

Management der Belastungsinkontinenz beim Mann

Basisdiagnostik und Anamnese sowie konservative und operative Therapieoptionen

Die Belastungsinkontinenz des Mannes ist überwiegend iatrogen bedingt, und die häufigste Ursache ist die radikale Prostatektomie mit einer persistierenden Inkontinenzrate von 10 bis 20 Prozent. Die primäre Therapie der postoperativen Belastungsinkontinenz ist die Physiotherapie, wobei hier das Beckenbodentraining eine zentrale Rolle spielt. Bei nicht ausreichender Besserung unter konservativer Therapie wird eine operative Therapie empfohlen. Dafür stehen heute diverse Optionen zur Verfügung, unter anderem funktionelle und adjustierbare Schlingensysteme sowie der künstliche Schliessmuskel.

Markus Tobias Grabbert und Ricarda M. Bauer

Zu den Hauptinkontinenzformen zählen:

- ❖ Belastungsinkontinenz (Harnverlust bei körperlicher Belastung wie z.B. sportlicher Aktivität)
- ❖ Dranginkontinenz (plötzlicher Harndrang mit imperativer Miktionseinleitung)
- ❖ Mischinkontinenz (gleichzeitiges Vorliegen von Belastungs- und Dranginkontinenz)

Die Prävalenz einer Harninkontinenz beim Mann liegt bei bis zu 35 Prozent, wobei Männer häufiger von einer Dranginkontinenz (bis zu 80%) als von einer Belastungsinkontinenz (ca. 10%) betroffen sind. Ausserdem leiden 10 bis 30 Prozent der inkontinenten Männer an einer Mischinkontinenz. Die Belastungsinkontinenz des Mannes ist überwiegend iatrogen bedingt, wobei die radikale Prostatektomie die häufigste Ursache darstellt. Aber auch nach transurethraler Prostatektomie (TUR-P), Adenomenukleation und Harnröhrenoperationen kann eine Belastungsinkontinenz auftreten. Allerdings muss davon ausgegangen werden, dass eine nicht

MERKSÄTZE

- ❖ Die Basisdiagnostik sollte eine gezielte Anamnese beinhalten.
- ❖ Bei der Therapie der Belastungsinkontinenz besitzt die Physiotherapie einen hohen Stellenwert.

Der Fall

Ein 58-jähriger Patient berichtet über eine leichte, jedoch persistierende Harninkontinenz im Sinne einer Belastungsinkontinenz seit einer radikalen Prostatektomie aufgrund eines Prostatakarzinoms vor 5 Jahren. Beckenbodenübungen haben eine Verbesserung der Situation erbracht, jedoch berichtet der Patient weiter über eine leichte Harninkontinenz, die ihn störe und die sich im Lauf des Tages verstärken würde. Ein Urinverlust in der Nacht beziehungsweise im Liegen wird verneint. Typischerweise verliere er Urin bei der Gartenarbeit, längeren Spaziergängen, beim Wandern, aber auch beim Spielen mit dem Enkel. Insgesamt brauche er 1 bis 2 Vorlagen pro Tag. Er leidet sehr darunter und wünscht einen Therapieversuch zur Verbesserung der Symptomatik. Drangbeschwerden werden vom Patienten verneint. Die Miktionsfrequenz tagsüber liegt bei 5- bis 6-mal, die Nykturie bei 0- bis 1-mal. Die onkologische Nachsorge sei bisher unauffällig gewesen. Dem Patienten wird eine fachärztliche Vorstellung bei einem spezialisierten Urologen empfohlen, da die adäquate präoperative Patientenselektion Grundlage für den Erfolg einer operativen Therapie ist.

unbedeutende Anzahl von Männern keine weitere Behandlung ihrer postoperativen Belastungsinkontinenz erhält, obwohl sie durch ihre Inkontinenz unter einer deutlichen Einschränkung ihrer Lebensqualität leiden. Ein wesentlicher Grund dafür scheint zu sein, dass das Bewusstsein über die zur Verfügung stehenden operativen Therapiemöglichkeiten noch nicht genügend unter den behandelnden Ärzten verbreitet ist.

Bei der radikalen Prostatektomie liegt die Wahrscheinlichkeit für eine persistierende Postprostatektomieinkontinenz (PPI) bei 1 bis 25 Prozent. Aber auch nach operativer Therapie einer gutartigen Prostatavergrößerung kann eine PPI auftreten, allerdings sind hier die persistierenden PPI-Raten deutlich geringer.

