

ABC-Programm zur Gewichtsreduktion adipöser Inkontinenz-Patientinnen

Armin Fischer¹, Claus Luley²

Adipositas ist eine häufige Ursache von Inkontinenz und Senkungsleiden. Ihre Bekämpfung durch Beratung der Patientin bzw. Überweisung zur Diätberatung bleibt jedoch häufig unbefriedigend. Vor diesem Hintergrund wurde ein innovatives telemedizinisches Programm zur Gewichtsreduktion bei 15 adipösen Teilnehmerinnen mit einem mittleren Body-Mass-Index von 40,8 kg/m² eingesetzt. Nach sechs Monaten wurde nicht nur das Körpergewicht um 19,2 kg reduziert, sondern auch eine erhebliche Verbesserung der Inkontinenzsymptomatik beobachtet. Nachfolgend werden die Ergebnisse vorgestellt und das Abnehmprogramm hinsichtlich Praktikabilität und Effizienz bewertet.

Adipositas stellt einen erheblichen Risikofaktor bei zahlreichen Gesundheitsstörungen dar, auch in der Urogynäkologie ist sie als solcher relevant. So findet sich z. B. bei Jelovsek et al. (1), dass Adipositas bei vaginalem Geburtsmodus und höherem Alter ein gesicherter Risikofaktor für die Entwicklung eines Genitaldeszensus ist. Andere Autoren klassifizieren die Adipositas als fördernden Kofaktor, z. B. Bump (3) und Weber (2) in ihrer pathophysiologisch orientierten Einteilung der Risikofaktoren in prädisponierende, auslösende, fördernde und dekompensierende Ereignisse. Ebenfalls fördernd sind hiernach Rauchen, pulmonale Erkrankungen (COPD), Obstipation und eine den Beckenboden belastende Freizeit- oder Arbeitsbeschäftigung (häufiges oder schweres Heben). In einem Editorial des *International Urogynaecology Journal* (4) wird der hohe BMI als Risikofaktor im Zusammenhang mit dem intraabdominellen und damit auf den Beckenbo-

den wirkenden Druck hervorgehoben (5). Je nach Autor steigt das Risiko des Descensus genitalis bei einem BMI >30 kg/m² um bis zu 75 % (6–10).

Ebenso wird ein BMI >30 kg/m² als Cut-off-Wert für eine nachhaltig erfolgreiche operative Therapie sowohl der Inkontinenz als auch der Senkung beschrieben (11, 21). Andererseits stellt der Gewichtsverlust eine wirksame Therapie für die Behandlung der Belastungsinkontinenz dar, selbst wenn nur 5 % des Anfangsgewichts verloren werden (12). Dabei stellt die Adipositas für die Belastungsharninkontinenz einen anerkannten Risikofaktor dar (13). Auch nimmt mit steigendem BMI das Risiko für die Entwicklung einer symptomatischen Dranginkontinenz (overactive bladder, OAB) zu (14).

Bedeutung der Gewichtsreduktion

Aktuell liegen keine prospektiv randomisierten Studien zur Wirksamkeit von Lebensstiländerungen vor (15). Die DGGG empfiehlt dennoch mit niedrigem Evidenzlevel den „Abbau von bekannten Risikofaktoren wie Adipositas, Nikotinabusus, chronischer Obstipation“ sowie „die digita-

le Unterstützung der Defäkation [...] und die Beckenbodenrehabilitation, wie das gezielte Anspannen vor intraabdominaler Druckerhöhung z. B. beim Heben von Lasten“ (16).

Hendrix et al. fanden eine signifikante Assoziation zwischen Gewicht und Deszensusprävalenz: Bei übergewichtigen Frauen (BMI 25–30 kg/m²) war im Vergleich zu normalgewichtigen Frauen (BMI <25 kg/m²) die Prävalenz von Descensus uteri, Rektozele bzw. Zystozele um 31 %, 38 % bzw. 39 % erhöht. Bei adipösen Frauen (BMI >30 kg/m²) erhöhten sich diese Werte nochmals auf 40 %, 75 % bzw. 57 % (17). Kudish et al. beschreiben eine deutliche Assoziation zwischen Adipositas und Deszensusprogression (18). Eine Aussage über die Befundstabilisierung eines Deszensus durch Gewichtsabnahme ist nur eingeschränkt möglich, da kein Vergleich mit einer Kontrollgruppe stattfand.

In Publikationen zur Nachuntersuchung von Deszensusoperierten sind die Aussagen ebenfalls nicht eindeutig. So beschreibt z. B. Paula (19) keine signifikante Abhängigkeit von Patienten-BMI und der Häufigkeit von Deszensusrezidiven. Referenzwert war hierbei ebenfalls ein BMI ≥ 30 kg/m². Zwischen BMI und Erosionsrate bei Verwendung von Netzen ließ sich in der Meshgruppe ebenfalls kein signifikanter Zusammenhang feststellen ($p=1,000$). Andere Autoren beschreiben hier einen Zusammenhang (z. B. Araco (20): „Risk factors for mesh exposure have not been completely understood. However, there are data showing an increased risk related to smoking, high body mass index (BMI), and increasing age, but also to sexual activity“). Ein subjektiv von den Patientinnen als schlechter empfundene

¹ Abteilung für Gynäkologie am St. Josefs-Hospital Rheingau, Rüdeshheim/Rhein

² Institut für Klinische Chemie und Pathobiochemie, Universitätsklinik Magdeburg

nes Ergebnis bei Deszensuseingriffen mit mehr Dyspareunie bei morphologisch nicht signifikanten Unterschieden im Ergebnis $35,69 \pm 18,97$ Monate nach der OP bei einem BMI $>27,5$ kg/m^2 findet sich bei Lo et al. (21).

