

Auf radikale operative In-
im Rahmen einer uroonk
Therapie muss eine fachs
urologische Anschlussre

Serie: Qualifizierte Nachsorge nach radikaler urologischer Tumorchirurgie

Teil 1: Harninkontinenz und Sexualfunktionsstörungen

Michael Zellner, David Ridderskamp, Rudolf Riedl

Radikale chirurgische Interventionen bei urologischen Tumorerkrankungen, allen voran radikale Prostatektomie und Zystektomie, stellen heutzutage urologische Routineeingriffe dar. Durch sie entstandene Funktionsstörungen und Komplikationen können mit einer fachspezifisch urologischen Nachsorge gehandhabt werden. In einer dreiteiligen Serie sollen die wichtigsten Aspekte der Nachsorge bei häufigen Folgen radikaler urologischer Eingriffe erörtert werden. Im ersten Teil liegt der Schwerpunkt auf Harninkontinenz und Sexualfunktionsstörungen.

Qualifiziertes perioperatives Management und subtile Operationstechniken haben die perioperative Frühmortalität und -mortalität nach radikalen urologischen Eingriffen auch bei Betagten und Hochbetagten in den letzten Jahren reduziert. Dabei darf jedoch nicht vergessen werden, dass es dennoch zu charakteristischen Folgen, Funktionsstörungen und Komplikationen kommen kann. Insbesondere bei

jüngeren Betroffenen ist nicht zuletzt wegen der verbesserten Langzeitüberlebensraten mit einer Zunahme von Langzeitfolgen und -komplikationen zu rechnen. Hier muss einer qualifizierten Kooperation zwischen niedergelassenen Urologen, akut intervenierenden Abteilungen und Kliniken sowie fachspezifisch urologischen Reha-Kliniken höchster Stellenwert beigemessen werden. Für das „Gesamt-Outcome“ invasiv behan-

delter urologischer Tumorpatienten muss diesem Thema darüber hinaus wachsende Beachtung innerhalb der urologischen Aus-, Port- und Weiterbildung geschenkt werden. Es darf nicht schon wieder der Fehler begangen werden aus unbedachter Interesslosigkeit von primär operationsmotivierten Fachvertretern, diese wichtige urologische Subdisziplin der qualifizierten Nachsorge nach radikaler urologischer Tumorchirurgie anderen Fachgruppen zu überlassen.

Der akut versorgenden Klinik sind für eine umfassende postoperative Versorgung sehr oft infrastrukturelle, personelle und administrative Grenzen gesetzt. Im Bereich der niedergelassenen Urologie sind es nicht zuletzt budgetierte Ressourcen (Physiotherapie, Heilmittel!), die ein umfassendes, qualifiziertes Therapiekonzept ambulant nahezu unmöglich werden lassen. Durch die Ein-

leitung einer postinterventionellen, fachspezifisch urologischen Anschlussheilbehandlung oder Rehabilitationsmaßnahme, können negative Folgen der Erkrankung und/oder eines invasiven Therapieverfahrens in optimaler Weise gemindert und die Erwerbsfähigkeit oder Selbstständigkeit sowie die Wiedereingliederung in das bisherige soziale Umfeld des Betroffenen zeitnah und möglichst weitgehend realisiert werden. Die anschließende fachspezifische Tumornachsorge und fortgesetzte Betreuung wird mit höchster Qualität durch den weiter betreuenden (niedergelassenen) Urologen sichergestellt.

Instrumentelle Harnableitung und Urostomieversorgung (Stoma care)

Kontinente Harnableitung: Ileum-Pouch und orthotope Neoblase

Bei Anlage kontinenter Stomata (Pouchblasen) und pathologischer Restharnbildung bei Neoblase - bei knapp 10 % der Männer [1] und 58 % der Frauen [2] -, sollte die Durchführung des intermittierenden Katheterismus in ausreichender Frequenz und adäquater - steriler - Technik überprüft, gegebenenfalls indiziert und bis zu sicherem Beherrschen (nach-)geschult werden. Durch die Bereitstellung verschiedener Kathetersysteme (Spitze, Beschichtung, Gleitmittelanwendung etc.) sollten Anwender das für den individuellen Einzelfall am besten geeignete System durch Erprobung ermitteln.

