

Refraktäre überaktive Blase

Tipps, damit die Therapie funktioniert

Wenn der Patient unter persistierendem Drang leidet, gibt es verschiedene Optionen. Das Problem re-evaluieren, nichts tun, die Medikation optimieren, Botox spritzen oder SNS anwenden. Prof. Marcus Drake, Physiological Urology, University of Bristol (UK), erklärte am EAU-Kongress in Kopenhagen das Vorgehen und woran alles zu denken ist.



Marcus Drake

Wenn die Therapie nicht funktioniert und der Patient mit refraktären Symptomen einer überaktiven Blase in die Praxis zurückkommt, muss als Erstes abgeklärt werden, was das Problem ist: Handelt es sich um persistierenden Drang, persistierende Inkontinenz, Nachträpfeln, Nykturie, oder ist eventuell eine Noncompliance die Ursache? Der Patient könne ausserdem auch verschiedene Beschwerden haben und möglicherweise eine unklare Erwartungshaltung, erklärt Drake. In einer Studie mit über

3700 Personen mit Beschwerden der unteren Harnwege (LUTS) geben Frauen den Drang als unangenehmstes Symptom an, Männer das Nachträpfeln nach der Miktion, Nykturie ist für beide Geschlechter ein Problem (1).

Wenn die Therapie mit Antimuskarinika nicht anschlägt, gibt vielleicht ein Blick in das Miktionstagebuch Aufschluss. Kontraproduktive Gewohnheiten wie Tee- oder Biertrinken vor dem Zubettgehen können ein Grund sein. Aber auch das Vor-

liegen einer gemischten Inkontinenz bei zusätzlicher Stressinkontinenz. Mit einer urodynamischen Untersuchung kann dies herausgefunden werden. Wenn gemischte Symptome vorliegen, kann es auch sein, dass nur ein Symptom auf die verordnete Medikation anspricht.

Des Weiteren muss eventuell die Dosis des Antimuskarinikums überprüft werden, vielleicht sind die Symptome im Grossen und Ganzen für den Patienten erträglich, aber bei bestimmten Anlässen, wie beispielweise Meetings, Familienfeiern oder Theaterbesuchen, unberechenbar und daher sehr störend. Ein zusätzliches Antimuskarinikum für solche Anlässe könnte Abhilfe schaffen. Es können aber auch zugrunde liegende Probleme das aktuelle Therapieversagen verursachen, wie neurologische Probleme, Blasenfibrose oder eine Blasenentzündung, wie Drake zu bedenken gibt.

Therapieoptionen

Manchmal können auch Kombinationstherapien zielführend sein. In der BEDSIDE-Studie mit Solifenacin 5 bis 10 mg plus

