Informationen zur Beckenbodensenkung

Ihr Weg zu einer verbesserten Lebensqualität

Inhalt

Der gesunde Beckenboden **4**

Funktionsstörungen des Beckenbodens **6**

Symptome & Ursachen **8**

Vorbeugung & Diagnose **9**

Behandlungsmöglichkeiten **10**

Behandlung mit Netzen **17**

Studien & Nachweise **23**

Bitte beachten Sie, dass diese Informationen nicht der Selbstdiagnose dienen. Sie ersetzen in keinem Fall eine ärztliche Diagnose. Sprechen Sie daher schon frühzeitig mit Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin, wenn Sie Symptome feststellen und lassen Sie sich zu Ihren individuellen Möglichkeiten beraten.

Liebe Patientin,

lachen Sie nicht mehr gerne herzlich, weil Sie dabei oft unkontrolliert Urin verlieren? **Können Sie nicht mehr Fahrrad fahren,** weil Sie dabei Schmerzen im Unterleib haben? **Verlassen Sie ungern das Haus,** weil Sie das Gefühl haben, alle paar Minuten eine Toilette zu benötigen?

Ursache für solche Beschwerden kann eine **Senkung des Beckenbodens** sein. Viele Frauen sind irgendwann in ihrem Leben davon betroffen.

Eine geringe Senkung merkt man in der Regel kaum. Wenn die **Senkung jedoch ausgeprägter ist,** sind die Symptome deutlich zu spüren und können **viel Lebensqualität nehmen.** Bei einer ausgeprägten Senkung können Organe – wie die Blase, die Gebärmutter oder der Darm – die Vaginalwand nach außen stülpen.

Zum Glück gibt es heute Möglichkeiten, eine Beckenbodensenkung **effektiv zu behandeln.** Welche das sind, erfahren Sie in dieser Broschüre.

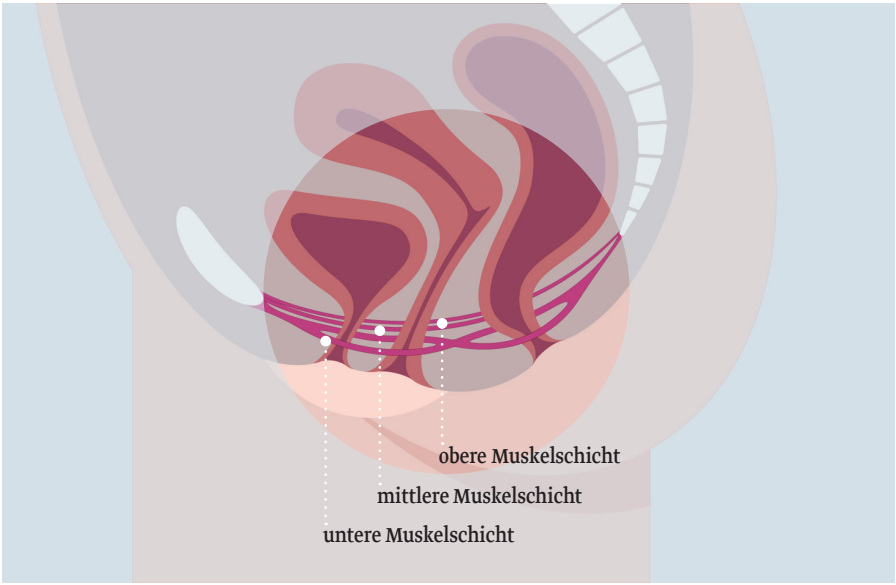
Wir wünschen Ihnen eine gute Gesundheit!

Ihr pfmmedical-Team

Was ist der Beckenboden?

Der Beckenboden besteht aus Muskeln, Bändern und Bindegewebe und verschließt die knöcherne Beckenhöhle nach unten. Er besteht aus drei Muskelschichten: Die **obere Schicht** ist im kompletten Beckenraum gespannt und trägt die Hauptlast der Organe. Sie ist die stabilste Schicht. Die **mittlere Schicht** liegt im vorderen Beckenbereich unter der Blase. Die **unterste Schicht** legt sich, in Form einer Acht, von vorne nach hinten um die Körperöffnungen und enthält die Schließmuskeln.

Muskelschichten im gesunden weiblichen Körper



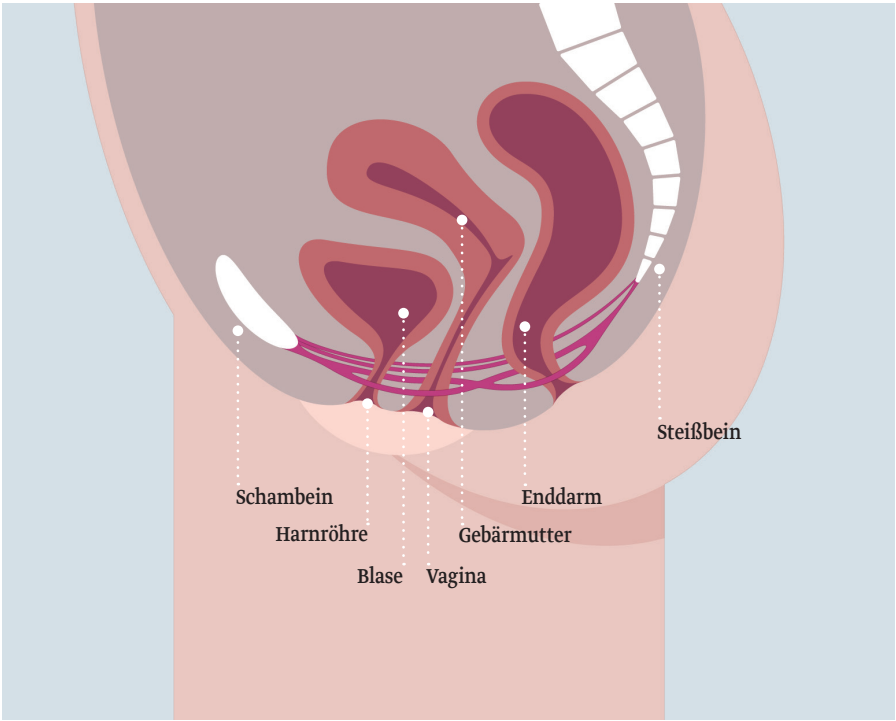
Bei Frauen hat die Beckenbodenmuskulatur eine zusätzliche Öffnung für die Scheide und sie ist etwas anders aufgebaut als bei Männern, um bei einer Geburt dehnfähiger zu sein. Dadurch ist der Beckenboden bei Frauen auch anfälliger für Störungen.