Versorgung nächtlicher Inkontinenz bei orthotoper Neoblase

Nach Anlage einer orthotopen Neoblase kann gute Tageskontinenz durch ein qualifiziertes multimodales Kontinenztraining rasch erreicht werden. Als stark störend wird eine mitunter jedoch länger persistierende nächtliche Inkontinenz erlebt, unter anderem infolge der fehlenden sensorische Rückmeldung des Füllungszustandes und der nächtlichen Relaxation der Verschlussmuskulatur. Daneben kommt es aufgrund der gesteigerten Sekretion von freiem Wasser durch die Schleimhaut des Harnreservoirs zu einer teilweise erheblichen nächtlichen Volumenbelastung der Neoblase. Die noch immer weit verbreitete

Praxis nächtliche Kontinenz durch Wecken in ein- bis zweistündlichen Intervallen zu erreichen, führt zu einer starken Beeinträchtigung des physiologischen Schlafverhaltens (Chronodisruption!). Störende Tagesmüdigkeit mit reduzierten kognitiven Funktionen, reduzierter Leistungsfähigkeit und erhöhtem Unfallrisiko sind anerkannte Folgen. Darüber hinaus wird langfristig ein erhöhtes Malignomrisiko diskutiert (3, 4).

Therapeutisch empfiehlt sich bei Männern nachts ein Kondomurinal. Mit zunehmender Beckenbodenkompetenz und Tageskontinenz im Rahmen des multimodalen Kontinenztrainings, verbessert sich oftmals auch die nächtliche Kontinenz. Im weiteren Verlauf kann in der Regel bald auf das Kondom verzichtet werden. Bedauerlicherweise gibt es bislang kein adäquates Pendant für die Anwendung bei der Frau.

Im Gegensatz zu der postoperativen Situation bei Männern, kommt es bei Frauen in bis zu 50 % [5] der Fälle zu einer Hyperkontinenz, infolge derer die Frauen zur Blasenentleerung auf den intermittierenden Katheterismus angewiesen sind. Gerne möchten wir gerade bei Frauen die Diskussion tatsächlicher Vorteile einer Neoblase im Vergleich zur Conduit-Anlage oder gegebenenfalls zur kontinenten Harnableitung über katheterisierbaren Pouch, was nicht zuletzt bei älteren und mobilitätsgestörten Frauen den Katheterismus beziehungsweise die Versorgung vereinfachen würde, anregen.

Stomaversorgung bei Ileum-Conduit und Ureterokutaneostomie

Bereits in der frühen Phase der Rehabilitation gilt es, den Patienten mit den Besonderheiten und der selbstständigen Versorgung sowie der Behandlung möglicher Schwierigkeiten und Komplikationen vertraut zu machen. Besonders sollte darauf hingewiesen werden, dass es sich bei dem Vorgang der Stomaversorgung um einen sauberen und keinen sterilen Prozess handelt. Dadurch kann eine oft latent vorhandene Angst und innere Ablehnung der Selbstversorgung beseitigt werden. Der Patient sollte die Möglichkeit erhalten, aus den verschiedenen angebotenen Systemen, das für seine individuelle Versorgung am besten

geeignete auswählen zu können. Eine sichere selbstständige Versorgung gewährleistet bestmögliche Lebensqualität und geringe Abhängigkeit vom unmittelbaren sozialen Umfeld. Besonders zu achten ist auf trockene und gesunde peristomale Hautverhältnisse. Es kann nicht oft genug betont werden, dass bereits die sorgfältige präoperative Planung der Stomalokalisation und eine intraoperativ hochwertige Stomaanlage mit prominentem Nippel extrem bedeutsam sind, um spätere, applikationsbedingte Komplikationen der Beutelversorgung zu minimieren.

