

Hamburger Therapiestandard Blasenstörung bei MS Version: 29-4-06

Inkontinenz ist keine schicksalhafte Beschwerde bei MS mit der ein Patient leben muß, die Therapiebeurteilung hängt aber wesentlich vom Leidendruck der Patienten ab! Therapieziel ist demnach die soziale Kontinenz.

Im ersten Jahr der Erkrankung sollten Blasenfunktion und sex. Funktion als Baseline erhoben werden. Es gibt keine Daten, die belegen, dass bei allen Patienten jährliche oder häufigerer Kontrollen Not tun. Dennoch kann eine fortgeschrittene Funktionsstörung dann evtl. nicht mehr ausreichend therapierbar sein. Aber subjektive Beschwerden korrelieren nicht immer mit objektiven Befunden.

Jeder Patient mit rezidivierenden Harnwegsinfekten bei einer Blasenstörung sollte versuchen, seinen Urin anzusäuern: Cranberry- oder Preiselbeersaft, Vitamin C (1-2g/Tag), L-Methionin

Eine Bakterurie mit geringer Keimzahl muss bei MS nicht generell behandelt werden, sondern nur bei Beschwerden.

Ziele der Therapie

- Komplette Blasenentleerung
- Keine Detrusoraktivität in der Speicherphase, physiologische Blasendrucke bei der Miktion
- Geringe Miktionsfrequenz durch ein physiologisches Blasenvolumen
- Keine Inkontinenz
- Keine Infektionen

Monitoring für jeden MS-Patient:

- Anamnese (Harndrang, Verhalt, Inkontinenz, Nykturie)
- Miktionsstagebuch (Trinkmenge, Anzahl und 24h Volumen) für 1-2 Tage = VT-Intervention
- Restharn- und möglichst auch Nierenultraschall
- Labor: Urinkultur Sediment
- Evtl. Uroflowmetrie

1. Detrusorhyperaktivität

Häufigste Störung ist die **Detrusorhyperaktivität**, die mit erhöhtem Harndrang einhergeht.

Beschwerden: Trias = Pollakisurie/Drang/Nykturie evtl. Inkontinenz

Therapie: Anticholinergika

Harndrang/Dranginkontinenz bei geringem Restharn: (kein Triggern!)

Anticholinergika:

- **Darifenazin** (z.B. Emsalex®) 7,5 + 12,5mg 1/tgl. oder
- **Solifenazin** (z.B. Vesikur®) 5-10mg 1xtgl.

= beides Retardpräparate mit weniger NW dafür höheren Kosten

- **Tolterodin** (z.B. Detrusitol®) 2x2mg (weniger NW als Oxybutinin)
- **Propiverin** (z.B. Mictonorm®) 2-3 Tabl. 15 mg/tgl.
- **Trospiumchlorid** (z.B. Spasmex®) 2-3 x 2-3 Tabl. 30-45 mg
- **Oxybutinin** (z.B. ratiopharm®) 2-3 x 2,5-5 mg, wenn zu viele NW alternativ (aber teurer) Verabreichung als Retardpräparat (Lyrinel Uno®) oder als Pflaster (Kentera®):

è 80% damit kompensiert

Beckenbodentraining:

Wirksamkeit nur als Verhaltenstraining bei Detrusorhyperaktivität mit Drangbeschwerden oder nur als Beckenbodentraining bei Belastungsinkontinenz (Extrem selten) oder als Beckenbodenrelaxationsstraining durch Biofeedback bei DSD

Kombination mit trizykl. Antidepressivum:

Cave: zentrale Nebenwirkungen; verstärken Sphinktertonus, daher bei Restharn oder DSD nicht sinnvoll

Imipramin (z.B. Tofranil® 3x10-25 mg), **Amitryptilin** 25-75 mg (Amytryptilin, z.B. Amineurin®, Saroten®) oder **Nortryptilin** 2-3x10-50 mg (Nortrilen)

Wenn kein Effekt:

Ziel: Kontinenz durch ISK+Blasenlähmung

- Intravesikale Infiltration mit Botulinum-A-Toxin (Cave: Restharn mit ISK-Notwendigkeit möglich) = alle 6-9 Monate (Boberg, Kiel) Narkose nötig
- Intravesikales Capsaicin
- Intravesikale Oxybutyningabe: nur bei Pat., die ohnehin ISK durchführen
- Externe temporär Elektrostimulation (vaginal, rektal, sakral)
- Sakrale Neuromodulation; nur, wenn MS-Erkrankung über Jahre stabil, sonst kontraindiziert (operativer Eingriff, Impulsgeber implantiert + externe Stimulation)

2. Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie

An zweiter Stelle steht die **Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie** (DSD), wo sich Detrusormuskel und Sphinkter gleichzeitig kontrahieren.

Beschwerde; häufiger Harndrang mit verzögertem Miktionsbeginn/ Harnverhalt, wenn man dann auf der Toilette sitzt

Befund: oft erhöhter Restharn

Harndrang bei erhöhtem Restharn: (Cave: kein Triggern, da Spastik verstärkend)

1. Antispastika (z.B. Baclofen®)
2. Alphablocker (Tamsulosin, Alna®, Omnic® 1Tabl./tgl.) oder Phenoxybenzamin 2-3x 5mg
3. ISK ggfls. mit Anticholinergika zur Kapazitätststeigerung (Oxybutinin® intravesikal)

4. Detrusorhyporeflexie

Seltener ist eine **Detrusorhyporeflexie**

Ohne erhöhten Restharn:

1. evtl. Triggern Hyporeflexie, geht nicht bei Areflexie, Miktion nach der Uhr
2. ISK alle 4-6 Stunden

mit erhöhtem Restharn:

1. 4-5 ISK/Tag (Anleitung zu Hause, Spiegel, Labienspreizer als Hilfsmittel)

Rezidivierende Harnwegsinfekte è L-Methionin, Cranberries, evtl. Impfung mit Uro-Vaxom®

Langzeitantibiotikagabe (Nitrofurantoin, Trimethoprim, ggf. + Sulfometoxazol, z.B. Infekotrimet®) für maximal 6 Monate, Cave: Lungenfibrose, Polyneuropathie

Manuelle, körperliche oder kognitive Einschränkungen, Übergewicht è suprapub.
Blasenfistelung

Desmopressin (z.B. Desmogalen Spray® 1-2 Hübe) als Gelegenheitsmedikation und bei schwerer Nykturie, um z.B. beim Opernbesuch seine Ruhe zu haben. Teuer. Evidenzklasse 1. Cave: Wasserintoxikation, nicht mehr als 10-20ug/Tag, Na-Monitoring im Serum

Offene Fragen:

Wirkung von Fußreflexzonenmassage (1 RCT bei MS)

Wann Uroflow/wann Urodynamik Uroflow bei Miktionsbeschwerden mit Restharn, ggf Uroflow mit EMG bei Verdacht auf DSD; Urodynamik bei Versagen der Primärtherapie, nicht durch Basisuntersuchung klassifizierbare Beschwerden oder bei Veränderungen des oberen Harntrakts (Nierensonographie)

Autoren:

Heesen, Schippling, Vonthien, Pauly, Elias, Schult, Rosenkrantz, Gross, Berenbeck

Letzte Aktualisierung: 29-4-06, nächste geplante Aktualisierung: Januar 2007

Algorithmus MS-Blasenstörung