Neben der postoperativen Belastungsinkontinenz können in bis zu 70 Prozent der Fälle zusätzlich Symptome einer überaktiven Blase (OAB) wie erhöhte Miktionsfrequenz, imperativer Harndrang mit oder ohne Dranginkontinenz sowie Nykturie auftreten. Diese sind allerdings meistens innerhalb des ersten Jahres spontan regredient.

Kasten:

Basisannahmen

- ❖ inkontinenzauslösende Operationen
- ❖ Radiatio
- ❖ Komorbiditäten mit möglichen neurogenen oder anatomischen Veränderungen wie zum Beispiel Diabetes mellitus, neurologische Erkrankungen, Wirbelsäulenoperationen
- ❖ weitere Voroperationen im kleinen Becken, aktuelle Medikation
- ❖ Miktionsfrequenz tagsüber und Nykturie
- ❖ Vorlagenverbrauch tagsüber und nachts (Drangbeschwerden inkl. Drankinkontinenz)

Spezielle Annahmen

- ❖ Inkontinenzsymptomatik im Verlauf des Tages, das heisst Zunahme der Inkontinenz im Tagesverlauf
- ❖ Strahlunterbrechung möglich
- ❖ inkontinenzauslösende Situationen, Zustand nach Husten/Niesen, Aufstehen, Heben, Bergabsteigen/Treppensteigen, Laufen in der Ebene, im Liegen, bei Ermüdung, Sport, körperliche Arbeit sowie vorausgegangene Inkontinenzoperationen und Miktionsprobleme/Kontinenzstatus vor Prostataoperationen

Diagnostik

Auf Wunsch des Patienten sollte eine fachärztliche urologische Vorstellung zur Diagnostik und Evaluation eines weiteren Therapiekonzepts veranlasst werden. In der Basisdiagnostik sollte eine gezielte Anamnese erfolgen (1). Darüber hinaus sollten eine urogenitale Inspektion, eine Urinuntersuchung und eine Sonografie zum Ausschluss von Restharn erfolgen.

Bei Verdacht auf Anastomosenenge beziehungsweise Harnröhrenstriktur sollte eine Uroflowmetrie durchgeführt werden. Zusätzlich kann ein Pad-Test (optimalerweise 24-Stunden-Pad-Test) zur Quantifizierung des Urinverlusts erfolgen. Ein Trink- und Miktionsprotokoll über 2 bis 4 Tage erscheint bei Drangbeschwerden sinnvoll. Mittels eines validierten Inkontinenzfragebogens (z.B. ICIQ-SF) kann der Einfluss der Inkontinenz auf das alltägliche Leben des Patienten objektiviert werden.

Ferner sollte vor einer Therapie immer das Ausmass des Therapiewunsches des Patienten eruiert werden (2, 3). Vor einer geplanten operativen Therapie sollte eine erweiterte Diagnostik mittels einer Urethrozystoskopie erfolgen.

Konservative Therapie

Die konservative Therapie ist die empfohlene First-line-Therapie der PPI. Hierbei hat vor allem die Physiotherapie einen wesentlichen Stellenwert (3).

Physiotherapie

Ein Beckenbodentraining ist definiert als die wiederholte willkürliche und selektive Kontraktion des Beckenbodens. Es gilt zunächst, ein Bewusstsein für den eigenen Beckenboden zu schaffen, welches bei Männern selten vorhanden ist. Dies kann effizient nur eine Physiotherapie durch geschulte Beckenbodentherapeuten leisten. Für alle physiotherapeuti-

schen Massnahmen gilt, dass eine Verschlechterung der Kontinenz wieder eintreten kann, wenn die Therapie abgebrochen wird. Es muss dem Patienten daher die Notwendigkeit fortwährender selbstständiger Übungen verdeutlicht werden.

Elektrostimulation

Wenn der Patient nicht in der Lage ist, den urethralen Sphinkter zu aktivieren, kann dieser auch passiv stimuliert werden. Beim Mann kommen hierzu Rektalelektroden zur Anwendung. Es gibt aber auch die Möglichkeit spezieller externer Manschettensysteme. Die Elektrostimulation sollte mit einer aktiven Physiotherapie kombiniert werden.