Was ist die Funktion des Beckenbodens?

Der Beckenboden stützt die inneren Organe und sorgt dafür, dass die Schließmuskeln von Blase und Darm funktionieren. In der Schwangerschaft stabilisiert er darüber hinaus die Gebärmutter und das ungeborene Kind.

Unterstützt wird der Beckenboden von der Bauch- und Rückenmuskulatur. Die Bauchmuskulatur hilft, indem sie Druckbelastungen, die beispielsweise beim Niesen, Husten oder Springen entstehen, abfedert. Die Rückenmuskulatur hält gemeinsam mit der Bauchmuskulatur das Becken stabil.

Gesunder weiblicher Beckenboden



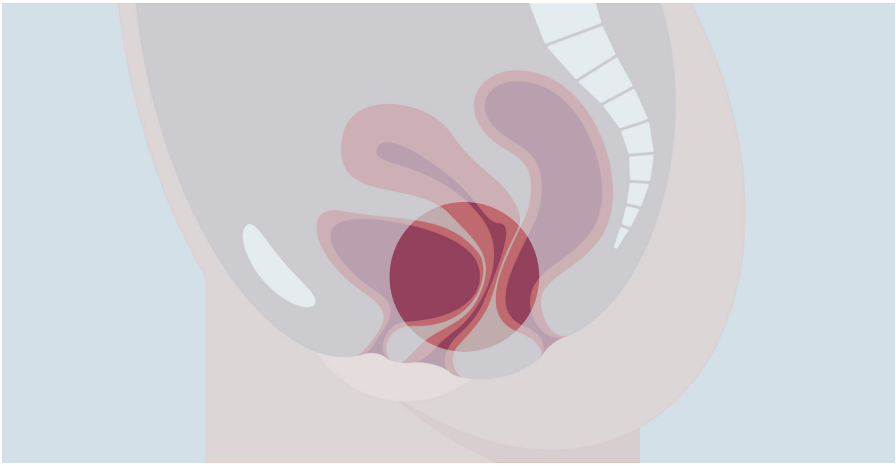
Welche Funktionsstörungen des Beckenbodens können auftreten?

Eine geschwächte Beckenbodenmuskulatur führt sehr häufig zu Harn- oder Stuhlinkontinenz.

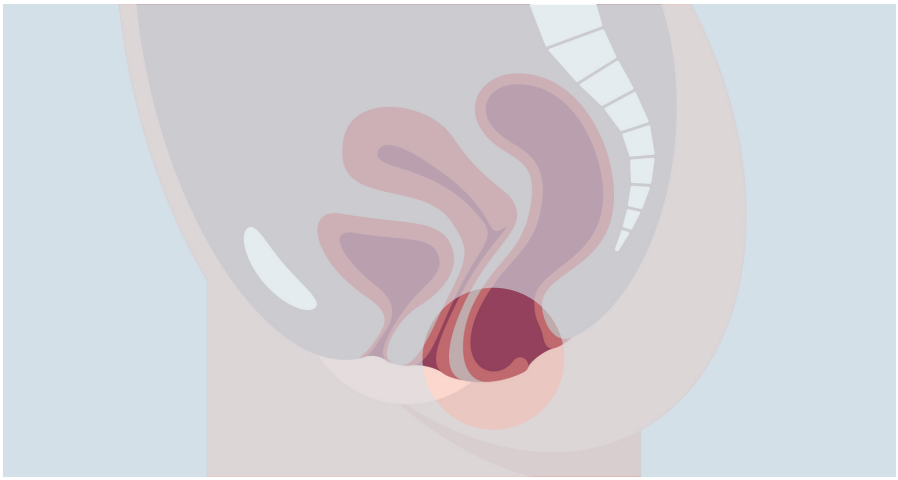
Viele Frauen haben darüber hinaus mit einer Senkung der Blase, Gebärmutter oder Vagina zu kämpfen, wenn die Beckenbodenmuskulatur schwächer wird. Nahezu die Hälfte aller Frauen, die Kinder zur Welt gebracht haben, ist davon betroffen.

In den schlimmsten Fällen kann es auch zu einem Prolaps (Organvorfall) kommen, bei dem Blase, Vagina, Gebärmutter oder gar der Darm die Vaginalwand nach außen stülpen.

