

Überaktive Blase

Hält die Therapie der Overactive Bladder, was sie verspricht?

Hält die Therapie der Overactive Bladder (OAB), was sie verspricht – das ist eine vielschichtige und nicht ganz einfach zu beantwortende Frage. Zum einen gibt es nicht «die» Therapie für die OAB, zum anderen kommunizieren wir als medizinisches Fachpersonal ja mit den Patientinnen und diskutieren nicht die Therapien an sich. Dieser Beitrag gibt eine Übersicht der verschiedenen Therapieoptionen.

+

Est-ce que les traitements pour la vessie hyperactive (OAB overactive bladder) sont aussi efficaces que souhaités ou promis? La réponse n'est pas si simple, car ce syndrome n'a pas qu'une seule thérapie reconnue – et nous les professionnels, nous ne communiquons pas sur des thérapies, mais avec les patient(e)s. L'auteure dans son article présente une revue des diverses options thérapeutiques.

Wahrscheinlich ist es sinnvoller zu fragen, ob die OAB-Therapie hält, was wir als medizinisches Personal versprechen, gibt es doch zahlreiche Studien die belegen, dass die Erwartungshaltung der Patientinnen einen Einfluss auf die Compliance hat. Schrauben wir die Erwartungen zu hoch, nach dem Motto «Diese Pille wird Ihre Blase für immer heilen!», ist die Enttäuschung gross, wenn der erwartete Erfolg sich nicht einstellt.

«Zwischen heut und morgen sind Grüfte und zwischen Versprechen und Erfüllen Klüfte», so der Dichter Al-Hariri (1).

Es ist sicherlich von Vorteil, realistische Erwartungen zu wecken, manchmal hilft es, sich bei der Therapie auf das störendste Symptom zu konzentrieren.

Die klassischen Symptome der OAB – imperativer Harndrang mit und ohne Inkontinenz, kleine Harnportionen und Nykturie – können individuell unterschiedlichen Störwert haben. Eine Nykturie von fünf Mal hat für eine 85-jährige Patientin, die nach den nächtlichen Miktionen nicht mehr einschlafen kann, weiter reichende Konsequenzen als eine Nykturie bei einem mittelalterlichen Mann.

Eine dreistufige Therapie ist sinnvoll

Die Therapie der OAB ist primär eine konservative Behandlung mit Blasentraining, Anticholinergika und einem in der Schweiz verfügbaren Betamimetikum (Betmiga®). Diese und die Botoxinjektion in den Detrusor via Zystoskopie als minimalinvasive Variante gehören mittlerweile in urogynäkologischen Zentren zur Standardtherapie.

Anticholinergika und Betamimetika können kombiniert werden, was gemäss aktueller Datenlage den Therapieeffekt verstärkt, ohne zusätzliche Nebenwirkungen mit sich zu bringen.

Blasentraining allein hat eine ähnliche Effektstärke wie Anticholinergika, wie eine Studie an Männern gezeigt hat (2). Es hat keine Nebenwirkungen und wird im Zentrum für Urogynäkologie, Frauenklinik



Prof. Dr. med. Annette Kuhn
Bern

Bern, durch spezialisierte Inkontinenzpflegefachfrauen durchgeführt. Die Patientinnen füllen vorgängig zuhause ein Blasentagebuch, in dem die Trinkmenge, Art der Getränke und die Miktionsmenge sowie die Miktionsfrequenz von der Patientin notiert wird. Miktionstagebücher sind schon oft sehr aufschlussreich und können auch zur Dokumentation des Therapieerfolges benutzt werden.

Anticholinergika können Nebenwirkungen haben, wie z.B. Mundtrockenheit, Verstopfung und insgesamt trockene Schleimhäute, die sehr störend sind und auch die Compliance negativ beeinflussen können.

Der Wirkspiegel kann durch gleichzeitige Gabe anderer Medikamente beeinflusst werden: Diese Interaktionen müssen bei Co-Medikationen berücksichtigt werden. Weiter ist zu beachten, dass auch Substanzen, die frei erhältlich sind oder zu den Nahrungsmitteln gehören, die Pharmakokinetik beeinflussen können (z.B. Johanniskrautpräparate, Grapefruitsaft).

Wieviel Effektstärke dürfen wir bei alleiniger anticholinergischer Therapie erwarten? Hier kann leider keine universelle Aussage getroffen werden. Je nach Studien gibt es eine Verringerung von 1–3 Miktionen in 24 Stunden und eine Vergrösserung der Blasenkapazität um mehrere Milliliter. Verstärkt werden kann dieser Effekt bei postmenopausalen Frauen durch topische Östrogene.

