

# med QN news

Neuigkeiten aus den Fachgebieten

Ärztebrief 12

## 📌 Tinnitus und vestibulär bedingter Schwindel:

*3 Kasuistiken zur erfolgreichen Behandlung in der stationären Naturheilkunde*



Die symptomatische konventionelle Behandlung des Tinnitus und des vestibulär bedingten Schwindels ist leider nicht bei allen Patienten ausreichend erfolgreich oder durch die Nebenwirkungen der eingesetzten Substanzen (Kortison, Procain, Pentoxifyllin etc.) beeinträchtigt. Hinzu kommt, dass auch in der konventionellen Medizin die Evidenzlage dürftig ist, da für die eingesetzten Verfahren kontrollierte randomisierte Studien fehlen.

Daher stellt sich häufig, vor allem beim chronischen therapieresistenten Tinnitus, die Frage nach naturheilkundlichen Behandlungsalternativen.

Die naturheilkundlichen Behandlungsmöglichkeiten sollen an 3 Fallbeispielen aus der stationären Naturheilkunde in Hattingen-Blankenstein verdeutlicht werden:

### 1. Fall: Exazerbation eines chronischen Tinnitus

Eine 81-jährige Frau P.G. hat seit 3 Tagen eine massive Intensitätszunahme ihres seit Jahren bestehenden Tinnitus, so dass sie nicht nur im Alltagsleben massiv dadurch gestört wird, sondern auch Schlafstörungen entwickelt hat.

Phytotherapeutisch erhielt die Patientin an 5 aufeinanderfolgenden Tagen hochdosierte Ginkgo-Infusionen (5 Amp. in 250ml NaCl 0,9%). Bereits hierunter ging die Intensität des Tinnitus deutlich zurück. Am 4. Behandlungstag erlebte die Patientin erstmals seit mehreren Jahren Tinnitusfreie Stunden. Am 5. Behandlungstag wurde als ergänzende traditionell-ausleitende Maßnahme eine Blutegelbehandlung – je 2 Blutegel beidsseits über den Mastoidknochen – durchgeführt.

📌 Tinnitus und vestibulär bedingter Schwindel ..... 1

📌 Operation bei Darmkrebs - immer mit Schlüssellochchirurgie?..... 4

📌 Diagnostik und Therapie der Beckenbodeninsuffizienz ..... 5

Der akute Tinnitus-Anfall konnte mit dieser Kombinationsbehandlung durchbrochen werden. Im weiteren Verlauf, zumindest der folgenden Wochen, wich der vorbestehende kontinuierliche Tinnitus einem intermittierend auftretenden mäßiggradigen Tinnitus.

### 2. Fall: Akuter Tinnitus bei Hörsturz

Frau R.H., 66 Jahre, befand sich wegen Ganzkörperschmerzsyndrom, Polyarthrose und statisch-degenerativem Wirbelsäulensyndrom in stationärer naturheilkundlicher Komplextherapie. Zwei Tage vor dem geplanten Entlassungstag trat akut ein massives Druckgefühl mit Hörstörung im

## 📌 Impressum:

Herausgeber:

Med-QN Netzbüro,  
Tel.: (0234) 547 54 53,  
www.medqn.de

Redaktion: Herr Dr. Besser,  
Herr Dr. Liesenklas, Herr Prof. Juckel,  
Herr Dr. Tenholt, Frau Wiciok

Gestaltung: Brigitte Mayer,  
www.b-m-grafikdesign.de

Fotos: Fotolia.com: © © DoraZett (1),  
© Robert Kneschke (2), © BillionPhotos.com (4), © michaelheim (5),  
© Picture-Factory (6)

Bereich beider Ohren sowie in der Folge dann ein ausgeprägter Tinnitus mit starkem Rauschen, linksseitig betont, auf. Die Röntgenaufnahmen der HWS in 4 Ebenen zeigten deutliche degenerative Veränderungen im Sinne einer Osteochondrose. Das Echokardiogramm war altersentsprechend unauffällig. Die Doppler-Sonographie der hirnversorgenden Arterien zeigte kleine kalzifizierte Plaques im Bereich der Karotisgabel, jedoch keine Stenose. Das HNO-Konsil vor Entwicklung des zusätzlichen Tinnitus ergab den hochgradigen Verdacht auf einen akuten Hörsturz, der mit Trental, Haes und hochdosierten Ginkgo-Infusionen behandelt wurde. Die Infusionen mit Trental und Haes wurden nach 3 Tagen wegen Nebenwirkungen in Form von Wiederauftreten des Fibromyalgie-Schmerzes auf Wunsch der Patientin vorzeitig beendet. Die Ginkgo Infusionen wurden über 5 Tage durchgeführt. Das Druckgefühl ging vollständig zurück, die Hörfähigkeit normalisierte sich und der Tinnitus verschwand vollständig.