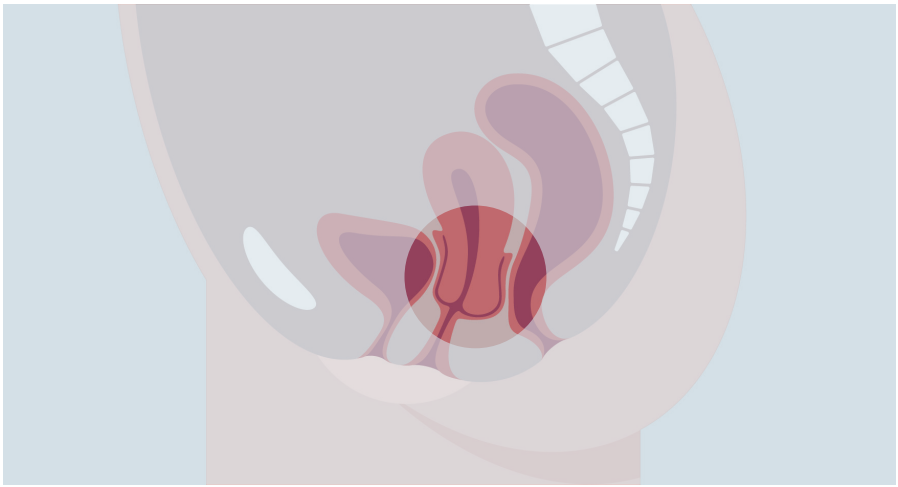
Die gängigsten Krankheitsbilder



Zystozele (Blasensenkung/Blasenvorfall)
Senkung der Harnblase in die vordere Scheidenwand



Rektozele (Mastdarmsenkung/Mastdarmvorfall)
Senkung des Enddarms in die hintere Scheidenwand

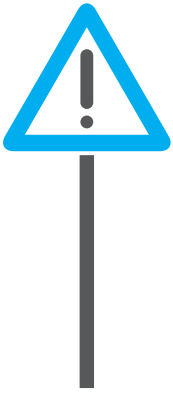


Uterusprolaps (Gebärmuttersenkung/Gebärmuttervorfall)
Senkung der Gebärmutter

Was sind die Symptome?

Verschiedene Symptome können auf eine Beckenbodensenkung hinweisen. Die häufigsten sind:

- **Belastungsinkontinenz**
  Urinverlust, zum Beispiel beim Husten, Niesen, Lachen oder beim Heben schwerer Lasten
- **Dranginkontinenz**
  Häufig und sehr plötzlich auftretender, starker und nicht beherrschbarer Harndrang mit unwillkürlichem Urinverlust
- **Schmerzen beim Wasser lassen**
- **Schmerzen beim Geschlechtsverkehr**
- **Störungen oder Schmerzen beim Stuhlgang**



Was sind die Ursachen?

Eine Bindegewebsschwäche kann das Risiko für eine Senkung erhöhen. Diese Schwäche des Gewebes kann durch vaginale Geburten, genetische Veranlagung oder altersbedingt, durch den jahrelangen Druck der Organe im Bauchraum, entstehen. Zudem können folgende Faktoren eine Beckenbodensenkung begünstigen:

- **Schwere körperliche Arbeit**
- **Übergewicht**
- **Nikotinkonsum**
- **Chronische Verstopfung**

Wie kann ich vorbeugen?

Minimieren Sie Ihr Risiko! Es ist allerdings nicht möglich, eine Beckenbodensenkung durch vorbeugende Maßnahmen komplett zu verhindern – weil man zwar das Muskelgewebe trainieren kann, nicht aber das Bindegewebe.

Es ist aber möglich, das Risiko durch bestimmte Verhaltensweisen zu minimieren. Regelmäßiges Training der Beckenbodenmuskulatur, die Vermeidung unnötiger Belastungen und angepasste Hebe- und Tragetechniken reduzieren die Belastung des Beckenbodens. Bei Frauen nach den Wechseljahren kann durch gezielte vaginale Östrogengabe das Gewebe günstig beeinflusst werden.

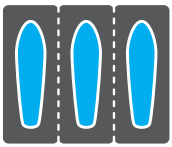
Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?

Für die Auswahl der geeigneten Therapie ist im ersten Schritt eine umfassende Diagnostik entscheidend.

Darüber hinaus ist die Betrachtung der individuellen Bedürfnisse der Patientin entscheidend – die Patientin muss ausführlich befragt und beraten werden. Die Auswahl einer geeigneten Behandlungsmethode sollte dann in enger Abstimmung mit der Patientin und mit dem einweisenden Arzt oder der einweisenden Ärztin erfolgen.

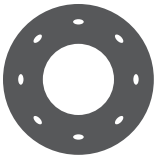
Welche konservativen Therapien gibt es?

- **Abbau von Risikofaktoren**
  Zum Beispiel Übergewicht, Nikotinkonsum oder chronische Verstopfung.



- **Lokale Östrogentherapie**
  Bei Frauen nach den Wechseljahren kann diese sinnvoll sein, um das Gewebe zu stärken. Durch die vaginale Verabreichung des Hormons können unerwünschte Nebenwirkungen vermieden werden.

- **Gezieltes, physiotherapeutisch angeleitetes Beckenbodentraining**
  Eine Senkung kann stabilisiert werden, wenn noch kein Prolaps vorliegt.