Es liegt also nahe, den in der Literatur immer wieder genannten Cut-off-Wert eines BMI von $27(-30)$ kg/m^2 ernst zu nehmen und in der präoperativen Beratung zu versuchen, die stark übergewichtige Senkungs- und/oder Inkontinenzpatientin dazu zu bewegen, Gewicht zu reduzieren, einerseits um die Symptomatik der Belastungs- und Dranginkontinenz zu reduzieren und andererseits um, im Falle einer erforderlichen Operation, die (Langzeit-)Ergebnisse zu verbessern.

Das ABC-Programm

Im Zusammenhang mit eigenen Erfahrungen in der dauerhaften Gewichtsreduktion stieß der Erstautor auf das von der Magdeburger Arbeitsgruppe entwickelte „Active Body Control (ABC)-Programm“ (22). Aufgrund der hohen Effektivität im Hinblick auf Reduktion und Erhalt des erreichten Ergebnisses (23–27) wurde das Programm in unser Therapiekonzept integriert und bei 15 Frauen mit unterschiedlich ausgeprägter Adipositas bei unterschiedlich ausgeprägtem Deszensus mit und ohne Inkontinenz angewandt. Wir berichten hier über das Vorgehen und die Ergebnisse bei Nachbeobachtungen zwischen sechs und zwölf Monaten.

Teilnehmerinnen

Wir stellen hier die Daten von 15 adipösen Patientinnen vor (s. Tab. 1), die aus unterschiedlicher Motivation über mindestens sechs Monate am ABC-Programm teilnahmen. Mit einem Alter von 22 bis 62 Jahren waren es neun Teilnehmerinnen mit primär durch urogynäkologische Probleme (Senkung, Drang- und/oder Belastungsinkontinenz) motiviertem Wunsch nach Gewichtsreduktion und

sechs Frauen, die aus anderen Gründen (z. B. Körpergefühl, Probleme mit der Atmung) abnehmen wollten.

Der Ausgangs-BMI lag zwischen $30,0$ und $51,4$ kg/m^2 , der mittlere Ausgangswert betrug $40,8$ kg/m^2 . Bei den neun urogynäkologischen Patientinnen waren Drangsymptome bei fünf Frauen führend, drei litten vor allem unter Belastungsinkontinenzproblemen und eine vor allem unter einem ODS (obstipatives Defäkationssyndrom) aufgrund des massiven Descensus vaginae posterior. Drei der neun Frauen waren durch den senkungsassoziierten Druck nach unten belastet, davon eine mit ODS und zwei mit Belastungsinkontinenzsymptomatisch. Sechs der 15 Frauen waren keine primär bei uns in der Urogynäkologie behandelten Frauen, wurden aber in diese Untersuchung aufgenommen, um über eine bessere Datenbasis zur Evaluierung des ABC-Programms verfügen zu können.

Die Daten wurden durch Anamnese und Untersuchung vor bzw. nach dem Programm erhoben und dokumentiert. Gewichtsdaten und Abnahme resultieren aus den wöchentlich von den Patientinnen übertragenen Daten, der BMI wurde jeweils nach der Formel $\text{BMI} = m/l^2$ [kg/m^2] berechnet, wobei m die Körpermasse (in Kilogramm) und l die Körpergröße (in Metern) angibt (28, 29).

Methode der telemedizinischen Gewichtsreduktion

Das ABC-Programm wurde an der Universitätsklinik in Magdeburg entwickelt, evaluiert und publiziert (22–27). Das Programm nutzt das Internet und verbindet Telemonitoring von Bewegung und Ernährung mit Telecoaching durch wöchentliche Informations- und Motivationsbriefe. Technischer Kern des Programms ist ein ganztägig am Gürtel getragener Minicomputer, der die Bewegung misst und die tägliche Ernährung in vereinfachter Form erfragt. Dem sechsmonatigen Programm geht eine einma-

lige, zweistündige Patientenschulung voraus, bei der die Teilnehmer die Prinzipien der Magdeburger dualen Diät erlernen. Diese besteht aus einer Einkaufsschulung, um die tägliche Kalorienzufuhr um 500 kcal senken zu können. Zusätzlich lernen die Teilnehmer, Kohlenhydrate mit niedrigem glykämischen Index zu bevorzugen, um die Fettspeicherung zu verlangsamen und um Heißhungerattacken zu vermeiden. Bezüglich der Bewegung wird ein täglicher Mehrverbrauch um 500 kcal angestrebt, bevorzugt durch Ausdauerbewegung.

