

Männliche Inkontinenz

Häufiger als man glaubt, seltener besprochen als nötig

Die männliche Inkontinenz ist deutlich häufiger, als gemeinhin vermutet. Gewisse Studien geben eine Inzidenz bis über 17% an (1). Als Inkontinenz gilt jegliche Form des Urinverlustes, vom Nachträufeln bis zur kompletten, ungewollten Blasenentleerung. Grundsätzlich ist jeder Urinverlust pathologisch. Diagnostik und Therapie stellen speziell bei multifaktorieller Genese, wie z.B. bei konkomitierender Prostatahyperplasie und M. Parkinson, welcher als zentralneurologische Erkrankung sehr häufig per se zur Reflexblase und Obstruktion bei verzögerter Sphinkterrelaxation führt, eine grosse Herausforderung dar.

Ein erster wichtiger Schritt ist, den Patienten in der hausärztlichen Sprechstunde anzusprechen, da sich viele Männer unabhängig des Leidensdruckes für die Inkontinenz schämen und sich isolieren. Dabei geht es nicht nur darum, zur Verbesserung der Lebensqualität beizutragen, sondern auch um langfristige Schäden der Blase durch einen Blasenhochdruck und eine Niereninsuffizienz zu verhindern. Ebenso ist die Erfassung von relevanten Grundkrankheiten, wie z.B. ein Normaldruckhydrozephalus, eine chronische Harnverhaltung oder ein Blasentumor wichtig. Grob unterscheidet man auch bei Männern zwischen Stress- und Urge-Inkontinenz. Nicht zu vergessen sind das Nachträufeln und die Überlaufinkontinenz.

Anamnese

Eine gute und gezielte Anamnese ist wie so häufig der Schlüssel zur Diagnose. Mit der Antwort «es ist alles in Ordnung» sollte man sich nicht zufriedengeben. Auch sollte man sich über ausbleibende Beschwerden aufgrund einer viel zu geringen Trinkmenge nicht irreführen lassen, da die chronische Dehydratation die Symptome maskieren kann. Ältere Patienten neigen überdies häufig dazu, Ihre Problematik als Gewohnheit abzutun und fühlen sich für eine Abklärung fälschlicherweise zu alt.

Folgende Punkte sollten u.a. erfragt werden: Trinkmenge, Miktionsfrequenz tags und nachts. Nykturie (aus Gewohnheit, Schlaflosigkeit oder wegen Harndrang). Spontane und kontrollierte Blasenentleerung, lange Wartezeit, Harnstrahlqualität, Restharngefühl, Pressmiktation, undulierende Beschwerden, Schmerzen im Becken, Dysurie, Brennen in der Harnröhre vor, während und/oder nach der Miktation. Speziell für die Inkontinenz sollte erfragt werden: Wann tritt die Inkontinenz auf, gibt es auslösende Faktoren und wird die Inkontinenz wahrgenommen, Urge-Episoden, Nachträufeln, ständiger Harndrang, Verlustmenge pro Episode, Anzahl Einlagen, Einfluss auf das tägliche Leben und die Lebensqualität. Internistische Vorerkrankungen wie Diabetes mellitus, neurologische (auch demenzielle) Erkrankungen, Übergewicht, Herzinsuffizienz, Ödeme, Stuhlgewohnheiten.



Dr. med. Michael Kurz
Zürich

Stressinkontinenz

Die Stressinkontinenz ist bei gesunden Männern eine Rarität. Diese trifft man in der Regel nur postoperativ nach radikaler Prostatektomie und selten nach TUR-P an. Gelegentlich kann sie Ausdruck einer Sphinkterinsuffizienz im Rahmen einer neurologischen Erkrankung sein.

Urge-Inkontinenz

Diese ist bei Männern die häufigste Form abgesehen vom Nachträufeln. Entscheidend zur korrekten Behandlung ist die Suche nach der Ätiologie. Infrage kommen Prostataobstruktionen mit sekundärer Blaseninstabilität, zentral enthemmte Harnblasen respektive neurogene Blasendysfunktionen und gelegentlich psychosomatische Störungen.

