

**„Inkontinenz und Impotenz“
Belastung für alle Betroffenen-
nicht nur bei HSP**

**Vielen Dank für die Einladung
nach Brinkum**

Instabile Blase

Definition

Störungen der Blasen- und Sphinkterfunktion durch Erkrankungen des ZNS oder der peripheren Nervenversorgung

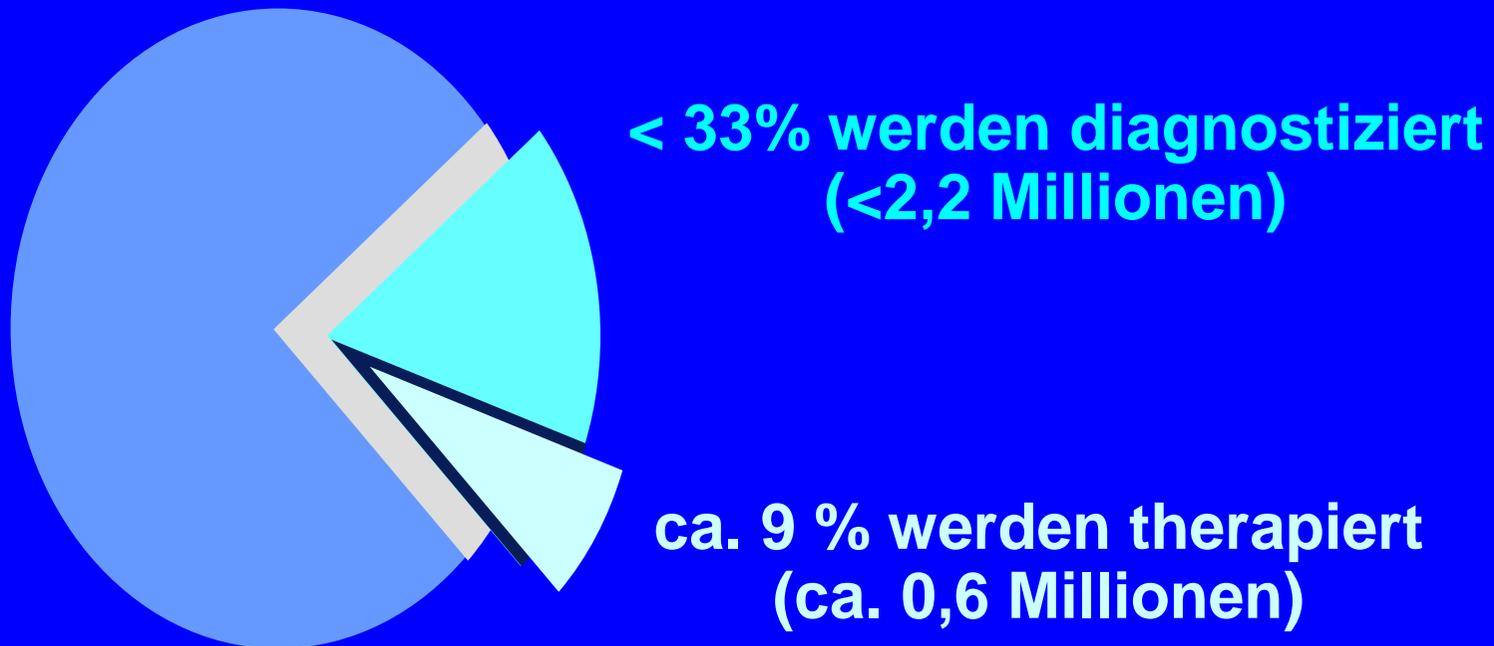
Instabile Blase

Ursachen

vaskulär, traumatisch, degenerativ, entzündlich, tumorös

Ein verstecktes Leiden

**6,6 Millionen Menschen in Deutschland
leiden an Instabiler Blase**

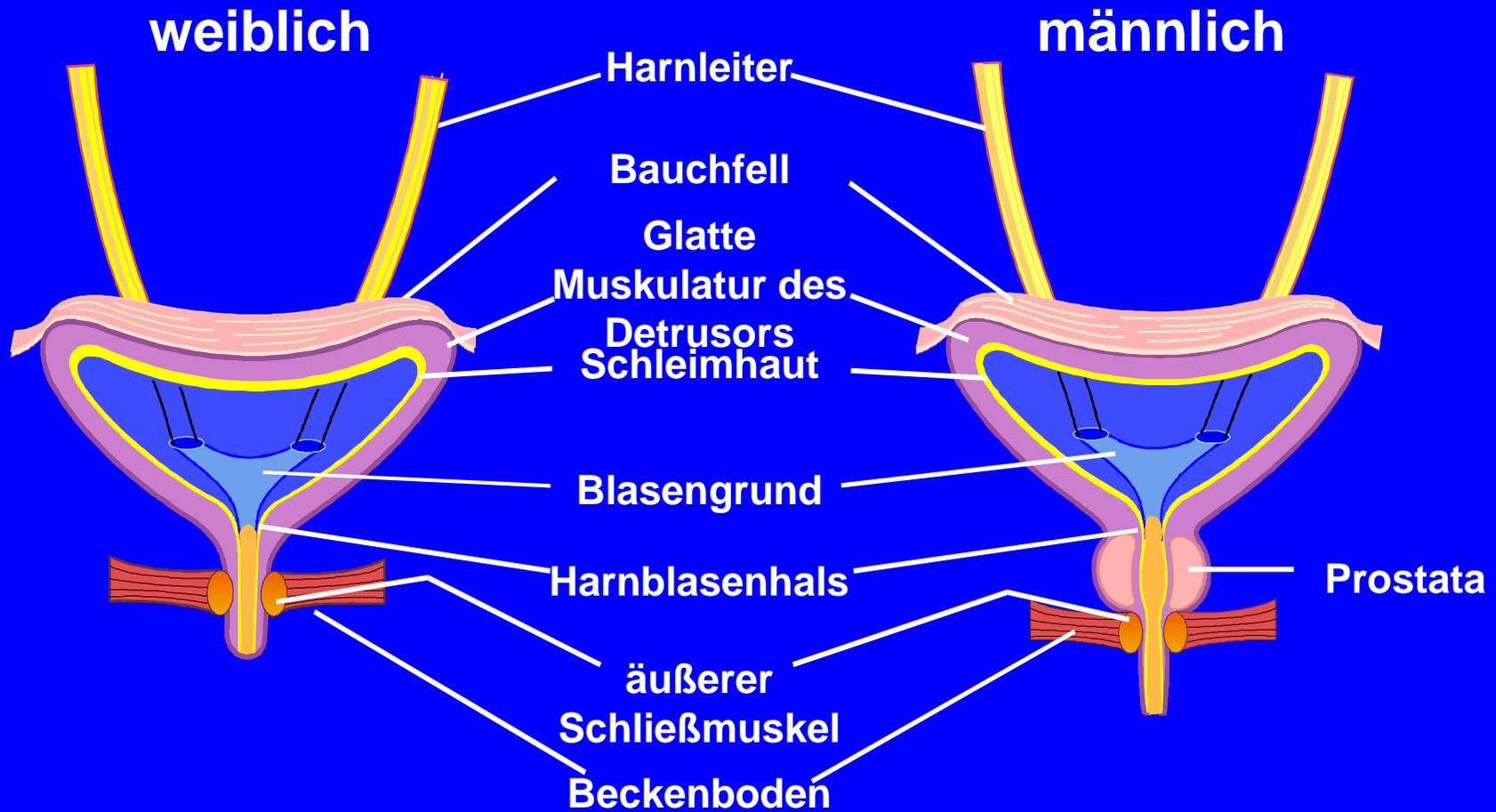


Quelle: SIFO Studie, data on file, Pharmacia & Upjohn, 1998

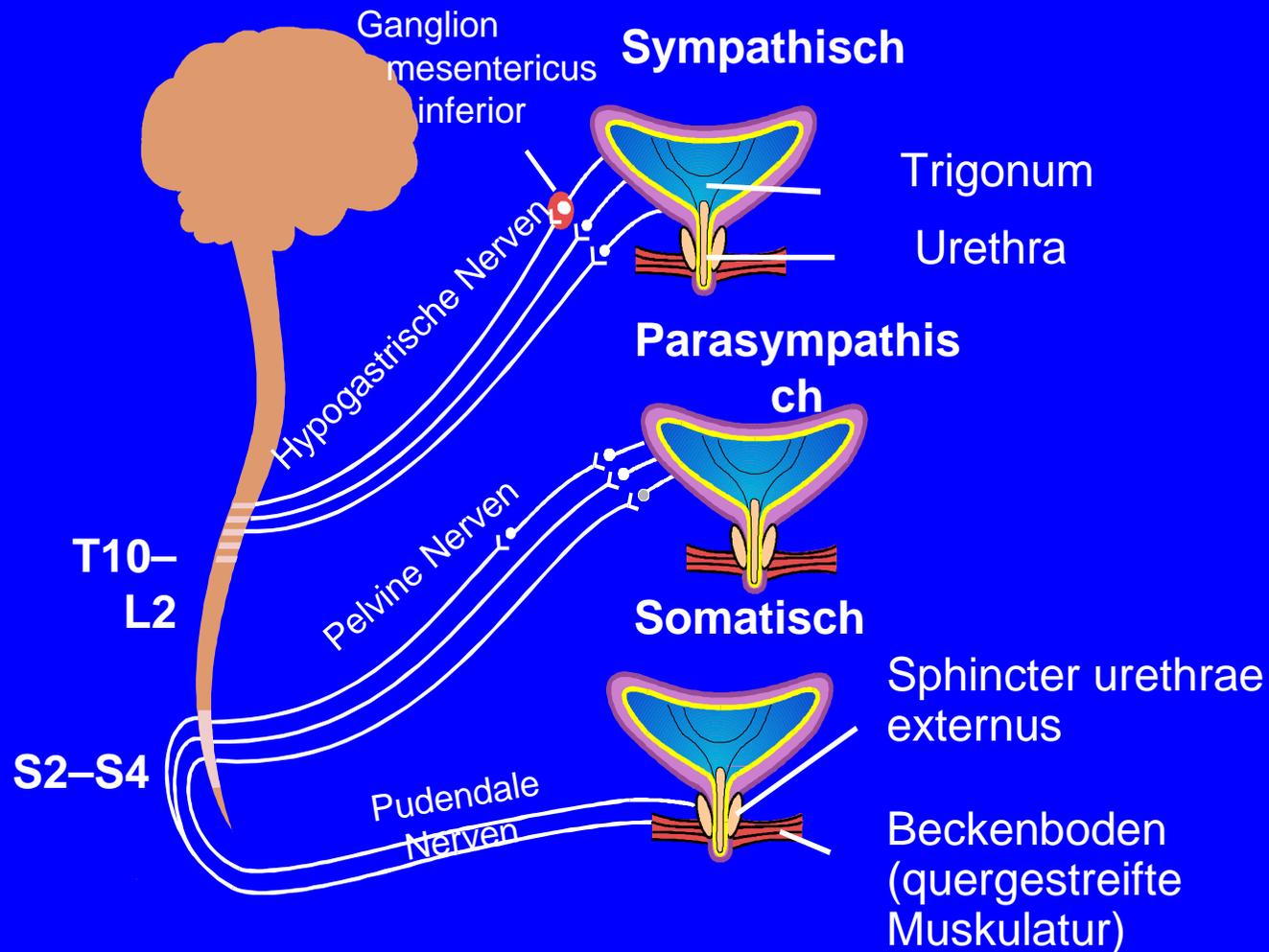
Ein verstecktes Leiden

- 1940: 80% Todesrate durch urologische Komplikationen bei Rückenmarksläsionen (Urosepsis, terminale Niereninsuffizienz)
- Durch Katheter Halbierung auf 43%
- Nierenversagen in 42% Todesursache bei Querschnittslähmung
- Durch Selbstkatheterismus Senkung um 31%
- Heute noch 25% urologische Komplikationen bei neurogener Blasenfunktionsstörung

