

FORTBILDUNG

Verhaltenstraining, Anticholinergika, Physiotherapie

Therapeutische Optionen bei überaktiver Blase

Der Kontrollverlust über die Blase, sei es im Rahmen einer Belastungsinkontinenz (früher Stressinkontinenz) oder der überaktiven Blase (früher Dranginkontinenz) ist eine der häufigsten Erkrankungen der Frau. In der Altersgruppe zwischen 30 und 40 Jahren liegt die Prävalenz bei 15% und steigt an bis zu 60% im geriatrischen Krankengut (1, 2). Hoher Leidensdruck und soziale Desintegration führen oft zur psychosozialen Dekompensation.



Prof. Dr. med.
Gabriel Schär
Aarau

+ La perte du contrôle vésical, soit dans le cadre d'une incontinence à l'effort (anciennement incontinence de stress), soit en raison d'une vessie hyperactive (anciennement incontinence d'urgence) représente une des maladies les plus fréquentes chez la femme. La prévalence se situe à 15% entre 30 et 40 ans et atteint jusqu'à 60% dans la population gériatrique (1, 2). Le « poids » de cette maladie et la désintégration sociale qu'elle peut causer mènent souvent à la décompensation psychosociale.

In 50% der Fälle liegt eine Belastungsinkontinenz, in etwa 30% eine überaktive Blase vor. In etwa 20% finden wir Mischformen von Belastungsinkontinenz und überaktiver Blase (Tab. 1). Mit zunehmendem Alter nimmt die Inzidenz der Belastungsinkontinenz ab und jene der Dranginkontinenz zu. Tabelle 1 listet auch die selteneren Formen auf, welche meist schon primär an urogynäkologischen Zentren behandelt werden.

Da die Dranginkontinenz anders behandelt wird als die Belastungsinkontinenz sollen in diesem Beitrag mit Blick auf die Diagnostik beide Formen diskutiert werden, während bei der Therapie ein Fokus auf die Dranginkontinenz gelegt wird. Angelehnt an die neuen Definitionen im englischen Sprachraum, hat sich auch im deutschen Sprachgebrauch die Begrifflichkeit geändert: Synonym der Drangin-

kontinenz = überaktive Blase. Dieser neue Begriff macht Sinn, da er pathophysiologisch besser ist und offen lässt, ob die betroffene Frau eine Inkontinenz hat oder vor allem an Drangphänomen leidet.

Überaktive Blase (Dranginkontinenz)

Der typische Symptomkomplex der überaktiven Blase besteht aus Pollakisurie (mehr als 7 Miktionen pro Tag) Nykturie (mehr als eine Miktion pro Nacht) und imperativem Harndrang.

Pathophysiologisch besteht ein gestörtes Gleichgewicht zwischen der Füllungssensorik der Blase und der zerebralen Hemmung. Dies kann zu häufigem, frühem Harndrang aber auch zu autonomen Detrusorkontraktionen führen. Patientinnen mit einer überaktiven Blase sind meist mehr durch ihre Symptome gestört als jene

TAB. 1 Formen der Harninkontinenz

- ▶ Belastungsinkontinenz (früher Stressinkontinenz)
- ▶ Überaktive Blase (früher Urge- oder Dranginkontinenz, Reizblase, etc.)
- ▶ Gemischte Form (Belastungsinkontinenz und überaktive Blase)
- ▶ Reflexinkontinenz
- ▶ Überlaufinkontinenz
- ▶ Extraurethrale Inkontinenz (Fisteln, Fehlbildungen)

Miktionskalender

Datum: 4. 1. 93		Beispiel		
Zeit	Trinkmengen (ml)	Urinmengen (ml)	Urinverlust (++++/+++)	
06.30		400		
07.00	400			
08.30		150		
08.45			++	
09.30	150	200		
11.30	100			
13.00		50		
13.30	100			
14.00			+++	
15.00		100		
15.30	200			
17.00		100		
19.00	200			
19.30		100		
03.00		150		
Total		950	950	
Häufigkeit des Urinlassens		Tag 7 mal	Nacht 1 mal	
Medikament:		Anzahl Tabletten:		

Abb. 1: Miktionskalender

mit einer Belastungsinkontinenz. Hauptsächlich stören dabei die gestörte Nachtruhe und das Gefühl der Unsicherheit ausser Hause wegen unstillbarem Harndrang bis hin zur Angst vor der Inkontinenz wenn die Toilette nicht rechtzeitig erreicht werden kann.

Belastungsinkontinenz

Die typischen Symptome der Belastungsinkontinenz sind Urinverlust beim Husten, Niesen, Lachen, Heben von schweren Lasten, beim Turnen und anderen Sportarten, aber auch beim Treppensteigen und beim Laufen.

