

Tabu-Thema Urologie: Münchner Ärzte bieten neue Therapien für männliche und weibliche Patienten an

Die Blasen-Konstrukteure

Die Methode zum Bau einer künstlichen Harnblase wurde in München entwickelt – mittlerweile können auch Frauen operiert werden

Von Elke Reichart

Der Moment, in dem Anton B. die Panik packte, kam 15 Jahre nach der Operation. Jemand schob ihn am Ellenbogen hinaus in einen unbarmherzigen Lichtspot, er blinzelte, erkannte nichts und fühlte sich erbärmlich: „Allein gelassen und unsicher wie nie zuvor.“ Dann aber brach um ihn herum Beifall auf, anerkennendes Händeklatschen, das gar nicht enden wollte: Anton B., technischer Angestellter aus Dachau, war der gefeierte Ehren-gast einer Festveranstaltung von Urologen. Sie ehrten ihn als Person der Medizin-geschichte.

Als weltweit erster Patient hatte B. 1983 in München eine Ersatzblase kon-

SZ-Serie (Folge 13)

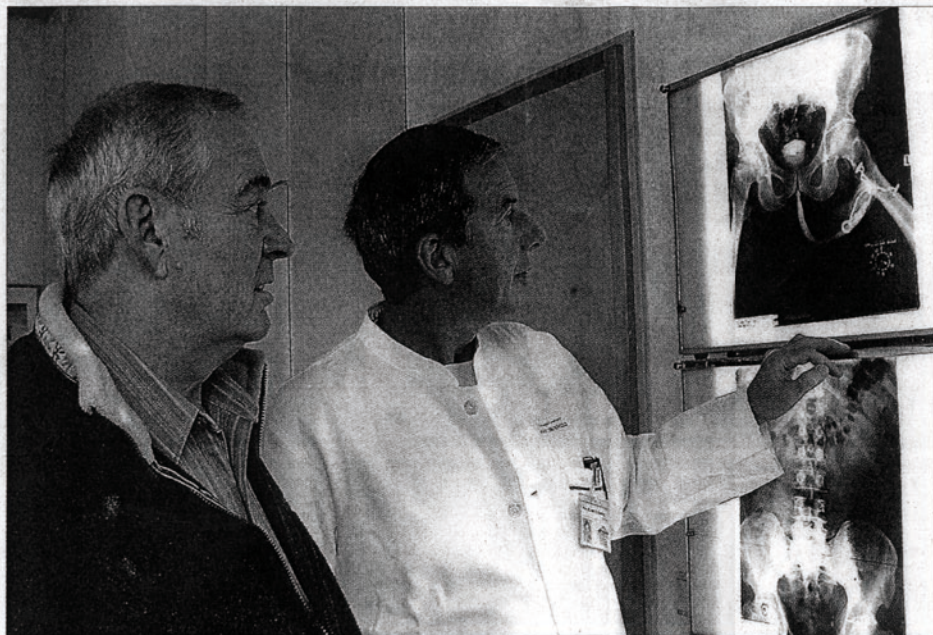
Die neue Chirurgie

Moderne Medizin in München

struiert bekommen, mit der er bis heute gut lebt. Die Operation ist inzwischen zur Routine geworden, in jedem Jahr werden überall in der Welt neue Varianten des Eingriffs entwickelt. Die schonendste und derzeit erfolgreichste kommt aus Ägypten – auf sie setzen auch die Münchner Spezialisten.

Zur Ersatzblasen-Operation raten die Urologen in der Regel nach der Diagnose „Blasenkarzinom“. Bei dem damals 44-jährigen Anton B., der mit Verdacht auf Nierenbeckenentzündung in die Sprechstunde kam, wurde indes kein Tumor, sondern eine „tuberkulöse Schrumpfbhase“ entdeckt – die Prognose war genauso niederschmetternd: Operation und „Stoma“, also das Anlegen eines Katheters, an dessen Ende ein Urin-Beutel befestigt war, durch einen künstlichen Ausgang in der Bauchdecke. Lebenslanglich.

