



Alexianer
ST. HEDWIG-KRANKENHAUS

KLINIK FÜR UROLOGIE

Patienteninformation
Radikale Prostatektomie



Lieber Patient,

bei Ihnen wurde durch eine Biopsie eine Prostatakrebs-Erkrankung festgestellt.

Viele Fragen hat sicher schon Ihre Urologin bzw. Ihr Urologe beantwortet. Eine Therapieoption ist die operative Entfernung der Prostata (radikale Prostatektomie). Details zur Operation besprechen wir gerne mit Ihnen und Ihren Angehörigen in unserer Chefarztsprechstunde.

In Vorbereitung auf dieses Gespräch erhalten Sie die folgenden Erläuterungen. Bitte bringen Sie zum Gespräch die angefügten Fragebögen ausgefüllt mit.

Mit den besten Grüßen
Dr. med. Christian Klopff und Prof. Dr. med. Steffen Weikert
Chefärzte

Alexianer St. Hedwig-Krankenhaus

Klinik für Urologie
Große Hamburger Straße 5–11
10115 Berlin

www.alexianer-berlin-hedwigkliniken.de/urologie

Tel.: (030) 23 11 - 26 33

E-Mail: urologie-shk@alexianer.de



VOR DER OPERATION

Bestimmte Medikamente sollten vor Ihrer Operation abgesetzt werden.

//// Blutverdünnungstabletten, sog. Thrombocytenaggregationshemmer müssen abgesetzt werden:

- » Clopidogrel (Plavix, Iscover) 7 Tage vorher
- » Ticlopidin (Tyklid) 10 Tage vorher
- » Acetylsalicylsäure (Aspirin, ASS, Godamed, HerzASS, Aggrenox u.a) sollte 5 Tage vor der Operation abgesetzt werden. Bei bestimmten Herzerkrankungen (Z. n. Stenteinlage oder Herzinfarkt) ist gegebenenfalls auch eine Operation mit Weiterführung der Einnahme dieser Medikamente erforderlich. Bitte fragen Sie beim Aufnahmegespräch nach!

//// Neue orale Antikoagulantien (NOAK): z. B. Xarelto, Pradaxa u.ä. müssen 48 Stunden vor der Operation abgesetzt werden, d. h. Sie dürfen diese Medikamente zwei Tage vor der Operation noch morgens einnehmen und müssen dann eine Pause einhalten.

//// Cumarinderivate: Marcumar, Falithrom 14 Tage vor der Operation (der Quick-Wert soll >50% sein) und Umstellung auf „Heparinspritzen“. Bitte fragen Sie zuvor Ihre/Ihren Hausärztin/Hausarzt!

VORSTATIONÄRE UNTERSUCHUNGEN

Kommen Sie bitte zum verabredeten Termin (meistens einige Tage vor der Operation) in die zentrale Aufnahme, 2. Etage im Hauptgebäude. Sie werden dort zunächst administrativ aufgenommen. Anschließend werden Sie durch die/den urologische/n Aufnahmeärzt*in untersucht und es erfolgt eine Blutabnahme. In Vorbereitung auf die Operation sprechen Sie außerdem mit der/dem Narkoseärzt*in. Der gesamte Ablauf der Aufnahme und Aufklärung wird circa drei bis vier Stunden dauern.

OPERATION

Am Tag vor der Operation dürfen Sie bis 24 Uhr noch essen. Das Trinken von Wasser ist bis morgens 6 Uhr erlaubt. Die Operation dauert ca. 1,5–2,0 Stunden. Unmittelbar vor der Operation wird das OP-Gebiet rasiert. Diese Rasur sollten Sie nicht selbst vornehmen. Die Operation wird in Vollnarkose durchgeführt. Nach der Operation werden Wundschmerzen durch Medikamente ausgeschaltet.

Die Operation wird entweder in klassischer offener Technik über einen Bauchschnitt oder als minimal-invasive Roboter-assistierte Operation (sog. DaVinci-Verfahren) durchgeführt. Welche OP-Technik für Sie geeignet ist, hängt von Ihren Befunden und Ihren Präferenzen ab. Die Operationstechnik wird Ihre/Ihr Operateur*in mit Ihnen gemeinsam in einem ausführlichen Gespräch vereinbaren. Dabei berücksichtigen wir auch Ihre Wünsche.