### 3. Fall: Chronischer Tinnitus

Herr R.H., 50 Jahre, wurde wegen chronischem Tinnitus, assoziiert mit zervikalem Bandscheibenschaden, Periarthritis humeroskapularis rechts mit Kalzifizierung, gastroösophagealer Refluxkrankheit und chronischer Oberflächengastritis sowie chronisch rezidivierender reaktiver Depression, zur stationären naturheilkundlichen Komplextherapie eingewiesen. Die angewandten klassischen Naturheilverfahren umfaßten phytotherapeutisch äußere lokale Anwendungen und Form von Heublumenpackungen im Nackenbereich zur Muskelentspannung und lokalen Analgesie, oral antientzündliche und analgetische Behandlung mit Weidenrindenextrakt sowie Kartoffelpresssaft und Kamillenrollkuren zum Schutz der Magen- und Darmschleimhaut, intravenös hochdosiert Ginkgo-Extrakt zur Verbesserung der Mikrodurchblutung und hydrotherapeutisch Kneippische Gesichtsgüsse zur Verbesserung der Regulationsfähigkeit des Blutgefäßsystems, hier insbesondere im Hals- und Kopfbereich, sowie muskelrelaxierende und antientzündliche wirksame Moorbäder. Bewegungstherapeutisch wurden Bewegungsbad, Krankengymnastik einschließlich Elementen der craniosacralen Therapie und Bewegungstherapie im Freien, ernährungstherapeutisch Heilfasten und individuelle Ernährungsberatung unter besonderer Berücksichtigung des Säure-Basen-Haushaltes bei laborche-

misch (Urin-pH und Blutgasanalyse mit Bestimmung von pH und Base Excess) chronischer Übersäuerung eingesetzt. Die psychischen Aspekte dieses Krankheitsbildes wurden ordnungstherapeutischen Einzelgesprächen, Beratung in Bezug auf natürliche Lebensrhythmen (Tag/Nacht, Wochen-/Feiertage, Jahresablauf) sowie mit Atementspannungstherapie bearbeitet. Bei Polyglobulie kam eine isovolämische Hämodilution in Form eines Aderlasses mit anschließender Infusion von Ringergelösung zur Verbesserung der Perfusion vor allem im Bereich der kleinen Arteriolen und Kapillaren zur Anwendung. Eine Blutegelbehandlung im Nacken- und Mastoidbereich vervollständigte die naturheilkundlichen Therapieansätze.

Unter dieser komplexen Kombinationstherapie gingen die Verspannungen im Hals-/Nacken-/Schulterbereich deutlich zurück und die Beweglichkeit konnte verbessert werden. Der Tinnitus ging in der Intensität deutlich auf ein subjektiv erträgliches Maß zurück. Psychisch konnte der Patient stabilisiert werden.

Wie die Beispiele zeigen, sind die klassischen Naturheilverfahren als naturheilkundliche stationäre Komplexbehandlung, nach Ausschluss primär behandlungsbedürftiger Ursachen eine sinnvolle und wirkungsvolle Ergänzung und Erweiterung der konventionellen Behandlungsoptionen



bei Tinnitus. Vergleichbare naturheilkundliche Therapieansätze sind auch beim vestibulär bedingten Schwindel bei vergleichbaren pathophysiologischen Ursachen möglich. Um in die Klinik für Naturheilkunde in Hattingen-Blankenstein einzuweisen bedarf es einer Einweisung und den Haus- oder Facharzt (02324-396487).

Korrespondenzadresse:  
Prof. Dr. med. André-Michael Beer  
Direktor der Klinik für Naturheilkunde,  
Klinik Blankenstein, Hattingen  
Lehrbereich Naturheilkunde  
(Abt. Allgemeinmedizin), Ruhr-Universität  
Bochum Im Vogelsang 5-11  
45527 Hattingen  
Telefon 02324/396485  
Telefax 02324/396497  
a.beer@klinikum-bochum.de  
www.naturheilkunde.klinikum-bochum.de

#### Anzeige



### Eliquis® überzeugt durch sehr gutes Nutzen-Risiko-Profil

Unter Eliquis® profitierten Patienten mit nicht-valvulärem Vorhofflimmern in der Prophylaxe von Schlaganfällen und systemischen Embolien von einer signifikant überlegenen Wirksamkeit gegenüber Warfarin, bei gleichzeitig deutlich reduziertem Risiko für schwere Blutungen.<sup>1</sup>

