

Männerleiden

Wenn es mit der Erektion nicht mehr klappt

Urologie konkret

19 Prozent aller
Männer sind von
Erektionsschwäche
betroffen

- 4 *Gesichter aus der Urologischen Klinik*
- 4 *Die Neurogene Blase*
- 6 *Spitzenmodell mit Dopplerfunktion*

- 6 *Große Urologen: J.-F.-B. Charrière*
- 7 *Gastbeitrag von Dr. Jacek Kociszewski*
- 8 *Gemeinsam für mehr Lebensqualität*

Wenn es mit der Erektion nicht mehr klappt

19 Prozent aller Männer sind von Erektionsschwäche betroffen



Liebe Patientin, lieber Patient,

Vielleicht haben Sie während Ihrer Behandlung in der Urologie des Ev. Krankenhauses Zeit, etwas zu lesen, vielleicht haben Sie einen Fachausschnitt gehört, den Sie nicht kennen, vielleicht haben Sie einen neuen Mitarbeiter gesehen oder vielleicht haben Sie Lust, Neues aus der Urologie zu erfahren – dann können Sie sich in unserer kleinen Patientenzeitschrift informieren. In der ersten Ausgabe steht ein wichtiges Thema, das auch beim WAZ-Medizinforum am 20. Mai um 17.30 Uhr im Lukas-Zentrum besprochen wird, im Vordergrund: die „Erektile Dysfunktion“ oder Erektionsschwäche des Mannes. Fast 50 Prozent der Männer über 40 haben hier Probleme unterschiedlichen Ausmaßes. Weitere Themen sind Blasenfunktionsstörungen und ein Bericht über einen alten französischen Instrumentenhersteller, dessen Eigenname sich noch gut einhundert Jahre später in der Urologie gehalten hat.

Das Urologie-Team des Ev. Krankenhauses Witten wünscht Ihnen viel Spaß bei der Lektüre!

Ihr Dr. Andreas Wiedemann,
Chefarzt Klinik für Urologie

Vier Minuten nimmt sich ein deutsches Paar nach einer Umfrage des Bundesgesundheitsministeriums täglich Zeit, um über persönliche Dinge zu sprechen. Diesem geringen Zeitaufwand stehen Zahlen aus der urologischen Fachliteratur gegenüber, nach denen von einer Erektionsschwäche oder „Erektile Dysfunktion“ 19 Prozent aller Männer – vom Säugling bis zum Greis – betroffen sind. In der Altersgruppe der 40 bis 70-Jährigen beträgt der Anteil sogar 52 Prozent. Dabei nimmt die Anzahl von Betroffenen mit steigendem Alter zu, aber auch junge Männer können schon Probleme auf diesem Sektor erleiden.

Mit dem Krankheitsbild der Erektile Dysfunktion ist ein Zustand von mindestens sechsmonatiger Dauer gemeint, bei dem mindestens 70 Prozent aller Versuche, einen Geschlechtsverkehr auszuführen, erfolglos sind.

Ursachen für die Zunahme der Häufigkeit des Krankheitsbildes im Alter sind darin zu suchen, dass die Erektionsfähigkeit des Mannes nicht nur an ein intaktes Hormonsystem gebunden ist, sondern auch ein gesundes Nervensystem, gesunde Blutgefäße und einen funktionierenden Schwellkörper voraussetzt.

Störungen können also auf allen genannten Ebenen eintreten. So kann ein Hormonmangel ursächlich für Erektionsstörungen sein, aber auch viele neurologische Erkrankungen oder aber Stoffwechselstörungen, die

zu Durchblutungseinschränkungen führen, können eine Erektile Dysfunktion auslösen. Hier sei besonders die Gefäßverkalkung oder Arteriosklerose als eigenständiges Krankheitsbild oder im Rahmen einer Zuckerkrankheit erwähnt.

Zusätzlich können viele Medikamente, die primär mit der Erektionsfähigkeit gar nichts zu tun haben, eine entsprechende Problematik auslösen. Dazu gehören Schlafmedikamente, Schmerzmittel, Blutdruckmittel, Medikamente gegen eine erhöhte Harnsäure oder auch Prostatamedikamente.

Bei dem ersten Gespräch über eine Erektile Dysfunktion erfragt der Hausarzt oder der Urologe all die Medikamente, er erkundigt sich nach Begleiterkrankungen

wie zum Beispiel Zuckerkrankheit, Durchblutungsstörungen oder neurologischen Krankheiten, er beleuchtet die Partnersituation, klärt äußere Störfaktoren und versucht, das Problem genauer zu umreißen. Oftmals muss das Krankheitsbild Erektionsschwäche gegen andere Störungen in diesem Bereich wie zum Beispiel im vorzeitigen Samenerguss oder einer Penisverkrümmung abgegrenzt werden.