Anatomie der Harnblase

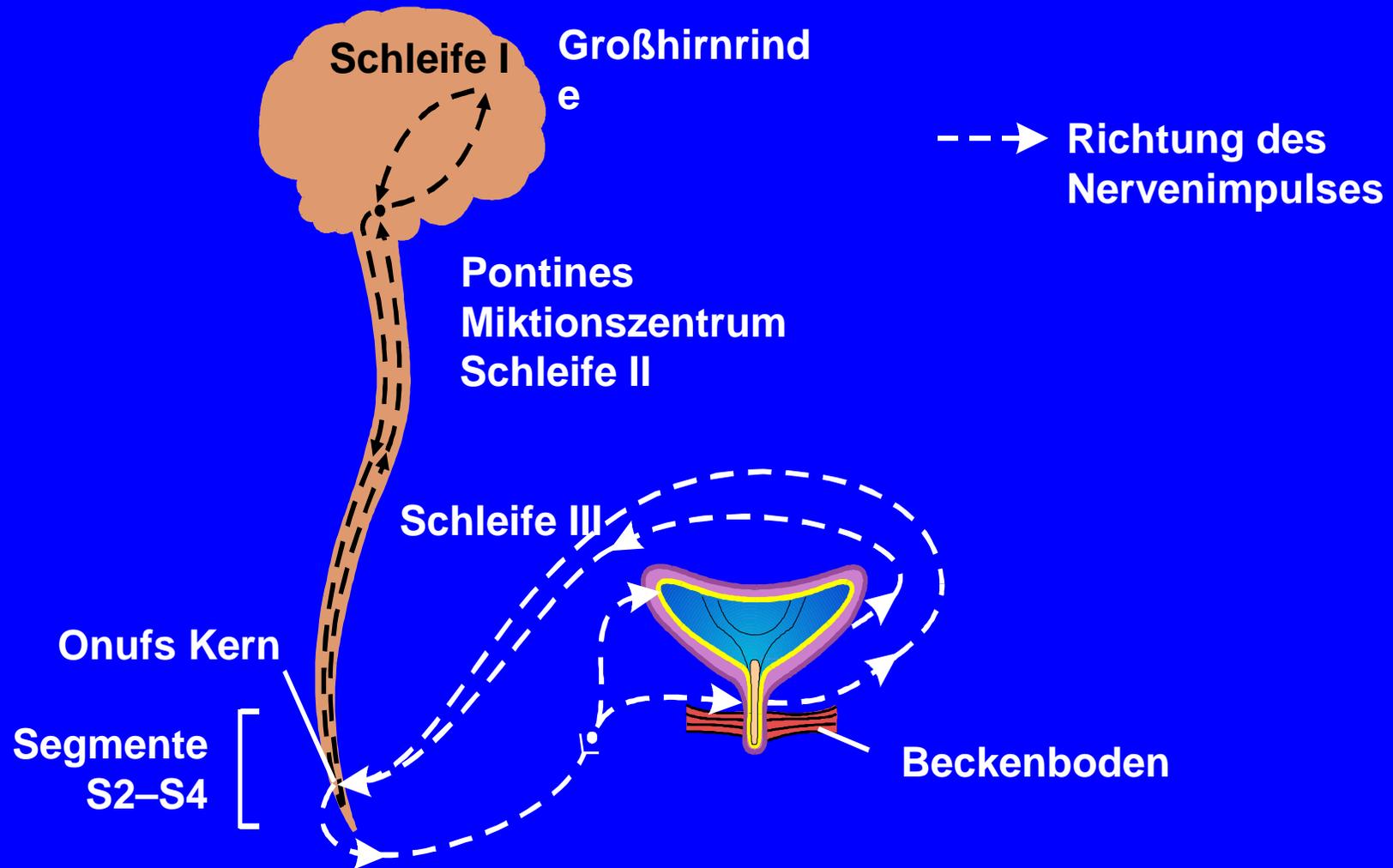


Innervation des unteren Harntraktes

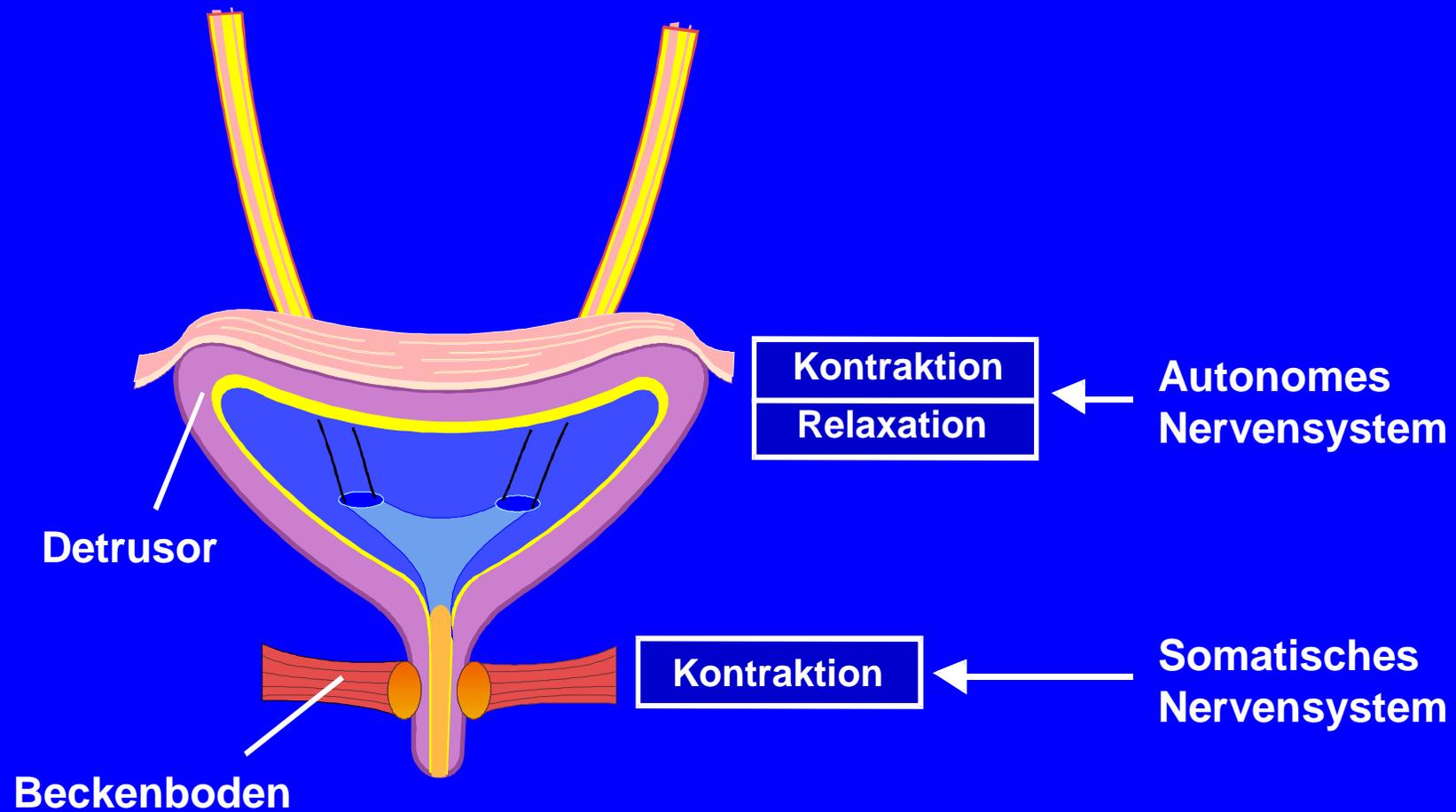


Abrams P, Wein AJ. Die Instabile Blase - Eine verbreitete und behandelbare Erkrankung

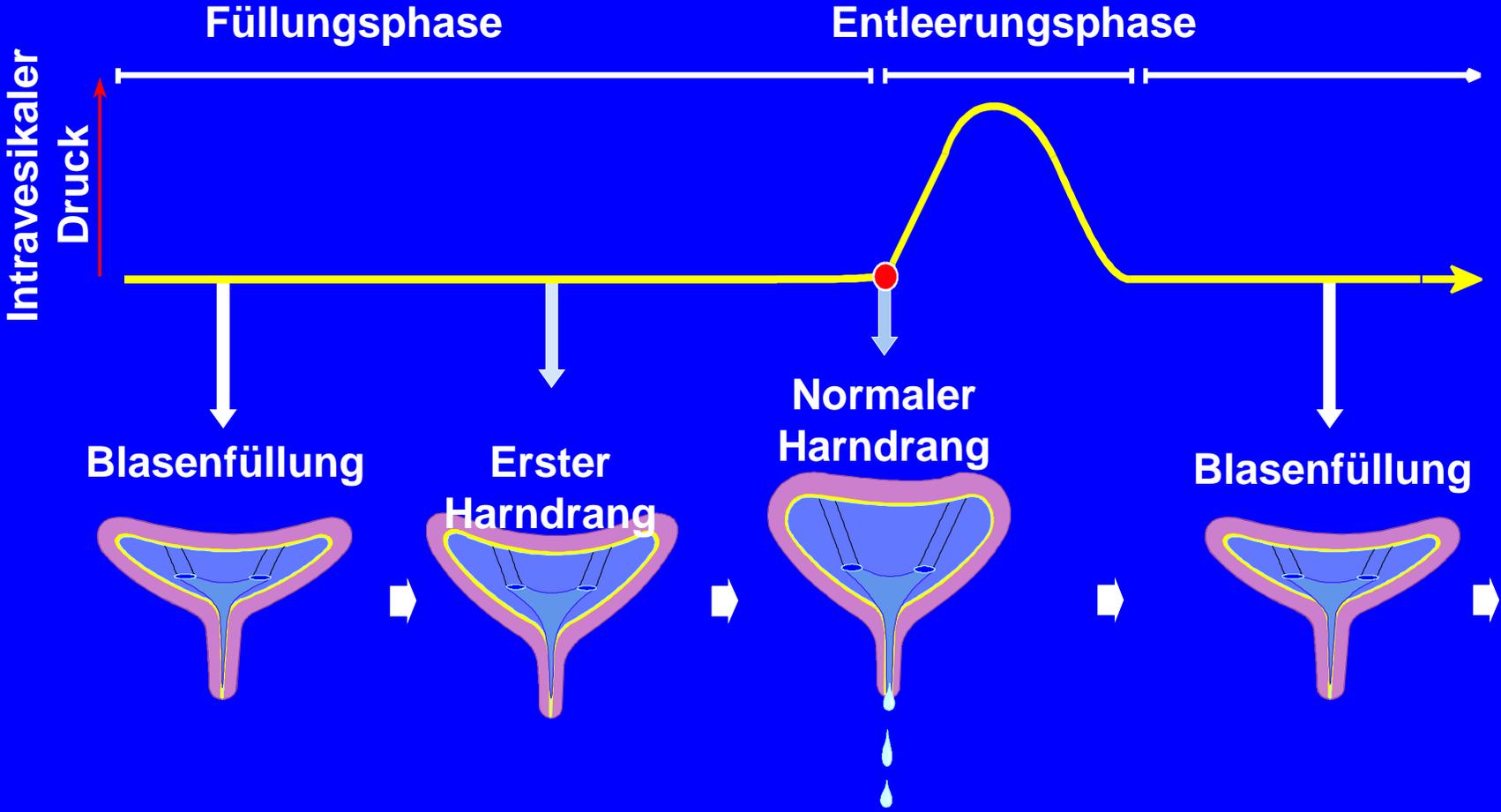
Schematische Darstellung des Miktionsreflexes



Steuerung des Miktionszyklus



Der Miktionszyklus



Die gesunde Blase

Entleerungsphase (1% des Tages):

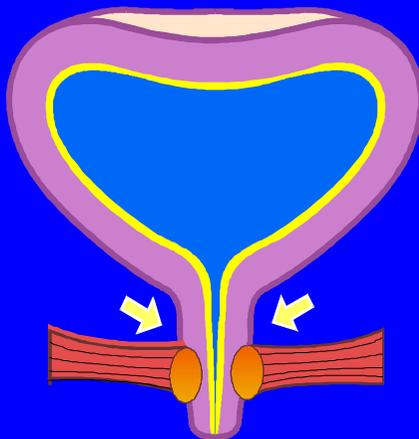
- Anhaltende Blasenmuskelanspannung (ca. 2 min)
- Kompletter entspannter Schließmuskelapparat

= kurzzeitig vom Grosshirn geduldet!

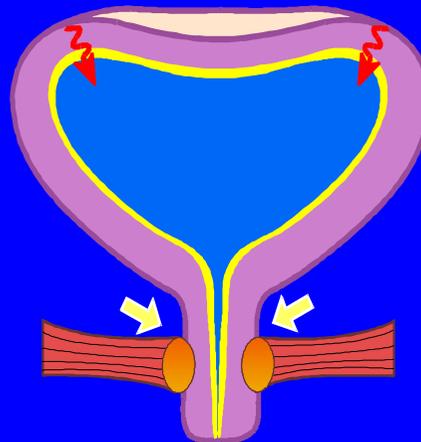
Die Instabile Blase - ungehemmte Kontraktionen des Detrusors

Instabile Blase

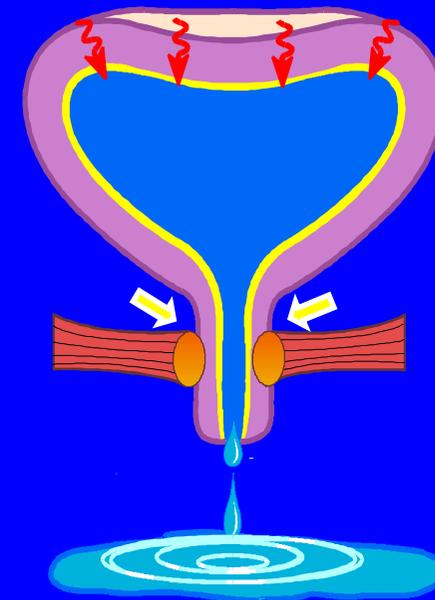
Normale
Blasenfunktion



Pollakisurie
imperativer Harndrang



Dranginkontinenz

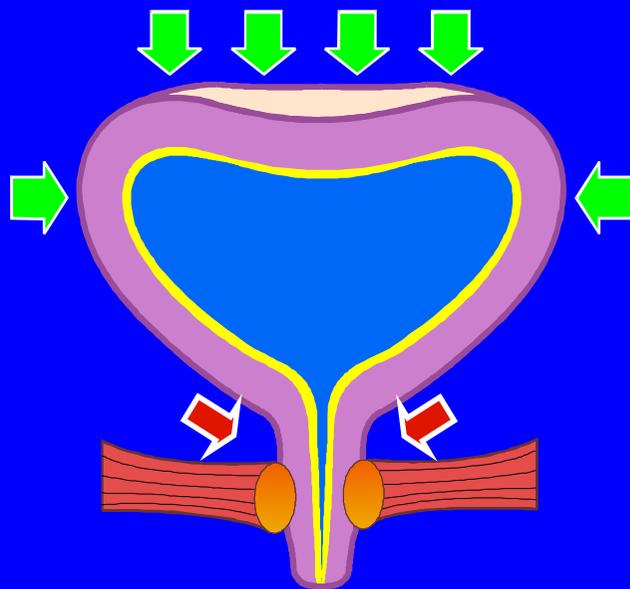


⇒ Druck in der
Harnröhre

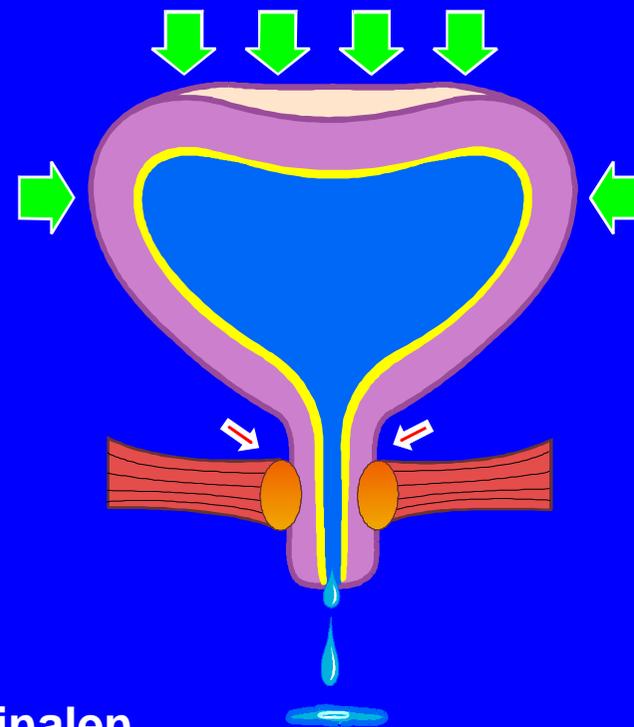
↗ Ungehemmte
Detrusorkontraktionen

Belastungsinkontinenz

Normale
Blasenfunktion



Belastungsinkontinenz



-  Plötzlicher Anstieg des intra-abdominalen Druckes
-  Druck in der Harnröhre

Abrams P, Wein AJ. Die Instabile Blase - Eine verbreitete und behandelbare

Mischinkontinenz



Charakteristische Symptome der Instabilen Blase

- Pollakisurie
- imperativer Harndrang
- mit oder ohne Dranginkontinenz



Die Instabile Blase - Anamnese

- Wie oft gehen Sie in 24 Stunden auf die Toilette?
- Wie oft stehen Sie in der Nacht auf, um auf die Toilette zu gehen?

