

# Erfolgsmessung in der Therapie der hyperaktiven Blase

## Management und Nachweismethoden

Das Syndrom der hyperaktiven Blase (OAB) bringt neben einer deutlichen Einschränkung der Lebensqualität auch hohe Kosten für das Gesundheitswesen mit sich. Diese entstehen einerseits durch Abklärung und Therapie, andererseits durch Folgekosten im Rahmen von Komorbiditäten. Ein im individuellen Fall angepasstes Therapiekonzept soll erfolgreich, nebenwirkungsarm und kostengünstig sein.

SONJA BRANDNER

Rund 16 Prozent der Frauen über 18 Jahre sind vom Syndrom der hyperaktiven Blase (OAB) betroffen (1). Die Patientinnen leiden unter imperativem Harndrang, Pollakisurie, Nykturie oder Inkontinenz. Jedes Symptom kann für sich alleine oder in Kombination auftreten. Die Standardtherapie mit Blasentraining und Physiotherapie wird als effektiv angesehen (2). Ebenso ist für alle im Handel verfügbaren Anticholinergika eine gute Effektivität, allerdings mit unterschiedlichem Nebenwirkungsprofil, belegt. Die Compliance ist aber gerade durch Nebenwirkungen und einen fehlenden Langzeiteffekt eingeschränkt.

Wenn die verschiedenen Studien zur Effektivität der Therapieoptionen in der Behandlung der hyperaktiven Blase genauer betrachtet werden, ist das Patientinnenkollektiv sehr heterogen: Sowohl die Symptome anlässlich der Erstkonsultation als auch die Kriterien des Therapieerfolgs sind in den Studien sehr unterschiedlich definiert. Belegt ist aber, dass der

Erfolg einer Therapie mit Anticholinergika von Komorbiditäten, dem individuellen Medikamentenmetabolismus, Komedikationen und dem Einsatz der Begleittherapie wie Physiotherapie abhängt (3). Spätestens wenn invasive Therapieoptionen wie sakrale Neuromodulation, Botoxinjektion oder Blasenaugmentation zur Diskussion kommen, sind Überlegungen zu Kosten, Effektivität und Erfolgsmessung unumgänglich.

### Hohe primäre und sekundäre Kosten durch erhöhte Morbidität

Bei einer Prävalenz von 16,9 Prozent verursacht die OAB in den USA Kosten von über 12 Milliarden US-Dollar pro Jahr (resp. 270 US-Dollar pro Patientin jährlich) (4). Entsprechende Zahlen existieren für Deutschland und Skandinavien. Verschiedene Untersuchungen konnten einen Zusammenhang der OAB mit einer vermehrten Frakturhäufigkeit im Rahmen von Stürzen, deutlich mehr Schlafstörungen sowie Depressionen nachweisen (1, 5). Die Behandlung dieser assoziierten Komorbiditäten dürfte aus ökonomischer Sicht noch weit mehr ins Gewicht fallen als die Primärkosten.

### Erfolgskriterium Inkontinenzepisoden

Oft wird als Messwert bei der Therapie der OAB die Reduktion der Inkontinenzepisoden als Kriterium für den Erfolg angegeben. Die meisten anticholinergen Substanzen haben als primären Endpunkt die Reduktion der Inkontinenzepisoden untersucht. Zwei Drittel der Patientinnen mit Reizblase verlieren aber keinen Urin (1), trotzdem sind sie durch die Symptomatik sehr in ihrer Lebensqualität eingeschränkt.

33 Prozent der Patientinnen, welche an «OAB wet» (hyperaktive Blase mit Inkontinenz) leiden, geben an, dass das Symptom, das sie am meisten stört, nicht die Inkontinenz, sondern der Harndrang ist. Je 10 Prozent fühlen sich am meisten durch die Nykturie oder die Pollakisurie gestört (7). Wir müssen also noch andere Kriterien zur Erfolgsmessung der Therapie evaluieren.

### Erfolgskriterien Drangreduktion und Erhöhung der Blasenkapazität

Rund 50 Prozent der Patientinnen mit «OAB dry» (hyperaktive Blase ohne Inkontinenz) und 33 Prozent der Patientinnen mit «OAB wet» stört am meisten der nicht unterdrückbare Harndrang (6). Wie aber messen wir den «pathologischen» Harndrang?

Lowenstein und Team (7) untersuchten Patientinnen mit urodynamisch nachgewiesener Detrusorhyperaktivität und

## Merksätze

Für die Therapie bei hyperaktiver Blase gilt:

- ❖ Lebensqualität ist messbar.
- ❖ Erfolg ist subjektiv.
- ❖ Die Patientin definiert den Erfolg der Therapie.
- ❖ Miktionsprotokoll und Lebensqualitätsfragebögen sind hilfreiche Instrumente für den Praxisalltag.

