

Urogynäkologie-Symposium Aarau

Beckenschmerzen – Ursachen und Therapie

Der Organisator, Prof. Dr. med. Gabriel Schär, Aarau durfte trotz der «Konkurrenz» durch den 61. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. in Stuttgart, der in die Zeit vom 19. bis zum 22. Oktober verschoben worden war, eine grosse Zuhörerschaft im Kongress- und Kulturzentrum Aarau begrüßen. Die interessante Thematik Beckenschmerzen und die grosse Zahl hervorragender international anerkannter Referentinnen und Referenten mag dazu wesentlich beigetragen haben. Im Folgenden sind einige ausgewählte Referate zusammengefasst.



Prof. G. Schär

Chronische Schmerzen

Nenne ein Werkzeug, z. B. einen Hammer und man denkt unmittelbar an einen Nagel. Die Assoziationen mit Schmerztherapie sind der unmittelbare Gedanke an Medikamente, so PD Dr. med. Wilhelm Ruppen, Basel. Schmerzmedikamente sind nicht das Mass aller Dinge, stellte der Referent fest. In der Schmerztherapie kommen in 30% der Fälle Analgetika, in 40% CBT (kognitive Verhaltenstherapie), 15% Interventionen, 10% Hypnose- und 10% Physiotherapie zum Einsatz. Die Prävalenz des chronischen Schmerzes beträgt im Mittel 19%, in der Schweiz sind es 16%, was enorme Kosten verursacht.



PD Dr. W. Ruppen

Einer der häufigsten Gründe für chronische Schmerzen ist die Operation. Die Amputation einer unteren Extremität verursacht in 62% postoperative stumpfschmerzen und in 70% Phantomschmerzen. Die Mastektomie geht mit 50% postoperativen Schmerzen einher, der Kaiserschnitt mit 4–12%. Auch die Brustvergrößerung geht häufig mit chronischen

postoperativen Schmerzen einher. Chronische Schmerzen sind ein komplexes Geschehen und entstehen durch anhaltende Sensibilitätsstörungen, wobei zwischen peripherer Hypersensibilität und zentraler Hypersensibilität unterschieden wird.

Da die zentrale Sensibilisierung aus Veränderungen der Eigenschaften von Neuronen im zentralen Nervensystem resultiert, ist der Schmerz nicht mehr als akuter nozizeptiver Schmerz an die Anwesenheit, Intensität oder Dauer von schädlichen peripheren Reizen gekoppelt. Stattdessen erzeugt die zentrale Sensibilisierung eine Schmerzüberempfindlichkeit, indem sie die durch normale Inputs hervorgerufenen sensorischen Reaktionen verändert, einschliesslich solcher, die normalerweise harmlose Empfindungen hervorrufen. Der Referent legt ferner dar, wie radiologische Aufnahmen und Schmerzempfinden normalerweise nicht übereinstimmen. Es ist wichtig festzuhalten, dass Schmerz eine Art neurologische Krankheit ist, bei der der Arzt nichts sieht, obschon der Patient Schmerzen hat.

Dies kann auch versicherungstechnische Konsequenzen haben. Es ist nicht immer real, was wir für real halten. Neben körperlichen sind auch verhaltensmässige, kognitive und affektive Komponenten für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Schmerz verantwortlich. Die Therapiemodalitäten umfassen die psychosomatische Therapie, die Physiotherapie, die interventionelle Therapie und die «Painkillers». Dr. Ruppen verweist auf den Film, «Den Schmerz verstehen – und was zu tun ist in 10 Minuten», der auf Youtube gesehen werden kann.

Schlüsselwort Opioid: Diese haben eine NNT (Number Needed to Treat) von durchschnittlich 19 (10–107). In einer Arbeit von Moore (BMJ 2013) wurde gezeigt, dass Oxycodon in der Erleichterung der Rückenschmerzen um 50% nach 12–16 Wochen nicht erfolgreich war, Tapentadol in nur etwa 10%. Die Langzeit-Anwendung von Opioiden ergibt eine schwache Schmerzerleichterung, die Lebensqualität nimmt ab, die funktionelle Fähigkeit nimmt ab, es kann sich ein Hypogonadismus einstellen, die Verletzungsgefahr nimmt zu und Selbstmordversuche nehmen zu. Dazu kommen Zahnprobleme, Osteoporose, Immunsuppression, kognitive Einschränkung, Hyperalgesie und erhöhte Mortalität.

Opioid-Missbrauch kommt in 21 bis 29% und Sucht in 8 bis 12% vor. Die Deutschen Guidelines empfehlen die Therapie nicht länger als 3 Monate zu geben, ausser bei klarem Ansprechen. Die Dosierung von > 120 mg/d p.o. Morphinäquivalent wird nicht empfohlen und die Langzeittherapie (≥ 26 Wochen) ist nur bei etwa 25% der Patienten hilfreich.

