

Prof. Dr. Stefan Corvin / Dr. Hauke Hammerl

Volkskrankheit Harninkontinenz

Das Selbsthilfe-Buch

LESEPROBE

Haben Sie Fragen zum Thema Harninkontinenz?
Anregungen zum Buch?
Erfahrungen, die Sie mit anderen teilen möchten?
Nutzen Sie unser Diskussionsforum:
www.mankau-verlag.de

mankau

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Prof. Dr. Stefan Corvin / Dr. Hauke Hammerl

Volkskrankheit Harninkontinenz

Das Selbsthilfe-Buch

ISBN 978-3-938396-42-1

1. Auflage 2010

Mankau Verlag GmbH

Postfach 13 22, D-82413 Murnau a. Staffelsee

Im Netz: www.mankau-verlag.de

Diskussionsforum: www.mankau-verlag.de/forum

Redaktion: Herbert Schwinghammer, München

Vermittelt durch: Daniel Dietl

Endkorrektorat: Dr. Thomas Wolf, MetaLexis

Gestaltung Umschlag: Andrea Barth, Guter Punkt GmbH & Co. KG, München,
www.guter-punkt.de

Gestaltung Innenteil: Heike Brückner, Grafikstudio Art und Weise, Regensburg,
www.grafikstudio-artundweise.de

Illustrationen: Sascha Wuillemet, München

Druck: Bercker Graphischer Betrieb GmbH & Co. KG, Kevelaer

Hinweis des Verlags

Die Autoren haben bei der Erstellung dieses Buches Informationen und Ratschläge mit Sorgfalt recherchiert und geprüft, dennoch erfolgen alle Angaben ohne Gewähr; Verlag und Autoren können keinerlei Haftung für etwaige Schäden oder Nachteile übernehmen, die sich aus der praktischen Umsetzung der in diesem Buch dargestellten Inhalte ergeben. Bitte respektieren Sie die Grenzen der Selbstbehandlung und suchen Sie bei Erkrankungen einen erfahrenen Arzt oder Heilpraktiker auf.

Der Inhalt wurde auf chlorfrei gebleichtem Recyclingpapier gedruckt.

Inhalt

Ein Wort zuvor	7
Harninkontinenz ist kein unabänderliches Schicksal!	11
Harninkontinenz – (k)ein reines Altersleiden	13
Problemfall Beckenboden	14
Wenn jüngere Frauen betroffen sind	15
Risikofaktoren für eine Schädigung des Beckenbodens	17
Harninkontinenz beim Mann	20
Von der Ursache hängt die Therapie ab!	23
Bau und Funktion des Urogenitalsystems und des Beckenbodens	25
Geschlechtsunabhängige Funktionen des Harnapparats	25
Das Urogenitalsystem der Frau	31
Das männliche Urogenitalsystem	37
Der Beckenboden – Stütz- und Halteapparat	41
Spezial: Integraltheorie nach Peter Petros und Ulf Ulmsten	48
Formen der Harninkontinenz	53
Die Belastungsinkontinenz (früher: Stressinkontinenz)	53
Die Dranginkontinenz (Urgeinkontinenz)	55
Die Mischinkontinenz	56
Inkontinenz bei chronischer Harnretention (früher: Überlaufinkontinenz)	57
Inkontinenz bei neurogener Detrusorhyperaktivität (früher: Reflexinkontinenz)	58
Die extraurethrale Inkontinenz	59
Sonderformen: Nächtliches Einnässen und Harninkontinenz bei Kindern	59

Diagnostik bei Verdacht auf Harninkontinenz	63
Das können Sie selbst tun	63
Selbsttest: Leide ich unter Harninkontinenz?	63
Miktionstagebuch führen	66
Frühzeitig einen spezialisierten Arzt aufsuchen	68
Ärztliche Diagnostik (urogynäkologische Diagnostik)	72
Die Basisdiagnostik	73
Die erweiterte Diagnostik	82
Therapie der Harninkontinenz	91
So helfen Arzt und Therapeut	91
Konservative Therapie	91
Chirurgische Behebung einer Harninkontinenz	106
So helfen Sie sich selbst	117
Das Beckenbodentraining	117
Training mit Vaginalkugeln	145
Das Toilettentraining bei Dranginkontinenz	150
Homöopathische Behandlung bei Inkontinenz	155
Übergewicht und Inkontinenz – ein bewiesener Zusammenhang	156
Zu den Autoren	167
Audio-CD - Übungen im Überblick	169
Literaturliste	171
Internetadressen	173