Pathophysiologisch liegt dem Problem ein zu tiefer Harnröhrenverschluss zu Grunde, welcher beim Anstieg des intravesikalen Drucks, der bei körperlicher Belastung entsteht, nicht genügt um die Urethra zu verschliessen.

Basisdiagnostik

Hauptbestandteile der Basisdiagnostik sind Anamnese, klinische Untersuchung und Urindiagnostik (Tab. 2). Mit der Anamnese werden die typischen Symptome erfragt und damit schon eine Arbeitsdiagnose gestellt. Häufigkeit der Miktionen, Miktionsvolumina und Trinkvolumina sowie Inkontinenzepisoden können von der Patientin zur Objektivierung und zur Behandlungskontrolle in Miktionskalendern (Abb. 1) eingetragen werden.

TAB. 2 Diagnose der Harninkontinenzform mittels Anamnese, Miktionskalender und klinischer Untersuchung		
	überaktive Blase	Belastungsinkontinenz
Aus der Anamnese		
Pollakisurie (> 7x)	Ja	Nein
Nächtliche Toilettengänge mehr als 1x	Ja	Nein
Urinverlust bei voller Blase und plötzlichem Harndrang	Ja	Nein
Urinverlust bei körperlicher Aktivität (Sport, Husten, Niesen, Lasten heben, etc.)	Nein	Ja
Miktionskalender		
Blasenkapazität kleiner als 300ml	Ja	Meist grösser
Pollakisurie > 7x, Nykturie > 1x	Ja	Nein
Klinische Untersuchung		
Hustentest bei voller Blase	Kein Urinverlust	Urinverlust

Die Belastungsinkontinenz diagnostizieren wir anhand der Symptombefragung und des Hustentests bei gut gefüllter Harnblase. Dieser kann liegend, aber auch stehend durchgeführt werden. Ist unter kräftigem Husten Urinabgang sichtbar, gilt dies als diagnostisch zuverlässig für eine Belastungsinkontinenz.

Wichtige Begleitfaktoren müssen untersucht werden. Ein Urininfekt kann zu Symptomen der überaktiven Blase führen. Dies trifft auch für die Atrophie der Vaginalschleimhaut zu. Die Zystozele kann durch permanente Reizung der Dehnungsrezeptoren in der Blasenwand ebenso Symptome der überaktiven Blase auslösen. Neurologische Erkrankungen wie multiple Sklerose, Morbus Parkinson oder senile Demenz wie die Einnahme einer Vielzahl von Medikamenten können eine überaktive Blase verursachen.

Der Leidensdruck beeinflusst die Therapieakzeptanz der Patientin. Anamnese und Lebensqualitätsfragebogen helfen die Auswirkung der Beschwerden auf die Lebensqualität zu beurteilen.

Auf der Website der Frauenklinik Aarau (www.frauenklinik.ksa.ch) oder der Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie (www.urogyn.ch) können Miktionskalender, Anamneseblätter und Lebensqualitätsfragebögen heruntergeladen werden.

Deutet die Anamnese auf eine Blasenentleerungsstörung hin, so ist eine sonographische Restharnmessung zu empfehlen. Bei Kombinationen von Inkontinenz mit Restharnbildung besteht meist eine komplexe Störung, welche von urogynäkologisch spezialisierten Zentren betreut werden sollte.

Deutet die Anamnese auf eine Blasenentleerungsstörung hin, so ist eine sonographische Restharnmessung zu empfehlen. Bei Kombinationen von Inkontinenz mit Restharnbildung besteht meist eine komplexe Störung, welche von urogynäkologisch spezialisierten Zentren betreut werden sollte.

Therapie

Unbesehen der Harninkontinenzdiagnose gibt es für alle betroffenen Frauen Basisempfehlungen:

- ▶ **Trinkgewohnheiten:** Trinken von mindestens 1,5 Liter Flüssigkeit pro Tag. Tee- und Kaffeekonsum aber auch Alkohol und Nikotin sollten so gut wie möglich eingeschränkt werden.
- ▶ **Medikamente:** Einige Medikamente können eine Harninkontinenz verschlimmern. Es gilt somit die Nebenwirkungsliste eingenommener Medikamente zu überprüfen.
- ▶ **Hilfsmittel:** Inkontinenzvorlagen werden bei sehr störender Harninkontinenz durch die Krankenkassen bezahlt. Sie sind nicht nur in Apotheken sondern auch in Warenhäusern erhältlich. Besonders bei älteren, weniger mobilen Frauen mit überaktiver Blase muss die Toilette nahe sein, alternativ ist zu empfehlen einen Nachtstuhl neben das Bett zu stellen.
- ▶ **Atrophiebehandlung:** Eine vaginale Östrogenbehandlung (Crème oder Ovula) kann vaginale Atrophiebeschwerden wie Jucken, Brennen, Dysurie lindern.

