

Therapeutische Optionen bei der männlichen Harninkontinenz



Die Harninkontinenz ist keine typische „Frauenkrankheit“, auch 3% bis 11% aller Männer sind von Harninkontinenz betroffen. Bis zum 70. Lebensjahr steigt die Häufigkeit beim Mann deutlich auf ca. 30% an. Betroffene sollten den unwillkürlichen Urinverlust nicht hinnehmen: Konservative und operative Therapieverfahren bieten in vielen Fällen Hilfe und führen zu einer deutlichen Steigerung der Lebensqualität.

PD Dr. med. C.M. Naumann, FEBU; Prof. Dr. med. K.-P. Jünemann, UKSH

■ Als wesentliche Risikofaktoren für das Auftreten einer Harninkontinenz gelten Alter, eine Einengung der Harnröhre, z.B. durch eine vergrößerte Prostata, neurologische Erkrankungen sowie allgemeine körperliche und geistige Alterungsprozesse. Die Ursache einer Belastungsinkontinenz ist zumeist eine Operation oder Bestrahlung der Prostata im Rahmen einer Prostatakrebskrankung. Während das Auftreten von Harninkontinenz nach transurethraler Prostataresektion (TUR-P) und Adenomektomie deutlich unter 1% liegt, beträgt die Harninkontinenzrate nach radikaler Prostatektomie zwischen 1% und 45%.

Formen der Harninkontinenz

Die **Dranginkontinenz** ergibt sich aufgrund unwillkürlicher Aktivitäten der Harnblasenmuskulatur und ist beglei-

tet von plötzlichem, überfallsartigem Harndrang. Die Erfolgsaussichten einer Heilung der Dranginkontinenz sind sehr günstig, da die zugrundeliegenden Erkrankungen heutzutage gut therapiert werden können und zahlreiche Medikamente zur Beruhigung des Blasenmuskels zur Verfügung stehen.

Die **Belastungsharninkontinenz** tritt bei körperlicher Anstrengung (Husten, Niesen oder auch Treppensteigen) auf und ist auf eine Schließmuskelschwäche zurückzuführen. Auch bei der Belastungsinkontinenz bestehen mehrere erfolgversprechende Therapiemöglichkeiten bzw. kann die Ausprägung deutlich reduziert werden.

Botox: „Das Viagra der Blase“

Als neue Behandlungsmöglichkeit bei Harninkontinenz darf das vor allem als

Schönheitsmittel bekannte Botulinum Toxin (Botox®) nicht unerwähnt bleiben. Wir halten Botox im urologischen Bereich für das innovativste pharmazeutische Produkt seit Viagra. Die hoch wirksame Substanz wird etwa einmal im Jahr direkt in die Blase gespritzt, lähmt teilweise den Blasenmuskel und verringert dadurch langfristig den Druck in der Blase. Während die herkömmliche medikamentöse Therapie mitunter starke Nebenwirkungen zeigt, so beispielsweise ein schwindendes Kurzzeitgedächtnis, kann Botox mit nur geringen oder gar keinen Nebenwirkungen eingesetzt werden (Abb. 1).

In Deutschland wird Botox gegen Inkontinenz derzeit noch im Rahmen von Studien an Universitätskliniken eingesetzt. In Kiel beispielsweise, dem viertgrößten Botoxzentrum in Europa, werden über 200

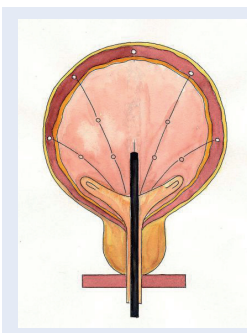


Abb. 1: Botoxinjektion: Über eine Nadel (Bildmitte) werden kleine Mengen des Wirkstoffes direkt in die Blasenwandmuskulatur eingespritzt. Dazu sind bis zu 30 Einstiche notwendig, die gleichmäßig im Bereich der gesamten Blase verteilt werden.

