

Hamburger Therapiestandard Blasenstörung bei MS Version: 12-6-12

Zielsetzung des Standards:

Dieses Dokument will Konsensus von Urologen und Neurologen sein, wie idealerweise im Raum Hamburg Blasenstörung bei MS gehandhabt werden sollten. Im Zentrum der Versorgungsaufgaben stehen, mehr nach persönlicher als nach formaler Kompetenz Hausarzt, Neurologe, Urologe und Uro-Therapeuten.

Leitfaden für den Umgang mit Blasenstörungen:

Inkontinenz ist keine schicksalhafte Beschwerde bei MS mit der ein Patient leben muß, die Therapiebedürftigkeit hängt aber wesentlich vom Leidensdruck der Patienten ab! Therapieziel ist demnach die soziale Kontinenz sowie die Vermeidung von Morbidität und Mortalität durch urologische Komplikationen

Ziele der Therapie im Detail sind:

- Geringe Miktionsfrequenz
- Keine belastende Inkontinenz
- Komplette Blasenentleerung
- Keine Infektionen
- Geringe Blasendrucke in der Speicherphase (relevant für Erhalt des oberen Harntraktes)

Indikation zur Diagnostik:

Untersuchungen haben gezeigt, dass nur ein Teil objektiver Blasenstörungen bei MS auch Beschwerden macht. Da es aber keine Daten zur Prognose asymptomatischer Blasenstörungen gibt, kann nicht eine kategorische Untersuchungspflicht für alle Patienten ab Diagnosestellung postuliert werden. Alle MS-Patienten müssen aber immer wieder ausführlich nach Blasenstörungen befragt werden.

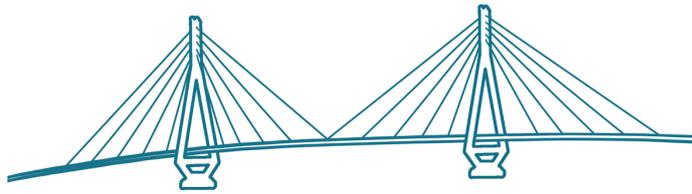
Eine Diagnostik mit Restharnbestimmung und Uroflow-Messung sollte jedoch unbedingt erfolgen bei:

- anamnestischen Miktionsstörungen
- rezidivierenden Harnwegsinfekten
- deutlicher Gangstörung, unter der Annahme, dass spinale Läsionen und damit auch Schädigungen vegetativer Fasern vorliegen
- Männer mit MS ab 40

Weitere Vorstellungen erfolgen je nach Befund dann jährlich bis vierteljährlich.

Basisdiagnostik:

- Anamnese (imperativer Harndrang?, Anzahl Diurie / Nykturie?, gestörter Harnfluss / Harnstottern?, Restharngefühl?, Inkontinenz?, Sexualität, Stuhlgang)



- Miktionstagebuch für 2 Tage zur Objektivierung Trink- u. Miktionsrhythmus /-menge
- Neuro-urologische Untersuchung: Blasenhochstand ?, Sensibilität S2-S4 ?, Anal- u. Bulbocavernosus-Reflex ?, Analsphinkter-Tonus in Ruhe u. -willkürschluss möglich ?
- Restharn diagnostik
- Uroflowmetrie
- Urogynäkologische Untersuchung

Erweiterte Diagnostik:

- Urodynamik-Messung, Miktionszystogramm und Zystoskopie
- Serologie: Harnstoff, Kreatinin, Elektrolyte

Therapie:

An erster Stelle stehen Regulation der Flüssigkeitszufuhr, Toilettentraining (Miktion nach der Uhr) und Beckenboden-Training, ggf. in Kombination mit Biofeedback-Training.

1. Detrusorüberaktivität

Häufigste Störung ist die reflektorisch gesteigerte Detrusoraktivität bereits bei gering gefüllter Harnblase, die meist mit erhöhtem Harndrang einhergeht, ggf. mit Dranginkontinenz.