Die Abklärung der Inkontinenz bei Demenz ist häufig wegen der fehlenden Differenzierung zwischen zentral enthemmter Harnblase und kognitiver Einschränkung als Ursache eines Fehlverhaltens schwierig. Eine Abklärung und v.a. eine Therapie mit einfachen, pflegerischen Mitteln kann sich jedoch lohnen. Als minimale Untersuchung empfehlen sich zumindest eine Urinanalyse und eine Restharnmessung.

Bei der obstruktiven Prostatahyperplasie oder Blasenhalstenose besteht bei einer grossen Anzahl von Patienten auch eine mehr oder weniger ausgebildete irritative Komponente. Diese entsteht durch die u.a. verminderte Compliance, d.h. Dehnbarkeit des verdickten Detrusors, und kann im Extremfall eine Reflexblase verursachen. Diese äussert sich durch eine kleine Blasenkapazität, häufigen Harndrang, welcher rasch einsetzt und die Patienten auf dem Weg zur Toilette den Urin bereits verlieren lässt. Zur Abklärung gehören hier eine Zystoskopie sowie auch eine urodynamische Untersuchung. Bei ausgeprägter Reflexblase sollte auch an ein neurologisches zusätzliches Problem wie ein Normaldruckhydrozephalus oder ein beginnender Morbus Parkinson gedacht werden. In aller Regel besteht jedoch keine isolierte Inkontinenz ohne weitere neurologische Symptome.



Abb. 1: schwere Sphinkterinsuffizienz, St. n. Prostatektomie



Abb. 2: Tonisierung eines verdickten, trabekularisierten Detrusors



Abb. 3: hochgradige Blasenhalstenose mit instabiler Harnblase. Die Prostataloge und der Sphinkter zeigen sich bei Miktion weit geöffnet

Nachträufeln

Das Nachträufeln ist häufig ein Symptom einer Obstruktion. Aufgrund des schwachen, poststenotischen Drucks am Ende der Entleerung bleibt der Urin in der Harnröhre liegen. Die Obstruktion kann durch eine Prostatahyperplasie, eine Harnröhrenstriktur oder auch funktionell bedingt sein. Letzteres findet sich gehäuft bei jüngeren Patienten mit insuffizienter Sphinkterrelaxation bei der Miktion. Das einfachste Mittel ist, sich für die Entleerung Zeit zu nehmen und die Harnröhre mittels manuellen, externen Drucks auszustreichen.

Überlaufinkontinenz

Diese entsteht durch eine chronische Harnverhaltung. Der Urin «läuft über».

Auf seltene Ursachen wie ektope Harnleitermündungen möchte ich hier nicht im Detail eingehen, da die klinische Relevanz für den hausärztlichen Alltag zu vernachlässigen ist.

Diagnostik

Urinanalyse

Vor jeglicher Abklärung muss ein Infekt des Harntraktes mittels Urinstatus und -kultur ausgeschlossen werden.

Inspektion des Äusseren Genitales

Anatomische Veränderungen wie hochgradige Phimosen, Meatusstenosen und Harnröhrenstrikturen bei Lichen sclerosus oder auch obstruktive Hypospadien können die Entleerung stören und auch ein Nachträufeln verursachen.

Kurzneurologische Untersuchung der sakralen Segmente und der Willkür

Getestet werden die motorische und sensorische Integrität der sakralen Segmente (Sphinkterwillkür, Bulbocavernosusreflex, Sensorik der sakralen Dermatome), welche die Blasenfunktion steuern. Bei Pathologien könnte eine spinale oder peripher neurologische Erkrankung vorliegen. Meist liegt dann auch eine Störung der Defäkation und der erektilen Funktion vor.

Digitale rektale Untersuchung

Beurteilt wird der Sphinktertonus, die Sphinkteraktivität und -willkür, die Prostatagröße und -konstitution, Dolenzen des Beckenbodens und der Prostata. Im Gleichen sollte nebenbei auch auf ein Rektumkarzinom geachtet werden.