[Vollständiger Artikel](#) & [Fachinfo](#)

<sup>1</sup> Granger CB et al. NEJM 2011; 365:981-992

## Chronische Herzinsuffizienz: Entresto® erhält Zusatznutzen für alle Patienten

Seit Januar 2016 steht in Deutschland das neue Herzmedikament Entresto® (Sacubitril/Valsartan) zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit symptomatischer, chronischer Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion zur Verfügung.<sup>1</sup> Bereits wenige Monate nach Zulassung wurde die Substanz mit dem höchsten Empfehlungsgrad (Klasse 1) in die Leitlinien der europäischen und amerikanischen Fachgesellschaften aufgenommen.<sup>2,3</sup> Im Juni attestierte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) dem Angiotensin-Rezeptor-Nepri-

lysin-Inhibitor (ARNI) nun einen Zusatznutzen für alle Patienten entsprechend der zugelassenen Indikation. Für die Mehrheit der Patienten, solche ohne Diabetes mellitus, klassifiziert er den Zusatznutzen als „beträchtlich“. Für die kleinere Subgruppe der Patienten mit Diabetes mellitus sieht er einen geringen Zusatznutzen.<sup>4</sup>

Basis dieser positiven Bewertungen bilden die Daten von PARADIGM-HF, der größten jemals durchgeführten klinischen Studie zu Herzinsuffizienz mit 8.442 Teilnehmern. Diese

zeigt die statistisch hochgradige und klinisch bedeutsame Überlegenheit des ARNI im Vergleich zu Enalapril, einem Vertreter der bislang als Standardtherapie geltenden ACE-Hemmer.<sup>5</sup>

Bestätigt werden die guten Studienergebnisse durch zahlreiche positive Rückmeldungen aus der Praxis: „Immer wieder berichten uns Ärzte, dass Patienten, die in ihrem Alltag bis dahin stark eingeschränkt waren, nach der Umstellung auf Entresto® bereits nach kurzer Zeit eine deutliche Verbesserung erleben“, erläutert Prof. Dr. Lothar Färber, Medizinischer Direktor der Novartis Pharma GmbH den patientenrelevanten Nutzen des Medikaments. Auf den Beschluss des G-BA folgen nun die bis zu sechsmonatigen Verhandlungen mit dem Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenkassen über den Erstattungsbetrag von Entresto®. Novartis ist darüber hinaus offen für selektive Vertragsgespräche und konnte bis dato bereits Verträge mit einer Reichweite von deutlich über 50 Prozent aller gesetzlich Versicherten mit Krankenkassen abschließen.



Der innovative Wirkmechanismus des Angiotensin-Rezeptor-Nepri-lysin-Inhibitors stimuliert das natriuretische Peptidsystem, ein neurohumorales System (NP-System), das eine Schutzfunktion auf das Herz entfaltet, und unterdrückt gleichzeitig das bei der Herzinsuffizienz überaktivierte, schädigende Renin-Angiotensin-Aldosteron-System (RAAS).<sup>6</sup> Die Ergebnisse der PARADIGM-HF-Studie zeigten im Vergleich zu Enalapril, dass Entresto®

- das Risiko für kardiovaskulären Tod um 20% ( $p < 0,00004$ ) reduzierte
- das Risiko für Herzinsuffizienz-bedingte stationäre Einweisungen um 21% ( $p < 0,00004$ ) reduzierte
- das Gesamtsterblichkeitsrisiko um 16% ( $p < 0,0005$ ) reduzierte.

Weitere Informationen sowie ein praktisches Schema zur Ein- und Umstellung können auf [www.entresto.de](http://www.entresto.de) heruntergeladen werden.

### Entresto® 24 mg/26 mg Filmtabletten, Entresto® 49 mg/51 mg Filmtabletten, Entresto® 97 mg/103 mg Filmtabletten

▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung.

