

# Männliche Harninkontinenz

Die Inkontinenz des Mannes ist dabei, ihren viele Jahre bestehenden Tabu-Charakter abzulegen und so wie die der Frau als behandelbare Krankheit ins allgemeine Bewusstsein zu treten (die Medizinische Kontinenzgesellschaft Österreich rechnet im Jahr 2010 mit ca. 600.000 Patienten). Die Therapie muss anatomische Unterschiede, sowie unterschiedliche Entstehungsmechanismen der Inkontinenz beim Mann berücksichtigen und kann nicht einfach Behandlungskonzepte der weiblichen Inkontinenz übernehmen.

Harninkontinenz kann in 2 große Gruppen unterteilt werden. Urge- oder Dranginkontinenz und Belastungsharninkontinenz (früher Stresinkontinenz). Dranginkontinenz ist beim älteren Mann oft Ausdruck einer Restharnbildung im Zuge einer Prostatohyperplasie oder Infekt bedingt. Weiters findet sie sich im Verlauf von neurologischen Erkrankungen mit gestörter Detrusorfunktion, der so genannten instabilen Blase. Ebenso kann sie Ausdruck tumoröser Prozesse in der Blase oder Prostata sein. Eine urologische Abklärung ist daher dringend erforderlich. Belastungsharninkontinenz beim Mann ist oft nur als Folgeerscheinung von operativen Eingriffen an der Prostata durch Schädigung des Sphinkterapparates bzw. der Innervation zu finden. Im Vordergrund steht hierbei die Belastungsharninkontinenz nach radikaler Prostatektomie. Postoperative Belastungsharninkontinenz nach radikaler Prostatektomie ist oft nur passager. Durch gezielte Beckenbodengymnastik lässt sich meist wieder eine zufrieden stellende Kontinenz erreichen. Manchmal

bleibt jedoch eine Belastungsharninkontinenz nach einem Zeitraum von 6-12 Monaten bestehen, die einer weiteren chirurgischen Therapie bedarf. Belastungsharninkontinenz lässt sich beim Mann in drei Schweregrade unterteilen.

Grad I: Verlust im Stehen mit geringem Harnverlust bei starken Belastungsmanövern, wie Niesen, Husten, schwerer körperlicher Arbeit.

Grad II: Verlust im Sitzen oder Stehen mit Harnverlust schon bei geringen

Belastungen wie Lachen, Aufstehen und geringer körperlicher Tätigkeit.

Grad III: Verlust auch im Liegen, fast ständiger Harnverlust.

Zur chirurgischen Therapie stehen zurzeit folgende Methoden zur Verfügung.

## Bulking Agents

Hierbei wird eine Unterspritzung der proximalen Harnröhre und des Sphinkterbereiches durchgeführt. Auf Grund der schlechten Langzeitergebnisse wurde von dieser Methode als Therapieoption eher abgegangen.

## Artifizieller Sphinkter

Der artifizielle Sphinkter, bereits 1972 erstmals implantiert, steht nach einigen Weiterentwicklungen als „Goldener Standard“, speziell zur Therapie der Belastungsharninkontinenz Grad III, zur Verfügung. Vorteile sind in der Literatur hohe Patientenzufriedenheit und Erfolgsraten von 65-89%, jedoch mit einer nicht zu vernachlässigenden Revisionsrate von 20% auf Grund von mechanischen Defekten. Da der artifizielle Sphinkter eine Lebensdauer von ca. 10 Jahren hat und die Patienten durch die verbesserte Frühdiagnostik des Prostatakarzinoms immer jünger werden, ist er nicht das Mittel der ersten Wahl bei Belastungsharninkontinenz Grad I-II, speziell bei jungen Patienten.

## ProACT

Bei diesem, in Korneuburg unter Univ.-Doz. Hübner entwickelten,



## MEMO

**Aktuelle Studien zeigen, dass Schlingensysteme bei milder bis mässiger Belastungsharninkontinenz eine echte Alternative zum artifiziellen Sphinkter sind. Außerdem ist die postoperative Verstellbarkeit der Systeme ein wichtiger Faktor. Bei Grad III ist der artifizielle Sphinkter immer noch „Goldener Standard“.**

Verfahren werden zwei mit Kontrastmittel gefüllte Silikonballons am Blasen Hals unter Röntgenkontrolle implantiert. Der Vorteil dieses Systems ist die postoperative Anpassungsfähigkeit. Mittels eines in das Skrotum platzierten Port-a-Cath können die Ballons gefüllt bzw. abgelassen werden. Es werden auch in Langzeitergebnissen von 48 Monaten Drynessraten von 60-70% berichtet. Als Nachteil ist anzumerken, dass dieses System bei Patienten nach Strahlentherapie nicht zu empfehlen ist.