Beschwerden-Trias = Pollakisurie / imperativer Harndrang / Nykturie evtl. Inkontinenz

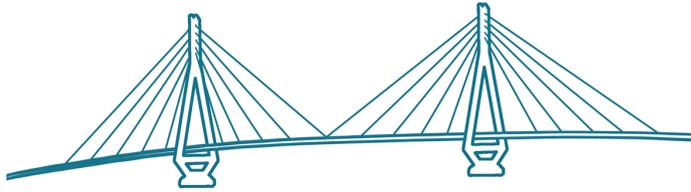
Therapie: Bei geringem Restharn (<100 ml) Antimuskarinergika (Beginn mit niedriger Dosierung, ggf. Kombination zweier Substanzen, schrittweise Dosiserhöhung unter Restharnkontrolle)

- Trospiumchlorid * (z.B. Spasmex®, Spasmolyt®, Trospi®) 2-3 x tgl. 10-30 mg. Auch als Retardpräparat (Urivesc®) 1 x tgl. 60 mg
- Propiverin (z.B. Mictonorm®) 2-3 x tgl. 15 mg
- Darifenazin * (z.B. Emselex®) 1 x tgl. 7,5-15mg
- Solifenazin * (z.B. Vesikur®) 1 x tgl. 5-10mg
- Fesoterodin * (Toviaz®) 1 x tgl. 4-8mg
- Tolterodin (z.B. Detrusitol®) 2 x tgl. 1-2 mg
- Oxybutinin (z.B.- ratiopharm®, Dridase®) 2-4 x 2,5-5 mg, eher mehr Nebenwirkungen

* Präparate mit weniger zentralen Nebenwirkungen.

Problem aller Antimuskarinergika Nebenwirkungen:

Restharn steigt, Schleimhauttrockenheit, Verstopfungen, Sehstörungen, kognitive Dysfunktion, Verwirrtheit, Müdigkeit.



Cave: Kontraindikation Glaukom, schwere Herzrhythmusstörungen, Myasthenia gravis, trizykl. Antidepressiva □ Wirkungsverstärkung
Wenn kein ausreichender Effekt oder hoher Restharn (> 100 ml): Urodynamik-Messung

Therapieeskalation:

Intermittierender Selbstkatheterismus 4-6 / Tag, max. 500 ml Katheterisierungsvolumen (Anleitung erforderlich, ggf. Spiegel, Labienspreizer u.a. Hilfsmittel).

Voraussetzung: medik. Ruhigstellung der Blase

Medikamentöse Ruhigstellung der Blase nicht möglich:

- Intravesikale Botoxgabe alle 6-9 Monate (Zulassung seit 10/2011) = Injektion in den Detrusor
- Intravesikale Oxybutiningabe = mehrfach tgl. Instillationen über Katheter in die Harnblase

Ggf. zu erwägen:

- Sakralnervenstimulation, immer erst probatorisch, bei 30-40% effizient, insbesondere auch bei gleichzeitiger Stuhlinkontinenz / Mastdarmlähmung.

wenn nichts Anderes geht:

- Blasendauerableitung: 1. Wahl suprapubisch, letzte Wahl transurethral

2. Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie (DSD)

(Detrusormuskel und Sphinkter kontrahieren sich gleichzeitig, evtl. in Kombination mit Blasenenge, vergrößerter Prostata)

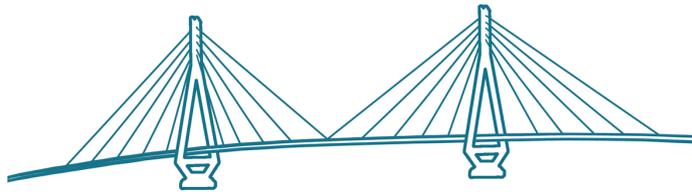
Beschwerden: Häufiger Harndrang mit ungenügender Entleerung, pathologisch erhöhte Entleerungsdrücke. Befund: Oft erhöhter Restharn

Therapie zur Öffnung des Sphinkter externus urethrae mit Antispastika, zur Öffnung des Sphinkter internus / Blasenhalses Therapie mit Alpha-Rezeptorenblocker.

- Antispastika (z.B. Baclofen®, Dantamycin®, Sirdalud®)
- Alpharezeptorenblocker (z.B. Tamsulosin, Dibenzyran®)
- Ggf. operative Deobstruktion TUR-Blasenhalsh/Prostata
- Intermittierender Selbstkatheterismus
- ggf. Testung sakrale Neuromodulation
- Blasendauerableitung: 1. Wahl suprapubisch, letzte Wahl transurethral

Cave: Kein Triggern, da Beckenbodenspastik verstärkend □ Auslasswiderstand

Ggf. Therapie der häufig gleichzeitig bestehenden Detrusorüberaktivität medikamentös mit Antimuskarinergika / Botox wie unter 1. beschrieben.