Medikamentöse Therapie

Die medikamentöse Behandlung der Belastungsinkontinenz mit Duloxetine (Yentrevé®) hat beim Mann keine Zulassung. Dennoch unterscheidet sich das Wirkprofil nicht von dem bei der Frau. Als Serotoninwiederaufnahmehemmer steigert Duloxetine die postsynaptische Rezeptoraktivierung des Nervus pudendus in seinem spinalen Kern (Nucleus Onuf) und verbessert konsekutiv die Kontraktilität des externen Sphinkters. In mehreren Studien konnte inzwischen auch bei Männern mit PPI die Wirksamkeit in der Zieldosierung von 2-mal 40 mg Duloxetine nachgewiesen werden, wobei eine signifikante Reduktion der Inkontinenz bei bis zu 50 Prozent der Patienten gesehen wurde (5). Bestehen neben der PPI auch zusätzliche Drangbeschwerden, wird in den aktuellen Leitlinien eine anticholinerge Therapie empfohlen. Da die Drangbeschwerden häufig nach einem Jahr regrediert sind, sollten regelmässige Auslassversuche erfolgen.

Operative Therapie

Eine operative Therapie sollte immer dann empfohlen werden, wenn die Belastungsinkontinenz mindestens 6 bis 12 Monate postoperativ persistiert und ein Leidensdruck besteht. Allerdings sollte darauf geachtet werden, dass eine stabile Kontinenzsituation besteht, das heisst, dass trotz suffizienter konservativer Therapie keine weitere Verbesserung der Inkontinenz erzielt werden konnte.

Artifizieller Sphinkter

Der artifizielle Sphinkter gilt als Standardtherapie für Männer mit persistierender moderater bis schwerer PPI. Die Erfolgsrate (0–1 Vorlage) ist mit 80 Prozent höher als bei allen anderen operativen Therapieoptionen (5–8). Für die erfolgreiche Bedienung des artifiziellen Sphinkters müssen eine ausreichende manuelle Geschicklichkeit und mentale Fähigkeiten des Patienten vorhanden sein. Das Alter allein sollte aber in keinem Fall eine Kontraindikation für die Implantation darstellen (9).

Adjustierbare Schlingensysteme

Es werden verschiedene adjustierbare Schlingensysteme verwendet (4), wobei alle im Bereich der bulbären Urethra auf den M. bulbospongiosus platziert werden. Das Wirkprinzip aller genannten Systeme basiert auf einer permanenten Erhöhung des urethralen Widerstands zur Unterstützung der Basiskontinenz. Die Kontinenzraten scheinen vergleichbar zu sein und zeigen ähnliche Resultate bei bestrahlten und nicht bestrahlten Patienten. Vorteil dieser Systeme ist, dass jeder-

Fazit für die Praxis:

- ❖ Primäre Therapie der Postprostatektomieinkontinenz (PPI) ist die Physiotherapie.
- ❖ Die Diagnostik bei der PPI dient weniger der Aufdeckung der spezifischen Pathophysiologie als vielmehr der Identifikation der idealen operativen Therapie und von Kontraindikationen für einzelne Operationstechniken.
- ❖ Gerade angesichts der heute vielfältigen therapeutischen Möglichkeiten und mit Blick auf den hohen Leidensdruck inkontinenter Männer sollte jeder Mann mit persistierender PPI über die operativen Therapiemöglichkeiten aufgeklärt und fachärztlich vorgestellt werden.

zeit, auch noch nach Jahren, eine Adjustierung bei wieder auftretender Inkontinenz erfolgen kann. Als Komplikationen sollten Infektion sowie postoperative Schmerzzustände genannt werden.

Funktionelle Schlingensysteme

Die transobturatorische AdVance®-Schlinge wird retrourethral im Bereich der membranösen Harnröhre direkt auf den Bulbus implantiert. Die Wirkung ist bis jetzt nicht abschliessend geklärt und scheint multifaktoriell zu sein, wobei unter anderem urethrale Hypermobilität, Verlängerung der funktionellen Harnröhre sowie ein venöser Sealingeffekt eine Rolle zu spielen scheinen (10). Grundvoraussetzungen für eine erfolgreiche Behandlung sind eine ausreichende Mobilität der hinteren Harnröhre und eine gute Residualfunktion des Sphinkters im sogenannten «Repositionierungstest» (11, 12). Im Follow-up verschiedener Studien konnten Trockenheitsraten von bis zu 70 Prozent erzielt werden. In einer multizentrischen Untersuchung konnte ausserdem gezeigt werden, dass die Ergebnisse auch 3 Jahre postoperativ stabil bleiben und nach den ersten 12 Monaten keine weiteren Komplikationen auftreten (13, 15–18). Bei Patienten mit zusätzlicher Radiotherapie zeigt die AdVance®-Schlinge deutlich reduzierte Erfolgsraten (16, 19). Zu beachten ist, dass es bei einer Überkorrektur zu einer persistierenden Restharnbildung kommen kann, die durch die gute Fixierung mittels der Ankerhäkchen ausgelöst wird. Ansonsten sind Komplikationen typischerweise selten, schwerwiegende Komplikationen (z.B. Infektionen und persistierende Schmerzen) sind eine absolute Seltenheit. ❖

