

23. Kontinenzkongress Köln

Botulinumtoxin wird zum „Viagra der Blase“

Sowohl neurogene als auch nicht neurogene Formen der überaktiven Blase werden in Zukunft mit Botulinumtoxin behandelt. Aufgrund der Erfolgsquoten von bis zu 80 Prozent ist eine Zulassung des Wirkstoffs auch für die Therapie der nicht neurogen überaktiven Blase bis zum Jahr 2013 zu erwarten. Zur Behandlung der weiblichen Belastungsinkontinenz hat sich der Einsatz vaginaler und transobturatorischer Bänder bereits etabliert, doch auch bei der männlichen Belastungsinkontinenz werden mittlerweile Bänder verwendet.

Bei überaktiver Blase gilt nach wie vor die medikamentöse Therapie mit Antimuskarinika (Anticholinergika) als Standard, infolge der Zulassung des Präparats Botulinumtoxin (Botox) der Firma Allergan hat sich das Spektrum der therapeutischen Möglichkeiten einer nachhaltigen Behandlung jedoch deutlich erweitert. „Insbesondere Patientinnen und Patienten, die aufgrund von Nebenwirkungen der Anticholinergika die Therapie abbrechen oder unterbrechen mussten, können nun von Botox profitieren“, äußerte Prof. Klaus-Peter Jünemann, Vorsitzender der Deutschen Kontinenz-Gesellschaft und Urologie-Direktor am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel, vor der Presse in Köln.

Botox überzeugt in Studien

Wenngleich Botulinumtoxin derzeit nur zur Behandlung neurogener Inkontinenzformen etwa bei Querschnittslähmung und Multipler Sklerose zugelassen ist, zeichnet sich eine Erweiterung der Zulassung auch auf nicht neurogene Indikationen ab. Jünemann rechnet bis spätestens 2013 mit einer Zulassung durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Die Forschungsdaten seien überzeugend und der Einsatz von Botox bei einer Detrusorüberaktivität (instabile Blase) als Off-label-Use bereits heute gängige Praxis, so Jünemann.

„Die Ergebnisse unterschiedlicher Arbeitsgruppen, so auch unserer eigenen, belegen eine Erfolgsrate von über

80 Prozent nach intravesikaler Botox-injektion in die Blasenwand bei praktisch keinen Nebenwirkungen. Zwar handelt es sich bei dem Einbringen von Botox in die Harnblase um ein semi-invasives Verfahren, doch sind die Effektivität und hervorragende Verträglichkeit der Behandlung derart überzeugend, dass dieser Nachteil von den Patienten akzeptiert wird“, wirbt Jünemann für die Therapie mit Botox.

Duloxetin konnte sich nicht durchsetzen

Weniger positiv sieht hingegen die Bilanz des Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmers Duloxetin (Yentreve) aus. Eigentlich ein Antidepressivum, wird Duloxetin zur Behandlung von Frauen mit mittelschwerer bis schwerer Belastungsharninkontinenz

eingesetzt. Leider sind die Nebenwirkungen erheblich. So leiden die Frauen insbesondere unter Kopfschmerzen, Übelkeit und Schlaflosigkeit. „Das Problem tritt vor allem bei einer Dauermedikation mit Duloxetin auf, denn die Compliance endet oft nach spätestens neun Monaten. Daran ist Duloxetin gescheitert“, erläuterte Jünemann. Es konnte die hohen Erwartungen, die Pharmaindustrie, Ärzte und Patienten zunächst in den Wirkstoff gesetzt hatten, leider nicht erfüllen. So bleibt mit Duloxetin eine der größten therapeutischen Enttäuschungen in der weiblichen Harninkontinenz verbunden.



Prof. Dr. Klaus-Peter Jünemann, Vorsitzender der Deutschen Kontinenz-Gesellschaft



Botulinumtoxin hat bei überaktiver Blase Erfolgsquoten von über 80 Prozent.



In der operativen Therapie der weiblichen Belastungsinkontinenz hat sich in den vergangenen Jahren ein Wandel vollzogen. Die Einführung der Integraltherapie von Petros¹ und die aktuellen Weiterentwicklungen durch Muctar² haben zur Entwicklung von minimal-invasiven OP-Methoden geführt und die Therapie der weiblichen Belastungsinkontinenz revolutioniert.

„In der operativen Therapie der Belastungsinkontinenz der Frau gab es einen goldenen Standard“, berichtete PD Dr. Moritz Braun, Chefarzt der Urologischen Klinik am Heilig-Geist-Krankenhaus Köln, auf der Pressekonferenz. „Traditionell gab man einer offenen Operation den Vorzug, bei der die Vorderwand der Scheide stabilisiert und ein Widerlager für die Urethra geschaffen wird. Den Wandel leiteten dann die Inkontinenzbänder ein. Es gibt einerseits die spannungsfreien, vaginalen Bänder (TVT) und andererseits die transobturatorischen, mehr dem Beckenboden ange-

23. Kontinenzkongress 2011

Auf dem 23. Jahreskongress der Deutschen Kontinenz-Gesellschaft am 4./5. November in Köln vermittelten 120 Referenten aus 15 medizinischen Fachgebieten in den beiden Kongresstagen Neues und Wissenswertes zu den Themen Harn- und Stuhlinkontinenz. Themenschwerpunkte waren:

- Wenn die Blase drückt – neue Wege in der Inkontinenztherapie
- Beckenbodenschwäche der Frau
- Therapieoptionen der Belastungsinkontinenz bei Frau und Mann
- Stuhlinkontinenz – Heilung durch Darmschrittmacher

OAB-Prävalenz

Rund neun Millionen Menschen leiden in Deutschland an einer Form der Harninkontinenz. Die Dunkelziffer ist nach wie vor sehr hoch. Dass dieses Phänomen auch europaweit nicht nur eine Minderheit betrifft, zeigt die EPIC-Studie, die die Prävalenz der überaktiven Blase in Deutschland, Italien, Schweden und England untersucht hat. Telefonisch wurden rund 15.000 Männer und Frauen im Alter von über 18 Jahren nach Drangsymptomatik mit oder ohne Dranginkontinenz gefragt.