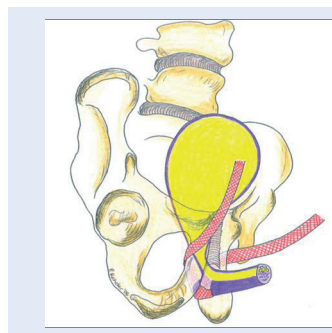


Abb. 2: Funktionsprinzip des Advance®-Bandes (nicht-adjustierbar).

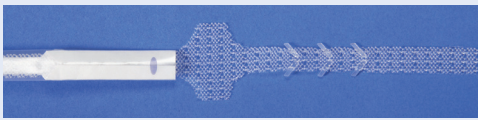


Abb. 3: Die „Fischgräten“-artigen Anker der neuesten Generation einer Korrekturschlinge für den Mann (AdVance® XP) sollen eine Lockerung nach der Operation vermeiden.

Patienten im Jahr behandelt. Männern mit verschiedenen Prostataerkrankungen kann dabei ebenso geholfen werden wie Frauen mit Blasensenkung und Dranginkontinenz. Anfang August 2011 wurde das Mittel in Irland für MS- und Querschnittspatienten zugelassen. Aufgrund entsprechender Regeln im EU-Recht ist mit einer baldigen Zulassung in weiteren europäischen Ländern zu rechnen.

Operative Behandlung der Belastungsinkontinenz

Wenn konservative Therapieansätze (Beckenbodenschulungen) im Falle einer vorliegenden Belastungsinkontinenz erfolglos bleiben, stehen im Wesentlichen vier operative Behandlungsoptionen bzw. -techniken zur Verfügung. Bei der **transurethralen submukösen Injektion** von sog. „bulking agents“ erreicht man durch eine Injektion im Sphinkterbereich einen erhöhten Widerstand. Der Nachteil dieses komplikationsarmen Verfahrens liegt darin, dass es aufgrund der Rückbildung der Substanz an der Injektionsstelle bereits nach wenigen Wochen wiederholt werden muss.

Als weitere Maßnahme stehen sog. minimal-invasive **Schlingenoperationen** zur Verfügung. Man unterscheidet bei den Schlingen zwischen **nicht-adjustierbaren** und **adjustierbaren** Schlingen. Das Grundprinzip der nicht-adjustierbaren Schlingen beruht auf einer Wiederherstellung der operationsbedingt veränderten Anatomie des Beckenbodens und bewirkt – je nach Bandart mit oder ohne Erhöhung des Auslasswiderstandes

– eine verbesserte Schließmuskelfunktion (Abb. 2). Eine Weiterentwicklung befindet sich derzeit in klinischer Langzeiterprobung. Kontrolliert durch Studien wird sie in der Kieler Klinik für Urologie und Kinderurologie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein erfolgreich

eingesetzt (Abb. 3).

Hiervon zu unterscheiden sind adjustierbare Schlingensysteme, bei denen der Druck auf die Harnröhre eingestellt werden kann. Somit besteht die Möglichkeit – unmittelbar nach der Operation oder auch später – die Schlingenspannung oder den Druck des Systems auf die Harnröhre in Lokalanästhesie zu adjustieren.

Das sog. **ProACT-System** besteht aus zwei Silikon-Ballons, die über einen Zugang im Damm ultraschallgesteuert oder unter röntgenologischer Kontrolle unterhalb des Blasenhalses platziert werden. Über die im Hodensack verlegten Füllungsports kann im weiteren Verlauf das Füllvolumen und somit der Druck auf die Harnröhre entsprechend des Kontinenzerefolges eingestellt werden (Abb. 4). Weitere Systeme sind derzeit in erfolgreicher klinischer Erprobung.