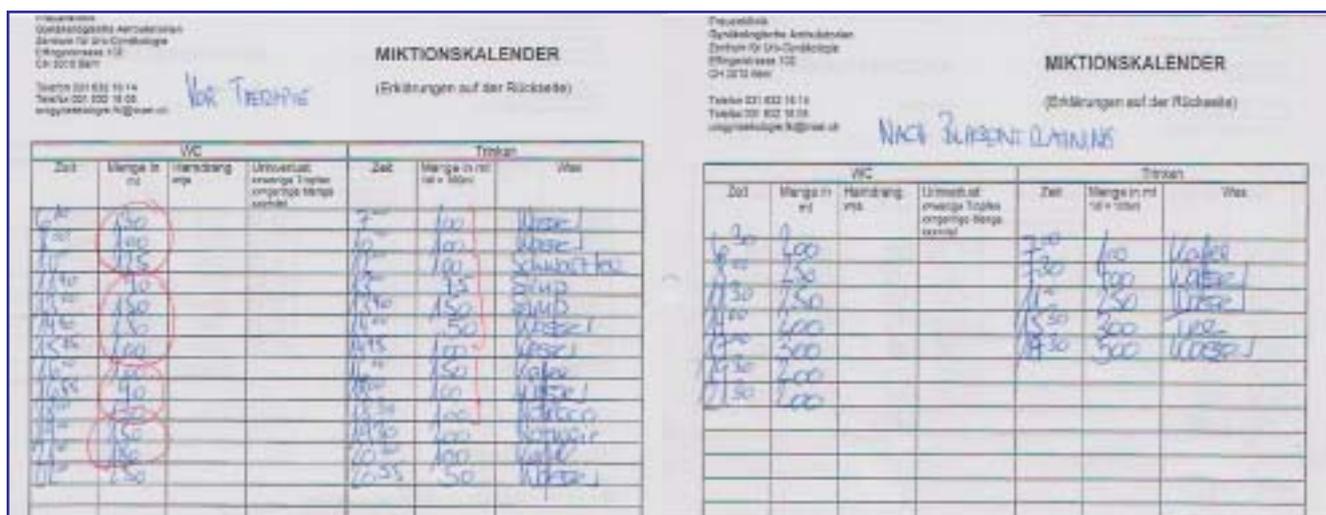


Abbildung 1: Miktionsstagebuch vor und nach Therapie

korrelierten die Druckveränderung in Blase oder Urethra mit dem subjektiven Drangempfinden der Patientin. Sie konnten keinen reproduzierbaren oder zeitlichen Zusammenhang zwischen den urodynamischen Veränderungen und dem subjektiven Drangempfinden nachweisen. Eine Gruppe aus Pittsburgh konnte zeigen, dass sich die Aktivierungsmuster (und somit die zerebrale Antwort auf Harndrang im funktionellen MRI des Gehirns) bei Patientinnen mit hyperaktiver Blase deutlich von den Mustern gesunder Probandinnen unterscheiden (8). Mary Fitzgerald konnte zwar nachweisen, dass es deutliche Diskrepanzen in der Lokalisation des Drangempfindens und der urologischen Diagnose gibt (9), ein klinischer Nutzen aber konnte bis anhin daraus nicht gezogen werden. Daher muss gelten: Die Lebensqualität wird durch den imperativen Harndrang massiv eingeschränkt. Der pathologische Drang ist im klinischen Alltag nicht messbar und fällt somit als Gradmesser für den Erfolg der Therapie weg. Als einfaches und nützliches Instrument hat sich in der alltäglichen Praxis das Führen eines Miktionskalenders bewährt. Dieser enthält Informationen über das Trink- und Miktionsverhalten sowie in gewissem Masse auch Hinweise über die kognitive Funktion der Patientin. Mittels Miktionskalender respektive durch diese Verlaufsprotokolle kann der

Therapieerfolg von Blasentraining und Anticholinergika überprüft und der Patientin direkt aufgezeigt werden (Abbildung 1). Martin hat in seinem Review gezeigt, dass das Führen eines Blasentagebuchs durch OAB-Patientinnen das kosteneffektivste Instrument ist (10).

**Erfolgskriterium Lebensqualität**

In verschiedenen Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass die Lebensqualität bei Patientinnen mit OAB deutlich eingeschränkt ist, und zwar in allen Domänen. Dies gilt auch im Vergleich zu anderen Erkrankungen. Zwei Beispiele: Unter verminderter Lebensqualität leiden Frauen mit hyperaktiver Blase deutlich mehr als Frauen mit Diabetes mellitus oder Frauen mit Belastungsinkontinenz. Es besteht dabei generell eine Diskrepanz im Empfinden der Bedeutung der Symptome zwischen dem behandelnden Arzt und der Patientin (11). Bei nur 50 Prozent bestand eine Übereinstimmung zwischen Patientin und Arzt. Am häufigsten wurden die Bedeutung der Symptome und die Einschränkungen im Alltag vom Arzt unterschätzt.

