

Journal für

# Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

## Post-Prostatektomie-Inkontinenz

Überreiter S

*Journal für Urologie und*

*Urogynäkologie 2002; 9 (Sonderheft*

*2) (Ausgabe für Österreich), 22-23*

Homepage:

[www.kup.at/urologie](http://www.kup.at/urologie)

Online-Datenbank mit  
Autoren- und Stichwortsuche

Indexed in Scopus

Member of the



[www.kup.at/urologie](http://www.kup.at/urologie)

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P. b. b. 022031116M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

# POST-PROSTATEKTOMIE-INKONTINENZ

## ZUSAMMENFASSUNG

Nach Operationen der Prostata kann eine Harninkontinenz auftreten, die jedoch keineswegs unbedingt mit Sphinkterschwäche gleichzusetzen ist. Aus großen Sammelstatistiken ist ersichtlich, daß die Post-Prostatektomie-Inkontinenz zu 34 % durch *Sphinkterschwäche*, in 30 % durch *Detrusorüberaktivität* und in 36 % durch eine gemischte *Belastungs- und Dranginkontinenz* hervorgerufen wird.

## SPHINKTERSCHWÄCHE

Die Sphinkterschwäche (= Belastungsinkontinenz) bedeutet einen defekten Harnröhrenverschlußmechanismus, wobei auch beim Mann die 3 Komponenten Harnröhrenverschlußdruck, passive Drucktransmission und aktive Drucktransmission von ausschlaggebender Bedeutung sind.

Bei der gutartigen Prostatahyperplasie tritt die Sphinkterschwäche sowohl nach transurethraler Resektion der Prostata als auch nach retropubischer Prostatektomie in ca. 1 % auf. Als Therapiemaßnahmen stehen außer dem Beckenbodentraining submuköse Infiltrationen von Kollagen, Silikon sowie anderer inerte Materialien zur Verfügung. Ein dauerhafter Erfolg ist allerdings in weniger als 40 % zu erreichen. Die Implantation eines artifiziellen Sphinkters bringt hier in bis zu 90 % Erfolg. Diese hohe Erfolgsrate ergibt sich jedoch erst nach erfolgreich behandelten Komplikationen, wobei hier mit einer Reoperationsrate von 30 % gerechnet werden muß. Wird nun nach einer transurethralen Prostatektomie aufgrund eines zufällig festgestellten Prostatakarzinoms eine externe Radiotherapie oder Brachytherapie angeschlossen, erhöht sich

die Belastungsinkontinenz ganz beträchtlich auf über 11 %.

Eine höhergradige Sphinkterschwäche nach radikaler Prostatektomie wird in 3–12 % angegeben. Dafür verantwortlich ist einerseits die Operationstechnik mit Art der Blasenhalsrekonstruktion, andererseits das Ausmaß des „nerve-sparing“ in Abhängigkeit von der notwendigen Radikalität des Eingriffs. Zusätzlich spielen konstitutionelle Faktoren (Co-Morbidität) eine große Rolle, wobei in höherem Alter die Inkontinenzrate zunimmt.

Als Ursachen für die Inkontinenz nach radikaler Prostatektomie kann einmal die verminderte passive Drucktransmission genannt werden, die sich aus einer zu kurzen suprasphinktären Harnröhre von weniger als 2 cm Länge (verkürzte funktionelle Harnröhrenlänge) ergibt. Eine weitere Ursache stellt die verminderte aktive Drucktransmission als Folge einer verminderten reflektorischen Kontraktionsleistung der Sphinkter- und Beckenbodenmuskulatur (Hypoaktivität) dar. Eine ausgeprägte Harnröhrenhypotonie findet sich sehr selten.

Daraus lassen sich folgende Voraussetzungen für die Kontinenz nach radikaler Prostatektomie ableiten:

- Notwendigkeit einer geschlossenen suprasphinktären Harnröhre über mindestens 2 cm für den Harnröhrenverschlußdruck in Ruhe und für die passive Drucktransmission bei intraabdomineller Druckerhöhung, sowie
- das Vorliegen einer adäquaten, aktiven reflektorischen Kontraktionsleistung der Beckenbodenmuskulatur.