Die offene (sog. retropubische) Operation erfolgt über einen kleinen Bauchschnitt (10 cm) vom Schambein bis etwas unterhalb des Nabels. Wir wenden bei der Operation ein mikrochirurgisches Verfahren an. Dabei wird das Operationsgebiet mit Hilfe einer Lupenbrille stark vergrößert, um besonders schonend präparieren zu können.

Die Roboterassistierte Operation wird über sechs nur wenige Millimeter große Zugänge zum Bauchraum durchgeführt. Der Roboter überträgt dabei die Handbewegungen der/des Chirurg*in präzise auf die Instrumente im Körperinneren. Zusätzlich erleichtert eine 3D-Darstellung mit starker Vergrößerung die Identifikation wichtiger Nervenfasern und Gefäße.

Nerverhalt: Dicht an der Prostata verläuft das Gefäß-Nerven-Bündel, das für die Erektionsfähigkeit (Potenz) verantwortlich ist. Bei bestimmten Ausgangsbefunden ist die nervenschonende Operationsmethode möglich, ohne größere tumorchirurgische Risiken eingehen zu müssen. Zum Erheben eines Ausgangsbefundes vor der Operation ist es deshalb wichtig, dass Sie die Fragebögen (IIEF-5, IPSS) ausgefüllt zum Vorgespräch mitbringen. Nach nervschonender Operation ist eine frühe medikamentöse Therapie mit „Potenzmitteln“ empfohlen, um frühzeitig eine Erektion auszulösen und eine Verkümmern (sog. Atrophie) des Schwellkörpers zu verhindern. Zusätzlich kann eine Injektionstherapie oder die Anwendung einer Vacuumpumpe sinnvoll sein.

Schnellschnittuntersuchung: Bei potenserhaltenden Operationen kann es sinnvoll sein noch während des Eingriffes eine feingewebliche Untersuchung durchzuführen. Ob eine Schnellschnittuntersuchung in Ihrer Situation zu empfehlen ist, klären wir im Vorgespräch.

Blutverlust: Der Blutverlust bei der Operation liegt in der Regel nicht höher als 300 ml. Eine Eigenblutspende ist vor der Operation nicht nötig. Lediglich bei unter ein Prozent unserer Patienten ist die Gabe von Blutkonserven erforderlich.

Lymphknotenentfernung: Aufgrund des Einsatzes des PSA-Testes ist das Tumorwachstum nur selten so weit fortgeschritten, dass die Lymphknoten im Becken befallen sind. Eine Entfernung der Lymphknoten ist deshalb bei bestimmten Ausgangsbefunden (PSA <10 ng/ml, Gleason 3+3) nicht erforderlich.

NACH DER OPERATION

Zur besseren Kontrolle der Kreislagsituation werden Sie circa eine Stunde im sogenannten Aufwachraum überwacht. Der beste Zeitpunkt für einen Besuch der Angehörigen ist in der Regel nach 17 Uhr.

Wenn Sie uns die Handynummer Ihrer Angehörigen vor der Operation angeben, können wir sie auch direkt nach Beendigung der Operation über den Verlauf informieren.

Am Abend dürfen Sie dann wieder trinken und falls Sie Appetit haben, auch schon eine Kleinigkeit essen.

Der erste Stuhlgang kommt meist am zweiten Tag nach der OP in Gang. Unterstützend erhalten Sie ein leichtes Abführmittel.

Aufstehen dürfen Sie spätestens am Tag nach der Operation. Selbstverständlich wird Ihnen dabei zunächst geholfen. Die schnelle Mobilisation fördert die Heilung. Sie werden deshalb angehalten, sich so oft wie möglich auf der Station zu bewegen und werden dabei auch von den Physiotherapeut*innen unterstützt.

Die körperliche Bewegung fördert auch eine normale Darmtätigkeit und das zeitgerechte Abführen nach der Operation. Der Hautverschluss erfolgt mit einer sich selbst auflösenden Naht, so dass die Fäden nicht gezogen werden müssen. Ab dem dritten Tag nach Operation ist ein Wundverband nicht mehr erforderlich und Sie dürfen duschen. Nach der Operation dürfen Sie 3 Wochen lang kein Bad nehmen.