**Fragebogen zur Erfolgsmessung**

Verschiedene Tools stehen zur Verfügung, um die Lebensqualität zu messen: Einerseits kann der generelle Gesundheitsstatus erfasst werden, andererseits gibt es spezifische Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität im Zusammenhang mit Inkontinenz. Die Tabelle zeigt die validierten und empfohlenen Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität (Level A = highly recommended). Im deutschsprachigen Raum haben sich der King's Health Questionnaire (12), welcher sich auf Symptome des unteren Harntrakts beschränkt, und der validierte deutsche Beckenbodenfragebogen (13), welcher auch Senkungsbeschwerden und Funktionsstörungen des hinteren Kompartiments einbezieht, durchgesetzt. Mit beiden Fragebogen lässt sich die Diagnose der Reizblase in den allermeisten Fällen stellen und lassen sich die krankheitsassoziierten Beschwerden und Lebensqualitätseinschränkungen miterfassen. Im Therapieverlauf können diese Unterlagen als Erfolgsmesser mit einbezogen werden. In einer Studie, bei der es um

**Tabelle:**  
**Validierte Erfassungsbögen zur Lebensqualität (QoL) Level A (= highly recommended)**

**Bestimmung des allgemeinen Gesundheitszustands**

- ❖ Medical Outcomes Study (MOS SF36)
- ❖ EuroQoL (EQ-5D)

**Spezifische Lebensqualität (QoL) bei harninkontinenten Frauen**

- ❖ QoL bei Personen mit Harninkontinenz (I-QoL)
- ❖ King's Health Questionnaire (KHQ)
- ❖ Incontinence Impact Questionnaire (IIQ)
- ❖ IIQ-7 und Urge-IIQ

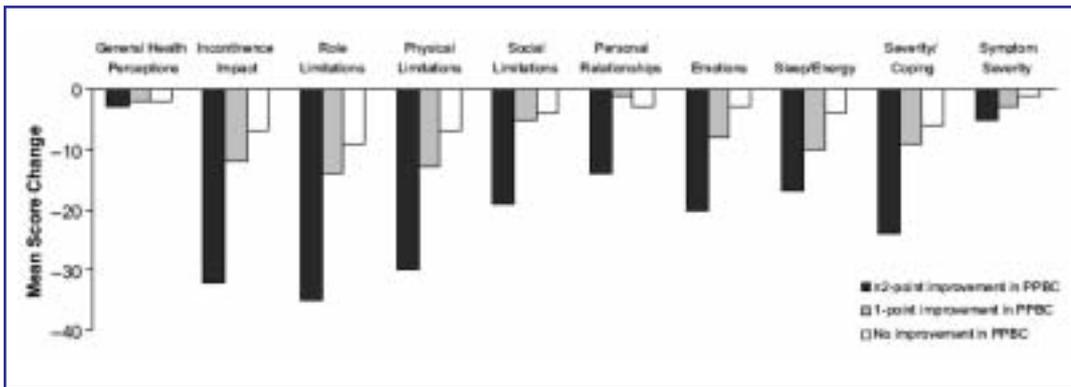


Abbildung 2: Effekt der anticholinergen Therapie auf die Lebensqualität

(Quelle: van Kerrebroek et al. in Health Quality of life outcomes; 2009 [19])

Erfolgsmessung invasiver Therapien wie Neuromodulation, Botoxinjektion oder Blasenaugmentation ging, wurde gezeigt, dass die Verbesserung der Lebensqualität bei Patientinnen mit Inkontinenz gut mit der Reduktion der Inkontinenzepisoden korreliert (14). Das Gleiche gilt für die anticholinerge Therapie (Abbildung 2). Zur Erinnerung: Neben dem Nachweis, dass alle im Handel befindlichen anticholinergen Substanzen wirksam sind, ist auch bekannt, dass Nebenwirkungen wie Mundtrockenheit und Obstipation die Einnahmecompliance und auch die Lebensqualität einschränken. Um diesen Tatsachen Rechnung zu tragen, haben zwei Studiengruppen einen Fragebogen entwickelt, welcher den subjektiven Benefit und die Zufriedenheit mit der Therapie in die Lebensqualitätsmessung mit einbezieht (15, 16).