Die Bewegungs- und Ernährungsdaten der Patienten werden wöchentlich auf den Server der Universitätsklinik in Magdeburg übertragen, indem der Minicomputer mit einem USB-Kabel an einen internetfähigen PC angeschlossen wird. In den Server loggt sich dann der ABC-Betreuer ein und erzeugt einen wöchentlichen Betreuungsbrief, der mit der Post verschickt wird. Dieser Brief zeigt in drei Grafiken den Gewichtsverlauf des Teilnehmers seit Beginn, den Energieverbrauch durch Bewegung und die Energieaufnahme durch die Ernährung. In die Abnehmgrafik sind die anonymen Abnehmkurven anderer ABC-Teilnehmer eingeblendet, wodurch ein gruppenspezifisches Element hinzugefügt wird. In einem individuellen Text kommentiert der ABC-Betreuer diese Daten und motiviert zu weiteren Fortschritten. Den Umgang mit der ABC-Plattform und die Prinzipien des ABC-Programms hat der ABC-Betreuer zuvor in einem eintägigen Kurs an der Universitätsklinik in Magdeburg erlernt.

Die Kosten für die Teilnahme am ABC-Programm betragen 183 Euro für den Kauf des Minicomputers (*Aiper-Motion 500*) plus 288 Euro für Schulung und Betreuung durch den ABC-Betreuer. Eine über sechs Monate hinausgehende Betreuung kostet wiederum 288 Euro. Einige gesetzliche Krankenkassen leisten eine teilweise Erstattung. Über weitere Details zum ABC-Programm informiert die Website www.abcprogramm.de.

Erzielte Gewichtsreduktion

Eine der 15 Teilnehmerinnen brach die Teilnahme vor Ablauf der sechs Monate (nach 160 Tagen) ab, sieben beendeten die Teilnahme nach sechs Monaten, alle übrigen verlängerten ihre Teilnahme individuell unterschiedlich lang.

Der BMI konnte von initial im Mittel 40,76 kg/m² (Range: 30–51,4) innerhalb von sechs Monaten um 17,22 % auf 33,87 kg/m² (Range: 21,2–42,9) reduziert werden (s. Abb. 1 und Tab. 1).

Alle Teilnehmerinnen reduzierten ihr Gewicht innerhalb von sechs Monaten deutlich. Eine Teilnahme über sechs Monate hinaus führte zu einer weiteren Gewichtsabnahme. Die Gewichtsreduktion innerhalb der ersten sechs Monate betrug im Mittel 19,2 kg (9,3–33,5 kg). Frauen, die verlängerten (12 Monate (n=1) und länger (n=5)), nahmen bis zur letzten Messung im Mittel 25,2 kg (maximal 41,1 kg) ab.

Urogynäkologischer Symptomkomplex

Hinsichtlich der urogynäkologischen Beschwerden, wegen derer wir die adipösen Patientinnen in unserer Sprechstunde zur Teilnahme am ABC-Programm motivierten, war der Effekt bei der Drangproblematik am eindrucksvollsten (s. Tab. 2). Die Stressharninkontinenz-Komponente, die alle damit behafteten Teilnehmerinnen subjektiv deutlich weniger belastete als die Drangproblematik, wurde von den meisten ebenfalls als reduziert angegeben.

Die Patientin mit obstipativer Defäkationsproblematik infolge einer prolabierenden Rekto-Enterozele hatte hier ebenfalls eine eindrucksvolle Verbesserung, diese dürfte aber nicht nur der allgemeinen Gewichtsreduktion, sondern auch der kompletten Umstellung der Ernährung im Zusammenhang mit dem ABC-Programm

Gewichts- und BMI-Verläufe im Verlauf des sechsmonatigen ABC-Programms

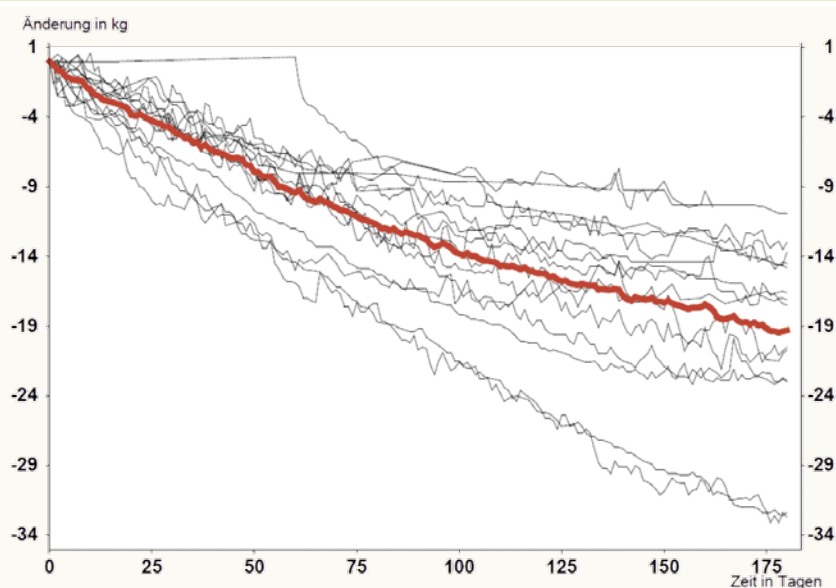


Abb. 1: Alle Teilnehmerinnen reduzierten ihr Gewicht innerhalb von sechs Monaten deutlich. Der Mittelwert (-19,2 nach sechs Monaten) ist rot eingezeichnet.

