
Botox for overaktiv blære – en perfekt behandling?

INVITERT KOMMENTAR

HENRIETTE VEIBY HOLM

hveiby@ous-hf.no

Henriette Veiby Holm er ph.d., spesialist i urologi og overlege ved Seksjon for rekonstruktiv urologi og nevrourologi ved Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt foredragshonorar fra Ipsen, Astellas og Pierre Fabre.

Botox kan være et vidundermiddel for så mangt, men det er viktig å kjenne til fallgruver og hvordan disse lett kan unngås. Noen ganger er behandlingen rett og slett for effektiv, slik at én plage kan erstattes av en annen.

Behandling med injeksjon av onabotulinumtoksin-A har vært brukt i urologien siden slutten av 1980-tallet, da man begynte å bruke det hos ryggmargsskadde pasienter med nevrogen dysfunksjon av nedre urinveier. Injeksjonene ble satt i eksterne uretrale sfinkter og etter hvert i urinblæren for å redusere ukontrollert overaktivitet av disse.

I 2013 ble Botox godkjent av U.S. Food and Drug Administration (FDA) for bruk hos pasienter med såkalt overaktiv blære, altså pasienter med sterk vannlatingstrang, hyppig vannlating og urgeinkontinens *uten* bakenforliggende årsak, med eller uten påvist detrusoroveraktivitet ved urodynamisk undersøkelse [\(1\)](#).

Behandling av overaktiv blære med onabotulinumtoksin-A har de siste 10–15 årene blitt et vanlig behandlingsalternativ ved de fleste urologiske avdelinger i Norge. Når den gis til riktig pasient, er behandlingen som oftest meget effektiv og god.

I en rapport av Schiøtz og Myhr som nå publiseres i Tidsskriftet, leser vi at henholdsvis 76 % og 71 % av kvinner behandlet for urgeinkontinens var fornøyde og kontinente etter behandlingen (2). Kunne suksessraten vært enda høyere?

I artikkelen er det ikke rapportert hvordan diagnosen overaktiv blære ble stilt, men det beskrives at pasientene hadde forsøkt konservativ behandling uten effekt (2). Urinveisinfeksjon var rapportert hos 12 % og kateteriseringsbehov hos 6,5 %. Førstnevnte ble definert som behandlet mistenkt eller sikker infeksjon, mens sistnevnte er mindre nøyaktig definert (2). Man inkluderte pasienter med blæretømmingsproblemer (påvist resturin eller urinretensjon med kateterisering én eller flere ganger), men det er ikke beskrevet om alle ble sjekket for resturin eller hvor grensen for resturin ble satt.

Når pasienter ikke blir fornøyde etter behandling med onabotulinumtoksin-A for overaktiv blære, kan det ha flere grunner. Jeg vil trekke frem et par av disse, som er viktige og enkle å unngå i en klinisk hverdag. Først og fremst må man være sikker på at pasienten har riktig diagnose. Videre er det viktig med både god opplæring før behandling og evaluering av pasienten etterpå.

«I urologi er blæren kjent som et 'upålitelig vitne'. Symptomer fra nedre urinveier er uspesifikke og kan være forårsaket av så mangt, hos både kvinner og menn»

I en studie fra 2021 bekreftes det vi ofte opplever i klinisk praksis, nemlig at mange pasienter som blir henvist med «overaktiv blære refraktær til konservativ behandling», ikke alltid har overaktiv blære, men en annen lidelse i eller utenfor nedre urinveier (3). I urologi er blæren kjent som et «upålitelig vitne». Symptomer fra nedre urinveier er uspesifikke og kan være forårsaket av så mangt, hos både kvinner og menn (4–6). Sterk vannlatingstrang, hyppig vannlating og urgeinkontinens kan være symptomer på blærelidelser, inklusive både *underaktiv* og *overaktiv* blære – og selvfølgelig også cystitt, blærestein eller blærekreft. Men også lidelser som påvirker blæretømmingen (funksjonelt eller anatomisk avløpshinder), eller lidelser tilhørende andre organsystemer, som hjertesvikt, søvnapné, diabetes insipidus eller pudendal nevrergi, kan gi slike symptomer (5, 6). Dersom en pasient ikke har effekt av konservativ behandling av overaktiv blære, bør man derfor vurdere å gjøre grundigere undersøkelser av pasienten. Serati og medarbeidere sammenliknet to grupper kvinner med symptomer på overaktiv blære (3). Den ene gruppen gjennomgikk urodynamiske undersøkelser, den andre ikke. Ikke uventet fant man i gruppen som ble nøyere undersøkt, at *ikke alle* hadde overaktiv blære, men annen underliggende årsak til symptomene. Behandlingen ble endret deretter, og etter korrekt behandling økte tilfredsheten i gruppen.

