

Urologische Tumoren

Langzeitbehandlung der Inkontinenz

Die Harninkontinenz ist eine bekannte Nebenwirkung bei der operativen Behandlung des Prostata- und des Harnblasenkarzinoms. Patienten mit radikaler Prostatektomie, gefolgt von der Anlage der Neoblase nach Resektion der Harnblase, machen die beiden größten Gruppen der Rehabilitationspatienten mit Harninkontinenz aus. Dr. Oliver Brock, Urologisches Kompetenzzentrum für die Rehabilitation (UKR) der Kliniken Harstenstein in Bad Wildungen, sprach in einer Sitzung der ASORS, AUO und CAO-V auf dem Deutschen Krebskongress zur Behandlung der Harninkontinenz bei urologischen Tumoren.

Ein Jahr nach radikaler Prostatektomie wird laut Ergebnissen einer prospektiven Studie bei 21–57% der Patienten sowohl nach robotischer als auch offener Operation eine Harninkontinenz beobachtet (1). Nach fünf Jahren bleiben es etwa 14% der Patienten, die von regelmäßigen Harnentweichungen oder fehlender Harnkontrolle berichten (2).

Schließmuskeltraining in der Inkontinenztherapie

Um ein sinnvolles Therapiekonzept anzuwenden, müssen die Besonderheiten des unteren

Harntrakts des Mannes Beachtung finden. Ein Beckenbodentraining, wie es bei der Stressinkontinenz der Frauen durchgeführt wird, ist aufgrund der anatomischen Unterschiede nicht zielführend, so Brock. Auch wenn die Anatomie eine alte Wissenschaft ist, gibt es doch relativ neue Erkenntnisse aus Anatomie, Physiologie und Pathophysiologie, die in das Therapiekonzept einbezogen werden müssen.

Der innere Schließmuskel ist unabhängig vom M. destrusor und der äußere Schließmuskel ist ein vollständig selektiver Muskel und kein Beckenbodenmuskel. Der äußere Schließmuskel besteht aus unterschiedlichen muskulären Anteilen: dem inneren glattmuskulären

Anteil und dem äußeren quergestreiften Anteil. Die inneren glattmuskulären Anteile garantieren die Dauerkontinenz. Der äußere quergestreifte Anteil unterteilt sich in „slow twitch“-Fasern, die ebenfalls die Dauerkontinenz gewährleisten und „fast twitch“-Fasern, die bei plötzlicher Druckerhöhung aktiviert werden. Das Kontinenztraining nach Otto et al. ist ein Schließmuskeltraining mit multimodalem Therapiekonzept, bei dem der Patient lernt, den Sphinkter als selektiven Muskel wahrzunehmen und zwischen urethralem und analem Sphinkter zu unterscheiden (3). Die Patienten müssen ein Körpergefühl entwickeln, was in unserer heutigen kopfgesteuerten Gesellschaft bei einer Herausforderung bedeutet.

Multimodale Therapiekonzepte

Ein multimodales Therapiekonzept, welches den Anforderungen moderner Struktur- und Prozessqualität standhält, muss zunächst objektive diagnostische Parameter voranstellen. So wird im UKR ein 24-PAD-Test nach ICS-Kriterien zu Beginn und zum Ende der Rehabilitation durchgeführt – auch um dem Operateur eine Rückmeldung über seine Leistung zu geben. Die Patienten werden zuerst in einem Einführungslehrgang über die Anatomie und Physiologie aufgeklärt. Dabei sind auch Instruktionen zum Verhalten und zur Blasenbildung integriert, dass etwa die Blase nicht ständig entleert werden soll und Unterbrechungen des Harnstrahls kontraproduktiv sind.

In der täglichen Kontinenzgymnastik in der Gruppe werden vorbereitende Mobilisierungs- und Wahrnehmungsübungen durchgeführt. Zudem werden in der mehrmals wöchentlichen Einzelkrankengymnastik osteopathische Techniken und Schmerzbehandlungen angewendet. Insgesamt ist das Kontinenztraining ein Lehrgang und nicht etwa die Durchführung von Einzelübungen, betonte Brock. Die alleinige Physiotherapie ist allerdings nicht immer ausreichend zur Erlangung der Kontinenz. Bei der Post-Prostatektomie-Inkontinenz handelt es sich um eine kombinierte Drang- und Belastungsinkontinenz, die zudem durch eine medikamentöse Therapie mit Anticholinergika gebessert werden kann. Das Konzept bei Entlassung beinhaltet individuelle Übungsempfehlungen für jeden einzelnen Patienten entsprechend dem Grad der Inkontinenz.