Dr. med. Markus T. Grabbert
Klinik für Urologie, Uro-Onkologie,
spezielle urologische und roboterassistierte Chirurgie
Universitätsklinikum Köln
Kerpener Strasse 62, D-50937 Köln

Prof. Dr. Ricarda M. Bauer
Urologische Klinik und Poliklinik
Klinikum der Universität München (LMU) –
Campus Grosshadern
Marchioninstrasse 15, D-81377 München

Interessenlage: R.M. Bauer: Studien- und Beratertätigkeit für Boston Scientific/American Medical Systems und Promedon. M. Grabbert hat keine Interessenkonflikte deklariert.

Literatur:

1. Bauer RM et al.: Urinary incontinence in men. *Urologe A* 2015; 54(6): 887–899; quiz 900.
2. Bauer RM et al.: Diagnosis and surgical treatment of postprostatectomy stress incontinence: recommendation of the working group Urologische Funktionsdiagnostik und Urologie der Frau. *Urologe A* 2014; 53(6): 847–853.
3. Lucas MG et al.: EAU guidelines on assessment and nonsurgical management of urinary incontinence. *Eur Urol* 2012; 62(6): 1130–1142.
4. Bauer RM et al.: Contemporary management of postprostatectomy incontinence. *Eur Urol* 2011; 59(6): 985–996.
5. Lucas MG et al.: EAU guidelines on surgical treatment of urinary incontinence. *Eur Urol* 2012; 62(6): 1118–1129.
6. Gousse AE et al.: Artificial urinary sphincter for post-radical prostatectomy urinary incontinence: long-term subjective results. *J Urol* 2001; 166(5): 1755–1758.
7. Kim SP et al.: Long-term durability and functional outcomes among patients with artificial urinary sphincters: a 10-year retrospective review from the University of Michigan. *J Urol* 2008; 179(5): 1912–1916.
8. Venn SN et al.: The long-term outcome of artificial urinary sphincters. *J Urol* 2000; 164(3 Pt 1): 702–706; discussion 706–707.
9. Wilson S et al.: New surgical technique for sphincter urinary control system using upper transverse scrotal incision. *J Urol* 2003; 169(1): 261–264.
10. Henry GD et al.: A multicenter study on the perineal versus penoscrotal approach for implantation of an artificial urinary sphincter: cuff size and control of male stress urinary incontinence. *J Urol* 2009; 182(5): 2404–2449.
11. O'Connor RC et al.: Artificial urinary sphincter placement in elderly men. *Urology* 2007; 69(1): 126–128.
12. Rehder P, Gozzi C: Transobturator sling suspension for male urinary incontinence including post-radical prostatectomy. *Eur Urol* 2007; 52(3): 860–866.
13. Rehder P et al.: The treatment of postprostatectomy incontinence with the retroluminal transobturator repositioning sling (Advance): lessons learnt from accumulative experience. *Arch Esp Urol* 2009; 62(10): 860–870.
14. Bauer RM et al.: Impact of the «repositioning test» on postoperative outcome of retroluminal transobturator male sling implantation. *Urol Int* 2013; 90(3): 334–338.
15. Bauer RM et al.: Prospective evaluation of the functional sling suspension for male postprostatectomy stress urinary incontinence: results after 1 year. *Eur Urol* 2009; 56(6): 928–933.
16. Cornu JN et al.: The AdVance transobturator male sling for postprostatectomy incontinence: clinical results of a prospective evaluation after a minimum follow-up of 6 months. *Eur Urol* 2009; 56(6): 923–927.
17. Bauer RM et al.: Complications of the AdVance transobturator male sling in the treatment of male stress urinary incontinence. *Urology* 2010; 75(6): 1494–1498.
18. Rehder P et al.: Treatment of postprostatectomy male urinary incontinence with the transobturator retroluminal repositioning sling suspension: 3-year follow-up. *Eur Urol* 2012; 62(1): 140–145.
19. Bauer RM et al.: Results of the AdVance transobturator male sling after radical prostatectomy and adjuvant radiotherapy. *Urology* 2011; 77(2): 474–479.

Diese Arbeit erschien zuerst in «Der Allgemeinarzt» 9/2017. Die Übernahme erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Verlag und Autoren.