En annen årsak til dårlig subjektiv effekt etter behandling med onabotulinumtoksin-A er uoppdaget resturin. Om en pasient får god objektiv effekt av denne behandlingen, med betydelig økt blærevolum, men stadig går med mye resturin, vil pasienten ikke oppleve den objektive effekten som en god subjektiv effekt. På grunn av resturinen vil pasienten fortsatt ha sterk vannlatingstrang, hyppig vannlating og kanskje lekkasje.

I en nylig studie fant man at en kombinasjon av urodynamiske faktorer, resturin før behandling og høyere alder var prediktivt for mer resturin etter behandling med onabotulinumtoksin-A for overaktiv blære (7). Igjen, siden blæren er «upålitelig», er det ikke mulig for pasienter å selv identifisere inadekvat blæretømming uten klinisk undersøkelse med blæreskanning eller kateterisering. De bør derfor undersøkes for resturin etter hver behandling. Pasienten kan læres opp (helst før behandlingen gis) i å gjøre dette selv med ren intermitterende kateterisering. De bør også inviteres til kontroll av resturin både én og to uker etter behandlingen, når effekten av onabotulinumtoksin-A er på det høyeste. Dersom pasienten ikke ønsker å utsettes for mulige komplikasjoner som resturin og urinveisinfeksjon, kan det i stedet være aktuelt å henvise til forsøk med sakral nevromodulering.

Behandling med onabotulinumtoksin-A for overaktiv blære kan være en veldig god behandling, men tilfredshet etter behandlingen kan forbedres om man utelukker andre diagnoser med liknende symptomer og evaluerer pasientene adekvat etter behandlingen.

LITTERATUR

1. Weckx F, Tutolo M, De Ridder D et al. The role of botulinum toxin A in treating neurogenic bladder. *Transl Androl Urol* 2016; 5: 63–71. [PubMed]
2. Myhr SS, Schiøtz HA. Cystoskopisk injeksjon av botulinumtoksin for overaktiv blære med lekkasje. *Tidsskr Nor Legeforen* 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.25.0247. [CrossRef]
3. Serati M, Cantaluppi S, Coluccia AC et al. Is urodynamic evaluation able to change and improve the management of women with idiopathic overactive bladder? *Minerva Urol Nephrol* 2021; 73: 823–30. [PubMed]
4. Drake MJ. Fundamentals of terminology in lower urinary tract function. *Neurourol Urodyn* 2018; 37 (S6): S13–9. [PubMed][CrossRef]
5. Guidelines EAU. Management of Non-neurogenic Male LUTS. <https://uroweb.org/guidelines/management-of-non-neurogenic-male-luts/chapter/epidemiology-aetiology-and-pathophysiology> Lest 1.11.2025.
6. Guidelines EAU. Non-neurogenic Female LUTS. <https://uroweb.org/guidelines/non-neurogenic-female-luts> Lest 1.11.2025.
7. Franco I, Schwartz M, Cline K et al. Predicting Elevated Postvoid Residual Urine Volume Following OnabotulinumtoxinA Treatment for Overactive Bladder: A Pilot Study. *Low Urin Tract Symptoms* 2025; 17: e70004. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 17. november 2025. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0655
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 7. juli 2026.