Überaktive Blase: Auch gebrechliche, ältere Patienten profitieren von Antimuskarinikum

— Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit, unter Symptomen der überaktiven Blase (OAB) zu leiden. Aufgrund des demografischen Wandels ist daher zu erwarten, dass die OAB einen immer größer werdenden Anteil der Bevölkerung betrifft, wie Prof. Arndt van Ophoven, Herne, verdeutlichte. In der SOFIA (Study Of Fesoterodine in an Aging population)-Studie mit 794 OAB-Patienten ≥ 65 Jahren konnte gezeigt werden, dass nach zwölfwöchiger Therapie mit Fesoterodin (Toviaz®) die Dranginkontinenzereignisse/24 Stunden als primärer Endpunkt im Mittel um 3,5 reduziert werden konnten [Wagg A et al. Eur Urol Suppl 2011; 10 (2): 276]. Die Verträglichkeit war dabei gut: Die häufigsten unerwünschten Ereignisse waren Mundtrockenheit (34% vs. 8% unter Placebo), bei 71% in leichter Ausprägung,

und Obstipation (9% vs. 3% unter Placebo). Die kognitiven Funktionen gemessen gegenüber den Ausgangswerten mittels Mini-Mental-Status-Test (MMST mit einer Skala von 0 bis 30; 30 = uneingeschränkte Funktion) waren nur gering beeinträchtigt. In einer aktuellen zwölfwöchigen, placebo-kontrollierten Studie wurde nun die Wirksamkeit von flexibel dosiertem Fesoterodin bei gebrechlichen, älteren OAB-Patienten untersucht (n = 562; ≥ 65 Jahre), die unter mindestens zwei Dranginkontinenzepisoden litten und ein relevantes Funktionsdefizit hatten (Vulnerable Elders Survey, VES-13, ≥ 3); Ihr MMST-Score lag bei ≥ 20 [DuBeau C. et al. AUA 2012; Abstract #1352]. Die Startdosis von 4 mg Fesoterodin konnte nach vier Wochen auf 8 mg erhöht und anschließend jederzeit wieder auf 4 mg gesenkt werden.

Unter Fesoterodin verringerte sich die Anzahl der Dranginkontinenzereignisse um 2,84 (vs. 2,2 unter Placebo; p = 0,0018). Zudem wurde die Miktionshäufigkeit/24 Stunden unter Fesoterodin (um 2,34) stärker gesenkt als unter Placebo (um 1,5). Fesoterodin war auch bei diesem medizinisch komplexen Patientenklientel gut verträglich.

Dr. Claudia Mäck

Experten-Talk live „Die Therapie der überaktiven Blase: (K)eine Frage des Alters?“ im Rahmen des 64. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Urologie, Leipzig, 27. September 2012
Veranstalter: Pfizer Pharma, Berlin

Androgendeprivation: kardiovaskuläre Risikofaktoren identifizieren

— Standardtherapie des metastasierten Hormon-sensitiven Prostatakarzinoms ist die Androgendeprivation (AD). Die effektive Behandlung zieht jedoch auch ein erhöhtes Risiko nach sich, Diabetes oder kardiovaskuläre Ereignisse (CVD) wie Schlaganfall oder plötzlicher Herztod zu erleiden. In einer von Prof. Peter Hammerer, Braunschweig, vorgestellten prospektiven Studie wurde das CVD-Risiko unter dem GnRH-Blocker Degarelix (Firmagon®) untersucht [Smith et al. J Urol 2011; 186: 1835–42]. CVD traten nur bei Patienten mit bestehender koronarer Herzkrankheit (KHK) gehäuft auf (HR 3,1; p < 0,001). Patienten mit anderen Risikofaktoren wie Bluthochdruck, behandelter Hyperlipidämie oder behandeltem Typ-2-Diabetes hatten kein oder nur ein minimal und nicht signifikant erhöhtes CVD-Risiko im Vergleich zur Kontrollgruppe. Für KHK-Patienten seien vor Beginn der AD Präventionsmaßnahmen vonnöten, so Hammerer. Eine Erklärung, warum das CVD-Risiko unter GnRH-Agonisten höher ist als unter GnRH-Blockern, ist die entgegengesetzte Wirkung der beiden Substanzklassen auf die Aktivierung und Proliferation der T-Lymphozyten in arteriosklerotischen Plaques. Ein Einreißen der Plaques kann zu thromboembolischen Komplikationen führen.

© Jakub Krechowitz / shutterstock.com

Ein sinnvoller Weg, das Risiko zu senken, könnte die intermittierende AD (IAD) sein. In bisherigen Studien zeigte sich die IAD bezüglich Gesamtüberleben als zumindest gleichwertig zur kontinuierlichen AD, bei besserer Lebensqualität und geringeren Nebenwirkungen in den Off-Phasen sowie niedrigeren Kosten. Prof. Peter Albers, Düsseldorf, präsentierte Daten der Phase-III-Studie SWOG-9346, in der unter anderem die Lebensqualität unter kontinuierlicher AD und IAD bei Patienten mit metastatischem, Hormon-empfindlichem Prostatakrebs verglichen wurde [Hussain M et al., J Clin Oncol 30, 2012 (suppl; abstr 4), ASCO 2012]. Die Patienten im IAD-Arm hatten eine signifikant

bessere Lebensqualität (u.a. Potenz, Libido), allerdings wurde das Ziel eines maximal 20% schlechteren Gesamtüberlebens knapp verfehlt (5,8 vs. 5,1 Monate). „Das ist ein paradoxes Ergebnis“, stellte Albers fest, aufgrund dessen die IAD bei metastasierten Patienten nur nach ausführlicher Aufklärung über den Nutzen infrage käme. Patienten mit einem initialen PSA-Wert < 0,2 ng/ml profitieren besonders von der IAD, bei einem PSA-Nadir von > 4 ng/ml sollte von einer IAD abgesehen werden.

Dr. Götz Geiges, Berlin, stellte Daten von 490 Patienten in allen Tumorstadien mit oder ohne Vorbehandlung vor, die mit Degarelix behandelt wurden. Der mediane PSA-Wert lag zu Beginn der Studie bei 13,2 ng/ml. 64,8% der Patienten mit einem Ausgangs-PSA-Wert von < 10 ng/ml erreichten nach einem Monat einen PSA-Wert von ≤ 4 ng/ml, 85,5% erreichten diesen Wert nach sechs und 82,8% nach zwölf Monaten.

Sebastian Lux

Satelliten-Symposium „Degarelix: Der Patient im Mittelpunkt“ im Rahmen des 64. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Urologie, Leipzig, 28. September 2012
Veranstalter: Ferring, Kiel