**Messung der Blasenwanddicke als Instrument der Zukunft?**

Es gibt zunehmend Daten, die zeigen, dass die Messung der Blasenwanddicke mit Ultraschall die Diskriminierung zwischen den urodynamischen Diagnosen OAB, Obstruktion und Belastungsinkontinenz zulässt (17, 18). Jedoch weisen eigene, noch unpublizierte Daten (Kuhn et al.) darauf hin, dass die Messung der Blasenwanddicke möglicherweise auch als Tool zur Messung des Therapieerfolgs, beispielsweise nach Aufhebung der Obstruktion durch Bandsplattung, eingesetzt werden kann. Weitere Studien zur Bedeutung der Messung der Blasenwanddicke müssen den definitiven Nachweis des Nutzens noch erbringen.

**Fazit**

Zusammenfassend ist die Behandlung aller Symptome der hyperaktiven Blase sehr komplex und muss jeder einzelnen Patientin, deren Bedürfnissen und den Begleiterkrankungen sowie der Komedikation individuell angepasst werden. Auf Medikamenteninteraktionen durch die Aktivierung des Zytochrom-P-450-Systems, durch interindividuelle Unterschiede in der Metabolisierung von Medikamenten (genetischer-polymorphismus-Cyp2D6-Aktivität) und durch anticholinergen Overload beim Einsatz von Anticholinergika ist ebenso zu achten wie auf Mobilitätseinschränkungen und örtliche Erreichbarkeit bei der Verordnung von Physiotherapie. Erfolg ist, wenn die Behandlung des OAB-Syndroms zu kompletter Gesundheit und Wohlbefinden führt!

Die ICS-Definition der OAB lautet: «Urinary urgency with or without incontinence usually with frequency and nycturia and no proven infection.»

Die WHO-Definition von Gesundheit lautet: «Not merely the absence of disease, but complete physical, mental and social wellbeing.»

**Dr. med. Sonja Brandner**  
 Oberärztin Zentrum für Urogynäkologie  
 Universitätsklinik für Frauenheilkunde  
 Inselspital Bern, 3010 Bern  
 E-Mail: sonja.brandner@insel.ch

**Quellen:**

1. Stewart WF et al.: Prevalence and burden of overactive bladder in the United States. World J Urol 2003; 20: 327–36.
2. Cochrane Database Systematic Reviews.
3. Nitti VW et al.: Can we predict which patient will fail during drug treatment for overactive bladder? A think tank discussion. NeuroUrol Urodyn 2010; 29: 652–57.
4. Teh-Wei Hu et al.: Estimated economic costs of overactive bladder in the United States. Urology 2003; 61: 1123–28.
5. Brown J.S. et al.: Urinary incontinence: does it increase risk of falls? J Am Geriatr Soc 2000; 48: 721–25.
6. Physicians/Patients qualitative research Astellas 2008.
7. Lowenstein L et al.: Observations relating urinary sensation during detrusor overactivity. NeuroUrol Urodyn 2008; 28: 497–500.
8. Griffiths D: Imaging bladder sensations. NeuroUrol Urodyn 2007; 26: 899–900.
9. Fitzgerald MP et al.: Localization of the urge to void in patients with painful bladder syndrome. NeuroUrol Urodyn 2005; 24: 633–37.
10. Martin JL et al.: Systematic review and evaluation of methods of assessing urinary incontinence. Health Technol Assess 2006; 10: 1–132.
11. Rodriguez LV et al.: Discrepancy in patient and physician perception of patient's quality of life related to urinary symptoms. Urology 2003; 62: 49–53.
12. King's Health Questionnaire auf Deutsch: www.urogyn.ch (Homepage der AUG).
13. Baessler K et al.: Validierung eines umfassenden Beckenboden-Fragebogens für Klinik, Praxis und Forschung. Gynäkol Geburtshilfliche Rundsch 2009; 49: 299–307.
14. Campbell JD et al.: Treatment success for overactive bladder with urinary urge incontinence refractory to oral antimuscarinics: a review of published evidence. BMC Urology 2009; 9: 18.
15. Piau E et al.: Development and validation of the overactive bladder satisfaction (OAB-S) Questionnaire. NeuroUrol Urodyn 2008; 27: 179–90.
16. Pleit Am et al.: The validation of patient rated global assessments of treatment benefit, satisfaction and willingness to continue – the BSW. Value Health 2005; 8 Suppl 1: 25–34.
17. Khullar V et al.: Ultrasound measurement of bladder wall thickness is associated with the overactive bladder syndrome. NeuroUrol Urodyn 2010; 29: 1295–98.
18. Kuhn et al.: Sonographic transvaginal bladder wall thickness: Does the measurement discriminate between urodynamic diagnoses? NeuroUrol Urodyn 2010; in print.
19. van Kerrebroek P et al.: Correlations among improvements in urgency urinary incontinence, health-related quality of life, and perception of bladder-related problems in incontinent subjects with overactive bladder treated with tolterodine or placebo. Health Qual life outcomes 2009; 7: 13 ff.