

# Der künstliche Schließmuskel in der Therapie der Harninkontinenz von Mann und Frau

Im höheren Lebensalter sind Frauen und Männer etwa gleich häufig von unwillkürlichem Urinverlust betroffen. Der dafür allgemein gebräuchliche Begriff der „Blasenschwäche“ ist irreführend, denn die Blase ist nicht immer die Ursache eines Urinabgangs. Die möglichen Ursachen sind vielfältig.

Im medizinischen Sprachgebrauch wird dafür der Begriff „Harninkontinenz“ verwendet. Die drei häufigsten Formen sind:

**Dranginkontinenz:** Hier ist tatsächlich zumeist die Blase oder deren Nervenversorgung die Ursache. Altersbedingte nachlassende Leistungen von Nerven und Steuervorgängen im Gehirn und an der Harnblase werden als auslösende Faktoren beschrieben. Erkrankungen des Nervensystems, wie zum Beispiel Multiple Sklerose oder Morbus Parkinson sind häufig mit einer Dranginkontinenz verbunden.

**Belastungsinkontinenz,** früher auch als Stressinkontinenz bezeichnet: Hier spielt die unzureichende Funktion des Schließmuskelapparats die zentrale Rolle bei der Entstehung. Bei Frauen sind oftmals eine allgemeine Beckenbodenschwäche nach Geburten oder die Entfernung der Gebärmutter ursächlich; bei Männern gelten Operationsfolgen mit einer Schädigung des Schließmuskelhalteapparates als häufigste Ursache.

**Mischharninkontinenz:** bezeichnet das Zusammentreffen von Drang- und Belastungsinkontinenz. Sie entsteht durch eine kombinierte Störung der Blasen-speicherfunktion und eines Defizits des Schließmuskelapparates.

Für eine erfolgreiche Therapie der Harninkontinenz ist es elementar, die Ursachen und Formen der Harninkontinenz zu kennen. Hier sind das ärztliche Anamnesegespräch, eine Blasenspiegelung und eine Blasendruckmessung zumeist ausreichend, um einen erfolgreichen Therapieansatz auszuwählen. Die Einlage eines Inkontinenzbandes („Schlingenoperation“) oder künstlichen Schließmuskels wird bei einer reinen Dranginkontinenz keinen nachhaltigen Erfolg aufweisen. Hier stehen zahlreiche Medikamente zur Verfügung, die erfolgreich an der Blase – dem eigentlichen „Problemorgan“ bei der Dranginkontinenz – angreifen.

Generell sollten Betroffene den Urinverlust nicht hinnehmen: Konservative und operative Behandlungsverfahren bieten in vielen Fällen Hilfe.

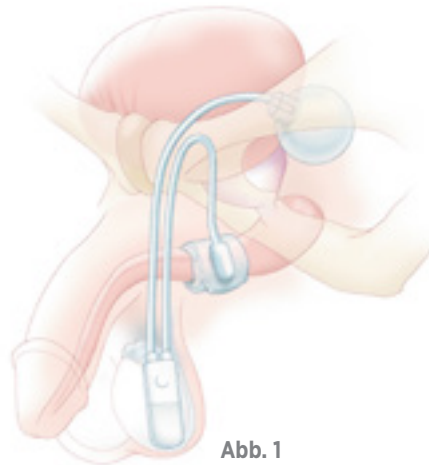


Abb. 1

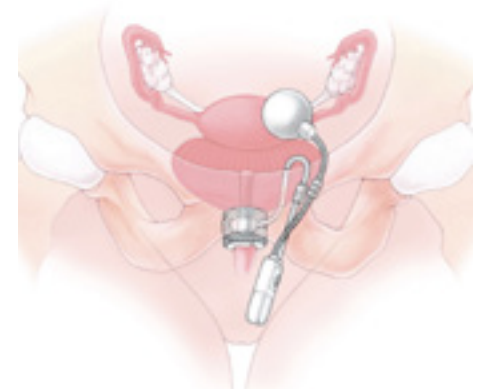


Abb. 2

**Abb. 1: Künstliches Schließmuskelimplantat: Die Harnröhre ist durch eine Manschette geschlossen. Durch Drücken des Pumpenballons fließt die Flüssigkeit von der Manschette in den druckregulierenden Ballon. Dadurch öffnet sich die Manschette und die Blase kann sich entleeren. Abb. 2.: Künstlicher Schließmuskel bei der Frau. Die Manschette muss um die tief im Becken liegende Harnröhre gelegt werden.**

COPYRIGHT © 2018 BY BOSTON SCIENTIFIC CORPORATION OR ITS AFFILIATES. ALL RIGHTS RESERVED

## Der künstliche Schließmuskel in der Therapie der Belastungsharninkontinenz

Bei der Belastungsinkontinenz bilden konservative Behandlungsansätze wie Beckenbodengymnastik den Anfang der Behandlung. Bleiben diese erfolglos, stehen weitere Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung.

