

Therapieversagen und Restharn bei OAB vermeiden

Trotz Verfügbarkeit effektiver Behandlungsoptionen sind viele Patienten mit **Überaktiver Blase** nicht zufriedenstellend versorgt

HEIDELBERG Die Überaktive Blase (OAB) stellt eine erhebliche Beeinträchtigung der Lebensqualität dar. Viele Patienten sind nicht effektiv behandelt oder leiden sogar zusätzlich unter Komplikationen der Therapie.

Mitverantwortlich hierfür ist die Tatsache, dass dieselbe Symptomatik durch verschiedene Pathomechanismen hervorgerufen werden kann und daher auch unterschiedlicher, der jeweiligen Genese angepasster Therapieansätze bedarf. Folglich sind bei der nicht neurogenen OAB drei Formen sehr sorgfältig voneinander zu trennen, nämlich die durch eine organische subvesikale Obstruktion bedingte OAB, die funktionell bedingte oder auch somatoforme OAB und die idiopathische OAB. Insbesondere die somatoforme OAB findet sich häufig und ist in der Versorgung problematisch. Diese erkennen zu können, erfordert spezielles Wissen und genaue Kenntnis der differenzialdiagnostischen Befunde. Entsprechend wird sie oftmals übersehen beziehungsweise fälschlicherweise als idiopathische OAB diagnostiziert und therapiert. Dadurch werden die zum Teil recht hoch beschriebene Versagens-

rate anticholinergischer Präparate und auch das Restharn-Risiko selbst nach niedrig dosierter intravesikaler Botulinumneurotoxin-Injektion bei vermeintlich idiopathischer OAB verständlich.

Bei der funktionellen beziehungsweise somatoformen OAB handelt es sich um eine psychosomatische Erkrankung mit Spannungscharakter. Ätiologisch ist eine fortgesetzt erhöhte innere Anspannung, die sich in einem erhöhten Tonus der Beckenbodenmuskulatur und einer erworbenen Detrusor-Sphinkter-externus-Dyskoordination widerspiegelt.

Entstehung und Aufrechterhaltung dieser funktionellen Stenose der proximalen Urethra sind aus dem psychosozialen Hintergrund verständlich. Dieser ist sehr variabel, so kann die Symptomatik unter anderem der Vermeidung beziehungsweise pathologischen Lösung interpersoneller Konflikte auf unbewusster Ebene dienen, sie kann ein Mittel zur Abwehr darstellen, sie findet sich häufig bei unerkannter Angststörung oder Depression, bei Selbstwertregulationsstörung und Abgrenzungsproblematik, aber auch typischerweise als Folge emotionalen oder sexuellen Missbrauchs.

Differenzialdiagnostik

Neben der Anamnese erhärten die Körpersprache des Patienten und insbesondere das Verhalten während der invasiven Diagnostik die Verdachtsdiagnose einer funktionellen Blasenentleerungsstörung. So sind bei der Zystoskopie typische Reaktionsmuster zu beobachten, das atraumatische Eingehen in die Blase ist meist eine Herausforderung. Bei der Frau ist sorgfältig zu unterscheiden zwischen der anatomischen Stenose der distalen Harnröhre, also der Meatusstenose, und der funktionellen Stenose der proximalen Urethra, also der erworbenen beziehungsweise habituellen Überaktivität des externen Sphinkters. Bei Mann und Frau zeigt die digitale Evaluation des Beckenbodens eine hypertone Muskulatur, die der Patient nur schlecht oder gar nicht willkürlich ansteuern kann, das willkürliche Lockerlassen ist kaum oder überhaupt nicht möglich. Analog zeigt die Uroflowmetrie ein obstruktives Miktionsverhalten, sonographisch imponiert die Blasenwand typischerweise verdickt, häufig bei Restharnbildung. Die Urodynamik dokumentiert einen stabilen Detrusor mit sensorischem oder motorischem Drang, bei der Frau einen normalen bis überhöhten Ver-

schlussdruck im Urethradruckprofil. Die anatomische Kapazität ist in der Regel normal oder sogar vergrößert, nämlich dann, wenn zuvor ein Infrequent-Voiding-Syndrom bestanden hatte. Selten findet sich die Kapazität reduziert im Sinne einer fibrosierten Low-Compliance-Blase nach begleitenden chronisch-rezidierten Zystitiden durch die funktionelle obstruktive Blasenentleerungsstörung.

Therapie

Therapeutisch ist die multimodale Beckenboden-Edukation zum Erlernen der willkürlichen Sphinkter-Relaxation und einer koordinierten Miktionsindiziert. Anticholinergika als flankierende Medikation zeigen in der Regel wenig Effekt, die passager begleitende Gabe eines Alpha-Blockers ist oft hilfreich. Die intravesikale Botulinumneurotoxin-Injektion ist im Hinblick auf die zu erwartende Restharnbildung prinzipiell kontraindiziert. Im Einzelfall kann es dennoch sinnvoll sein, sich gemeinsam mit dem Patienten parallel zur begonnenen kurativen Therapie für die Injektion mit eventueller Notwendigkeit des passageren intermittierenden Selbstkatheterismus zu entscheiden.

Parallel zur pathogenetisch ausgerichteten Beckenboden-Therapie ist

salutogenetisch der Abbau der ursächlichen inneren Anspannung erforderlich. Dies gelingt, indem der Arzt die OAB dem Patienten nachvollziehbar



Ulrike
Hohenfellner

als somatoform erklärt und anschließend ein Verständnis für die reaktive Symptomatik gemeinsam mit ihr oder ihm erarbeitet, sodass dem Patienten der ursächliche Hintergrund bewusst werden kann. ■

► **Autorin:** Dr. med. Ulrike Hohenfellner
Fachärztin für Urologie, Ambulantes
Rehazentrum für Urologie und Gynäkologie,
Privatpraxis für Urologie, Heidelberg
E-Mail: dr.ulrike@hohenfellner.de

**Akademie-Forum 20, Psychosomatische
Urologie und Sexualmedizin in Klinik und
Praxis, 01.10.2014, 16:30–18:00 Uhr,
Raum 28**