- **Pessare**
  Pessare sind Ringe, Würfel oder Schalen aus Silikon, die tagsüber in die Vagina eingesetzt werden.
  Sie helfen, den Beckenboden zu stabilisieren und drücken abgesenkte Organe wieder nach oben. Pessare können eingesetzt werden, wenn eine Operation noch nicht sinnvoll, nicht gewünscht oder aufgrund des allgemeinen Gesundheitszustands der Patientin nicht möglich ist.

Erst wenn die konservativen Therapieoptionen ausgeschöpft sind, die Senkungen sehr ausgeprägt sind oder wiederholt auftreten, sollte ein operativer Eingriff in Betracht gezogen werden.

Operative Behandlung

Für eine operative Behandlung mit hohen Erfolgschancen sind, neben der richtigen Auswahl der Behandlungsmethode, auch die Fähigkeiten und die Erfahrung des Arztes oder der Ärztin sowie die jeweils geeigneten Materialien entscheidend. Aus diesem Grund empfiehlt sich eine Behandlung in einem, auf Beckenbodenerkrankungen spezialisierten, Kompetenzzentrum in Deutschland.

In der Regel werden folgende Untersuchungen vorgenommen, um eine detaillierte Diagnosestellung zu gewährleisten. Sie sind die Basis für die Auswahl der richtigen OP-Methode:

- **Ultraschall- oder Röntgenuntersuchung**
  Zur Beurteilung der Lageveränderung von Harnröhre, Blase, Scheide, Gebärmutter und Darm

- **Urodynamische Untersuchung**
  Um die Speicherfunktion der Blase abzuprüfen

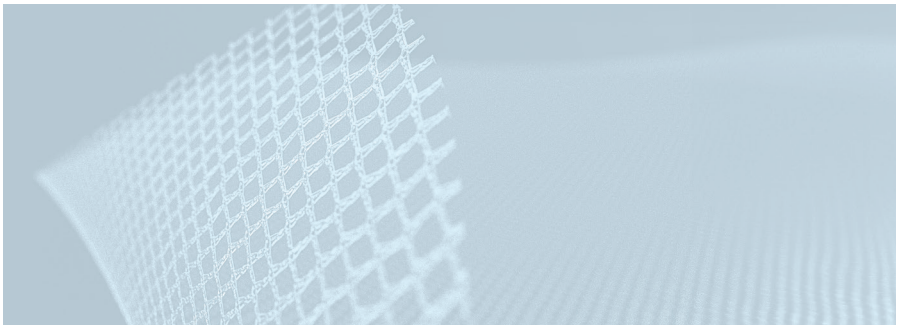
- **Röntgenuntersuchung oder Kernspinaufnahme**
  Zur Prüfung der Darmfunktion

- **Endoskopische Untersuchung**
  Von Blase oder Enddarm

Auswahl des OP-Verfahrens

Grundsätzlich kann man zwischen zwei Verfahren unterscheiden:

- **Nutzung des Eigengewebes für die Stabilisierung der Organe**
- **Einsatz von Kunststoff- bzw. Polypropylennetzen**



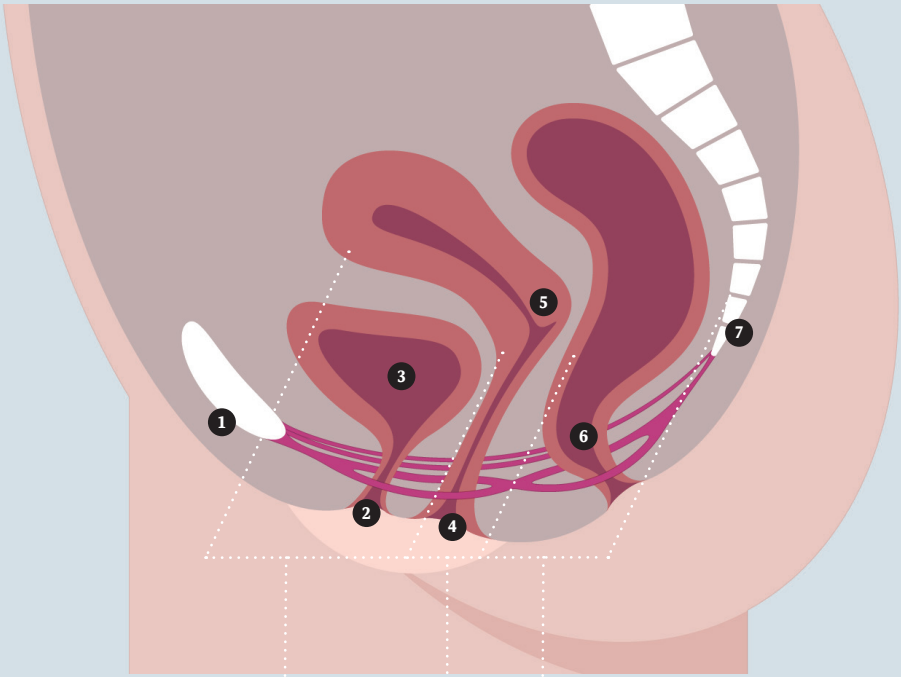
Der Einsatz von Polypropylennetzen hat in den letzten Jahren zugenommen, insbesondere bei wiederkehrenden Senkungen (Rezidiven) oder wenn maximale Stabilität gewünscht ist. Dank Materialverbesserungen und verbesserter OP-Techniken kann der Einsatz von Netzimplantaten heute gute anatomische und funktionelle Ergebnisse erzielen.

