

# Überaktive Blase: Management in der Praxis

## Diskussion häufiger Fragen im Praxisalltag

In der Behandlung der überaktiven Blase im Praxisalltag spielen (Ko-)Medikation, Verhaltenstherapie und Begleitkrankheiten der Patientin eine wichtige Rolle. Bei Therapieversagen gibt es oft Alternativen, die mit der Patientin frühzeitig zu diskutieren sind. Im Folgenden werden typische Fragen und häufige Konstellationen im Praxisalltag erläutert.

CORNELIA BETSCHART, DANIELE PERUCCHINI

### «Wie ist die OAB definiert?»

**Antwort:** Seit dem Jahr 2002 wird die bisher als Reizblase oder Dranginkontinenz bekannte Erkrankung mit «overactive bladder» (OAB) oder auf Deutsch «hyperaktive Blase» umschrieben (1). Der Begriff «overactive bladder» ist ein symptomorientierter Zugang zu einem Krankheitsbild, das sich

- durch plötzlich auftretenden Harndrang, der nur mit Mühe (overactive bladder dry) oder nicht unterdrückt (overactive bladder wet) werden kann
- durch eine Zunahme der Toilettengänge ( $\geq 8$  Miktionen/Tag)
- durch ein reduziertes Miktionsvolumen sowie
- als weiteres, aber nicht obligates Symptom durch Nykturie zeigt.

Bei einem Drittel der Frauen kommt es zum ungewollten Urinverlust (overactive bladder wet).

### «Was versteht man unter Verhaltenstherapie bei OAB?»

**Antwort:** Ziel der Verhaltenstherapie ist es, primär wieder Vertrauen in die Blase zu gewinnen und se-

kundär Drangsymptome, Miktionsfrequenz und die Anzahl der Inkontinenzepisoden zu verringern. Die Verhaltenstherapie basiert auf folgenden Grundpfeilern:

- Lifestyle-Modifikation mit Empfehlungen bezüglich Gewichtsreduktion, Wahl der Getränke, Flüssigkeitsmenge, Reduktion des Nikotinkonsums und regelmässige Stuhlentleerung.
- Blasentraining mit kontinuierlicher Verlängerung des Miktionsintervalls um 15 Minuten/Woche (Abbildung 1), Entleerung der Blase nach der Uhr, insbesondere bei terminaler Detrusorkontraktion oder kognitiver Beeinträchtigung.
- Beckenbodenphysiotherapie, die nicht nur bei der Belastungsinkontinenz, sondern auch bei der OAB einen Benefit zeigt.

### «Welchen Erfolg dürfen die Patientinnen durch Verhaltensänderung erwarten?»

**Antwort:** Mit Verhaltenstherapie kann man viel erreichen! In der Untersuchung von Frau Burgio, bei der 197 Frauen mit OAB in drei Gruppen – medikamentöse Behandlung, Verhaltenstraining versus ohne Behandlung – eingeteilt wurden, war der Erfolg unter Verhaltenstherapie unter Studienbedingungen in einer ausgewählten, sehr motivierten Gruppe grösser als der unter einem Anticholinergikum (Abbildung 2). Insbesondere war (ist) die Rückfallgefahr nach Verhaltenstherapie kleiner als nach anticholinergischer Therapie (2).

### «Ist mehr trinken besser?»

**Antwort:** Nein! Das lange Zeit propagierte «viel trinken» kann die OAB verschlechtern. In der Studie von Hashim (3) führte eine Flüssigkeitsreduktion um 25% zu einer Verminderung der Miktionsfrequenz (-23%), der Dranganfälle (-34%) und der Nykturie (-7%). 1500 ml Flüssigkeit bei normaler Wetterlage und mässiger körperlicher Tätigkeit ist in den meisten Fällen ausreichend für den Flüssigkeitshaushalt des Körpers (4). Mehr trinken ist einzig bei Harn-