Bei der körperlichen Untersuchung werden Penis, Hoden und Prostata auf Veränderungen untersucht, die auf eine Entzündung, einen Hormonmangel oder andere Veränderungen hinweisen.

Die Hormonbestimmung des Testosterons und seiner Steuerungshormone und die Ultraschalluntersuchung



Abb. 1: Dopplersonografie am Penis

runden dann die Diagnostik ab. Als spezialisierte Untersuchung kann die sogenannte Dopplersonografie (Abb. 1) die Durchblutung in den Penisgefäßen messen. Diese wird gerne mit der Injektion von durchblutungsfördernden Medikamenten in den Penisschwellkörper kombiniert, um zu messen, wie sich die Durchblutung unter solchen Bedingungen verhält.

Liegt die Ursache einer Erektile Dysfunktion in der Einnahme von störenden Medikamenten begründet, wird zunächst versucht, einen Austausch der entsprechenden Präparate vorzunehmen. Auch eine Änderung des Lebensstils mit Rauchstopp, körperlicher Bewegung und gesunder Ernährung reicht in vielen Fällen aus, die Erektionen zu verbessern. Schon zwei, besser sechs Stunden leichter Sport pro Woche führen – statistisch zweifelsfrei bewiesen – zu spürbaren Effekten.

Im nächsten Schritt wird zumeist dann eine Substanz aus der Reihe der sogenannten „Phosphodiesterasehemmer“ verschrieben. Alle diese Medikamente verstärken die biochemischen Abläufe im Penisschwellkörper und führen zu einer Verstärkung der Erektion. Voraussetzungen sind, dass intakte Nervenstrukturen und eine sexuelle Stimulation vorhanden sind.

Auf dem Markt sind drei Präparate der Firmen Pfizer, Lilly und Bayer, die sich in ihrer Wirkweise ähneln. Unterschiede gibt es nur in

der Wirkdauer. Während das Präparat der Firma Pfizer (Viagra®) und das Präparat der Firma Bayer (Levitra®) ca. ein bis vier Stunden wirken und nüchtern eingenommen werden müssen, hält die Wirkung des Präparates der Firma Lilly (Cialis®) bis zu 36 Stunden an. Eine Tablette kostet bei jedem Präparat rund 10 Euro; alle Präparate werden von der gesetzlichen Krankenkasse in der Regel nicht erstattet.

Bevor diese drei Substanzen eingesetzt werden können, muss das Herz-Kreislaufsystem untersucht sein. So stellt ein frischer Herzinfarkt, ein frischer Schlaganfall, ein extrem niedriger Blutdruck oder aber die Einnahme von Nitraten (z. B. „Nitrospray“) für Herzerkrankungen eine Kontraindikation für die Behandlung mit den Phosphodiesterasehemmern dar. Falls erforderlich, kann der Hausarzt oder der Urologe die Verträglichkeit der Präparate mit den vorhandenen Herz-Kreislaufkrankungen vom Kardiologen überprüfen lassen.

Ist eine Therapie mit den oben genannten Substanzen nicht möglich, stehen weitere Alternativen zur Verfügung: So können Substanzen aus der Reihe der sogenannten Prostaglandine in den Schwellkörper injiziert werden. Dazu lernt der Patient unter Anleitung des Arztes wie ein Zuckerkranker, der sich Insulin in die Bauchdecke mit einer hauchdünnen Nadel injiziert, solche Substanzen vor einem geplanten

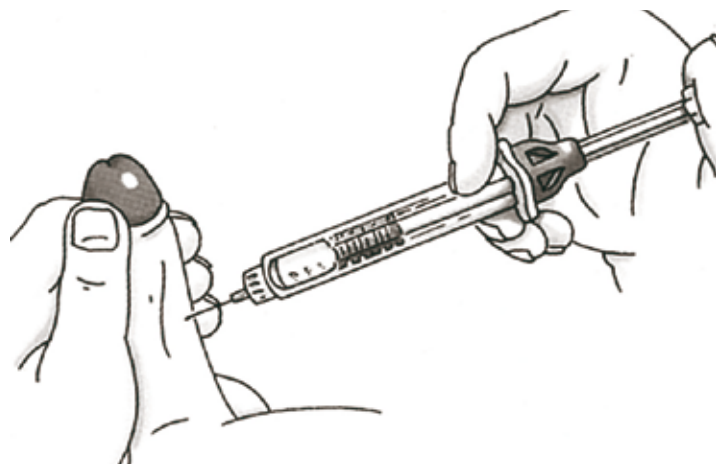


Abb.2: Prostaglandin-Injektion

Geschlechtsverkehr in den Penis zu injizieren. Nach Anleitung ist diese Behandlungsform ungefährlich und wird vom Patienten gut akzeptiert (Abb. 2).