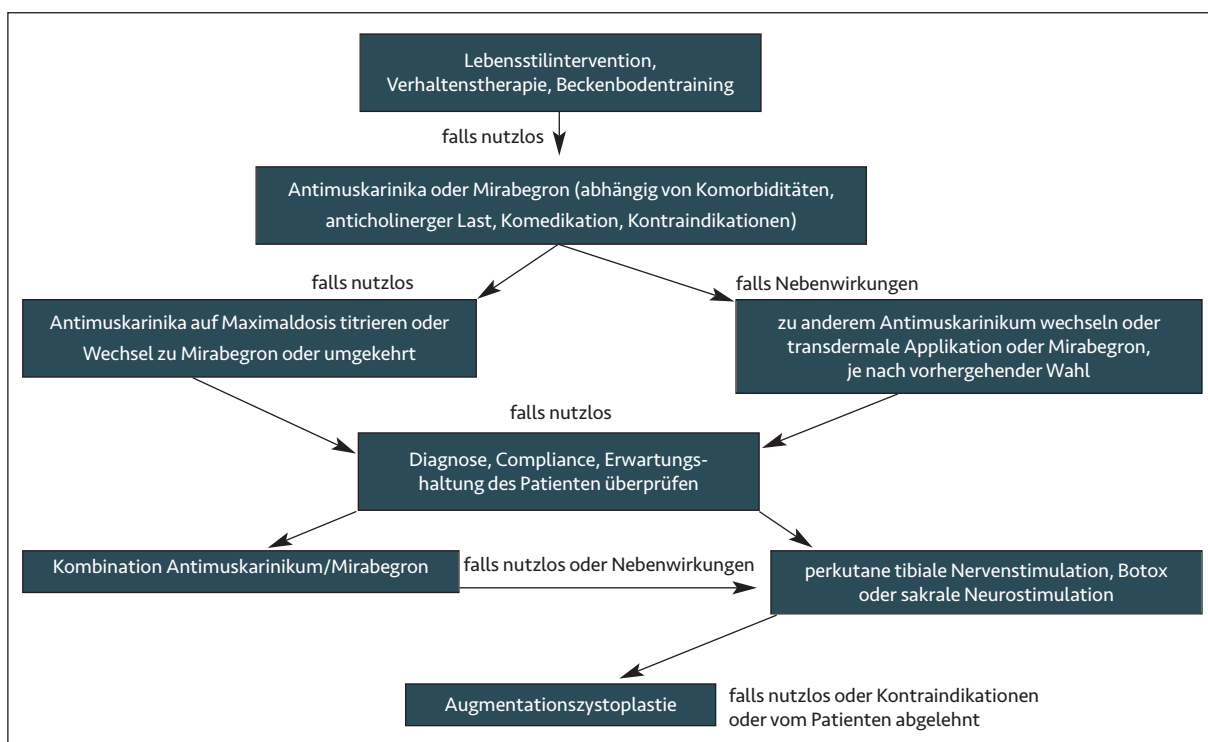


Abbildung: Vorgehen bei persistierenden Symptomen einer überaktiven Blase (5)

Mirabegron 50 mg konnte die Kombination bei Patienten, die unter Solifenacin allein inkontinent blieben, deren Symptome nach zwölf Wochen verbessern (2). Bis auf eine verstärkte Obstipation waren die Nebenwirkungen unter der Kombination nicht stärker als unter Solifenacin 5 mg.

Alternativen zur Kombination, wenn diese aus kardiovaskulären, gastrointestinalen, kognitiven oder sonstigen Gründen nicht vertragen wird, sind zum Beispiel Botox oder sakrale Neurostimulation. Vor einem Botoxeinsatz sollten rezidivierende Infektionen ausgeschlossen werden, ebenso wie der gleichzeitige Einsatz zu anderen Zwecken. Botoxinjektionen funktionieren gut, die Symptome kehren aber irgendwann zurück, sodass erneut gespritzt werden muss. Die häufigste Nebenwirkung bei Botoxinjektionen sind Harnwegsinfektionen, «die wirklich sehr unangenehm sein können», so Drake. Die Evidenzlage für die sakrale Neurostimulation ist nicht so gross, ein Cochrane-Review bescheinigt dem Verfahren jedoch Effizienz (3). Eine randomisierte Studie (4) verglich die beiden Methoden bei 386 Frauen mit über 6 Drangepisoden pro Tag, die nicht auf Antimuskarinika ansprachen. Sie er-

hielten Onabotulinumtoxin A 200 E oder sakrale Neurostimulation. Botox schnitt zwar statistisch signifikant besser ab (-3,9 vs. -3,3 Episoden), doch ist die klinische Relevanz dieses Unterschieds fraglich. Harnwegsinfektionen traten in der Botoxgruppe bei 35 Prozent der Patientinnen (vs. 11%) auf, in der Neurostimulationsgruppe mussten bei 3 Prozent der Trägerinnen die Geräte entfernt und revidiert werden. «Beide Verfahren funktionieren, beide haben ihre Vor- und Nachteile und ihre Nebenwirkungen. Beim Neurostimulator muss überdies noch bedacht werden, dass er vor einer künftigen, aus irgendwelchen anderen Gründen notwendigen MRI entfernt werden muss», so Drake abschliessend. ▲

Valérie Herzog

Quelle: «Refractory Overactive Bladder (OAB) patients: Oral medication adjustment, botox or sacral neuromodulation?», 33. Jahreskongress der European Association of Urology (EAU), 16. bis 20. März 2018 in Kopenhagen.

Referenzen:

1. Agarwal A et al.: What is the most bothersome lower urinary tract symptom? Individual- and population-level perspectives for both men and women. *Eur Urol* 2014; 65: 1211-1217.
2. Drake MJ et al.: Initial 4-Week Solifenacin Monotherapy: A Randomised Double-blind Multicentre Phase 3B Study (BESIDE). *Eur Urol* 2016; 136-145.
3. Herbison GP et al.: Sacral neuromodulation with implanted devices for urinary storage and voiding dysfunction in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; 2: CD004202.
4. Amundsen CL et al.: Onabotulinumtoxin A vs Sacral Neuromodulation on Refractory Urgency Urinary Incontinence in Women: A Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2016; 316: 1366-1374.
5. Apostolidis A et al.: Can we create a valid treatment algorithm for patients with drug resistant overactive bladder (OAB) syndrome or detrusor overactivity (DO)? Results from a think tank (ICI-RS 2015). *Neurourol Urodyn* 2017; 36: 882-893.

KURZ & BÜNDIG

- ▶ Bei persistierendem Harndrang gemischte Symptome in Betracht ziehen.
- ▶ Erwartungshaltung und Anpassung der Lebensweise können die Therapie verbessern.
- ▶ Therapie anpassen.