Insbesondere nach Abschluss der frühen postoperativen Phase kann die permanent latente Angst vor einer peinlichen Stomaleckage, vor allem bei beruflicher und/oder privater körperlicher Aktivität, Lebensqualität und Teilhabe der Patienten empfindlich stören. Im Gegensatz zu der noch immer weit verbreiteten Meinung, führen moderne Stomabandagen aus hochelastischem Material, eingearbeiteten Stabilisierungsstäben und konsekutiv optimaler Anpassung mit faltenfreiem Sitz nicht zu einer Atrophie der abdominellen Muskulatur. Sie können vielmehr die Bauchwand unterstützen, das Stoma sicher zu fixieren und darüber hinaus vor der Entstehung stomaler Hernien schützen.

Nicht zuletzt aus Schamgründen vermeiden vor allem männliche Stomaträger öffentliche Schwimmbadbesuche und Strandurlaube, da es nicht möglich ist, die Stomaversorgung durch einen Badeanzug zu kaschieren. Abhilfe können spezielle Stomabandagen aus neoprenartigem Material schaffen, die im Bedarfsfall den Stomabeutel zusätzlich wasserdicht in einem Reservoir aufnehmen können. Werden über der Stomabandage gegebenenfalls ergänzend Gewichte zur Wassergymnastik getragen, ist die Stomaversorgung als „Aqua-Jogger“ nahezu überhaupt nicht mehr zu erkennen.

Störungen der Sexualfunktion

Sexuelle Aktivität ist ein wichtiger Faktor für die Lebensqualität und seit 2006 in den Kriterien der Weltgesundheitsorganisation für Gesundheit verankert. Sexuell aktive Patienten leben länger und gesünder. Zurückzuführen ist dies

unter anderem auf gesundheitsfördernde endokrine Prozesse während des Orgasmus, zum Beispiel die Freisetzung von Oxytocin, Dopamin, Endorphinen, Kortisol und Immunglobulinen mit positiven Effekten auf Psyche, Schmerz-wahrnehmung und Immunsystem [6].

Erektile Dysfunktion

Nicht nur die Beeinträchtigung der Kontinenz, sondern vor allem eine gestörte Sexualfunktion nach radikaler Tumor-intervention, wird von vielen Betroffenen als die Lebensqualität stark beeinträchtigender Faktor erlebt [7]. Durch zunehmend subtilere Interventionsverfahren wie dem bilateralen Erhalt relevanter neurovaskulärer Strukturen kann die spontane Erektionsfähigkeit bei einem immer höher werdenden Anteil von Behandelten erhalten werden. Diese spontane Erektionsfähigkeit kann jedoch nicht in jedem Fall in nahem Zeitabstand zu der Radikaloperation erwartet werden. Mitunter muss mit einer Latenz von einem Jahr und länger gerechnet werden [8]. Um degenerative Veränderungen des Schwellkörpers mit zunehmender Fibrosierung zu verhindern, sollte baldmöglichst postoperativ mit einer adäquaten Schwellkörperrehabilitation durch wiederholte Erektionsversuche mit mechanischen Hilfsmitteln oder chemische Schwellkörperstimulation, zum Beispiel mit PDE-5-Inhibitoren begonnen werden [9].