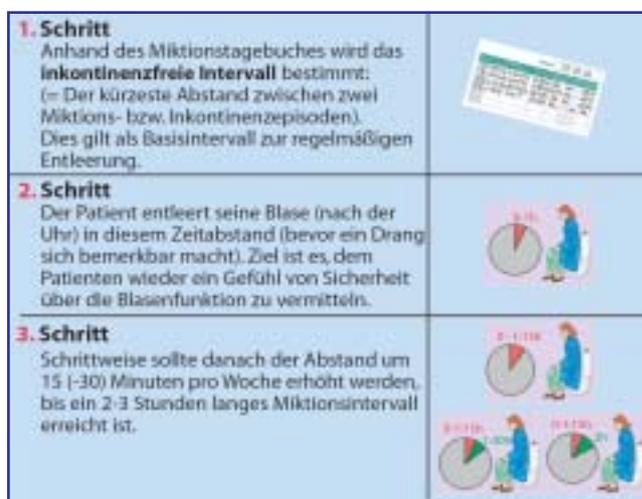


Abbildung 1: Blasentraining: in drei Schritten zum Ziel.

wegsinfektionen während der Behandlung und der Prophylaxe angezeigt. Bei der Getränkewahl sind stilles Wasser und Kräutertee den koffein- und kohlenäsäurehaltigen Getränken vorzuziehen.

**«Ist die lokale oder die systemische Hormontherapie bei der OAB zu bevorzugen?»**

**Antwort:** Urogenitale Beschwerden lassen sich durch eine Lokalbehandlung mit Östriol verbessern und manchmal sogar heilen. Östriol, vaginal applizierbar als Creme oder Ovulum, hat eine geringere Bindungsaffinität am Östrogenrezeptor als beispielsweise das systemisch aufgenommene Östradiol oder konjugierte Östrogene (Tabletten oder Pflaster), die ihrerseits in der Osteoporoseprophylaxe günstige, für die Endometriumproliferation aber auch unerwünschte Effekte haben. In der Behandlung der OAB wird deshalb das lokal anwendbare Östriol bevorzugt.

**«Welches Anticholinergikum ist das beste?»**

**Antwort:** Alle Anticholinergika sind in der Wirkung vergleichbar und haben den höchsten Evidenzlevel (Grad A) in der Therapie der OAB (5). Wie die individuelle Wirkung sein wird, kann nicht vorhergesagt werden. Bei störender Mundtrockenheit, die unter Anticholinergika in rund 15 bis 20% auftritt, kann die perkutane Anwendung von Oxybutynin erwogen werden. Bei ungenügender Wirkung können Anticholinergika mit Dosisescalation wie Darifenacin, Oxybutynin oder Solifenacin, die individuell dosierbar sind, verordnet werden.

**«Gibt es Kontraindikationen für eine anticholinerge Therapie?»**

**Antwort:** Patientinnen mit nicht behandeltem Engwinkelglaukom, Myasthenia gravis, erhöhten Restharmengen, entzündlichen Darmerkrankungen oder Tachykardien dürfen keine Anticholinergika verabreicht werden. Als relative Kontraindikation gilt Obstipation.

**«Was darf von einem Anticholinergikum erwartet werden?»**

**Antwort:** Durchschnittlich nehmen die Inkontinenzepisoden um bis zu 70% ab, die Miktionen über 24 Stunden verrin-

gern sich um 20 bis 30% und das Miktionsvolumen nimmt um 10 bis 30% zu. Miktionsvolumina von 150 ml im Miktionstagebuch, welche bei Patientinnen mit OAB häufig beobachtet werden, werden unter Anticholinergika um 20 bis 40 ml zunehmen.

**«Warum beenden Patientinnen die Therapie mit einem Anticholinergikum?»**

**Antwort:** In einer Befragung von über 5000 Frauen, die die Therapie abgebrochen haben, war der Grund bei 46% die ungenügende Wirkung. 25% haben auf ein anderes Medikament gewechselt, 23% haben sich mit der OAB arrangiert und wünschten keine Therapie mehr. 21% hatten nicht tolerable Nebenwirkungen (6).

