



# Überaktive Blase – auf der Suche nach der individuell besten Lösung

Schätzungsweise leiden weltweit mehr als 50 Millionen Menschen an einer überaktiven Blase, im Volksmund auch Reizblase genannt. Die Prävalenz in der Gesamtbevölkerung liegt sowohl für Frauen und als auch für Männer bei circa 17%, wobei die Wahrscheinlichkeit an einer überaktiven Blase zu leiden mit zunehmendem Alter steigt. So leiden beispielsweise bei den über 70-jährigen über 30% an einer überaktiven Blase.

Bei der überaktiven Blase (OAB, overactive bladder) handelt es sich um einen Symptomenkomplex aus einem überfallsartigen starken, nur schwer beherrschbarem Harndrang (imperativer Harndrang) einhergehend mit häufigem Wasserlassen (Pollakisurie) und nächtlichem Wasserlassen (Nykturie). Dabei kann im Rahmen des imperativen Harndrangs auch eine Dranginkontinenz mit unwillkürlichem Urinverlust auftreten (OAB<sub>wet</sub>; wet = naß). Tritt kein Urinverlust im Rahmen des imperativen Harndrangs auf, wird dies auch als OAB<sub>dry</sub> (dry = trocken) bezeichnet. Von einer überaktiven Blase darf allerdings nur gesprochen werden, wenn andere Ursachen, die ähnliche Beschwerden auslösen können, wie z.B. Harnwegsinfektionen, Blasentumor, Blasenstein, Restharn oder neurologische Erkrankungen ausgeschlossen wurden. Von der Dranginkontinenz zu unterscheiden ist die Belastungsinkontinenz (siehe Tabelle 1).

Die überaktive Blase hat häufig eine deutliche Einschränkung der Lebensqualität der Betroffenen zur Folge. Das Leben wird quasi nach der Blase und der nächstverfügbaren Toilette ausgerichtet. Darüber hinaus kann es auch zu sozialer Isolation und Partnerschaftsproblemen mit nachfolgender Depression kommen. Vor allem bei älteren Patienten sind Stürze mit Verletzungen inklusive Frakturen auf dem übereilten Weg zur Toilette nicht selten. Die Folgen können eine reduzierte Mobilität und möglicherweise auch ein Heimeinweisung sein.

Trotz der zahlreichen negativen Folgen der überaktiven Blase wenden sich nur circa ein Drittel der Betroffenen an ihren Arzt. Die Gründe hierfür sind vielschichtig. Einerseits wird auch heute noch die Reizblase oftmals als Teil des typischen Alterungsprozesses angesehen und viele Betroffene sind der Meinung, dass „man einfach mit dem Problem leben muss“ und „eh nichts dagegen getan

werden kann“. Auf der anderen Seite ist vor allem das Thema „Harninkontinenz“ auch heute noch gesellschaftlich stark tabuisiert. Zwar ist die Problematik in den zurückliegenden Jahren mehr in das öffentliche Bewusstsein getreten, dennoch wenden sich auch im Jahre 2014 viele Betroffene aus Scham nicht an ihren Arzt.

## Ätiologie (Ursachenerforschung)

Die Ätiologie der überaktiven Blase ist auch heute noch nicht endgültig geklärt. Allerdings wissen wir mittlerweile, dass die Ursachen multifaktoriell sind. Folgende Auslöser werden u.a. diskutiert:

- Gestörte Innervation der Blasenmuskulatur
- Reduzierte Inhibition des Miktionszentrums im Gehirn
- Blasenwandveränderungen
- Chronische Urozystitis
- Psychosomatische Faktoren

## Diagnostik

Ein wesentliches Ziel der Diagnostik ist der Ausschluss anderer Erkrankungen, die ein ähnliches Beschwerdebild haben, wie z.B. Harnwegsinfektion, Blasentumor, Blasenentzündung bei der Frau, Blasensteine, tiefe Harnleitersteine und Nebenwirkung von Medikamenten z.B. Diuretika (harntreibende Medikamente).

