

Männliche Harninkontinenz



Dr. Clemens Wehrberger, Univ.-Doz. Dr. Michael Rauchenwald(re.)

Unter Harninkontinenz versteht man den Verlust oder das Nichterlernen der Fähigkeit, Harn sicher zu speichern und zur bestimmten Zeit an gewolltem Ort auszuscheiden. Obwohl Frauen von diesem Problem weit häufiger betroffen sind, leidet auch ein beträchtlicher Teil der männlichen Bevölkerung – etwa 5% aller Männer in Österreich – unter unfreiwilligem Harnverlust. Betroffen sind hauptsächlich Patienten über dem 60. Lebensjahr.

Klassifikation der Inkontinenz

Nach der International Continence Society (ICS) werden verschiedene Formen der Harninkontinenz unterschieden:

Als **Belastungsinkontinenz** (früher Stressinkontinenz) bezeichnet man den unfreiwilligen Harnverlust bei körperlicher Anstrengung, aber auch beim Husten, Niesen oder Lachen. Beim Mann ist die Belastungsinkontinenz fast immer iatrogen oder traumatisch bedingt. Hauptursache hierfür ist nach wie vor die radikale Prostatektomie, 3–60% aller Patienten leiden postoperativ unter unterschiedlich starkem, unfreiwilligem Harnverlust.

Unter **Drang- oder Urgeinkontinenz** versteht man starken Harndrang, der gleichzeitig mit unwillkürlichem Harnverlust einhergeht. Die klinischen Symptome dieser Patienten sind Pollakisurie, Nykturie und imperativer Harndrang. Ursache für eine Dranginkontinenz können degenerative Veränderungen am Detrusor mit resultierender Übererregbarkeit, aber auch Hirnleistungsstörungen

mit Verlust der Kontrolle im Miktionszentrum im Hirnstamm sein. Weiters können spinale Läsionen, subvesikale Obstruktion (Prostatahyperplasie) und Blasenkrankungen (Entzündung, Konkrement, Tumoren, Carcinoma in situ) solche Beschwerden auslösen. Häufig finden sich Mischformen dieser ersten beiden Inkontinenzarten.

Die **Reflexinkontinenz** tritt bei Patienten mit neurologischen Erkrankungen wie Querschnittssyndrom, multipler Sklerose oder Morbus Parkinson auf. Diese Patienten verlieren infolge unkontrollierter, reflektorischer Detrusorkontraktionen Urin, ohne jedoch Harndrang zu verspüren.

Unter **Überlaufinkontinenz** versteht man jede Form des unfreiwilligen Harnverlustes in Verbindung mit Überdehnung der Blase, hohen Restharmengen und fehlender Blasenmotorik. Die häufigsten Ursachen hierfür sind infravesikale Obstruktionen, wie Prostatavergrößerung, Harnröhrenstriktur, Blasenhalssenge und eine funktionelle Enge im Sphinkter-externus-Bereich oder ein schwacher hypokontraktiler Detrusor.

Diagnosestellung

Die Abklärung der Inkontinenz beginnt mit einer ausführlichen Anamnese, bei der gezielt Voroperationen (radikale Prostatektomie, transurethrale Resektion der Prostata), Verletzungen, Begleiterkrankungen (multiple Sklerose, Morbus Parkinson, Diabetes mellitus) und die aktuelle Medikation erhoben werden sollen. Cholinergika, Cholinesterasehemmer, Prostaglandine E2 und

F2a sowie Betablocker erhöhen die Detrusorkontraktilität, Alphablocker oder Muskelrelaxantien bewirken eine Erniedrigung des Auslasswiderstandes und können so unfreiwilligen Harnverlust provozieren. Validierte Fragebögen leisten bei der Klassifizierung der Harninkontinenz, sowie bei der Erfassung des Leidensdruckes und der Beeinträchtigung der Lebensqualität wertvolle Hilfe. Außerdem empfiehlt sich das Führen eines Miktionsprotokolls über einige Tage, um Informationen über das Miktionsverhalten und die Trinkgewohnheiten zu bekommen.

Die klinische Untersuchung umfasst einen urologischen Status mit rektalem Tastbefund, bei dem neben der Prostata auch der Tonus des Sphinkters und des Beckenbodens beurteilt werden kann. Bei der Inspektion und Palpation des äußeren Genitale können eine Meatusstenose oder Meatusdystopien (Epispadie, Hypospadie) erkannt werden. Eine neurologische Begutachtung mit besonderem Augenmerk auf die Rückenmarksegmente S2–S4 ist Teil der Routineabklärung. Ein gestörter Analreflex (Stimulation der Perianalhaut bewirkt eine reflektorische anale Sphinkterkontraktion) und Bulbokavernosusreflex (Kneifen der Glans penis führt zu einer reflektorischen Kontraktion des Muskulus levator ani) geben bereits bei der klinischen Untersuchung erste Hinweise auf eine mögliche Innervationsstörung der unteren Harnwege.