Patient-Nr.	Alter (Jahre)	BMI (kg/m ²)		Gewichtsreduktion (kg)	
		Monat 0	Monat 6	Reduktion (%)	Monat 6
Patientinnen mit urogynäkologischer Symptomatik					
1	53	35,5	29,0	18,3	17,1
4	58	42,6	35,9	15,7	21,4
5	58	30,3	23,0	24,1	21,9
6	60	48,3	43,0	11,0	14,5
9	62	50,2	41,8	16,7	21,5
10	62	42,2	35,9	14,9	14,6
11	62	40,3	32,6	19,1	21,6
13	54	36,7	33,6	8,5	9,3
Patientinnen ohne urogynäkologische Symptomatik					
2	47	43,0	37,0	14,0	16,3
3	48	30,0	21,2	29,3	24,0
7	45	34,5	30,3	12,2	12,5
8	47	51,4	38,4	25,3	33,5
12	44	48,5	39,3	19,0	29,2
14	39	30,5	24,2	20,7	17,0
15	22	47,5	42,9	9,7	13,2
Mittelwert	50,7	40,8	33,9	17,2	19,2

Tab. 1: Die Gewichtsreduktion innerhalb der ersten sechs Monate betrug im Mittel 19,2 kg (9,3–33,5 kg).

Beschwerdeverlauf bei acht urogynäkologisch motivierten Teilnehmerinnen

Nr.	Alter	Abnahme (kg)	SHIK		UIK		Deszensus		subjektive Beschwerden	
			Monat 0	Monat 6	Monat 0	Monat 6	Monat 0	Monat 6	Monat 0	Monat 6
1	53	17,1	—	—	—	—	post. III.°	idem	ODS, Descensus drückt massiv	deutlich weniger ODS
4	58	21,4	I.°	regelm. Tröpfchen bei ungünstigen Bewegungen oder Husten/Niesen ohne „Vorankündigung“	key-in-the-lock stört besonders, imperativer HD deutlich und störend	kaum noch Drangprobleme	Desc. vag. ant. gering, klaffende Urethra	idem	key-in-the-lock stört besonders, imp. HD	kaum
5	58	21,9	I.°	vz. Tröpfchen bei ungünstigen Bewegungen oder Husten/Niesen ohne „Vorankündigung“	leicht; manchmal Tröpfchen bei key-in-the-lock-Problem; Nykturie stört	kaum noch Nykturie	post. III.° ant. I.°	idem	Senkung drückt, Nykturie	Druck ↓ (WP 2-3 sitzt jetzt stabil), Nykturie kaum noch
6	60	14,5	I.°-II.°	I.°, aber nur, wenn sie <i>Contam</i> nicht trägt	leicht	sporadisch, Drang weg	post. II.°, ant. I.°	idem	Senkung drückt, SHIK I.-II.°	kaum noch, <i>Contam</i> sitzt jetzt gut
9	62	21,5	gering	idem	stark, unter Oxybutynin 3×5 mg weniger	deutlich besser, Verlust nur noch in bestimmten Situationen	HE ant. I.° post. I.°	idem	UIK Gelenke/Bewegung, Diabetes, fast blind	deutlich besser, Verlust nur noch in best. Sit., Oxybutynin muss weiter genommen werden
10	62	14,6	II.°	I.°	deutlich, wg. ODS kein Oxybutynin möglich	deutlich gebessert, nur noch in „stressigen“ Situationen	ant. I.° post. II.	idem	ODS und Harn-drang dominieren, generalisiertes Lymphödem	deutlich gebessert
11	62	21,6	II.°	I.°	deszensus-assoziiert	kein Drang mehr, Trinkmenge normal	vag. ant. et post. I.°, uteri I.°	idem	kurze Vorwarnzeit – Trinkmenge gering, Lichen sclerosus	deutlich gebessert
13	54	9,3	I.° (allenfalls)	bemerkt sie kaum noch	stark, Nykturie 3-4	Drang gebessert, Nykturie nur noch 1(-2)×	ant. II.°, uteri II.°, post. I.°	idem	Uterus myomatosis, Übergewicht belastet sie subjektiv	Mobilität durch Morton-Neurom ↓, dann Tumorerkrankung diagnostiziert → Abbruch ABC-Programm nach 6 Monaten

SHIK = Belastungsharninkontinenz; UIK = Dranginkontinenz; vag. = vaginae; ant. = anterior; post. = posterior; ODS = obstipative Defäkationsstörung; HD = Harndrang; key-in-the-lock-Syndrom: plötzlich einschließender Harndrang, z.B. beim Nach-Hause-Kommen, aus heiterem Himmel mit Erreichen der Haustür (daher auch der Name)

Tab. 2: Unter den urogynäkologischen Beschwerden besserte sich die Drangproblematik am eindrucksvollsten.

geschuldet sein. Auch eine Verbesserung der Möglichkeiten, mit einem Pessar zu behandeln, war zu bemerken. Erwartungsgemäß änderte sich am Ausmaß des Senkungszustands am wenigsten.

