

Behandlung nicht neurogener LUTS bei Frauen

Zusammenfassung der EAU-Leitlinie 2022

Im März 2022 hat die European Association for Urology (EAU) ein Update ihrer Leitlinie zum Management von Beschwerden des unteren Harntrakts bei Frauen herausgegeben. Im folgenden Beitrag haben wir die wichtigsten Empfehlungen zur nicht chirurgischen Behandlung zusammengefasst.

European Association of Urology

In der aktuellen Ausgabe der EAU-Leitlinien wurde eine signifikante Erweiterung des Geltungsbereichs von «Harninkontinenz» (urinary incontinence, UI) auf «nicht neurogene Beschwerden des unteren Harntrakts (lower urinary tract symptoms, LUTS) bei Frauen» vorgenommen. Somit wird jetzt auch die bedeutende Anzahl an Frauen mit funktionellen urologischen Beschwerden miteinbezogen, die nicht notwendigerweise mit einer UI in Verbindung stehen. Ausserdem wurde die Leitlinie durch neue Abschnitte zur Blasenaustrittsobstruktion (bladder outlet obstruction, BOO), zur unteraktiven Blase (UAB) und zur Nykturie ergänzt. Zum Syndrom der überaktiven Blase (overactive bladder, OAB) hat das Gremium eine neue systematische Übersichtsarbeit angefertigt.

Steckbrief

Wer hat die Guideline erstellt?

European Association for Urology (EAU)

Wann wurde sie erstellt?

2022

Für welche Patienten?

Patientinnen mit nicht neurogenen Beschwerden des unteren Harntrakts (LUTS)

Was ist neu?

- ▲ Der Geltungsbereich wurde von «Harninkontinenz» auf «nicht neurogene Beschwerden des unteren Harntrakts bei Frauen» erweitert.
- ▲ Der Leitlinie wurden neue Abschnitte zur Blasenaustrittsobstruktion, zur unteraktiven Blase und zur Nykturie zugefügt.
- ▲ Zum Syndrom der überaktiven Blase hat das Gremium eine neue systematische Übersichtsarbeit erstellt.

Überaktive Blase

Eine OAB wird von der International Continence Society (ICS) als Harndrang, meist in Zusammenhang mit erhöhter Miktionshäufigkeit und Nykturie, mit oder ohne Dranginkontinenz (urinary urge incontinence, UUI), ohne Vorliegen einer Harnwegsinfektion oder einer anderen Pathologie definiert.

Im Rahmen der konservativen Behandlung sollten zunächst der OAB zugrunde liegende Erkrankungen adressiert werden. Vor allem bei älteren Frauen stehen Blasensymptome häufig in Verbindung mit Herz- oder Niereninsuffizienz, Diabetes, chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (chronic obstructive pulmonary disease, COPD), neurologischen Erkrankungen, Depressionen, kognitiven Beeinträchtigungen oder dem metabolischen Syndrom. Des Weiteren empfehlen die Experten eine Evaluierung aller Medikamente, die mit der Entwicklung oder Verschlechterung der Symptomatik in Verbindung stehen könnten, sowie eine Anpassung der sonstigen Medikation.

Da sich Übergewicht bei Frauen als Risikofaktor für UI erwiesen hat, sollte gegebenenfalls zur Gewichtsabnahme geraten werden. Eine Reduzierung des Kaffeekonsums kann den Harndrang und die Miktionshäufigkeit verringern, nicht aber die Inkontinenz. Ähnliches gilt für eine Verringerung der Flüssigkeitszufuhr um 25 Prozent. Eine Einstellung des Rauchens kann die Symptomatik einer OAB ebenfalls verbessern.

Für Patientinnen mit OAB und Inkontinenz empfehlen die Experten ein Blasentraining als Therapie der ersten Wahl. Beim Beckenbodentraining sollte eine ausreichende Intensität sichergestellt werden. Die posteriore tibiale Nervenstimulation kann eine Option für Patientinnen sein, die nicht von Anticholinergika profitieren.