HARNRÖHRENAHT UND KATHETER

Bei der Operation wird die Harnröhre mit der Harnblase durch Nähte verbunden. Wir wenden eine spezielle Nahttechnik an, die eine besonders schnelle Heilung dieser Naht und eine sehr schnelle Entfernung des Katheters ermöglicht.

Dennoch muss die Naht nach der Operation durch den Katheter für sieben Tage entlastet werden. Zusätzlich wird bei der offenen Operation eine Wunddrainage eingelegt. Die Wunddrainage wird am ersten Tag gezogen, wenn die Fördermenge geringer als 50 ml/24 h ist. In der Regel bleiben Sie nach der Operation noch für drei Nächte im Krankenhaus. Die Entlassung erfolgt mit einem Urinbeinbeutel.

In den ersten Tagen nach der Operation ist es völlig normal, dass sich neben dem Blasenkatheter Blut und Wundsekret entleeren, auch der Urin darf dann noch blutig sein. Da Ihre Blase in der ersten Zeit den Katheter als Fremdkörper empfindet, erhalten sie regelmäßig Schmerzmittel.

Für die Katheterentfernung kommen Sie dann eine Woche nach der Operation nochmals zu uns in die zentrale Aufnahme in der 2. Etage. Der Urin muss bis dahin klar sein. Bei blutigem Urin muss dieser Termin verschoben werden.

Tel.: (030) 2311-2243

ANSCHLUSSHEILBEHANDLUNG

Noch während des stationären Aufenthaltes wird eine ambulante oder stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB, Reha) über unseren Sozialdienst angemeldet.

Unsere Partnerkliniken sind:

//// Müritz-Klinik Klink, <http://www.mueritz-klinik.de>

//// Vivantes-Rehabilitation in Berlin-Friedenau, <https://reha.vivantes.de/>

//// ZAR Berlin Mitte, <http://www.zar-berlin.de/>

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vom Sozialdienst beraten Sie zu den verschiedenen Angeboten der Rehakliniken. Die endgültige Entscheidung über die Anschlussheilbehandlung fällt Ihr Kostenträger (Rentenversicherung), wir werden Sie aber bezüglich Ihrer Wünsche unterstützen. Natürlich ist eine AHB nicht zwingend notwendig. Allerdings unterstützt Sie diese bei der Erholung aller Körperfunktionen.

ENTLASSUNG

Die Entlassung erfolgt üblicherweise am dritten Tag nach der Operation. Am Entlassungstag können Sie circa 11 Uhr am Vormittag die Klinik verlassen. Sie sollten sich, wenn möglich, abholen lassen. Bitte fahren Sie nicht selbst mit Ihrem PKW. Das selbstständige Steuern eines Kraftfahrzeuges empfehlen wir erst ab etwa dem siebten postoperativen Tag, wenn Sie keine Schmerzmittel mehr benötigen. Operationsbedingt besteht mindestens bis zu diesem Zeitpunkt eine schmerzhaft Reaktionsverzögerung beim Bremsen. Bei Entlassung erhalten Sie einen vorläufigen ärztlichen Brief. Die bei dem Eingriff entfernte Prostata wird am Institut für Pathologie feingeweblich untersucht. Den endgültigen Befund erhalten wir nach circa 10 Tagen. Ihre Urologin oder Ihr Urologe erhält den Bericht und wird diesen mit Ihnen besprechen. Den endgültigen ärztlichen Brief mit dem histologischen Befund und den Empfehlungen zur Nachsorge erhalten Sie per Post.

NACH DER ENTLASSUNG

Nach der Entlassung sollten Sie sich noch vor Antritt der Anschlussheilbehandlung bei Ihrer Urologin beziehungsweise Urologen vorstellen. Hier wird noch einmal eine Kontrolle der Wunde erfolgen und notwendige Medikamente/Vorlagen verschrieben. Wir empfehlen ab dem Tag nach der Operation für die kommenden vier Wochen eine Spritze unter die Haut zur Blutverdünnung Dalteparin („Fragmin“). Durch diese Therapie soll das Auftreten einer Thrombose oder Embolie vermieden werden. Das Erlernen des Spritzens wird Ihnen während des Krankenhausaufenthaltes gezeigt. Die Injektion sollte oberhalb der Wunde (Oberbauch oder Oberarm) erfolgen. Eine vorherige Desinfektion ist zu Hause dann nicht mehr erforderlich. Bei Entlassung erhalten Sie ein Rezept für 20 Spritzen.