Falls blutverdünnende Medikamente eingenommen werden müssen und eine solche Injektionsbehandlung nicht möglich ist, steht das sogenannte Harnröhrenzäpfchen zur Verfügung. Hier wird ein etwa linsengroßes Zäpfchen 3 cm tief in die Harnröhre eingebracht und einmassiert, so dass die durchblutungsfördernden Substanzen ebenfalls in den Penisschwellkörper gelangen können.

In Extremfällen muss eine hydraulische Schwellkörperprothese implantiert werden. Es handelt es sich um Silikonzylinder, die in den Schwellkörper eingebracht über einen Pumpenmechanismus im Hodensack „aufgeblasen“ werden können. Hiermit wird eine künstliche Erektion erreicht.

Weitere Hilfsmittel, die verschrieben und auch auf Krankenkassenkosten im Sanitätshandel erhältlich sind, stellen die Vakuumerektionshilfen dar. Hierbei wird ein Unterdruck in einem Glaszylinder, der über den Penis gestülpt ist, erzeugt. Dieser Unterdruck führt dazu, dass sich Blut im Penisschwellkörper

per versammelt. Dieses wird mit einem auf die Peniswurzel zurückgestreiften Gummiring beim Zurückfließen gehindert, so dass eine Art Gliedsteife entsteht (Abb. 3).

Grundsätzlich abgeraten werden muss von Medikamenten undefinierbaren Inhaltes, die teilweise im Internet aus dubiosen Quellen erworben werden können. Diese sind entweder völlig unwirksam oder aber enthalten sogar hochaktive Substanzen, die sich möglicherweise mit anderen Medikamenten, die ein Patient einnimmt, nicht vertragen und zu gefährlichen Nebenwirkungen führen können.

Insgesamt kann ein Patient mit Erektionsstörungen bzw. das Paar, das unter solchen leidet, nur aufgefordert werden, sich in ärztliche Behandlung zu begeben. Bisher ist das nur bei 10 Prozent der Betroffenen der Fall, wobei auch den anderen 90 Prozent nach ärztlicher Diagnostik in einem hohen Prozentsatz geholfen werden könnte. •



Abb. 3: Vakuumerektionshilfe

Die Neurogene Blase

Störungen des Nervensystems können sich auf die Blasenfunktion auswirken

Gesichter aus der Urologischen Klinik



Dr. Igor Sonak

Seit 1. April 2009 verstärkt Dr. Igor Sonak als Oberarzt die Urologische Abteilung am EVK Witten. In Bratislava geboren erhielt er seine schulische Ausbildung in Münster und Cambridge. Nach seinem Studium arbeitete er in Großbritannien, Hannover, Brilon, Magdeburg und Ahaus. Schwerpunkte seiner Arbeit bisher waren die medikamentöse Tumorthherapie und transurethrale Operationen (endoskopische Operationen durch die Harnröhre). Dr. Sonak ist verheiratet und hat vier Kinder. •

Jede neurologische Störung des zentralen oder peripheren Nervensystems kann eine Funktionsstörung der Harnblase nach sich ziehen. Dazu gehören Erkrankungen der Blutgefäße des Gehirns (Schlaganfall), Erkrankungen des Gehirns selbst (z. B. Multiple Sklerose oder Parkinson-Krankheit) oder Störungen der Nervenbahnen in die Peripherie (z. B. Querschnittslähmung, Polyneuropathie). Je nach dem Bild, das sich in der Blase ergibt, spricht der Fachmann von der „neurogenen Blasenentleerungsstörung“, „neurogenen Blasenspeicherstörung“ oder „überaktiven Blase“. Selten resultieren Koordinationsstörungen zwischen Harnblase und Schließmuskel, die „Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie“ (Abb. 1).

Neurogene Blasenentleerungsstörung

Werden z. B. durch einen Bandscheibenvorfall oder eine Querschnittslähmung die Nervenbahnen, die vom Gehirn zur Harnblase ziehen, gequetscht oder zerstört, erhält die Blase keine Impulse zur Entleerung. Der Patient kann nicht oder nur unvollständig Wasser lassen. Dies ist unter Umständen gefährlich, weil sich der Urinstau in der Harnblase bis zu den Nieren fortsetzen kann. Ein Nierenversagen mit drastischen Folgen wie Dialyse oder sogar Tod kann folgen, wenn nicht rechtzeitig eingegriffen wird.

