

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

Der nasse Mann

Hübner W

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2006; 13 (Sonderheft

5) (Ausgabe für Österreich), 13-14

Homepage:

www.kup.at/urologie

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Indexed in Scopus

Member of the



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

**Erschaffen Sie sich Ihre
ertragreiche grüne Oase in
Ihrem Zuhause oder in Ihrer
Praxis**

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate,
Kräuter und auch Ihr Gemüse
ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller
Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz
ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



DER NASSE MANN

Harnverlust bei Männern im mittleren oder höheren Alter tritt in der überwiegenden Mehrzahl nach Prostataoperationen auf. Die Behandlung der Inkontinenz als Folge von zerebralem Leistungsverlust, neurologischen Störungen oder im Rahmen einer Überlaufinkontinenz gehört zum urologischen Standardprogramm und wird daher in dem vorliegenden Vortrag aus Zeitmangel nicht bearbeitet. Bei der Behandlung der Post-Prostatektomie-Inkontinenz haben sich hingegen in den vergangenen Jahren wesentliche Neuerungen ergeben, auf die in der Folge eingegangen wird.

Inkontinenzraten nach radikaler Prostatektomie werden in 3–60 % angegeben, nach TUR/P etwa 1–3 %. In den ersten 6 Monaten nach der Operation besteht die Möglichkeit einer Besserung der Symptomatik durch konservative Maßnahmen, nach mehr als 6 Monaten sind die Chancen, eine schwere Inkontinenz ohne operativen Eingriff zu heilen, nur noch gering. Ab diesem Zeitpunkt kann daher die Indikation zur operativen Sanierung einer Inkontinenz gestellt werden.

Seit einigen Jahren stehen uns mehrere Methoden zur Verfügung. In der Reihenfolge zunehmender OP-Dauer sind als wichtigste zu nennen:

1. Schleimhautunterspritzungen mit „bulking agents“ (Kollagen, Silikon, „Stammzellen“, Mikroglas usw.),
2. Pro-Act: adjustierbare Ballons,
3. suburethrale Schlingen (Argus, Remeex, InVance),
4. hydraulische Sphinktersysteme (AMS 800, Flow-Secure).

BULKING AGENTS

Auf der Suche nach minimal-invasiven Therapieformen wurden in der Vergangenheit eine Reihe sogenannter „bulking agents“ verwendet, die

transurethral mit Hilfe spezieller Injektionsnadeln im Sphinkterbereich unter die Schleimhaut injiziert werden, um den urethralen Widerstand zu erhöhen. Verwendete Materialien waren u.a. Kollagen, Silikon, Silikonmikroballons sowie Bioglas. In jüngerer Zeit wurden auch Myoblasten-Kollagen-Gemische („Stammzellen“) zur Schleimhautunterspritzung eingesetzt. Wenngleich die Injektion von Bulking Agents in vielen Fällen eine kurzfristige Besserung der Symptomatik bewirkt, haben sie sich doch langfristig nicht durchsetzen können. Bulking Agents verwenden wir heute nur noch in Ausnahmesituationen bei Patienten, die aufgrund internistischer oder neurologischer Begleiterkrankungen für andere Methoden nicht mehr in Frage kommen. Erste Ergebnisse der „Stammzellen“-Injektionen erlauben keine generelle Empfehlung der Methode.

PRO-ACT-VERFAHREN

Das Pro-ACT-Verfahren wurde vor 6 Jahren erstmals in Korneuburg angewendet, seither besteht an dieser Abteilung Erfahrung mit über 300 Patienten. Beim Pro-ACT-Verfahren werden 2 kontrastmittelgefüllte Silikonballons über einen perinealen Zugangsweg am Blasenhalshals implantiert. Über eine etwa 1,5 cm lange quere Hautinzision am Perineum werden 2 Ballons periurethral am Blasenhalshals plaziert. Die Ballons werden im Rahmen der Implantation mit 1–3 ml isotonomischer Kontrastmittellösung gefüllt. In der Folge werden 2 Titaniumports subkutan ins Skrotum verlagert, die in der Zukunft die Volumensadjustierung der Ballons durch perkutane Punktion mit einer Subkutannadel erlauben. In einer Serie von 117 Patienten mit einer Beobachtungszeit von 13 Monaten wurde eine Erfolgsrate von 92 % gefunden [Hübner u. Schlarp, BJU 2005].

