozent der Bevölkerung in Industrienationen leiden zumindest zeitweilig unter Verstopfung. Weniger als drei Stuhlgänge pro Woche, harter Stuhlgang, häufiges Pressen, die Notwendigkeit von Einläufen etc und das Gefühl der unvollständigen Entleerung über einen Zeitraum von über drei Monaten wird als Chronische Verstopfung bezeichnet. Unterteilt wird in Darmträgheit („slow transit“) und Entleerungsstörung. Bei letzterer führt in der Regel eine Beckenbodensenkung mit innerem Darmvorfall zu einer Verlegung des Stuhlpassageweges. Abzugrenzen ist die Verlegung durch einen Tumor. Andere viel häufigere Ursachen sind unzureichende Flüssigkeits- und Ballaststoffaufnahme und die Nebenwirkung von Medikamenten.

Darmprolaps (Darmvorfall)

Ein Vorfall (Prolaps) liegt vor, wenn sich der Darm in oder aus dem After herausstülpt. Letzterer wird als äußerer Darmvorfall bezeichnet. In der Regel geht der Vorfall einher mit einer Beckenbodensenkung, bzw. -schwäche. Die genaue Ursache für einen Vorfall kennen wir nicht, diskutiert wird eine angeborene Bindegewebsschwäche oder eine erworbene Beckenbodenerschädigung. Patienten bemerken den nach außen vorfallenden Darm meistens und beklagen beim innen liegenden Vorfall eine Entleerungsbehinderung oder ein Druckgefühl. Der Darmvorfall selber schwächt den Beckenboden und damit den Schließmuskel und sollte deswegen nicht unbehandelt bleiben.

Hämorrhoiden

Zwei Drittel aller Blutungen aus dem Enddarm sind auf Störungen der Hämorrhoidal-Gefäße zurückzuführen. Meistens ist eine konservative Therapie erfolgreich, z. B. Ernährungsumstellung. Nur bei etwa 20 Prozent der Patienten, die unter vergrößerten Hämorrhoiden leiden, ist eine Operation erforderlich. Ziel der Operation sollte die Verkleinerung, in selten Fällen die Entfernung der vergrößerten Hämorrhoiden und die Behandlung des vorfallenden Gewebes. Je weniger Gewebe der Anahaut entfernt wird, desto besser wird die Funktion des Afters nach der Operation sein. Im Vordergrund stehen moderne, schmerzarme Therapiemethoden wie die Klammernahmethode („Longo-OP“) und die Hämorrhoidalarterienligatur.

Wir diagnostizieren

- + Klinische Beckenbodenbeurteilung
- + Fachübergreifende Sprechstunde
- + Urogenital- und Endosonographie
- + Funktionelle Beckenbodenbeurteilung (Urodynamik)
- + Urethrozystoskopie und Rektoskopie
- + Koloskopie
- + Neurologischer Status
- + Röntgen und Kernspintomographie

Wir beraten

- + Bewertung unterschiedlicher Therapieverfahren
- + Therapieplanung in Beckenbodenkonferenz
- + Zweitmeinung

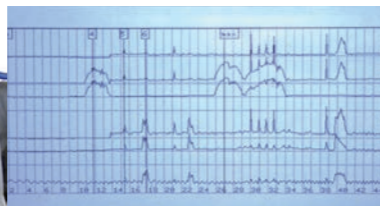
... weiter nächste Seite



Kreisklinik Bad Reichenhall



Beckenbodensprechstunde



Diagnostik:
Druckprofil einer Harnröhre



konservative Behandlung:
Physiotherapie



Im Operationssaal



Spezielle operative Therapie:
Anaband



Visite



Klinikum Traunstein