Ist beispielsweise nicht der Schließmuskel selbst, sondern nur sein Halteapparat geschädigt, kann durch eine Schlingenoperation eine mögliche Senkung der Blase und des Schließmuskelapparates und die damit verbundene Belastungsharninkontinenz erfolgreich therapiert werden.

Ist es im Rahmen einer Bestrahlung oder Operation zu einer Schädigung des Schließmuskels selbst oder einer Schädigung seiner versorgenden Nerven gekommen, wird auch eine Schlingenoperation nicht zum Erfolg führen. In dieser Situation benötigt der Schließmuskel Unterstützung durch Druck von außen. Dieser Verschlussdruck kann durch verschiedene Systeme an der Harnröhre erreicht werden. Es zeigt sich in größeren nationalen und internationalen Studien, an denen auch unsere Klinik teilgenommen hat, dass der sogenannte künstliche Schließmuskel

(siehe Abb. 1) weiterhin als Goldstandard betrachtet werden darf. Seit seiner Einführung im Jahre 1972 wurde er technisch nur unwesentlich verändert, nicht zuletzt da sich die Behandlung mit einem künstlichen Schließmuskel durch seine hohe Erfolgsrate und Lebensqualität von ca. 90 % auszeichnet. Bei diesem System bewirkt eine um die Harnröhre gelegte Manschette einen permanenten zirkulären Verschluss derselben. Vor dem Wasserlassen entleert der Patient oder die Patientin die Manschette durch eine im Hodensack oder in der Schamlippe einliegende Pumpe. Dies führt zu einer Druckentlastung der Harnröhre und die Blasenentleerung kann mühelos erfolgen. Nach Beendigung der Blasenentleerung füllt sich die um die Urethra (Harnröhre) gelegte Manschette selbstständig und verschließt die Harnröhre.

Sollte bei der Patientin oder bei dem Patienten eine Mischharninkontinenz vorliegen, sollte zuerst die Drangsymptomatik vor Implantation des Systems erfolgreich medikamentös therapiert werden.

## Künstlicher Schließmuskel auch für Frauen

Nicht immer gelingt es bei schweren Formen der Belastungsharninkontinenz der Frau den gewünschten Therapieerfolg

durch eine Schlingenoperation zu erzielen. Da die Harnröhre der Frau im Vergleich zu der des Mannes sehr kurz ist und innerhalb des knöchernen Beckens zu Liegen kommt, muss der künstliche Schließmuskel bei der Frau durch eine Beckenoperation eingelegt werden (Abb. 2). Da dies traditionell mit einem Bauchschnitt verbunden ist bzw. war, sind viele Ärzte und Patientinnen vor diesem Eingriff zurückgeschreckt. Mit der Einführung des da Vinci®-Systems können wir diesen Eingriff mittlerweile auch ohne Bauchschnitt im Rahmen einer sogenannten „Schlüssellochoperation“ durchführen. Dies hat dazu geführt, dass dieser operative Eingriff erheblich erleichtert werden konnte und wir diese Therapieform mit einer deutlich geringeren Belastung für unsere Patientinnen anbieten können.



**Prof. Dr. K.-P. Jünemann**  
 Direktor der Klinik für Urologie und Kinderurologie



**Prof. Dr. Carsten Maik Naumann**  
 Leitender Oberarzt



Klinik für Urologie und Kinderurologie  
**Universitätsklinikum Schleswig-Holstein**  
 Campus Kiel

Prof. Dr. K.-P. Jünemann  
 Arnold-Heller-Str. 3,  
 Haus 18, 24105 Kiel

Vorzimmer des Direktors  
 (Frau Graf):  
 Tel.: ++49/0431-500 24801  
 Fax: ++49/0431-500 24804

Prof. Dr. Carsten Maik Naumann  
 Arnold-Heller-Str. 3  
 Haus 18, 24105 Kiel

Telefon: 0431-500 24806  
 (Sekretariat Frau Schmidt)

# Behandlung der Erektile Dysfunktion (Impotenz)

Die Erektile Dysfunktion ist nicht nur eine Problematik des älter werdenden Mannes, sondern kann zu einer massiven Bewusstseinsstörung eines einzelnen, auch jungen Individuums werden. Probleme mit der Erektion führen anfangs zu Spannungen in der Partnerschaft, im Verlauf entwickeln sich letztlich Gefühle von Demütigung und Scham.