**Wirkstoffe:** Sacubitril u. Valsartan. **Zus.-setz.:** Arzneil. wirks. Bestand.: 1 Filmtabl. enth.: 24,3 mg bzw. 48,6 mg bzw. 97,2 mg Sacubitril und 25,7 mg bzw. 51,4 mg bzw. 102,8 mg Valsartan (als Sacubitril-Natrium-Valsartan-Dinatrium (1:1) 2,5 H<sub>2</sub>O). Sonst. Bestand.: Tabl.-kern: -Mikrokrist. Cellulose, niedrig substituierte Hyprolose, Crospovidon (Typ A), Magnesiumstearat, Talkum, hochdisp. Siliciumdioxid. Filmüberzug: Hypromellose, Substitutionstyp 2910 (3 mPa·s), Titandioxid (E171), Macrogol (4000), Talkum, Eisen(III)-oxid (E172). -24 mg/26 mg Filmtabl. u. -97 mg/103 mg Filmtabl. zusätzl.: Eisen(II,III)-oxid (E172). -49 mg/51 mg Filmtabl. zusätzl.: Eisen(III)-hydroxid-oxid x H<sub>2</sub>O (E172). **Anwend.-gebiete:** Bei erwachsenen Patienten zur Behandl. einer symptomatischen, chronischen Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion. **Gegenanz.:** Überempfindlichk. gegen die Wirkstoffe od. einen der sonst. Bestand. Gleichzeit. Anwend. von ACE-Hemmern. Entresto darf erst 36 Stunden nach Absetzen einer Therapie mit ACE-Hemmern gegeben werden. Anamnestisch bekanntes Angioödem im Zus.-hang mit e. früheren ACE-Hemmer- od. ARB-Therapie. Hereditäres od. idiopathisches Angioödem. Bei Auftreten e. Angioödems muss Entresto sofort abgesetzt -werden. Gleichzeit. Anwend. mit Alikiren-haltigen AM bei Patienten mit Diabetes mellitus od. bei Patienten mit Nierenfunktionsstörung (eGFR < 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>). Schwere Leberinsuffizienz, biliäre Zirrhose od. Cholestase. Zweites u. drittes Schwangerschafts-Trimester. Stillzeit. **Nebenw.:** Sehr häufig: Hyperkalämie. Hypotonie. Nierenfunktionsstör. Häufig: Anämie. Hypokalämie, Hypoglykämie. Schwindel, Kopfschmerzen, Synkope. Vertigo. Orthostat. Hypotonie. Husten. Diarrhö, Übelkeit, Gastritis. Nierenversagen (einschl. akutes Nierenversagen). Ermüdung, Asthenie. **Gelegentl.:** Überempfindlichkeit. Posturaler Schwindel. Pruritus, Hautausschlag, Angioödem. **Verschreibungspflichtig. Weit. -Hinweise:** S. Fachinformation. Stand: Februar 2016 (MS 02/16.3).

Novartis Pharma GmbH, Roonstr. 25, 90429 Nürnberg. Tel.: (0911) 273-0, Fax: (0911) 273-12 653. [www.novartis.de](http://www.novartis.de)

### Quellen

- [1.] Fachinformation Entresto®, Stand Februar 2016, [www.fachinfo.de/suche/fi/020891](http://www.fachinfo.de/suche/fi/020891)
- [2.] Ponikowski P. Eur J Heart Fail. 2016 May 20. doi: 10.1002/ejhf.592.
- [3.] Antman EM. J Am Coll Cardiol. 2016 May 17. pii: S0735-1097(16)33025-X. doi: 0.1016/j.jacc.2016.05.012.
- [4.] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), abrufbar unter: [www.g-ba.de/informationen/nutzenbewertung/213](http://www.g-ba.de/informationen/nutzenbewertung/213). Abgerufen am: 16. Juni 2016.
- [5.] McMurray J. N Engl J Med. 2014 Sep 11; 371(11):993-1004. doi: 10.1056/NEJMoa1409077.
- [6.] Langenickel & Dole. Drug Discovery Today: Ther Strateg 2012;9:e131-9.



## Operation bei Darmkrebs: immer mit Schlüssellochchirurgie?



### Die medizinischen Entwicklungen der letzten 30 Jahre haben für von Darmkrebs betroffene Patienten wesentliche Fortschritte erzielt:

- Die Früherkennung des Darmkrebses durch die Darmspiegelung (in Deutschland ab dem 55. Lebensjahr von der Krankenkasse übernommen) ist im Stande, Vorstufen bösartiger Darmtumoren zu erkennen und ohne große Operation zu beseitigen. Damit wird das Darmkrebsrisiko erheblich gesenkt und es ist davon auszugehen, dass in den nächsten 10 Jahren deutlich weniger Patienten an Darmkrebs erkranken werden, wenn alle berechtigten Patienten von diesem Vorsorgeangebot Gebrauch machen.
- Der Siegeszug der „Schlüssellochchirurgie“ hat bei vielen Operationen, besonders im Bauchraum, die Nachwirkungen der Operation erheblich vermindert: so sind bei häufigen Eingriffen – wie der Entfernung der Gallenblase oder bei Blinddarmentzündungen – nur noch sehr kleine Operationswunden vorhanden und die Patienten können am 2. Tag nach der Operation das Krankenhaus nahezu beschwerdefrei verlassen. Auch größere und große Operationen werden inzwischen mit der „Schlüssel-

lochtechnik“ durchgeführt, nachdem entsprechende Kamerasysteme und Operationsinstrumente entwickelt wurden und die entsprechende Erfahrung vorhanden ist.