Fazit

- ▶ Chronische Schmerzen sind sehr komplex. Schmerz ist multidimensional und individuell
- ▶ Psychosomatische Aspekte sind sehr wichtig. Vorsicht bei Chirurgie
- ▶ Schmerzkiller wirken nicht immer. Vorsicht bei Opioiden

Schmerzen im kleinen Becken – Differentialdiagnose und Abklärung

Chronische Beckenschmerzen sind Schmerzen, die länger als 6 Monate dauern und unabhängig vom Zyklus sind. Die üblichen NSAID helfen nicht und oft ist keine organisch erkennbare Ätiologie erkennbar, stellte Frau **Prof. Dr. med. Regula Doggweiler**, Zürich, fest. Schmerzverstärkende Faktoren können durch den Körper bedingt sein, d.h. durch Erkrankungen wie Migräne, akute Verletzungen oder



Prof. R. Doggweiler

durch das soziale Umfeld bedingte Probleme (Kindererziehung, Arbeitsbelastung, Beziehungen, finanzielle Sorgen, Mobbing, Konflikte, Status) oder durch die Psyche bedingte emotionale Probleme (Aufmerksamkeit, Gedanken, Bewertungen, Vorstellungskraft, Gefühle).

Die «Arbeitsgruppe Chronische Beckenschmerzen der EAU», hat unter dem Präsidium der Referentin Definitionen für Symptome,

Anzeichen und Bewertung (diagnostische Aufarbeitung) von weiblichen und männlichen **Patienten mit chronischen Beckenschmerzsyndromen**, die als Plattform für die weitere Entwicklung in diesem Bereich dienen, erarbeitet.

Die Referentin unterscheidet **9 verschiedene Bereiche, die betroffen sein können**: Unterer Harntrakt, weibliche Genitalien, männliche Genitalien, Gastrointestinaltrakt, Bewegungsapparat, neurologische Aspekte, psychologische Aspekte, Sexual-Probleme und Begleiterkrankungen.

Im **unteren Harntrakt** werden unterschieden: Blasenschmerzen, Interstitielle Zystitis, Blasen-Hypersensitivität, Urethra-Schmerzen. Diese können sich als Druck, Dranggefühl, erhöhte Miktionsfrequenz, Brennen, Entleerungs-Beschwerden, Nykturie äussern.

Die Differential-Diagnose umfasst Infektionen, Blasenentleerungsstörung, neurogene Blasenfunktionsstörung, Blasenstein, Harnröhren-Divertikel und Tumor.

Die **Interstitielle Zystitis (IC)** wird 2002 von der ICS (International Continence Society) definiert als eine unangenehme Empfindung in der suprapubischen Gegend, die stärker wird mit Füllen der Blase und auch nach der Miktion bleiben kann. Die SUFU (Society of Urodynamics and Female Urology) definiert sie 2008 als eine unangenehme Empfindung (Schmerz, Druck, Unbehagen), die von der Blase zu kommen scheint. Begleitet von HWI-Symptomen, die mehr als 6 Wochen dauern und wobei kein Infekt oder ein anderer ätiologischer Faktor vorgewiesen werden kann. 2011 übernimmt auch die AUA diese Definition.

Nach wie vor herrscht Dissens über die Nomenklatur. Es wird vorgeschlagen, dass die Hunner-Läsion für die Diagnose von IC präsent sein muss. Als Hunner-Läsion wird eine ulkusartige Veränderung der Blasenwand bezeichnet. Es existiert aber keine Forschung zur Pathophysiologie der Hunner-Läsion.

Die **hypersensitive Blase** ist eine Folge der Hyperaktivität der Rezeptoren. Sie ist nicht immer mit Schmerzen verbunden.

Bei den **weiblichen Genitalien** unterscheidet man Vulvarschmerzen, Endometriose, Pelvic Congestion Syndrome (Beckenvenensyndrom). Mögliche Folgen sind Dyspareunie, abnormale Menstruationen, schmerzhafte Gebärmutter und schmerzhafte Adnexen. Die Differentialdiagnose umfasst die bakterielle Vaginose, Eierstockzysten, Tumor, Prolaps und Vernarbungen.

Bei den **männlichen Genitalien** kennen wir Prostata-, Skrotal-, Hoden-, Epididymis- und Penissschmerzen.

Gastrointestinal werden anorektale Schmerzen, kolorektale Schmerzen, Schmerzen mit Stuhlen, Stuhlprobleme, Bauchschmerzen, Schmerzen im Sitzen, Übelkeit, Verstopfung/Diarrhoe unterschieden. Die Differentialdiagnose umfasst Neoplasie, Reizdarmsyndrom, rezidivierende Divertikulitis, Dünndarmopathie (rezidivierende Obstruktion/Meckel-Divertikel), M. Crohn.

