

Journal für

Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

Kongressbericht

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2011; 18 (1)

(Ausgabe für Schweiz), 37-38

Homepage:

www.kup.at/urologie

Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche

Indexed in Scopus

Member of the



www.kup.at/urologie

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P. b. b. 022031116M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Was die Blasenwand über die Detrusorfunktion sagt

3rd Leading Lights in Urogynaecology, veranstaltet von Astellas

18.–20. November 2010, Wien

Die Therapie der überaktiven Blase setzt eine gründliche Diagnostik voraus. Dabei gibt es gute Daten für die Messung der Blasenwanddicke und die Bestimmung des „Urinary Nerve Growth Factors“. Beide Methoden sind deutlich kostengünstiger und weniger invasiv als die Urodynamik.

Allein aus der Anamnese ist es nicht immer einfach, Miktionsprobleme einem bestimmten Krankheitsbild zuzuordnen. **PD Dr. Annette Kuhn** von der Universitätsklinik für Frauenheilkunde am Inselspital in Bern, Schweiz, empfiehlt aus diesem Grund das Führen eines Miktionstagebuchs, das etwas mehr Ordnung in die Beschreibungen der Patientinnen bringen kann. Dass sich das Miktionstagebuch zur Diagnose einer überaktiven Blase („overactive bladder“, OAB) eignet, zeigt eine Studie, die deutliche Unterschiede zwischen den Tagebüchern unter an OAB leidenden Frauen und asymptomatischen Kontrollen bestätigt [1]. Alles in allem ist die Datelage zur Sinnhaftigkeit der verschiedenen diagnostischen Tools zum Teil sehr dünn. Dr. Kuhn: „Wir führen nicht bei allen Patientinnen eine Urodynamik durch. Es gibt nur eine kleine Zahl von Studien und keine ausreichende Evidenz, dass Urodynamik das Outcome bei der OAB verbessert. Eine prospektive, randomisierte Studie zu dieser Fragestellung in der Indikation Stressinkontinenz ist derzeit im Laufen.“

■ OAB-Screening durch Messung der Blasenwand

Eine interessante Alternative stellt die Messung der Blasenwanddicke dar. Die Blasenwanddicke eignet sich zur Erkennung von Frauen, die unter OAB leiden [2]. Bei Überaktivität des Detrusors verdickt sich die Blasenwand. Eine Dicke > 5 mm ist ein sensitives Screening-Tool für Detrusorüberaktivität [3]. Dr. Kuhn: „Eine vor wenigen Wochen von mir durchgeführte Literatursuche ergab insgesamt 164 Arbeiten. Wir können also sagen, dass es schon einige Evidenz gibt. Die Methode eignet sich grundsätzlich auch zur Diagnose bei übergewichtigen Personen. Allerdings treten hier Probleme auf, weil einerseits bei ausgeprägter Adipositas mit einer dickeren Blasenwand zu rechnen ist und andererseits das Fett die Ultraschalluntersuchung erschweren kann [4]. Dr. Kuhn empfiehlt in solchen Fällen den vaginalen Ultraschall. Da die Verdickung der Blasenwand durch wiederholte isometrische Kontraktionen des Detrusors gegen den geschlossenen Sphinkter entsteht, eignet sich die Messung der Blasenwand nicht zur OAB-Diagnostik bei Frauen mit Sphinkter-Inkompetenz. Die Studie von Robinson et al. untersuchte auch die Frage, ob die Messung der Blasenwanddicke die Urodynamik ersetzen kann. Dabei zeigte sich, dass eine Dicke > 6 mm bei

intaktem Sphinkter ein deutliches Zeichen für eine Detrusorüberaktivität ist [5]. Allerdings ist der Anteil an Patientinnen mit gemischter Inkontinenz, bei denen die Blasenwanddicke aus erwähnten Gründen nicht aussagekräftig ist, im klinischen Alltag hoch. Im Rahmen einer multizentrischen, placebo-kontrollierten, doppelblinden Parallelgruppenstudie konnte nachgewiesen werden, dass unter Therapie mit Anticholinergika die Dicke der Blasenwand auch wieder abnimmt [6]. Alles in allem ist die Messung der Blasenwanddicke, so Dr. Kuhn, eine interessante Methode, da sie mit geringer Morbidität verbunden ist und wenig Zeit benötigt. Zudem ist Ultraschall praktisch überall verfügbar.

Eine weitere neue Methode in der Diagnostik der OAB ist die Bestimmung von uNGF („Urinary Nerve Growth Factor“). Dieser spielt eine wichtige Rolle in der Entwicklung einer überaktiven Blase und kann auch als Marker genutzt werden, da er bei hypertropher Blase und somit bei Personen mit OAB erhöht ist [7]. Auch der Spiegel von uNGF geht unter Therapie mit Antimuscarinika zurück [8]. Ein besonderer Vorteil der Bestimmung des uNGF sind, so Dr. Kuhn, die besonders geringen Kosten, die noch unter jenen einer Ultraschalluntersuchung liegen.

