

KÜNSTLICHER SCHLISSMUSKEL BEI MÄNNERN UND FRAUEN

Mehr als 100.000 Patientinnen und Patienten weltweit haben bereits einen artifiziellen Sphinkter (künstlicher Schließmuskel) zur Blasenkontrolle erhalten. Das Implantat wird komplett in den Körper eingesetzt, um eine einfache, diskrete Kontrolle über das Urinieren zu bieten. Die Kontrolle des Harnflusses erfolgt über die Betätigung einer im Hodensack oder Schamlippe platzierten Pumpe. Der künstliche Blaseschließmuskel imitiert die Funktion des gesunden Schließmuskels und hält die Harnröhre solange geschlossen, bis der Patient Wasser lassen möchte. Beim Wasser lassen löst man den Druck auf die Harnröhre, damit der Urin fließen kann. Das geschieht, indem man die Pumpe betätigt. Dadurch wird die Flüssigkeit aus der Manschette in den Ballon gepumpt. Die leere Manschette gibt die Harnröhre frei und man kann Wasser lassen. Nach dem Wasser lassen füllt sich die Manschette wieder automatisch und stellt die Kontinenz wieder her.

KONTAKT

Chefarzt

Prof. Dr. med. Thomas Knoll, MSc
urologieSI@klinikverbund-suedwest.de

Oberarzt Johannes Dlugosch
j.dlugosch@klinikverbund-suedwest.de

Terminvereinbarung (ambulant und stationär)

Sprechstundentermine (KV)

Tel.: 07031 98-12506
Fax: 07031 98-12342
termineUKS@klinikverbund-suedwest.de

Privatsprechstunde

Tel.: 07031 98-12501
Fax: 07031 98-12342
urologieSI@klinikverbund-suedwest.de

Wir sind für Sie erreichbar

Montag bis Donnerstag 8 - 17 Uhr
Freitag 8 - 15 Uhr



Klinikverbund
Südwest

Arthur-Gruber-Str. 70
71065 Sindelfingen
Tel.: 07031 98-0
www.klinikverbund-suedwest.de

Titelbild © magiemine_iStock
Stand Oktober 2021



HARNINKONTINENZ

UROLOGISCHE KLINIK
SINDELFINGEN (UKS)



Klinikverbund
Südwest

SEHR GEEHRTE PATIENTINNEN UND PATIENTEN

HARNINKONTINENZ

Mehr als 6 Millionen Männer und Frauen sind in Deutschland von Harninkontinenz, Blasen- und Darmentleerungsstörungen und Senkungserkrankungen betroffen. Der Kontrollverlust über die Harnausscheidung oder die Notwendigkeit des Tragens von Einlagen bedeutet eine große Belastung für die Patienten. Da es verschiedene Formen der Harninkontinenz gibt und deren Therapien sich voneinander unterscheiden, ist es wichtig, eine genaue Einstufung der Inkontinenzform vorzunehmen.

Die Diagnostik der Harninkontinenz beinhaltet moderne urodynamische und bildgebende Untersuchungen (Videourodynamik). Die häufigsten Inkontinenzformen sind:

ÜBERLAUFINKONTINENZ

Zumeist ist der Grund ein Abflusshindernis im Bereich des Harnblasenausgangs wie bei Männern z. B. durch eine vergrößerte Prostata. Der Blasenmuskel wird durch das unbemerkte Wachstum der Prostata überdehnt, es kommt zum „Überlaufen“ der Harnblase und zum unwillkürlichen Verlust kleinster Urinmengen. Bei Frauen kann eine Beckenbodensenkung ursächlich sein. Die Diagnostik der Harninkontinenz beinhaltet moderne urodynamische und bildgebende Untersuchungen (Videourodynamik).

DRANGINKONTINENZ

Bei dieser Form der Harninkontinenz ist der Harnröhrenverschlussmechanismus zwar intakt, jedoch liegt eine Überaktivität der Blasenmuskulatur vor. Der Urinverlust geht mit einem heftigen, überfallartigen Harndranggefühl einher, sodass die Toilette häufig nicht mehr rechtzeitig erreicht werden kann.

BELASTUNGSHARNINKONTINENZ

Diese Form wird auch als Stressinkontinenz bezeichnet und geht mit einem unwillkürlichen Urinverlust bei Husten, Niesen, Lachen und körperlicher Aktivität einher. Ursache ist eine Störung des Harnröhrenverschlussmechanismus.

OPERATIVE THERAPIE DER HARNINKONTINENZ BEI DER FRAU

SPANNUNGSFREIES VAGINALBAND

Das spannungsfreie Vaginalband wird in einem minimalinvasiven, chirurgischen Verfahren eingesetzt. Der Urinabgang wird verhindert, indem das Band die Harnröhre und den Verschlussmechanismus unterstützt. Normalerweise wird die Harnröhre durch die Beckenbodenmuskulatur unterstützt. Bei Frauen mit Belastungsinkontinenz kann die geschwächte Beckenbodenmuskulatur die Harnröhre nicht in der normalen Position halten.

ROBOTISCH ASSISTIERTE LAPAROSKOPISCHE SAKROKOLPOPEXIE

Die Sakrokolpopexie dient der Wiederherstellung des Beckenbodens bei Senkungserkrankungen. Laparoskopische Operationstechniken verbinden die Vorteile der altbewährten Techniken mittels Bauchschnitt mit jenen der weniger belastenden Schlüsselochchirurgie. Die optimale Übersicht der endoskopischen Kamera bringt hier im Vergleich zur offenen Operation große rekonstruktive Vorteile bei ebenso guten Ergebnissen.

THERAPIE DER HARNINKONTINENZ BEIM MANN

INKONTINENZBAND

Die meisten minimalinvasiven Operationsverfahren zur Behandlung der Belastungsinkontinenz nach radikaler Prostataentfernung erzielen ihre Wirkung durch eine Druckausübung auf die Harnröhre. Das Inkontinenzband wirkt anders: Es bringt die gelockerten und gesenkten Haltestrukturen des Schließmuskels in seine natürliche Position. Es stellt somit die ursprüngliche Anatomie wieder her. Voraussetzung für den Erfolg dieses Operationsverfahrens ist eine Restfunktion des Schließmuskels. Das Band besteht aus Synthetikgewebe und wird durch drei kleine Inzisionen in den Körper gebracht.

THERAPIE DER HARNINKONTINENZ BEI MÄNNERN UND FRAUEN

BOTULINUM-A-TOXIN-INJEKTION

Das endoskopische Verfahren kann bei einer Dranginkontinenz infolge einer überaktiven Harnblase angewandt werden. Mit Botulinum-A-Toxin steht heute ein Wirkstoff zur Verfügung, der eine therapeutische Lücke zwischen einer medikamentösen Tablettherapie und einer Operation schließt. Bei dem Eingriff, der meist in lokaler Blasenschleimhutanästhesie erfolgt, wird endoskopisch an mehreren Stellen eine kleine Menge Botulinum-A-Toxin in die Harnblasenmuskulatur eingespritzt, um eine teilweise Lähmung und damit „Beruhigung“ der Blasenmuskulatur zu erreichen. Die Wirkung hält im Durchschnitt ca. 9 Monate lang an und kann dann bei Bedarf wiederholt werden.