Uroflowmetrie mit Restharmessung

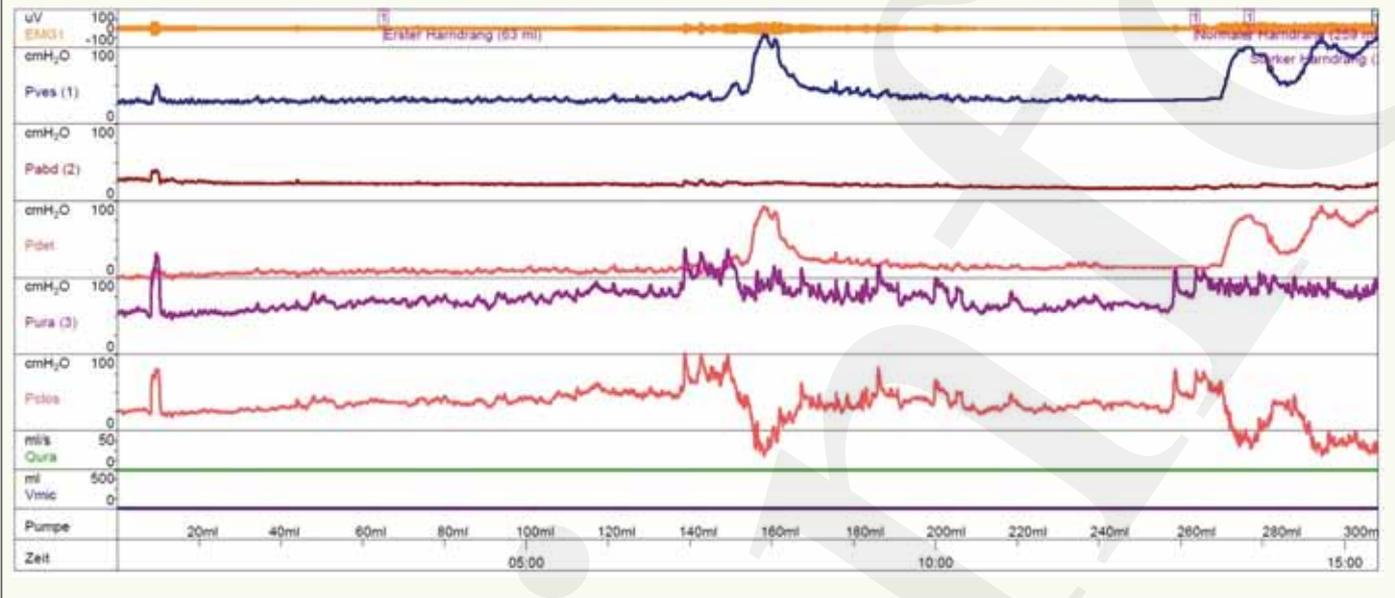
Mittels Uroflowmetrie lässt sich in erster Instanz die Geschwindigkeit der Blasenentleerung messen. Bei einer Obstruktion ist der Fluss in der Regel abgeschwächt. Die Kurvenform kann einen Hinweis auf die Art der Obstruktion geben. Ein kräftiger Maximalfluss schliesst eine Obstruktion jedoch nicht aus, da ein kräftiger, allenfalls sogar instabiler Detrusor die Obstruktion überproportional kompensieren kann. Ein pathologischer Restharn indes ist in der Regel ein Hinweis für eine Obstruktion, sofern der Patient in der Praxis unbehindert und ungestört zu miktionieren vermag.