■ Die Adherence lässt zu wünschen übrig

Die Frage nach geeigneten diagnostischen Methoden stelle sich nicht zuletzt auch dann, wenn es darum geht, den Erfolg einer Therapie zu monitorisieren, betont **Univ.-Prof. Dr. Ian Milsom** von der Sahlgrenska-Akademie der Universität Göteborg, Schweden. Dies sei nicht zuletzt deshalb erforderlich, weil die Therapieerfolge in der Praxis oft unzureichend sind. Eine von Prof. Milsom und seiner Gruppe durchgeführte Studie zeigt, dass nur 60 % der Personen mit OAB deshalb den Arzt aufsuchen, von diesen mehr als die Hälfte niemals Medikamente einnehmen und rund 20 % nicht auf die Therapie ansprechen [9]. Prof. Milsom: „Traditionell wird Ansprechen über das Miktionstagebuch definiert, meist über eine Reduktion der Miktionsfrequenz. Der Therapieerfolg sollte allerdings nicht nur über 1–2 Parameter definiert werden. Vielmehr sollten die Verbesserung der Symptome, die Zufriedenheit der Patienten sowie die Erwartungen an die Therapie berücksichtigt werden.“

Eine besondere Rolle spielt dabei der imperative Harndrang. Laut einer amerikanischen Studie mit > 5000 Probanden ist er aus der Sicht der Betroffenen sogar wichtiger als Inkontinenz [10]. Für die Praxis stehen mehrere standardisierte, validierte Fragebögen zur Verfügung, die eine Bewertung der Sympto-

matik ermöglichen. Prof. Milsom nennt unter anderem „King’s Health Questionnaire“, „Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication“ (TSQM), „Overactive Bladder Treatment Satisfaction Questionnaire“ (OAB-TS) und „Goal Attainment Scaling“ (GAS).

■ Lebensqualität bessert sich unter Therapie

Studiendaten zeigen, dass die als am unangenehmsten empfundenen Symptome auch Einfluss darauf haben, wie sich ein Ansprechen auf die Therapie äußert. Im Rahmen einer 12-wöchigen Studie zeigte sich, dass sich jenes Symptom, das von den Patienten als am belastendsten angegeben wurde, unter Therapie am deutlichsten besserte [11]. Allerdings bestünde bei dieser Sichtweise, so Prof. Milsom, die Gefahr, dass der Gesamterfolg der Therapie überbewertet werden könnte, wenn nur auf die Besserung eines Symptoms geachtet wird. Einen weiteren Blick auf die Symptomatik und die soziale Situation des Patienten bietet das „King’s Health Questionnaire“. Hier konnte gezeigt werden, dass Patienten, deren OAB-Symptomatik sich in Bezug auf den Drang und ein weiteres Symptom um die Hälfte verbessert, einen massiven Gewinn in Bezug auf ihr Sozialleben erfahren [12].

„Der Erfolg der Behandlung der überaktiven Blase mit Lifestyle-Massnahmen und Medikamenten hängt wesentlich von der Adherence ab. Die ist allerdings häufig suboptimal. Die mediane Behandlungsdauer liegt bei < 3 Monaten. Die mangelnde Adherence äußert sich dann in schlechten Therapieerfolgen, eingeschränkter Lebensqualität und Vertrauensverlust in die Möglichkeiten der Medizin“, sagt **Dr. Stavros Athanasiou** von der Urogynäkologischen Abteilung am Alexandra Hospital der Universität Athen, Griechenland. Eine wesentliche Rolle spielt hier die Qualität der ärztlichen Kommunikation, für die nicht zuletzt diverse „soft skills“ wie Empathie und Humor bedeutsam sind. Dr. Athanasiou weist jedoch auch darauf hin, dass nicht auf korrekte Information der Patienten über Symptome und deren Ursachen vergessen

werden sollte. Dr. Athanasiou: „Geben Sie einfache, klare Anweisungen, wählen Sie ein einfaches Regime, betonen Sie die Wichtigkeit der Therapie und erkennen Sie fehlende Adherence.“

Literatur:

1. Fitzgerald MP, Ayuste D, Brubaker L. How do urinary diaries of women with an overactive bladder differ from those of asymptomatic controls? *BJU Int* 2005; 96: 365–7.
2. Khullar V, Salvatore S, Cardozo L, et al. A novel technique for measuring bladder wall thickness in women using transvaginal ultrasound. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1994; 4: 220–3.
3. Khullar V, Cardozo LD, Salvatore S, et al. Ultrasound: a noninvasive screening test for detrusor instability. *Br J Obstet Gynaecol* 1996; 103: 904–8.
4. Kuhn A, Banks S, Robinson D, et al. How should bladder wall thickness be measured? A comparison of vaginal, perineal and abdominal ultrasound. *Neurourol Urodyn* 2010; 29: 1393–6.
5. Robinson D, Anders K, Cardozo L, et al. Can ultrasound replace ambulatory urodynamic when investigating women with irritative urinary symptoms? *BJOG* 2002; 109: 145–8.
6. Panayi DC, Tekkis P, Fernando R, et al. Is the beneficial effect of antimuscarinics related to motor or sensory changes in the bladder? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2010; 21: 841–5.
7. Kim JC, Park EY, Seo SI, et al. Nerve growth factor and prostaglandins in the urine of female patients with overactive bladder. *J Urol* 2006; 175: 1773–6.
8. Kuo HC, Liu HT, Chancellor M. Can urinary nerve growth factor be a biomarker for overactive bladder? *Rev Urol* 2010; 12: e69–e77.
9. Milsom I, Abrams P, Cardozo L, et al. How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? A population-based prevalence study. *BJU Int* 2001; 87: 760–6.
10. Coyne KS, Payne C, Bhattacharyya SK, et al. The impact of urinary urgency and frequency on health-related quality of life in overactive bladder: results from a national community survey. *Value Health* 2004; 7: 455–63.
11. Sand PK, Steers WD, Dmochowski R, et al. Patient-reported most bothersome symptoms in OAB: post hoc analysis of data from a large, open-label trial of solifenacin. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009; 20: 667–75.
12. Payne CK, Kelleher C. Redefining response in overactive bladder syndrome. *BJU Int* 2007; 99: 101–6.

Weitere Informationen:

Astellas Pharma AG

Beate Weber

CH-8304 Wallisellen, Grindelstrasse 6

Tel.: +41 (0) 43 233 41 14

Fax: +41 (0) 43 233 60 30

E-Mail: beate.weber@ch.astellas.com

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)