Das Operationsverfahren richtet sich auch danach, in welchem Bereich des Unterleibs die Senkung oder der Prolaps auftritt. Man unterscheidet hier zwischen Vorfällen im

- **Vorderen Kompartiment (Blase und Harnröhre),**
- **Mittleren Kompartiment (Vagina und Gebärmutter) und**
- **Hinteren Kompartiment (Enddarm).**

Eine Senkung in mehreren Kompartimenten ist dabei nicht ausgeschlossen.

Beckenbodenbereiche



Vorderes (anteriores) Kompartiment

Hinteres (posteriores) Kompartiment

Mittleres Kompartiment*

1 Schambein
2 Harnröhre
3 Blase
4 Vagina
5 Gebärmutter
6 Enddarm
7 Steißbein

* In der Regel wird heute organerhaltend operiert. Bei einem Gebärmutterprolaps kann jedoch die Entfernung der Gebärmutter (Hysterektomie) sinnvoll sein. Dies wird in der Regel jedoch nur bei Frauen in Betracht gezogen, die keinen Kinderwunsch (mehr) haben.

Vorderes (anteriores) Kompartiment

- **Anteriores Netz**
  Bei diesem Verfahren wird ein Kunststoffnetz zwischen Blase und vordere Scheidenwand gebracht.
- **Anteriore Kolporrhaphie / vordere Scheidenplastik**
  Bei diesem Verfahren werden die vordere oder die hintere Scheidenwand mit chirurgischen Nähten gestrafft und so der Senkung entgegengewirkt.
- **Kolposuspension / paravaginale Defektkorrektur**
  Bei diesem Verfahren werden die Scheidenwand und der Blasenhals angehoben und mit Haltefäden am vorderen Becken verankert.

Mittleres Kompartiment

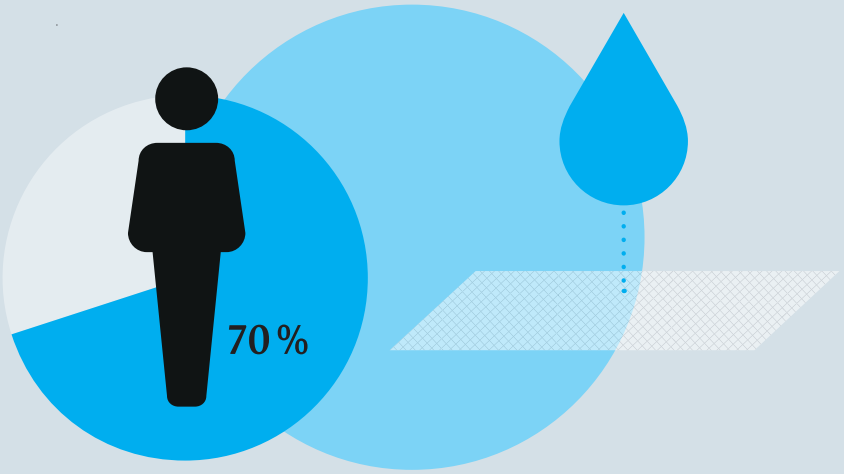
- **Laterale Suspension, z.B. nach Dubuisson**
  Bei diesem Verfahren werden die Netzarme seitlich hinter das Bauchfell gezogen und so im Körper physiologisch aufgehängt.
- **Sakrokolpopexie**
  Bei Senkungen oder Prolaps im mittleren Kompartiment kann die Scheide wieder angehoben werden, indem ein Kunststoffnetz zwischen Scheidenstumpf und Kreuzbein gespannt wird.
- **Sakrospinale Fixation**
  Die Scheide wird mittels Haltefäden an Ligamenten im hinteren Becken fixiert.

Hinteres (posteriores) Kompartiment

- **Posteriores Netz**
  Bei diesem Verfahren wird ein Kunststoffnetz zwischen hintere Scheidenwand und Rektum gebracht. Die Befestigung des Netzes erfolgt in stabilen Strukturen des Beckenbodens.
- **Posteriore Kolporrhaphie / hintere Scheidenplastik**
  Bei diesem Verfahren werden vordere oder hintere Scheidenwand mit chirurgischen Nähten gestrafft und so der Senkung entgegengewirkt.

Vorteile von titanisierten Netzen

Netzimplantate sind synthetisch hergestellte Implantate, die aus resorbierbaren oder nicht-resorbierbaren Materialien bestehen. Beispielsweise können Kunststoffnetze zudem titanisiert sein. Der Vorteil von titanisierten Netzen gegenüber herkömmlichen synthetischen Netzen ist, dass sie Dank der Titanisierung wasserliebend sind. Dadurch kommt es im Körper zu weniger Entzündungsreaktionen[1] und damit zu einer geringeren Neigung zur Bildung von Narbengewebe und Netzschrumpfung.