Auch wenn die Behandlungsmöglichkeiten in den letzten Jahren, nicht zuletzt durch die Einführung von PDE-5-Inhibitoren, eine deutliche Verbesserung erfahren haben, gibt es noch immer keine „optimale“ Therapie. Vielmehr muss der behandelnde Arzt aus den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten - PDE-5-Inhibitoren, Vakuumerektionshilfssystem (VEHS), Schwellkörperautoinjektionstherapie (SKAT), „Harnröhrenzäpchen“ („medicated system for erection“, MUSE) und Penisprothetik - versuchen, die individuell geeignete Option für den Patienten zu wählen. Dabei sollte unbedingt vermieden werden, eigene Vorurteile und Bewertungen hinsichtlich der Indikation und Eignung zur Behandlung auf den Patienten zu projizieren. Die meisten Männer akzeptieren zwar nach Diagnose einer Malignerkrankung nach entsprechender Aufklärung einen sehr wahrscheinlichen Verlust der Erektionsfähigkeit und argumentieren mit einem meist ohnehin abgeflachten Sexualleben. Trotzdem führt der, zumindest passagere, Verlust der erektilen Potenz zu einer mitunter erheblichen psychosozialen Beeinträchtigung (10). Etwa zwei Drittel der Männer reagieren auf den „Verlust der Männlichkeit“ mit einem verringerten Selbstbewusstsein. Zu einer Beeinträchtigung der Partnerschaft kommt es bei circa einem Drittel und zu einer Beendigung der Beziehung aufgrund der Potenzstörung bei ungefähr einem Fünftel. Nicht selten werden auch Alterationen in den alltäglichen Beziehungen zu Freunden und Kollegen beschrieben (11). In der frühen Phase postinterventionell wird die gestörte Sexualität von der überwiegenden Zahl der Betroffenen noch nicht in diesem Ausmaß erlebt. Genießt prä-interventionell meist der Wunsch nach kurativer Therapie oberste Priorität, bedingt postinterventionell eine mehr oder weniger ausgeprägte Kontinenzstörung die vordergründigste Beeinträchtigung der Lebensqualität. Nach Abklingen dieser akuten Belastungen im Zusammenhang mit Diagnosestellung und invasiver Therapie gewinnt jedoch das Thema erektile Dysfunktion zunehmend an Bedeutung und erreicht zumindest wieder den Stand des präoperativen sexuellen Interesses. Darüber und über potenzielle Folgen einer prolongierten Schwellkörperrehabilitation (Corpus-Fibrosel) sollten die Betroffenen frühzeitig post-interventionell informiert werden. Der Beratungsbedarf ist groß.

In einer konsekutiven Behandlungsserie von 1.584 Patienten (Durchschnittsalter 64,7 (37-82) Jahre) nach radikaler Prostatektomie haben 97,3 %, unabhängig von Alter, Kontinenzgrad, Tumorausdehnung und erektionsprotektiver Durchführung der Operation, das Angebot einer freiwilligen Beratung über mögliche Behandlungsoptionen wahrgenommen. 1.112 der Patienten (72,2 %) haben in der Folge Termine zu einem oder mehreren Behandlungsversuchen mit PDE-5-Inhibitoren, VEHS, MUSE oder Schwellkörperinjektionstherapie (SKIT)/SKAT vereinbart. 472 Patienten (29,8 %) lehnten eine weitere Behandlung ab [12].

Als möglichen Grund für diesen hohen Beratungsbedarf zitieren Zettl und Hartlapp (13) einen 69-jährigen Patienten nach radikaler Prostatektomie: „... Eigentlich sollte es kein großer Verlust sein, dass ich nach der Therapie keine Erektion mehr bekommen kann, weil ich nur noch sehr selten mit meiner Frau schlafe. Aber das Gefühl, dass ich könnte, wenn ich wollte, war mir immer sehr wichtig.“