Eine Harninkontinenz besteht nach Katheterentfernung anfangs bei vielen Patienten. Ein Bedarf von mehr als einer Sicherheitsvorlage pro Tag – einige Wochen nach der Operation – ist aber die große Ausnahme. Bei den meisten Patienten kehrt die vollständige Kontrolle über das Wasserlassen und die Kontinenz in den ersten Wochen nach der Operation zurück. Nur in Ausnahmefällen kann dies bis zu mehrere Monate in Anspruch nehmen. Anfangs kann außerdem noch ein gehäufter Harndrang auftreten, den Ihre Urologin oder Ihr Urologe aber gut mit einem Medikament behandeln kann. Die Verbindung zwischen Harnröhre und Harnblase (sog. Anastomose) ist mit spät auflösbaren Fäden genäht. Diese Fäden liegen teilweise innen in der Harnblase. So kann es in seltenen Fällen noch nach Monaten zur Ausscheidung von Fadenresten mit dem Urin kommen. Dies ist ungefährlich und entspricht dem normalen Heilungsverlauf.

WAS SOLLTEN SIE NOCH BEACHTEN?

Nach dem Operationstermin sollten Sie schweres Heben und Tragen (> 5 kg) für drei Wochen vermeiden. Alle sportlichen Aktivitäten inklusive Radfahren sind bei Beschwerdefreiheit und unauffälliger Wunde nach drei Wochen wieder erlaubt. Die weitere Nachsorge oder Behandlung ist von der feingeweblichen Untersuchung (dem sog. histopathologischen Befund) der Prostata abhängig.

- //// Die bei dem Eingriff entfernte Prostata wird feingeweblich untersucht. Der endgültige Befund liegt uns nach circa 14 Tagen vor. Gleichzeitig erhält auch Ihr Urologe oder Ihre Urologin das Ergebnis und kann den Befund mit Ihnen besprechen.
- //// Sie erhalten einen endgültigen ärztlichen Brief mit allen wichtigen Befunden und den Empfehlungen zur weiteren Behandlung und Nachsorge.
- //// Etwa acht Wochen nach der Operation wird die erste Kontrolle des PSA-Wertes (PSA = Prostata-spezifisches Antigen) durch Ihren Urologen oder Ihre Urologin vorgenommen; der Wert sollte dann unter 0,1 ng/ml bzw. unter der Nachweisgrenze liegen.
- //// Kontrollen des PSA-Wertes durch Ihren Urologen oder Ihre Urologin (anfangs alle drei Monate) sind in den meisten Fällen ausreichend. Der PSA-Wert sollte lebenslang unter der Nachweisgrenze, im sogenannten Nullbereich, liegen.

- //// In der Regel ist nach der Operation keine weitere Behandlung des Prostatakrebses erforderlich.
- //// Bei einigen Patienten kann es aber zu einem Wiederauftreten der Erkrankung kommen. Dies zeigt sich in der Regel durch einen Wiederanstieg des PSA-Wertes auf über 0,2 ng/ml.
- //// Ein erhöhtes Risiko für das Wiederauftreten (sog. Rezidiv) besteht, wenn in der Pathologie ein Tumorstadium „pT3a R1“ oder „pT3b R1“ festgestellt wird. Das bedeutet, dass die Krebszellen in die Oberfläche des Operationspräparates ragen (R1) und außerdem die Prostatakapsel durchbrochen haben („pT3a“) oder die Samenblasen erreichen (Stadium „pT3b“).
- //// Neuere Studien zeigen aber, dass auch bei Patienten mit diesen Tumorstadien eine frühe Strahlentherapie (sog. Nachbestrahlung) keine Vorteile bietet. Bis auf wenige Ausnahmen wird deshalb eine Strahlentherapie erst dann empfohlen, wenn es tatsächlich zu einem PSA-Anstieg aus dem Nullbereich gekommen ist (sog. Salvage-Strahlentherapie).
- //// Bei ungefähr der Hälfte der Patienten mit hohem Risiko tritt die Erkrankung ohnehin nicht wieder auf.

Nur wenn Hinweise für eine Streuung des Prostatakrebses in Lymphknoten oder andere Organe vorliegen, kann eine weitere Therapie mit Medikamenten notwendig sein.