**«Wann soll bei ungenügender Wirkung die Dosis gesteigert werden?»**

**Antwort:** Obwohl auch nach 4 Wochen Anticholinergikaeinnahme eine leichte Verbesserung der OAB erwartet werden darf, soll bei ungenügender Wirkung nach 2 bis 4 Wochen und nicht erst nach 12 Wochen Therapie die Dosis erhöht werden. Die Nebenwirkungen werden unter höherer Dosierung nur in leichtem Masse zunehmen.

**«Wann soll die anticholinerge Therapie wieder gestoppt werden? Oder soll sie ausgeschlichen werden?»**

**Antwort:** Hierzu gibt es unterschiedliche Meinungen. Die OAB kann sich je nach Lebensumständen und Bewältigungsressourcen verbessern oder verschlechtern. Bei stabiler Situation kann nach 12 Wochen Therapie in ausgewählten Fällen eine Dosisreduktion erwogen werden. Wenn nur Bedarf für ein Medikament in bestimmten Situationen besteht, kann ein kurz wirksames Anticholinergikum verschrieben werden.

**«Welche Optionen gibt es bei der therapierefraktären OAB?»**

**Antwort:** Haben zwei verschiedene Anticholinergika nicht den gewünschten Erfolg gebracht oder besteht eine Kontraindikation für die medikamentöse Therapie, so bleibt als minimalinvasive Option die Injektion von Botulinumtoxin in die Blase. Diese zeigte Erfolgsraten – Reduktion von Inkontinenzepisoden – von 67 bis 100% (7).

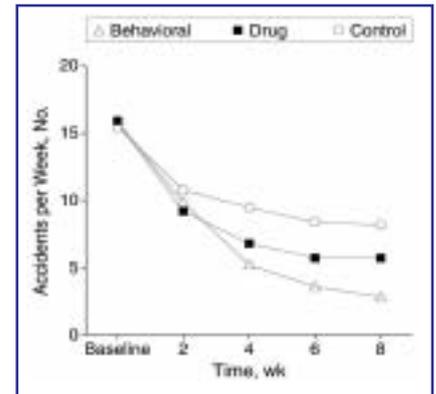


Abbildung 2: Reduktion der Inkontinenzepisoden nach achtwöchiger Behandlung.

Die meisten Patientinnen sprechen auch auf eine wiederholte Injektion von Botox an. In der 6-Jahres-Analyse der Zürcher Daten betrug das Intervall zwischen der ersten und der zweiten Botoxinjektion durchschnittlich 12 Monate. Das Zeitintervall nach der zweiten Injektion nahm bis zur dritten Injektion sogar um 3 Monate auf 15 Monate zu (8).

**«Gibt es auch alternative Therapien bei der Reizblase?»**

**Antwort:** Alternative Heilmethoden sind bei Patientinnen mit OAB beliebt und können bei entsprechendem Wunsch jederzeit angewandt werden. Unter den alternativen Heilmethoden wird der Phytotherapie mit Bärentraubenblätter-, Goldrutenkraut- und Palmblättertee oder deren Extrakten eine blasenrelaxierende Wirkung zugesprochen. Goldrutenkrautextrakte bewirken in experimentellen Studien eine Hemmung der muskarinrezeptorvermittelten Kontraktion von Urothelzellen im Tierversuch (9). Die Wirksamkeit ist aber nur beschränkt erwiesen, sodass diese Therapien vor allem unterstützend zu gängigen Therapien ihre Verbreitung gefunden haben. Akupunktur über 4 Wochen (20 min./Woche) zeigte in der randomisierten kontrollierten Studie von Emmons eine Reduktion der Inkontinenzepisoden um 59% (Effekt der Placeboakupunktur 40%, durchgeführt an Akupunkturpunkten für allgemeine Relaxation). Die zystotonometrisch erfasste Blasenkapazität nahm bei den 74 Frauen, welche die Studie vollendeten, um 13% zu (10). ■

