

Interstitielle Zystitis

Ein schwieriges Krankheitsbild

WOMEN'S HEALTH IN PRIMARY CARE

Historisch war die interstitielle Zystitis eine Ausschlussdiagnose. Heute zeigen manche Daten, dass das Krankheitsbild viel häufiger ist als angenommen. Die für die Betroffenen oft quälende Störung kann durch genaue Anamnese sowie einige Abklärungen erkannt und mit einem multimodalen Therapieansatz auch in der Grundversorgung behandelt werden.

Die interstitielle Zystitis ist keine neue Krankheit, aber sie ist bisher oft genug nicht diagnostiziert worden. Ein amerikanischer Autorenkreis aus verschiedenen Fachgebieten (Allgemeinmedizin, Urologie, Gynäkologie) hat die hier referierte Übersicht verfasst mit dem erklärten Ziel, Grundversorgerinnen und Grundversorger aufzurütteln und sie zu ermuntern, eine frühe Diagnose und Intervention anzustreben, da diese einen nicht zu unter-

schätzenden positiven Effekt auf den Verlauf haben.

Pathogenese

Physiologischerweise absorbiert die Blase keine Flüssigkeit und hat auch keine Empfindungsqualitäten für den Blaseninhalt. Ihre Funktion ist nur die Zwischenlagerung und die Ausscheidung von Harn. Das normale Urothel ist bedeckt mit einer Glykosaminoglykan (GAG)-Schicht, der man einen Schutz der Blase vor ihrem Inhalt zuschreibt. Eine populäre Theorie geht davon aus, dass bei interstitieller Zystitis die GAG-Schutzschicht gestört ist, was irritierenden Substanzen aus dem Urin erlaubt, in die Schleimhaut einzudringen und Nerven und Muskeln in der Blasenwand zu aktivieren. Welche diese Irritantien genau sind, wird noch diskutiert, an oberster Stelle steht jedoch Kalium. Neben dieser Theorie wurden viele weitere Faktoren (lymphatisch, neurologisch, infektiös, psychologisch, autoimmun, vaskulitisch) untersucht, bisher ohne schlüssige Daten zur pathogenetischen Mitwirkung.

Symptomatik

Die Symptomatik der interstitiellen Zystitis kann von einem Tag zum nächsten variieren, so die Autoren, erkennbar bleibt jedoch das Gesamtmuster der Beschwerden. Im Allgemeinen liegen Harndrang, Pollakisurie und Schmerzen im Bereich des Beckens vor. Die Abwesenheit von einer oder zwei dieser Beschwerden schließt eine interstitielle Zystitis aber nicht aus. In einer Studie bei 466 Frauen und Männern hatten 9 Prozent nur Schmerzen und 8 Prozent nur Harndrang.

Typischerweise beginnt die Störung mit einer Steigerung der Miktionsfrequenz,

Merkmale

- Die interstitielle Zystitis ist ein Krankheitsbild, das sich in Pollakisurie mit Harndrang und/oder Beckenschmerzen äußert.
- Die interstitielle Zystitis ist viel häufiger als früher angenommen und könnte 1 von 4 Frauen und 1 von 20 Männern betreffen.
- Die meisten Fälle von interstitieller Zystitis gehen mit einer Dysfunktion der schützenden Schleimschicht der Blase einher.
- Durch sorgfältige Anamnese kann das Krankheitsbild in der Allgemeinpraxis früh erkannt werden, was die Therapieaussichten verbessert.
- Bei der Mehrheit der Betroffenen kann eine effektive orale oder intravesikale Therapie eingeleitet werden.

die von den Betroffenen zunächst nicht einmal als Problem wahrgenommen wird, so die Autoren: «Es gibt Patientinnen, die glauben, dass 12 oder 15 Harnentleerungen täglich normal seien.»

Zu unangenehmem Harndrang kommt es oft erst etwas später, wenn die Erkrankung fortgeschritten ist. Patienten mit hyperaktiver Blase haben freilich auch ein häufiges Bedürfnis nach Blasenentleerung. Bei ihnen ist jedoch die Furcht vor unfreiwilligem Urinabgang das Motiv, bei Patienten mit interstitieller Zystitis hingegen ist es das Bedürfnis, den Schmerz zu lindern.

Interstitielle Zystitis

Die chronischen Beckenschmerzen können an irgendeiner Stelle des Beckens lokalisiert sein. Intensität und Dauer variieren von Patientin zu Patientin. Die meisten Patientinnen haben auch Schmerzen beim Geschlechtsverkehr.

