

## Überaktive Blase

# Erste Abklärung und frühe Therapie beim Hausarzt – schwerere Fälle zum Urologen

**In einer immer älter werdenden Population steigt auch der Anteil derjenigen Menschen, die unter vermehrtem Wasserlassen, imperativem Harndrang oder gar Inkontinenz leiden – Beschwerden, welche unter dem Begriff «überaktive Blase» zusammengefasst werden. Zunehmendes Alter ist einer der Risikofaktoren für das Auftreten dieser Störungen, welche die Lebensqualität der Betroffenen massiv beeinträchtigen können. Am FOMF Update Refresher Allgemeine Innere Medizin erläuterte PD Dr. Ralf Anding, Kaderarzt Urologie, Universitätsspital Basel, neben den Ursachen die diagnostische Abklärung und die verfügbaren Behandlungsoptionen sowie die Rolle der Hausärzte im Management dieses häufigen urologischen Problems.**

Etwa jede dritte Person im Rentenalter klagt über Anzeichen einer überaktiven Blase (overactive bladder, OAB) wie häufiges Wasserlassen, vermehrter, vor allem auch nächtlicher Harndrang oder Harninkontinenz. Frauen und Männer sind grundsätzlich gleichermassen von OAB-Symptomen betroffen. Bei der Mehrzahl der Frauen stellen sich insbesondere mit zunehmendem Alter jedoch zusätzlich zu den zunächst bestehenden Reizblasenbeschwerden auch Inkontinenzprobleme ein, während diese bei Männern, häufig bedingt durch die vergrösserte Prostata und die damit einhergehende Entleerungsstörung, meist nicht auftreten. Vor allem bei den pflegebedürftigen Senioren, deren Zahl in den letzten 20 Jahren stetig gestiegen ist, beansprucht die Blasenschwäche einen grossen Teil des täglichen Versorgungsbedarfs. So wird bei den etwa zu 70 Prozent entsprechend betroffenen Pflegeheimbewohnern schätzungsweise ein Viertel der Pflegezeit allein für die Inkontinenzversorgung aufgewendet. Die mit

der Inkontinenzproblematik einhergehende individuelle psychische Belastung ist ausserordentlich signifikant, sodass demgegenüber andere, eigentlich weit gefürchtete Störungen wie Depression oder Krebserkrankungen sogar subjektiv in den Hintergrund rücken können.

Der Begriff OAB sei erst vor etwa 20 Jahren in den USA unter dem Einfluss der Pharmaindustrie kreiert worden, wie der Referent berichtete, zuvor habe man eher von Drangsymptomatik beziehungsweise Dranginkontinenz gesprochen. Ziel der Herstellerfirma des bis dahin zur Behandlung von Dranginkontinenz eingesetzten Wirkstoffs Tolterodin war es damals, mittels eines gezielten, intensiven Marketings ein ganz neues Krankheitsbild zu konstruieren, um den Kreis der für das Präparat geeigneten Patienten deutlich zu erweitern. Gemäss US-Daten umfasste das Beschwerdebild Dranginkontinenz lediglich ein relativ überschaubares Patientenkontinenz (ca. 12 Mio.). Zusammen mit den Patienten, die nicht unbedingt von Inkontinenz, sondern nur von vermehrtem Harndrang betroffen sind, sowie mehr noch unter Mitberücksichtigung jener, die nur unter häufigem Wasserlassen leiden, ergibt sich dagegen eine bis zu 2,7-fach grössere Zielgruppe. Tatsächlich sei seinerzeit parallel zur Marketingkampagne die Terminologie der Internationalen Kontinenzgesellschaft (ICS) geändert und der Begriff OAB definiert worden, erzählte Anding, und zwar nicht als eigene Krankheitsentität, sondern als ein Symptomkomplex aus erhöhter Miktionsfrequenz (Pollakisurie), imperativem Harndrang, nächtlichem Harndrang (Nykturie) und Inkontinenz (bei etwa einem Drittel der Betroffenen). Die vormals strikt nach Häufigkeit definierten Grenzen für Nykturie (> 2 Miktionen/Nacht) und Pollakisurie (> 8/Tag) wurden inzwischen verlassen; es zählt hier jetzt die allgemeine Symptomatik. Doch auch ohne das zusätzliche Auftreten von Inkontinenz verursache die OAB einen erheblichen Leidensdruck, wie der Referent betonte: «Es ist nicht so, dass dieser quasi von der Pharmaindustrie konstruierte Begriff keinen Hintergrund hat.»

### KURZ & BÜNDIG

- ▶ Die überaktive Blase ist keine eigene Krankheitsentität, sondern ein Symptomkomplex aus erhöhter Miktionsfrequenz, imperativem und/oder nächtlichem Harndrang sowie Inkontinenz.
- ▶ Die diagnostischen Massnahmen umfassen neben der Urin-testung funktionelle, urodynamische Untersuchungen wie die Uroflowmetrie oder die (Video-)Urodynamik.
- ▶ Die Behandlung folgt einem Stufenplan, der konservative, (minimal) invasive und chirurgische Massnahmen umfasst.
- ▶ Die ersten diagnostischen und therapeutischen Schritte können sehr gut bereits in der Hausarztpraxis eingeleitet werden.