Anticholinergika sind derzeit die Eckpfeiler zur medikamentösen Behandlung, wobei bezüglich einer OAB/UUI keines deutlich wirksamer ist als ein anderes. Höhere Dosierungen sind effektiver zur Verbesserung der Symptomatik, allerdings auch mit mehr Nebenwirkungen verbunden. Formulierungen

mit verzögerter Wirkstofffreisetzung sind mit weniger Nebenwirkungen verbunden und sollten daher bevorzugt werden. Bei älteren Patientinnen sollte eine Langzeitbehandlung mit Anticholinergika vorsichtig und nach Evaluierung der anticholinergen Last erfolgen. Dies gilt vor allem bei kognitiver Beeinträchtigung oder bei einem hohen Risiko für demenzielle Entwicklungen.

Die Beta-3-Agonisten Mirabegron (Betmiga®) und Vibegron (nicht im AK der Schweiz) sind zur Verbesserung der Symptome einer OAB/UUI ebenso wirksam wie Anticholinergika, wobei das Nebenwirkungsprofil mit dem von Placebo vergleichbar ist. Bei unzureichender Wirksamkeit von Solifenacin (Vesicare® und Generika) 5 mg profitieren Patientinnen eher von einer Zugabe von Mirabegron als von einer Steigerung der Solifenacindosis.

Vaginale Östrogene sind eine Option bei LUTS und Symptomen eines genitourinären Syndroms der Menopause.

Belastungsinkontinenz

Auch bei Belastungsinkontinenz (stress urinary incontinence, SUI) ist bei adipösen Patientinnen ein Gewichtsverlust mit

einer Verbesserung der Symptomatik verbunden. Ansonsten empfehlen die EAU-Experten für alle Frauen mit SUI ein angeleitetes Beckenbodentraining über mindestens 3 Monate als Therapie der ersten Wahl. Dabei ist eine möglichst hohe Trainingsintensität sicherzustellen. Eine elektrische Stimulierung mit Oberflächenelektroden (Haut, vaginal, anal) ist zur Behandlung der SUI als alleinige Massnahme nicht geeignet.

Für postmenopausale Frauen mit SUI und Symptomen einer vulvovaginalen Atrophie sind vaginale Östrogene eine geeignete Option. Bei Frauen, die eine Hormonersatztherapie (hormone replacement therapy, HRT) mit konjugierten Östrogenen erhalten, kann eine alternative HRT erwogen werden.

Duloxetine (Cymbalta® und Generika) verbessert die SUI, ist jedoch mit erheblichen Nebenwirkungen auf den Magen-Darm-Trakt und das Zentralnervensystem verbunden. Die Experten raten deshalb, Duloxetine nur ausgewählten Patientinnen anzubieten, die auf konservative Massnahmen nicht ansprechen und eine invasive Behandlung vermeiden wollen. Duloxetine sollte wegen des hohen Risikos für unerwünschte Wirkungen durch Dosisstärkungen eingeleitet und abgesetzt werden.

EAU-Guidelines on Management of non-neurogenic female lower urinary tract symptoms

<https://www.rosenfluh.ch/qr/luts-frauen>



Gemischte Harninkontinenz

Der Begriff «gemischte Harninkontinenz» (mixed urinary incontinence, MUI) ist sehr weit gefasst und kann sich auf gleichwertige Belastungs- und Drangsymptome, auf belastungs- oder drangbetonte Symptome sowie auf eine urodynamische Belastungsincontinenz mit oder ohne Detrusor-überaktivität (detrusor overactivity, DO) beziehen.

Bei MUI empfehlen die Experten ein Blasentraining als Therapie der ersten Wahl. Ein Beckenbodentraining kann die Symptomatik ebenfalls günstig beeinflussen, ist hier jedoch weniger wirksam als bei SUI allein.

Anticholinergika oder Beta-3-Agonisten sind bei drangdominanter Ausprägung der MUI geeignete Medikamente. Duloxetine ist eine Option für Patientinnen mit belastungsdominanter MUI, die auf konservative Massnahmen nicht ansprechen und keine invasive Behandlung wünschen.

Unteraktive Blase

Eine UAB wird von der ICS als ein Symptomkomplex definiert, der durch verlangsamten Harnstrahl und Anstrengung bei der Blasenentleerung gekennzeichnet ist. Bei manchen Patientinnen ist die UAB mit dem Gefühl einer unvollständigen Entleerung verbunden. Wenn die Blase nicht auf einmal vollständig entleert werden kann, raten die Experten zu einer Doppelmiktion.