Zystoskopie

Die Zystoskopie ist ein wichtiges diagnostisches Instrument zur Abklärung der männlichen Inkontinenz. Beurteilt werden die Harnröhre, der Sphinkterverschluss und die -aktivität (Abb. 1), die Anatomie der Prostata, die Blasen Schleimhaut, der Detrusor, die Blasenkapazität, und die Ostien. Bei instabilen Blasen zeigt sich häufig eine plötzliche Tonisierung des Detrusors (Abb. 2) mit Eröffnung des Blasenhalses und der Prostataloge. In einem solchen Fall

ABB. 4 Füllzystometrie bei Patienten mit hochgradiger Blasenhalstenose

Bei einer Füllung von ca. 150 ml sichtbare Blasenwelle bei Instabilität mit Druckanstieg auf fast 100 cmH₂O (Pdet). Das EMG zeigt eine (willkürlich) erhöhte Aktivität gegen den Urinverlust. Ab 270 ml erneute Blasenwelle, welche sich nicht erholt. Der Patient kann den Urin anschliessend nicht mehr zurückhalten.



kann dann auch die Eröffnung der prostatistischen Harnröhre mit allfälliger Blasenhalstenose oder adenomatöser Obstruktion beurteilt werden (Abb. 3). Im selben sollte auch auf Dyssynergien, sprich Spastiken des Blasenhaltes und des Rhabdosphinkters beim Rückzug des Instrumentes geachtet werden.

Die korrekt durchgeführte Zystoskopie gibt bereits sehr viele Informationen für die folgende, unerlässliche urodynamische Untersuchung, welche die Diagnose schliesslich definitiv stellen sollte.

Urodynamik

Bei der Urodynamik werden feine Messsonden transurethral in die Blase und in den Enddarm platziert. Letztere dient lediglich als abdominaler Referenzdruck, da der intravesikal gemessene Druck sich aus dem Detrusor- und Abdominaldruck zusammensetzt. Der rektal gemessene Wert hat per se keine Relevanz. Selten sieht man bei Paraplegikern eine dysreflektorisch gesteigerte Darmaktivität als Hinweis einer Störung.

Nachdem der Patient sich an die Messsonden gewöhnt hat, wird die Blase langsam und kontinuierlich, in der Regel mit 20ml/sec gefüllt. Messparameter dieser Blasenfüllzystometrie sind die Sensorik, sprich der Harndrang, die Blasencompliance (Dehnbarkeit) sowie die Stabilität der Harnblase. Bei einem gesunden Patienten sollte die Blase zwischen 350 und 500 ml bis zum maximalen Harndrang gefüllt werden können, ohne dass autonome Druckanstiege des Detrusors registriert werden.

Bei der folgenden Entleerung werden das Zusammenspiel des Detrusors mit dem Sphinkter, der Detrusordruck bei Miktion und die Flussgeschwindigkeit gemessen. Aus dieser Konstellation lässt sich die Detrusoraktivität, die Obstruktion sowie deren Ursache bestimmen. Dies ist für die folgende Therapie von entscheidender Bedeutung.

Ein Durchzugsprofil wird zur Bestimmung des Ruhetonus und der Koadaptationszone des Sphinkters bei Stressinkontinenz genutzt (Abb. 4 und 5).

Therapie

Die Behandlung sollte individuell mit dem Ziel einer wiederhergestellten Lebensqualität erarbeitet werden. Dies reicht von kleinen Schutzeinlagen bei wenig gestörten Patienten mit minimaler Inkontinenz bis zum Dauerkatheterismus bei dementiellen, schwer neurologisch erkrankten oder inoperablen Patienten.

Grundsätzlich richtet sich die Therapie nach der Ursache. D.h. bei Prostatahyperplasie oder Blasenhalstenose, sollte diese medikamentös mit Alphablocker (z.B. Tamsulosin = Pradif®) oder operativ angegangen werden. Bei neurologischen Grunderkrankungen sollte dort die Behandlung angesetzt werden. Leider sind die Blasenfunktionsstörungen häufig nicht gleich reversibel wie z.B. ein Tremor.

Zur symptomatischen Therapie werden typischerweise Anticholinergica (Vesicare®, Ditropan®, Toviaz® uva.) eingesetzt, dessen Nebenwirkungen jedoch nicht unterschätzt werden dürfen. Häufig sind trockene Schleimhäute und Obstipation, Sehstörungen und erhöhter Augeninnendruck, sie können aber auch kognitive Störungen verschlimmern. Bei Letzterem bildet das Trosipiumchlorid (Spasmo-Urgenin®, Spasmex®) die Ausnahme, da es nicht ZNS-gängig ist.