Die Gesamtprävalenz aller Befragten lag bei 12,2 Prozent, in der Gruppe der über 40-Jährigen berichteten 13,4 Prozent der Männer und 14,9 Prozent der Frauen über eine entsprechende überaktive Blasensymptomatik. Dies entspricht in den vier Ländern zusammengenommen 20,4 Millionen Menschen mit überaktiver Blase.

passten Bänder (TOT)“, so Braun. Beide Bänder sind gute Therapien der Belastungsinkontinenz der Frau.

Künstlicher Sphinkter hat Nebenwirkungen

Ein schwieriges therapeutisches Feld war bislang die Belastungsinkontinenz des Mannes. Im Gegensatz zu den Frauen liegt hier zumeist ein echter Schließmuskeldefekt vor. „Bei Belastungsinkontinenz des Mannes wird oft ein künstlicher Sphinkter implantiert. Eine mit Kochsalzlösung gefüllte Manschette wird um die Harnröhre gelegt, das Abfließen von Harn so verhindert. Wenn der Patient zur Toilette muss, kann er die Manschette mithilfe einer kleinen Pumpe entleeren, sodass der Harn abfließen kann. Nebenwirkungen sind allerdings Entzündungen und ein andauernder Druck auf die Harnröhre,

Frauen werden die Männer nun den zweiten „Kampf der Bänder“ ausfechten, wie Braun erwartet. Bei der Einführung der vaginalen und transobturatorischen Bänder für Frauen hatten die Hersteller beider Bandarten in hartem Wettbewerb gestanden. Letztlich konnten sich beide Bandarten auf dem Markt behaupten. Braun erwartet nun bei den Männern einen ähnlichen Wettbewerb. Die Bänder werden transobturatorisch eingelegt, also dem Beckenboden angepasst. Ein weiteres System sieht Ballons vor, die neben die Harnröhre platziert werden. Allerdings könnte der dauerhafte Zug der Bänder an der Urethra für Probleme sorgen. Hier müsse abgewartet werden, so Braun. Zudem lockern sich die Bänder mit der Zeit, sodass nachjustiert werden muss.

Künstliche Netzimplantate im Praxis-Check

In der weiblichen Deszensuschirurgie stellen künstliche Netzimplantate keine relevante Konkurrenz zu traditionellen Verfahren mit Eigengewebe dar. „Die wenigen randomisierten Studien ergeben für Operationen mit Netzen keinen eindeutigen Vorteil, insbesondere hinsichtlich der Komplikationen. Derzeit gibt es keinen Anlass, nicht absorbierbare Netze routinemäßig bei Beckenbodendefekten als Verfahren der ersten Wahl einzusetzen. Zum einen bieten auch die vaginalen Netzsysteme keine hundertprozentige Erfolgsrate, zum anderen sind sie mit teilweise erheblichen postoperativen Problemen wie Schmerzen und

Beeinträchtigung der Sexualität verbunden“, so Prof. Ursula Peschers, Gynäkologin und Chefärztin des Beckenbodenzentrums München.

Das Funktionieren der künstlichen Netze sieht Peschers im Hinblick auf die nur zwei bis drei Millimeter dicke Scheidenwand mit Skepsis: „Wir legen also direkt unter diese sehr dünne Scheide ein Kunststoffnetz, das relativ starr und hart ist. Die Netze sind aus Propylen gemacht und haben harte Kanten. Wenn die Scheide nicht richtig verheilt oder wenn sich das Netz in die Scheide hineindrückt, ergeben sich Komplikationen. Wir können das Netz an solchen Stellen nachträglich zu-



Prof. Dr. Ursula Peschers, Chefärztin des Beckenbodenzentrums München



Die Studien zeigen keinen Vorteil der künstlichen Netz-Implantate in der Deszensuschirurgie.



rückschneiden, aber scharfe Kanten des Materials bleiben trotzdem. Man kann sich vorstellen, dass dies dem Sexualleben nicht besonders zuträglich ist. Ausfluss und Entzündungen treten häufig auf.“ Peschers plädiert daher in der Deszensuschirurgie im Grunde für bewährte Operationstechniken mit Eigengewebe. Der Verzicht auf direkte Muskelplastiken sowie nerven- und gefäßschonende Präparationstechniken hat die funktionellen Ergebnisse verbessert.

- 1 Petros PE, Ulmsten UI. An integral theory and its method for the diagnosis and management of female urinary incontinence. Scand J Urol Nephrol Suppl. 1993; 153: 1-93.
- 2 Muctar S, Schmidt WU, Batzill W, Westphal J. Functional anatomy of the female pelvic floor: interdisciplinary continence and pelvic floor surgery. Urologe. 2011 Jul;50(7): 785-91.



Priv.-Doz. Dr. Moritz Braun, Chefarzt der Urologischen Klinik am Heilig-Geist-Krankenhaus Köln



Inkontinenzbänder leiteten den operativen Wandel ein.



der das Gewebe beschädigen kann“, fasste Braun zusammen.

Alternativ werden heute auch beim Mann Bänder eingelegt. Nach den