- Während noch vor 30 Jahren die Diagnose „Darmkrebs“ bedeutete, dass eine Operation mit einem großen Bauchschnitt und ein künstlicher Darmausgang die Folge war und dann der Patient trotzdem innerhalb der nächsten 24 Monate häufig verstarb, hat sich die Prognose deutlich verbessert.
- Durch die Einbeziehung von Strahlen- und Chemotherapie konnte die Prognose für Darmkrebs deutlich verbessert werden, sodass mehr als 60 % aller Betroffenen länger als 5 Jahre nach der Diagnosestellung noch am Leben sind.

Diese Fortschritte führen zu der Frage, ob die Beeinträchtigungen, die durch eine große Darmkrebsoperation entstehen, nicht durch die Anwendung der Schlüssellochchirurgie deutlich reduziert werden können. Die Möglichkeiten des Einsatzes der Schlüssellochtechnik sind von Faktoren abhängig, die sowohl im Patienten als auch in der Lage, Größe und dem Stand der Metastasierung des bösartigen Darmgeschwürs begründet liegen.

So können schlanke und sonst gesunde Patienten, bei denen ein begrenzter Darmkrebs vorliegt (das heißt: ohne vor der Operation nachweisbare Lymphknotenmetastasen) dann mit der „Schlüssellochtechnik“ operiert werden, wenn eine entsprechende ärztliche Erfahrung und apparative Ausstattung des Krankenhauses vorliegt.

Ist der Patient allerdings herzkrank, lungkrank, stark übergewichtig oder hat der Tumor die Organgrenzen überschritten und ist z. B. in die Bauchwand eingewachsen, ist eine „sichere“ Versorgung durch die minimalinvasive Technik nicht mehr gewährleistet.

Außerdem muss darauf hingewiesen werden, dass neben den sehr kleinen Wunden/Narben, die für die Einführung der Operationsinstrumente und der Kamera verwendet werden, in jedem Fall ein größerer Zugang zur Bauchhöhle geschaffen werden muss, durch den das entnommene Darmstück einschließlich der Lymphknoten entfernt werden kann.

Dieses bedeutet in der Regel, dass oberhalb des Schambeines (also unterhalb der Bikinigrenze) ein querer Schnitt von 10 bis 15 cm Länge angelegt werden muss.

Große Studien an mehreren Kliniken im In- und Ausland haben ergeben, dass in der Tat nur bei geeigneten Patienten und begrenztem Tumorstadium sowie ausreichender Expertise im Krankenhaus die Schlüssellochchirurgie erfolgreich bei Darmkrebs eingesetzt werden kann.

Liegen diese Voraussetzungen nicht vor, können erhebliche Komplikationen auftreten, wie sie in der „offenen“ Operation nicht zu erwarten gewesen wären.

Auch im Universitätsklinikum Knappschaftskrankenhaus Bochum haben wir uns dieser Frage in den letzten Jahren zunehmend gewidmet und bei allen geeigneten Patienten die Operation mit der „Schlüssellochmethode“ durchgeführt.

In der Tat waren erwartungsgemäß kleinere Wunden, ein kürzerer Aufenthalt nach der Operation und deutlich weniger Schmerzen zu beobachten.

Die pathologische Untersuchung der entnommenen Darmanteile zeigte, dass auch mit dieser Technik ein ausreichend großes Darmstück mit entsprechenden Sicherheitsabständen zum Tumorrand und ausreichend viele Lymphknoten entnommen wurden, sodass die vorgegebenen Standards für die Darmkrebsoperation erfüllt sind.

Aus den Erfahrungen der letzten drei Jahre ergibt sich, dass schätzungsweise 30 bis 50 % der in unserem Haus behandelten Patienten mit Darmkrebs für eine „minimalinvasive“ Operation in Frage kommen.

Bei den anderen Patienten raten wir weiterhin dringend zur offenen Operation, da bei allen (kurzfristigen) Vorteilen der Schlüssellochchirurgie folgende Fragen wichtig sind:

1. Kann der Tumor vollständig entfernt werden?
2. Kommt es zu erneuten Krebsgeschwüren im operierten Bereich?
3. Wie ist das Langzeitüberleben?