Die Situation fängt an unerträglich zu sein, betroffene Männer berichten über Konzentrationsschwäche sowie Leistungsabfall und ziehen sich zurück. Dies resultiert früher oder später im Rückzug der Partnerin und kann zu Depression und Isolation führen (vgl. Abbildung 3). Dabei lässt sich die Erektile Dysfunktion heutzutage sehr gut, sicher und effektiv behandeln. Es stehen medikamentöse, physikalische und chirurgische Behandlungsoptionen zu Verfügung.

## Zu den Ursachen

Damit Arzt und Patient sich für eine bestimmte Therapie entscheiden können, muss differenziert werden, ob die erektile Dysfunktion - umgangssprachlich auch als Impotenz bezeichnet -

psychogen oder organisch bedingt ist oder, ob es sich um eine Mischform handelt. Wenn Patienten mit ihren Problemen in die urologische Universitätsklinik kommen, liegen allerdings in den meisten Fällen organische Ursachen vor. Dabei kann es sich um gefäßbedingte, neurogene, hormonelle oder auch anatomisch strukturell bedingte Beschwerden handeln. Sie können aber auch medikamentös, zum Beispiel durch die Einnahme von Psychopharmaka oder Betablockern, entstanden oder durch Drogenkonsum bedingt sein. Wenn hier die entsprechende Diagnose vorliegt, kann der beratende Arzt mit der Behandlung beginnen.

## Konservative Behandlung

Bevor man auf eine chirurgische Lösung setzt, sollte zunächst ein medi-

## Chronische sexuelle Dysfunktionen und ihre Folgen am Beispiel der ED

### Die Abwärtsspirale

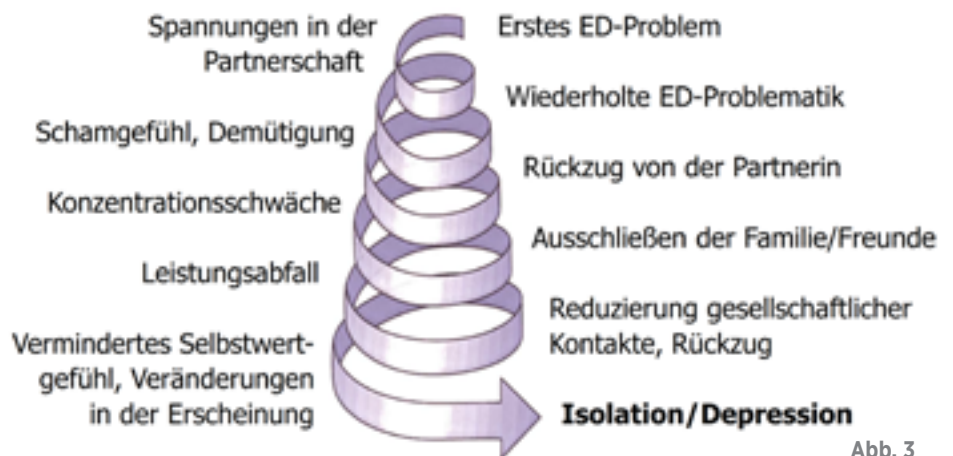


Abb. 3

**Die Sexualität gilt als wichtige Komponente für Lebensqualität und Wohlbefinden. Männer mit erektiler Dysfunktion schämen sich häufig mit einem Arzt über ihre Probleme zu sprechen. Sie können in eine Abwärtsspirale mit belastenden psychischen und sozialen Folgen geraten.**

**Funktionsweise eines Penisimplantats: Vom Prinzip her sind alle Implantate ähnlich – so basieren sie beispielsweise alle auf dem hydraulischen Prinzip. Eine Erektion wird von Hand ausgelöst, indem der Patient auf die kleine Regulierpumpe drückt, die in den Hodensack eingebracht wird. Nach dem Geschlechtsverkehr kann das System deaktiviert werden.**