Die Instabile Blase - Anamnese

- Wie oft am Tag verspüren Sie einen plötzlichen und nicht unterdrückbaren Harndrang?
- Schaffen Sie es manchmal nicht rechtzeitig auf die Toilette und verlieren Urin?
- Haben Sie einen unfreiwilligen Harnverlust, wenn Sie lachen, niesen, husten, springen oder laufen?

Die Instabile Blase - Anamnese

- Miktionstagebuch
- Abklärung neurologischer, urogenitaler und anderer Symptome
- Medikamentenanamnese
- Evaluierung des mentalen Status der Patienten

Medikamentenanamnese

- Diuretika
- Antidepressiva
- Antihypertonika
- Hypnotika
- Schmerzmittel
- Narkotika
- Beruhigungsmittel
- Schlafmittel
- Erkältungsmittel

Die Instabile Blase - Untersuchung und Diagnose

- Anamnese
- Körperliche Untersuchung
- Urinstatus

Die Instabile Blase - Diagnose

- Viele Patienten können aufgrund von Anamnese, körperlicher Untersuchung und Urinanalyse diagnostiziert werden
- Weiterführende Diagnostik
 - Bestimmung des Restharnvolumens
 - Bildgebende Verfahren
 - Urodynamische Untersuchungen
 - gegebenenfalls Zystoskopie

Diagnose: Körperliche Untersuchung

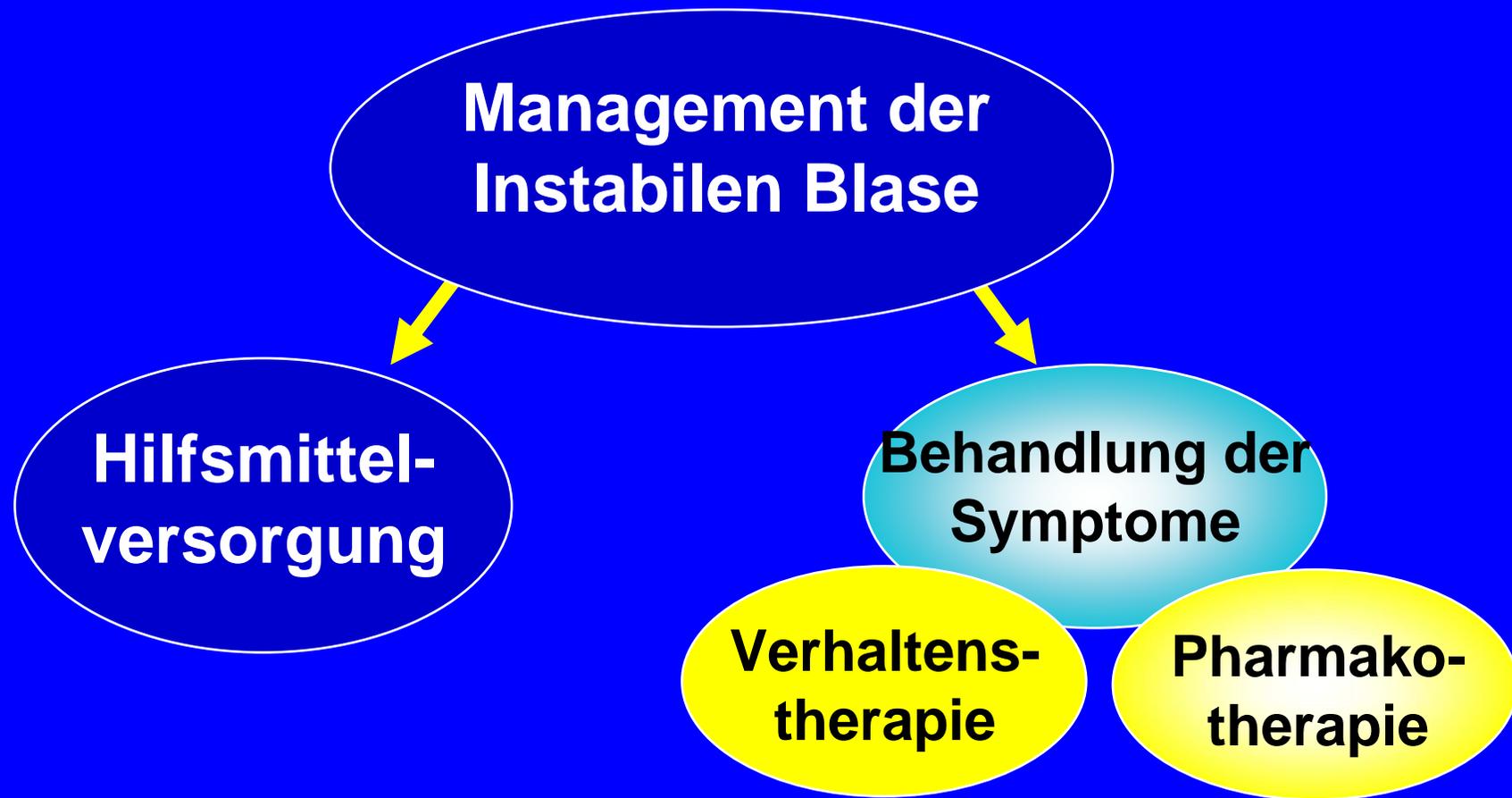
- Durchführung einer allgemeinen, abdominalen und neurologischen Untersuchung
- vaginale bzw. rektale Untersuchung

Diagnose: Urinstatus

Urinanalyse

Ausschluß von Hämaturie, Pyurie,
Bakteriurie, Glukosurie, Proteinurie

Allgemeines Management der Instabilen Blase



Verhaltenstherapie

- Änderung des Trinkverhaltens
- Blasen- und Toilettentraining
- Beckenbodentherapie
- apparatives Kontinenztraining

Grenzen der Verhaltenstherapie

- Fehlende Motivation von Arzt und Patient
- Erfolg abhängig von Mitarbeit des Patienten und Intensität des Übungsprogrammes

Medikamentöse Therapie - Empfehlungen der WHO

Detrusorinstabilität:

- Antimuskarinergika

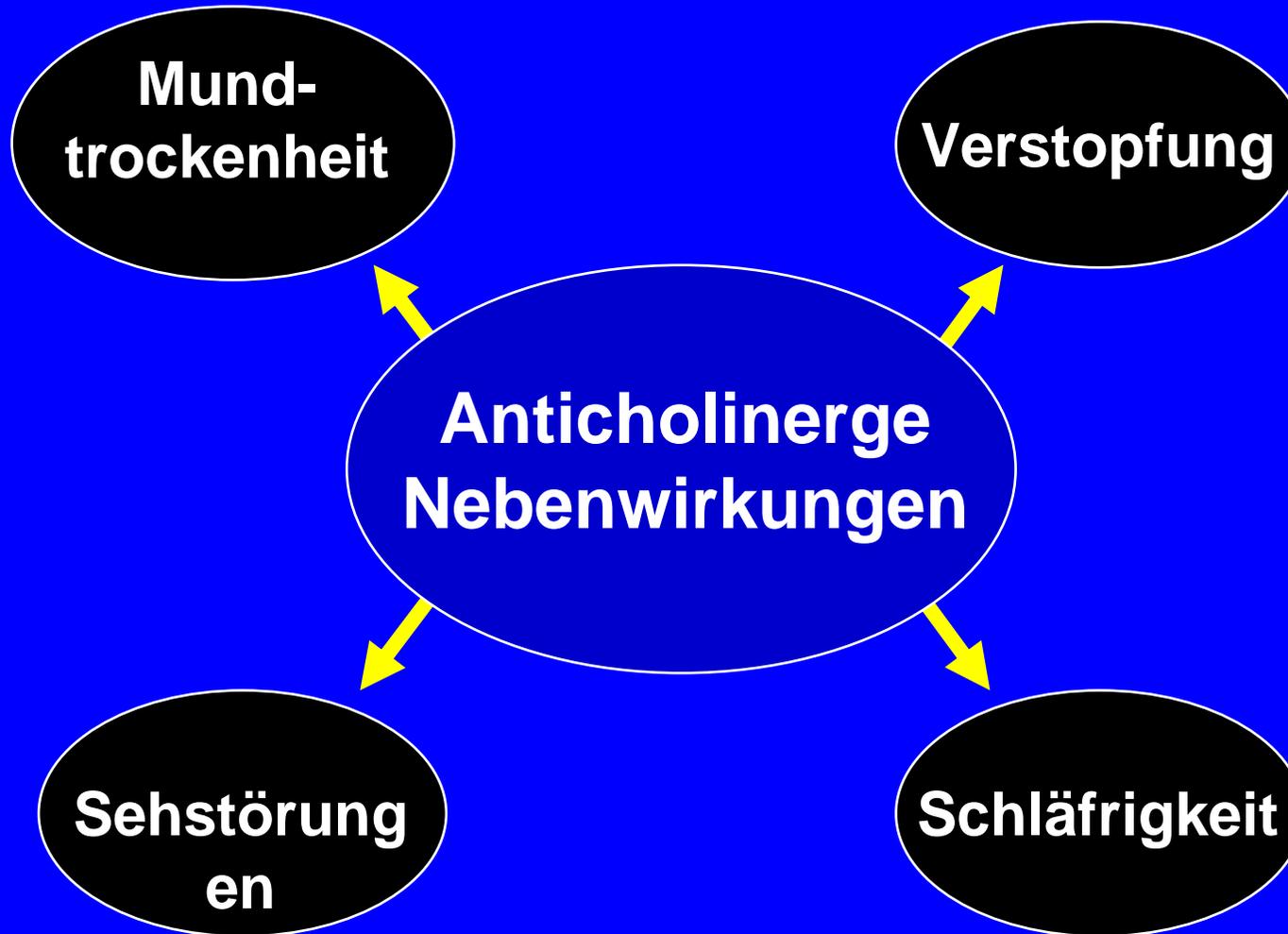
Blasenauslaßstörungen:

- α - Blocker

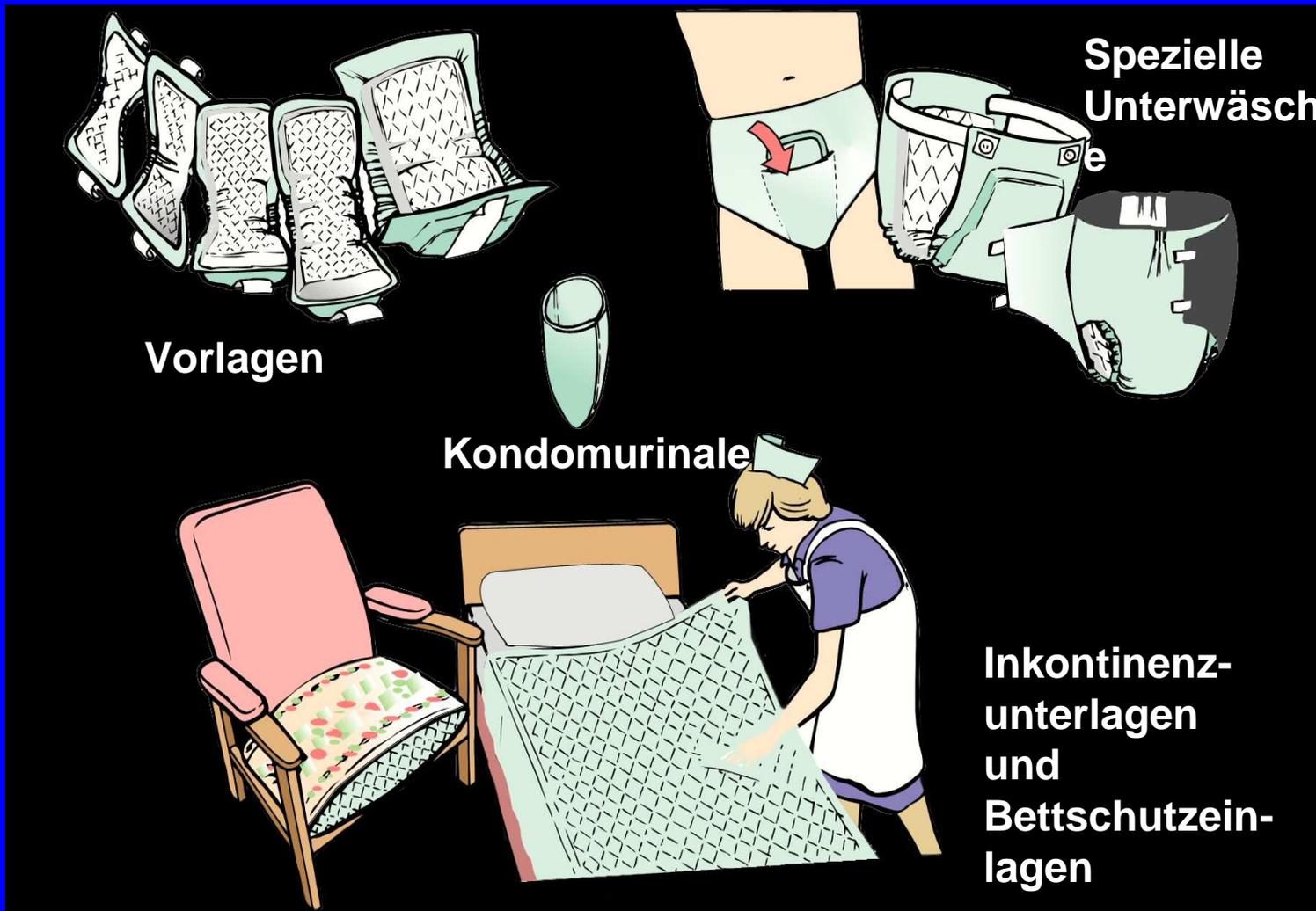
Anticholinergika: Wirkung

- Zunahme des Blasenvolumens
- Abnahme der Detrusor-Kontraktionen
- Verlängerung der miktionsfreien Intervalle
- Reduzierung der Inkontinenzepisoden