Ein Wort zuvor

Laut Schätzungen leiden in Deutschland mindestens 5 Millionen Frauen an einer Harninkontinenz. Das bedeutet, dass jede fünfte Frau irgendwann in ihrem Leben zumindest zeitweise von einem unfreiwilligen Urinabgang betroffen ist, weil Blasen- und Harnröhrenschließmuskulatur versagen. Oft genügen bereits so harmlose Auslöser wie ein Niesen, Lachen, Hüpfen oder Heben und die Betroffenen verlieren Urin. Dadurch wird die Inkontinenz zu einem höchst bedrückenden Problem, das den Alltag bestimmt und die Lebensqualität erheblich beeinträchtigt.

Männer sind zwar seltener als Frauen betroffen, allerdings gehen Experten von einer hohen Dunkelziffer aus: Danach haben sich allein in Deutschland mindestens drei Millionen Männer mit ihrer Harninkontinenz abgefunden, ohne einen Arzt zu konsultieren. Doch auch vielen Frauen fällt es schwer, sich bei Symptomen einer Blasenschwäche ärztliche Unterstützung zu suchen: Zu ausgeprägt sind Gefühle der Scham und Unsicherheit, zu groß die Hemmungen, mit einem Fremden über ihre Beschwerden zu sprechen. So ist die „Volkskrankheit Harninkontinenz“ eine hierzulande immer noch weithin verschwiegene Krankheit, die von einem Großteil der Betroffenen klaglos erduldet wird. Aus Angst vor peinlichen Situationen in der Öffentlichkeit ziehen sich viele immer mehr zurück. Deshalb gehen mit einer Harninkontinenz über kurz oder lang oft große soziale Einschränkungen bis hin zur sozialen Isolation einher – und die seelischen Belastungen des Betroffenen verstärken sich. Dies ist umso tragischer, weil Blasenschwäche heute längst kein Problem mehr ist, mit dem man sich abfinden muss. Inzwischen stehen eine Reihe moderner Behandlungsmethoden zur Verfügung, mit denen eine Inkontinenz deutlich gelindert,

im Idealfall sogar behoben werden kann. Hierfür ist jedoch die Hilfe des Arztes unerlässlich. Denn eine angemessene Therapie setzt immer eine genaue Abklärung des Schweregrads sowie eine Differenzierung der auslösenden Faktoren bzw. der verschiedenen Erscheinungsformen voraus. Gelingt es den Betroffenen, ihre Scheu zu überwinden und z. B. mit ihrem Hausarzt über ihre Inkontinenzbeschwerden zu sprechen, kann in vielen Fällen rasch eine Lösung gefunden werden, die genau auf das individuelle Beschwerdebild abgestimmt ist. Hierzu haben vor allem die völlig neuartigen Ansätze der Anfang der 1990er Jahre von Petros und Ulmsten entwickelten Integraltheorie beigetragen. Mitunter reichen sogar schon einfache Verhaltensänderungen und die regelmäßige Ausübung eines Beckenbodentrainings aus, um eine Harninkontinenz in den Griff zu bekommen.

Deshalb unser Appell: Finden Sie sich nicht länger mit Ihren Inkontinenzbeschwerden und den damit verbundenen psychischen, häuslichen, körperlichen, beruflichen und sexuellen Einbußen ab! Unser Ziel ist es, Ihnen Mut zu machen und Sie dabei zu unterstützen, aktiv gegen die Harninkontinenz vorzugehen. Wer sich frühzeitig dieser Funktionsstörung stellt, hat gute Chancen, dass sich die Beschwerden mit relativ einfachen Mitteln deutlich bessern lassen. Hierfür vermittelt das vorliegende Buch eine Reihe von wirksamen Selbsthilfemaßnahmen, die sich vielfach bewährt haben. Außerdem geben wir Ihnen einen Überblick über weitere effektive Therapien, mit denen eine Harninkontinenz dauerhaft gelindert werden kann, wenn mit konservativen Maßnahmen keine Besserung erzielt werden kann. Denn auch die Gewissheit, gut informiert zu sein, gibt Sicherheit – nicht zuletzt, wenn es darum geht, gemeinsam mit dem Arzt Entscheidungen in Bezug

auf eine adäquate Behandlungsstrategie bzw. weiterführende
Therapieschritte zu treffen.