Jegliche Auswahl einer entsprechenden Operationstechnik hat sich der Beantwortung dieser drei Fragen unterzuordnen.

Daher ist die Auswahl der richtigen Operationsmethode in einem ausführlichen Beratungsgespräch mit dem Operateur zu erörtern. Bei diesem Gespräch sollte der Patient sich über folgende Aspekte informieren lassen:

- Hat der Operateur/ sein Team Erfahrung in der „Schlüssellochchirurgie“?
- Welche Planungen gibt es, wenn sich bei dem Eingriff herausstellt, dass die

Operation nur in konventioneller Technik durchführbar ist?

- Unter welchen Umständen muss der Patient mit einem künstlichen Darmausgang rechnen? Wird dieser künstliche Darmausgang nur vorübergehend benötigt oder ist er „für immer“?

Wenn in diesem Beratungsgespräch ein Vertrauensverhältnis zum Operateur und seinem Team entsteht, bei dem klar zum Ausdruck kommt, dass es bei der Operation nicht um die Anwendung der Schlüssellochchirurgie als „modernste Methode“ geht sondern um das beste Ergebnis für den Patienten, kann man sich dort beruhigt „unters Messer“ legen.

*Von Prof. Dr. R. Viebahn,  
Chirurgische Klinik, Universitätsklinikum  
Knappschafts Krankenhaus Bochum*



## ➤ Diagnostik und Therapie der Beckenbodeninsuffizienz

### Ein Überblick

Die Beckenbodeninsuffizienz ist ein ein komplexes Krankheitsbild, das sich in einer Funktionsbeeinträchtigung der verschiedenen Kompartimente des Beckenbodens ausdrückt. Je nachdem, ob das vordere, hintere oder mittlere Kompartiment betroffen ist, kann die Blasen- und Darmentleerung (Inkontinenz oder Verhalt) gestört oder mit Fremdkörpergefühl durch Absenkung des Beckenbodens vergesellschaftet sein.

Sind die Symptome sehr stark ausgeprägt, führt dies zu einem erheblichen Leidensdruck für die Patientinnen bis hin zu einer sozialen Isolation. Als Hauptursache wird die schwierige vaginale Geburt mit perinealem Trauma angesehen. Aus diesem Grunde ist eine Veröffentlichung im „Frauenarzt 7/2016“ mit der Überschrift Inkontinenz-Prävention als Sectio-Koindikation nicht nur als provokativ zu sehen.

Die Prävalenz der Beckenbodeninsuffizienz beträgt ca. 50 %. Der Erkrankungsgipfel liegt zwischen dem 55. und 64. Lebensjahr, allerdings verschweigen immer noch viele Frauen aus Scham ihre

Problematik, vor allem wenn es sich um unwillkürlichen Stuhlverlust handelt. Mit zunehmender Enttabuisierung, Anstieg der Lebenserwartung und Bedeutung der life style Faktoren steigt auch der Behandlungswunsch der Patientinnen bzgl. ihrer Beckenbodeninsuffizienz.

Diagnostik und Therapie erfordern eine enge Zusammenarbeit von Coloproktologen, Urologen, Neurologen und Gynäkologen, um das oft heterogene Krankheitsbild adäquat zu beurteilen und symptomorientiert zu behandeln.

Der Deszensus genitalis wird gynäkologischerseits bei der vaginalen Einstellung in einen Defekt des vorderen, mittleren und/oder hinteren Kompartiments eingeteilt. Das vordere Kompartiment kann eine Zystozele (Pulsionszystozele bei einem zentralen Defekt oder Traktionszystozele bei einem lateralen Defekt der endopelvinen Faszie) beherbergen. Im mittleren Kompartiment kann der Uterus oder nach Hysterektomie der Vaginalstumpf abgesunken sein. Im hinteren Kompartiment kann eine Rektozele oder

Enterozele entstehen. Nicht jeder Deszensus wird symptomatisch.

Geben die Patientinnen aber Senkungsgefühl, Druck nach unten in die Scheide, ziehende Schmerzen in der Leistenregion und im Rücken sowie Gefühl der unvollständiger Blasen- oder Darmentleerung an, besteht Handlungsbedarf. Pollakisurie oder Nykturie sind häufige Begleitsymptome. Tritt zusätzlich Harninkontinenz wie z.B. ein imperativer Harndrang (overactive bladder) mit oder ohne Urinverlust ( wet oder dry) vor Erreichen der Toilette oder Urinverlust bei Belastung (Husten, Niesen, Heben, Sport, Lageveränderung) hinzu, erhöht sich der Leidensdruck.

Eine empathische und gezielte Anamnese deckt oft noch zusätzliche Symptome hinsichtlich Defäkationsstörungen auf.

