

**Referent: Prof. Dr. Markus A. Kuczyk,
Direktor der Klinik für Urologie und Urologische Onkologie
Medizinische Hochschule Hannover**

Inkontinenzproblematik beim Mann

Hannover, 8. November 2013. Vielleicht empfinden Männer gegenüber Frauen in noch stärkerem Maße die gesellschaftliche Tabuisierung von Harninkontinenz. Betroffene Männer erleben im Einzelnen eine intensive negative Stigmatisierung des Krankheitsbildes. Da die Fähigkeit zur Kontrolle der Blasenfunktion einen „Meilenstein“ in der frühkindlichen Entwicklung des Menschen darstellt, besteht die Gefahr, dass die Männer, die diese wesentliche physiologische Funktion verloren haben, einer durch das hieraus resultierende Schamgefühl bedingten Selbstisolierung und damit Ausgrenzung aus dem öffentlichen / gesellschaftlichen Leben unterliegen. Dies beinhaltet durchaus den weitgehenden Verzicht auf gewohnte Tätigkeiten wie Theaterbesuche, sportliche Aktivitäten oder auch Reisen.

Definition und Unterformen

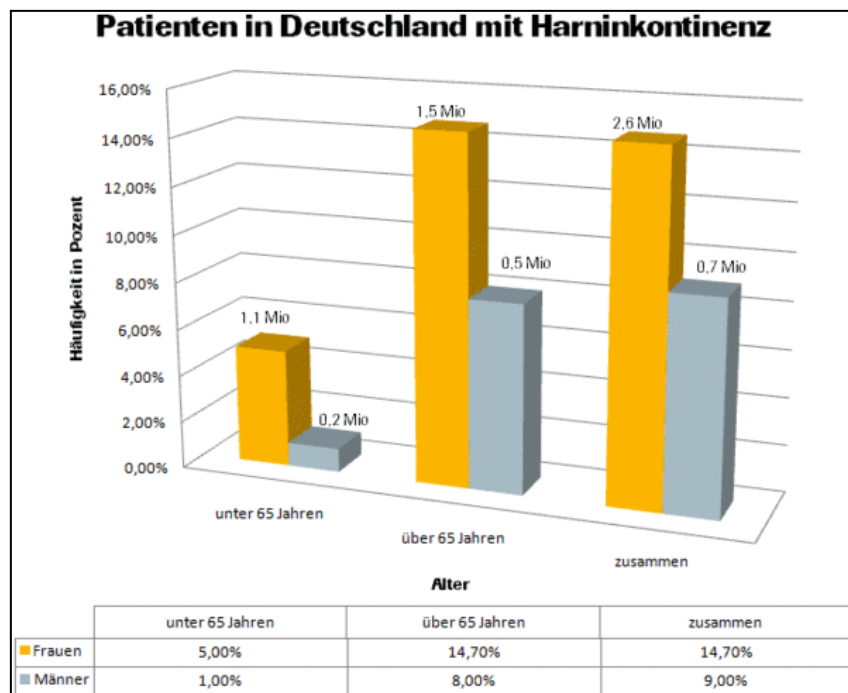
Gemäß den Kriterien der International Continence Society wird Harninkontinenz als jede Form des unwillkürlichen Harnabganges definiert. Dies bedeutet, dass es den Betroffenen gar nicht oder nicht immer möglich ist, Zeitpunkt und Ort der Harnausscheidung zu kontrollieren. Dabei wird ein ständiger oder in bestimmten Situationen nur tröpfchenweiser Harnabgang beobachtet. In diesem Zusammenhang ist die Harninkontinenz nicht als eigenständige Erkrankung definiert, sondern nur als Symptom einer anderen Ursache.

Vor dem Hintergrund verschiedener Ursachen und durchaus divergierender Symptome wird die männliche Harninkontinenz in verschiedene Formen unterteilt. Hierzu zählen im Wesentlichen die

- Dranginkontinenz oder überaktive Blase
- Belastungsinkontinenz
- Mischinkontinenz
- Überlaufinkontinenz (Inkontinenz bei chronischer Harnretention)
- Neurogene Detrusorüberaktivität

Häufigkeit der männlichen Harninkontinenz

Konkrete Angaben zur Häufigkeit der Harninkontinenz werden durch die hohe Dunkelziffer, die sich aus der thematisierten Stigmatisierung dieser Problematik ergibt, erschwert. Bei einem proportional zum Lebensalter beobachteten Anstieg kann davon ausgegangen werden, dass in Deutschland gegenüber den real erfassten Zahlen (siehe Grafik) etwa 1,5 - 3 Millionen Männer zu den Betroffenen gehören.



