

## Duloxetin bei Inkontinenz – pro oder contra?

Vor drei Wochen ist eine Publikation zur Anwendung von Duloxetin bei Belastungs-Inkontinenz erschienen, die nach vielen Jahren noch einmal wieder das Thema Suizidalität aufgreift. urologen.info hat nachgefragt bei Dr. Ulrike Hohenfellner, Vorsitzende des Arbeitskreises Psychosomatische Urologie und Sexualmedizin der Deutschen Gesellschaft für Urologie.

**urologen.info: Frau Dr. Hohenfellner, die Studie kommt zu dem Schluss, dass Duloxetin nicht mehr zur Inkontinenztherapie verordnet werden sollte. Sehen Sie das auch so?**

**Dr. Hohenfellner:** Nein, natürlich nicht. Duloxetin ist ein gutes Medikament, das in der Inkontinenz-Behandlung einen wichtigen Stellenwert hat und ich in meinem therapeutischen Spektrum für die Patienten auch nicht missen möchte. Wenn man – wie ja bei jedem anderen Präparat auch – darauf achtet, dass die Indikation stimmt und keine Kontraindikationen vorliegen, dann ist es verlässlich in seiner Wirkung und selbstverständlich sicher in der Anwendung. Auch das jüngst erschienene Review von vier Studien dokumentiert ja ganz klar, dass Duloxetin zu einer signifikanten Verbesserung der Inkontinenz führt.

**urologen.info: Und was ist mit dem ermittelten 4–5-fach erhöhten Suizidalitätsrisiko?**

**Dr. Hohenfellner:** Zuallererst ist es ganz wichtig zu verstehen, dass überhaupt nicht das Suizidalitätsrisiko als auf das 4–5-fache erhöht ermittelt wurde. Sondern in Wirklichkeit lediglich affektive Beschwerden wie Angst und Unruhe, die „potentiell mit Suizidalität und Gewalt einhergehen können“, wurden 4–5-mal häufiger unter Duloxetin als unter Placebo angegeben. Das sind völlig verschiedene Dinge, die man ganz differenziert betrachten und bewerten muss. Darüber hinaus – und das ist der

entscheidende Aspekt, um die Dinge überhaupt richtig einzuordnen – stützt sich das Review lediglich auf vier Studien aus den Jahren 2001 und 2002. Seit Zulassung des Medikaments durch die FDA erst im Jahre 2004 ist aber gut bekannt, dass Duloxetin nur dann ohne Absprache mit einem Neurologen oder Psychiater eingesetzt werden soll, wenn keine psychische Komorbidität besteht. Denn bei depressiven Patienten wirkt es sozusagen schneller antriebssteigernd als antidepressiv, wodurch es zum Handlungsentschluss und zur Umsetzung einer suizidalen Aktivität kommen kann, für die zuvor der Wille und die Energie fehlten. Entsprechend gilt eine begleitende Depression seit Zulassung des Präparats als Kontraindikation für den unüberlegten Einsatz in der Inkontinenz-Therapie durch den Urologen.

Die für das Review genutzten Studien, die in 2001 und 2002 ausgewertet und veröffentlicht worden sind, und also ihre Rekrutierung und Datenerhebung noch Jahre zuvor absolviert hatten, haben dieses Wissen naturgemäß gar nicht berücksichtigen können. Retrospektiv betrachtet, wären – die generell hohe Inzidenz von Angststörungen und Depression in unserer Gesellschaft betrachtend – sicherlich viele Patienten überhaupt nicht in die Studien vor 2004 eingeschlossen worden. Und: das muss man ja mal ganz klar sehen, ist Duloxetin primär ein Antidepressivum, d.h. es wird in der Verantwortung von Neurologen und Psychiatern regulär in der Behandlung psychisch kranker Patienten therapeutisch und erfolgreich eingesetzt.