Im Rahmen einer Harnanalyse und Harnkultur können Infektionen der Harnwege erkannt und testgerecht therapiert werden. Speziell bei Drangin-

kontinenz muss immer auch an das Vorliegen eines Blasenkarzinoms gedacht und durch Abnahme einer Harnzytologie ein Carcinoma in situ ausgeschlossen werden. Eine sonographische Beurteilung der Nieren und des Restharnvolumens ist obligater Bestandteil der Erstuntersuchung.

In weiterer Folge sollten eine Uroflow-Messung, eine urodynamische Untersuchung sowie eine Cystoskopie durchgeführt werden. Bildgebende Verfahren wie eine Miktionszystourographie oder eine retrograde Urographie geben wertvolle Informationen über Kaliberunregelmäßigkeiten in der Harnröhre, die Lage der Blase, Divertikel, Reflux und Restharn.

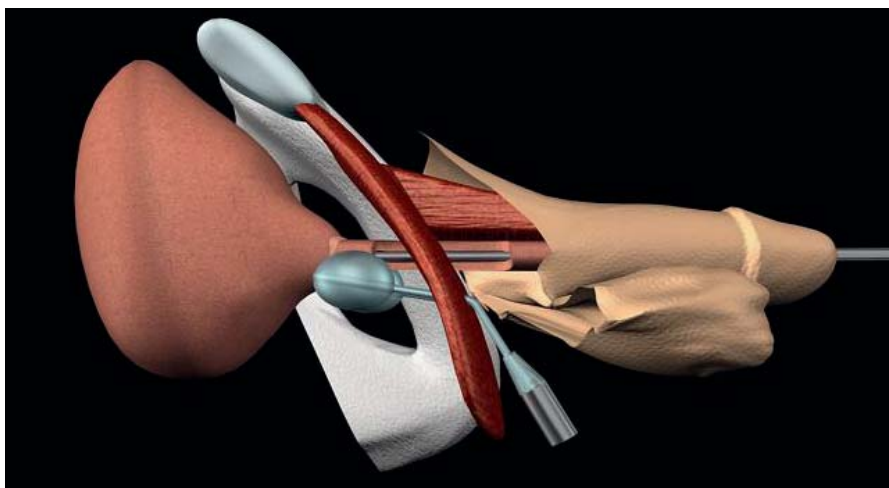
Therapie

Die medikamentöse Therapie der Drang- und Reflexinkontinenz besteht in einer Dämpfung der Detrusorüberaktivität. Anticholinergika, die durch Hemmung der postganglionären muskarinartigen Rezeptoren die Kontraktion des Detrusors vermindern, werden sehr erfolgreich eingesetzt. Limitierend sind jedoch – vor allem bei den Standardmedikamenten, die Nebenwirkungen wie Obstipation und Mundtrockenheit, die vor allem bei den älteren Substanzen bei den Patienten oft zu mangelnder Compliance geführt haben. Vor allem bei älteren Patienten sollte auf Grund einer möglichen cerebralen Beeinträchtigung Trosipiumchlorid oder Solifenacin bevorzugt werden.

Gerade beim Mann muss im Rahmen einer anticholinergen Medikation auf eine eventuell zunehmende Restharnbildung geachtet werden, um nicht eine Harnverhaltung zu provozieren.

Eine neuere Therapieoption bei Versagen konservativer Therapieversuche bei Dranginkontinenz ist die intravesikale Injektion von Botulinum-A-Toxin. In zahlreichen Studien ließ sich eine anhaltende Detrusordämpfung über bis zu neun Monate nachweisen.

Prinzipiell sollte jede Inkontinenztherapie mit einer physikalischen Therapie einhergehen. Neben dem Beckenbodentraining können Konditionierungsmaßnahmen wie die Miktion nach der Uhr oder das zeitliche Hinauszögern von Miktionsintervallen sehr erfolgreich zum Miktions-, Blasen- und Toiletentraining beitragen. Biofeedbacktraining bewirkt,



dass Patienten normalerweise unbewusste physiologische Reflexe wahrnehmen und den Beckenboden wesentlich bewusster trainieren können.

Steht eine Schwächung des Schließmuskelmehanismus, also eine Belastungs- oder Stressinkontinenz im Vordergrund, muss meist eine operative Maßnahme zur Unterstützung des Kontinenzmechanismus ergriffen werden.

Vor einem möglichen operativen Eingriff wird zuerst versucht, mit konservativen Möglichkeiten den unfreiwilligen Harnverlust zu lindern. Während bei Frauen die medikamentöse Therapie mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern wie Duloxetin (Cymbalta®) zur Tonisierung der Harnröhre etabliert ist, ist die Behandlung der männlichen Belastungsinkontinenz, besonders nach Prostatektomie trotz positiver Effekte „off label“. In den ersten sechs Monaten einer postoperativ entstandenen Inkontinenz besteht die Möglichkeit einer Besserung durch konservative Maßnahmen, wie konsequentes Beckenbodentraining und Elektrostimulation zur Reedukation des Schließmuskelsystems.