Für schwerere Ausprägungen der männlichen Harninkontinenz sowie nach fehlgeschlagenen Voroperationen gilt als Goldstandard weiterhin das **künstliche Schließmuskelimplantat** mit Langzeitkontinenzraten von bis zu 96%. Seit der Erstbeschreibung im Jahre 1972 wurden umfangreiche Langzeitdaten für das künstliche Schließmuskelimplantat erhoben. Neben hohen Kontinenzraten wird auch über eine hohe Patientenzufriedenheit von 90%–96% berichtet. Bei diesem System bewirkt eine um die Harnröhre gelegte Manschette einen permanenten, zirkulären Verschluss der Harnröhre. Diese Manschette ist über ein Schlauchsystem mit einer in den Hodensack ein-

gelegten Pumpe und einem Flüssigkeitsreservoir verbunden. Durch Betätigung einer Pumpe wird die Flüssigkeit der Manschette in das Reservoir transportiert, dadurch wird die Harnröhre druckentlastet und die Blasenentleerung kann mühelos erfolgen (Abb. 5).

Ergebnisse aus der Praxis

In der Kieler Klinik für Urologie und Kinderurologie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein wurden in den letzten Jahren 126 Patienten mit Belastungsinkontinenz behandelt. Dabei wurden alle genannten Behandlungsmethoden eingesetzt. Die höchste Zufriedenheit mit Kontinenzraten von über 90% erlangten Patienten, die erfolgreich mit dem künstlichen Schließmuskelimplantat behandelt wurden. Die Ursachen für anhaltende Inkontinenz nach Schließmuskelimplantation sind tech-

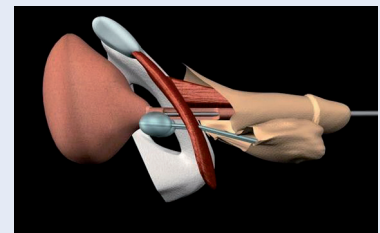


Abb. 4: Das ProACT-System mit zwei Silikon-Ballons.

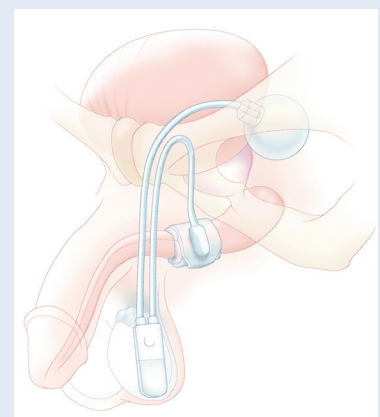


Abb. 5: Künstliches Schließmuskelsystem.

nische Defekte und Harnröhrenatrophien (Gewebschwund der Harnröhre). Mit den minimal-invasiven Verfahren (Schlingenoperationen und ProACT-System) wurde eine Verbesserung der Inkontinenz bei fast 60% der Patienten berichtet (Tabelle).

Fazit

Zusammenfassend ist festzustellen, dass für eine wirksame Behandlung bei jedem Patienten individuell festgestellt werden muss, welche Form der (Belastungs-) Inkontinenz vorliegt – nicht jedes Produkt ist für jede Form der Belastungsinkontinenz geeignet. Die Implantation eines artifiziellen Sphinkters stellte bis vor einigen Jahren die einzige effiziente Therapie der männlichen Harninkon-

	Behandlungsformen	Erfolgsrate
1	Nicht adjustierbare Schlingen	55%
2	Adjustierbare Schlingen	45%
3	ProACT	54%
4	Künstliches Schließmuskelimplantat	90%

Tabelle: Erfolgsraten der verschiedenen Behandlungsformen der postoperativen Belastungsinkontinenz (Ergebnisse aus der Klinik).

tinenz dar. In den letzten 5–8 Jahren wurde das Behandlungsspektrum entscheidend erweitert, sodass insbesondere bei geringgradigen Ausprägungen der Krankheit effiziente Alternativmethoden zur Verfügung stehen. In jedem Fall aber ist Harninkontinenz – immer noch als Tabuthema behandelt – kein Zustand, den betroffene Männer einfach so hinnehmen sollten. ■

*PD Dr. med. C.M. Naumann
 Leitender Oberarzt der Klinik für Urologie
 und Kinderurologie am UKSH, Campus Kiel
 Prof. Dr. med. K.-P. Jünemann
 Klinikdirektor der Klinik für Urologie
 und Kinderurologie am UKSH, Campus Kiel
 1. Vorsitzender der
 Deutschen Kontinenz Gesellschaft
 E-Mail: info@kontinenz-gesellschaft.de*