

**Arbeitskreis Nierentransplantation der DGU
15.11. – 17.11.2012 Aachen**

Inkontinenztherapien nach NTX

Karl Weigand



**Universitätsklinik und Poliklinik für Urologie
(Direktor: Univ. Prof. Dr. P. Fornara)
Universitätsklinikum Halle (Saale)**

UKH
Universitätsklinikum
Halle (Saale)

BES nach TX



- Blasenentleerungstörungen sind bei Patienten nach NTX häufig
- BES kann das NTX schädigen und zum NTX-Verlust führen
- BES müssen therapiert werden

Blasentleerungsstörungen sind nach NTX

Ursachen:

- BPH
- Kleinkapazitive Blase
- Harnröhrenveränderungen
- Z.n. Interventionen im Urogenitaltrakt
- (z.B. RPVE, Hysterektomie,...)
- Vesikulocele
- Prolaps
- Neurogene BES

Diagnostik I



Anamnese!

- Miktion
- Operationen
- Begleiterkrankungen

Diagnostik II



- Ultraschall
- Restharn
- Miktionsprotokoll
- Belastungstest
- Uroflowometrie
- Urethrocystogramm
- Refluxausschluß
- Videourodynamik
- Cystoskopie mit vaginaler Einstellung

Therapie I

Inkontinenz nach operativen Eingriffen (TUR-P, offene Adenomektomie, RPVE):

- Skopie in Resektionsbereitschaft, ggf. Narbengewebe und funktionelle Beeinträchtigungen beheben
- Beckenbodengymnastik, Elektrostimulation
- Medikamentöse Therapie (Alpha- Sympathomimetika, Östrogene)
- Defluxinjektion
aber Gefahr der Immunaktivierung, Therapie muß wiederholt werden

Therapie I



- Artifizierter Sphinkter
- Sphinkter sollte nicht die gesamte Harnröhre umschließen
- Sphinkter sollte so wenig Druck wie möglich auf die Harnröhre ausüben

Fallbeispiel I



72 J Patient

Term. NI bei GN

Z.n. NTX 2004

Z.n. RPVE 2008 (pT2c G1 3+3 N0 R0 Vo)

Streßinkontinenz II – III°

Rez. HWI und PN im NTX

TX-Verschlechterung

Fallbeispiel I

- 2010 Implantation eines artifiziellen Sphinkters (AMI Atoms®)
- In den Kontrollen
 - max. Belastungsinkontinenz I° (wenige Tropfen in Vorlage)
 - Keine Wundheilungsstörung
 - Kein Restharn
 - UCG und Skopie unauffällig
 - Stabile TX Funktion
 - Keine HWI

Therapie II

Inkontinenz nach Hysterektomie, bei Prolaps und Vesikulocele

- Suspensionsplastik (offen/laparoskopisch)
- Anteriore, ggf. in Kombination mit posteriore (bei Rectocele) Kolporhaphie mit TOT

Fallbeispiel II



12 anteriore Plastiken
4 kombinierte Plastiken

- In den Kontrollen
 - Eine erneute Belastungsinkontinenz I°
 - Weitere Patientinnen kontinent
 - Keine erneuten HWI/PN
 - Stabile TX-Funktion
 - eine Wundheilungsstörung

Therapie III



Neurogene BES mit Urge- Inkontinenz

- Botulinum-Toxin A
- Neuromodulation

Fallbeispiel III



- 61J Patient
- Urge-Inkontinenz nach NTX
- RH bis 400ml
- Implantation eines Neuromodulators
- Nach 6 Monaten RH75ml

Ergebniss

Inkontinenztherapien können auf TX- Patienten übertragen werden und sind sicher

Aber:

- Enge Indikationsstellung
- Auf Befunde abgestimmtes Verfahren anwenden
- Testgerechte Antibiose
- Lokale desinfizierende Maßnahmen mehrere Tage vor Op beginnen
- Östrogenisierung vor transvaginalen Eingriffen
- Bestehende Immunsuppression beachten

Inkontinenztherapien nach NTX

- Therapie muß auf die Ursachen gezielt abgestimmt sein
- Falsche Therapie kann zu TX-Verlust führen
- Harnwegsinfekt muß testgerecht therapiert sein
- Besonderheiten der Immunsuppression sind zu beachten
- Gezielter Einsatz von alloplastischen Material