Mögliche unerwünschte Arzneimittel-wirkungen bei anticholinerger Therapie



Hilfsmittelversorgung



Zusammenfassung

- Pharmakotherapie
 - Therapie der Wahl: Anticholinergika
- Verhaltenstherapie
- Kombinationstherapie
 - Kombination von Pharmako- und Verhaltenstherapie
 - Versorgung mit Hilfsmitteln

Symptome der HSP

- Beinschwäche
- Sensibilitätsstörungen
- Entzündung des Sehnervs,
Doppelbildersehen,
Nystagmus („Augenzittern“)
- Schwindel
- Spastik, Kloni
- **Blasenfunktionsstörungen**

Blasenfunktionsstörungen bei HSP bei 33 - 97 % aller HSP-Patienten

Typisch

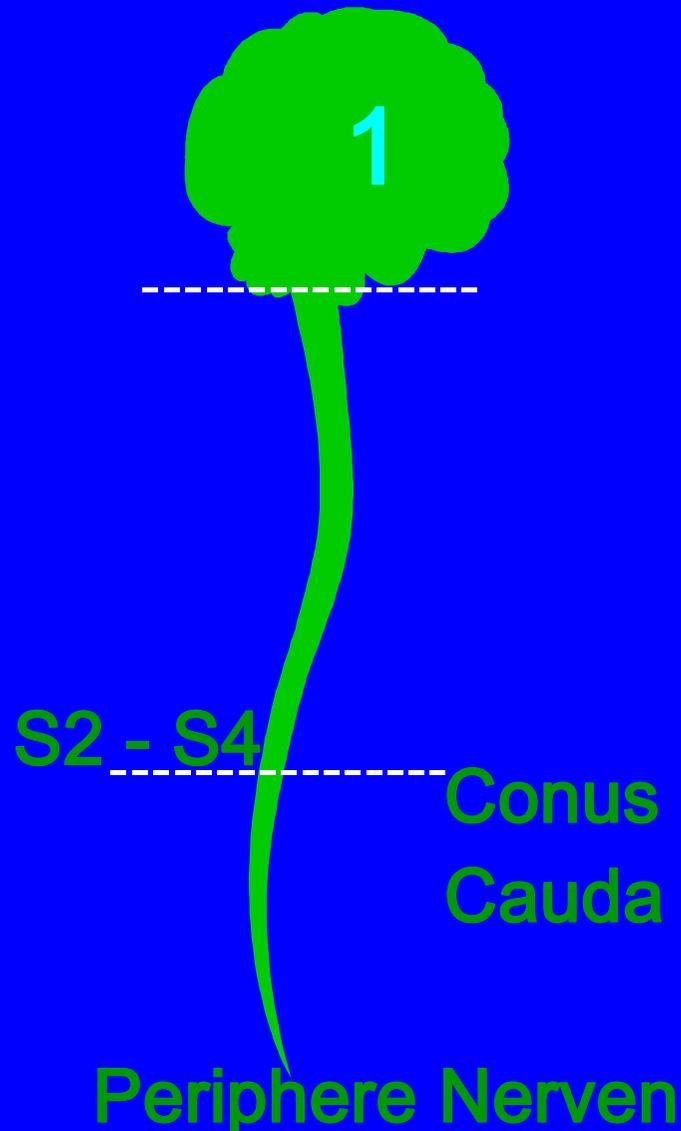
Patient kann im Krankheitsverlauf einen Wechsel seiner Blasenfunktionsstörung erleben

Urodynamisch

- 66 % Detrusorhyperreflexie
- 25 % areflexiver Detrusor

Therapie der Blasenfunktionsstörung bei

1. Läsion suprapontin (Gehirn) „zerebral enthemmte Blase“



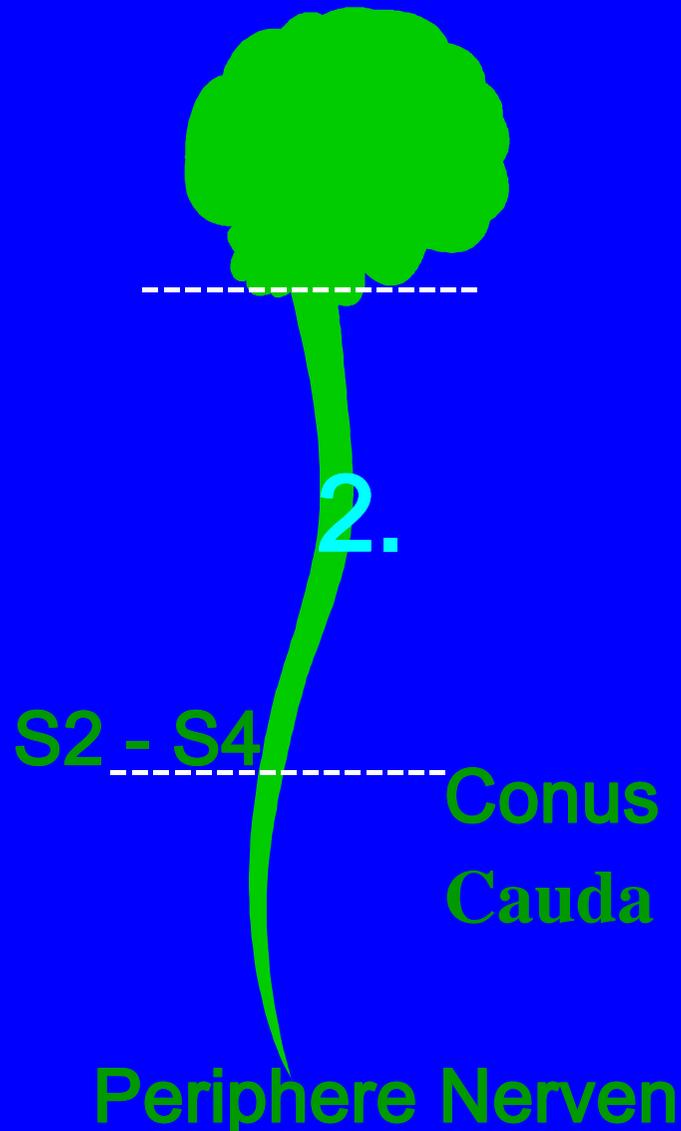
Symptome:
Pollakisurie
imperativer Harndrang
Dranginkontinenz

Therapie: medikamentös
Botox-Injektion

Neuromodulation

Therapie der Blasenfunktionsstörung bei

2. Läsion supranukleär „spinale Reflexblase“



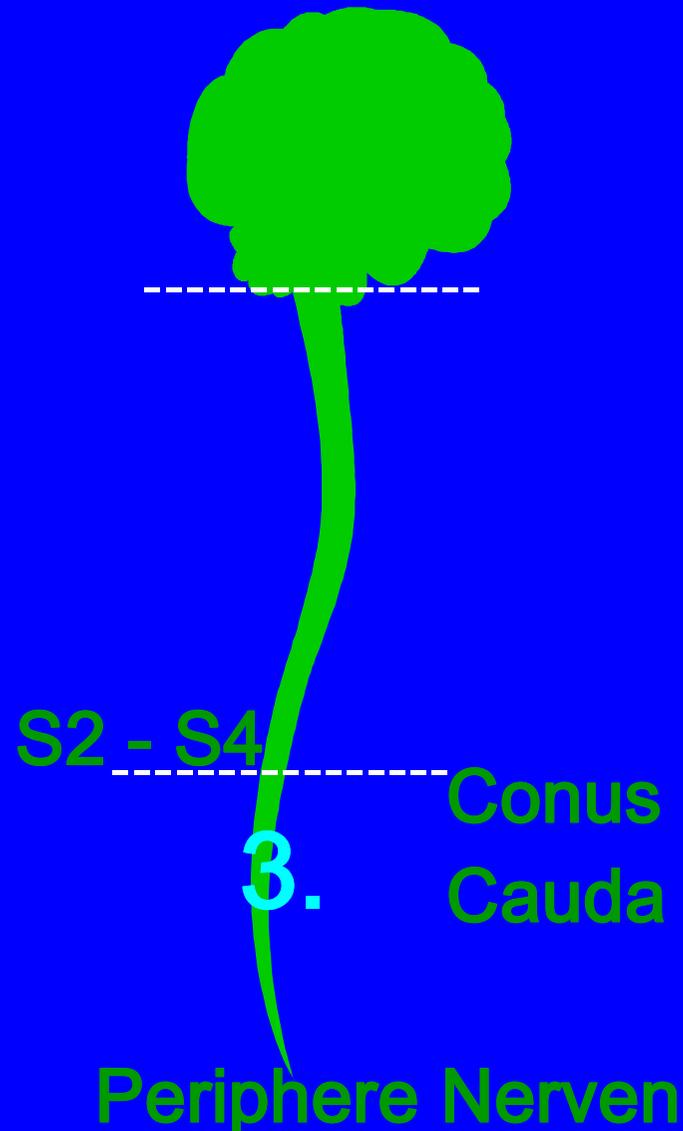
Symptome:
Pollakisurie
imperativer Harndrang
Reflexinkontinenz
hohe Blasendrucke

Therapie: medikamentös
Botox-Injektion
Neuromodulation

Therapie der Blasenfunktionsstörung bei

3. Conus/Caudaläsion

„Detrusorareflexie“



Symptome:

Restharnbildung

Harnverhalt

Bauchpresse

Therapie:

ggf. Einmalkatheterismus

Neuromodulation

Operative Therapie

Dranginkontinenz

Lokale Therapie:

Botulinumtoxin A

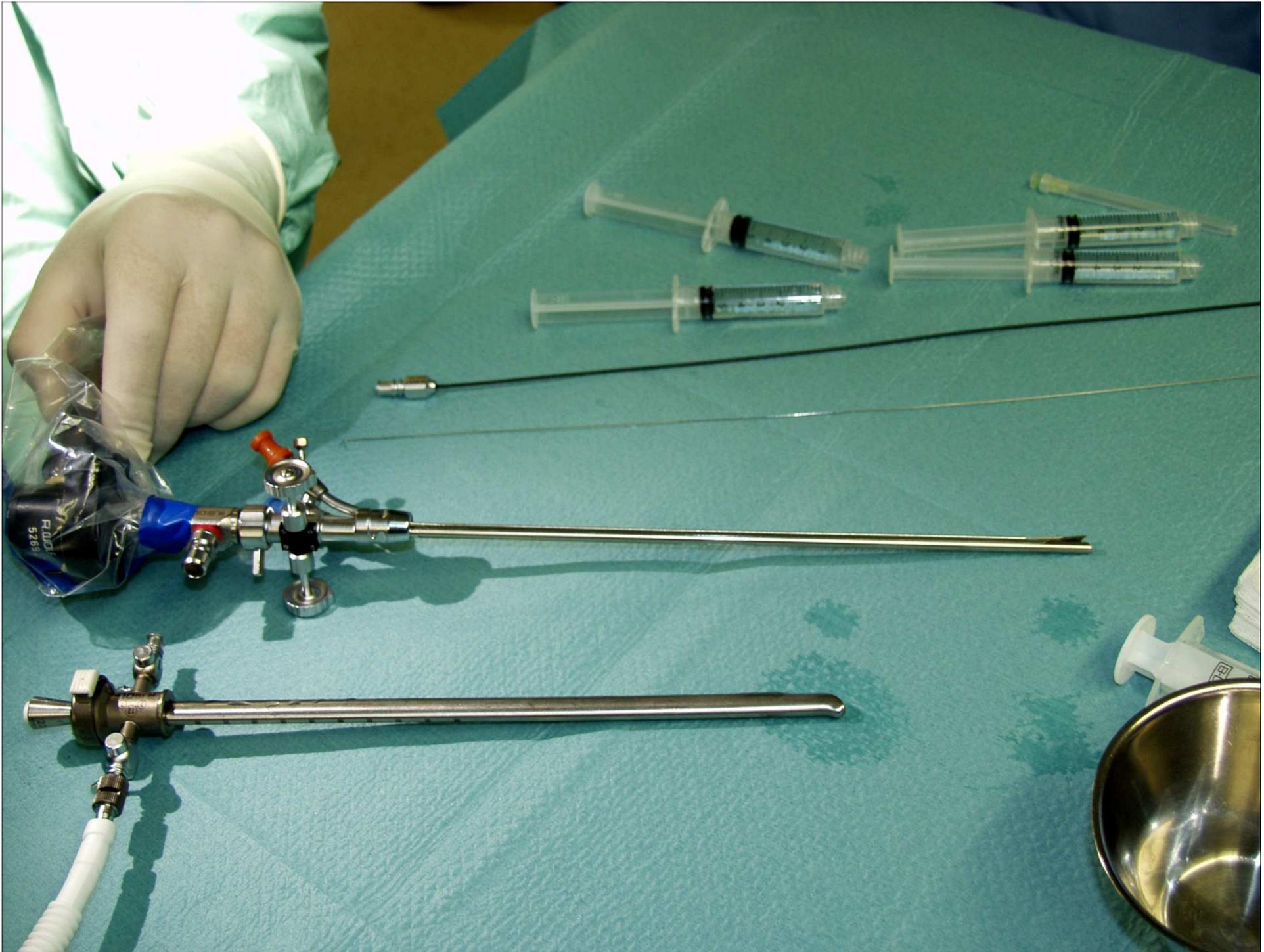
→ Endoskopische Injektion
in Blasenmuskulatur