Behandlung der überaktiven Blase

Verhaltensänderungen mit Trink- und Blasentraining sind die Grundlage der Behandlung (3). Dabei geht es darum, durch willkürliche Beeinflussung von Trinken und Blasenentleerung wieder die zerebrale Kontrolle über den Miktionsreflex zurückzuerhalten. Zuerst werden die Miktionskalender der Patientin besprochen und Ziele festgelegt. Es geht dabei darum, die einzelnen Miktionsvolumina und die Miktionsintervalle zu erhöhen. Die Ziele der Behandlung sollen folgende sein: Trinkvolumen von 1,5 bis 2 Li-

ter, Nykturie nicht mehr als 1x, Inkontinenzereignisse verhindern. Während dieser Umkonditionierung sollen die Patientinnen einmal pro Woche Miktionskalender führen um den Behandlungserfolg selbst monitorisieren zu können. Die Miktionskalender werden bei der ärztlichen Kontrolle mit der Patientin besprochen.

Zur Unterstützung des Verhaltenstrainings wird eine medikamentöse Behandlung durchgeführt. Es gibt heute eine Vielzahl von anticholinerg wirksamen Medikamenten (Tab. 3) (4). Vor allem bei älteren Menschen ist die Anticholinergikabehandlung sorgfältig zu indizieren und es ist auf die Kontraindikationen zu achten (Engwinkelglaukom, Myasthenia gravis, schwere Obstipation und Refluxösophagitis). Zu vermerken ist auch, dass wir in letzter Zeit neue Erkenntnisse über die kognitiven Nebenwirkungen dieser anticholinergen Medikamente gewonnen haben. Vor allem bei älteren Menschen ist darauf zu achten (5). Neue Wirkstoffe werden intensiv gesucht. In den USA und Europa wurde Mirabegron, ein Beta3-Agonist, schon eingeführt während das Medikament in der Schweiz noch nicht zugelassen ist.

Die umfassende Physiotherapie der überaktiven Blase beinhaltet Wahrnehmungsschulung, Verhaltenstraining und Beckenbodenmuskelschulung. Speziell ausgebildete Physiotherapeutinnen erklären der betroffenen Frau die Zusammenhänge von Kontinenz und Beckenboden, wie eine Verhaltensänderung sich auf ihre Beschwerden auswirken kann und lehren die bewusste und gezielte Aktivierung der Beckenbodenmuskulatur. Bei bewusster Kontraktion der Beckenbodenmuskulatur und des Urethrasphinkters kann der Miktionsreflex gehemmt werden (6). Zudem kann die Physiotherapie mit Elektrostimulation und Biofeedback eine Hemmung der Detrusormuskulatur bewirken (7).

Zweitlinienbehandlung der überaktiven Blase

Bei Versagen der primären Behandlung der überaktiven Blase kommen die zystoskopische Botulinumtoxin-Injektion in den Detrusormuskel oder die Neuromodulation zum Zug.

Bei der Botulinumtoxininjektion werden zystoskopisch 100 IE über 20 Injektionen in die Blasenwand vorgenommen. Dadurch wird die Acetylcholinfreisetzung an der motorischen Endplatte verhindert womit der Effekt einer reversiblen Chemodenervation eintritt. Botulinumtoxin besticht durch eine hohe Wirksamkeit (8, 9), hat aber eine meist nur vorübergehende Wirkung (ca. 6–8 Monate) und kann dann wiederholt werden. Mit Stand Sommer 2013 besteht bei der Botulinumtoxinbehandlung der idiopathischen überaktiven Blase leider noch keine Leistungspflicht der Krankenkassen.

TAB. 3 Aktuelle Liste der heute erhältlichen Anticholinergika		
Name	Wirkstoff	Dosierung
Detrusitol® SR 4 mg	Tolterodin	1x 4mg abends
Lyrinel Oros®	Oxybutinin	1x 5mg/1x 10mg/ 1x 15mg
Kentera® Hautpflaster	Oxybutinin	2x/Woche
Ditropan®	Oxybutinin	3x 5mg
Spasmo Urgenin Neo®	Trospiumchlorid	2x 20mg
Emselex®	Darifenacin	1x 7.5mg oder 1x 15mg
Vesicare®	Solifenacin	1x 5mg oder 1x 10mg
Toviaz®	Fesoterodin	1x 4mg oder 1x 8mg

Die Elektroneuromodulation der Sakralnerven S2/S3 gilt ebenfalls als 2nd-line-Behandlung, wird aber im Gegensatz zur Anwendung des Botulinumtoxins von den Kassen zurückerstattet. Dabei werden via einen Schrittmacher und Stimulationsdrähte S2/S3-Nervenwurzeln so beeinflusst, dass der imperative Harndrang, die Miktionsfrequenz und die Inkontinenz reduziert werden können (10).