PDE-5-Inhibition: Zweifellos wurde mit Einführung der PDE-5-Inhibitoren ein Meilenstein in der Therapie der erektilen Dysfunktion gesetzt. Allerdings ist die initiale Euphorie, alle von einer Erektionsstörung geplagten Männer behandeln zu können, der Einsicht gewichen, dass es neben Betroffenen ohne Leidensdruck, auch Patienten gibt, die auf eine Behandlung nicht ansprechen, bei denen Kontraindikationen bestehen oder die sich die Behandlung nicht leisten können oder wollen - obwohl sich die Kosten seit der Verfügbarkeit generischer Wirkstoffe deutlich reduziert haben. Außer bei Medikamenten, die einmalig zur Diagnostik eingesetzt werden, umgeht nahezu kein Kostenträger die gesetzlichen Regelungen und erstattet eine medikamentöse Behandlung der erektilen Dysfunktion. Trotz zunehmend subtilerer nerverhaltender Operationstechniken muss darüber hinaus von einer Latenz der Wirksamkeit der PDE-5-Inhibitoren von Wochen bis Monaten trotz regelmäßiger Einnahme ausgegangen werden.

Für viele Non-Responder einer PDE-5-Inhibition, insbesondere nach invasiver Tumorthherapie im Bereich des kleinen Beckens, stellt sich daher die Frage einer wirksamen Alternative. Beide Partner sollten, optimalerweise in entspannter Atmosphäre, über die verfügbaren alternativen Behandlungsoptionen informiert werden. Für die Akzeptanz mitentscheidend sind nicht zuletzt die Möglichkeit diese Option praktisch zu erproben sowie die sichere Handhabung des jeweiligen Verfahrens zu erlernen.

SKIT und SKAT: Die Indikation zur Schwellkörperstestung wird nicht nur zur Demonstration des Verfahrens, sondern auch zur simultanen Evaluierung der penilen Perfusion im Sinne eines se-

kundärpräventiven Ansatzes bei koinzidenten Risikofaktoren gestellt. Entgegen dem unverändert hohen Stellenwert bei Urologen, ist die Akzeptanz bei den Patienten, insbesondere als dauerhafte Therapieform, eher als überschaubar einzuschätzen. Aus einer nicht selektierten Gruppe von 1.584 Männern nach radikaler Prostatektomie haben sich 100 (9,0 %) nach Beratung einer SKIT unterzogen. Eine verkehrsfähige Erektion (E4 oder ES) haben 44 (44 %) der 100 untersuchten Patienten erreicht. 19 Anwender (19 %) hatten keine Beschwerden bei der Durchführung oder im Anschluss, zwölf (12 %) empfanden geringe oder leichte Beschwerden. Das Verfahren als unangenehm oder schmerzhaft bewerteten 36 (36%) und als stark schmerzhaft 15 Patienten (15%). 22 Patienten (22 % der Getesteten, 2,0 % aller Patienten mit Behandlungswunsch) haben sich in der Folge für die Einstellung auf eine SKAT entschieden. Hauptursache für die Nichtanwendung der Methode waren - trotz Aufklärung über nachlassende Beschwerden und Schmerzen bei fortgesetzter Durchführung - Missempfindungen oder Schmerzen (12).

MUSE: Trotz der, zumindest theoretisch, einfacher erscheinenden urethralen Anwendung von Alprostadil, ist die Akzeptanz des zwischenzeitlich wieder verfügbaren Systems (Abb. 1) nicht besonders hoch. 117 Patienten (10,5 %) haben die Anwendung versucht [12]. Davon haben knapp 50 % über eine verkehrsfähige Erektion berichtet. Als charakteristische Nebenwirkungen wurden urethrale Schmerzen und leichte Blutungen angegeben.

VEHS: Anders als in Deutschland, wo die SKAT lange Jahre bei entsprechender Morbidität als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung galt, musste die Behandlung in den USA stets selbst finanziert werden. Als kostengünstige, nebenwirkungsarme und effektive Therapie erreichten Vakuumpumpen in den USA eine rasche Verbreitung. In Europa ist ihr Einsatz noch immer als verhältnismäßig gering zu bewerten. Ursächlich hierfür waren sicherlich auch hämodynamische Untersuchungen. Durch Vakuumsysteme erzeugte Erektionen wurden