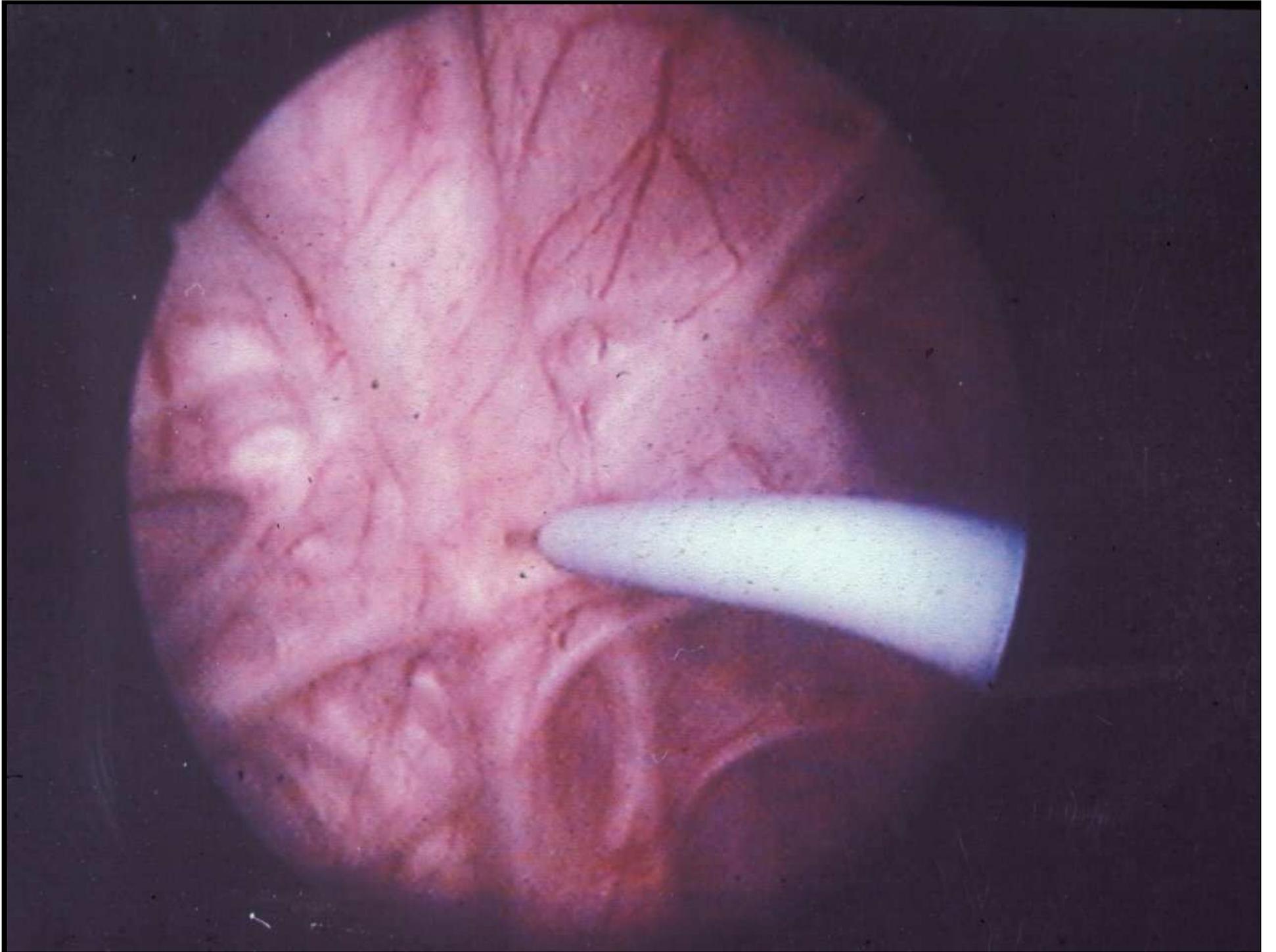


Operative Therapie

Wirkungsweise Botulinumtoxin A:

- Vorübergehende chemische Teil-Lähmung
- Intensität u. Wirkdauer dosisabhängig
- 80-90 % Ansprechen für 9 -12 Monate
- < 2% Nebenwirkungen



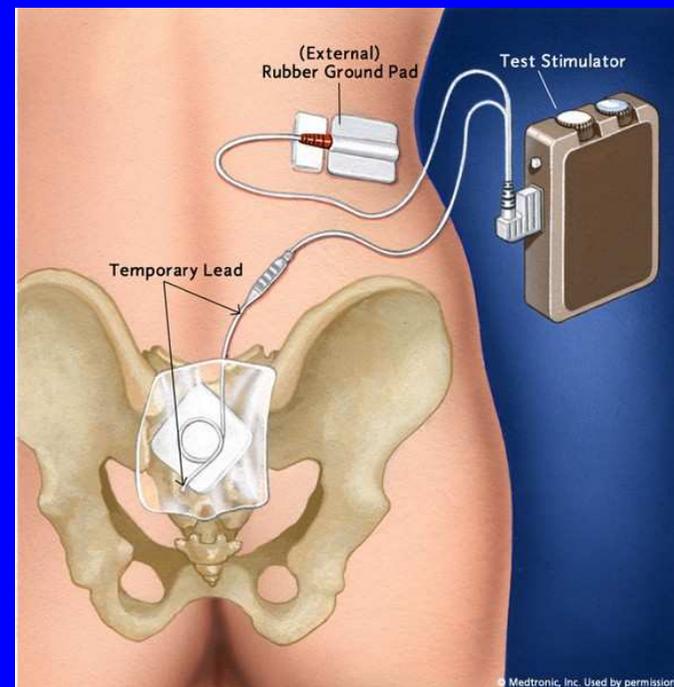
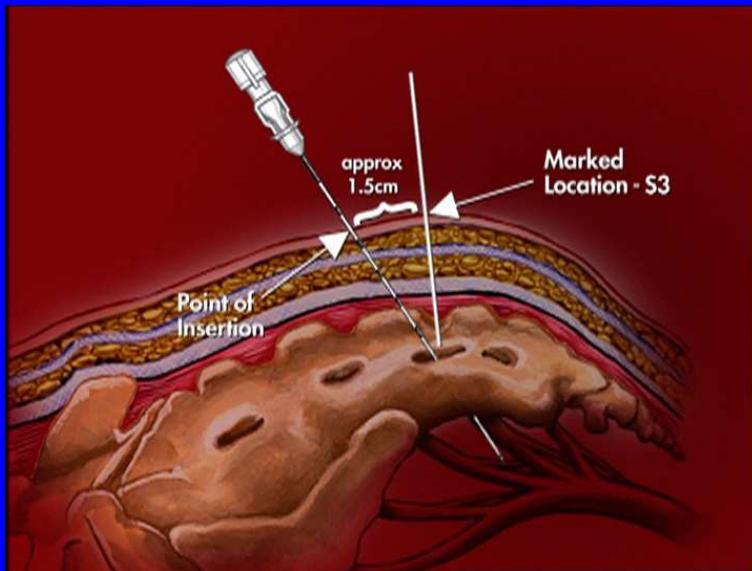


Operative Therapie

Dranginkontinenz

Sakrale Neuromodulation

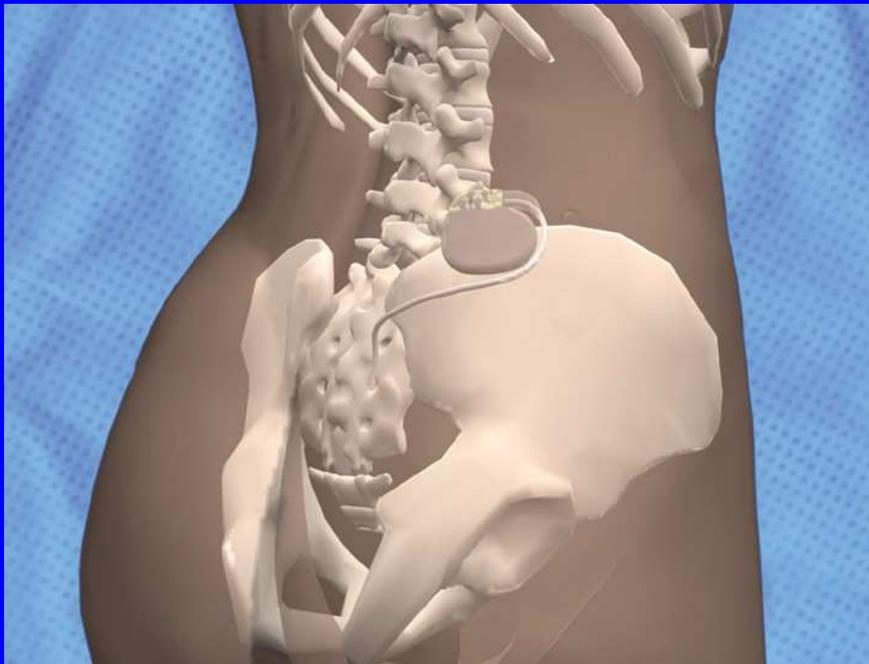
„Blasenschrittmacher“

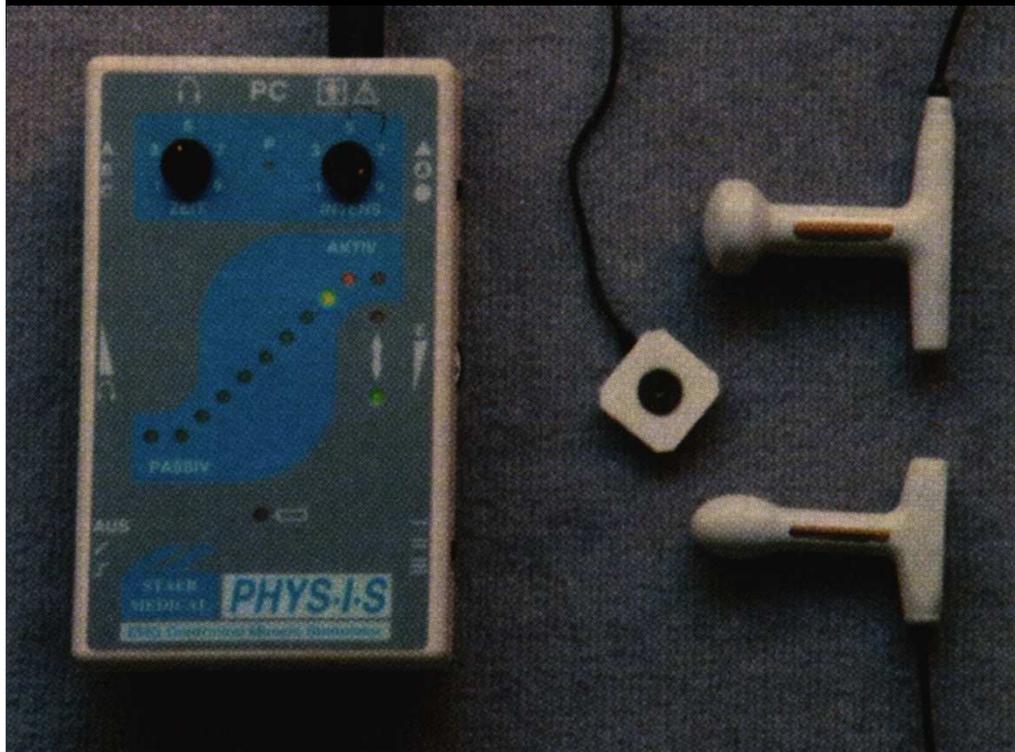


Operative Therapie

Dranginkontinenz

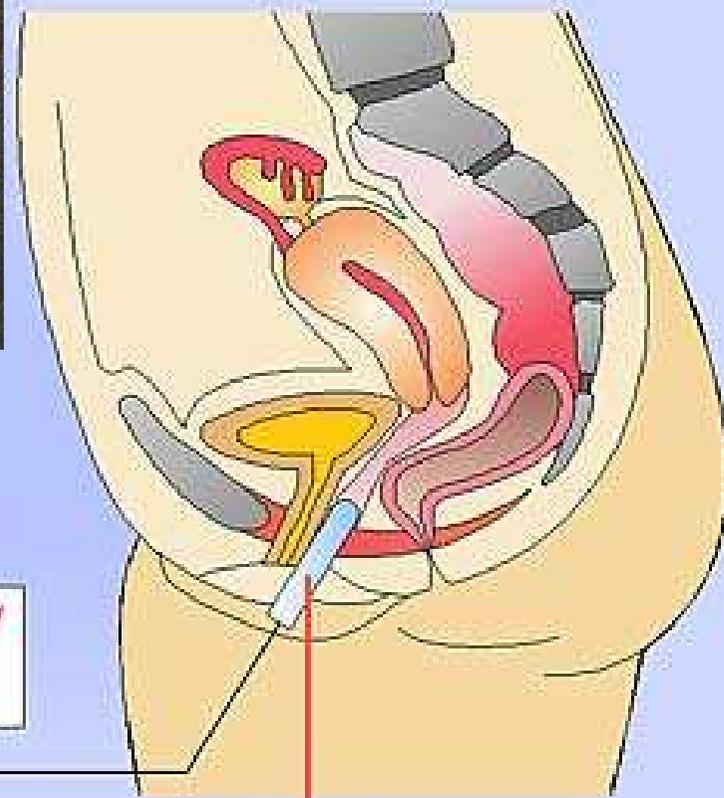
„Blasenschrittmacher“





Funktion von Beckenboden und Schließmuskel wird bewußt gemacht

- Sonde wird in Scheide oder Enddarm eingeführt
- Beckenboden wird angespannt
- Stärke der Anspannung wird am Meßgerät sichtbar gemacht