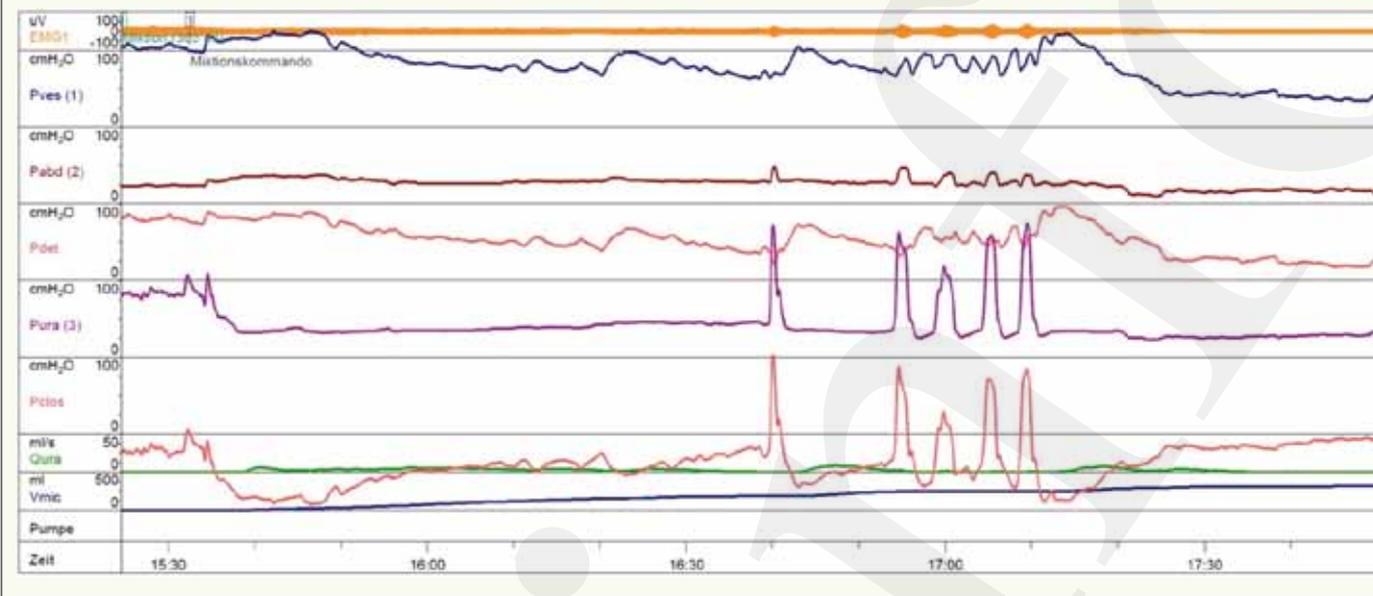
Alternativ wurde Mirabegron (Betmiga®) 2014 für den schweizerischen Markt zugelassen, welches als selektiver Beta-3 Agonist ein deutlich geringeres Nebenwirkungsspektrum aufweist. Bei dessen Einsatz sollten Blutdruckkontrollen durchgeführt werden.

Zu beachten ist die meist relativ lange Latenz von teilweise mehreren Wochen bis zum Wirkungseintritt.

Beim Aufbau der medikamentösen Behandlung sollte deshalb stets nach ca. 1 Monat eine Kontrolle mit Restharnmessung durchgeführt werden, bevor die Behandlung ausgebaut wird. Nach Steigerung auf die Maximaldosis können Medikamente auch kombiniert werden, z.B. Betmiga® und Vesicare® (2) oder mit einem Alphablocker (z.B. Pradif®).