Die meisten Fälle von interstitieller Zystitis entwickeln sich langsam und schrittweise. Die Ursache oder Risikofaktoren sind unbekannt. Manche Patienten können sich jedoch erstaunlich genau an den Zeitpunkt erinnern, als ihre Beschwerden begannen. In frühen Stadien kommt es zu Exazerbationen und Remissionen. Die Exazerbationen können durch saisonale Allergien, körperlichen oder seelischen Stress, sexuelle Aktivität oder Hormonfluktuationen ausgelöst werden (*Tabelle*). Mit der Zeit werden die Symptome immer schwerer und konstanter. Bei Patientinnen mit rezidivierenden Harnwegsinfekten ist der Gedanke an die interstitielle Zystitis wichtig, betonen die Autoren, denn gerade bei Patientinnen mit negativen Urinkulturen könnte auch eine Fehldiagnose vorgelegen haben.

Früher, als über die interstitielle Zystitis noch wenig bekannt war, erfolgte die Diagnose oft erst in sehr fortgeschrittenen Stadien, und die dauerhaften, schweren Symptome prägten das klinische Bild der Krankheit. Heute geht man davon aus, dass die meisten Patienten lediglich leichte bis mittelschwere Symptome haben, die kommen und gehen. Die Diagnose in diesem Stadium zu stellen, sei lohnend und sinnvoll, wie die Autoren anmerken, denn dann sind die Behandlungsaussichten besser, und es besteht die Möglichkeit, die Krankheitsprogression zu verringern.

Prävalenz

Die interstitielle Zystitis scheint viel häufiger vorzukommen, als frühere Prävalenzstudien denken liessen. Die Autoren zitieren dazu eine grössere Studie eines der Mitautoren an gegen 4000 Patienten aus der Grundversorgung. Über 20 Prozent gaben an, signifikante Symptome von Harndrang, häufigem Wasserlassen und/oder Schmerzen zu haben. In der Befra-

gung wünschte ein Drittel dafür auch eine Therapie. Diesen wurde ein Kalium-Sensitivitätstest angeboten, der bei 88 Prozent positiv war und für die Diagnose interstitielle Zystitis sprach. Gesamthaft rechnet diese Studie mit einem positiven Kalium-Sensitivitätstest bei über 4 Prozent der Gesamtpopulation.

Auch andere Studien bei weiblichen Patienten kamen auf erstaunlich hohe Prävalenzen für interstitielle Zystitiden in der Gegend von 1 auf 4 Frauen.

Diagnose

Die interstitielle Zystitis sollte nicht bloss eine Ausschlussdiagnose sein, sondern es sollte bei verdächtiger Symptomatik daran gedacht und aktiv gesucht werden, meinen die Autoren. Dies bedeutet zunächst, bei Patientinnen – die überwiegende Mehrzahl der Betroffenen ist weiblich –, die über Harndrang, Pollakisurie, Beckenschmerzen klagen, eine ausführliche Anamnese zu erheben und eine körperliche Untersuchung durchzuführen. Typischerweise haben Patientinnen mit interstitieller Zystitis einen normalen urogenitalen Untersuchungsbefund.

Im englischsprachigen Raum wurden spezielle Fragebögen entwickelt, die sich offenbar für Screening und Verlaufskontrolle eignen.

Unverändert gilt es, Harnwegsinfekte oder sexuell übertragbare Infektionen als Ursache der Beschwerden auszuschliessen. Eine Hämaturie gehört nicht zum typischen Befundmuster bei interstitieller Zystitis und muss daher weiter abgeklärt werden.

Die Autoren befürworten die Durchführung des Kalium-Sensitivitätstests in der Praxis. Dabei wird via einen dünnen Blasenkatheter zunächst eine geringe Menge Wasser (40 ml) instilliert und der resultierende Harndrang sowie Schmerz auf einer Skala von 0 bis 5 bestimmt. Nach Ablassen dieses Wassers erfolgt die Instillation von 40 ml 0,4-molarer Kaliumchlorid-Lösung. Kommt es zur sofortigen Schmerzauslösung, wird die Lösung abgezogen und die Blase mit 60 ml Wasser gewaschen: Der Test gilt als positiv.

Tabelle: **Interstitielle Zystitis: Symptome und begleitende Muster**

Symptome

Pollakisurie: $\geq 8x/\text{Tag}$ (nicht immer vorhanden)

Harndrang: Bedürfnis, die Blase – v.a. zur Schmerzlinderung – zu entleeren

Dyspareunie: bei 75% der Pat.

Muster

bei leichter bis mittelschwerer interstitieller Zystitis: Symptome treten in Form von Exazerbationen und Remissionen auf. Exazerbationen können durch saisonale Allergien, physischen oder emotionalen Stress oder hormonelle Fluktuationen provoziert werden.

Die Symptome können durch gewisse Nahrungsmittel verschlechtert werden, z.B. Zitrusfrüchte, kaliumreiche Nahrungsmittel, koffeinhaltige Getränke, alkoholhaltige Getränke.