Tückisch ist, dass der Patient durch die Störung der Nervenbahnen, die umgekehrt von der Blase zum Gehirn ziehen, die volle Blase nicht immer bemerkt und

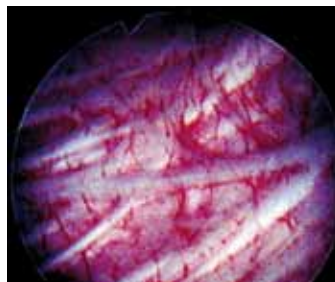


Abb. 1: Balkenblase bei Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie

häufiges Wasserlassen bzw. Urinverlieren (Urinträufeln) als normales Wasserlassen interpretiert.

Die Therapie besteht in der vorübergehenden oder dauerhaften Blasenentleerung über Katheter. Dies wird heute bei kooperativen, motivierten Patienten durch den sog. „intermittierenden Selbstkatheterismus“ durchgeführt. Der Patient lernt, mit speziellen, einfach zu handhabenden Kathetern seine Blase selbst zu entleeren. Begleitend dazu werden Medikamente verabreicht, die den Blasenausgang erweitern und solche, die den Blasenmuskel in seiner Kraft verstärken. In vielen Fällen gelingt es dann mit gleichzeitiger Behandlung der neurologischen Störung, die Blasenfunktion wieder herzustellen.

Ist der Patient durch eine Behinderung nicht in der Lage, sich selbst zu katheterisieren, wird ein Blasendauerkatheter gelegt. Dies kann über die Harnröhre oder über die Bauchdecke geschehen



Abb. 2: Bauchdeckenkatheter

(Abb. 2). Letztere Lösung ist für den Patient, dessen Harnröhre dann frei bleibt, mit größerem Tragekomfort verbunden. Wird so ein Ableitungssystem mit einem Beinbeutel (Urinauffangbeutel, der mit „Strapsen“ am Bein befestigt wird) kombiniert, ist auch bei behinderten Patienten eine größt mögliche Mobilität vorhanden (Abb. 3).



Abb. 3: Urinauffangbeutel am Bein

Überaktive Blase

Wird die Verbindung des Harntraktes zum Gehirn durch eine neurologische Erkrankung in Mitleidenschaft gezogen, kann die Harnblase ein „Eigenleben“ entwickeln. Der Patient muss häufig Wasser lassen, er muss nachts aufstehen und dem Harndrang sofort gehorchen, um keinen Urin zu verlieren (Abb. 4). Diese Symptome werden unter dem Begriff „Überaktive Blase“ oder englisch „overactive bladder“ – „OAB“ – zusammengefasst.

In der Behandlung werden sehr erfolgreich Medikamente aus der Gruppe der sog. „Anticholinergika“ eingesetzt. Diese dämpfen die Harnblase – der häufige Harndrang wird besser, der Patient kann länger bis zum nächsten

Wasserlassen einhalten und verliert keinen Urin mehr. Zur Auswahl stehen verschiedene Substanzen als Tabletten, Retardkapseln oder Pflaster.

Alle blasendämpfenden Medikamente haben Begleiterscheinungen, die sich aus ihrem Wirkprinzip ergeben: Sie dämpfen auch andere Eingeweideorgane wie den Darm oder die Speicheldrüsen. So klagen manche Patienten während ihrer erfolgreichen Behandlung der Blasenstörung über Verstopfung und Mundtrockenheit. Während sich die Betroffenen hier selbst mit „Hausmitteln“ gegen Verstopfung wie Trockenpflaumen, Milchkucker oder einfach ballaststoffreicher Ernährung helfen können oder bei trockenem Mund Kaugummi oder Drops nutzen, ist eine anderen Nebenwirkung tückischer: Bestimmte Anticholinergika können auch im Gehirn des Patienten anfluten und dort zu Konzentrationsmangel, Müdigkeit, Schlafstörungen und sogar Verwirrheitszuständen führen.

Eine Ausnahme stellt hier das Medikament Trosipiumchlorid dar, das als einziges nicht im Gehirn erscheint und bei dem solche Nebenwirkungen ausgeschlossen

sind. Dies belegt eine Fülle von medizinischen Untersuchungen: Im Gegensatz zu allen anderen Substanzen aus der Gruppe der Anticholinergika führt die Behandlung mit Trosipiumchlorid nachgewiesenermaßen zu keinen Veränderungen der Hirnströme im EKG, des Schlafes, der Fahrtüchtigkeit und der Konzentrationsfähigkeit. Ein weiterer Vorteil dieser Substanz ist der unproblematische Abbau: Eine Belastung der Leber, die bei Älteren schon viele wichtige Medikamente für die neurologische Erkrankung, das Herz oder den Kreislauf verstoffwechseln muss, unterbleibt. Trosipiumchlorid wird über den Harn ausgeschieden und kann so auch direkt und lokal auf die Blase einwirken.