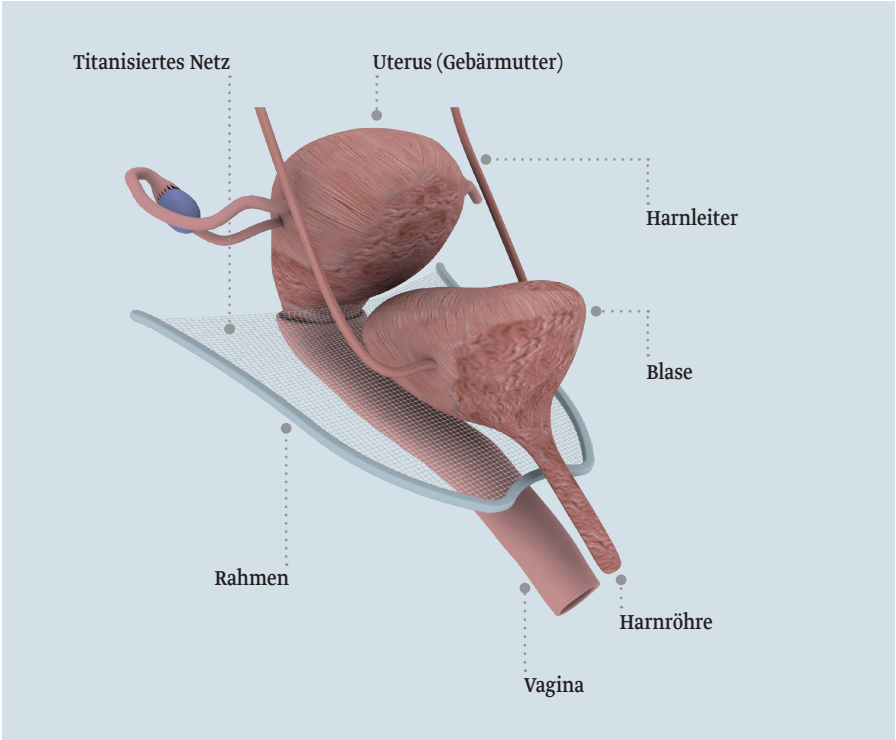


Der menschliche Körper **Wasserliebendes Netzimplantat**

Der menschliche Körper besteht zu ungefähr 70% aus Wasser.
Die titanisierte und dadurch wasserliebende Oberfläche unserer Netzimplantate führt somit zu einer besseren Verträglichkeit.[1,2]

Ankerloses Single-Incision-System

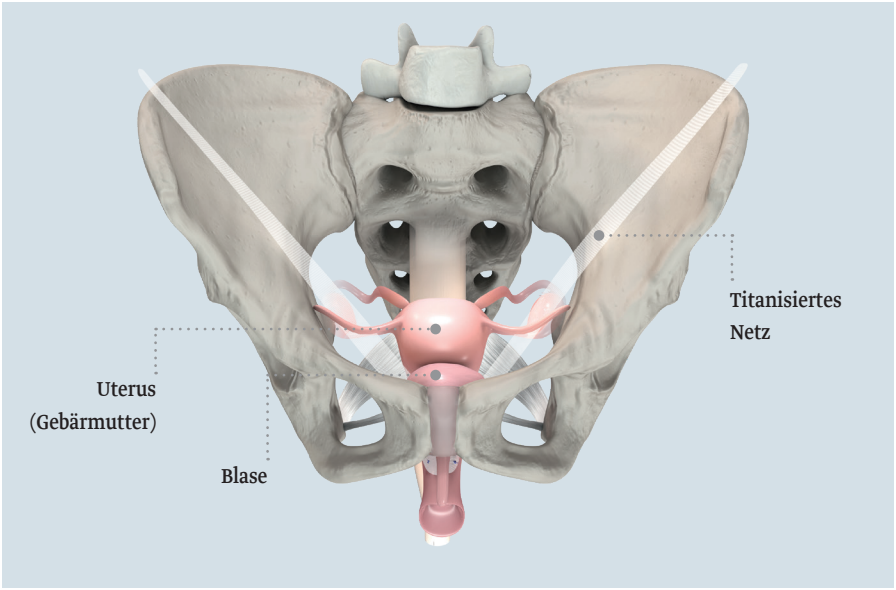
Das vordere ankerlose Netzimplantat ermöglicht die chirurgische Behandlung einer Blasensenkung mit oder ohne Beteiligung der Gebärmutter. Das Implantat benötigt keine zusätzlichen Anker- oder Fixiersysteme. Es besteht aus einem Rahmen, in dem ein titanisiertes Netz gespannt ist. Das Implantat wird durch die Vagina eingesetzt. Der Eingriff dauert knapp 25 Minuten.[3] Nach einer Studie liegt die subjektive Erfolgsrate (von den Patientinnen beurteilt) bei diesem Verfahren bei 95,7 %.[3] Die anatomische Erfolgsrate (von Fachleuten beurteilt) liegt danach bei 94,3 %.[3] Der Einsatz des vorderen ankerlosen Implantats führt damit zu einer verbesserten Lebensqualität für die Patientinnen.