Die Diagnostik sollte dabei nach einem Zweistufen-Schema erfolgen. In der sogenannten Basisdiagnostik werden folgende Untersuchungen empfohlen:

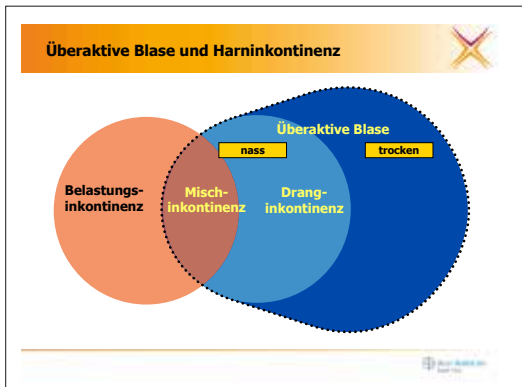
- Ausführliche Anamnese (Vorgeschichte des Patienten) inkl. möglicher Problematik bei Stuhlentleerung, Begleiterkrankungen, Voroperationen und aktuelle Medikamente



Priv.-Doz. Dr. med. Ricarda  
M. Bauer

- Urinuntersuchung
- Uroflowmetrie (Harnstrahlmessung)
- Vaginale Untersuchung bei Frauen
- Digital-rektale Untersuchung der Prostata beim Mann
- Restharnbestimmung
- Sonographie (Ultraschall) der Nieren
- Neurologisch-orientierende Untersuchung
- Trink- und Miktionsprotokoll über 2-3 Tage

Bei Frauen mit einer überaktiven Blase sollten im Rahmen der vaginalen Untersuchung eine Senkung der Blase, der Gebärmutter bzw. des Scheidensumpfes und des Enddarms ausgeschlossen werden, sowie der hormonelle vaginale Status beurteilt werden.



Bei Männern mit einer überaktiven Blase ist bei der Diagnostik darauf zu achten, dass auch eine Prostatavergrößerung (Mit-) Ursache der überaktiven Blase sein kann.

Nach erfolgter Basisdiagnostik und Ausschluss anderer Erkrankungen wird ein erster Therapieversuch empfohlen.

Eine urodynamische Untersuchung (Blasendruckmessung) wird in der

Basisdiagnostik nur bei Verdacht auf eine neurogene Komponente der Beschwerden, bei Verdacht auf komplexe Blasenentleerungsstörungen oder weiterhin unklarer Ursache der Beschwerden empfohlen. Darüber hinaus wird eine Urodynamik empfohlen, wenn die Therapie nicht zu einer ausreichenden Beschwerdebesserung geführt hat.

Eine Blasenspiegelung (= Zystoskopie) sollte schon in der Basisdiagnostik bei Nachweis von Blut im Urin (Mikro- bzw. Makrohämaturie) erfolgen.

### Therapie der überaktiven Blase

Die Therapie der OAB wird unterteilt in konservative und medikamentöse Ansätze.

#### Konservative Therapie

Grundlage der konservativen Therapie ist eine Verhaltenstherapie, dabei werden folgende Verhaltensänderungen empfohlen:

- Mind. 2h vor dem Schlafengehen keine Flüssigkeitsaufnahme
- Trinkmenge gleichmäßig über Tag verteilen
- Reduktion der Trinkmenge (Reduktion um 25% senkt OAB-Symptome signifikant) bei erhöhter Trinkmenge
- Reizstoffe meiden (z.B. Nikotin, Pfeffer, Chili, scharfe Gewürze, Zitrusfrüchte)
- Obstipation (Verstopfung) meiden

Zusätzlich beinhaltet die Verhaltenstherapie ein Blasen-Training. Hierbei sollen zu kurze Miktionsintervalle durch ein aktives Unterdrücken des Harn-dranges und aktives Hinauszögern des Wasserlassens verlängert werden.

Zusätzlich kann v.a. bei Frauen mit Hilfe von Beckenbodentraining ggf. in Kombination mit Elekt-

rostimulation eine Beckenbodenüberaktivität positiv beeinflusst werden und damit reflektorisch zu einer Linderung der Drangbeschwerden führen. Für Männer gibt es hierzu allerdings keine Daten.

#### Pharmakotherapie

##### Lokale Östrogenisierung bei der Frau

Die lokale Östrogenisierung sollte fester Bestandteil der Therapie der überaktiven Blase bei Frauen sein, da durch diese nachweisbar Drangbeschwerden reduziert werden können. Die lokale Östrogenisierung sollte mittels Estriol erfolgen.