In den Fällen, in denen auch eine Hoch-Dosis-Therapie nicht zum gewünschten Erfolg führt, kann eine Botulinum-Toxin-Behandlung der Harnblase notwendig werden. Dabei wird ein Produkt eines bestimmten Bakteriums in die Blasenwandung eingespritzt (Abb. 5). Dazu ist eine Blasen Spiegelung in Narkose erforderlich. Der Effekt setzt nach zwei Wochen ein und hält individuell drei bis sechs, manchmal neun Monate an. Dann müsste die Behandlung wiederholt werden.

Sie ist mit dem Risiko verbunden, dass sich die überaktive Blase vorübergehend schlechter oder gar nicht entleert – was für die Betroffenen einen Fortschritt darstellt. Sie müssen dann zwar ihren Urin über einen Selbstkatheterismus entleeren (s.o.), ihre Lebensqualität steigt jedoch ohne Inkon-

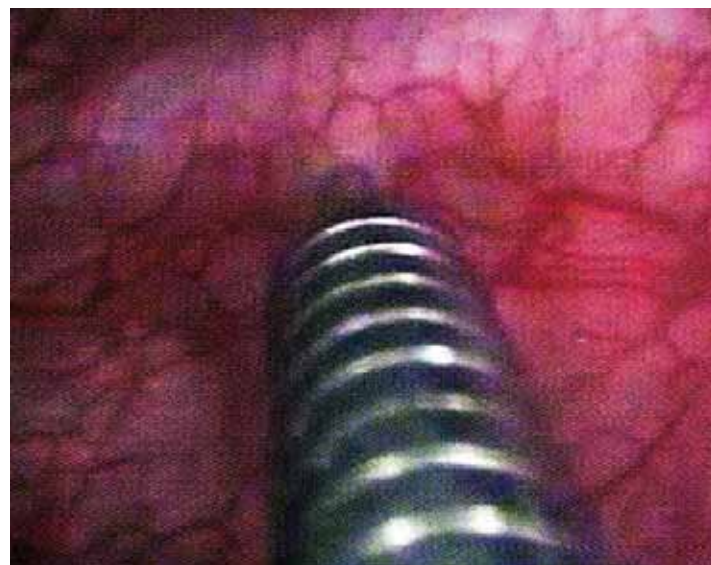


Abb. 5: Botulinum-Toxin-Injektion

tinenz und ohne Vorlagen. Diese finden sich zwar immer häufiger in Wurfesendungen von Supermärkten und Apotheken als „normale“ Produkte, sie verhindern jedoch, dass Betroffene einer vernünftigen Behandlung zugeführt werden und bewirken, dass sie sich schamhaft selbst versorgen und aus dem sozialen Leben zurückziehen.

Für wenige ausgewählte Patienten kommt ein operatives Verfahren in Frage, das sich mit dem Begriff „Blasenschrittmacher“ be-

schreiben lässt (Abb. 6). Ein unter die Haut verpflanzter Schrittmacher sendet ein Störfeuer von elektrischen Impulsen an die Nervenwurzeln des Rückenmarks, die zur Blase führen und „täuscht“ so das System: Der Harndrangimpuls kann nicht zum Gehirn „durchdringen“. Die Behandlungsmethode ist effektiv, wenn auch sehr aufwändig und noch von einigen Problemen behaftet: Dazu gehören Batterieerschöpfung und Störungen der Signalübertragung durch Narbenprozesse. •

Datum	Uhrzeit	Urin in ml	Restharn in ml
Beispiel: 17.01.03	12.30	100 ml	50 ml
14.5.	0 ⁰⁵	100	25 ml
	1 ²⁰	120	50 ml
	4 ⁴⁰	75	37 ml
	9 ²⁵	100	165 ml
	3 ⁰⁰	120	133 ml
	4 ²⁵	70	105 ml
	7 ⁵⁰	115	176 ml
	8 ²⁰	30	