Anamnestisch rezidivierende Harnwegsinfektionen, nächtlicher Urinabgang, Urethralyndrom, häufige Vaginitiden (Frauen) oder Prostatitiden (Männer).

Entwickeln sich nicht sofort Schmerzen, wartet man fünf Minuten und erfasst dann Schmerz und Harndrang. Die provozierten Beschwerden werden vor Rückzug des Katheters mit einem in die Blase eingebrachten Anästhetikum bekämpft. Dieses Vorgehen ist nach Schilderung der Autoren für die Betroffenen in aller Regel ohne weiteres erträglich, und die untersuchungsbedingten Schmerzen bewegen sich im Rahmen derer bei anderen gebräuchlichen Untersuchungsmethoden wie Pap-Entnahme, digitale Rektaluntersuchung, Sigmoidoskopie oder Mammografie.

Eine Alternative zum Kalium-Sensitivitätstest ist die Anästhetikuminstallation bei Patientinnen, die zum Untersuchungszeitpunkt über Schmerzen klagen. Hier ist davon auszugehen, dass ein Verschwinden

Interstitielle Zystitis

der Schmerzen auf eine Blasenstörung hinweist, ganz sicher kann man jedoch nicht sein. Ausserdem müssen die Patientinnen informiert werden, dass es einige Stunden später zu einer Schmerzurückkehr kommen kann, wenn die Anästhetikumwirkung nachlässt.

Urologen oder Gynäkologen ist die Zystoskopie in Lokalanästhesie oder die Zystoskopie mit Blasendehnung unter Allgemeinnarkose vorbehalten, die ulzerative Läsionen gut dokumentieren kann. Dies sei bei normaler Urinanalytik jedoch nicht zwingend, finden die Autoren, könne aber der Beruhigung von Patientinnen dienen, die sich vor Blasenveränderungen fürchten.

Therapie

Zur Behandlung sind die verschiedensten Vorgehensweisen propagiert worden, aber die meisten haben nur eine bescheidene Wirksamkeit. Allerdings sind viele Therapien der interstitiellen Zystitis nur bei Patienten mit sehr schwerer Erkrankung versucht worden und könnten bei früheren, leichteren Stadien bessere Resultate bringen.

Im Rahmen einer Verhaltenstherapie sollte auf die Wichtigkeit gewisser Ernährungsanpassungen hingewiesen werden, die helfen, provozierende Faktoren (Tabelle)

zu eliminieren. Ähnliches gilt für Versuche zur Stressreduktion.

Die medikamentöse Therapie hat zum Ziel, die Oberfläche der Blaseschleimhaut wiederherzustellen, neuronale Dysfunktionen zu normalisieren und begleitende Entzündungen zu bekämpfen. Das Heparinoid Pentosanpolysulfat (Elmiron®, in der Schweiz nicht im Handel) ist in den USA zugelassen und soll die Schleimschicht auf dem Urothel wiederherstellen. Amitriptylin kann Schmerz- und Drangwahrnehmung in der Blase günstig beeinflussen und nützliche antihistaminische Eigenschaften haben. Hydroxyzin (Atarax®) soll auf die Mastzellenstimulation in der Blasenwand einwirken. Anticholinergika können bei Harndrang, Pollakisurie und begleitenden Inkontinenzsymptomen versucht werden.

Den Betroffenen muss klar gemacht werden, dass nach Therapiebeginn nicht sofort mit greifbaren Erfolgen zu rechnen ist. Die Therapiedauer sollte individuell sorgfältig angepasst werden. Bei starker Schmerzsymptomatik ist auch der verantwortungsvolle Einsatz von Analgetika inklusive Narkotika angemessen.

Zur symptomatischen Schmerzbekämpfung sind verschiedene intravesikale Therapien, etwa mit Dimethylsulfoxid (DMSO), Heparin, Hyaluronsäure, Chondroitinsulfat, propagiert worden. Dane-

Link

Der Förderverein Interstitielle Cystitis E. V. (ICA) bietet recht umfangreiche Informationen für Ärzte und Patienten unter: www.ica-ev.de

ben sind in sehr schweren Fällen auch die Blasendehnung in Narkose, die Neurostimulation sowie chirurgische Eingriffe zur Blasenexstirpation und Harnableitung eingesetzt worden. ●

Matt T. Rosenberg et al.: *Early diagnosis and management of interstitial cystitis. Women's Health in Primary Care 2004; 7: 456–463. Im Internet als pdf zugänglich unter: http://www.womenshealthpc.com/110_04/tmissue.html (Zugriff am 27.5.05).*

Halid Bas

Interessenlage: Die Autoren geben keine Hinweise zu möglichen Interessenkonflikten.