**urologen.info: Es ist also kein gefährliches Präparat?**

**Dr. Hohenfellner:** Nein, definitiv nicht. Genauso wenig wie Viagra und Aspirin. Bei psychisch gesunden Patienten ist die Anwendung im Hinblick auf psychische Beschwerden und Suizidalität tatsächlich sicher und die Verschreibung völlig unbedenklich. Nach der Markteinführung

von Viagra hat es diverse Todesfälle gegeben, durch Aspirin-Einnahme sterben immer wieder insbesondere ältere Menschen durch Magenblutungen. Dennoch macht niemand diese Präparate schlecht und rät von deren Verschreibung ab. Natürlich nicht, denn obwohl Viagra und die anderen PDE5-Hemmer bei kardialer Komorbidität aufgrund des Risikos eines letalen Myokardinfarktes zwar prinzipiell kontraindiziert sind, so sind sie in Absprache mit einem Kardiologen aber durchaus sicher in der Anwendung und unbedenklich zu verordnen sind. Genauso beim Aspirin – kompetent und verantwortungsvoll eingesetzt, ist es ein wertvolles Präparat, auf dass, genauso wie beim Viagra oder beim Duloxetin – weder wir Ärzte noch die Patienten verzichten möchten.

**urologen.info: Und wie gehe ich kompetent und verantwortungsvoll mit Duloxetin um?**

**Dr. Hohenfellner:** Wichtig ist, eine begleitende Angststörung oder Depression und eine in der Vergangenheit behandelte depressive Episode oder Angststörung im Rahmen der urologischen Diagnostik zu registrieren. Insbesondere da die Harninkontinenz eine hohe Koinzidenz mit Angsterkrankungen und Depression aufweist. Dabei finden sich diese sowohl als primäre psychische Erkrankung, die eine somatoforme Inkontinenz bedingt, als auch als sekundär hervorgerufen durch die psychosoziale Belastung der Inkontinenz. Demzufolge sollte die Erhebung einer psychosomatischen Anamnese bzw. eines psychopathologischen Befundes sowieso immer Bestandteil der Inkontinenz-Diagnostik sein. Findet sich hier keine Kontraindikation für Duloxetin, sollte man seinen Patienten diese ja nachweislich effiziente Therapieoption auch nicht vorenthalten, im Zweifel einen Neurologen oder Psychiater hinzuziehen.

**urologen.info: Sie finden das Medikament also wichtig?**

**Dr. Hohenfellner:** Ja unbedingt, selbstverständlich. Unverzichtbar ist das Medikament in erster Linie zur Behandlung älterer Damen, bei denen aufgrund z.B. Arthrose-bedingter körperlicher Einschränkung oder kognitiver Beeinträchtigung ein kuratives Beckenbodentraining nicht ziel führend durchführbar ist. Darüber hinaus ist Duloxetin auch bei Männern mit Post-Prostatektomie-Inkontinenz im Sinne eines Off-Label-Use sinnvoll und effizient anwendbar und verträglich.

**urologen.info:** Und was macht man dann mit den inkontinenten Patienten, die damals nicht in die alten Studien hätten aufgenommen werden sollen und denen, die auch heute kein Duloxetin bekommen sollen?

**Dr. Hohenfellner:** Das muss man sehr differenziert betrachten. Entweder sind diese inkontinenten Patienten tatsächlich Belastungs-inkontinent oder aber sie leiden un-

ter einer somatoformen, hypertonen Beckenboden-Dysfunktion mit konsekutiver Inkontinenz, die auf ursächlicher psychosozialer Belastung bei Angst, Depression oder ungelösten Konflikten beruhen. Die Patienten mit Belastungsinkontinenz brauchen eine Beckenboden-Edukation mit gutem Krafttraining. Die Patienten mit somatoformer Miktionsstörung brauchen eine gute Beckenboden-Edukation mit Relaxationstraining des Sphinkters und psychosomatischer Grundversorgung.

**urologen.info:** Wie schaffe ich das als Urologe, die Inkontinenz-Patienten differenziert zu betrachten und diejenigen mit psychischer Komorbidität zu erkennen, denen man nicht Duloxetin verschreiben darf?

