Männliche Harninkontinenz

Eine eigenständige und komplexe Problematik

Die Therapie der Speicherstörungen der männlichen Harnblase folgt prinzipiell den bekannten entsprechenden Algorithmen der weiblichen Inkontinenz oder in gewissem Maße auch denen der neurogenen Blase. Dagegen ist die Belastungsinkontinenz des Mannes eine eigenständige und komplexe Problematik. In den meisten Fällen handelt es sich um einen Zustand nach Voroperation, durch den einerseits die Anatomie des Kontinenzmechanismus variabel verändert ist, andererseits aber auch die Funktion seiner einzelnen Komponenten durch unterschiedlich stark ausgeprägte Läsionen von Innervation, submukösem Abdichtmechanismus und muskulären Elementen sowie Vernarbungsprozessen kompromittiert ist. Weiter verschärft werden kann die Situation durch eine zusätzlich stattgefundene Bestrahlung in welcher Form auch immer. Entsprechend gibt es keine Standardsituationen und auch keine der weiblichen Belastungsinkontinenz vergleichbaren harten Klassifikationskriterien.

In Erkenntnis der unterschiedlichen Pathologien der männlichen Belastungsinkontinenz wurden – aus therapeutischer Sicht erfreulicherweise – in den letzten Jahren eine Reihe von alloplastischen Implantaten entwickelt, die mit differenzierter Wirkungsweise auf eine Wiederherstellung der Kontinenz bei erhaltener Spontanmiktion zielen. Allen gemeinsam ist die im Vergleich zum artifiziellen Sphinkter geringere Invasivität und Komplikationsrate, aber auch geringere Effektivität. Gegebenenfalls ist ein iteratives Vorgehen gerechtfertigt, bei dem die Indikation zur Implantation eines artifiziellen Sphinkters erst nach dem Therapie-

versuch mit einem weniger invasiven Implantat gestellt wird.

Neben der eigentlichen Therapie rückt aber die Prävention der männlichen Harninkontinenz zunehmend in den Fokus der Aufmerksamkeit von Ärzten und Patienten. Prävention kann in der Urologie einerseits die Anwendung geeigneter Operationstechniken bedeuten. In diesem Zusammenhang zeigt die retrospektive Analyse, dass kontinuierlich über eine Verbesserung eben dieser Techniken berichtet wird, obwohl die Komplikation „Inkontinenz nach radikaler Prostatektomie“ seit Jahren bzw. Jahrzehnten häufig im einstelligen prozentualen Bereich angegeben wird. Dasselbe Phänomen ist auch in der Radioonkologie zu beobachten, wo geringe Toxizitäten mit stetig steigendem Aufwand von 3D-konformaler Bestrahlung über IMRT, augmentiert durch Spacer und bildgebende Navigation, bis hin zur Protonen- und Schwerionentherapie weiter minimiert werden. Unter diesem Aspekt besonders interessant sind die Studien zur Dosisescalation, die möglicherweise Bereiche jenseits der 80 Gy erschließen werden.

Es ist daher naheliegend, dass die beste Prävention der männlichen Belastungsinkontinenz die Vermeidung nicht indizierter kurativer Behandlungen des Prostatakarzinoms ist. Diskutiert man über die Sinnhaftigkeit bzw. Morbidität des PSA-Screenings wird häufig vergessen, dass sich aus einem positiven Biopsiebefund nicht zwangsläufig eine radikal-therapeutische Konsequenz ergeben muss. Die konsequente Beratung zur Option „active surveillance“ des Prostatakarzinoms würde Patienten viel Vertrauen und Sicher-

heit zurückgeben und Früherkennungsuntersuchungen den Flair ihrer potentiellen Schädlichkeit nehmen.

Zusammengefasst betrifft das Thema „männliche Harninkontinenz“ die gesamte Urologie. Klarerweise sollten betroffene Patienten in entsprechend kompetenten Kliniken behandelt werden und es darf vermutet werden, dass dort, wo die Kompetenz zur Therapie der Inkontinenz auch die Kompetenz zur operativ-technischen Vermeidung von Inkontinenz in besonderem Maße gegeben ist. Gleichzeitig aber sind wir alle im Sinne einer kompetenten und fairen Beratung von unseren Patienten mit Prostatakarzinom gefordert, insbesondere in einer Zeit, in der das Prostatakarzinom durch seine Prävalenz und Inzidenz zu einem wichtigen Wirtschaftsfaktor in der Medizin geworden ist. Die Vermeidung überflüssiger Therapien und die sachliche Aufklärung über unterschiedliche Behandlungsoptionen des Prostatakarzinoms könnten damit die erfolgreichste „Therapie“ der männlichen Harninkontinenz werden.

M. Hohenfellner

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. M. Hohenfellner
 Urologische Klinik und Poliklinik,
 Universität Heidelberg,
 Im Neuenheimer Feld 110, 69120 Heidelberg
 Markus.Hohenfellner@med.uni-heidelberg.de