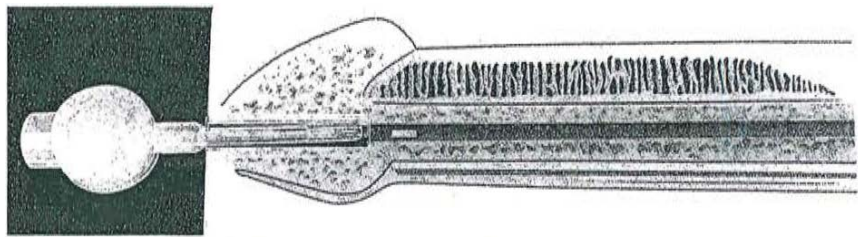


Abb. 1: Medicated Urethral System for Erection (MUSE)

wegen der begleitenden Hypoxämie und prololgierten Azidose als unphysiologisch betrachtet. Mittlerweile konnte jedoch nachgewiesen werden, dass auch eine Vakuumtherapie die spontane Erektionsfähigkeit verbessern kann. Dies unterstützt die Annahme, dass nicht nur pharmakologisch, sondern auch mittels Vakuumtherapie ein postoperatives Schwellkörpertraining eine verbesserte Erektionsfähigkeit fördern kann [13].

Für ein befriedigendes Sexualleben mithilfe eines VEHS sind emotionale Akzeptanz und sichere Handhabung elementar. Nicht selten berichten Patienten, die bereits ein VEHS verordnet bekommen, dass sie mit der Therapie nicht zufrieden wären. Infolge der Bitte, das System mitzubringen, um die Anwendung noch einmal zu besprechen, wird nicht selten ein unbenutztes, original verpacktes System vorgelegt, das von den Patienten nicht zusammengesetzt werden kann. Häufig wird auch das „mechanisch unerotische“ Medizinprodukt abgelehnt, während es nach entsprechender Beratung und Schulung als „Sexspielzeug“ von beiden Partnern problemlos akzeptiert werden kann [12].

Die Handhabung sollte optimalerweise mit dem Patienten und gemeinsam mit der Partnerin erprobt werden (Abb. 2). Die Rate erfolgreicher Erektionen wird mit etwa 60 % angegeben. Von den 38 % der Patienten mit Anwendungswunsch VEHS, haben sich knapp 21 % für die Verordnung eines Systems zur häuslichen Anwendung entschieden [12].

Als häufigste Nebenwirkung der Vakuumtherapie nach radikaler Prostatektomie wird eine schmerzhafte Erektion angegeben. Dabei wird primär die Erektionsauslösung durch das Vakuum, weniger der Konstriktionsring als schmerzhaft empfunden. Als schmerzhaft empfinden nahezu ausschließlich diejenigen Patienten die Prozedur, bei denen auch keine ausreichende Erektion erreicht wird. Drei Patienten mit primär ungenügender Erektion (E1, E2) und zehn Patienten mit leidlich genügender Erektion (E3), baten dennoch um Verordnung des VEHS zum Schwellkörpertraining. Abgesehen von einem Fall (E1), wollten ausschließlich Patienten die Verordnung eines VEHS, bei denen das Verfahren auch bei der ersten Anwendung schmerzfrei durchzuführen war. An weiteren Neben-