- //// Wenn der PSA-Wert nach der Operation nicht in den Nullbereich abfällt, sondern wieder ansteigt, kann das eine Streuung des Prostatakrebses anzeigen.
- //// In dieser Situation kann eine Hormontherapie notwendig werden. In manchen Fällen ist auch eine Strahlentherapie oder eine Kombination beider Therapien sinnvoll.
- //// Um die Therapie besser planen zu können, wird Ihre Urologin oder Ihr Urologe unter Umständen weitere Untersuchungen veranlassen.
- //// Er bzw. sie wird Sie über Ihre individuelle Situation informieren und Ihnen die Therapiemöglichkeiten erläutern.

Bei Fragen können Sie sich auch an uns wenden!



IIEF-5-FRAGEBOGEN

Erektion

Bitte ankreuzen!

Patienten-Daten

1. Wie würden Sie Ihre Zuversicht einschätzen, eine Erektion zu bekommen und zu behalten?

- | | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (0) | (1) | (2) | (3) | (4) |
| sehr gering
oder nicht vorhanden | niedrig | mittelmäßig | groß | sehr groß |

2. Wenn Sie bei sexueller Stimulation Erektionen hatten, wie oft waren Ihre Erektionen hart genug für die Penetration?

- | | | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|---|---|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (0) | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| Keine sexuelle
Stimulation | Fast nie oder nie | Selten (viel weniger
als die Hälfte
der Zeit) | Manchmal (etwa
die Hälfte der
Zeit) | Meistens (mehr
als die Hälfte der
Zeit) | Fast immer
oder
immer |

3. Wie oft waren Sie bei Geschlechtsverkehr in der Lage, Ihre Erektion aufrecht zu erhalten, nachdem Sie Ihre Partnerin/Ihren Partner penetriert hatten (in sie/ihn eingedrungen waren)?

- | | | | | | |
|---|--------------------------|---|---|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (0) | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| Geschlechtsverkehr
nicht
versucht | Fast nie oder nie | Selten (viel weniger
als die Hälfte
der Zeit) | Manchmal (etwa
die Hälfte der
Zeit) | Meistens (mehr
als die Hälfte der
Zeit) | Fast immer oder
immer |

4. Wie schwierig war es, beim Geschlechtsverkehr Ihre Erektion bis zur Vollendung des Geschlechtsverkehrs aufrechtzuerhalten?

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (0) | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| Geschlechtsverkehr
nicht
versucht | Äußerst schwierig | Sehr schwierig | Schwierig | Ein bisschen
schwierig | Nicht schwierig |

5. Wenn Sie versuchten, Geschlechtsverkehr zu haben, wie oft war er befriedigend für Sie?

- | | | | | | |
|---|--------------------------|---|---|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (0) | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| Geschlechtsverkehr
nicht
versucht | Fast nie oder nie | Selten (viel weniger
als die Hälfte
der Zeit) | Manchmal (etwa
die Hälfte der
Zeit) | Meistens (mehr
als die Hälfte der
Zeit) | Fast immer oder
immer |

Punktzahl:

Wenn Sie 21 Punkte oder weniger erreicht haben, liegen Anzeichen für eine erektile Dysfunktion vor.

Wenden Sie sich an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt.

IPSS-FRAGEBOGEN

Miktion

Bitte ankreuzen! Die Angaben beziehen sich auf die letzten 4 Wochen.

Patienten-Daten

1. Wie oft hatten Sie das Gefühl, dass Ihre Blase nach dem Wasserlassen nicht ganz entleert war?

- | | | | | | |
|--------------------------|--|--|--|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (0)
Niemals | (1)
seltener als in
einem von fünf
Fällen | (2)
Seltener als in der
Hälfte aller Fälle | (3)
Ungefähr in der
Hälfte aller Fälle | (4)
In mehr als der
Hälfte aller Fälle | (5)
Fast immer |

2. Wie oft mussten Sie innerhalb von 2 Stunden ein zweites Mal Wasser lassen?

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| (0) | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |

3. Wie oft mussten Sie beim Wasserlassen mehrmals aufhören und wieder neu beginnen?

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| (0) | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |

4. Wie oft hatten Sie Schwierigkeiten das Wasserlassen hinauszuzögern?

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| (0) | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |

5. Wie oft hatten Sie einen schwachen Strahl bei Wasserlassen?

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| (0) | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |

6. Wie oft mussten Sie pressen oder sich anstrengen, um mit dem Wasserlassen zu beginnen?

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| (0) | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |

7. Wie oft sind Sie im Durchschnitt nachts aufgestanden, um Wasser zu lassen?

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| (0) | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |

Gesamt-IPSS-Score:

Beeinträchtigung der Lebensqualität durch Harntraktsymptome

Wie würden Sie sich fühlen, wenn sich Ihre jetzigen Symptome beim Wasserlassen in Ihrem weiteren Leben nicht mehr ändern würden?

- | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|---|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (0)
ausgezeichnet | (1)
zufrieden | (2)
überwiegend
zufrieden | (3)
gemischt, teils
zufrieden, teils
unzufrieden | (4)
überwiegend
unzufrieden | (5)
unglücklich | (6)
sehr schlecht |

Lebensqualität Index L:

ICIQ-FRAGEBOGEN

Kontinenz

Bitte ankreuzen!

Patienten-Daten

1. Wie oft kommt es bei Ihnen zu unwillkürlichem Urinverlust?

- (0) Nie
- (1) Einmal pro Woche oder seltener
- (2) Zwei- bis dreimal pro Woche
- (3) Einmal täglich
- (4) Mehrmals täglich
- (5) Ständig

2. Wie hoch ist der Urinverlust?

- (0) Kein Urinverlust
- (2) Eine geringe Menge
- (4) Eine mittelgroße Menge
- (6) Eine große Menge

3. Wie stark ist Ihr Leben durch den Urinverlust beeinträchtigt?

<input type="checkbox"/>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
gar nicht						stark				

ICIQ-Summen-Score (1+2+3):

Maximale Punktzahl: 21

Keine Inkontinenz 0

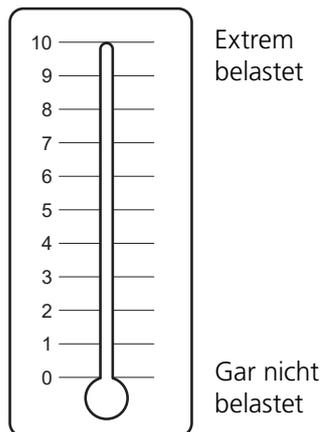
Leichte Inkontinenz 1 – 5

Mäßige Inkontinenz 6 – 10

Starke Inkontinenz >10

DISTRESS-THERMOMETER ZUR MESSUNG PSYCHISCHER BELASTUNG

ERSTENS: Bitte kreisen Sie am Thermometer die Zahl ein (0–10), die am besten beschreibt, wie belastet Sie sich in der letzten Woche einschließlich heute gefühlt haben.



Patienten-Daten

ZWEITENS: Bitte geben Sie an, ob Sie in einem der nachfolgenden Bereiche in der letzten Woche einschließlich heute Probleme hatten. Kreuzen Sie für jeden Bereich JA oder NEIN an.

	Ja	Nein			Ja	Nein	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Praktische Probleme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Körperliche Probleme
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wohnsituation		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schmerzen
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Versicherung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Übelkeit
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arbeit/Schule		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erschöpfung
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beförderung (Transport)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaf
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kinderbetreuung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bewegung/Mobilität
			Familiäre Probleme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Waschen, Ankleiden
			Im Umgang mit dem Partner/der Partnerin		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Äußeres Erscheinungsbild
			Im Umgang mit den Kindern		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atmung
			Emotionale Probleme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entzündungen im Mundbereich
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sorgen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essen/Ernährung
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ängste		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verdauungsstörungen
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Traurigkeit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verstopfung
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depression		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durchfall
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nervosität		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Veränderungen beim Wasserlassen
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verlust des Interesses an		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fieber
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	alltäglichen Aktivitäten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trockene/juckende Haut
			Drittens: Wünschen Sie psychoonkologische Mitbetreuung?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trockene/verstopfte Nase
	Ja	Nein			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kribbeln in Händen/Füßen
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angeschwollen/aufgedunsen fühlen
			Sonstige Probleme:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gedächtnis/Konzentration
			_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sexuelle Probleme

BECKENBODENTRAINING FÜR DEN MANN

Der Beckenboden ist eine Muskelplatte, die unser Becken nach unten abschließt und vom Steißbein zum Schambein zwischen rechtem und linkem Sitzbeinhöcker verläuft.