*Prof. Dr. Stefan Corvin und Dr. Hauke Hammerl
im Mai 2010*

Harninkontinenz ist kein unabänderliches Schicksal!

Aus medizinischer Sicht handelt es sich bei einer Harninkontinenz nicht um eine einheitliche Krankheit, sondern um eine Funktionsstörung, deren führendes Symptom der unfreiwillige Abgang von Harn ist: Dem Betroffenen ist es nicht mehr möglich, den Urin bewusst zurückzuhalten, um die nächste Toilette aufzusuchen, sodass es zu einem unkontrollierten Harnverlust kommt. Dabei variiert die abgehende Harnmenge von einigen Tropfen bis hin zu größeren Flüssigkeitsmengen – abhängig vom Schweregrad und davon, welche Ursache der Inkontinenz zugrunde liegt. Tatsächlich kommen als Auslöser einer Harninkontinenz eine Reihe von Faktoren in Betracht (siehe Seite 17). Diesen durch eine sorgfältige Ursachenforschung mithilfe von bewährten Untersuchungsmethoden auf die Spur zu kommen, um dann eine angemessene Behandlungsstrategie zu entwickeln, ist die Grundvoraussetzung für eine deutliche Linderung der Beschwerden; im Idealfall verschwinden sie sogar vollständig.

Für die Betroffenen selbst ist die Frage nach den möglichen Ursachen allerdings oft erst einmal zweitrangig. Für sie stehen vor allem die unangenehmen Begleiterscheinungen der Harninkontinenz im Vordergrund, die ihnen Tag für Tag viel abverlangen: Wie einer sportlichen Aktivität nachgehen, wenn die Bewegungen einen unfreiwilligen Harnabgang zur Folge haben? Wie den Einkaufsbummel planen, den Abend im Theater verbringen, auf Geschäftsreisen gehen oder am Ausflug teilnehmen, wenn nicht sichergestellt ist, dass im Fall der Fälle umgehend eine Toilette aufgesucht werden kann? Wie die Intimpflege vornehmen oder regelmäßig die Einlage

wechsellern, wenn man den ganzen Tag mit den Kollegen im Büro sitzt oder bei Freunden eingeladen ist? Wie eine erfüllte Sexualität erleben, wenn man befürchten muss, dass die Blase versagt oder man schlecht riecht? Für viele münden die täglichen Bemühungen, möglichst nichts von ihrem Problem nach außen dringen zu lassen, früher oder später in Verzicht: Ausgiebige Einkäufe, Ausflüge oder Reisen werden immer häufiger vermieden, soziale Kontakte zunehmend eingeschränkt. Andere ignorieren ihr Durstgefühl und trinken viele Stunden lang nichts, um dem unfreiwilligen Harnabgang gewissermaßen die Grundlage zu entziehen. Mit dem Verlust von sozialen Kontakten gehen fast immer auch ein Verlust des Selbstwertgefühls und der Lebensfreude einher – nicht selten steht am Ende sogar eine manifeste Depression.

