

Alle fünf Minuten zur Toilette

Blasenschwäche bei der Frau

OA Dr. Andrea Dungal

Blasenbeschwerden werden zunehmend von Ärzten thematisiert, und immer mehr Betroffene wagen es, dieses Tabuthema anzusprechen. Harninkontinenz ist eine

Erkrankung, die die Lebensqualität in hohem Maß beeinträchtigt, aber auch der Harndrang als Symptom der überaktiven Blase (OAB – overactive bladder) stellt Patientinnen vor eine Fülle von Beeinträchtigungen des Wohlbefindens.

Episoden von Belastungsinkontinenz, d.h. unwillkürlicher Harnverlust beim Husten Niesen, Heben von Lasten oder forcierten Bewegungen, sind ereignisgebunden, und somit ist ihr Vorkommen für die Patientinnen abschätzbar. Harndrang ohne oder mit Harnabgang tritt plötzlich auf und ist ein schwer einschätzbares, unerwartetes Ereignis. Abklärung und Therapieeinleitung sind somit eine große Herausforderung.

Was bedeutet überaktive Blase (OAB)?

Nach Übereinkunft der International Continence Society (ICS) ist OAB definiert durch das subjektive Empfinden des häufigen Wasserlassens (Pollakisurie) in Zusammenhang mit Drang, mit oder ohne Inkontinenz, mit oder ohne Nykturie (jede Miktion nach dem Zubettgehen).

Als normale Miktionsfrequenz gelten acht Toilettengänge während des Tages und bis zu zwei während der Nachtstunden. Harndrang ist das physiologische Signal an unser Bewusstsein, ab einem gewissen Füllungszustand (erstes Blasengefühl bei 150 bis 250 ml, Blasenkapazität 350 bis 450 ml) nach einer „Vorwarnzeit“ die Blase zu entleeren. Eine Vorwarnzeit von weniger als 15 Minuten bis zur Blasenentleerung oder bis zum unfreiwilligen Harnverlust gilt als krankhaft.

Wer sind die betroffenen Frauen?

Hielt man bis vor nicht allzu langer Zeit Blasenbeschwerden für eine Alterserscheinung, weiß man heute durch große epidemiologische Erhebungen, dass auch junge Frauen (10% der 18- bis 29-Jährigen) betroffen sind. Mit zunehmendem Alter steigt die Prävalenz der OAB auf 23% bei über 80-Jährigen. Über alle Lebensalter leiden 14% der Frauen an überaktiver Blase.

Was sind die Ursachen der OAB?

Voraussetzung für eine ungestörte Blasenfunktion sind intakte anatomische Verhältnisse und eine intakte neurogene Versorgung von Blasenmuskel und Schließmuskelapparat. Störungen im Gleichgewicht zwischen afferenten Inputs und kortikaler Modulation und Kontrolle führen zu Blasenüberaktivität. Multiple Störfaktoren von Harnwegsinfekten, Hormonmangel, bis zu Descensus des inneren Genitales führen zu Änderungen der afferenten Inputs aus den peripheren Strukturen Harnblase, Harnröhre und Beckenboden. Degenerative Veränderungen, Erkrankungen des Gehirns und Medikamente können die Blasensteuerung beeinträchtigen.

Diagnostisch sind diese Störfaktoren auszuschließen:

- Anamnese
- Harnanalyse
- Körperliche Untersuchung mit Hustentest
- Restharnbestimmung

Wichtigstes diagnostisches Instrument ist das Blasentagebuch. Aufzeichnungen über Flüssigkeitszufuhr (wann, wie viel, was), Miktionsfrequenz, Harnmenge pro Toilettengang, Episoden von Drang und Harnverlust über 48 Stunden geben objektive Information und sind bei 70% der Patientinnen Grundlage für die richtige Diagnose und Einleitung der Therapie.

Grundpfeiler der Therapie sind Verhaltensänderungen im Sinne geänderter Lebensgewohnheiten, Toilettentraining, Miktionstraining, Beckenbodentraining. Die Patientin selbst muss aber motiviert sein und ausreichend kognitive Fähigkeiten und Mobilität besitzen. Zur medikamentösen Therapie haben sich vor allem Anticholinerga bewährt. Mit Inkontinenzhilfsmitteln lässt sich zumindest soziale Kontinenz und Gesellschaftsfähigkeit erreichen. Wichtig ist das Wissen, dass Blasenschwäche häufig ist, häufig reversibel ist und wenn nicht reversibel, so doch behandelbar.

Blasenschwäche beim Mann

Univ.-Doz. Dr. Stephan Madersbacher

Die überaktive Harnblase (ÜAB; andere Bezeichnung: Blasenschwäche, Reizblase; auch overactive bladder) zählt zu den häufigsten Erkrankungen des alternden Menschen, und zwar unabhängig vom Geschlecht. Die ÜAB wird heute definiert als ein Symptomenkomplex aus Harndrang, mehr als acht Miktionen/24 Stunden sowie Nykturie >2 ohne offensichtliche Pathologie. Jeder fünfte Mensch jenseits des 60. Lebensjahrs leidet an einer ÜAB, und zwar unabhängig vom Geschlecht. Die Pathogenese ist multifaktoriell, prinzipiell entsteht eine ÜAB als Folge eines Ungleichgewichts zwischen sensorischem Input und zentralnervöser Hemmung. Ein vermehrter sensorischer Input tritt zum Beispiel als Folge einer infravesikalen Obstruktion, eines chronischen Harnwegsinfekts oder altersassoziiierter Umbauvorgänge in der alternden Harnblase auf.