COPYRIGHT ©

2018 BY BOSTON SCIENTIFIC CORPORATION OR ITS AFFILIATES. ALL RIGHTS RESERVED.

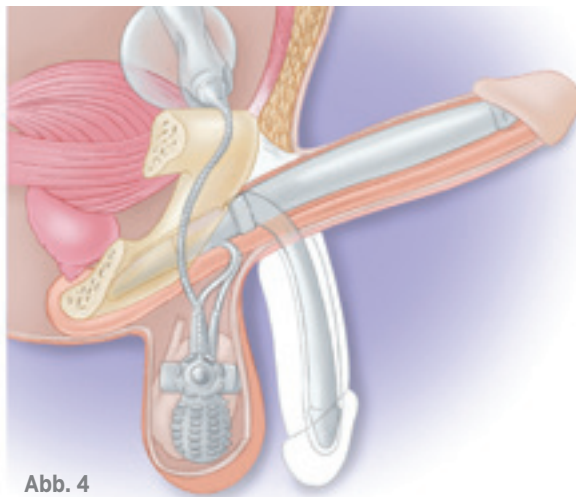


Abb. 4



**PD Dr. Daniar Osmonov,**  
Oberarzt und Leiter des Bereichs  
Andrologie der Klinik für Urologie  
und Kinderurologie

kamentöser Therapieansatz mit sogenannten PDE-5-Hemmern empfohlen werden. Hierzu sind Mittel mit vier verschiedenen Wirksubstanzen – Sildenafil, Vardenafil, Tadalafil und Avanafil – verfügbar, die sich hinsichtlich des Wirkeintritts und der Wirkdauer unterscheiden. Sollte der Einsatz von PDE-5-Hemmern nicht helfen, geht man zur Schwellkörperautoinjektionstherapie (SKAT) über, bei der der Patient sich selbst Prostaglandine spritzt. Diese Spritzen Therapie wirkt in etwa 70 Prozent aller Fälle, hat aber keinen Langzeiteffekt. Zudem braucht der Patient eine gute Augen-Hand-Koordination, was beispielsweise bei Patienten mit Parkinson-Erkrankung oder Tremor oftmals nicht gegeben ist. Nach etwa zwei Jahren wird zudem eine Steigerung der Dosis nötig.

### Penile Implantate

Ein Schwellkörperimplantat wird, den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Urologie folgend, nur dann eingesetzt, wenn keine der vorgenannten Therapien zu einer Verbesserung der Funktion geführt haben. Dabei sollten mindestens zwei, besser aber alle vier PDE-5-Hemmer getestet worden sein, da Patienten auf die verschiedenen Wirkstoffe unterschiedlich reagieren können. Zusätzlich sollte der Patient es auch mindestens drei Monate lang mit einer Vakuumtherapie, also dem Einsatz einer Vakuumpumpe, probiert haben, ohne dass sich ein Erfolg eingestellt hat. Wenn alle diese Möglichkeiten ausgeschöpft sind, kann den Leitlinien entsprechend ein Schwellkörperimplantat eingesetzt werden (vgl. Abb. 4).

Hervorzuheben ist dabei zum einen die geringe Infektionsrate, die dank der modernen Beschichtungen der Implantate deutlich unter einem Prozent liegt. Zum anderen ist es natürlich wichtig, dass man die Größe des Implantats richtig ermittelt – dazu gehört das entsprechende chirurgische Wissen. Wie eine internationale Studie\* ermitteln konnte, zeigt sich nach der OP eine Zufriedenheitsrate von 93 Prozent bei den Patienten und eine Zufriedenheitsrate von 90 Prozent bei ihren Partnerinnen. Kein einziges anderes Implantat in der Medizin weist eine so hohe Zufriedenheitsrate auf. Gerade vor diesem Hintergrund ist eine entsprechende Aufklärung wichtig. Es gibt in Deutschland sicherlich Millionen von Männern mit einer Erektile Dysfunktion, die eine Therapie benötigen – von denen aber nur 16% bis 20% in Behandlung sind.

\*Literaturangaben zu den Studien erhalten Sie auf Anfrage bei PD Dr. Osmonov.



Klinik für Urologie  
und Kinderurologie  
**Universitätsklinikum  
Schleswig-Holstein**  
Campus Kiel

Prof. Dr. K.-P. Jünemann  
Arnold-Heller-Str. 3,  
Haus 18, 24105 Kiel

[www.urologie-kiel.de](http://www.urologie-kiel.de)  
[www.youtube.com/urologiekiel](https://www.youtube.com/urologiekiel)  
[www.facebook.com/urologiekiel](https://www.facebook.com/urologiekiel)

Vorzimmer des Direktors  
(Frau Graf):  
Tel.: ++49/0431-500 24801  
Fax: ++49/0431-500 24804

Anmeldung zu den Sprechstunden  
Tel.: ++49/0431-500 24821  
OP-Termine (Frau Prien):  
Tel.: ++49/0431-500 24820

Kurt-Semm-Zentrum für  
laparoskopische und  
roboterassistierte Chirurgie  
(Frau Berwanger):  
Tel.: ++49/0431-500 24807  
Fax: ++49/0431-500 24804