SUBURETHRALE SCHLINGEN

Die Schlingenplastik beim Mann wurde bereits 1947 beschrieben. Ursprünglich wurde Rektusfaszie über einen suprapubischen Zugang um die prox. Harnröhre gezogen. In der Weiterentwicklung des Schlingengedankens berichtet Comiter über das InVance-Verfahren. Bei dieser Technik wird ein Prolenemesh von perineal her implantiert. Das silikonbeschichtete Netz wird mit 6 Knochenschrauben an die unteren Schambeinäste fixiert und ist somit nicht adjustierbar. In einer Serie von 21 Patienten gibt Comiter eine Heilungsrate von 76 % bei einem Beobachtungszeitraum von 5–21 Monaten an. Diese guten Ergebnisse konnten in der Literatur sowie nach persönlichen Mitteilungen und Erfahrungen in Österreich nicht nachvollzogen werden.

Verlässlichere Erfolgsraten versprechen die adjustierbaren Systeme. Bei der Remeex-Methode für den Mann wird ein Prolene-Mesh von perineal an die bulbäre Harnröhre herangebracht. Dieses Mesh ist durch nicht resorbierbare Fäden mit dem sogenannten „Versitensor“ verbunden, der suprasymphysär über der Rektusfaszie implantiert wird. Dieses System erlaubt eine postoperative Adjustierung des Zuges auf die Schlinge über eine suprasymphysäre Inzision in Lokalanästhesie (LA).

Bei der sogenannten ARGUS-Schlinge handelt es sich um eine mit einem Silikonpolster ausgestattete suburethrale Schlinge, die nach retropubischer Implantation mit einfachen Silikonscheiben an der Rektusmuskulatur fixiert wird. Dieses geradlinige Verfahren hat sich im eigenen Krankengut bei über 35 Patienten gut bewährt. Die Adjustierung erfolgt ebenfalls über eine kleine Hautinzision in LA.

HYDRAULISCHE SPHINKTER-SYSTEME

Der Scott-Sphinkter (AMS 800) wird seit der Einführung 1972 weltweit zur Behandlung der männlichen Inkontinenz eingesetzt. Nach mehreren Modifikationen besteht der Scott-Sphinkter heute aus einer Manschette, einem Druckreservoir (Ballon) und einer Pumpe. Die Standardtechnik besteht in der bulbären Implantation der Manschette, Pumpe und Druckreservoir werden über einen Wechselschnitt im Unterbauch ins Skrotum bzw. intraperitoneal platziert. Alternativ können auch alle drei Komponenten über einen transkrotalen Zugang implantiert werden.

Das dem AMS 800 sehr ähnliche „Flowsecure“ System verfügt zusätzlich über einen sogenannten „Streßballon“. Diese Methode erlaubt ei-

nen niedrigeren Systemdruck, da beim Husten oder Heben der intra-abdominelle Druckanstieg im Sinne einer passiven Drucktransmission kurzfristig auf die Sphinktermanschette übertragen wird. Zusätzlich erlaubt dieses Implantat eine nachträgliche Druckadjustierung durch Veränderung des Volumens über ein perkutan punktierbares Ventil.

Die Zufriedenheitsrate mit dem hydraulischen Sphinkter ist hoch, obwohl Revisionsraten von bis zu 57 % beschrieben wurden. Es zeigt sich im eigenen Krankengut sowie in der Literatur, daß die Revisionseingriffe auf die Zufriedenheitsrate der Patienten keinen signifikanten Einfluß hat.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Inkontinenz des Mannes kann heute in der überwiegenden Mehr-

zahl der Fälle erfolgreich behandelt werden. Die Auswahl zwischen ProACT, Schlingenverfahren und hydraulischem Sphinkter ermöglicht eine patientenorientierte Indikationsstellung, die auf die individuellen Gegebenheiten eingeht. So können manuelle Geschicklichkeit, zerebrale Leistungsfähigkeit, weiter Blasenhalss nach LSK-RPE wie auch stattgehabte Irradiatio oder Blasenhalssinzisionen berücksichtigt werden. Bulking Agents sollten nur in Ausnahmefällen zum Einsatz kommen.

Korrespondenzadresse:

Prim. Univ.-Doz. Dr. Wilhelm Hübner

*Urologische Abteilung,
Humanis-Klinikum
A-2100 Korneuburg,
Wiener Ring 3-5*

E-mail:

wilhelm_huebner@compuserve.com

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](#)