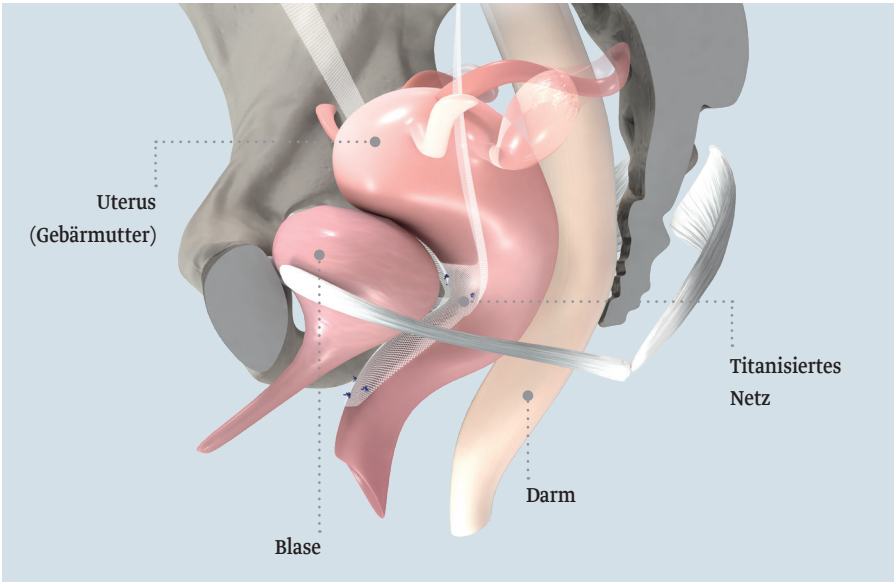


Laparoskopisch-laterale Suspension nach Dubuisson

Neben dem Zugangsweg über die Vagina besteht die Möglichkeit, ein Netz laparoskopisch einzusetzen. Bei einer laparoskopischen Operation wird die Bauchdecke durch kleine Schnitte geöffnet. Durch diese Öffnungen werden dann die Instrumente und das Netz eingeführt und die Operation durchgeführt. Diese Technik nennt man laparoskopisch-laterale Suspension nach Dubuisson.

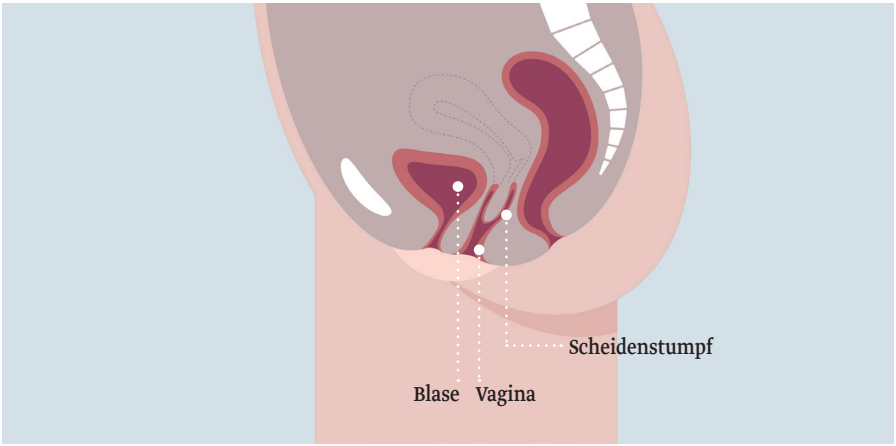
Das Netz für diese Operationstechnik besteht aus zwei Netzarmen und einer Netzzunge. Die Netzzunge wird an der Gebärmutter oder der Vagina befestigt. Die Netzarme werden seitlich hinter das Bauchfell (Peritoneum) gezogen und so im Körper, ohne weitere Verankerung, aufgehängt.