Behandlung der Mischinkontinenz

Bei Frauen die Kombinationssymptome von überaktiver Blase und Belastungsinkontinenz aufweisen, gilt es herauszufinden, welches Symptom am meisten stört und dieses dann als erstes in Angriff zu nehmen. Meistens ist es so, dass die Symptome der überaktiven Blase stärker stören und somit zuerst behandelt werden.

Prof. Dr. med. Gabriel Schär

Chefarzt Frauenklinik und Leiter Beckenbodenzentrum
Kantonsspital Aarau, 5001 Aarau
gabriel.schaer@ksa.ch

+ Literatur

am Online-Beitrag unter: www.medinfo-verlag.ch

BUCH-TIPP

Overactive Bladder – Fragen und Antworten.
Edited by Perucchini D. UNI- MED SCIENCE 2008
ISBN 978-3-8374-1061-7

Take-Home Message

- ◆ Harninkontinenz kann die Lebensqualität schwer beeinträchtigen
- ◆ Mittels Basisdiagnostik kann einfach zwischen Belastungsinkontinenz (Inkontinenz bei körperlicher Belastung) und überaktiver Blase (Pollakisurie, Nykturie, imperativem Harndrang, Inkontinenz bei Harndrang) unterschieden werden
- ◆ Die überaktive Blase wird in erster Linie mit Verhaltenstraining, anticholinergen Medikamenten und Physiotherapie behandelt
- ◆ Bei älteren Menschen muss die anticholinerge Medikation sorgfältig bezüglich kognitiven Nebenwirkungen beobachtet werden
- ◆ Die Injektion von Botulinumtoxin in den Detrusormuskel und die Elektroneuromodulation sind Zweitlinienbehandlungen bei der überaktiven Blase

Message à retenir

- ◆ L'incontinence urinaire peut entraver massivement la qualité de vie
- ◆ Les moyens diagnostiques simples permettent facilement de distinguer l'incontinence d'effort (incontinence lors d'effort physique) de la vessie hyperactive (avec pollakisurie, nycturie, besoins impératifs, fuites urinaires lors des besoins)
- ◆ La vessie hyperactive se traite en premier lieu par des mesures comportementales, avec de la physiothérapie et des médicaments anticholinergiques
- ◆ Chez la personne âgée, le traitement anticholinergique doit être soigneusement monitoré en raison des effets secondaires, notamment cognitifs
- ◆ Pour la vessie hyperactive, l'injection de toxine botulinique dans le muscle détrusor et l'électroneuromodulation représentent des traitements de deuxième intention

Literatur:

1. Hunnskaar S, Lose G, Sykes D, Voss S. The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. *BJU Int* 2004;93(3):324–30
2. Minassian VA, Stewart WF, Wood GC. Urinary incontinence in women: variation in prevalence estimates and risk factors. *Obstetrics and gynecology* 2008;111(2 Pt 1):324–31
3. Burgio KL. Behavioral treatment of urinary incontinence, voiding dysfunction, and overactive bladder. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2009;36(3):475–91
4. Witte LP, Mulder WM, de la Rosette JJ, Michel MC. Muscarinic receptor antagonists for overactive bladder treatment: does one fit all? *Curr Opin Urol* 2009;19(1):13–9
5. Kay G, Crook T, Rekedal L, Lima R, Ebinger U, Arguinzoniz M, et al. Differential effects of the antimuscarinic agents darifenacin and oxybutynin ER on memory in older subjects. *Eur Urol.* 2006 Aug;50(2):317–26
6. Shafik A, Shafik IA. Overactive bladder inhibition in response to pelvic floor muscle exercises. *World J Urol.* 2003 May;20(6):374–7
7. Godec C, Cass AS, Ayala GF. Bladder inhibition with functional electrical stimulation. *Urology.* 1975 Dec;6(6):663–6
8. Visco AG, Brubaker L, Richter HE, Nygaard I, Paraiso MF, Menefee SA, et al. Anticholinergic therapy vs. onabotulinumtoxin for urgency urinary incontinence. *N Engl J Med.* Nov 8;367(19):1803–13
9. Duthie J, Wilson DI, Herbison GP, Wilson D. Botulinum toxin injections for adults with overactive bladder syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art.
10. Siddiqui NY, Wu JM, Amundsen CL. Efficacy and adverse events of sacral nerve stimulation for overactive bladder: A systematic review. *Neurourol Urodyn.* 2010;29 Suppl 1:S18–23