##### Pharmakotherapie bei der Frau

Anticholinergika stellen den Hauptpfeiler der medikamentösen Therapie der überaktiven Blase mit und ohne Dranginkontinenz dar und werden zur medikamentösen Firstline-Therapie empfohlen. Anticholinergika führen über eine Blockade der sogenannten Muskarinrezeptoren zu einer Hemmung unwillkürlicher Kontraktionen des Blasenmuskels.

Zu den häufigsten Nebenwirkungen der Anticholinergika zählen Mundtrockenheit, Verstopfung, Akkommodationsstörungen der Augen, Augeninnendruckhöhung, Übelkeit sowie bei einigen Wirkstoffen Tachykardien. Kontraindikationen für den Einsatz von Anticholinergika sind u.a. das unbehandelte oder nicht beherrschbare Engwinkelglaukom. Die Tachyarrhythmie stellt aus den o.a. Gründen eine relative Kontraindikation für den Einsatz von Anticholinergika dar.

Die Gabe von Anticholinergika bei älteren Patienten wird immer wieder kritisch gesehen, da diese einen negativen Einfluss auf die kognitive Funktion haben können. Für Darifenacin, Fesoterodin, Solifenacin und Tolterodin gibt es allerdings Untersuchungen an älteren Patienten, die keine kognitive Funktionseinschränkung unter der Therapie gezeigt haben. Allerdings wurden diese Untersuchungen nicht an bereits dementen Patienten durchgeführt.

Um die Wirkung einer anticholinergen Therapie suffizient beurteilen zu können, ist eine regelmäßige Einnahme über 4-6 Wochen notwendig. Bei nicht ausreichender Wirkung oder bei Auftreten von Nebenwirkungen wird eine Dosissteigerung bzw. ein Wechsel des Anticholinergikums empfohlen. Seit 1. Juni 2014 ist darüber hinaus auch der Wechsel auf den  $\beta_3$ -Adrenozeptoragonisten Mirabegron möglich.

Nach frustriertem Therapieversuch mit zwei verschiedenen Anticholinergika ist ein Therapieerfolg mit einem anderen anticholinergen Präparat allerdings unwahrscheinlich. In diesen Fällen sollte die Therapiestrategie gewechselt werden. Bei weiterhin nicht zufriedenstellender Besserung der Beschwerden unter medikamentöser Therapie oder bei Auftreten von Nebenwirkungen wird als Secondline-Therapie die intravesikale Injektion von Botulinumtoxin A in den Detrusor vesicae (Blasenmuskel) empfohlen. Die Nebenwirkungen sind in der Regel gering, teilweise kann es aber zu einer temporären Restharnbildung und dadurch zeitweise notwendig werdenden Einmalkatheterismus

kommen. Die Erfolgsquote liegt bei bis zu 75% und die durchschnittliche Wirkdauer bei ca. 24 Wochen. Der Wirkeintritt von Botulinumtoxin A erfolgt innerhalb von 14 Tagen nach Injektion. Auch wiederholte Injektionen führen nicht zu einer Reduktion der Wirkung von Botulinumtoxin A.

Mirabegron kann nicht nur bei nicht ausreichender Wirkung von Anticholinergika oder bei Nebenwirkungen unter Anticholinergika eingesetzt werden, sondern auch als Erstmedikation oder vor der Injektion von Botulinumtoxin A eingesetzt werden. Mirabegron, ein sogenannter  $\beta_3$ -Adrenozeptoragonist, aktiviert die  $\beta_3$ -Adrenozeptoren im Detrusor und stimuliert dadurch die Detrusor-Relaxation und unterstützt die Urinspeicherung. Der maximale Wirkeintritt wird innerhalb von 12 Wochen erreicht und die Nebenwirkungen sind gering.

Bei Patienten mit therapieresistenter überaktiver Blase kann als Thirdline-Therapie eine sakrale Neuromodulation (= Blasenschrittmacher) durchgeführt werden. Dafür werden Stimulationselektroden in die Sakralforamina S2-4 eingeführt. Im Rahmen einer Teststimulationsphase (PNE, perkutane Nervenevaluation) wird der Effekt getestet und bei Erfolg wird der permanente Neurostimulator implantiert. Dieses Verfahren wird allerdings nur an Spezialzentren durchgeführt.