So weit sollte es niemand kommen lassen. Denn Harninkontinenz ist kein unabänderliches Schicksal. Im Gegenteil: Im Allgemeinen lassen sich selbst ausgeprägte Formen einer Harninkontinenz heutzutage erfolgreich behandeln. Die Chancen stehen also gut, mit dem richtigen Behandlungskonzept schon bald wieder sein gewohntes Leben aufnehmen zu können. Wichtig ist, das Thema Harninkontinenz für sich selbst zu enttabuisieren und sich einem Arzt anzuvertrauen, der dann die notwendigen Untersuchungen (siehe Seite 72) einleitet. Für eine möglichst baldige ärztliche Intervention spricht zudem, dass eine länger bestehende Harninkontinenz auch für den Körper zu einer Belastung werden kann. Bleibt sie unbehandelt, neigt die Haut im Genitalbereich zu Reizungen und Entzündungen mit der Gefahr, dass sich Ekzeme und andere Hauterkrankungen entwickeln. Bei älteren Menschen, insbesondere wenn sie bettlägerig sind, steigt das Risiko für Wundliegen und die Entstehung von Druckgeschwüren (Dekubitus).

In seltenen Fällen kann sich hinter einer plötzlich auftretenden Harninkontinenz auch eine ernsthafte Erkrankung verbergen. Wird diese erkannt und behandelt, bessert sich nicht nur die Harninkontinenz, sondern auf diese Weise wird auch die Voraussetzung für die Wiedererlangung der Gesundheit geschaffen.

Harninkontinenz - (k)ein reines Altersleiden

Ein guter Weg zur Überwindung von Scham- und Peinlichkeitsgefühlen ist, sich zu vergegenwärtigen, dass es vielen anderen Menschen genauso geht. Harninkontinenz gilt allgemein als Frauenleiden, das vor allem in höherem Lebensalter auftritt. Beide Vorgaben stimmen jedoch nur bedingt. Zum einen sind oft auch Männer betroffen und zum anderen kann eine Harninkontinenz praktisch in jedem Lebensalter auftreten. Eine von zehn Frauen hat schon als Vierzigjährige mit unfreiwilligem Harnabgang Probleme, z.B. beim Laufen, Treppensteigen, Tragen oder Heben. Aktuelle Zahlen belegen: Bereits ca. sechs Prozent der 18- bis 40-Jährigen und ca. neun Prozent der 41- bis 60-Jährigen leiden unter Harninkontinenz. Gleichwohl erhöht sich die Zahl der Betroffenen mit zunehmendem Alter: 23 Prozent der über 60-Jährigen haben eine mehr oder weniger ausgeprägte Form der Harninkontinenz.

Problemfall Beckenboden

Dies hat nicht zuletzt anatomische Gründe: Der so genannte Kontinenzapparat, der die Verschlussfähigkeit von Blase und Darm gewährleistet, ist bei Menschen durch den aufrechten Gang besonderen Belastungen ausgesetzt. Stark gefordert ist vor allem der Beckenboden, der das gesamte Gewicht der Beckenorgane zu tragen hat. Lässt die Kraft der Beckenmuskulatur im Laufe des Lebens nach, kann er dem schwerkraftbedingten Druck der Organe nicht mehr genug standhalten und damit seine Stützfunktion nur noch unzureichend erfüllen. Dadurch können sich Beckenorgane wie Gebärmutter und Scheide senken und so die Verschlussfähigkeit des Kontinenzapparats nachhaltig beeinträchtigen. Hiervon ist vor allem die von Natur aus instabilere Struktur des weiblichen Beckenbodens betroffen; dabei tun der altersbedingte Elastizitätsverlust des Binde- und Muskelgewebes ebenso wie die hormonelle Umstellung während der Wechseljahre ihr Übriges, um die Erschlaffung des Gewebes im weiblichen Unterleib zu beschleunigen.

Aber auch durch andere Faktoren kann die natürliche Kontinenzfähigkeit in Mitleidenschaft gezogen werden, allen voran bestimmte körperliche Veränderungen, die mit zunehmendem Alter eine Rolle spielen, so z. B. degenerative Veränderungen oder Erkrankungen der Harnorgane selbst, aber auch Übergewicht, operative Eingriffe an Bauch- bzw. Beckenorganen, eine krankhaft gestörte Darmfunktion oder bestimmte chronische Erkrankungen, die wie z. B. Diabetes mellitus vom Typ 2 vorwiegend im höheren Lebensalter auftreten.