Validierte Fragebögen, die prä- und posttherapeutisch ausgefüllt werden sollten, dienen der objektiveren Erfassung der Befunde. Selbstdadministrierte Fragebögen können zur Beurteilung der

Lebensqualität hinzugezogen werden und dienen seit 2012 als Standard. (Leitlinie S2e 2016).

Die Inspektion des Genitale gibt Informationen über die Beschaffenheit der Vulva und Vaginal (Östrogenisierungszustand, Fehlbildungen, Tumore, Fisteln, Entzündungen).

Bei der Speculumeinstellung wird jedes Kompartiments im Ruhezustand und unter Vasalva-Versuch beurteilt. Der Hustentest zeigt eine Belastungsinkontinenz, die manchmal erst nach Reposition eines Deszensus offensichtlich wird (larvierte Belastungsinkontinenz).

Bei der Introitussonografie werden Urethra und Harnblase in Ruhe und unter Vasalva-Versuch dargestellt. Während der Tastuntersuchung teilt man die Beckenbodenkontraktibilität nach Oxford in verschiedene Grade ein. Die rektale Untersuchung kann zusätzlich den Analsphinktertonus und den Analreflex prüfen. Urinanalyse, Restharnbestimmung und Nierenultraschall zum Ausschluß einer durch Totalprolaps verursachten Hydro-nephrose sind ebenfalls Bestandteil der Eingangsuntersuchung.

Funktionsdiagnostik mittels Urodynamik und/oder Defäkografie und eine Urethrocytostoskopie kommen gezielt bei entsprechenden Symptomen zum Einsatz.

Die Befunde sollten bei komplexen Beckenbodenstörungen interdisziplinär besprochen und ein Therapiekonzept konsentiert werden. Gemeinsam mit der Patientin wird dann in einem ausführlichen Gespräch der Therapieplan erstellt. Da eine Verbesserung des Lebensstils zum dauerhaften Therapieerfolg beiträgt, gehen in den Therapieplan auch Maßnahmen zum Beenden eines Nikotinabus, zur Normalisierung des BMI, zur gesunden Ernährung und zur Aufnahme körperlicher Aktivität ein. Bei multimorbiden Patientinnen muß eine adäquate Behandlung von Grunderkrankungen erfolgen (Diabetes mellitus, COPD, arterielle Hypertonie, etc.). Vor jedem operativen Eingriff sollte zwingend ein konservativer Therapieversuch vorgenommen werden. Hierzu gehört ein konsequentes Beckenbodentraining, eine Pessartherapie mit lokaler Östrogenisierung, das Führen eines Miktionsprotokolls und ggfs. Biofeedback. Bei der Pessartherapie sollte auf ein regelmässiges Säubern

und Entfernen des Pessars geachtet werden vor allem bei den Würfelpessaren sollte ein Entfernen nachts stattfinden.

Eine operative Therapie sollte nur in Falle von Symptomen und bei Leidensdruck erfolgen. Das Ziel der operativen Therapie ist die Wiederherstellung der Funktionalität des Beckenbodens, der Erhaltung der Sexualität und nicht die klinische Wiederherstellung ‚für das Auge des Untersuchers‘.

Die operative Therapie bezieht sich auf die Korrektur der Kompartimente. Die Techniken sind vielseitig wie auch der bevorzugte Zugangsweg und die Materialien bezüglich Netzchirurgie (resorbierbar, teilresorbierbar, nicht resorbierbar).

Die Kolporrhaphia anterior dient der Wiederherstellung des vorderen Kompartiments. Studien zeigen inkonsistente Daten bezüglich der Rezidivrate nach Kolporrhaphia anterior (53-73%), was damit erklärbar ist, dass ein Deszensus des vorderen Kompartiments häufig mit einem Deszensus des mittleren Kompartiment vergesellschaftet ist, aber eine apikale Fixation nicht immer durchgeführt wird. Wird zur Wiederherstellung des vorderen Kompartimentes ein vorderes alloplastisches Netz eingesetzt, so zeigt sich demgegenüber eine 93%ige Erfolgsrate. Nichts desto trotz ist die anfängliche Euphorie bezüglich der Netzchirurgie 2011 nach Erscheinen einer FDA Warnung vor postoperativer de novo Dyspareunie und hoher Rate an Belastungsinkontinenz rückläufig und wird als Option regelhaft nur im Rezidivfall angewandt.