Sonde



Therapie

Belastungsinkontinenz

- konservativ

Krankengymnastik / Elektrostimulation

Östrogen

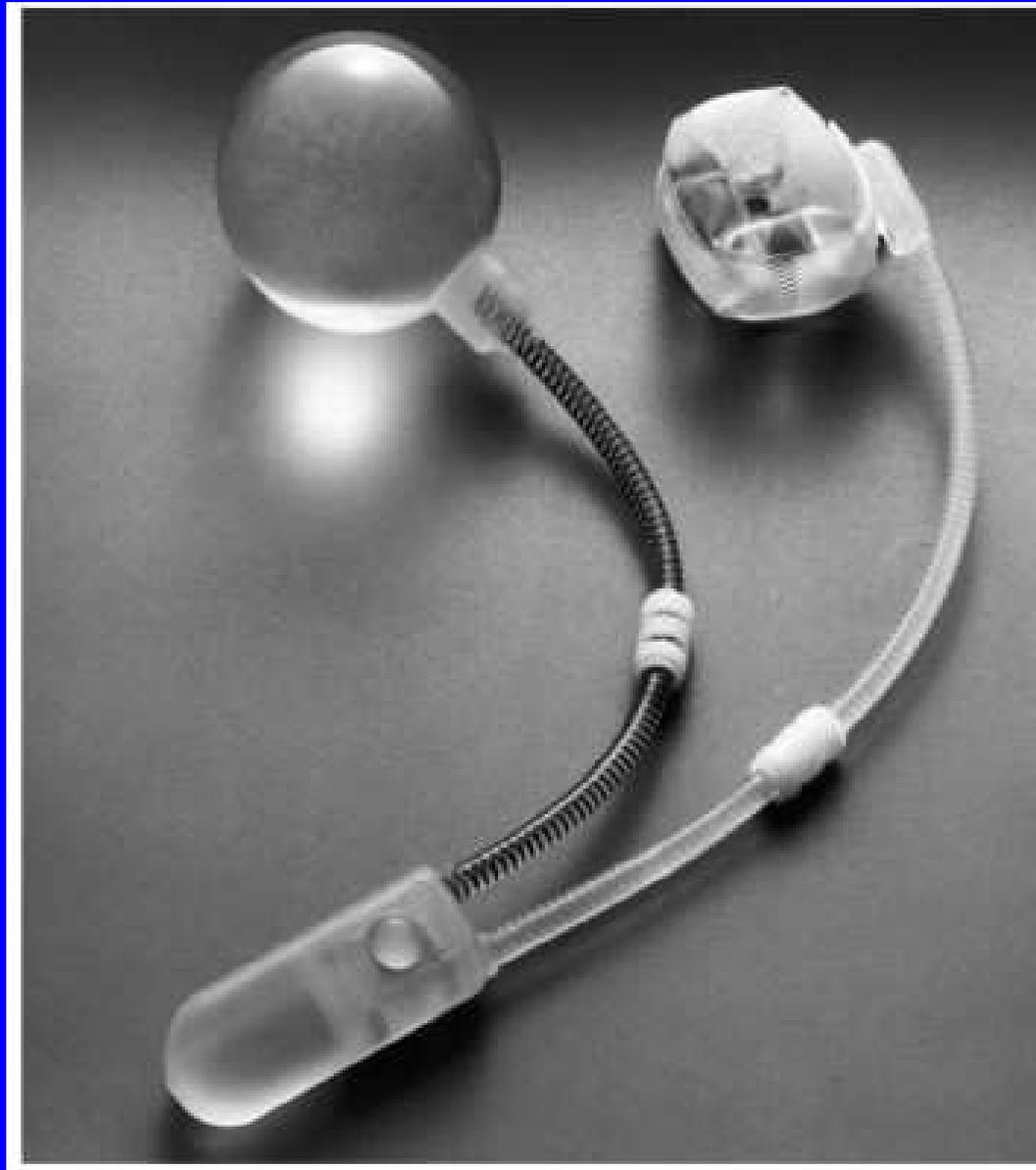
Therapie

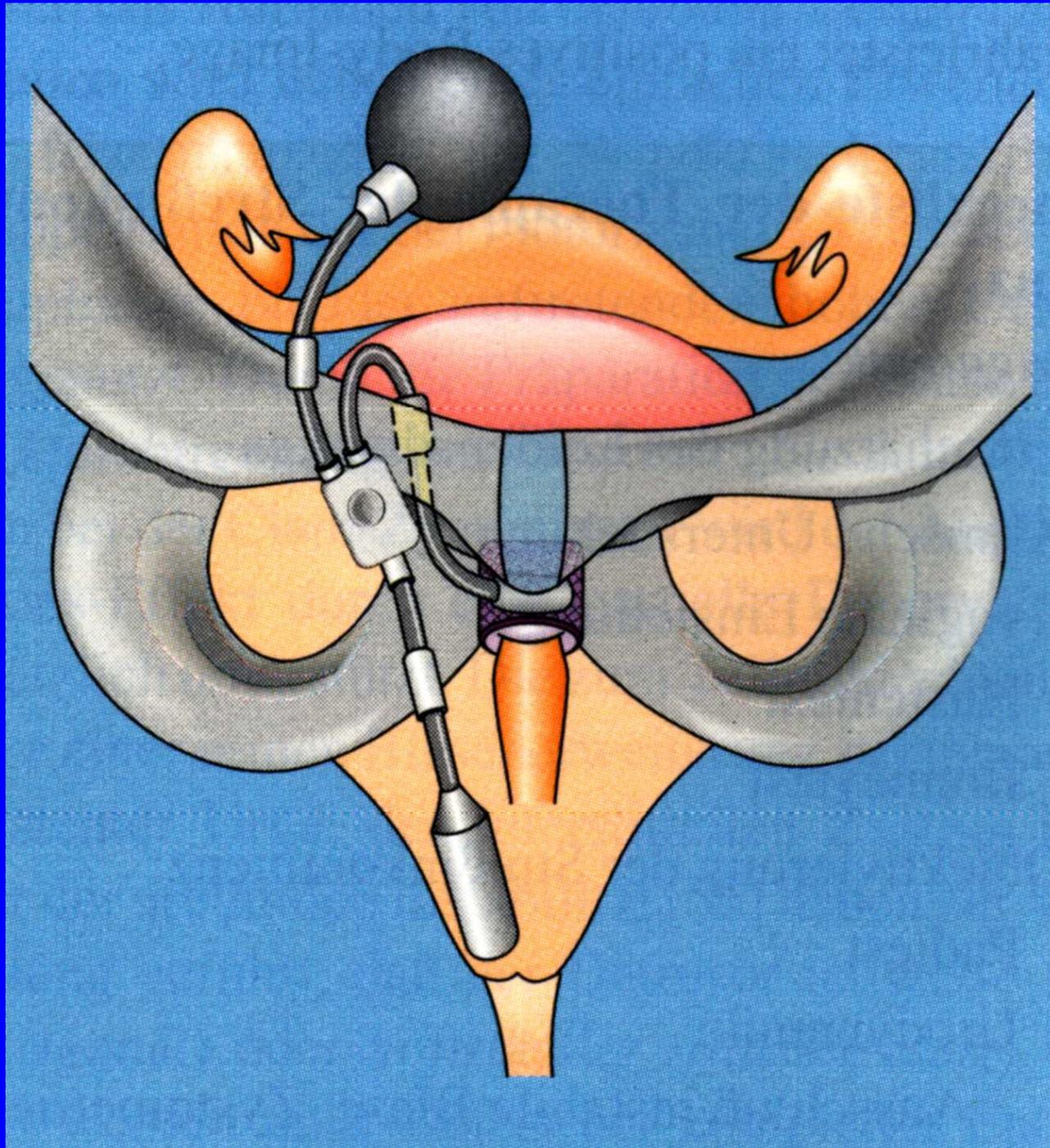


Operative Therapie

Belastungsinkontinenz

- konservativ
- operative Lagekorrektur der Blase
- TVT / Zügelplastik (Männerband)
- künstlicher Schließmuskel





Weißt du, wovor
ich mich im Alter am
meisten fürchte?

Nein, wovor?

Inkontinenz!

iji



HSP und Sexualstörungen

HSP und Sexualstörungen

- Einführung in die Ursachen der Erektionsstörungen
- Notwendige Untersuchungen
- Behandlungsmöglichkeiten
- Sexualstörungen bei der HSP - Spezialitäten

Männliche Sexualitätsstörungen

Erektionsstörung
= Impotenz
= Erektile Dysfunktion

Orgasmusstörung
- vorzeitig/verzögert/fehlend

Mangel an Lust hat nichts
mit Erektionsstörungen zu tun
– eher mit Hormonmangel

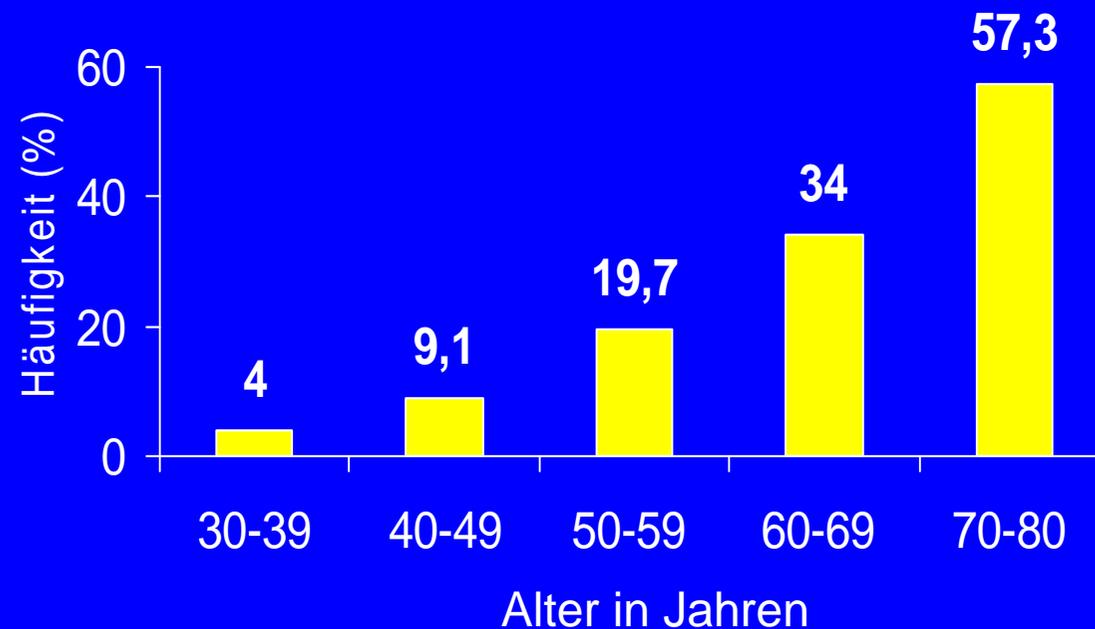
Schmerzen bei sexueller Aktivität

Definition der Erektionsstörung

Die über einen Zeitraum von mehr als **6 Monaten** bestehende oder wiederholt auftretende Unfähigkeit, eine ausreichende Erektion für einen **befriedigenden Geschlechtsverkehr** zu erreichen und/oder aufrecht zu erhalten.

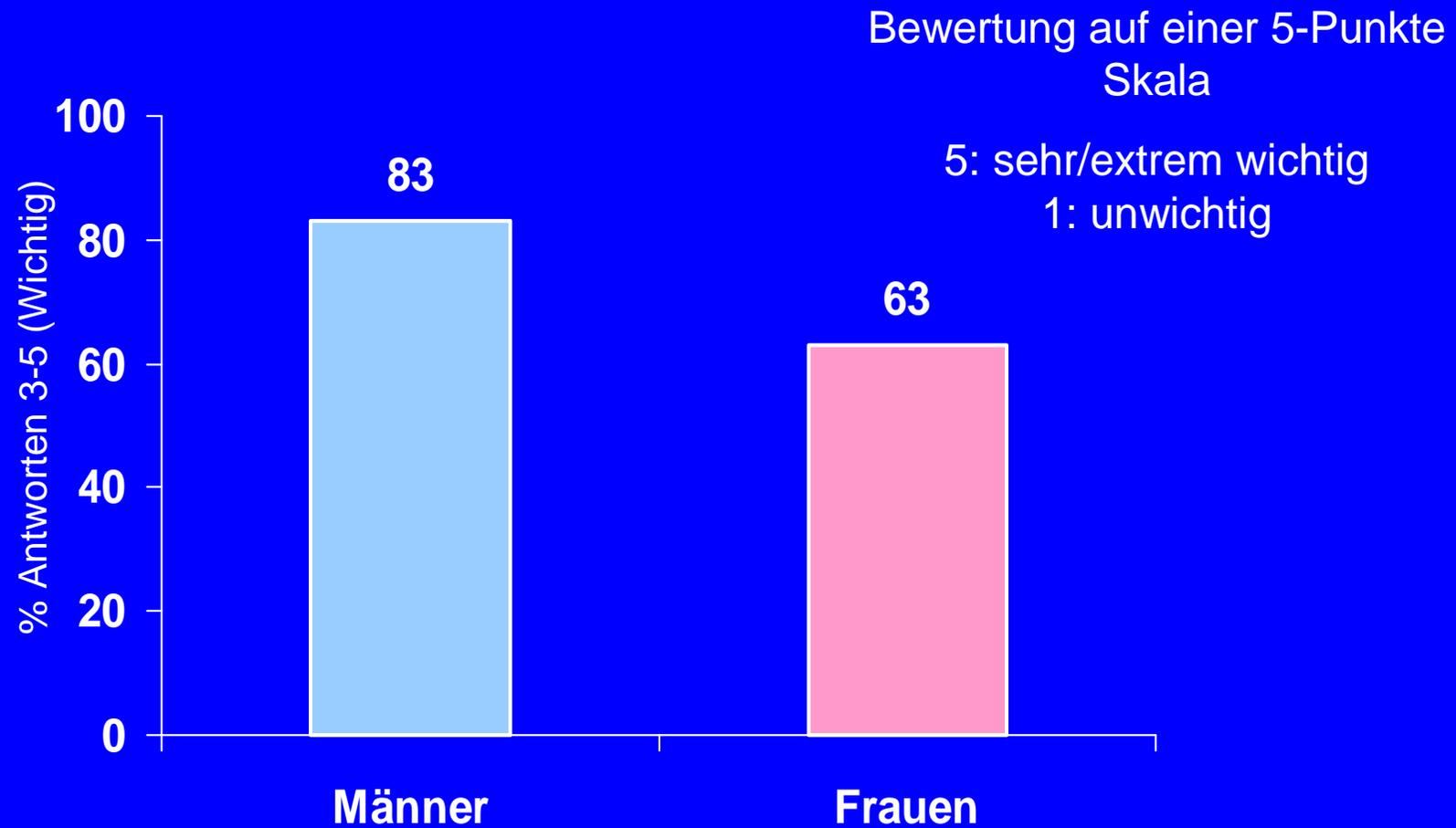
Häufigkeit der erektilen Dysfunktion

**Kölner Studie mit 20 000
Männern**



Quelle: Braun et al, *Publikation der „Kölner Studie“*

Wie wichtig ist Sexualität in Ihrem Leben?