### InVance

Bei diesem System wird ein Polypropylen Netz mit Silikonbeschichtung von perineal an die proximale Harnröhre gelegt und mit insgesamt 6 kleinen Titanschrauben am unteren Schambeinast fixiert. Intraoperativ wird der notwendige Verschlussdruck an der Harnröhre gemessen, um eine zufrieden stellende Kontinenz zu erreichen. Dieses System ist für leichte bis mittlere Belastungsharninkontinenz geeignet. Eine Therapie der schweren Belastungsharninkontinenz (Harnverlust auch im Liegen) ist durch dieses System nicht zu beheben. Als Nachteil ist hervorzuheben, dass nach der Implantation keine Korrektur mehr möglich ist. Dieses Implantat ist seit 2002 verfügbar. In der Literatur zeigt sich eine Heilungsrate von 65-72%. Dies entspricht auch unseren Erfahrungen. Jedoch fehlen weiterhin Langzeitdaten.

### Remeex

Dieses von einer Spanischen Arbeitsgruppe entwickelte Implantat ist ebenfalls ein Schlingensystem, welches von perineal retropubisch implantiert wird. Als Neuheit wurde erstmals eine verstellbare Einheit vorgestellt. Mittels Schraubendreher



Abb.: Die richtige Wahl der Behandlung ist bei männlichen Inkontinenzpatienten wichtig, damit solche Situationen nicht unangenehm enden

kann nachträglich unter Lokalanästhesie die Spannung der Schlinge verändert werden, um eine zufrieden stellende Kontinenz zu erreichen. Auch hier fehlen derzeit noch Langzeitergebnisse.

### Argus

Ein neues verfügbares Schlingensystem, das ebenfalls von perineal retropubisch gelegt wird. An der Fascie der Rektusmuskulatur wird diese Schlinge mit Silikonkissen verankert. Ein Silikonkissen ermöglicht einen konstanten schonenden Druck auf die Harnröhre. Sollte das Ergebnis nicht zufriedenstellend sein, kann durch neuerliches chirurgisches Aufsuchen der Silikonkissen und Verstellen die Spannung der Schlinge diese in Lokalanästhesie korrigiert werden. Erste Ergebnisse werden bald publiziert, jedoch gilt es die Erfahrungen nach 6-12 Monaten abzuwarten.

### Modern Times

Eine Arbeitsgruppe an der Abteilung für Urologie, KH Barmherzige Brüder Wien, entwickelt gerade eine „adjustable transobturator male sling“. Unter Verwendung einer neuen Implantationstechnik benötigt dieses System keine Schrauben zur Fixierung, stellt eine „full tension“ Schlinge dar und ist nachträglich ohne chirurgisches Vorgehen problemlos verstellbar. Derzeit laufen die Entwicklungen zum Serienprodukt. Die erste

Publikation zu dieser Schlinge und zur Implantationstechnik wurde im Juni 2005 im British Journal of Urology international veröffentlicht (BJU int. Jun. 2005; Vol. 95; 1364 - 1366). Eine weitere interessante Entwicklung stellt sicher die Stammzellimplantation im Sphinkterbereich dar, die an der Universitätsklinik für Urologie in Innsbruck erprobt wird. Erste experimentelle

Daten geben Hoffnung.

### Zusammenfassung

Den derzeitigen wissenschaftlichen Publikationen zufolge stellen Schlingensysteme eine echte Alternative zum artifiziellen Sphinkter dar. Speziell bei milder bis mässiger Belastungsharninkontinenz. Sie erlauben eine Miktions ohne manuelles Bedienen eines mechanischen Systems. Speziell bei immer jünger werdenden Patienten ist die Suche nach alternativen Methoden zu mechanischen Systemen wichtig, ebenso bei Patienten deren manuelles Geschick oder geistige Leistungsfähigkeit nicht mehr ausreichend ist. Weiters ist die postoperative Verstellbarkeit der Systeme ein wichtiger Faktor. Für die Belastungsharninkontinenz Grad III des Mannes ist der artifizielle Sphinkter immer noch „Goldener Standard“. Bulking Agents sollten nach heutigem Stand nicht mehr verwendet werden. In Hinblick auf Neuentwicklungen im Bereich der Therapie der männlichen Belastungsharninkontinenz ist das letzte Wort aber sicherlich noch nicht gesprochen.

◆  
 Autor: Dr. Wilhelm Bauer  
 KH Barmherzige Brüder Wien  
 Abteilung für Urologie und Andrologie  
 Vorstand: Univ.-Prof. Dr. Paul Schramek,  
 F.E.B.U.  
 E-Mail: dr@wilhelmbauer.com  
 ur050530