

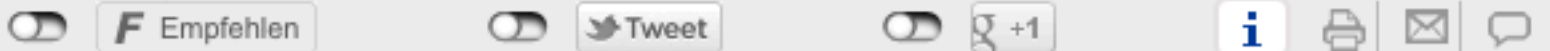
FOKUS MEDIZIN



Bei Prostatakrebs schon vor der Operation Inkontinenz verhindern.

27.05.2014

Von: Dr. Dorothea Ranft, Foto: thinkstock



Auch Männer zum Beckenboden-Training

Inkontinenz nach radikaler Prostatektomie lässt sich verhindern. Am besten beginnen die Patienten schon vor dem Eingriff mit dem Beckenbodentraining.



Beckenboden – für viele Patienten schwer zu spüren. Abb.: doc-stock/Medillust

Beim unfreiwilligen **Harnverlust** nach **Prostatektomie** handelt es sich in erster Linie um ein muskuläres Problem, erschwerend kommt eventuell eine Wahrnehmungsstörung z.B. durch Verletzung afferenter Nervenfasern bei der Operation hinzu, berichtete Dr. Ulrike Hohenfellner vom Ambulanten Rehasentrum für Urologie und Gynäkologie in Heidelberg.

Betroffene Männer leiden, ähnlich wie viele Frauen, an einer **Belastungsinkontinenz**. Dies lässt sich auch daran erkennen, dass der Beckenbodentonus bei Männern, die postoperativ wieder kontinent werden, ansteigt und der für die Harnkontrolle wichtige M. puborectalis sich verdickt.

Entgegen der Meinung vieler Patienten kommt es nicht darauf an, dass man den **Harnstrahl** überhaupt unterbrechen kann, entscheidend ist die Kraft, mit der dies gelingt.

Indikationen

Methoden

Leitlinien

Alternativmedizin

Hohes Alter kein Hindernis für Training

Das beste Mittel gegen die postoperative Inkontinenz ist ein auxotonisches **Beckenbodentraining** – wie beim Gewichtheben sollte sich die Muskulatur sowohl verkürzen als auch an Dicke und Tonus zunehmen. Die Crux dabei: Viele Männer müssen erst einmal lernen, wo ihr Beckenboden sitzt.

Eine gute Kontrollmöglichkeit bietet z.B. der Ultraschall: Wenn der Patient seinen Blasenboden um mehr als 1 cm anheben kann, trainiert er richtig. Auch Biofeedback und Oberflächen-EMG unterstützen die Wahrnehmung. Mit der Magnetstimulation kann man zudem Beckenkontraktionen erzeugen, ohne dass der Patient aktiv trainiert.

Psyche im Auge behalten

Patienten mit **Prostatakrebs** fühlen sich schon durch die Diagnose massiv bedroht, was auch der Wiedererlangung der Kontinenz im Wege steht. Hier können Sie psychisch die richtigen Weichen stellen.

Die meisten Patienten suchen in dieser Situation das **Gespräch** mit dem Arzt; Partner und andere Angehörige werden als weniger wichtig eingeschätzt.

Dr. Hohenfellner setzt in ihrem Rehasentrum auf eine multimodale Kontinenztherapie mit psychoonkologischer Versorgung, EMG-kontrollierter Beckenbodenschulung, speziellem Krafttraining und Magnetstimulation. Die Patienten „turnten“ im Median sechs Tage postoperativ und drei bis vier Tage präoperativ. Der Erfolg kann sich sehen lassen: Bei postoperativem Beginn wurden 77 % der Patienten innerhalb von vier Wochen kontinent vs. 43 % mit einem herkömmlichen Programm.

Nach dem Katheterziehen 44 % komplett trocken

Noch wirksamer ist das **präoperative Training**: 44 % der Männer waren damit bereits am Tag nach der Katheterentfernung komplett trocken, 76 % kamen mit maximal einer Vorlage aus. Der Trainingstag vor dem Eingriff bietet zudem den Vorteil, dass man mittels EMG erkennt, ob der Patient seinen Beckenboden überhaupt trainieren kann, was auch 80-Jährigen erstaunlich gut gelingt. Falls dies nicht gelingt, also eine Inkontinenz zu befürchten steht, kann man ggf. statt der geplanten Prostataresektion ein anderes Therapieverfahren wählen.

Auch bei negativen Vorerfahrungen sollte man nicht vorschnell aufgeben, mahnte Dr. Hohenfellner, wahrscheinlich hat der Patient nur den falschen **Muskel** gekräftigt. Selbst ein Jahr nach dem Eingriff lässt sich die **Kontinenz** noch bessern. Die Kosten für das Programm werden von der PKV übernommen, von der GKV nur teilweise.

Nervenerhalt auch günstig für die Kontinenz?

Übergewicht und Adipositas steigern das **Inkontinenzrisiko** ebenso wie eine vorbestehende überaktive Blase, auch eine therapeutische Androgendepression scheint einen länger anhaltenden Harnverlust zu fördern.

Bei der Operation kommt es vor allem auf eine sphinktererhaltende Anastomosentechnik an, sie verkürzt die **Inkontinenzphase**, ohne dass sich vermehrt Tumorreste in den Absetzungsrandern finden. Den Erhalt des Nervenbündels hält Dr. Hohenfellner dagegen aufgrund eigener Daten nicht für relevant.