Bewertung des Programms durch die Teilnehmerinnen

Die subjektive Bewertung des ABC-Programms durch die Teilnehmerinnen war durchweg positiv. Im Mittel-

wert erreichte die Bewertung auf einer visuellen Analogskala von 1 bis 10 (1=schlecht, 10=sehr gut) 8,3 Punkte, die Spannweite lag zwischen 6 und 10. Hierbei fiel auf, dass die schlechten Bewertungen durchaus

Bewertung des ABC-Programms durch die Teilnehmerinnen

Teilnehmerin	Abnahme (kg)	Punktzahl ¹	Begründung des Punkteabzugs
7	12,5	6	Abbruch wegen Motivationsproblemen, kam mit den Anforderungen nicht zurecht (zu viel Bewegung, passt nicht in ihr Leben, Essen passt nicht in die Familie), Sensor „nervt“, recht teuer, Briefe „frusten“, weil man so offensichtlich sieht, dass es nicht läuft
13	9,3	6	Abbruch wegen Malignom, fehlte die Disziplin, „Monitoring“ hat genervt und Briefe konnten sie nicht motivieren, Bewegung liegt ihr nicht
2	16,3	7	umständliche Eingabe, schwierig mit dem Essen, passt nicht zu den Essgewohnheiten der Familie (den eigenen?), teuer
15	13,2	7	es fehlte die Disziplin, „Monitoring“ hat genervt, weil es dieses Defizit so offenbar werden ließ und die Briefe konnten sie nicht motivieren, Bewegung liegt ihr nicht
6**	21	8	kein eigener Computer, Schwierigkeiten mit der Eingabe auf dem Sensor, Herumtragen des Sensors (immer dran denken, darf nicht runterfallen, nicht wasserfest), auch im Urlaub „angebunden“
9*	26	8	Beendigung wegen finanzieller Aspekte
10**	17,5	8	keine Computererfahrung → auf Partner angewiesen, Schwierigkeiten mit der Eingabe auf dem Sensor, Herumtragen des Sensors (immer dran denken, darf nicht runterfallen, nicht wasserfest), auch im Urlaub „angebunden“ und immer „schlechtes Gewissen“, wenn man ihn nicht dabei hat
11*	22	8	auf Dauer recht teuer, Sensor ist nicht so praktisch in Handhabung und beim Tragen als Frau (keine Hosentaschen, kein Gürtel, am Rockbund fällt er herunter)
1	17,1	9	Sensor in der Tasche, relativ teuer, nicht so praktisch, da viel auf Reisen
3	24	9	Sensoranschaffung recht teuer und Sensor empfindlich und unpraktisch in der Tasche
4**	25,6	9	Sensor wasserempfindlich, war schon 2x kaputt
8**	41,1	9	Sensoranschaffung recht teuer und Sensor empfindlich und unpraktisch in der Tasche, wasserempfindlich
5**	23,1	10	alles toll
12	29,2	10	perfekt
14	17	10	super Programm
Mittelwert:		8,3	

¹ Bewertung anhand einer visuellen Analogskala: 0=schlecht bis 10=sehr gut

* Teilnehmerinnen mit Beendigung nach 9 Monaten; ** Teilnehmerinnen mit Beendigung nach 12 Monaten

Tab. 3: Die Bewertung des ABC-Programms durch die Teilnehmerinnen war durchweg positiv, doch machten einigen Motivationsprobleme und Schwierigkeiten mit der Veränderung der Ess- und/oder Bewegungsgewohnheiten zu schaffen, andere empfanden die Hardware als unpraktisch.

etwas mit der erzielten Gewichtsabnahme einerseits zu tun haben schießen, in der Hauptsache aber Motivationsprobleme und Schwierigkeiten mit der Veränderung der Ess- und/oder Bewegungsgewohnheiten individuell oder im familiären Umfeld angegeben wurden. Bei den Bewertungen ab 8 Punkten waren es vor allem Probleme mit der Hardware, die zu Punkteabzug führten, manche Teilnehmerinnen störte der hohe Preis. Details zu den individuellen Bewer-

tungen sind in Tabelle 3 zusammengestellt.

Konservativ vor operativ!

„Bevor man operativ an die Inkontinenzfälle herangeht, soll man es sich dreimal überlegen“, schrieb W. Stoeckel 1938. Aus diesem Zitat sprechen Erfahrung und Weisheit.