Tabelle:

**Anticholinergika zur Behandlung von Symptomen der überaktiven Blase**

Wirkstoff	Handelsname	Darreichungsform
Propiverin	Mictonorm®	Kapseln
	Mictonet®	Dragees
Oxybutynin	Ditropan®	Tabletten
	Kentera®	transdermales Pflaster
	Lyrinel® OROS®	Retardtabletten (konstante Wirkstoff-freisetzung mittels OROS®-Technologie)
Tropiumchlorid	Spasmo-Urgenin® Neo, Spasmex®	Dragees
Tolterodin	Detrusitol® SR	Retardkapseln
Solifenacin	Vesicare®, Generika	Filmtabletten
Darifenacin	Emsalex®	Retardtabletten
Fesoterodin/ Desfesoterodin	Toviaz®/Desfesoterodin-Mepha®	Retardtabletten

OROS: «orally taken, osmotic driven»

**Blasenschwäche – was sind die Ursachen?**

Die Frage von Patienten, ob denn das Problem nicht im Kopf stattfinde, werde von Ärzten zunächst häufig verneint, so Anding, in Wahrheit stecke allerdings der Kopf, das heisst das Gehirn, sogar ganz wesentlich dahinter, denn die Blasenfunktion werde im pontinen Miktionszentrum (PMZ) gesteuert, welches vom Grosshirn und von anderen Hirnregionen reguliert werde. Mittlerweile existieren gute Modelle dieser Regulation, und mit (funktioneller) Magnetresonanztomografie lassen sich die Hirnregionen darstellen, in denen bei Harndrang Aktivität stattfindet. Dabei ist es so, dass die beteiligten Hirnregionen eigentlich das PMZ lediglich hemmen. Bei im Schnitt 6 Miktionen pro Tag, die jeweils etwa 30 Sekunden dauern, ist der Organismus innert 24 Stunden nur für rund 3 Minuten (ca. 0,2%) mit dem Wasserlassen beschäftigt, während etwa 98 Prozent des Tages erfolgt also Blasenhemmung. Wenn diese Hemmung durch Hirnleistungsstörungen, demenzielle Syndrome, rein altersbedingte Veränderungen, neurologische Erkrankungen (Alzheimer-Krankheit u. a.) oder Zustand nach Apoplex nicht mehr effizient erfolgt, führt dies automatisch zur Enthemmung, das heisst zu einer vermehrten Aktivität des PMZ.

Die genannten Störungen und Erkrankungen werden unter anderen in die Kategorien der organischen (blasenassoziierten) und der neurogenen Ursachen (die Steuerung der Blasenaktivität betreffend) zusammengefasst, auf die allerdings nur 20 Prozent aller Fälle zurückgehen. 4 von 5 Patienten haben eine idiopathische OAB, bei ihnen kann also kein Grund für die Störung festgestellt werden.

**OAB – eine Arbeitsdiagnose**

Auch aus dem diagnostischen Blickwinkel betrachtet, handle es sich bei der OAB nicht um eine eigene Krankheit, stellte der Referent klar, sondern – und hier zitierte er den Präsi-

den der European Association of Urology (EAU), Christopher Chapple – um eine empirische Diagnose, eine Arbeitsdiagnose, die der Arzt als Basis zur Beschreibung von Symptomen des unteren Harntrakts (lower urinary tract symptoms, LUTS), zur Erhebung der Befunde (körperliche Untersuchung, Urinstatus u. a.) und mithin zur einleitenden Behandlung nutzen könne.

Auch der Hausarzt kann in diesem Prozess bereits frühzeitig eine wichtige Rolle bei der Objektivierung und Diagnostik der OAB-Symptomatik übernehmen. So sollte ein Patient, der mit entsprechenden Beschwerden die Praxis aufsucht, schon im Wartezimmer einen Kontinenzfragebogen zur Symptombeschreibung ausfüllen. Nach der Erstkonsultation sei es hilfreich, dem Patienten zur Vorbereitung des nächsten Termins ein Toiletten- und Trinkprotokoll (Download im Internet) zum selbstständigen Ausfüllen (Trinkmenge, Harnmenge/-drang, Urinverlust, evtl. Vorlagenverbrauch) mitzugeben, riet Anding.

Als diagnostische Massnahmen kommen zunächst ebenfalls bereits in der Hausarztpraxis die Urintestung zur Abgrenzung anderer Ursachen wie Blaseninfektion, -stein oder -tumor sowie im Weiteren dann in der Hand des Spezialisten funktionelle, urodynamische Untersuchungen wie die Uroflowmetrie (Harnflussmessung, beim Urologen) oder die (Video-)Urodynamik (Blasendruckmessung, u. a. zur Abklärung einer Hyperaktivität des Blasenmuskels [Detrusor]; ggf. im Spital) infrage. Eine echte Detrusorhyperaktivität (detrusor over activity, DOA) sei das, was man eigentlich korrekterweise als überaktive Blase bezeichne, erklärte der Experte. Die entsprechende Diagnose kann nur mittels urodynamischer Verfahren gestellt werden und bildet die Voraussetzung, um die Pathologie korrekt zu beschreiben.