**Dr. Hohenfellner:** Man braucht eine über das urologische Facharztwissen an diagnostischen und therapeutischen Fertigkeiten hinausgehende Expertise in Psychosomatischer Urologie. Man muss lernen, die

Dinge hinter dem zu sehen, was der Patient sagt, seinen Sinnen zu vertrauen, wenn es ganz anders erscheinen soll. Wahrzunehmen, ob eine Angststörung oder eine Depression vorliegen. Diese Dinge kann man lernen, genauso wie das Benutzen eines Endoskops oder des Skalpells. Aber genauso wie auch das, muss man es eben lernen. Dafür bietet unser Arbeitskreis für Psychosomatische Urologie und Sexualmedizin der Deutschen Gesellschaft für Urologie jedes Jahr einen auf die urologischen Erkrankungen ausgerichteten Kurs zum Erwerb der Weiterbildung psychosomatische Grundversorgung an. ◀

**Frau Dr. Hohenfellner, vielen Dank für das Gespräch!**



Dr. med.  
Ulrike Hohenfellner  
(Heidelberg).

## Zusammenhänge zwischen Ängstlichkeit und überaktiver Blase oder Inkontinenzsymptomen

Verschiedene aktuelle Studiendaten weisen darauf hin, dass affektive Faktoren mit überaktiver Blase (OAB) im Zusammenhang stehen. Diesbezügliche Untersuchungen wurden überwiegend als bevölkerungsbasierte Umfragen durchgeführt, bei der Frauen und Männer Auskünfte über die Selbsteinschätzung ihrer Drangsymptomatik mit oder ohne unwillkürlichem Urinverlust gaben. Da nicht sicher ist, ob sich diese bevölkerungsbasierten Ergebnisse auf die klinische OAB-Patientenpopulation übertragen lässt, wurde eine Untersuchung über die Beziehung zwischen Ängstlichkeit und OAB in im klinischen Umfeld unternommen.

**P**atienten mit diagnostizierter OAB oder mit Inkontinenzsymptomen ( $n=50$ ) und im Alter übereinstimmende Kontrollprobanden ( $n=30$ ) wurden rekrutiert. Zur Abklärung der OAB und von Inkontinenzsymptomen dienten der International Consultation on Incontinence – Urinary Incontinence (ICIQ-UI) Kurzform-Fragebogen, der ICIQ-OAB, der Urogenital Distress Inventory Short Form (UDI-6), der Incontinence Impact Questionnaire Short Form (IIQ-7) und OAB-q. Angstsymptome wurden anhand der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-A) bewertet.

Die HADS-Angstwerte im OAB-Kollektiv lagen signifikant über denen der Kontrollen  $7,5 \pm 4,5$  versus  $3,3 \pm 3,6$  ( $p < 0,001$ ). Bei 48 % der OAB-Patienten wurden Angstsymptome registriert ( $HADS-A \geq 8$ ). In 24 % der Fälle waren die Angstzustände moderat bis schwer ( $HADS-A \geq 11$ ). Zwischen der Schwere der Angstsymptome und der Schwere der OAB/Inkontinenzsymptome bestand eine positive Korrelation

Die OAB-Patienten mit Angstzuständen empfanden schwerere OAB/Inkontinenzsymptome und einen stärkeren Leidensdruck wie auch Einfluss auf die Lebensqualität als OAB-Patienten ohne

Die Patienten mit OAB berichteten stärkere Angstsymptome als die Kontrollen. Sie gaben auch schwerere OAB oder Inkontinenzsymptome sowie eine schlechtere Lebensqualität an als angstfreie OAB-Patienten. Zwischen der Schwere von Angstsymptomen und OAB oder Inkontinenzsymptomen bestand eine positive Korrelation.

Angstgefühle (ICIQ-UI, ICIQ-OAB, UDI-6, IIQ-7 und OAB-q jeweils  $p < 0,05$ ).

Bei OAB-Patienten mit Ängstlichkeit wurden vermehrt psychosoziale Probleme (z. B. Depressionen, Stressbelastung) registriert. Damit waren in den Fragebögen ICIQ-UI und IIQ-7 signifikant höhere Bewertungen verbunden als bei den verängstigsten OAB-Patienten ohne Depressionen. ◀

**Lai HH, Rawal A, Shen B, Vetter J, 2016.** The relationship between anxiety and overactive bladder or urinary incontinence symptoms in the clinical population. Urology 98:50-57.