Zur operativen Therapie der Stressinkontinenz steht eine Reihe von „Implantaten“ zur Verfügung. Nach radikaler Prostatektomie, mit geringeren Erfolgsaussichten auch nach transurethraler Prostataresektion, kann die „minimal invasive“ Implantation von Pro-ACT-Ballons® (Prostate Adjustable Continence Therapy) in Betracht gezogen werden. Im Rahmen einer kurzen Operation werden zwei kontrastmittelgefüllte Ballons, quasi als Ersatz für die fehlende Prostata, seitlich vom Blasenhalshals implantiert und bewirken eine Kompression

der proximalen Harnröhre. Der große Vorteil dieses Verfahrens ist, dass die Ballons über subkutan im Skrotum liegende Ports nachträglich beliebig oft adjustiert werden können. Damit ist in mehr als 2/3 der Fälle ein zufriedenstellendes Ergebnis zu erreichen. Sollte sich der erwünschte Erfolg trotzdem nicht einstellen, so können die Ballons in Lokalanästhesie meist problemlos entfernt und eine alternative Methode versucht werden.

Eine andere Möglichkeit sind verschiedene Schlingensysteme, die in der Regel so platziert werden, dass sie die bulbäre Harnröhre von unten umfassen und komprimieren. Ein relativ neues System ist die ATOMS-Schlinge® (Adjustable Transobturator Male System), die um die unteren Schambeinäste geführt und an sich selbst fixiert wird. Ein über einen subkutanen Port befüllbares Silikonkissen liegt unter der bulbären Harnröhre und übt dort breitflächig einen variablen Druck aus. Ebenfalls adjustierbar ist die Argus®-Schlinge sowie die Reemix®-Schlinge, deren suburethrales Prolene-Mesh über einen subkutan gelegenen „Versitensor“ mechanisch nachgespannt werden kann.

Ein anderes Wirkungsprinzip verfolgt die Advance®-Schlinge, die dorsal der Harnröhre angreift und den Bulbus urethrae in Richtung Becken eleviert. Damit soll der natürliche Schluss der proximalen Harnröhre unterstützt werden.

Zu den Schlingensystemen sind die klinischen Daten noch rar und von unterschiedlicher Qualität. Gute Erfolge können nur bei leichter bis mittelgradiger Belastungsinkontinenz erwartet werden. Nicht bewährt haben sich beim männlichen

chen Patienten diverse „bulking agents“, das sind Unterpösterungen der Harnröhrenschleimhaut im Sphinkterbereich, um die Koaptation der Harnröhrenwand zu unterstützen.

Bei vollständiger Unmöglichkeit den Harn zu halten bzw. als ultima ratio steht der artifizielle hydraulische Sphinkter (Scott-Sphinkter) zu Verfügung. Er besteht aus einer befüllbaren Manschette, die um die proximale Harnröhre platziert wird, einem Pumpenventilmechanismus, der im Bereich des Skrotums implantiert wird und einem Flüssigkeitsreservoir im Bereich des Unterbauchs unterhalb der Bauchdecke. Durch die gefüllte Manschette wird die Harnröhre verschlossen und der Patient ist weitgehend kontinent.

Zum Harnlassen wird die Flüssigkeit durch Betätigen der Pumpe aus der Manschette in den meist intraperitoneal gelegenen Ausgleichsballon „verschoben“

und die Absperrung der Harnröhre für drei bis fünf Minuten aufgehoben. Dann schließt sich das System wieder automatisch. Trotz mitunter hoher Revisionsraten (in der Literatur bis über 50%) ist die Zufriedenheit der Patienten mit dem hydraulischen Sphinkter sehr hoch. Eine gewisse manuelle Geschicklichkeit und Kooperationsfähigkeit des Patienten ist allerdings erforderlich.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Inkontinenz des Mannes heute in den meisten Fällen erfolgreich behandelt werden kann. Eine genaue Differentialdiagnose der vorliegenden Inkontinenzform ist Vorbedingung für eine zufriedenstellende Therapie. Ein schrittweises Vorgehen ist in den meisten Fällen, vor allem bei Belastungsinkontinenz, angezeigt. Die Auswahl der geeigneten Therapieform erfolgt auf Basis der klinischen Symptomatik, des Krankheitsverlaufs, der (operativen) Anam-

nese sowie stattgehabter Zusatzbehandlungen wie z.B. Bestrahlungen im Beckenbodenbereich und nicht zuletzt der ärztlichen Erfahrungen und der Präferenzen von Arzt und Patient.

Literatur bei den Verfassern

*Dr. Clemens Wehrberger
Univ.-Doz. Dr. Michael Rauchenwald
Donauspital – SMZ Ost der Stadt Wien
Abteilung für Urologie und Andrologie
Langobardenstraße 122
A-1220 Wien
Tel.: +43/1/28 802-3700, Fax-Dw: -3780
michael.rauchenwald@wienkav.at*