**Abgestufte Therapie**

Die Therapie der primären und der persistierenden OAB folgt gemäss Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) einem Stufenplan, der, beginnend bei konservativen Massnahmen, schrittweise zunehmend invasivere Verfahren vorsieht.

- ▲ Stufe 1: Hilfreich sind Beratung bzw. Massnahmen zur Verhaltensänderung, die Blasen- (Blasenwahrnehmung), Miktions- (Unterdrückung des Harndrangs) und Toiletentraining (Miktions nach Uhr) umfassen, sowie Entspannungsübungen und Physiotherapie. Auch Risikofaktoren (Gewicht, Diabetes, Alter > 70 Jahre, Postmenopause, Zustand nach Hysterektomie, Schlafapnoesyndrom, Asthma, Rauchen) sind zu berücksichtigen und wenn möglich zu behandeln.
- ▲ Stufe 2: Die Pharmakotherapie erfolgt traditionell mit Anticholinergika/Antimuskarinergika, also mit Substanzen, die die parasymphatische Aktivierung der Blase hemmen (siehe *Tabelle*), allerdings auch typische Nebenwirkungen (Hemmung anderer muskarinergischer Rezeptoren [v. a. Speicheldrüsen: Mundtrockenheit], Sehstörungen) haben und daher mit der Zeit zu abnehmender Compliance führen. Als verträglichere Alternative steht seit einiger Zeit das  $\beta_3$ -Sympathomimetikum Mirabegron (Betmiga®) zur Verfügung, das die natürliche Hemmung des Detrusors über sympathische Betarezeptoren stimu-

liert. Wegen seines günstigeren Nebenwirkungsprofils ist Mirabegron inzwischen bereits das am häufigsten verschriebene Medikament zur Behandlung der OAB. Vorsicht sei hier allerdings, wie generell bei Betamimetika, bei Patienten mit Hypertonie geboten, sagte Anding warnend. Bei ihnen muss der Blutdruck nach Therapieeinleitung regelmässig kontrolliert werden.

- ▲ Stufe 3: Gute therapeutische Ergebnisse lassen sich mit der elektrischen Neuromodulation (posterior tibial nerve stimulation, PTNS; Urgent<sup>®</sup>-PC-System), die auch ambulant durchgeführt werden kann, erzielen. Die Nervenreizung erfolgt dabei am N. tibialis am Bein, da dessen Afferenzen im sakralen Rückenmark enden, wo auch die Nerven aus dem PMZ umgeschaltet werden.
- ▲ Stufe 4: Falls die genannten Medikamente nicht helfen, können Injektionen von Botulinumtoxin A in die Blase vorgenommen werden. Dieses Verfahren wird seit etwa 20 Jahren in der Urologie eingesetzt. Das Nervengift hemmt zunächst irreversibel die Signalübertragung an der motorischen Endplatte zu den Muskelzellen des Detrusors und zeichnet sich durch eine lange Wirkdauer (mindestens 9 bis 10 Monate) aus. Die Injektion der Substanz in die Detrusormuskulatur erfolgt unter Lokalanästhesie endoskopisch gesteuert über die gesamte Blasenwand verteilt. Dies sei allerdings keine Routineprozedur, die den Patienten schon frühzeitig angeboten werden sollte, son-

dern es müsse zuvor eine adäquate Diagnostik stattgefunden haben, schränkte der Referent ein.

- ▲ Stufe 5: Bei der sakralen Neuromodulation handelt es sich im Prinzip um eine intensiviertere Form der elektrischen Neuromodulation, bei der mittels unter Röntgenkontrolle implantierter Elektroden und eines subkutan eingesetzten Schrittmachers eine direkte, dauerhafte Stimulation der aus dem Sakralmark entspringenden Nerven erfolgt. Etwa 70 bis 80 Prozent der Patienten kann mit diesem Verfahren sehr effektiv geholfen werden.
- ▲ Stufe 6: In schweren Fällen, die konservativ und minimalinvasiv nicht mehr zu behandeln sind, kann eine Blasenaugmentation vorgenommen werden. Dabei wird die Blase operativ unter Zuhilfenahme von Darmanteilen funktionell vergrössert und ihre Speicherfähigkeit verbessert. Als Ultima Ratio kommt schliesslich ein künstlicher Harnblasenersatz mit Harnableitung infrage.

Während die invasiven Behandlungsverfahren eher die Domäne der urologischen Fachärzte seien, könne die Therapiemassnahmen der Stufen 1 und 2 bei primärer OAB auch ohne Weiteres der Hausarzt einleiten, versicherte Anding. ▲

#### Ralf Behrens

Quelle: «Die überaktive Blase», Vortrag von PD Dr. R. Anding am virtuellen Update Refresher Allgemeine Innere Medizin des Forums für Medizinische Fortbildung (FOMF) in Basel am 27. Januar 2021.