Weil an der reibungslosen Speicherung und Ausscheidung des Urins zudem zentrale und periphere Nervenstrukturen beteiligt sind (siehe Seite 28), kann eine Funktionsbeeinträch-

tigung von Nerven ebenfalls zu einer gestörten Blasenfunktion führen, die dann nicht selten (auch) eine Harninkontinenz zur Folge hat. Häufige Auslöser sind neurologische Erkrankungen (z.B. Multiple Sklerose, Parkinson-Krankheit) oder Verletzungen (z.B. des Rückenmarks). Mitunter wird eine Harninkontinenz auch durch einen Bandscheibenvorfall hervorgerufen, bei dem das ausgetretene Bandscheibengewebe auf umliegende Nervenstrukturen drückt.

Schließlich kann eine Harninkontinenz auch durch die Einnahme von bestimmten Medikamenten ausgelöst werden. Dazu gehören u.a. einige blutdrucksenkende Medikamente, krampflösende Mittel, Anti-Parkinson-Präparate sowie bestimmte Antidepressiva (z.B. Lithium). Schlaf- und Beruhigungsmittel können die Wahrnehmung der Blasenfüllung so stark herabsetzen, dass es zu Inkontinenzsymptomen kommt. In der Regel vergehen die Beschwerden wieder, wenn das Mittel abgesetzt wurde bzw. durch ein anderes Medikament ausgetauscht wurde.

Wenn jüngere Frauen betroffen sind

Demgegenüber wird ungewollter Harnabgang bei Frauen um die 40 Jahre oft durch eine Beckenbodensenkung ausgelöst, die sich durch eine oder mehrere Geburten entwickelt hat. Bei jungen Frauen, die noch kein Kind geboren haben, kann eine Beckenbodenschwäche auch angeboren sein. In der Spätphase einer Schwangerschaft kommt es oft zu einer Harninkontinenz, weil die Blase durch die stark vergrößerte Gebärmutter zusammengedrückt wird und nur noch kleinere Urinmengen halten kann. Hierbei handelt es sich jedoch in der Regel um eine vorübergehende Erscheinung, die nach der Geburt wieder

verschwindet. Bleiben die Beschwerden nach der Entbindung weiter bestehen, ist dies meist auf die bereits erwähnte Gewebeschwächung des Beckenbodenapparats zurückzuführen und nicht auf eine Schädigung der Harnblase selbst. Mitunter ziehen auch ein nicht (ausreichend) behandelter Harnwegsinfekt, Blasensteine, Verwachsungen oder Verengungen, z.B. hervorgerufen durch ein Abflusshindernis, eine Harninkontinenz nach sich.

Wenn Stress die Blase reizt

Manche Menschen reagieren auf starke Nervosität, Aufregung, Angst und andere seelische Stresssituationen mit einem gesteigerten Harndrang, der sie zu häufigen Toilettengängen zwingt. Die Gründe für dieses Phänomen sind bislang nicht geklärt. Aus medizinischer Sicht müsste es eigentlich sogar genau umgekehrt sein: Bei akutem Stress schüttet der Körper vermehrt Stresshormone (Adrenalin und Noradrenalin) aus, die u.a. auch die Blasentätigkeit hemmt. Experten empfehlen Betroffenen, dem ersten Drang möglichst nicht sofort nachzugeben, sondern stattdessen erst einmal zu versuchen, den Harn durch festes Zusammenkneifen der Beckenbodenmuskulatur zurückhalten.

Risikofaktoren für eine Schädigung des Beckenbodens

Von einer Beckenbodenschwächung sind Frauen insgesamt sehr viel häufiger betroffen als Männer. Oft sind es mehrere Faktoren, die einer Schwächung und Schädigung des Beckenbodens Vorschub leisten. Dementsprechend trifft der unfreiwillige Harnverlust durch Druckerhöhung im Bauchraum (Belastungsinkontinenz, siehe Seite 53), die eine typische Folgeerscheinung der Beckenbodenschwäche ist, Frauen sehr viel häufiger als Männer. In diesem Fall ist auch der Begriff „Blasenschwäche“ zutreffend, der im Volksmund oft als Synonym für Harninkontinenz gebraucht wird: Die Blasen- und Harnröhrenschließmuskulatur versagt, wenn der Beckenboden einer Druckbelastung ausgesetzt wird.