Das hintere Kompartiments kann durch eine Rektozelenkorrektur mittels Kolporrhaphia posterior rekonstruiert werden. Die alternative Netzeinlage zeigt empirisch ähnlich gute Erfolgsraten wie bei der Korrektur des vorderen Kompartimentes, dies kann durch die bestehende Datenlage jedoch nicht untermauert werden. Da die



Levitorenplastik zu einer erhöhten Rate an Dyspareunie führt, sollte diese nicht routinemäßig durchgeführt werden.

Für die Rekonstruktion des mittleren Kompartimentes existiert eine Vielfalt an operativen Techniken mit vaginalem oder laparoskopischen/roboterassistierter/abdominalem Zugangsweg. Die Techniken variieren auch bezüglich der Erhaltung des Uterus, einer Erhaltung oder Entfernung der Cervix uteri. Es wird zwischen Operation mit oder ohne Netz unterschieden. Die Kolpokleisis oder der totale Verschluss des Hiatus genitalis wird nur noch extrem selten in ausgewählten Fällen (Multimorbidität, hohes Alter) durchgeführt.

Das zunehmende Wissen über die Funktionalität bezogen auf die anatomischen Strukturen des Beckenbodens und ein wachsender Anspruch der Patientin an die Erhaltung ihrer Lebensqualität bzgl. Sexualität, Kontinenz und anatomischer Unversehrtheit, hat in den letzten Jahren einen interdisziplinären Austausch im Rahmen von Beckenbodenkonferenzen erforderlich gemacht.

Gemeinsam mit der Patientin muss die für sie individuell richtige Therapieoption ausgewählt werden.

Das gilt insbesondere auch für die Inkontinenzpatientin. Dieses Thema werden wir in einem weiteren Artikel behandeln.

*Priv. Doz. Dr. med. Gabriele Bonatz  
Chefärztin der Frauenklinik und  
des Brustzentrums Augusta Bochum  
Oberärztin Alexandra Nienhaus*

# Medizinisches Qualitätsnetz Bochum

*Verbund der Haus- und Fachärzte*

## Veranstaltungen MedQN Herbst/Winter 2016

### MedQN für Ärzte:

07.09.16 · 18.00 Uhr

Ärzte-Infoveranstaltung  
„CIRS“  
4 Zertifizierungspunkte  
Veranstaltungsraum VIACTIV Krankenkassen,  
Unistr. 43 in Bochum

22.09.16 · 19.00 Uhr

Mitgliederversammlung MedQN  
sowie Ärzte-Infoveranstaltung  
„Ökonomie in der Arztpraxis“  
4 Zertifizierungspunkte  
Gaststätte Taubenschlag,  
Untere Marktstr. 7 in Bochum

27.09.16 · 19.30 Uhr

Ärzte-Infoveranstaltung  
„Diabetes mellitus – Update“  
4 Zertifizierungspunkte  
Netzbüro, Huestr. 5 in Bochum

29.11.16 · 18.30 Uhr

Ärzte-Infoveranstaltung  
„Perioperatives Management  
bei antikoagulierten Patienten“  
4 Zertifizierungspunkte  
Veranstaltungsraum VIACTIV Krankenkasse,  
Unistr. 43 in Bochum

22.11.2016 · 18.00 Uhr

Ärzte-Infoveranstaltung  
„Patientenmedikation und Therapie-  
sicherheit im Spannungsfeld Praxis/  
Apotheke/KV/Kostenträger“  
Zertifizierung wurde bei der Ärztekammer beantragt  
Veranstaltungsraum VIACTIV Krankenkasse,  
Unistr. 43 in Bochum

### MedQN für Patienten und Interessierte:

14.09.16 · 17.00 Uhr

Patienten-Infoveranstaltung  
„Arthrose des Kniegelenkes“  
Forum Kunstmuseum Bochum,  
Kortumstr. 147 in Bochum

05.10.16 · 17.00 Uhr

Patienten-Infoveranstaltung  
„Psychische Erkrankungen  
im Überblick“  
Forum Kunstmuseum Bochum,  
Kortumstr. 147 in Bochum

09.11.16 · 17.00 Uhr

Patienten-Infoveranstaltung  
„Neuigkeiten bei der Therapie  
von malignen Lymphomen“  
Forum Kunstmuseum Bochum,  
Kortumstr. 147 in Bochum



**MEDIZINISCHES  
QUALITÄTSNETZ  
BOCHUM**  
Verbund der  
Haus- und Fachärzte

MedQN Netzbüro  
Frau Beate Irmann

Fon: (02 34) 54 7 54 53  
Fax: (02 34) 54 7 54 55

eMail: [info@medqn.de](mailto:info@medqn.de)  
[www.medqn.de](http://www.medqn.de)