**Fallbeispiel:**

**Frau S., 85 Jahre, Nykturie**

*Woran denken Sie bei einer 85-jährigen Patientin, die über neu aufgetretene Nykturie klagt? Im Miktionstagebuch nimmt sie rund die Hälfte der Flüssigkeit abends zu sich, inklusive ein Glas Rotwein und eine Tasse Kaffee. Urodynamisch zeigt sich eine hypokapazitive Blase (300 ml) mit einem inkontinenten Stressprofil. Klinisch fallen Knöchelödeme auf, im EKG wird ein alter Infarkt beschrieben. Sind Anticholinergika die geeignete Therapie?*

**Antwort:** Die Knöchelödeme sind das Leitsymptom für die Rechtsherzinsuffizienz, welche ursächlich für die Nykturie ist. Anticholinergika würden das Problem nur verschleiern. Bei Zubettgehen steigt der Druck im rechten Vorhof in horizontaler Lage, und es kommt zur Ausschüttung von atrialem natriuretischem Peptid (ANP), welches zur nächtlichen Diurese führt und tagsüber für das verminderte Durstgefühl verantwortlich ist. Die Herzinsuffizienz kann laborchemisch mit Bestimmung des proBNP (pro brain natriuretic peptide) untersucht werden. Nach Rücksprache mit dem Hausarzt kann der Patientin ein kurz wirksames Diuretikum rezeptiert werden, welches sie am späteren Nachmittag einnehmen soll. Auch kann empfohlen werden, zwei Drittel der täglichen Trinkmenge bis zum frühen Nachmittag aufzunehmen und nicht erst auf die Nacht.

Quellen:

1. Abrams P, Cardozo L, et al.: The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Subcommittee of the International Continence Society. *NeuroUrol Urodyn* 2002; 21: 167–78.
2. Burgio KL, Locher JL, et al.: Behavioural vs. drug treatment for urge urinary incontinence in older women: a randomized controlled trial. *JAMA* 1998; 280: 1995–2000.
3. Hashim H, Abrams P: How should patients with an overactive bladder manipulate their fluid intake? *BJU int* 2008; 102: 62–66.
4. Negoianu D, Godfarb S: Just Add Water. *J Am Soc Nephrol* 2008; 19: 1041–43.
5. NICE Guidelines, [www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG40fullguideline.pdf](http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG40fullguideline.pdf)
6. Benner JS, Nichol MB, et al.: Patient-reported reasons for discontinuing overactive bladder medication. *BJU int.* 2009 (12) Ahead of print.
7. Schurch B: Botulinum toxin for the management of bladder dysfunction. *Drugs* 2006; 66(10): 1301–18.
8. Schmid DM, Roy-Guggenbühl SG, et al.: The Zurich experiences including 6 years results of 200 cases treated with botulinum. *Europ Urol Suppl* 2008; 7(3): 212.
9. Borchert VE, Czyborra P, et al.: Extracts from *Rhois aromatica* and *Solidaginis virgaurea* inhibit rat and human bladder contraction. *Naunyn Schmiedeberg's Arch Pharmacol* 2004; 369(3): 281–86.
10. Emmons SL, Otto L: Acupuncture for overactive bladder, a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2005; 106(1): 138–143.



Dr. med. Cornelia Betschart  
E-Mail: [cornelia.betschart@usz.ch](mailto:cornelia.betschart@usz.ch)



PD Dr. med. Daniele Perucchini  
E-Mail: [perucchini@hin.ch](mailto:perucchini@hin.ch)

Klinik für Gynäkologie  
UniversitätsSpital Zürich  
Frauenklinikstrasse 10  
8091 Zürich