Die Therapie der Belastungsinkontinenz nach radikaler Prostatektomie sollte spätestens 6 Monate postoperativ begonnen werden. Neben dem frühzeitigen gezielten Beckenbodentraining steht auch hier die submuköse Harnröhrenunterspritzung mit inerten Materialien zur Verfügung. Der Lang-

zeiterfolg wird durchschnittlich jedoch mit lediglich 17 % angegeben. Verschiedenste Schlingenoperationen, wie zuletzt am ICS 2002 in Heidelberg präsentiert, bedürfen noch eines längeren Beobachtungszeitraumes, um ihre Effektivität zu beweisen. Die Therapie der Wahl stellt zweifelsohne die Implantation eines artifiziellen Sphinkters dar, womit eine Erfolgsrate von 60–90 % erzielt werden kann. Aufgrund der bereits oben erwähnten Einschränkungen mit der relativ hohen Reoperationsrate entscheiden sich nur wenige belastungsinkontinente Patienten für diese Therapie.

## DETRUSORHYPERAKTIVITÄT

Die Detrusorüberaktivität (= Dranginkontinenz) als zweite Form der Post-Prostatektomie-Inkontinenz wird gerne bei oberflächlicher Anamnese und Untersuchung mit der Belastungsinkontinenz verwechselt. Es hat sich gezeigt, daß die präoperativ bestehende Detrusorüberaktivität durch eine transurethrale Resektion der Prostata und somit Beseitigung der Obstruktion lediglich in 50 % geheilt werden kann. Die zweite Hälfte der Patienten behalten die Blasenüberaktivität, die in weiterer Folge zur persistierenden Dranginkontinenz führt. Auch bei Zustand nach radikaler Prostatektomie kann im Anastomosenbereich eine narbige Obstruktion entstehen und eine postoperative Drangsymptomatik auslösen.

Als Therapie dieser überaktiven Blase steht im Vordergrund die Beseitigung der Obstruktion, Gabe von Anticholinergika in Kombination mit einem Miktionstraining und evtl. die Durchführung einer Neuromodulation.

## MISCHINKONTINENZ

Die sogenannte gemischte Harninkontinenz (= Kombination von Drang- und Belastungsinkontinenz) stellt ein ebenso häufiges Problem dar, mit verständlicherweise diagnostischen Schwierigkeiten. Die eindeutige Diagnose erfolgt durch die klinische und urodynamische Untersuchung mit Nachweis einer Sphinkterschwäche und das Vorliegen einer Detrusorüberaktivität. Durch gezielte Anamnese läßt sich häufig die dominierende Form der

Harninkontinenz erkennen, wonach sich in erster Linie die Therapie richtet. Demnach kommen dann die beschriebenen therapeutischen Maßnahmen bei der Sphinkterschwäche bzw. bei der Detrusorüberaktivität zum Einsatz.

Wichtig der Hinweis, daß trotz der guten Ergebnisse des artifiziellen Sphinkters eine derartige Therapie nur nach erfolgreicher Ruhigstellung des Detrusors indiziert ist. Eine eventuell primär bestehende, verminderte Compliance muß ebenfalls vor einer Sphinkterimplantation normalisiert sein.

### Literatur:

Abrams P, Khoury S, Wein A. Incontinence. Plymbridge Distributors Ltd, Plymouth, 1999.

Kramer G. ICS 2002 Proceedings, Heidelberg 2002.

### Korrespondenzadresse:

OA Dr. Siegfried Überreiter  
AKH-Linz, Urologische Abteilung  
A-4020 Linz, Krankenhausstraße 9  
E-mail:  
siegfried.ueberreiter@akh.linz.at

# Mitteilungen aus der Redaktion

## Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

## e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

## Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)