Quelle: MALES - Study

Leidensdruck

Gesundes Sexualeben verstärkt das emotionale Wohlbefinden und die Kraft der Partnerschaftlichen Beziehungen¹
– auch in fortgeschrittenem Alter

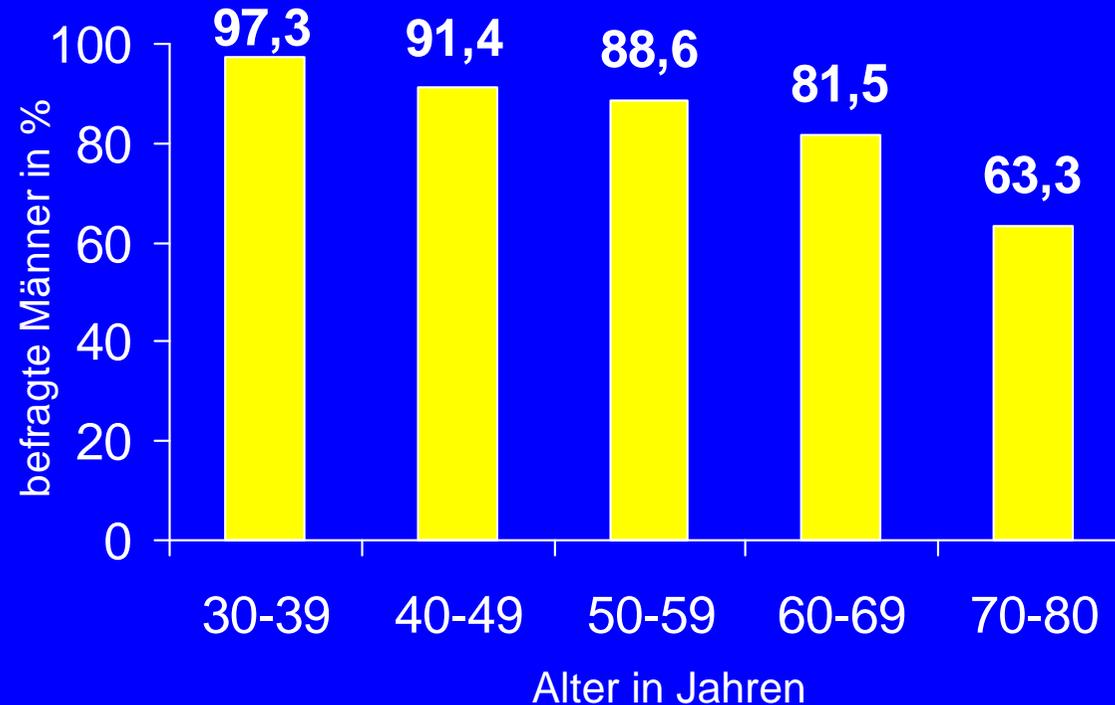
Wenn ein Patient nicht unter seiner Erektionsstörung leidet (z.B. keine Partnerin), ist eine Behandlung nicht notwendig

Man muss sich nicht mit Impotenz abfinden!

Eine seelische Ursache kann der Grund für Impotenz sein, meistens liegt es jedoch an körperlichen Erkrankungen!

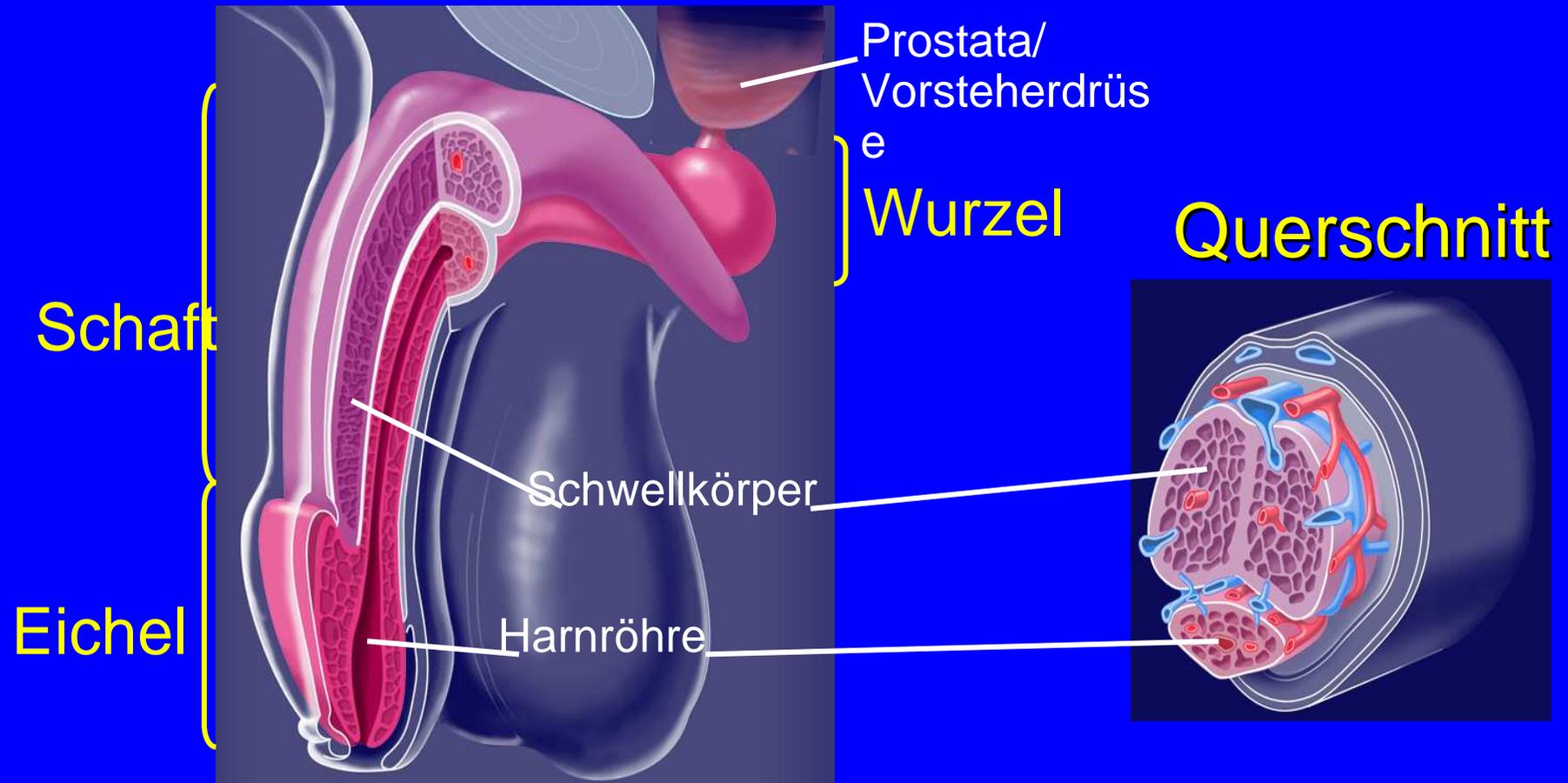
¹ Quelle: Westheimer, *Am J Manag Care* 2000

Regelmäßige sexuelle Kontakte (Geschlechtsverkehr)?

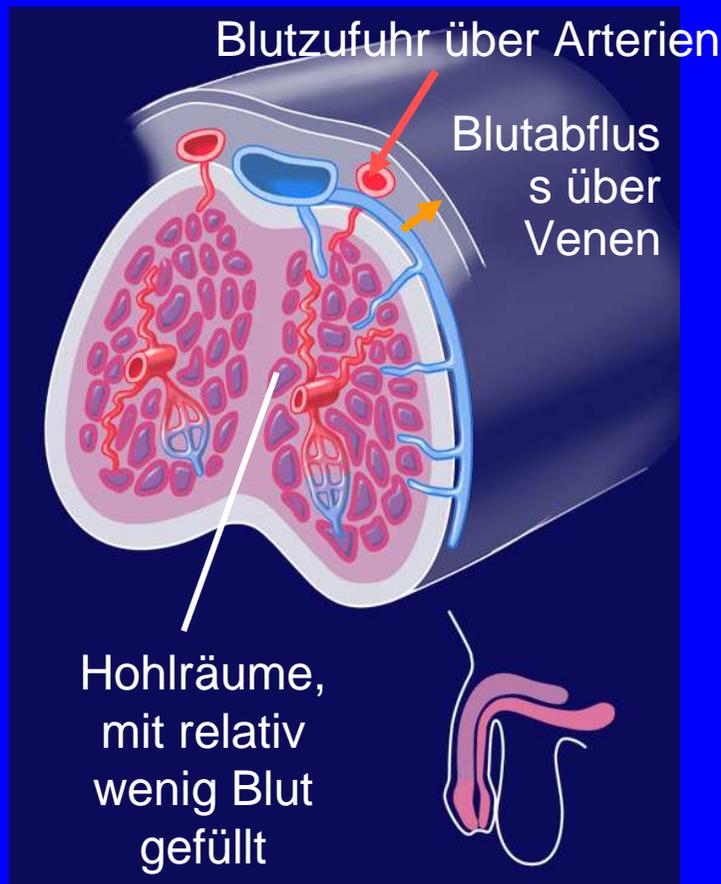


Quelle: Braun et al, Publikation der „Kölner Studie“

Wie ist der Penis aufgebaut?