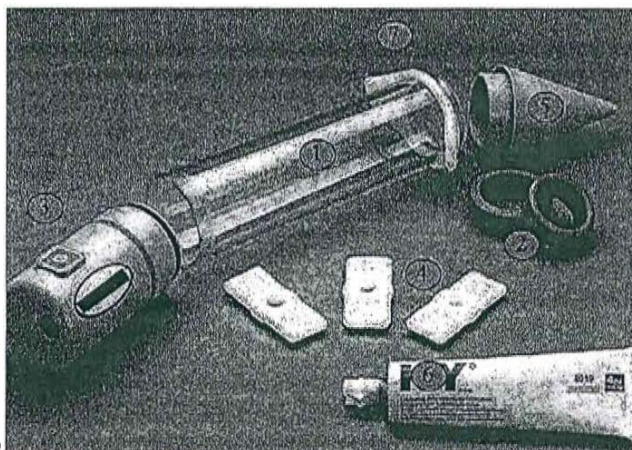


Abb. 2 Elektrisch betriebenes Vakuumerrektionshilfesystem (VEHS), zerlegt. Es besteht aus einem durchsichtigen Kunststoffzylinder (1), Dichtungsringen (2), einer manuell oder elektrisch zu bedienenden Pumpe (3) und einer Auswahl an Konstriktionsringen (4), einem Kegel (5) zum Aufbringen der Konstriktionsringe sowie Gleitgel (6).

wirkungen wurden in absteigender Häufigkeit genannt: Petechien/Hämatome, Kältegefühl und Sensibilitätsstörung im Penis und Skrotalhautaspiration. In Einzelfallberichten werden Paraphimosen, Hautnekrosen und Hyperpigmentierung der Penissehahthaut genannt. Auch unter Antikoagulation kommt es zu keiner Häufung von Komplikationen. Insgesamt kann die Vakuumtherapie als sehr nebenwirkungs- und komplikationsarme Behandlung betrachtet werden [12].

Generell zeigen sich bei der Sexualberatung nach invasiver Tumorthherapie noch immer eine Vielzahl von Fehleinschätzungen seitens der Betroffenen und ihrer Partner. Noch immer bestehen für die Verordnung eines PDE-5-Inhibitors, vor allem für das erste zugelassene Produkt, erhebliche Ressentiments, da nicht selten sowohl die Patienten als auch die Partnerinnen die Medikation als vermeintlich gesundheitsschädlich und gefährlich einstufen. Die bei Beachtung der Kontraindikationen sehr sichere Anwendung der PDE-5-Inhibitoren, hat das breite Bevölkerungsbewusstsein noch nicht erreicht.

Mitunter liegen die Gründe für die Ablehnung einer Erektionsbehandlung weniger bei dem Rehabilitanden als bei seiner Partnerin. In Begleitung der Partnerin entscheidet bei der Beratung, ob und welche Therapie eingeschlagen wird, oftmals nicht der Patient. Vor allem der Vorschlag einer SKAT wird häufig von den Partnerinnen als „unangenehm für den Mann“ abgelehnt.

Sexualität der Frau nach invasiver onkologischer Therapie

Da es bei Frauen im Gegensatz zu der männlichen Erektionsstörung keine offensichtliche organische Einschränkung der Sexualität und keinen „organischen“ Therapieansatz gibt, ist anzunehmen, dass die sexualmedizinische Betreuung und Rehabilitation weiblicher Patienten nach invasiven Interventionen, bisher nicht in optimalem Umfang erfolgt. Auch bei Frauen sind die Ursachen von Sexualfunktionsstörungen nach onkologischen Erkrankungen multifaktoriell. Neben Körperschemastörungen, zum Beispiel durch Narben oder sichtbare Stomaversorgung spielen hormonelle Veränderungen, beispielsweise nach

Ovarektomie im Rahmen der vorderen Exenteration oder vorzeitig einsetzender Menopause nach Chemo- oder Radiotherapie eine wesentliche Rolle. Folgen sind klimakterische Beschwerden, Libidoreduktion oder Libidoverlust. Progressive Vaginalatrophie, gegebenenfalls in Kombination mit postoperativer Vernarbung oder Resektion der vorderen Vaginalwand, können zu Dyspareunien führen und die penilen Immissio unmöglich machen [14].