Altersbedingte Gewebeeränderungen

Durch altersbedingte Gewebeeränderungen kann die Haltefunktion der bindegewebigen Bänder und der Beckenbodenmuskulatur nachlassen. Begünstigt wird der Elastizitätsverlust des Gewebes auch durch einen Östrogenmangel nach den Wechseljahren. Dadurch senkt sich nicht nur der Beckenboden selbst, sondern auch die in ihm eingebetteten Organe wie Gebärmutter, Harnblase, Harnröhre oder auch der Mastdarm rutschen nach unten ab, im Extremfall bis in den Scheideneingang. Um einen solchen Gebärmutter- oder Scheidenvorfall (Prolaps uteri, Prolaps vaginae) zu verhindern, sollte eine Gebärmutter- oder Scheidensenkung baldmöglichst behandelt werden.

Schwangerschaft und vaginale Entbindung

Defekte an der Aufhängung von Blase, Harnröhre und/oder Scheide können auch durch Schwangerschaften und (mehrere) Geburten hervorgerufen werden. Dabei gilt eine vaginale Entbindung als wichtiger Risikofaktor, da sie nicht selten mit einer mechanischen Schädigung von Nerven und Muskelgewebe des Beckenbodens einhergeht. Vor allem ein Dammriss oder Dammschnitt können sich ungünstig auswirken. Weitere für den Beckenboden ungünstige geburtspezifische Faktoren sind die Größe des Kindes sowie eine lange Austreibungsphase. Babys von über 4.000 Gramm oder Austreibungszeiten von mehr als einer Stunde strapazieren den Beckenboden in besonderem Maße. Schließlich scheinen auch die hormonellen und morphologischen Veränderungen, die mit einer Schwangerschaft einhergehen, eine Rolle bei der Entwicklung einer Beckenbodenschwäche zu spielen.

Schweres Heben und Tragen, falsche Körperhaltung

Bestimmte körperliche Tätigkeiten, allen voran schweres Heben und Tragen, können auf Dauer zu einer Schwächung der Beckenbodenmuskulatur führen. Ebenso wirken sich einige Sportarten ungünstig auf die Stabilität des Beckenbodens aus. Aber auch langes Sitzen in schlaffer Haltung oder Haltungsschäden, wie z.B. ein Hohlkreuz, können eine Überdehnung und Schwächung der Beckenbodenmuskeln zur Folge haben.

Chronischer Husten

Häufiges Husten, z.B. durch langjähriges starkes Rauchen („Raucherhusten“) oder durch eine chronische Lungener-

krankung, kann auf Dauer zu einer Schwächung der Beckenbodenmuskulatur beitragen.

Übergewicht

Auch überschüssige Pfunde wirken sich ungünstig auf den Beckenboden aus: Durch Übergewicht ist der Druck im Bauchraum erhöht und der Beckenboden wird zusätzlich belastet. Übergewichtigen Frauen mit Harninkontinenz wird deshalb grundsätzlich eine Gewichtsreduktion empfohlen. Eine amerikanische Studie hat jetzt ergeben, dass sich die Episoden des unfreiwilligen Harnabgangs durch eine Kombinationstherapie aus regelmäßigem Beckenbodentraining, einer Ernährungsumstellung hin zu einer kalorienarmen Kost sowie der Ausübung einer sanften Ausdauersportart bereits nach sechs Monaten deutlich reduzieren lassen.

Verletzungen der Beckenbodenmuskulatur

Eine Harninkontinenz kann die Folge einer Verletzung der Beckenbodenmuskulatur und/oder eines Schließmuskels sein. Vor allem das Eindringen eines stumpfen oder spitzen Gegenstandes in die Weichteile, die eine unregelmäßige Wunde nach sich ziehen (Pfählungsverletzung), kann am Beckenboden erhebliche Schäden anrichten.

