

Botox, Anticholinergikum, Psychosomatik

# Wie vermeide ich Therapieversager und Restharn bei OAB?

Die überaktive Blase (OAB) stellt eine erhebliche Beeinträchtigung der Lebensqualität dar, viele Patienten sind nicht effektiv behandelt oder leiden sogar zusätzlich unter den Komplikationen der Therapie. Mitverantwortlich hierfür ist, dass dieselbe Symptomatik durch verschiedene Pathomechanismen hervorgerufen sein kann und folglich 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.

## Somatoforme OAB

Insbesondere die somatoforme OAB findet sich häufig und ist in der Versorgung problematisch. Das Erkennenkönnen erfordert spezielles Wissen und genaue Kenntnis der differenzialdiagnostischen Befunde. Dementsprechend wird sie oftmals übersehen bzw. fälschlicherweise als idiopathische OAB diagnostiziert und therapiert, wodurch die zum Teil recht hoch beschriebene Versagensrate anticholinergischer Präparate und auch das Restharnrisiko selbst nach niedrig dosierter intravesikaler Botulinumneurotoxin-Injektion bei vermeintlich idiopathischer OAB verständlich werden.

Bei der funktionellen bzw. 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-Sphincter-externus-Dyskoordination widerspiegelt. Entstehung und Aufrechterhaltung dieser funktionellen Stenose der proxima-

len Urethra sind aus dem psychosozialen Hintergrund verständlich. Dieser ist sehr variabel, so kann die Symptomatik u.a. der Vermeidung bzw. pathologischen Lösung interpersoneller Kon-



U. Hohenfellner, Heidelberg

flikte 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.

## Körpersprache und Verhalten entscheidender Hinweis

Neben der Anamnese erhärten die Körpersprache des Patienten und insbe-

sondere das Verhalten während der invasiven Diagnostik die Verdachtsdiagnose einer funktionellen Blasenentleerungsstörung. So sind bei der Zystoskopie typische Reaktionsmuster zu

**„Trotz Verfügbarkeit effektiver Behandlungsoptionen sind viele Patienten mit OAB nicht zufriedenstellend versorgt.“**

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 bzw. 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,