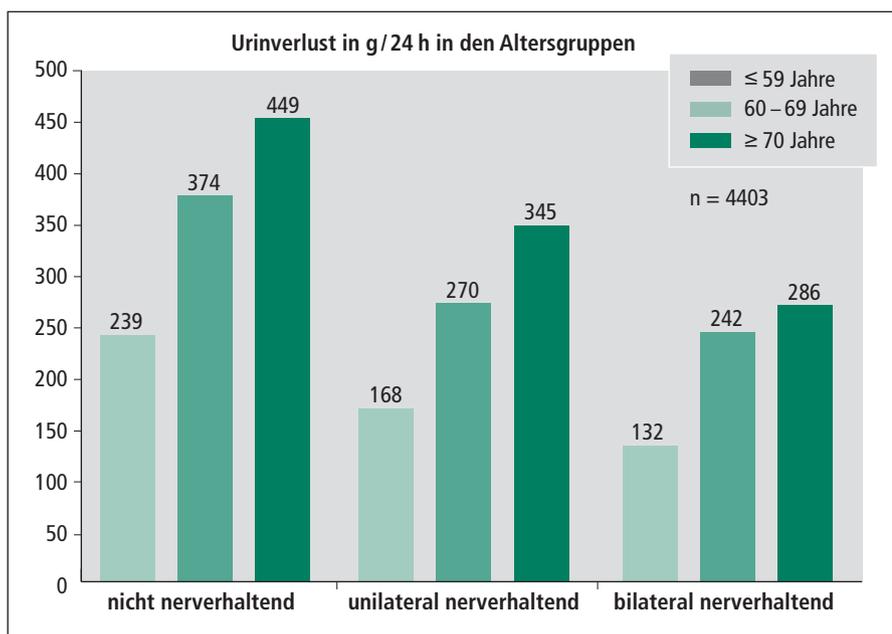


Abb. 1 Urinverlust (g/24 Std.) in allen Altersgruppen nach radikaler Prostatektomie bei nicht nerverhaltender, unilateral nerverhaltender und bilateral nerverhaltender Operation abhängig vom Alter (mod. nach [Brock, DKK 2018])

Konzepte bei Persistenz der Harninkontinenz

Zur Erfüllung der Strukturqualität werden in der weiterführenden Diagnostik die videoassistierte Urethrozystoskopie zur Suche nach komplizierenden Faktoren durchgeführt und ein Urodynamik/Urethradruckprofil für die Erfassung der Speicherphase und des Verschlussdrucks erstellt, um pathologische Ursachen der Inkontinenz auszuschließen. In einem videoendoskopischen Biofeedback-Sphinkter-Training wird am UKR regelhaft bei persistierender Inkontinenz die Realisierung des Sphinkters für den Patienten durch Visualisierung verbessert. Gleichzeitig gibt die Videoendoskopie auch diagnostische Hinweise, sodass es sich bei der Maßnahme um eine diagnostisch-therapeutische Zystoskopie handelt.

Bei vulnerabler Anastomose sind intravesikale Instillationen ein mögliches weiteres Vor-

gehen bei persistierender Inkontinenz. Bei kurzem oder hypotonem Sphinkter kann Duloxetine, im off-label-use eingesetzt, hilfreich sein. Bei nächtlicher Inkontinenz kann eine Elektrostimulation durchgeführt werden.

Eigene Erhebungen des UKR zeigen, dass mit den Rehabilitationsmaßnahmen der Urinverlust pro 24 h in allen Altersklassen um insgesamt 44,4% in der Frührehabilitation verringert werden kann. Patienten < 60 Jahre haben eine deutlich höhere Chance auf Kontinenz. Als wichtig erwies sich der Erhalt der neurovaskulären Bündel für eine Reduzierung des Urinverlustes, unabhängig vom Alter der Patienten (► Abb. 1). Mit Abschluss der Anschlussheilbehandlung, 6–8 Wochen postoperativ, konnte am UKR eine vollständige Kontinenz bei 30% der fast 6000 in die Erhebung eingegangenen Patienten erreicht werden.

Dr. Ine Schmale, Westerbürg

Literatur

1. Haglind E et al. Urinary incontinence and erectile dysfunction after robotic versus open radical prostatectomy: A prospective, controlled, nonrandomised trial. *Eur Urol* 2015; 68: 216–225.
2. Penson DF et al. 5-year urinary and sexual outcomes after radical prostatectomy: Results from the prostate cancer outcomes study. *J Urol* 2005; 173: 1701–1705.
3. Otto U et al. Rehabilitation in der urologischen Onkologie. *Der Urologe* 1998; 38: 35–40.

Quelle: Gastsymposium des ASORS/AUO/CAO-V „Inkontinenz als Herausforderung in der Langzeitbetreuung“ im Rahmen des Deutschen Krebskongresses (DKK) am 23. Februar 2018, Berlin.