Auch wenn heute operativ ganz andere Optionen zur Verfügung stehen,

sowohl für die Inkontinenz als auch für das Senkungsleiden, so müssen wir der konservativen Behandlung größeren Raum einräumen. Es gilt (auch den Leitlinien der AGUB/DGGG folgend (30, 31)),

- die konservative Therapie der Beckenbodenfunktionsstörung, soweit möglich, der operativen Behandlung voranzustellen bzw. vorzuziehen,
- die operative Behandlung nur dann anzubieten, wenn sie – aus

der Erfahrung heraus/(empirisch-) statistisch fundiert – Aussicht auf Erfolg hat,
 – dass eine (operative) Behandlung umso erfolgreicher ist, je geringer der BMI der Patientin ist bzw. je näher er an den in der Literatur angegebenen Cut-off-Werten von 27–30 kg/m² liegt.

Betont sei an dieser Stelle nochmals, dass sowohl in der Leitlinie zur Inkontinenzbehandlung (30) ausgeführt wird, dass „die operative Therapie der Belastungsinkontinenz erst nach Ausschöpfen der konservativen Therapie in Betracht gezogen werden sollte“, als auch in der Leitlinie für den Descensus, die zwar derzeit in Überarbeitung ist, bei der aber eine Änderung dieses Paradigmas nicht zu erwarten ist: „[...] sollte eine operative Therapie nur bei Symptomen und Leidensdruck erfolgen“ und eine „ausführliche Aufklärung der Patientin über abwartendes, konservatives (und operatives) Management ist notwendig“ (31).

Zu bedenken ist, dass eine Operation nicht zwingend von lebenslanger Haltbarkeit ist. Zu rechnen ist mitunter mit beträchtlichen Nebenwirkungen (Schmerzen, Dyspareunie, erosionsbedingten Problemen bei der Verwendung von nicht resorbierbarem Nahtmaterial/Netzen) und mit sekundären Affektionen wie z. B. einer Demaskierung einer larvierten Harninkontinenz mit konsekutiver weiterer operativer Therapie. Und schließlich kann eine Operation nicht beliebig oft wiederholt werden. Postoperativ müssen die Patientinnen im Hinblick auf körperliche Belastung, Beckenbodenmuskeltraining und sportliche Aktivitäten entsprechend compliant sein, um das Ergebnis nicht unnötigen Belastungen auszusetzen und damit zu gefährden (im Sinne eines „frühen“ Rezidivs).

Die konservative (auch operationsvorbereitende) Behandlung ist in den meisten Fällen multimodal. Zu ihr gehören

- die Optimierung der lokalen Scheidenhautverhältnisse (keine Kolpitis, guter Östrogeneffekt),
- die Abstützung des Descensus vaginae (et uteri) z. B. mit *Contam*- oder Silikon-Pessaren,
- die Optimierung der Beckenbodenmuskulären Situation (Muskelaufbau, z. B. durch Elektrotherapie (32), z. B. unter Verwendung der sogenannten elektrischen muskulären Aktivierung über modulierten mittelfrequenten Strom, Muskelfunktion und deren Einbeziehung in die körperliche Belastung/Aktivität, z. B. durch Biofeedback/konventionelle Physiotherapie),
- die Verbesserung der Blasenfunktion durch Verhaltenstraining, niederfrequente Elektrotherapie oder Anticholinergika (bei Drangproblematik),
- die Verbesserung der Stuhlregulation bei ODS oder insgesamt belasteter Darmträgheit.

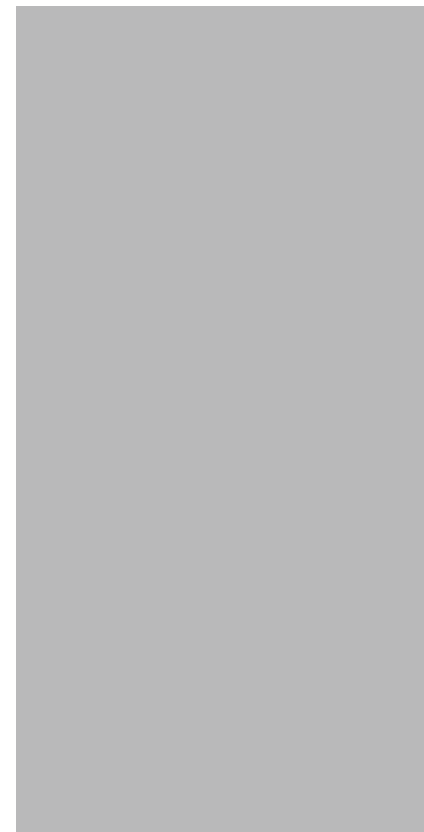
Und letztlich sollte in das Konzept der multimodalen (konservativen) Behandlung auch die Reduktion des Körpergewichts gehören, bei all den Frauen, bei denen eine Behandlung indiziert ist und bei denen der BMI in einem Bereich jenseits von 27–30 kg/m² liegt.

Offenbar kommt die konservative Behandlung gegenüber dem Angebot operativer Alternativen häufig zu kurz und die in den Leitlinien enthaltene Grundidee „konservativ vor operativ“ wird nicht konsequent und motivierend an die betroffenen Frauen weitervermittelt. Ferner wird – im Eifer der Rekrutierung operativer Fälle in den Kliniken – der langwierigen Reduktion des BMI nicht der ihr gebührende Stellenwert eingeräumt.