Wird die überaktive Blase durch psychosomatische Faktoren verstärkt, kann der supportive Einsatz von Entspannungsübungen z.B. autogenem Training erwogen werden.

#### Pharmakotherapie beim Mann

Die Therapie der überaktiven Blase beim Mann ist analog zu der der Frau. Allerdings liegen beim Mann oftmals nicht nur Speicherprobleme (überaktive Blase) sondern aufgrund einer vergrößerten Prostata auch Entleerungsprobleme (sog. obstruktive Beschwerden) wie z.B. erschwerte Miktion, Harnstrahlabschwächung, Nachträufeln, Restharn bzw. Restharngefühl vor. Hier ist bei der Diagnostik besonders darauf zu achten.

#### Einteilung der Harninkontinenzformen nach ICS (International Continence Society)

<b>Imperativer Harndrang (Urgency)</b>	Plötzliches Auftreten eines starken Harndrangs, der nur schwer beherrscht werden kann
<b>Belastungsinkontinenz (früher Stressinkontinenz)</b>	Unfreiwilliger Urinverlust bei körperlicher Anstrengung (z.B. Husten, Niesen, Sport) ohne Harndrang
<b>Dranginkontinenz</b>	Unfreiwilliger Urinverlust in Kombination mit imperativem Harndrang
<b>Mischinkontinenz</b>	Unwillkürlicher Urinverlust assoziiert mit imperativem Harndrang und auch mit körperlicher Anstrengung, Husten oder Niesen
<b>OAB (overactive bladder = überaktive Blase)</b>	Symptomenkomplex aus imperativem Harndrang (Urgency) mit oder ohne Dranginkontinenz, Pollakisurie und Nykturie, ohne dass eine Infektion oder sonstige Erkrankung / Pathologie vorliegt.

Eine medikamentöse Therapie der überaktiven Blase mit Anticholinergika wird wie bei der Frau auch beim Mann empfohlen. Allerdings sollten bei Männern vor Therapie große Restharmengen ausgeschlossen werden und unter anticholinergischer Therapie regelmäßige Restharnkontrollen erfolgen, da dieser ggf. ansteigen könnte.

Darüber hinaus kann auch Mirabegron, Botulinumtoxin und die Neuromodulation bei Männern mit einer überaktiven Blase eingesetzt werden.

Vor jeder Therapie sollten mit dem Patienten die realistisch erzielbaren Therapieerfolge dargestellt werden, um keine unrealistischen Erwartungen an die Therapie zu wecken.

#### Zusammenfassung

Durch eine fachgerechte Diagnostik und eine gut fundierte Beratung kann heute jedem Patienten mit einer überaktiven Blase die Chance auf eine individualisierte Behandlung mit guten Therapieerfolgen ermöglicht werden.

#### Pressemitteilung

#### Mehr als 6 Millionen Menschen in Deutschland

leidet unter den Symptomen der „Überaktiven Blase“, einer Form der „Blasenschwäche“ mit plötzlich einsetzendem, schwer beherrschbarem starken Harndrang mit oder ohne Dranginkontinenz, häufigem Wasserlassen und nächtlichem Wasserlassen. Es sind sowohl Frauen als auch Männer betroffen.

Es gibt eine Reihe wirksamer Behandlungsmöglichkeiten, die der behandelnde Arzt empfehlen oder verordnen kann.

Medikamente, sog. Anticholinergika sind hochwirksam – aber oftmals mit unerwünschten Nebenwirkungen verbunden.

Der Wirkstoff „Darifenacin“ hat sich in Studien als sicher, langanhaltend und ohne negative Einfüsse auf Herzfrequenz und/oder Gedächtnisleistung erwiesen.

Informative Broschüren (in mehreren Sprachen) erhalten Sie bei Ihrem Urologen oder Hausarzt.

Bayer Vital GmbH  
Leverkusen  
[www.blasengesundheit.de](http://www.blasengesundheit.de)  
[www.gesundheit.bayer.de](http://www.gesundheit.bayer.de)

#### Informationen

##### ■ Priv.-Doz. Dr. med. Ricarda M. Bauer

Urologische Klinik und Poliklinik – Campus Großhadern  
Ludwig-Maximilians-Universität  
Marchioninstr. 15  
81377 München  
Tel.: +49-89-4400-0 Zentrale

##### ■ Patientenbroschüre