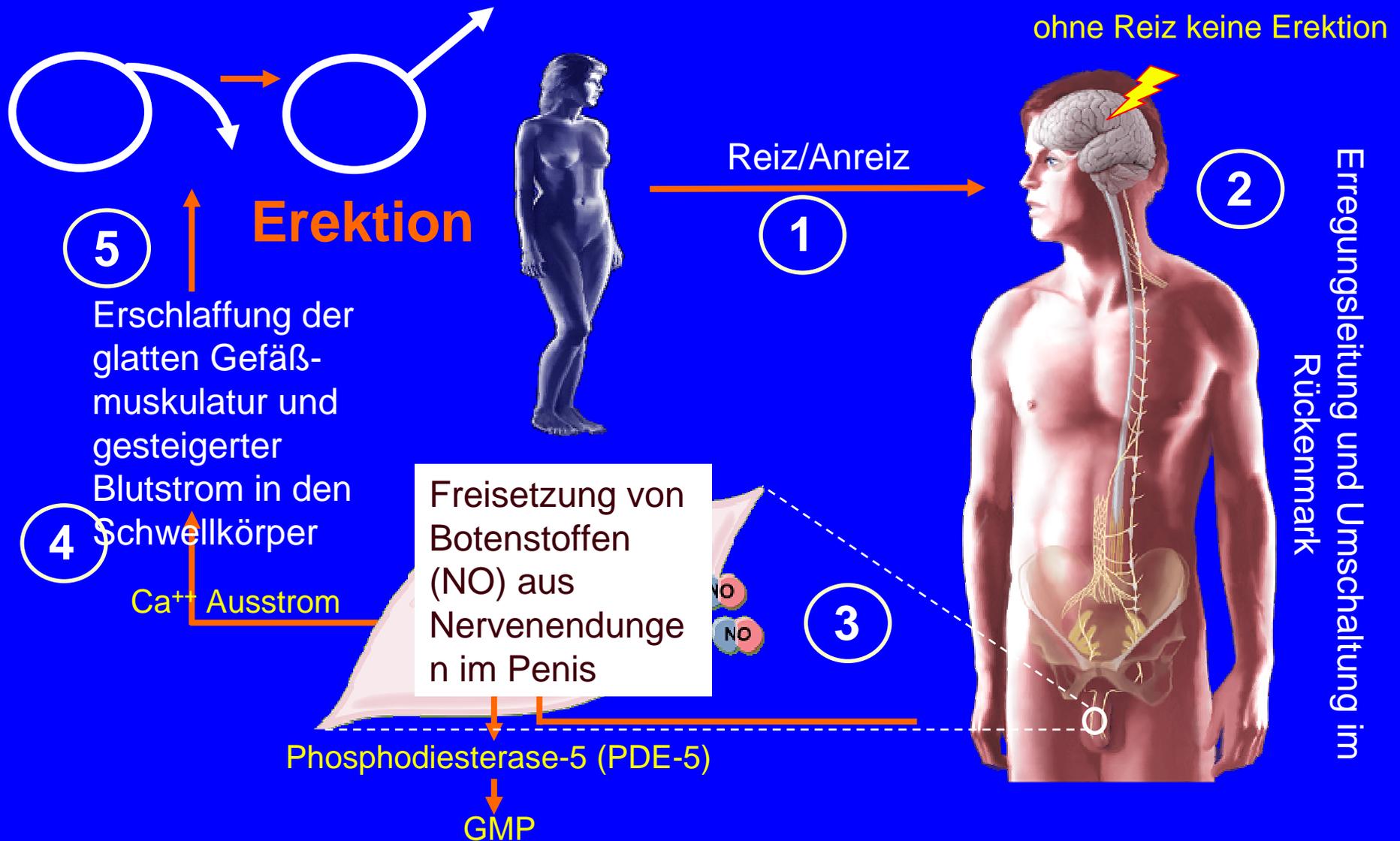
Die Schwellkörper im Ruhezustand



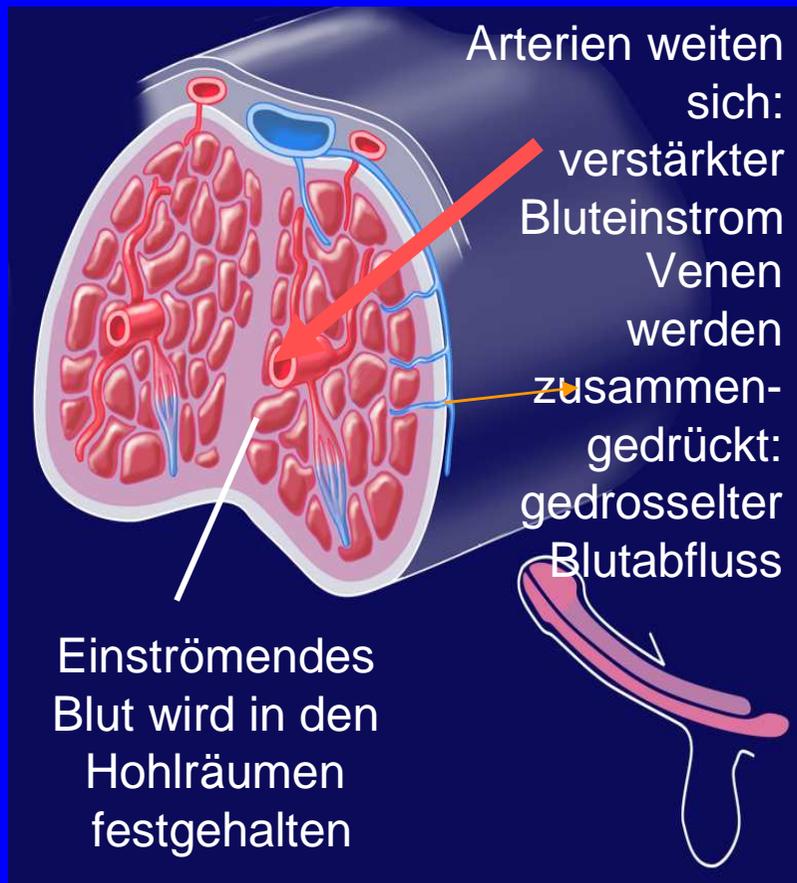
Die länglichen Penis-Schwellkörper sind wie ein Schwamm von kleinen Hohlräumen durchzogen.

Muskelfasern halten die zuführenden Blutgefäße im Ruhezustand fest zusammen, so dass nur wenig Blut in die Hohlräume einströmen kann.

Mechanismus der Erektion



Was passiert bei einer Erektion?



Bei sexueller Erregung entspannen sich die Muskelfasern der Gefäße.

Mehr Blut wird in die Hohlräume eingelassen und dort festgehalten.

Der Penis wird größer und verfestigt sich.

Impotenz/Erektionsstörungen: Fakten

Bei 70% der Männer
haben Erektionsstörungen
körperliche Ursachen.

Erektionsstörungen treten
mit zunehmendem Alter häufiger auf.

Es gibt wirksame
Behandlungsmöglichkeiten
gegen Impotenz.

Jeder Zweite der über 60-jährigen
Männer leidet unter Erektionsstörungen.

(Quelle: Feldmann *et al.*, *J. Urol.*, 1994)

Impotenz/Erektionsstörungen: Ursachen

Organisch

- Verstopfung von Arterien, (selbe Ursachen wie z.B. bei Herzinfarkt: hoher Blutdruck, Diabetes, Fettstoffwechselstörungen, Rauchen, Übergewicht, Gicht etc.)
- nervenbedingt (z.B. Querschnittslähmung, Diabetes)
- hormonell (z.B. Schilddrüsenstörungen)
- durch Operationen (z.B. Op eines Prostata-Krebses)

• Psychogen

- häufig durch Angst zu versagen, Stress, Depression

• Gemischt

Untersuchungen bei Erektionsstörungen

Blutuntersuchungen
(Hormone, Zucker, Blutfette)

Doppler-Untersuchung
der Blutgefäße

Schwellkörperinjektionstest

Suche nach den Ursachen

Seelische Ursachen

Erektion ist oft abrupt gestört

normal

oft unbeeinträchtigt

Seelische Faktoren wie Konflikte oder Stress

Eher jünger als 50 Jahre

Zeitlicher Verlauf der Erektion

Morgendliche Gliedversteifung

Selbstbefriedigung

Risikofaktoren

Lebensalter

Körperliche Ursachen

Erektion lässt langsam nach

keine

oft beeinträchtigt

Körperliche Faktoren wie Erkrankungen, Operationen oder Verletzungen

Eher älter als 50 Jahre

Risikofaktoren



Was kann der Patient dagegen tun?

Übergewicht abbauen

Mit dem Rauchen aufhören

Vermeidung von Stress

zuviel Alkohol vermeiden

Gesunde Ernährung

viel Bewegung

Was kann der Patient dagegen tun?

... aber auch

...

Abbau des „Leistungsdrucks“
durch Gespräch mit dem Partner

Erlernen von Entspannungstechniken

Kontrolle & Behandlung von
Risikoerkrankungen wie
hohem Blutdruck, Diabetes,
Fettstoffwechselstörungen etc.

keine Medikamente
ohne Zustimmung des Arztes

Medikamentöse Therapie der ED



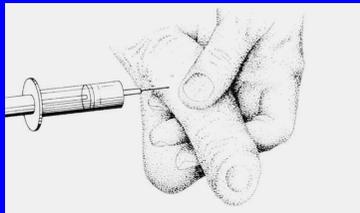
PDE-5-Inhibitoren

Levitra
Viagra
Cialis

- Geeignet bei organischen und nicht organischen Ursachen

- **PDE-5-Inhibitoren** hemmen ein Enzym (PDE-5), das einer Erektion entgegenwirkt.
- **Levitra, Viagra & Cialis** hemmen PDE-5 und **verstärken** so den Blutfluss in den Schwellkörper.

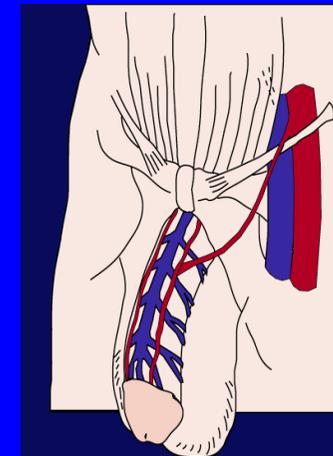
weitere Therapieoptionen



Injektionen



Sexuelle
Beratung



Penisprothese



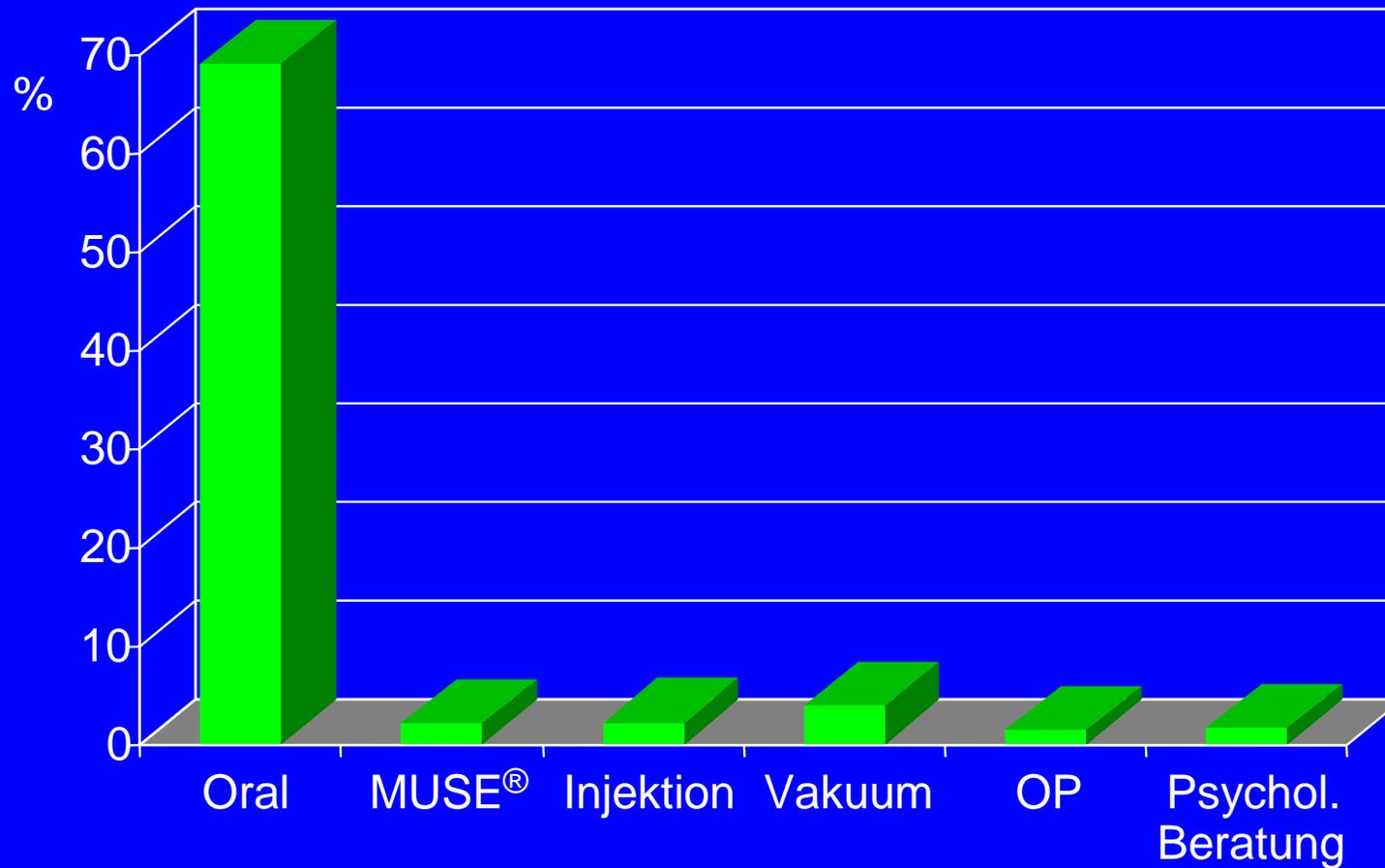
Vakuumpumpe



MUSE®



Patienten bevorzugen eindeutig die orale Therapie



Quelle: Braun et al, Kölner Studie an 8.000 Männern

Wie wirken PDE-5-Inhibitoren?

- PDE-5-Inhibitoren hemmen ein für die Erektion wichtiges Enzym und **verstärken** so den **Blutfluss in den Penis**.
- PDE-5-Inhibitoren **verbessern** die **Durchblutung** der Herzkranzgefäße.
- Führen zu einer **leichten Blutdrucksenkung**.
- Stellen Gefäße „**weit**“.

Wann soll man PDE-5-Inhibitoren keinesfalls nehmen?

- Wenn der **Herz-Kreislauf-Zustand** so **schlecht** ist, dass man keinen Geschlechtsverkehr mehr haben darf.
- Wenn man sog. **Nitrate** oder bestimmte andere Medikamente nimmt (→ Rücksprache mit dem Arzt)

Es ist immer wichtig, erst mit dem Arzt zu sprechen !

Therapieerwartungen

•Therapieerfolg:

- In der Regel nach der ersten Einnahme
- Bei manchen Männern erst nach einigen Einnahmeversuchen
↳ Setzen Sie sich nicht unter Druck!

•Nebenwirkungen:

- Häufig:
Vorübergehende Kopfschmerzen / verstopfte Nase /
Hitzegefühl
- Sonstige Nebenwirkungen:
Arzt, Apotheker und Packungsbeilage!

Therapieerwartungen

- **Die moderne Therapie der ED ermöglicht in vielen Fällen ein normales Sexualeben durch:**

- Einen schnellen Wirkeintritt (i. A. nach ca. 25 Minuten)
- Gute Standfestigkeit
- Leichtigkeit eine Erektion zu bekommen
- Ausreichend lange Wirkung

- **Voraussetzung:**

- Sexuelle Stimulation
 - ↳ Keine unerwünschten Erektionen - nach dem Orgasmus klingt die Erektion wieder ab

Patienten-Entscheidungen für Medikamentöse Therapie

- Jeder Patient urteilt **individuell**.
- Die **Patienten** und ihre **Partner beurteilen** den Erfolg jeder Therapie nach:
 - **Wirksamkeit &**
 - **Verträglichkeit**
- Die **Patienten** und ihre **Partner entscheiden** über die Fortsetzung der Therapie.
- Die **Patienten** und ihre **Partner bestimmen** die Häufigkeit der Einnahme.
- **Die Patienten treffen ihre eigene Wahl.**

Erektionsstörungen sind behandelbar!

Helfen Sie mit!

Eine Therapie kann nur so zum gewünschten Erfolg führen. Es lohnt sich!

Geben Sie sich und Ihrem Körper Zeit und beziehen Sie Ihren Partner mit ein.

Und vergessen Sie nicht, Ihren Arzt um Rat zu fragen!

Sexualstörungen bei HSP - Spezialitäten

- Störungen der sexuellen Erlebniswelt durch HSP - Partnersuche
- Störungen durch Empfinden körperlicher Behinderung
- Störungen durch Empfinden seelischer Behinderung
- Störungen durch Behinderung (z.B. Rollstuhl, Katheter, nervliche Funktionsstörungen WS, Extremitäten, Genitale)

Sexualstörungen bei HSP - Spezialitäten

- Auch Menschen ohne HSP haben häufig Sexualstörungen
- HSP-Kranke müssen ähnliche Tabus überwinden wie Menschen ohne HSP
- HSP-Kranke haben die gleichen Chancen auf Behandlung wie Menschen ohne HSP

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit !

Haben Sie Fragen ?