ABB. 5 Entleerung bei gleichem Patienten mit hochgradiger Blasenhalstenose aus Abb. 4

Hohe Blasendruckwerte von ca. 100 cmH₂O (Pdet) mit kaum vorhandenem Urinfluss (Qura, grün). Die Miktion dauert über 2 Minuten.



Falls die Beschwerden weiterhin einen deutlichen Leidendruck verursachen, kann der Einsatz von Botulinumtoxin A als transurethrale Injektion in den Detrusor diskutiert werden. Dies ist deutlich potenter als die anticholinerge Therapie, währenddessen keine systemischen Nebenwirkungen zu erwarten sind. Eine leichte Restharnbildung ist zwar normal, leider können jedoch auch Subverhaltungen mit erheblichen Restharmengen auftreten, welche einen intermittierenden Einmal- oder Dauerkatheterismus für ca. ein Jahr bis zum sicheren Wirkungsverlust verlangen.

BOTOX® ist als einziges Medikament für diese Indikation mittlerweile auch kassenpflichtig.

Etwas aufwändiger aber mit mittlerweile doch einigen klinischen Erfolgen bietet sich – in der Regel letztinstanzlich – die sakrale Neuromodulation (InterStim® von Medtronic) als Therapie an. Die Wirkungsweise ist nicht genau bekannt. Vor einer definitiven Implantation kann die Wirkung in einer Testphase evaluiert werden. Zur Behandlung der Stressinkontinenz steht die intensive Beckenbodenphysiotherapie an oberster Stelle. Sie ist insbesondere für Patienten nach radikaler Prostatektomie unerlässlich und sollte regelmässig mit einem Physiotherapeuten und selbständig zu Hause durchgeführt werden. Als Medikament steht Duloxetine (Cymbalta®) zur Verfügung, indem dieses den Sphinktertonus (als Nebenwirkung) erhöht. Die Therapie ist in der Schweiz jedoch off-label. Das offizielle Medikament Yentreve® wird in der Schweiz nicht vertrieben. Unterstützt werden diese Möglichkeiten durch den Einsatz von Penisklemmen (C3® oder nach Cunningham). Diese sind jedoch nicht für den dauerhaften Einsatz vorgesehen.

Die operativen Möglichkeiten reichen von Sphinkterunterspritzung mit Kollagen über die Schlingenoperation ähnlich demTVT bei der Frau (AdVance™ Male Sling System) zur Sphinkterprothese aus Silikon (AMS 800™). Nach radikaler Prostatektomie ist mit einer Besserung der Stressinkontinenz bis 18 Monate postoperativ zu rechnen,

weshalb diese vorher nicht operativ korrigiert werden sollte. In Einzelfällen bei totaler Inkontinenz ohne Blaseninstabilität und ohne Ansprechen auf jegliche Therapie kann eine Korrektur nach 6 Monaten zur Verhinderung eines Kapazitätsverlustes der Harnblase diskutiert werden.

Dr. med. Michael Kurz

Forchstrasse 2, 8008 Zürich
uro-kurz@hin.ch

Interessenkonflikt: Der Autor hat keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Literatur:

1. Lynn Stothers L, Thom D, Calhoun E. Chapter 6: Urinary Incontinence in Men. In: Urologic Diseases in America Report. National Institutes of Health, 2007.
2. Abrams P et al : Eur Urol. 2015 Mar;67(3):577-88. doi: 10.1016/j.euro.2014.02.012. Epub 2014 Feb 19.

Take-Home Message

- ◆ Auch bei Männern ist die Inkontinenz relativ häufig und kann zur Isolation führen. Wegen der Scham sollten Patienten in der Sprechstunde aktiv angesprochen werden
- ◆ Praktisch jede Inkontinenz kann mit dem Ziel einer besseren Lebensqualität behandelt werden. Die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten sind heutzutage vielfältig und ausgereift
- ◆ Neben der Ursachenabklärung ist auch die Erarbeitung einer individuellen Therapie essentiell. Die Inkontinenz kann ein Symptom einer gesundheitsrelevanten Grunderkrankung sein