Operative Entfernung der Gebärmutter

Gynäkologische Operationen wie etwa die operative Entfernung der Gebärmutter (Hysterektomie) können mit negativen Auswirkungen auf den Beckenboden verbunden sein, wie man heute weiß. Mehr noch: Wird die Gebärmutter entfernt, verliert das gesamte Urogenitalsystem buchstäblich eine wichtige

Stütze und damit erheblich an Stabilität, wodurch letztlich die Statik des gesamten Organsystems empfindlich gestört wird. Dies gilt umso mehr, wenn auch der Gebärmutterhals entfernt wird. So gesehen sollten vor einer Operation Nutzen und Risiko einer Gebärmutterentfernung sorgfältig gegeneinander abgewogen werden, denn sie kann auch, beispielsweise bei großen Myomen, von Nutzen sein.

Im Übrigen können auch Bestrahlungen im kleinen Becken, etwa im Rahmen einer Krebstherapie, eine Beckenbodenschwäche zur Folge haben.

Harninkontinenz beim Mann

Dass Harninkontinenz auch Männer treffen kann, ist erst in den letzten Jahren verstärkt ins Bewusstsein der Öffentlichkeit gerückt. Allerdings ist die Datenlage immer noch dürftig: Nach wie vor herrscht Unklarheit über die genaue Zahl der Betroffenen und ebenso gibt es immer noch offene Fragen in Bezug auf die ursächlichen Zusammenhänge, die der männlichen Harninkontinenz im Einzelnen zugrunde liegen.

Sicher ist jedoch, dass eine Harninkontinenz bei Männern – anders als bei Frauen – oft nicht als alleiniges Symptom auftritt, sondern mit anderen Zeichen (LUTS = lower urinary tract symptoms) wie schwacher Strahl, Pressen beim oder am Ende der Blasenentleerung, Anlaufschwierigkeiten zu Beginn der Blasenentleerung und Nachträufeln gekoppelt ist. Auch nimmt bei Männern die Zahl der Betroffenen mit fortschreitendem Alter stark zu: Ab dem 60. Lebensjahr steigt die Inkontinenzhäufigkeit bei Männern sprunghaft an. Unterschiede zwischen den Geschlechtern gibt es in Bezug auf die Verteilung der Inkontinenzformen: Während Frauen, wie be-

reits erwähnt, überdurchschnittlich oft von einer Belastungsinkontinenz (siehe Seite 53) betroffen sind, lässt sich diese Inkontinenzform nur bei etwa 10 Prozent der männlichen Betroffenen nachweisen. Die häufigste Inkontinenzform bei Männern ist die so genannte Dranginkontinenz (siehe Seite 55), meist hervorgerufen durch einen überaktiven Blasenmuskel oder eine verringerte Blasenkapazität. Aber auch eine Kombination von verschiedenen Inkontinenzformen, wie z. B. eine Belastungs- und Dranginkontinenz, ist möglich.

Ausgangspunkt: Prostatavergrößerung

Dass die Inkontinenzrate bei Männern ab etwa 60 Jahren deutlich ansteigt, ist kein Zufall. Denn in diesem Lebensabschnitt gewinnt ein typisches Männerleiden zunehmend an Bedeutung, das sich etwa bei der Hälfte der über Sechzigjährigen nachweisen lässt: eine Vergrößerung der Prostata (benignes Prostatasyndrom, benigne Prostatahyperplasie). Bei den Siebzigjährigen sind es bereits 70 Prozent und bei den Achtzigjährigen rund 90 Prozent, bei denen die Prostata deutlich vergrößert ist. Ausgangspunkt ist ein hormonelles Ungleichgewicht, wodurch sich das Prostatagewebe zu vermehren beginnt. Weil die Harnröhre durch die Mitte der Prostata verläuft, zieht das abnorme Wachstum der Prostata mit der Zeit fast immer eine Einengung der Harnröhre nach sich: Der Harndurchfluss wird behindert und es stellen sich Probleme beim Wasserlassen ein. Ein verzögertes, im weiteren Verlauf meist unvollständiges Harnablassen (obstruktive Beschwerden), aber auch übermäßiger Harndrang (irritative Beschwerden) sind typische Krankheitszeichen. Problematisch sind vor allem die Folgeerscheinungen, die mit dem erschwerten Ablassen von Harn verbunden sind: Durch den verbleibenden Restharn in der Blase – der auch den ständigen Harndrang