„Schlimmer kann es gar nimmer kommen“, dachte Anton B. resigniert und willigte sofort ein, als ihn Professor Albrecht Schilling die Möglichkeit einer neuen Operationsmethode der Konstruktion einer Ersatzblase, vorschlug. Der Münchner Mediziner, heute Chef der Urologie



Vor fast 20 Jahren baute Albrecht Schilling (rechts) seinem Patienten Anton Bauer (daneben) eine neue Blase – mit der dieser bis heute hervorragend lebt. Die Technik wurde seitdem enorm weiterentwickelt. Foto: Karlheinz Egginger

im Krankenhaus Bogenhausen, damals noch Oberarzt in der Thalkirchner Straße, experimentierte seinerzeit wie viele Kollegen überall in der Welt an der Entstehung einer „orthotopen Neoblase“. Heute sagt er: „Die Zeit war reif dafür, mehrere Kliniken standen kurz vor dem Durchbruch.“

Der Münchner war es schließlich, der beherzt die erfolgreichsten Experimente der vergangenen Jahre in einer elfstündigen Operation zusammenfasste, am heissesten Tag des Julis 1983, in einem Operationssaal ohne Klimaanlage. Noch im gleichen Jahr zogen die Kollegen nach. Inzwischen werden in der Literatur nicht weniger als 40 verschiedene Ersatzblasen-Techniken beschrieben.

Eine perfekte Ersatzblase muss drei Bedingungen erfüllen: Sie muss gute Reser-

voir- und Entleerungseigenschaften haben, sie muss die Kontinenz garantieren und sie muss die Nieren schützen. „Gebaut“ wird sie – heute in nur mehr viereinhalb bis sechseinhalb Stunden – aus verschiedenen Segmenten des Darms; hier haben die Operateure lernen müssen, flexibel zu sein. Immer wieder gibt es klinische Situationen, die durch spezifische, von der Routine abweichende Techniken gelöst werden müssen. Professor Schilling: „Kürzlich hatten wir einen Patienten mit Kurzdarm-Syndrom, das heißt: Sein Darm reichte nicht aus, wir mussten ein Teil des Magens heranziehen. Dieses Magensegment verliert jedoch seine typische Eigenschaft nicht – es produziert weiterhin Säure.“ Ein Problem, das mit der richtigen Medikation gelöst werden konnte.

Fortschritte bringen nicht nur die Tüfteleien am OP-Tisch, sondern auch der Blick über die Grenzen. An den Nil zum Beispiel: Die Ägypter haben die höchste Blasenkrebsrate der Welt vorzuweisen – schuld daran trägt die Bilharziose, der Nilwurm. Entsprechend groß ist der Druck auf die dortigen Wissenschaftler, immer wieder neue und schonendere Verfahren zu entwickeln. Schilling: „Vor vier Jahren haben die ägyptischen Kollegen eine Implantationstechnik der Harnleiter entwickelt, die beste Ergebnisse vorweist und von uns unverändert übernommen werden kann. Der Harnleiter bleibt dabei fast unverändert an seiner Originalstelle liegen – ein großer Vorteil.“

So eifrig die Fachärzte in den vergangenen zwei Jahrzehnten auch immer neue Techniken entwickelten – die Ergebnisse

ihrer Forschungen kamen zunächst doch nur männlichen Patienten zu gute. Auf den kompliziert gebauten weiblichen Beckenboden konnten die Forschungsergebnisse nicht übertragen werden. „1985 habe ich ein einziges Mal für eine krebserkrankte Patientin eine Ersatzblase geschaffen“, erinnert sich Schilling. „Es war eine Frau aus dem Iran, Anfang 40, die nach der Operation in die Heimat zurückkehren wollte. Dort hätte es für eine Frau mit einem künstlichen Ausgang niemals eine Nachsorge gegeben – ich musste mir etwas einfallen lassen.“ Schilling übernahm sein Wissen aus der „männlichen“ Chirurgie. Das Ergebnis – eine gut funktionierende Ersatzblase – hätte ihn eigentlich zufriedenstellen können. Doch es blieb für lange Zeit der einzige Eingriff dieser Art, auch publiziert hat er darüber nie: „Ohne Langzeitergebnis? Das wäre nicht seriös gewesen. Nur 13 Monate lang konnte ich die Patientin betreuen, dann kehrte sie in den Iran zurück, und ich habe nie wieder von ihr gehört.“