Das innovative, telemedizinische ABC-Programm erwies sich in unserer Praxis als ausgesprochen effizient. Die jüngste Leitlinie der Deutschen Fachgesellschaften für Adipositas und Diabetes mellitus liefert einen

gut recherchierten Vergleich der derzeit in Deutschland verfügbaren Abnehmprogramme (33). Unter den konventionellen (nicht-bariatrischen) Programmen erzielte das multimodale M.O.B.I.L.I.S-Programm das bislang beste Ergebnis mit minus 5,5 kg nach zwölf Monaten (24). Die mittlere Abnahme durch das ABC-Programm war allerdings mit 12 kg nach zwölf Monaten beträchtlich ausgeprägter (27). In unserer Praxis erzielten wir sogar 19,2 kg nach sechs Monaten (s. Tab. 1 auf S. 30). Ein erheblicher Vorteil des ABC-Programms entsteht durch die Nutzung des Internets. Dadurch bleibt der Zeitbedarf für die Patienten und auch für die Betreuer sehr niedrig. Schulung und Betreuungsbriefe erfordern einen Zeitaufwand von insgesamt 4,5 Stunden in sechs Monaten, was etwa ein Zehntel des Zeitbedarfs im M.O.B.I.L.I.S-Programm ausmacht. Somit bestätigt unsere Überprüfung, dass für die Behandlung der Adipo-

Anzeige



sitas ein neues, wirksames und praktikables Verfahren zur Verfügung steht.

Im hier untersuchten Kollektiv konnte neben der eindrucklichen Gewichtsabnahme bei den urogynäkologischen Patientinnen auch sehr schön gezeigt werden, wie positiv die Gewichtsreduktion sich auf die hauptsächlich beklagten (funktionellen) Symptome auswirkt:

- Belastungsinkontinenz,
- Drangprobleme,
- obstipative Defäkationsstörung und
- Druckgefühl durch den Deszensus.

Erwartungsgemäß zeigte sich bezüglich der anatomischen Veränderungen, d. h. beim Ausmaß des Deszensus, keine deutliche Reduktion, auch wenn sich in einzelnen Fällen der inspektorische/palpatorische Aspekt etwas günstiger präsentierte.

Schlussfolgerung

Die Implementierung eines neuartigen und sehr wirksamen Programms zur Gewichtsreduktion in das Therapiespektrum einer urogynäkologischen Ambulanz erwies sich als durchaus praktikabel und sehr wirksam. Mit der relevanten Gewichtsreduktion unserer Patientinnen gingen erhebliche Verbesserungen der Inkontinenzsymptomatik einher. Wir können die Nutzung des ABC-Programms in ähnlichen klinischen Institutionen uneingeschränkt empfehlen.

Literatur

bei den Autoren oder bei der Online-Version dieses Beitrags unter www.frauenarzt.de

Interessenkonflikte

AF gab an, dass Interessenkonflikte in dem Bereich Fortbildung/Kongresse vorliegen. CL gab

an, dass Interessenkonflikte in den Bereichen: Gutachtertätigkeit, Fortbildung/Kongresse, wissenschaftliche Tätigkeiten sowie weitere Interessenkonflikte vorliegen. Die exakten Details können bei der Schriftleitung der DGGG eingesehen werden (redaktion@dggg.de).



Für die Autoren

Dr. med. Armin Fischer

Chefarzt der Frauenklinik
am St. Josefs-Hospital Rheingau
Beckenbodenzentrum Rüdesheim
(AGUB III)
MVZ Rheingau – Gynäkologie
Eibinger Straße 9
65385 Rüdesheim am Rhein
afischer@joho-rheingau.de

Literatur

zum Beitrag „ABC-Programm zur Gewichtsreduktion adipöser Inkontinenz-Patientinnen, FRAUENARZT 1/2016, S. 28–35.