Nahezu jede Erkrankung des ZNS wie Mb. Alzheimer, ein Insult, Mb. Parkinson oder eine Encephalitis disseminata kann zu einer ÜAB führen. Die Diagnostik ist relativ einfach, kann von jedem Arzt durchgeführt werden und umfasst folgende Untersuchungsschritte: detaillierte Anamnese inkl. Erfassung der Lebensqualität, zielgerichtete klinisch-urologische Untersuchung, Urinstatus, Miktionsprotokoll für ein bis zwei Tage, eine sonographische Restharnanalyse sowie eine Analyse des

oberen Harntrakts. Die Ersttherapie besteht in der Regel aus einer Verhaltenstherapie sowie der Gabe von Anticholinergika. Gerade beim geriatrischen Patienten spielen zentralnervöse anticholinerge Nebenwirkungen eine wichtige Rolle, wobei die größte diesbezügliche Nebenwirkungsrate für Oxybutinin und Tolterodin berichtet wird; Trosipiumchlorid und sogenannte M3-selektive Anticholinergika (Darifenacin, Solifenacin) weisen eine deutlich höhere ZNS-Sicherheit auf. Bei Versagen der Erstlinientherapie sollte eine eingehende urodynamische Untersuchung zur Diagnoseabsicherung durchgeführt werden.

Die weitere Therapie ist eine individualisierte, basierend auf einem Wechsel/einer Kombination von Anticholinergika, nicht invasiver und invasiver Neuromodulation sowie der intravesikalen Botulinum-Toxin-Injektion. Die Dauerkatheterharnableitung sollte nur die Ultima Ratio nach Ausschöpfung aller therapeutischer Optionen darstellen.

Das anticholinerge Syndrom

Univ.-Prof. Dr. Ingo Füsgen

Altern ist in hohem Maß mit dem Auftreten einer Multimorbidität und damit häufig begleitend mit einer Multimedikation verbunden. Nicht korrekte Indikation, Über- und Unterversorgung, Nebenwirkungen und Interaktionen führen im Rahmen der Multimedikation häufig zu medizinischen Problemen, die in der Geriatrie dann als fünftes geriatrisches I („iatrogene Probleme“) bezeichnet werden.

Eine wichtige Rolle im Rahmen der Nebenwirkungen und Interaktionen spielt hier das anticholinerge Syndrom mit Mundtrockenheit, Mydriasis, Obstipation, Harnverhaltung, kognitiven Defiziten bis zur Verwirrtheit und Bewusstseinsbeeinträchtigung. In der Studie von Ancellin und Mitarbeitern wurde deutlich, dass bei einer üblichen Mehrfachmedikation mit anticholinergischer Nebenwirkung bis zu 80% der Älteren kognitive Beeinträchtigungen aufweisen. Die Serumaktivität der anticholinergen Wirkung der einzelnen Medikationen addiert sich. Je höher die anticholinerge Serumaktivität ist, desto höher ist dann das Risiko, kognitive Einschränkungen zu haben. Besondere Bedeutung bekommt dieses Faktum für Ältere, die schon leichte kognitive Einschränkungen haben, denn für sie besteht dann das Umkippen in eine völlige Verwirrtheit.

Am Beispiel der anticholinergen Therapie der Dranginkontinenz wird dieses Phänomen dargestellt, aber gleichzeitig auch aufgezeigt, dass man innerhalb der Substanzgruppen mit anticholinergischer Nebenwirkung immer auch die Möglichkeit hat, die Therapie umzustellen. Für die Therapie der Dranginkontinenz bedeutet dies, dass tertiäre Amine zur Behandlung der Dranginkontinenz eine zerebrale Gefahr darstellen, dagegen quarternäre Amine wie Trosipiumchlorid unproblematisch sowohl in Bezug auf die zerebrale Nebenwirkung als auch auf Interaktionen eingesetzt werden kann. Prof. Setter von der Universität in Washington bezeichnete die anticholinerge Problematik als „The hidden burdens of anticholinergic drugs“ für den Älteren.

Was sollte geschehen? Wir sollten die cholinerge Hypothese und frühzeitig unerwünschte Wechselwirkungen von Arzneimitteln mit anticholinergischer Nebenwirkung erkennen. Wichtig wäre die routinemäßige Einführung der Prüfung der anticholinergen Serumaktivität durch Serumspiegelmessung bei multimedizierten Älteren. Wichtig erscheinen auch entsprechende Erhebungen zur „anticholinergen Last“ bei multimorbiden Älteren in der niedergelassenen Praxis, damit ein Bewusstsein für diese Problematik entsteht. In der Regel gibt es bei der Behandlung von Krankheitsbildern fast immer die Möglichkeit, ein Medikament mit möglichst geringer anticholinergischer Nebenwirkung auszuwählen, wie am Beispiel von Trosipiumchlorid gegenüber den tertiären Aminen deutlich wird.