Sie enthält bei dem Mann zwei Öffnungen: Harnröhre und After. Diese Muskulatur hat die wichtige Aufgabe, die Beckenorgane zu stützen. Sie ist besonders belastet beim Niesen, Husten, Lachen, Springen, Heben sowie körperlich schwerer Arbeit.

Nach einer Prostataentfernung fällt ein Teil der Kontinenzstrecke beim Mann weg. Es kommt jetzt ganz besonders auf eine gute Funktion des Beckenbodens an.

Es ist dabei ratsam, die Hilfe einer/s spezialisierten Physiotherapeutin/en zu nutzen. Diese/Dieser steht Ihnen bei der Anschlussheilbehandlung zur Verfügung. Hier schon einmal vorab einige leichte Übungen:



Trampolinspringen

Angenommen, der Beckenboden wäre wie ein Trampolin im Becken aufgespannt. Nun geben Sie einem imaginären Springer mit Ihrem „Trampolin“ jeweils Schwung nach oben, lassen ihn aber langsam nach unten gleiten. Wiederholen Sie die Übung möglichst 10mal, wobei der „Springer“ jeweils ein Stück höher geworfen wird.

Taschenlampe

Es gibt Taschenlampen, deren Lichtstrahl so verstellt werden kann, dass er entweder schmal oder breit erscheint. Was wäre, wenn der Beckenboden diese Eigenschaft auch hätte?

Schmal = Beckenbodenanspannung – vielleicht kann der Lichtstrahl sogar ganz abgeklemmt werden?

Breit = Beckenbodenentspannung

Fahrstuhl

Aufzüge können auf mehreren Etagen anhalten. Stellen Sie sich nun Ihren Beckenboden wie einen Fahrstuhl vor:

Parterre = Locker, keine Anspannung

4. Etage, ganz oben = Größte Anspannung

Versuchen Sie, die dazwischenliegenden Etagen 1, 2, 3 zu finden. Jetzt können Sie beliebig mit Ihrem „Fahrstuhl“ spielen.

Kräftigung = In den 4. Stock fahren

Steigerung = Im 4. Stock bleiben

Zählen Sie die Sekunden. Vielleicht können Sie bis 15, 20, 30 zählen? 10mal hintereinander wäre fantastisch.

Alle diese Übungen können im Sitzen, Liegen, Stehen durchgeführt werden. Wichtig ist, dass Sie oft daran denken. Beim Telefonieren, Kochen, Einkaufen, an der Bushaltestelle, bei der Arbeit...

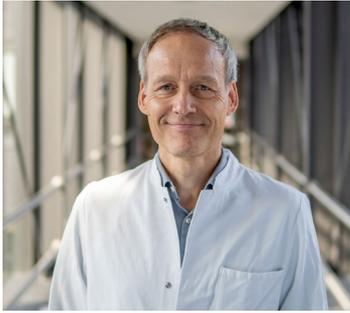
Vor allem, wenn der Beckenboden noch schwach ist, muss die Spannung bewusst eingesetzt werden bei Tätigkeiten, die einen Druck auf den Beckenboden ausüben. Also erst spannen, dann lachen, heben etc.

Geben Sie nicht zu früh auf. Muskulatur ist trainierbar, auch Ihr Beckenboden.

MANN muss nur „dranbleiben“. Und ein fester Beckenboden ist für jeden Mann (egal welchen Alters) sehr wichtig...

VIEL ERFOLG!

Ihre Ansprechpartner



Prof. Dr. med. Steffen Weikert
Chefarzt



Dr. med. Christian Klopff
Chefarzt

Anmeldung für Beratungsgespräche

Online: www.alexianer-berlin-hedwigkliniken.de/urologie

Tel.: (030) 23 11 - 26 33

E-Mail: urologie-shk@alexianer.de



Stand: Januar 2023

Alexianer St. Hedwig-Krankenhaus

Klinik für Urologie

Große Hamburger Straße 5–11

10115 Berlin

//// Telefon: (030) 23 11 - 26 33, Fax: (030) 23 11 - 24 34

//// E-Mail: urologie-shk@alexianer.de

//// Internet: www.alexianer-berlin-hedwigkliniken.de/urologie