verursacht – steigt das Risiko für Infektionen; außerdem kann es zu einem gefährlichen Rückstau von Harn bis hinauf in die Nieren kommen. Insbesondere die Blase ist einer immer größeren Belastung ausgesetzt, denn für sie ist der wachsende Druck beim Wasserlassen mit einem deutlichen Mehraufwand an Kraft verbunden. Mit der Zeit können folgenreiche Umbauprozesse der Blase in Gang gesetzt werden, an deren Ende oft die Entstehung einer Balkenblase steht. Hierbei haben sich die Muskelzüge balkenartig verdickt; außerdem kommt es häufig zu Aussackungen der Blasenschleimhaut zwischen den verdickten Muskelbündeln (Pseudodivertikel). Dadurch nimmt die Kontraktilität der Blase zu und der Auslasswiderstand ist erhöht. Dies hat eine Überaktivität des Blasenmuskels mit den klassischen Symptomen einer Dranginkontinenz zur Folge: Schon eine kleine Harnmenge genügt, um einen starken Harndrang auszulösen; dieser macht es meist unmöglich, rechtzeitig die Toilette aufzusuchen.

Regelmäßige Kontrolluntersuchungen

Probleme beim Wasserlassen und andere Beschwerden, die auf eine Veränderung der Prostata hinweisen, sollten grundsätzlich ernst genommen werden und Anlass für einen Besuch beim Urologen sein. Noch besser ist es, regelmäßige Kontrolluntersuchungen wahrzunehmen, denn gerade eine bösartige Prostataerkrankung ruft im Frühstadium in der Regel keine Beschwerden hervor.

Knapp 60.000 Männer in Deutschland erhalten jedes Jahr die erschreckende Diagnose Prostatakrebs. Und jährlich sterben 12.000 Patienten daran. Rechtzeitig erkannt und behandelt, sind die Heilungsaussichten jedoch gut.

Harninkontinenz nach einer Prostataoperation

Im Frühstadium einer bösartigen Prostataerkrankung steht meist die operative Entfernung der Prostata (Prostatektomie) als einzig hilfreiche Behandlungsmaßnahme an. Moderne Operationsmethoden erlauben heute eine risikoarme Vorgehensweise, von der sich der operierte Patient zudem relativ rasch wieder erholt. Allerdings: Wenn auch sehr viel seltener als früher, kann sich als postoperative Folge eine Harninkontinenz entwickeln. Denn nicht immer lässt sich vermeiden, dass der Verschlussmechanismus der Harnröhre Schaden nimmt – bedingt durch die anatomische Besonderheit, dass die Harnröhre durch die Prostata verläuft. Die Folge: Übersteigt der Blasendruck den Ruheverschlussdruck der Harnröhre, ist ein ungewollter Harnabgang die Folge – das typische Symptom der Belastungsinkontinenz. Deshalb wird betroffenen Männern inzwischen empfohlen, bereits unmittelbar nach der Prostataoperation mit einem gezielten Beckenbodentraining zu beginnen. Auf diese Weise kann das Versagen des Verschlussmechanismus gut kompensiert und die Kontinenz weitgehend wiederhergestellt werden.

Von der Ursache hängt die Therapie ab!

Abhängig davon, welche Ursache im Einzelnen zugrunde liegt, wird eine Harninkontinenz in verschiedene Formen (siehe Seite 53) eingeteilt – ein unverzichtbarer Bestandteil der ärztlichen Diagnostik, die wegweisend für den weiteren Behandlungsgang ist. Nicht selten sind verschiedene Faktoren an der Entstehung einer Harninkontinenz beteiligt. Denn die Organgruppe „Harnapparat“ ist zwar, wie wir im Folgenden

zeigen werden, eine ausgesprochen effektive Funktionseinheit, doch haben Störungen in einem Bereich fast immer auch Auswirkungen auf die anderen Organe des Harnsystems.

Möchten Sie weiterlesen? Unser Buch erhalten Sie bei Ihrem Buchhändler
oder im Webshop des Mankau Verlags: www.mankau-verlag.de.