Abb. 4: Blasentagebuch

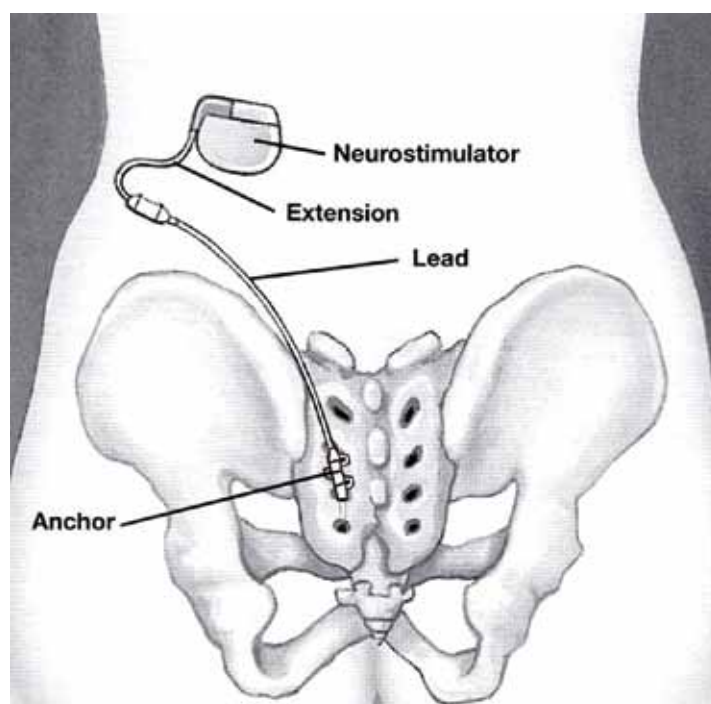


Abb. 6: Blasenschrittmacher

Spitzenmodell mit Doppler-Funktion

Urologische Klinik erhält neues Ultraschallgerät für 45.000 Euro

Gesichter aus der Urologischen Klinik



Dr. Ruslan Maykan

Im April 2009 begann Dr. Ruslan Maykan als Assistenzarzt seine Tätigkeit in der Urologischen Klinik. Nach seinem Studium in Essen blickt er auf eine sechsmonatige Beschäftigung in der Chirurgie der Essener Uniklinik unter Prof. Broelsch und eine knapp einjährige urologische Tätigkeit am Marienhospital Gelsenkirchen zurück und strebt die Facharzt Ausbildung zum Urologen an. Er ist verheiratet und wird sich muttersprachlich verstärkt um die Betreuung russischer Patienten kümmern. •

Die Urologen des Evangelischen Krankenhauses konnten kürzlich ihr neues Ultraschallgerät der Firma „b & k medical“ in Empfang nehmen. Das Spitzenmodell der auf dem Sektor des urologischen Ultraschalles marktführenden internationalen Firma mit deutschem Sitz in Quickborn zählt mit einem Investitionsvolumen von 45.000 Euro neben dem Lithotryptor (Steinzertrümmerer) und dem Greenlight-Laser (KTP-Grünlicht-Laser zur Prostata-Behandlung) zu den teuersten Geräten der Abteilung.

Dr. Janusz Machura, leitender Oberarzt der urologischen Abteilung, erklärt, dass das Gerät nicht nur eine exzellente Auflösung bietet, sondern mit seinen drei Ultraschall-Sonden für die Nieren und Blase, Hoden und Nebenhoden sowie mit der rektalen Sonde für die

Prostata in einem Gerät alle Untersuchungen urologischer Organe abdeckt.

Alle Sonden sind mit der sogenannten Doppler-Funktion ausgerüstet, ergänzt Chefarzt Dr. Andreas Wiedemann. Damit können Blutgefäße in den Organen sichtbar gemacht werden und Blutflüsse gemessen werden. Dies sind wichtige Untersuchungen z. B. bei der Klärung der Ursachen für Hoden- oder Nierenschmerzen und bei der Untersuchung eines Mannes mit Erektionsstörungen. Das neue Ultraschallgerät ist besonders leise, fahrbar und mit seinem abnehmbaren Bedienteil auch für Untersuchungen im Patientenzimmer oder auf der Intensivstation geeignet, so Ralph Müller von der Medizintechnik des Evangelischen Krankenhauses Witten.

In Zukunft planen die Urologen mit dem Gerät in



Das neue Ultraschallgerät im Einsatz.

Kooperation mit der Strahlentherapie des Krankenhauses die Brachytherapie des Prostatakarzinoms. Bei dieser Behandlungsmethode werden ultraschallgestützt strahlende Metallstifte in die krebsbefallene Prostata eingesetzt. Damit bleibt dem Patienten in ausgewählten Fällen eine Operation erspart. •

Große Urologen (1) - Joseph-Frédéric-Benoit Charrière

Woher kommt eigentlich die Bezeichnung „Charrière“ für eine Kathetergröße?