Eine Studie fand keinen synergistischen Effekt von Antimuskarinika und lokalen Östrogenen (3), eine andere Studie, die ebenfalls den Effekt von Tolterodine allein gegen Tolterodine mit vaginal appliziertem equinem Östrogen randomisiert verglichen hat, zeigte einen signifikanten Vorteil in der Gruppe mit Östrogenen hinsichtlich der Verbesserung der OAB (4).

In einem Review über 32 Studien mit über 6500 Patientinnen und einem Cochrane-Review-Artikel wurde der Effekt vaginal applizierter Östrogene untersucht. Dabei stellte sich heraus, dass eine höhere vaginale Östrogenapplikation (3 mg) im Vergleich zu niedriger Dosis (1 mg) Nykturie und Pollakisurie signifikant verbesserte. Kein Unterschied wurde hinsichtlich der vaginalen Applikationsart (Ring gegen Suppositorium) gefunden, bei einer signifikanten Verbesserung in beiden Gruppen (5). Ein anderer Review, der den Wert der Östrogene bei OAB analysiert, rät von einer systemischen Östrogentherapie insbesondere wegen potentieller Nebenwirkungen sehr klar ab und unterstützt ebenfalls die vaginale Gabe von Östrogenen (6).

Die OAB wird medikamentös hauptsächlich mit oral applizierten Medikamenten behandelt. Bei komplizierten Fällen, die auf eine orale The-

rapie nicht ansprechen, oder beim Auftreten intolerabler Nebenwirkungen besteht die Möglichkeit der intravesikalen Applikation der Medikamente. Hierbei können Anticholinergika (z.B. Oxybutynin) direkt am Detrusor ihre Wirkung entfalten. Die intravesikale Therapie sollte erst nach erfolgtem Blasen- und oraler Medikation diskutiert werden, weil sie eine Katheterisierung notwendig macht und damit invasiver ist.

Oxybutynin

Durch vesikal appliziertes Oxybutynin lässt sich die maximale Blasenkapazität erhöhen. Es wirkt nicht nur antimuskarinergerg in ähnlicher Effektivität wie nach oraler Applikation, sondern auch direkt muskelrelaxierend und hat lokal anästhetische Wirkung.

Über einen sterilen Katheter sollten 5 mg Oxybutynin HCL gelöst in 30 ml NaCl instilliert und über mindestens 15 Min. gehalten werden.

Ideal ist es für die intravesikale Therapie, wenn die Patientin den intermittierenden Selbstkatheterismus durchführen kann. Sie wird instruiert, sich die Lösung mit 20 mg Oxybutynin, welches zermörsert und in 100 ml NaCl 0.9% gelöst wird (keine sterile Lösung notwendig, Herstellung in Apotheken als Magistralrezeptur auch möglich), sich selbst zu instillieren. Diese Lösung wird täglich intravesikal eingespritzt und sollte solange wie möglich behalten werden, die Menge der instillierten Lösung richtet sich nach der Blasenkapazität. Die Therapie wird über vier Wochen durchgeführt und der Therapieerfolg sollte danach evaluiert werden: Gegebenenfalls kann diese Kur wiederholt werden.

Capsaicin

Die intravesikale Applikation von Capsaicin bewirkt einen neurotoxischen Effekt an den afferenten C-Fasern, welche den Detrusor-muskelreflex auslösen, der vor allem bei Menschen mit neurogener Detrusorüberaktivität abläuft. Ein positiver Effekt wurde bei Patienten mit Multipler Sklerose und nach Spinalstrangverletzung gesehen. Der Effekt hielt 3 Wochen bis 6 Monate an und zeigte sich in einem Anstieg der maximalen Blasenkapazität und der Abnahme des maximalen Detrusordruckes. Capsaicin wird nur in Verbindung mit der neurogenen Detrusorüberaktivität empfohlen.

Da wenige Studien mit kleinen Fallzahlen einen Effekt der RTX-Therapie (Applikation von Resiniferatoxin) bei der OAB nachweisen, sollte diese Therapieform zur Behandlung der OAB nur bei sonst austherapierten Patienten angeboten werden. Diese Therapie ist aufwendig und schmerzhaft und kann nur mit einer adäquaten Analgesie und unter teilstationären oder stationären Bedingungen durchgeführt werden.