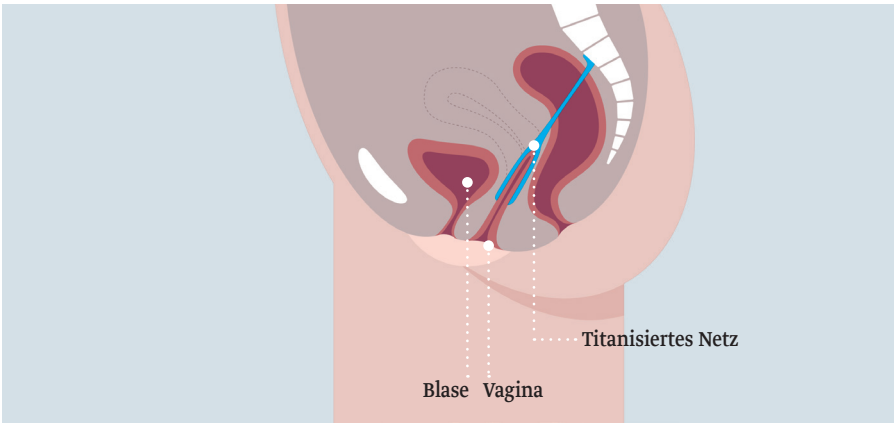

Titanisiertes
Netz
Uterus
(Gebärmutter)
Blase


Uterus
(Gebärmutter)
Titanisiertes
Netz
Darm
Blase

Sakrokolpopexie

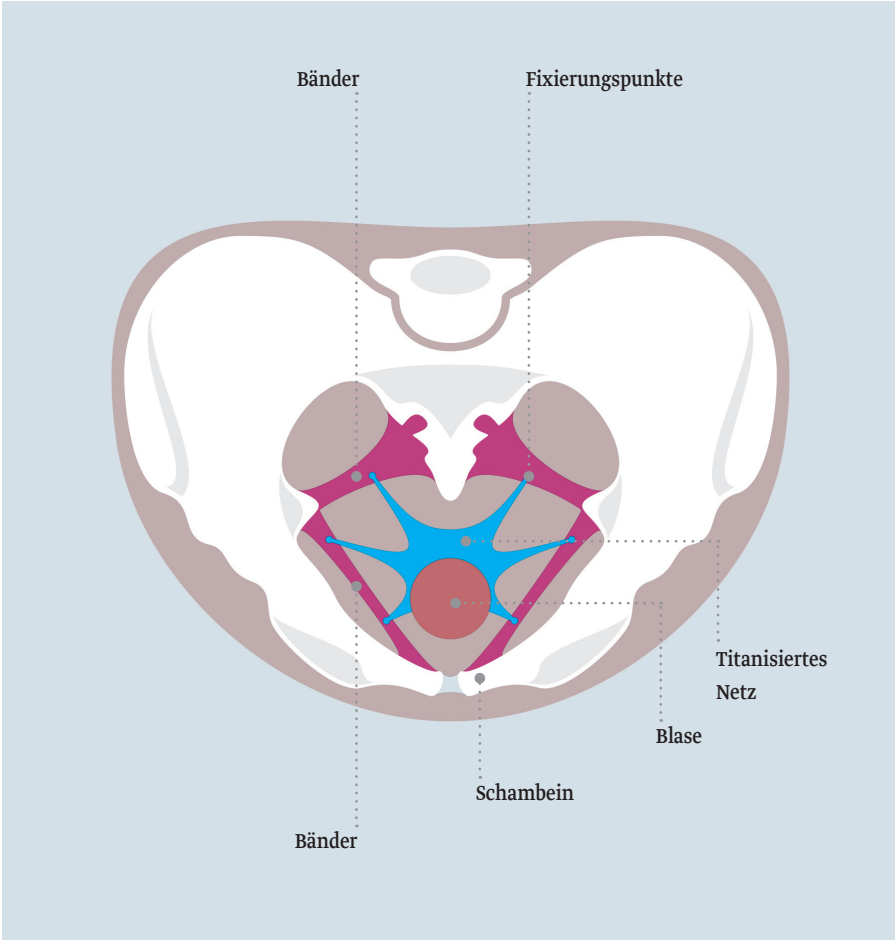
Bei der Sakrokolpopexie wird ein Y-förmiges Netz laparaskopisch eingesetzt, um den Vorfall des Scheidenstumpfes nach Gebärmutterentfernung zu korrigieren. Das Netz wird am Kreuzbein (Os sacrum) sowie an der vorderen und hinteren Vaginalwand fixiert. Durch die Sakrokolpopexie wird die Vagina in ihre ursprüngliche Position gebracht und ihre Funktion wiederhergestellt.





Stabile 6-Arm-Fixierung

Ein Mehrarmnetz wird vaginal eingesetzt und wird an verschiedenen Punkten im Becken fixiert. Dies dient der Verstärkung und Stabilisierung des Beckenbodens und damit der Wiederherstellung der Lage und Funktion der Organe. Es gibt verschiedene Zuschnitte von Mehrarmnetzen, die sich nach dem Behandlungsbedarf richten.



Vorteile von Netzen gegenüber der Eigengewebsrekonstruktion

Die Erfolgsraten für die vordere Scheidenplastik (Rekonstruktion des Beckenbodens mit Eigengewebe) liegen bei 52 %, bei Einsatz eines Netzes bei 86 %.[4] Je nachdem, welches Netz verwendet wird oder ob eine Begleit-OP durchgeführt wird, kann die Erfolgsrate höher oder niedriger ausfallen.

Eigengewebsrekonstruktion

Erfolgsrate 52 %[4]

Netz-OP

Erfolgsrate 86 %[4]

Die Wahrscheinlichkeit dafür, dass die Senkung wiederkehrt, ist bei Patientinnen mit einer Netz-OP im Vergleich zu Patientinnen mit einer vorderen Scheidenplastik ungefähr um ein Dreifaches geringer.[4]

Eigengewebsrekonstruktionen und Netz-Operationen haben beide ihre Berechtigungen. Über die Vor- und Nachteile dieser beiden Behandlungsverfahren erhalten Sie weitere Informationen im Aufklärungsgespräch mit Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin.

1. Scheidbach et al., In vivo studies comparing the biocompatibility of various polypropylene meshes and their handling properties during endoscopic total extraperitoneal (TEP) patchplasty: an experimental study in pigs. Surg Endosc, 2004, 18(2): 211–220
2. Horstmann et al., Impact of polypropylene amount on functional outcome and quality of life after inguinal hernia repair by the TAPP procedure using pure, mixed, and titanium-coated meshes. World J Surg, 2006, 30(9): 1742-1749
3. Levy et al., Surgical treatment of advanced anterior wall and apical vaginal prolapse using the anchorless self-retaining support implant: long-term follow-up. Int Urogynecol J, 2022, 13: 1–9
4. Leitlinienprogramm der DGGG, OEGG und SGGG 2016, AWMF https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-006l_S2e_Descensus_genitalis-Diagnostik-Therapie_2016-11-abgelaufen.pdf

Patientinnen-Erfahrungen

„Es ist toll, was die Schulmedizin heute überhaupt hat… Ich konnte endlich wieder den motorischen Ablauf des Gehens üben.“

Susanne D., 70 Jahre

„Von Tag zu Tag wurde es besser und dadurch hat man sich auch wohler gefühlt… Ich fühle mich jetzt nicht mehr eingeschränkt und ich kann wieder mit meinen Urenkelkindern spielen und sie heben. Es ist jetzt eine Freude.“

Ute S., 76 Jahre

Patientinnen-Video

Bildnachweise: Adobe Stock/New Africa (Titelseite); stocksy/Rob and Julia Campbell (Seite 3, oben und mittig); stocksy/BONNINSTUDIO (Seite 3, unten); Jörg Block (Seiten 4–11, 13, 20–21); Lyra Medical Ltd. (Seite 17); Simon Hellwig (Seite 19); glorious mess (Seiten 16, 22)

Praxis (Stempel/Aufkleber):

Herausgeber:
pfm medical gmbh
Wankelstraße 60
50996 Köln, Germany

Zertifiziert nach
DIN EN ISO 13485

Folgen Sie uns!

(01)04042301153654(10)2024-03-18