Joseph-Frédéric-Benoit Charrière war französischer Messerschmied im 19. Jahrhundert und betrieb 1820 eine eigene Firma für chirurgische Instrumente. Diese Firma war weit über die Grenzen von Paris und Frankreich bekannt und beschäftigte 1844 schon über 400 Mitarbeiter. Charrière war Erfinder zahlreicher Legierungen und sinnvoller Mechanismen aus der Kombination von Metall und Gummi, „unsterblich“ hat er sich durch eine eigene Maßeinheit gemacht: 1

„Charrière“ = 1/3 Millimeter. Diese Maßeinheit hat sich bis heute in der Medizin gehalten. So ist ein Katheter von 12 Charrière entsprechend 4 mm dick. Diese Messgröße



Joseph-Frédéric-Benoit Charrière

wird tagtäglich in der Medizin - nicht nur in der Urologie, sondern auch in der Chirurgie und Kardiologie - als Maßeinheit für Katheter, Sonden, Schläuche oder Drähte aller Art benutzt.

Als kleine Anekdote sei erwähnt, dass amerikanische Mediziner seinen Namen abkürzen als „French“, weil er ihnen zu kompliziert und europäisch klingt – damit geistert Joseph-Frédéric-Benoit Charrière als „Franzose“ sozusagen verstümmelt durch die amerikanische Landschaft... •

Gastbeitrag von Dr. Jacek Kociszewski, Chefarzt der Frauenklinik am Ev. Krankenhaus Hagen-Haspe

Der Urogynäkologische Ultraschall

Die Sonographie ist ein unverzichtbarer Bestandteil der urogynäkologischen Diagnostik. Sie hat sich im Rahmen der Diagnostik von Inkontinenz und Beckenbodenfunktionsstörungen einen festen Stellenwert erobert und radiologische Techniken weitgehend abgelöst.

Dabei werden vor allem die Perineal-, die Introitus- und die Endoanalsonographie verwendet. Als dynamisches Verfahren verbindet die sog. Pelvic-Floor-Sonographie die Vorteile der Introitus- mit der vaginalen Sonographie, in der alle Kompartimente des weiblichen Beckenbodens sowohl in Ruhe, als auch in der Bewegung dargestellt werden können. Die Position und die Mobilität des Blasen Halses können beurteilt, ein Trichter der Harnröhre als anatomisches und beweisen- des Korrelat einer Belastungsinkontinenz dargestellt werden. Bei der Abklärung von Drangsymptomen können manchmal Urethradi-



Abb. 1: Zwei kleine Ausbuchtungen der Harnröhre (sog. Divertikel)

vertikel (Abb. 1), Myome und Zysten in der Vaginalwand mit dem Ultraschall erkannt werden und dann zu einer weiterführenden Diagnostik Anlass geben.

Senkungen der Harnröhre, der Blase, der Gebärmutter, des Dünndarmes und des



Dr. Jacek Kociszewski

Enddarmes können zuverlässig erkannt und differenziert werden. Somit ist dem geschulten Untersucher mit der Sonographie ein Instrument in die Hand gegeben, um vorhandene Befunde zu objektivieren und auch zu dokumentieren. Aus den auf diese Weise erhobenen Befunden, freilich unter Einbeziehung der Anamnese, der klinischen Untersuchung und Blasendruckmessung lassen sich schlüssige effiziente Therapiekonzepte sowohl aus dem konservativen als auch operativen Spektrum erstellen.

Auch postoperativ bietet die Pelvic-Floor-Sonographie hervorragende Möglichkeiten, die durchgeführten Operationen zu evaluieren,

postoperative Komplikationen zu klären und die erreichten Ergebnisse im weiteren zeitlichen Verlauf zu bewerten. Auch lang anhaltende Beschwerden können auf diese Weise geklärt und somit mit gezielten Therapien behoben werden.

In der Abb. 2 kommt eine implantierte TVT-Schlinge in der Transversalebene zur Darstellung.

Neben der Pelvic-Floor-Sonographie wird immer auch die Harnblase von abdominal geschallt und beurteilt (Differenzierung von verschiedenen Blasen-senkungen, Restharnbestimmung) und ebenfalls der obere Harntrakt eingesehen werden (Nephrosonographie).