Die bei gesunden postmenopausalen Frauen beobachtete Libidoreduktion sollte bei **einem** Durchschnittsalter zyklotomierter Frauen von circa 66 Jahren [15] die behandelnden Ärzte keinesfalls zu der Annahme verleiten, dass kein Bedarf an Sexualberatung bestehen würde. Allein die Beobachtung, dass über 60-Jährige, in stabilen Beziehungen lebende Frauen deutlich häufiger Sexualkontakte pflegen als 30-jährige Singles bestätigt, dass Beratung und Behandlung beeinflussbarer Interventionsfolgen, zum Beispiel eine Hormonersatztherapie, essenzieller Bestandteil der Rehabilitation bei Patientinnen nach radikalen Eingriffen sein sollte, um Qualität der Partnerschaft und (sexuelle) Gesundheit beider Partner zu bewahren (6). Fakt ist derzeit allerdings noch immer, dass von den 80 % der Frauen nach invasiver onkologischer Intervention mit Informationswunsch zum Thema Sexualität, lediglich 25 % diesen Wunsch im ärztlichen Gespräch aktiv artikulieren [16].

Orientierung bei der Beratung bietet zum Beispiel das Modell PLISSIT („permission, limited information, specific Suggestions, intensive therapy“). Wird ein Gesprächswunsch bestätigt, werden zunächst individuelle Schwierigkeiten und Probleme der Patientin und gegebenenfalls des Partners thematisiert und Behandlungsvorschläge erörtert. Häufig können bereits dadurch mentale Blockaden und Fehlvorstellungen, vor allem infolge ungenügender Informationen über Erkrankung und Therapieauswirkungen, sowie angenommene und nicht immer reale Auswirkungen auf die sexuelle Aktivität beseitigt und Ängste genommen werden. Konkrete Lösungsvorschläge können beispielsweise Gleitgel oder eine lokale Östrogenbehandlung bei Lubrikationsstörungen sowie Vibratoren bei re-

duzierter vaginaler Sensibilität oder Vaginaldilatoren bei Vaginalstenosen sein. Daneben können verschiedenartige Hilfsmittel dazu beitragen, Störungen der Körperbildwahrnehmung auszugleichen, zum Beispiel Slips mit eingenähten Stoffbeuteln aus slipähnlichem Material zum Verdecken eines Stomabeutels. Im Rahmen der intensivierten Therapie können bei Bedarf weitergehende Maßnahmen aus dem Bereich der Sexual- oder Verhaltenstherapie initiiert werden [6, 16, 17].

Auch bei Frauen mit geringem Interesse an genitaler Sexualität ist Sexualberatung sinnvoll. Gerade nach der Diagnose einer ersten Erkrankung und invasiver Therapie besteht trotz fehlendem Wunsch nach penetrierendem Geschlechtsverkehr oftmals gesteigertes Bedürfnis nach Zärtlichkeit und Körperkontakt. Die Beratung kann helfen, diese Bedürfnisse bei der Patientin bewusst werden zu lassen und Hilfestellung zur Vermittlung an den Partner zu geben [16].

Zusammenfassung

Radikale operative Interventionen zählen mittlerweile zum Standard in der urologischen Therapie. Bei charakteristischen Funktionsstörungen der frühen postoperativen Phase wie Harninkontinenz und Sexualfunktionsstörungen, kann vor allem im Rahmen einer postoperativen fachspezifisch urologischen Anschlussrehabilitation zufriedenstellende Linderung oder Abhilfe geschaffen werden. Aufgrund der immer besser werdenden onkologischen Krankheitskontrolle, gilt es bei einer immer langlebigeren Patientenklientel charakteristische Operationsfolgen und -komplikationen im Langzeitverlauf, vor allem auf metabolischem Gebiet, durch adäquate Nachsorge zu prävenieren, frühzeitig zu erkennen und erfolgreich zu behandeln.

Literatur

www.springermedizin.de/uro-news



Dr. med. Michael Zellner
Abteilung Urologie |
Neuro-Urologie
Johannesbad Fachklinik
Bad Füssling
Johannesstr. 2
94072 Bad Füssling
E-Mail: michael.zellner@johannesbad.de