Quelle : www.harninkontinenz-info.de

Dranginkontinenz

Männer aller Altersstufen sind hauptsächlich von der aus einer überaktiven Blase resultierenden Dranginkontinenz betroffen, die sich in jüngeren Altersgruppen auf dem Boden einer neurologischen

Grunderkrankung entwickeln kann, häufig aber ohne erkennbare Ursache entsteht. Zur Erfassung der Häufigkeit dieses Problems wurden im Jahre 2001 insgesamt 16767 Männer und Frauen in 6 europäischen Ländern (Frankreich, Deutschland, Italien, Spanien, Schweden und Großbritannien) mittels direktem Interview oder per Telefon befragt (Milsom et al., *BKU Int* 87 : 760 – 766, 2001). Ein überhäufiges Wasserlassen (Frequency) wurde bei einer Miktionsfrequenz von $> 8 / 24$ h angenommen. Insgesamt 15,6 % der befragten Männer gaben dabei eine Drangsymptomatik an, wobei 7 % des befragten Gesamtkollektivs (Männer und Frauen) über eine hiermit assoziierte Inkontinenzproblematik berichteten. Wesentliches diagnostisches Armamentarium für die Differenzierung der verschiedenen Inkontinenzformen und auch für den Nachweis einer „überaktiven Blase“ ist neben anderen Untersuchungen die urodynamische Messung. Neben solchen Medikamenten, die zu einer Dämpfung von Harnblaseninstabilitäten führen, ist seit Januar Botox® (Botulinumtoxin) zur Injektion in den Blasenmuskel zugelassen. Insbesondere die letzte Option bedeutet für die Patienten eine effektive und gut verträgliche Möglichkeit, die Kontrolle über ihre Blase zurückzugewinnen und wieder mehr Lebensqualität zu haben.

Belastungsinkontinenz

Diese Inkontinenzform betrifft Männer weitaus seltener als Frauen. Es handelt sich hierbei um einen nicht kontrollierbaren Urinverlust ohne Harndrangsymptomatik, der aufgrund einer funktionellen Schädigung des Schließmuskels (Spinkter externus) auf Beckenbodenniveau vor allem bei körperlicher Anstrengung (Heben, Tragen, Niesen und Husten) auftritt. Häufige Ursache für eine mechanische oder neurogene Schädigung des Verschlussmechanismus ist die radikale Prostatektomie zur Behandlung des Prostatakarzinoms. Zur Beherrschung dieses Problems stehen uns bei leichter Inkontinenz Bänder, die unter der Harnröhre positioniert werden und zu einer Erhöhung des Widerstandes unterhalb des Beckenbodens führen, oder bei schwerem Ausprägungsgrad künstliche Schließmuskelsysteme

(artefizieller Sphinkter) zur Verfügung, mit denen in mehr als 90 % der Fälle eine komplette Kontinenz erzielt werden kann.

Mischformen

Bezieht sich die Definition der „Mischharninkontinenz“ als Kombination aus überaktiver Blase und Belastungsinkontinenz im Wesentlichen auf Frauen, so kann bei großzügiger Interpretation dieses Terminus auch ein Korrelat bei Männern gefunden werden. Dieses besteht dann, wenn die Harnblase Instabilitäten aufweist, weil sie gegen einen erheblichen Auslasswiderstand, beispielsweise bei vergrößerter Prostata, „anarbeiten“ muss. Gelangen auch hier bei leichter Abflussbehinderung medikamentöse Therapieansätze (Alpha – Blocker mit / ohne Kombination von Parasympatholytika oder 5 α – Reduktasinhhibitoren) zur Anwendung, wurden an der MHH für die operative Behandlung (TUR der Prostata), sollte denn eine solche erforderlich werden, sehr schonende Therapieverfahren in Form der Thulium – Laser – Enukleation entwickelt, die auch die transurethrale Entfernung sehr großer Prostataadenome erlauben.

Zusammenfassung

Die Genese der männlichen Inkontinenz kann vielschichtig sein und bedarf daher einer dezidierten Abklärung durch den Urologen. Für die Behandlung stehen uns heute medikamentöse und operative Behandlungsansätze zur Verfügung, die eine sehr effektive Therapie dieses Krankheitsbildes erlauben.