

16. OSGG, Näfels

Die überaktive Blase

Für die Behandlung der überaktiven Blase (OAB), so berichtet Dr. David Scheiner, Zürich, stehen verschiedene primäre Therapieoptionen und bei deren Versagen sekundäre Therapieformen zur Verfügung. Eine ausführliche Patienteninformation, hohes Engagement der Patientin und Unterstützung der Patientin von Seiten des Therapeutenteams sind Voraussetzungen für ein positives Therapieergebnis.

Die OAB kann die Lebensqualität der Patientin erheblich einschränken. Die Behandlung der OAB sollte in Stufen erfolgen beginnend mit den primären Therapieformen.

Die primären Therapieoptionen umfassen neben Verhaltensänderungen der Patientin und andere konservative Therapieformen auch eine medikamentöse Behandlung. Um einen Therapieerfolg möglich zu machen, sind für diese Therapieformen eine hohe Eigenmotivation der Patientin und die Unterstützung durch das behandelnde Therapeutenteam notwendig.

1. Verhaltens-/Lifestyle-Änderung (Ziel: Verzögern des Harndrangs)
Reduzierung der Flüssigkeitsmenge (tägliche Trinkmenge ca. 1.5 Liter) und Verschiebung der Flüssigkeitsaufnahme in die erste Tageshälfte, Reduzierung des Konsums von Koffein, Nikotin, scharfen Gewürzen, Kohlensäure und künstlichen Süsstoffen. Auch eine Gewichtsreduzierung und Vermeidung von Obstipation wird angestrebt.

2. Training der an der Miktion beteiligten Organe/Prozesse (Ziel: Verbesserung der Speicherfunktion der Blase)

Hier stehen verschiedene konservative Therapieoptionen zur Verfügung, wie Blasentraining, Training des Beckenbodens, Miktion nach der Uhr und die vaginale Elektrostimulation.

3. Medikamentöse Therapie (Ziel: Verminderung der Hyperaktivität des Detrusormuskels)

Eingesetzt werden antimuskarine Medikamente (M2- und M3-Rezeptorblocker mit anticholinergischer Wirkung), die in Tabelle 1 aufgeführt sind.

Werden keine zufriedenstellenden Ergebnisse mit den primären Therapieoptionen erzielt oder werden die Anticholinergika von der Patientin nicht gut toleriert, so können sekundäre Therapieoptionen eingesetzt werden.

1. Botulinumneurotoxin A-Injektion

ist eine sehr effektive und langanhaltende (im Durchschnitt 9 Monate) Therapie, wobei hier Komorbiditäten (z.B. Diabetes mellitus) und Kontraindikationen zu berücksichtigen sind. Die Therapiekosten werden bei neurogen hyperaktiver Blase von der Krankenkasse übernommen, bei idiopathisch hyperaktiver Blase

In der Schweiz gebräuchliche Antimuskarinika (Anticholinergika) zur OAB-Behandlung			
Wirkstoff	Markenname	Dosierung	Packung
Tolterodin ER	Detrusitol SR® 4 mg Kaps.	1 x 4 mg/Tag abends	14,28, 56
Oxybutynin IR	Ditropan® 5 mg Tbl.	3 x 5 mg/Tag	60
Oxybutynin ER	Lyrinel® OROS Tbl.	1 x 5 mg/Tag 1 x 10 mg/Tag 1 x 15 mg/Tag	30/90 30/90 30/90
	Kentera® Hautpflaster	2x/Woche	8
Tropiumchlorid	Spasmo Urogenin® Neo 20 mg Drg.	2 x 20 mg/Tag	20, 60
Darifenacin	Emselex® 7,5 mg Emselex® 15 mg	1 x 7,5 mg/Tag 1 x 15 mg/Tag	14, 56 14, 56
Solifenacin	Vesicare®	1 x 5 mg/Tag 1 x 10 mg/Tag	30, 90 30, 90
Fesoterodine	Toviaz®	1 x 4 mg/Tag 1 x 8 mg/Tag	14, 84 14, 84

muss derzeit noch eine Kostengutsprache der Krankenkasse eingeholt werden.

2. Sakrale Neuromodulation

stellt eine Implantation eines Schrittmachergerätes dar, das durch elektrische Impulse im Sakralbereich zur Verminderung des Harndrangs und der Miktionsfrequenz führt.

3. Blasenaugmentation

als Ultima Ratio.

Neue Medikamente, die sich bezüglich ihres Wirkungsmechanismus von den markteingeführten Anticholinergika unterscheiden und ein vielversprechendes therapeutisches Potential versprechen, sind teilweise schon auf dem Markt. Dies trifft für Mirabegron zu, einen β_3 -Adrenorezeptor-Agonisten, der bereits 2011 in Japan auf dem Markt eingeführt wurde (Betanis®) und mittlerweile auch in den USA (Myrbetriq®) und in der EU (Betmiga®) erhältlich ist. Die Zulassung für die Schweiz wird nächstes Jahr erwartet.

▼ Dr. Heidrun Ding

Quelle: 16. Ostschweizer Symposium für praktische Gynäkologie und Geburtshilfe 2013, Näfels