Die Sonographie ist eine ergänzende Untersuchung in der urogynäkologischen Di-



Abb. 2: TVT-Bändchen postoperativ

agnostik. Sie ermöglicht die funktionell-morphologische Dokumentation. Eine zuverlässige urogynäkologische Diagnostik basiert weiterhin auf den Eckpfeilern Anamnese, klinische Untersuchung, Urodynamik und Bildgebung. •

Gemeinsam für mehr Lebensqualität

Kontinenzentrum Hagen-Witten hilft Menschen, die an Inkontinenz leiden

Impressum

Herausgeber

Klinik für Urologie
Evangelisches Krankenhaus
Witten gGmbH
Pferdebachstraße 27
58455 Witten

Geschäftsführer

Jörg Friedrich

Redaktion / Kontakt

Dr. Andreas Wiedemann,
Chefarzt Klinik für Urologie
Tel.: 02302/175-2521
kbrinkmann-neumann@
diakonie-ruhr.de

Jens-Martin Gorny,
Öffentlichkeitsreferat
Tel.: 02302/175-2228
jm.gorny@diakonie-ruhr.de



Das Ärzteteam des Kontinenz- und Beckenbodenzentrums Hagen-Witten beim Gründungssymposium in Herdecke (v.l.): Dr. Jochen Steimann, Dr. Andreas Wiedemann, Dr. Jacek Kociszewski, Dr. Bernward Mölle, Dr. Hubertus Köller und Dr. Ulrich Weitkämper.

„Inkontinenz ist noch immer ein Taubthema, das die Betroffenen in ihrem Alltag extrem einschränkt und belastet“, erklärt Dr. Andreas Wiedemann. Der Chefarzt der Urologie am Evangelischen Krankenhaus Witten und seine Partner, die gemeinsam das Kontinenz- und Beckenbodenzentrum Hagen-Witten gegründet haben, möchten den Betroffenen in der Region zu mehr Lebensqualität verhelfen – und gegen das gesellschaftliche Tabu von Inkontinenz angehen.

Dazu bündelt das Zentrum die Kompetenz von Ärzten der Urologie, Koloproktologie und Viszeralchirurgie, Geriatrie sowie Neurologie. Mitglieder sind die Klinik für Urologie (Chefarzt Dr. Andreas Wiedemann) und für Geriatrie (Chefarzt Dr. Ulrich Weitkämper) am Evangelischen Krankenhaus Witten, die Frauenklinik am Evangelischen Krankenhaus Hagen-Haspe (Chefarzt Dr. Jacek Kociszewski), die Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie (Chefarzt Dr. Bernward Mölle) und für Neurologie (Chefarzt Dr. Hubertus Köller) am Katholischen Krankenhaus in Hagen sowie als Ko-

operationspartner Dr. Jochen Steimann aus Hagen.

Die Fachärzte arbeiten städteübergreifend und über die Grenzen der medizinischen Disziplinen hinweg zusammen. Anhand von zwei Beispielen verdeutlicht Dr. Wiedemann die Zusammenarbeit. So sei etwa eine 80-jährige Patientin mit einer überaktiven Blase zum Gynäkologen nach Hagen-Haspe gegangen. Doch in der Frauenklinik bekamen die Ärzte die Ursache – eine Harnwegsinfektion – mit Tabletten nicht in den Griff. Also schickte Dr. Kociszewski die Seniorin zu Dr. Wiedemann nach Witten. Der stellte fest, dass die Blasenentzündung einer Lokalbehandlung bedarf und die Blase verschorft war. Er entfernte den Schorf operativ und spülte die Blase – die Beschwerden besserten sich. Zweites Beispiel ist der Fall einer 70-jährigen



Zuhörer beim Gründungssymposium.

Frau, die mit einer gestauten Niere zur Behandlung in die Urologie des Evangelischen Krankenhauses Witten kam. Dr. Wiedemann stellte fest, dass ein extremer Blasen- und Gebärmuttervorfall die Ursache war. Nachdem er die Harnleiter geschient hatte, überwies er die Patientin zur Operation zu Dr. Kociszewski nach Haspe, der die extrem abgesenkte Gebärmutter entfernte und den Blasenvorfall beseitigte.

Die Erkrankungen der Patienten und die nächsten Schritte für die weitere Therapie besprechen die Fachärzte bei regelmäßigen Treffen. Für die Patienten bedeutet der direkte Draht der Spezialisten untereinander eine schnellere und effizientere Hilfe bei ihren Beschwerden. Mehrfache Untersuchungen bleiben ihnen so erspart. „Aufgabe des Kontinenzentrums ist es, die Beschwerden von Patienten mit ungewolltem Urin- und Stuhlverlust umfassend zu diagnostizieren und zu lindern“, verdeutlicht Dr. Wiedemann das Ziel der Zusammenarbeit. •

www.kontinenzzentrum-hagen-witten.de