3. Detrusor(hypo-)akontraktilität

- Intermittierender Katheterismus alle 4-6 Stunden, max. 500 ml Katheterisierungsvolumen
- Bei niedrigem Auslasswiderstand (vor allem Frauen) Versuch der Blasenentleerung mittels Bauchpresse (Valsalva) nach der Uhr
- Ggf. operative Deobstruktion TUR-Blasenhals/Prostata, ggf. in Kombination mit Alphablockern / Antispastika
- Ggf. Testung sakrale Neuromodulation
- Blasendauerableitung: 1. Wahl suprapubisch, letzte Wahl transurethral

Harnwegsinfekte

Therapiebedürftigkeit in Abhängigkeit von der Entleerungsweise

Erhaltene Spontanmiktion:

Eine Bakteriurie bei neurogener Blasenentleerungsstörung mit geringer Keimzahl ($< 10^5$) gilt als nicht therapiebedürftig (Cave: Dilution der Keimzahl durch zu viel Trinken).

Intermittierender Katheterismus

Eine Bakteriurie mit signifikanter Keimzahl ($\geq 10^5$) und klinischer Symptomatik und/oder bedeutender Leukozyturie (hochpositiver Urinstix oder $>10-12$ Leukozyten pro Gesichtsfeld im Sediment) sollte über mindestens 10 Tage behandelt werden. Eine alleinige Bakteriurie ohne Leukozyturie erfordert keine Therapie.

Dauerkatheter

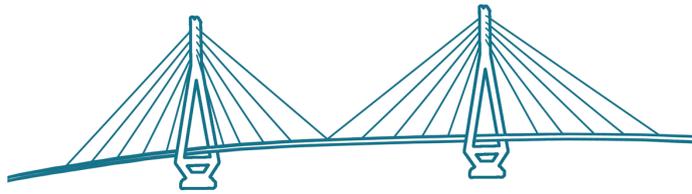
Eine Bakteriurie mit signifikanter Keimzahl muss nur bei klinischer Symptomatik behandelt werden (ansonsten Gefahr der Züchtung von multiresistenten Keimen).
Cave: Immunsupprimierte Patienten

Abhängig vom Urin-pH kann eine Ansäuerung überlegt werden, L-Methionin wird möglicherweise nicht mehr von den KK übernommen. Evtl., Einnahme von Cranberrysaftkapseln.

Rezidivierende Harnwegsinfekte (Mann > 1 /Jahr, Frau $> 2-3$ /Jahr) \rightarrow Diagnostik via Urologe

Langzeitantibiotikagabe (Nitrofurantoin, Trimethoprim, ggfls. mit Sulfometoxazol) für maximal 6 Monate, Cave: Lungenfibrose, Polyneuropathie? Therapie via Urologie

Manuelle, körperliche und kognitive Einschränkungen \rightarrow suprapub. Blasenfistelung



Suprapubischer Blasenkatheter

Sonografie 1 / Jahr mit gefüllter Harnblase zum Ausschluss Steinbildung, Zystoskopie bei wiederholten Infekten, spätestens ab 10. Jahr regelmäßig (Cave: Erhöhtes Karzinom-Risiko)

Verhaltenstherapeutische Techniken wie auch Entspannungstechniken spielen eine wichtige ergänzende Rolle im Management.

Symptommanagement

Desmopressin (z.B. Minirin Spray® 1-2 Hübe, Off-Label!) als Gelegenheitsmedikation und bei schwerer Nykturie und um bei Unternehmungen keinen Harndrang zu haben. Teuer, sehr effizient. Evidenzklasse 1. Cave: Wasserintoxikation, nicht mehr als 10-20ug/Tag, Na-Monitoring im Serum

Autoren:

Fiebag, Schöllermann, Jörger, Heesen, Vonthien, Pauly, Elias, Schult, Berenbeck, Schäffler, Pannek,
Letzte Aktualisierung: 1-4-12, nächste geplante Aktualisierung: 2015