Botox

Die Botoxapplikation in den Detrusor ist bei der idiopathischen OAB eine kassenpflichtige Leistung, die sich in der Schweiz als Drittlinietherapie etabliert hat und in mehreren urogynäkologischen Zentren angeboten wird. Hierbei wird Botox unter zystoskopischer Sicht, Lokalanästhesie und meistens Sedation direkt in den Blasenmuskel eingespritzt.

Die Wirksamkeit ist ausgezeichnet, wenn auch zeitlich begrenzt und gelegentlich mit einer Restharnbildung verbunden. Die Rest-

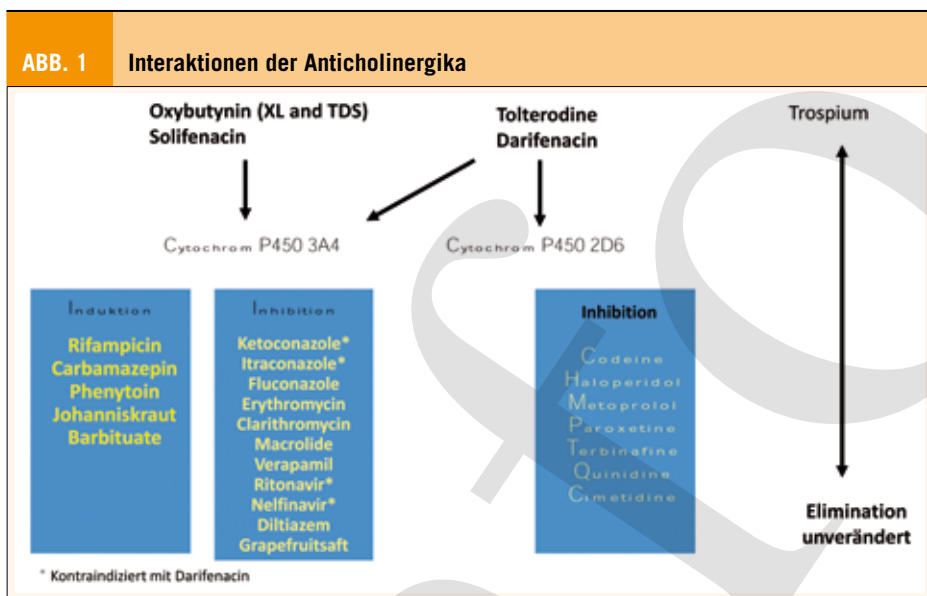
harnbildung ist in Abhängigkeit der Botoxwirkung ebenfalls zeitlich begrenzt, kann aber erfordern, dass die Patientin den intermittierenden Selbstkatheterismus auch mehrmals am Tag durchführt. Die Patientinnenzufriedenheit mit der Botoxtherapie ist sehr hoch, und auch bei wiederholten Injektionen ist nach aktueller Studienlage keine Tachyphylaxie zu erwarten.

Prof. Dr. med. Annette Kuhn

Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Urogynäkologisches Zentrum
Inselspital Effingerstr.102, 3010 Bern
Annette.Kuhn@insel.ch

+ **Interessenskonflikt:** Die Autorin hat keinen Interessenskonflikt im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

+ **Literatur** am Online-Beitrag unter: www.medinfo-verlag.ch



Literatur:

1. Al-Hariri (1) (1054 - 1122), eigentlich Abu Mohammed Kasim ibn Ali, irakischer Dichter und Sprachgelehrter. Quelle : Al-Hariri, Makamen, deutsche Nachdichtung von Friedrich Rückert (Die Verwandlungen des Ebu Seid von Serug oder die Makamen des Hariri, in freier Nachbildung; Teil 1 1826, 2. vervollständigte Auflage 1837). Das Testament
2. Burgio KI et al. Behavioural versus drug treatment for overactive bladder in men: the Male Overactive Bladder Treatment in Veterans (MOTIVE) trial. J Am Geriatr Soc 2011;50:2209-2216
3. Serati M et al. Ist her a synergistic effect of topical oestrogens when administered with antimuscarinics in the treatment of symptomatic detrusor overactivity. Eur Urol 2009;55:713-719
4. Tseng LH et al. Randomized comparison of tolterodine with vaginal estrogen cream versus tolterodine alone for the treatment of postmenopausal women with overactive bladder syndrome. Neurol Urodyn 2009;28:47-51
5. Weber 2015
6. Robinson D et al. Oestrogens and overactive bladder. Neurourol Urodyn 2014;33:1066.1091.