Botulinumtoxin bei Reizblase: Lebensqualität nimmt zu

Ob Falten, Migräne, übermäßiges Schwitzen oder Schielen – Botulinumtoxin wird mittlerweile in vielen Indikationen eingesetzt. Auch für Patienten mit idiopathischer Reizblase und Inkontinenz verspricht das Neurotoxin Symptomlinderung – und darüber hinaus ein Plus an Lebensqualität.

Menschen, die mit einer Stressinkontinenz zu kämpfen haben, fühlen sich stark in ihrem Leben beeinträchtigt. Der Leidensdruck ist ähnlich hoch wie bei Menschen mit Multipler Sklerose oder Arthrose. Die SF-36-Scores – ein krankheitsübergreifendes Messinstrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität – sind in diesen Patientengruppen vergleichbar niedrig.

Auch in einer Studie mit 131 Patienten mit idiopathischer Reizblase fielen die verschiedenen Lebensqualitäts-Scores zu Beginn der Untersuchung schlecht aus, wie Incontinence-Specific Quality-of-Life Instrument (I-QOL), King's Health Questionnaire (KHQ) sowie Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). Die Patienten, die nicht

adäquat auf Antimuskarinika ansprachen, wurden randomisiert wie folgt behandelt: 40 Teilnehmer erhielten Placebo, 57 Probanden bekamen 100 IU Onabotulinumtoxin A (BoNT-ONA) in den Blasendetrusor injiziert, 54 Patienten 150 IU, 49 Patienten 200 IU und 56 Patienten 300 IU.

Mit BoNT-ONA verbesserte sich die Blasenfunktion: Zwölf Wochen nach Therapie berichteten die Patienten, im Vergleich zu vorher seltener Harn zu verlieren (Placebo: -17,4 Inkontinenzepisoden pro Woche (UII), BoNT-ONA 50 IU: -20,7 UII, 100 IU: -18,4 UII, 150 IU: -23,0 UII, 200 IU: -19,6 UII, 300 IU: -19,4 UII).

Mit der BoNT-ONA-Injektion gewannen die Probanden auch Lebensqualität zurück: Sowohl die krankheitsspezifische als auch die allgemein auf die Gesundheit

bezogene Lebensqualität verbesserten sich im Vergleich zu den Placebo-Behandelten. Bereits zwei Wochen nach Injektion schnitten die Botulinumtoxin-Patienten mit einer Dosis von ≥ 100 IU im I-QOL ($p < 0,05$) und im KHQ ($p < 0,05$) deutlich besser ab als die Placebo-Gruppe; das blieb auch 36 Wochen nach der Injektion noch so. Ähnliches ließ sich auch für den SF-36-Score feststellen: Alle BoNT-ONA-Dosierungen verbesserten im Gegensatz zu Placebo die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Statistisch signifikant fiel der Unterschied jedoch erst bei Dosierungen von 200 IU ($p = 0,048$) und 300 IU ($p \leq 0,045$) aus.

Fazit: Für die Studienautoren ist BoNT-ONA eine effektive und auch sichere Therapiealternative für Patienten mit idiopathischer überaktiver Blase und Inkontinenz.

Dr. Dagmar Kraus

Fowler C et al. Onabotulinumtoxin A Improves Health-Related Quality of Life in Patients With Urinary Incontinence Due to Idiopathic Overactive Bladder: A 36-Week, Double-Blind, Placebo-Controlled, Randomized, Dose-Ranging Trial *Eur Urol* 2012; 62: 148–57

Prostatakarzinom-Screening: Viele Ärzte verstehen Ergebnisse falsch

Sind Sie der Ansicht, dass erhöhte Überlebensraten und ein Anstieg der Entdeckung von Prostatakarzinomen durch Screening der Beleg dafür sind, dass Screening Leben rettet? Dann liegen Sie damit falsch – genauso wie viele US-amerikanische Allgemeinärzte.

In einer Internetbefragung wurden 297 amerikanische Ärzte, die sowohl ambulante wie auch stationäre Patienten behandelten, und 115 ausschließlich ambulant tätige Ärzte zu verschiedenen Szenarien über den Effekt von zwei hypothetischen Screeningtests befragt. In einem Szenario bewirkte der Screeningtest eine verbesserte Fünf-Jahres-Überlebensrate und eine erhöhte Früherkennungsrate; im anderen zeigte der Test einen Rückgang der Mortalität an einem Karzinom bei gleichzeitig gestiegener Inzidenz. Ohne dies ausdrücklich zu erwähnen, verwendete man dabei die zu diesem Zeitpunkt bereits publizierten Zahlen großer Studien zum PSA-Screening des Prostatakarzinoms.

Die Ergebnisse zeigen, dass Ärzte offensichtlich allein durch große Zahlen zu beeindruckt sind. Sie fanden es sehr wichtig, wenn durch Anwendung des Screeningtests die Fünf-Jahres-Überlebensrate von 68 % auf 99 % anstieg, obwohl diese Erkenntnis irrelevant ist. Die wichtigere Erkenntnis, dass durch den Test die karzinombezogene Mortalität von 2 auf 1,6 pro 1.000 Personen gesenkt werden konnte, stieß dagegen auf weniger Begeisterung.

Mit basalen statistischen Kenntnissen scheint es nicht sehr gut bestellt zu sein, da 76 % der mit den irrelevanten Daten gegenüber 81 % der mit den relevanten Belegen konfrontierten Ärzte für beide Szenarien behaupteten, dass damit der

Beweis geführt sei, ein Screening würde Leben retten. Knapp die Hälfte der Ärzte war der irrigen Ansicht, dass das Aufspüren von Karzinomfällen durch Screening im Vergleich zur nicht gescreenten Bevölkerung ein Beleg dafür sei, dass Screening Leben rettet.

Kommentar: Ob diese fehlerhaften Einschätzungen nur durch mangelnde statistische Kenntnisse bedingt sind oder Ärzte (und auch die meisten Patienten) die Idee des Screenings aus vielerlei Gründen einfach nur attraktiv finden, sei dahingestellt. Der moderne Mensch betrachtet sich in Analogie zur Technik gerne als Maschine, die regelmäßig durchgecheckt werden muss. Mit dem Auto gehen wir ja auch zum Kundendienst. Für das Krebscreening hat sich nun einmal die Regel ins kollektive Bewusstsein eingebrannt: je früher, desto besser.

Prof. Hermann Fießl

Wegwarth O et al. Do physicians understand cancer screening statistics? A national survey of primary care physicians in the United States. *Ann Int Med* 2012; 156: 341–9