1. Jelovsek JE, Maher C, Barber MD: Pelvic organ prolapse. *Lancet*. 2007; 369(9566): 1027–38.
2. Weber AM, Richter HE: Pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol*. 2005; 106(3): 615–34.
3. Bump RC, Norton PA: Epidemiology and natural history of pelvic floor dysfunction. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 1998; 25(4): 723–46.
4. Agur W, Rizk DE: Obesity and urinary incontinence in women: is the black box becoming grayer? *Int Urogynecol J*. 2011; 22: 257–8.
5. Lawrence JM, Lukacz ES, Liu IA, Nager CW, Luner KM: Pelvic floor disorders, diabetes, and obesity in women: findings from the Kaiser Permanente Continence Associated Risk Epidemiology Study. *Diabetes Care* 2007; 30: 2536–41.
6. Weber AM, Richter HE: Pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2005; 106: 615–34.
7. Swift S, Woodman P, O’Boyle A, Kahn M, Valley M, Bland D, Wang W, Schaffer J: Pelvic Organ Support Study (POSST): the distribution, clinical definition, and epidemiologic condition of pelvic organ support defects. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192: 795–806.
8. Hendrix SL, Clark A, Nygaard I, Aragaki A, Barnabei V, McTiernan A: Pelvic organ prolapse in the Women’s Health Initiative: gravity and gravidity. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186: 1160–66.
9. Moalli PA, Jones Ivy S, Meyn LA, Zyczynski HM: Risk factors associated with pelvic floor disorders in women undergoing surgical repair. *Obstet Gynecol* 2003; 101: 869–74.
10. Woodman PJ, Swift SE, O’Boyle AL, Valley MT, Bland DR, Kahn MA, Schaffer JI: Prevalence of severe pelvic organ prolapse in relation to job description and socioeconomic status: a multicenter cross-sectional study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2006; 17(4): 340–5.
11. Bohlin KS, Ankardal M, Pedroletti C, Lindkvist H, Milsom I: The influence of the modifiable life-style factors body mass index and smoking on the outcome of mid-urethral sling procedures for female urinary incontinence. *Int Urogynecol J*. 2015; 26: 343–51.
12. Auwad W, Steggle P, Bombieri L, Waterfield M, Wilkin T, Freeman R: Moderate weight loss in obese women with urinary incontinence: a prospective longitudinal study. *Int Urogynecol J* 2008; 19: 1251–9.
13. Creighton SM, Gillion G, Stanton SL: Aetiological factors in stress urinary incontinence in nulliparous women. *J Obstet Gynaecol* 1992; 12: 130–2.
14. Hunskaar S: A systematic review of overweight and obesity as risk factors and targets for clinical intervention for urinary incontinence in women. *Neurourol Urodyn* 2008; 27: 749–57.
15. Hagen S, Stark D: Conservative prevention and management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev*, 2011. 12.
16. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.: *Descensus genitalis der Frau – Diagnostik und Therapie*. 2008.
17. Hendrix SL et al.: Pelvic organ prolapse in the Women’s Health Initiative: gravity and gravidity. *Am J Obstet Gynecol*. 2002; 186(6): 1160–6.
18. Kudish BI et al.: Effect of weight change on natural history of pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol*. 2009; 113(1): 81–8.
19. Paula C-J: Peri- und postoperative Komplikationen und Erfolgsergebnisse bei vaginalen Deszensusoperationen mit und ohne Verwendung alloplastischen Materials. Dissertation, Medizinische Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München, http://edoc.ub.uni-muenchen.de/14772/1/Paula_Christian-Joseph.pdf
20. Araco F, Gravante G, Sorge R et al.: The influence of BMI, smoking, and age on vaginal erosions after synthetic mesh repair of pelvic organ prolapses. A multicenter study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009; 88(7): 772–80.
21. Lo TS, Tan YL, Khanuengkitkong S, Dass AK: Surgical outcomes of anterior trans-obturator mesh and vaginal sacrospinous ligament fixation for severe pelvic organ prolapse in overweight and obese Asian women. *Int Urogynecol J* 2013; 24: 809–16.
22. Luley C et al.: Gewichtsreduktion durch Telemedizin. *Dt Ärzteblatt Praxis* 3 (2011): 9–13.
23. Luley C: Abnehmen mit Telemedizin auf Rezept. *Dt Ärzteblatt*. 4 (2014): A136.
24. Luley C et al.: Nachhaltige Gewichtsreduktion. *Dt Ärzteblatt*. 30 (2011): A1642.
25. Luley C et al.: Evaluation of three new strategies to fight obesity in families. *J Nutr Metab*. 2010, Article-ID 751905.
26. Luley C, Blaik A, Reschke K, Klose S, Westphal S: Weight loss in obese patients with type 2 diabetes: effects of telemonitoring plus a diet combination—the Active Body Control (ABC) Program. *Diabetes Res Clin Pract* 2011; 91: 286–92.
27. Luley C, Blaik A, Götz A, Kicherer F, Kropf S, Isermann B, Stumm G, Westphal S: Weight loss by telemonitoring of nutrition and physical activity in patients with metabolic syndrome for 1 year. *J Am Coll Nutr*. 2014; 33(5): 363–74.
28. Quételet A.: *Recherches sur le poids de l’homme aux different âges. Nouveaux Memoires de l’Academie Royale des Sciences et Belle-Lettres de Bruxelles* 7, 1832.
29. Quételet A: *L’anthropométrie ou le mesure des differentes facultés de l’homme*. Bruxelles: C. Muquardt 1871.
30. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015_005l_S2e_Belastungsinkontinenz_2013-07.pdf
31. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-006_S1IDA_Descensus_genitalis_der_Frau_2008_abgelaufen.pdf
32. Tunn R, Hanzal E, Perucchini D: *Urogynäkologie in Praxis und Klinik*. 2. Aufl. de Gruyter, Berlin 2010, S. 153–154.
33. Wirth A, Wabitsch M, Hauner H: *Prävention und Therapie der Adipositas*. *Dtsch Ärztebl* 2014; 111(42): 705–713.
34. Lagerstrom D, Berg A, Haas U et al.: Das M.O.B.I.L.I.S.-Schulungsprogramm: Bewegungstherapie und Lebensstilintervention bei Adipositas und Diabetes. *Diabet Aktuell* 2013; 11: 5–11.