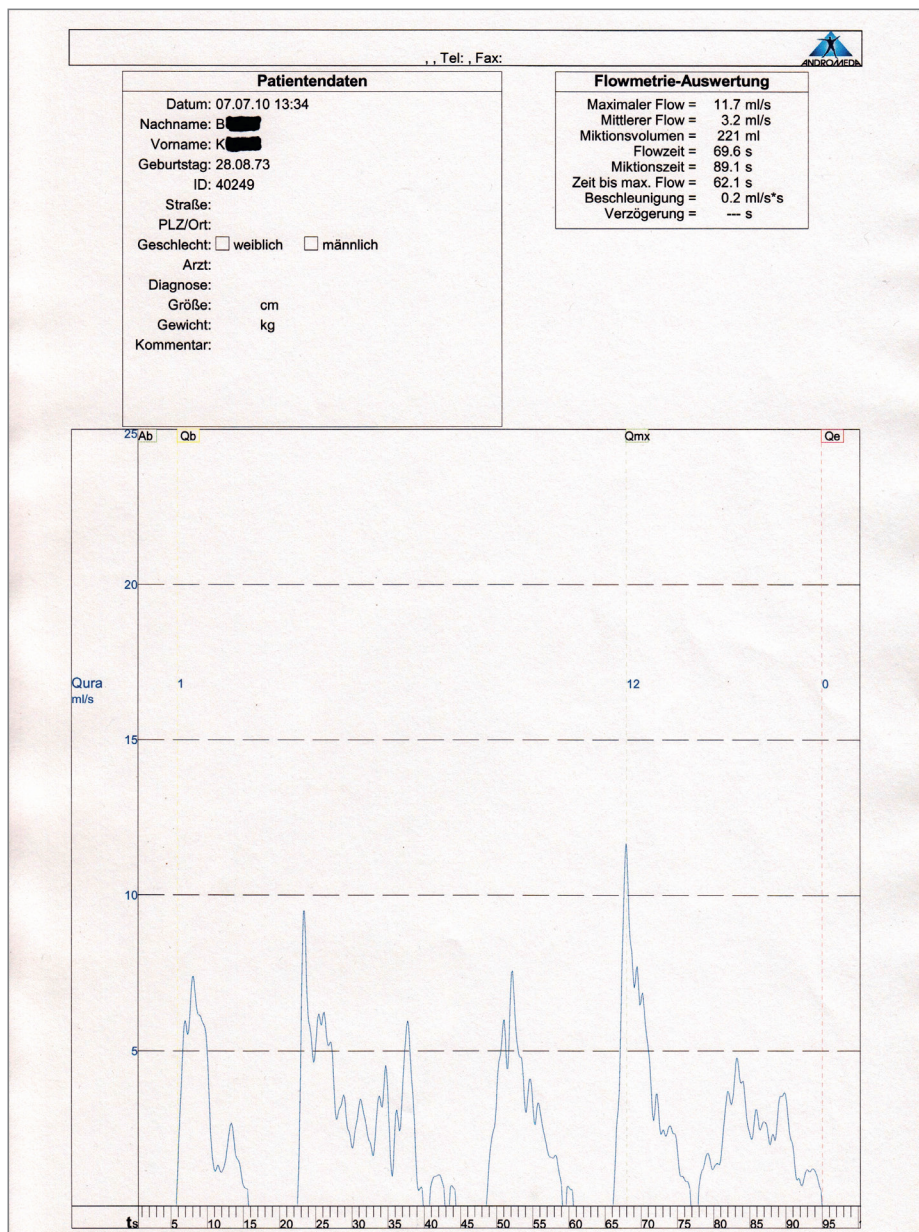


Abb. 1: Die Uroflowmetrie zeigt ein obstruktives Miktionsverhalten

das willkürliche Lockerlassen ist kaum oder überhaupt nicht möglich. Analog zeigt die Uroflowmetrie ein obstruktives Miktionsverhalten (Abb. 1), sonografisch imponiert die Blasenwand typischerweise verdickt bei häufiger Restharnbildung. Die Urodynamik dokumentiert einen stabilen Detrusor mit sensorischer oder motorischer Urge, bei der Frau einen normalen bis überhöhten Verschlussdruck im Urethradruckprofil. Die anatomische Kapazität ist in der Regel normal oder sogar vergrößert, nämlich dann, wenn zuvor ein „infrequent voiding syndrome“ bestanden hat. Selten findet sich die Kapazität reduziert im Sinne einer fibrosierten „low compliance bladder“ nach begleitenden chronisch-rezidierten Zystitiden durch die funktionelle obstruktive Blasenentleerungsstörung.

**Therapeutische Möglichkeiten bei somatoformer OAB**

Therapeutisch ist die multimodale Beckenbodenedukation zur Erlernung der willkürlichen Sphinkterrelaxation und einer koordinierten Miktion indiziert. Anticholinergika als flankierende Me-

dikation zeigen in der Regel wenig Effekt, die passager begleitende Gabe eines Alphablockers 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, gegebenenfalls mit Notwendigkeit des passageren intermittierenden Selbstkatheterismus, zu entscheiden.

Parallel zur pathogenetisch ausgerichteten Beckenbodentherapie ist saluto-genetisch der Abbau der ursächlichen

inneren Anspannung erforderlich. Dies gelingt durch gut nachvollziehbare Erklärung der OAB als somatoform und die anschließende Erarbeitung eines Verständnisses für die reaktive Symptomatik gemeinsam mit dem Patienten, sodass diesem der ursächliche Hintergrund bewusst werden kann.

Autorin:  
 Dr. Ulrike Hohenfellner  
 Fachärztin für Urologie  
 Ambulantes Rehabilitationszentrum für Urologie  
 und Gynäkologie Heidelberg  
 Privatpraxis für Urologie, Heidelberg  
 E-Mail: ulrike@hohenfellner.de