Der hygienische intermittierende Selbstkatheterismus (clean intermittent self-catheterization, CISC) wird als Standardbehandlung für Patientinnen empfohlen, die ihre Blase nicht entleeren können. Eine dauerhafte transurethrale Katheterisierung oder eine suprapubische Zystostomie werden nur angeboten, wenn andere Methoden der Harnabführung versagt haben oder ungeeignet sind. Eine intravesikale Elektrostimulation oder Parasympathomimetika sollten Frauen mit UAB nicht routinemässig angeboten werden. Bevor invasive Techniken zum Einsatz kommen, kann auch ein Versuch mit Alphablockern unternommen werden.

Intravesikale Prostaglandine sollten Frauen mit Harnverhalt nach einer Operation nur im Rahmen gut kontrollierter, klinischer Studien erhalten. Vor Anwendung invasiverer Techniken kann eine Injektion mit Onabotulinumtoxin A angeboten werden. Die Patientin sollte jedoch darüber informiert werden, dass dieses Verfahren nur durch eine Evidenz geringer Qualität gestützt wird. Eine Stimulation des Sakralnervs kann eine weitere Möglichkeit für Frauen mit UAB sein, die nicht auf konservative Massnahmen ansprechen.

Blasenauslassobstruktion

Für Frauen mit funktioneller BOO empfehlen die Experten ein Beckenbodentraining mit Biofeedback zur Entspannung der Beckenbodenmuskulatur. Frauen mit Zystozelen Grad 3 bis 4 kann die Anwendung eines Vaginalpessars angeboten werden, wenn andere Behandlungsmöglichkeiten für sie nicht geeignet sind.

Der CISC kann bei Harnröhrenstrikturen oder nach Inkontinenzoperationen eine geeignete Option sein. Intraurethrale Dauerkatheter sind für Frauen mit BOO nicht geeignet.

Alphablocker sind mit einer signifikanten Verbesserung der Symptomscores, jedoch nicht der urodynamischen Parameter verbunden. Tamsulosin (Pradif® und Generika) hat sich als wirksamer im Vergleich zu Prazosin (in der Schweiz nicht mehr zugelassen) erwiesen. Uroselektive Alphablocker können bei funktioneller BOO eine Off-label-Option sein. Orales Baclofen (Lioresal® und Generika) ist vor allem für Frauen mit anhaltender Detrusorkontraktion während der Blasenentleerung geeignet. Sildenafil (Viagra®, Revatio® und Generika) sollte bei BOO nur im Rahmen gut kontrollierter, klinischer Studien angeboten werden. Von thyreotropin-freisetzendem Hormon wird abgeraten.

Nykturie

Bei Nykturie empfehlen die Experten zunächst eine Lebensstilberatung. Alltagsmassnahmen wie eine Reduzierung der Flüssigkeitszufuhr zu bestimmten Zeiten, Meiden von Kaffee und Alkohol oder Blasentraining können die Symptomatik verbessern. Für Frauen mit Harninkontinenz oder anderen Speicher-LUTS ist Beckenbodentraining gegen Nykturie eine geeignete Option.

Mit Desmopressin (z. B. Minirin®, Nocutil®) kann bei Nykturie eine signifikante Reduzierung der nächtlichen Harnausscheidung und der nächtlichen Miktionsfrequenz erzielt werden. Das Risiko für eine signifikante Hyponatriämie nimmt dabei mit dem Alter und niedrigen Ausgangsnatriumkonzentrationen im Serum zu. Bei älteren Patientinnen ist daher während der Behandlung die Serumnatriumkonzentration sorgfältig zu überprüfen. Bei Ausgangskonzentrationen unterhalb des Normbereichs sollte Desmopressin nicht angewendet werden.

Anticholinergika können für Frauen mit UUI oder UI eine geeignete Option gegen Nykturie sein. Eine Kombination aus Anticholinergika und Desmopressin kann für Frauen mit OAB und Nykturie als Folge nächtlicher Polyurie erwogen werden. Zu den weiteren Behandlungsmöglichkeiten gehören vaginales Östrogen oder eine zeitlich begrenzte Behandlung mit Diuretika. ▲

Petra Stölting

Quelle: Harding C K et al.: EAU-Guidelines on Management of non-neurogenic female lower urinary tract symptoms. European Association of Urology, 2022.

Interessenlage: Die Guideline wurde mit finanzieller Unterstützung der EAU erarbeitet. Externe Finanzierungsquellen waren nicht involviert.