Seit zwei Jahren indes steht, mit guten Ergebnissen, nun auch die weibliche Ersatzblase auf dem OP-Programm vieler Kliniken, unter anderem auch des Krankenhauses Bogenhausen – ein großer Fortschritt der Medizin. Schilling: „Es gibt dafür zwei Gründe. Erstens haben sich die Kenntnisse über den ‚Verschlussapparat‘ der weiblichen Blase entscheidend verbessert. Und zweitens konnte durch die Fixierung von Kunststoffnetzen eine bessere Stabilität des Beckenbodens erreicht werden.“

Ansonsten unterscheidet sich die Operationstechnik kaum von der bei männlichen Patienten. Für beide Geschlechter gleichermaßen gilt, dass nach der Operation weiterhin aktiv am guten Funktionieren des neuen, künstlichen Organs gearbeitet werden sollte. Einmal pro Woche muss ein Katheter gelegt und gespült werden und alle drei Stunden, rund um die Uhr, heißt es: Ab auf die Toilette. Nachts wird dafür der Wecker gestellt. Denn der normale Druck auf die Blase ist weg, nun entscheidet die Uhr. „Darum gehe ich auch nicht mehr ins Fußball-Stadion“, sagt Anton B. lakonisch. „Sie wissen ja, wie’s da draußen immer zugeht – da kann’s eng werden. Aber es gibt wirklich Schlimmeres.“

Lesen Sie morgen: Wenn die Adern dicht machen – neue Methoden zur Behebung von Gefäß-Verengungen.

Ein Bändchen gegen Inkontinenz

Mit ihrem Arzt sprechen sie über alles – nur über die Probleme mit der Blase nicht: Harn-Inkontinenz ist für Frauen noch immer eines der größten Tabuthemen. Dabei können die Therapeuten das lästige Übel inzwischen in vielen Fällen beseitigen.TVT („Tension Free Vaginal Tape“) heißt die Methode, die aus Schweden kommt und seit 1998 auch in Deutschland – in München gleich in mehreren Kliniken – angeboten wird. „Weltweit wurden damit sehr gute Erfahrun-



Alexandra Humbert (l.) und Kirsten Miska helfen inkontinenten Frauen. F.: str

gen gemacht“, sagen Dr. Alexandra Humbert und Dr. Kirsten Miska, die im Klinikum Rechts der Isar die Urogynäkologische Sprechstunde leiten. „85 Prozent der Frauen sind danach wieder völlig kontinent, weitere 10 Prozent erfahren eine deutliche Besserung.“ Die Operation kommt nur in Frage, wenn zuvor die Indikation „Stress-Inkontinenz“ gestellt wurde – ein unter Belastung auftretender unfreiwilliger Urinverlust, vor allem beim Lachen, Springen, Laufen, Treppensteigen und Husten.

Der TVT-Eingriff geschieht unter örtlicher Betäubung. Unterhalb der Harnröhre wird durch einen kleinen Schnitt ein Kunststoff-Bändchen mit Hilfe eines Führungsstabs um die Blasenhalss gelegt. Durch zwei weitere kleine Schnitte in der Bauchdecke werden die Enden des Bandes nach außen geführt. Das Bändchen kann nicht mehr verrutschen, weil es sich wie eine Art Klettverschluss ins Gewebe hakt. Bei seiner Justierung muss die Patientin aktiv mitarbeiten – durch Husten oder Pressen bei gefüllter Harnblase: So können die Ärzte den Erfolg der Operation direkt überprüfen. Nur die kleinen Schnitte müssen anschließend genäht werden. Nach 20, anschl. 30 Minuten ist der Eingriff beendet. er