

Spezial

0 Text Text
 0 Text Text
 0 Text Text
 0 Text Text
 0 Text Text
 0 Text Text

Aktuelles zur Behandlung der männlichen Inkontinenz

Während Inkontinenz früher schicksalhaft angenommen werden musste, kann heute praktisch allen Patienten eine erfolgreiche Therapie angeboten werden. *Von W. Hübner*

Ein Drittel aller über 70-jährigen Männer ist von Dranginkontinenz betroffen, wobei nicht immer Prostataveränderungen die Ursache sind. Zur Belastungsinkontinenz kommt es beim Mann praktisch nur nach Operationen oder Unfällen.

Wie bei der Frau unterscheiden wir auch bei Männern zwischen einer sogenannten Dranginkontinenz – das heißt, dass der Harndrang so stark wird, dass man das WC nicht mehr rechtzeitig erreicht und es zum unerwünschten Austritt von Harn kommt – und der sogenannten Belastungsinkontinenz. Hier ist gemeint, dass durch Druckerhöhung in der Blase, ausgelöst durch Husten, Niesen, Lachen oder körperliche Anstrengung, ein unerwünschter Harnverlust eintritt.

Dranginkontinenz

Die Grundlage der Dranginkontinenz ist die sog. überaktive Blase (OAB), die aufgrund von verschiedenen intramuralen Veränderungen in der Blasenwand selbst, aber auch durch Nachlassen der zentralen inhibitorischen Funktionen mit zunehmendem Alter auftritt. Bei über 70-Jährigen ist ein Viertel der Frauen, aber bereits ein Drittel aller Männer von OAB betroffen. Prostataveränderungen können dabei eine Rolle spielen, müssen aber nicht. Führt die Drangsituation zum Harnverlust, spricht man von einer sogenannten „OAB - wet“. Die OAB gehört zu den häufigsten und am meisten die Lebensqualität einschränkenden Veränderungen im Alter, häufige nächtliche Toilettengänge können durch die erhöhte Sturzgefahr sogar fatale Folgen haben.

Therapeutisch steht die konservative Therapie im Vordergrund. Nach entsprechender Diagnostik kann eine Verhaltenstherapie, meist in Kombination mit medikamentöser Behandlung, erfolgreich eingesetzt werden. Der Einsatz von Antimuscarinika bildet die wichtigste Säule der OAB Behandlung auch beim Mann, wobei auf kognitive Defizite und ein ev. Engwinkelglaukom als Kontraindikationen geachtet werden muss.

Bei den in dieser Indikation zugelassenen Medikamenten gibt es hier durchaus Unterschiede im Nebenwirkungsprofil hinsichtlich Mundtrockenheit oder kognitiver Veränderungen. Beta-adrenerge Medikamente sind in den USA und im Europäischen Ausland bereits erfolgreich im Einsatz. In Österreich hoffen wir auch auf baldige Verfüg-



© Michael Brown / fotolia.com

barkeit und Zulassung dieser neuen Therapieoption, um auch bei den erwähnten Kontraindikationen erfolgreich behandeln zu können.

Eine weitere Therapiemöglichkeit ist die intravesikale Botoxinjektion, die seit 2013 für diese Indikation zugelassen ist. Im Beckenbodenzentrum Korneuburg setzen wir diese Behandlung seit mehreren Jahren besonders bei älteren Problempatienten mit zerebralen Defiziten ein. Die sakrale Neuromodulation hat durch diese minimal invasive Behandlungsmöglichkeit mit Botox an Bedeutung eingebüßt. Die chirurgische Therapie der OAB im Sinne einer Blasenaugmentation stellt eine absolute Rarität dar.

Belastungsinkontinenz

Zur Belastungsinkontinenz kommt es beim Mann praktisch nur nach Operationen oder Unfällen. Der Leidensdruck, dem diese Männer ausgesetzt sind, ist erheblich. Die Inkontinenz stigmatisiert den Patienten als Karzinomträger, der aller Wahrscheinlichkeit nach auch noch impotent ist. Dementsprechend sind diese Männer weit mehr subjektiv belastet, als inkontinente Frauen, deren Leiden mit positiven Dingen wie reichem Kindersegen assoziiert wird. Prostateoperationen sind zwar in erster Linie für die Inkontinenz des Mannes verantwort-



Prim. Prof. Dr. Wilhelm A. Hübner
 Urologische Abteilung, Weinviertel
 Klinikum Korneuburg;
 Vorstandsmitglied der
 Medizinischen Kontinenz-
 gesellschaft Österreich (MKÖ) © Privat

Wegen der geringen Invasivität der Eingriffe und der oft dramatischen Verbesserung der Lebensqualität sollte die Indikation zur Operation großzügig gestellt werden.

lich, es muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass bei Operationen wegen gutartiger Vergrößerung eine postoperative Inkontinenz eine absolute Rarität darstellt.

Im Rahmen von radikalen Prostatektomien wegen eines Karzinoms kann es im Interesse der Radikalität zu Beeinträchtigungen der für die Kontinenz verantwortlichen Strukturen (neurovaskuläres Bündel) kommen. Moderne endoskopische Operationstechniken und auch verfeinerte offene chirurgische Eingriffsmethoden senken auch hier das Risiko von funktionellen Störungen wesentlich.

Die Risikofaktoren für eine Inkontinenz nach radikaler Prostatektomie sind neben Alter und Tumorstadium vor allem intraoperative Faktoren. So zeigt eine aktuelle Studie vom Memorial Sloan Kettering im Vergleich von elf versierten Prostatechirurgen, dass die Kontinenzraten mit der Erhaltung der Nerven korreliert (intra- und interfaszialer im Gegensatz zum extrafaszialer Zugangsweg), aber vor allem vom Können des Operateur abhängen. So schwanken die Raten der totalen Kontinenz (keine Einlagen nach sechs Monaten) zwischen den verschiedenen Operateuren zwischen 65 und 96 Prozent.

Während die Komplikation der Inkontinenz früher schicksalhaft angenommen werden musste, kön-

nen wir heute praktisch allen Patienten eine erfolgreiche Therapie anbieten. Das verbesserte Verständnis für den Sphinkterapparat (Basis- und Belastungskomponenten), hat in den vergangenen zehn Jahren bei der operativen Therapie der männlichen Inkontinenz zu wesentlichen Verbesserungen und der Entwicklung von neuen Implantaten geführt. Die Auswahl zwischen Schlingenverfahren, Pro-ACT Ballons und hydraulischen Sphinktersystemen ermöglicht eine patientenorientierte Indikationsstellung, die auf die individuellen Gegebenheiten eingeht. Es können manuelle Geschicklichkeit, zerebrale Leistungsfähigkeit wie auch stattgehabte Bestrahlung oder Blasenhalssinzisionen berücksichtigt werden. Wegen der geringen Invasivität der Eingriffe einerseits und der oft dramatischen Verbesserung der Lebensqualität andererseits sollte die Indikation zu derartigen Operationen großzügig gestellt werden.

Grundsätzlich ist zu empfehlen, die Postprostatektomie-Inkontinenz in einem Zentrum behandeln zu lassen, in dem zumindest zwei verschiedene Methoden (vorzugsweise adjustierbare Schlinge und hydraulischer Sphinkter) routinemäßig angeboten werden. So besteht die Gewähr, dass sich die Behandlung nicht nach dem Repertoire der Behandler, sondern nach den spezifischen Bedürfnissen des einzelnen Patienten richtet. ■