Die Differentialdiagnose bei chronischen Analschmerzen schliesst das chronische Hämorrhoidalleiden, chronische Fissuren, chronische Entzündungen (Abszess, Fistel), Analtumore, rektoanale Infektionen mit z.B. Gonorrhoe, Chlamydien oder Herpes, ein sowie das Perianalekzem, perianale (inkl. fungale) Infektionen und sonstige dermatologische Pathologien.

Muskuloskeletale Schmerzen umfassen Schmerzen in der Beckenbodenmuskulatur, Coccyx Joint Pain Syndrome sowie Schmerzen in Beckengelenk, Knochen, Ligament und Abdominal Pelvic Pain, Schmerzen in Ruhe, Schmerzen mit Bewegung, Schmerzen im Sitzen, Schmerzen bei Sex, einseitige oder beidseitige Schmerzen, Schmerzen beim Entleeren.

Funktionelle Erkrankungen mit Schmerzen im kleinen Becken umfassen die folgenden Störungen, bei denen keine strukturelle Ursache und keine spezifische Pathologie erkennbar ist: das Levator ani-Syndrom, die Proctalgia fugax-Beschwerden, Erkrankung mit gestörter Entleerung, chronisches Pelvic Pain-Syndrom, Dyspareunie, neurologische Schmerzen. Dazu kommen psychologische Aspekte, sexuelle Probleme. Hypothesen zur Ätiologie sind Eliminationsproblem (in der Kindheit), Prädisposition, sexueller oder körperlicher Missbrauch, Infektion, Dysbiosis, Operation/Unfall, Stress und andere.

Behandlung der IC

Die «AUA Education and Research Inc.» hat eine Guideline zur Identifikation und zum Management der interstitiellen Zystitis (IC/BPS, Bladder Pain Syndrome) herausgegeben (Hanno PM et al. J Urology 2015;193:1545-1553). Das Management umfasst die Mind-Body-Technik (Atmen, Meditieren, Guided Imagery, Autogenes Training, Hypnose), Diät (90% der Patienten geben an, dass sie eine Nahrungsmittel-Überempfindlichkeit haben), Leaky Gut Syndrome (erhöhte Permeabilität) und entsprechende Behandlung durch Probiotika, Clinoptilolite 12 Wochen, vaginal Ölzäpfchen, Laktobazillen und Estriol).

Die Physiotherapie spielt eine wesentliche Rolle in der Behandlung. Sie umfasst Haltungsanalyse, Entspannung von Iliosakralgelenk, myofasziale Entspannung, Beckenbodenübungen, Yoga, intravesikale Behandlung. Dazu kommen intravaginale Behandlung, medikamentöse Behandlung, Schmerzbehandlung, Zystektomie und chirurgische Interventionen.

Welches ist die richtige Behandlung? Die Antwort der Referentin ist: **One size does not fit all!**

- Jede Person ist einmalig
- Es gibt keine Pauschalformel
- Körper und Geist können nicht getrennt werden
- «first no harm»

Herausforderungen der interstitiellen Zystitis: Aktueller Stand und Zukunftsperspektiven

Die erste Herausforderung ist die Nomenklatur, stellte **Prof. Dr. med. Volker Viereck**, Frauenfeld, fest. Das National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK) spricht vor



Prof. V. Viereck

2002 von interstitieller Cystitis (IC); die International Continence Society (ICS) 2002 von Painful Bladder Syndrome (PBS) oder PBS/IC; die European Association of Urology (EAU) 2010 von Chronic Pelvic Pain (CPP) und einer Untergruppe Bladder Pain Syndrome (BPS). Die American Urology Association (AUA) 2014 spricht von IC/PBS und die Japanese Urological Association (JUA) 2009 mit Modifikation 2014 von IC und Hypersensitive Bladder (HSB); die European Society for the Study of Interstitial Cystitis (ESSIC) von BPS oder BPS/IC.

Die zweite Herausforderung sind die Definitionen. Die ESSIC definiert 2008 das Blasenschmerzsyndrom / die interstitielle Zystitis (BPS/IC) als chronische Unterbauchschmerzen während mehr als 6 Monaten (AUA >6 Wochen), Druck oder unangenehme Empfindung in Verbindung mit der Blase, zusätzlich Drangsymptome oder Poliakiurie in Abwesenheit einer Infektion oder einer anderen identifizierbaren Ursache.

Die JUA hat 2016 für IC und Hypersensitive Blase (HSB) die folgende Definition: Eine grosse Anzahl von IC-Patienten empfindet keinen Schmerz, sie hat aber eine hypersensitive Blase (Unwohlsein, Druck). HSB-Symptome sind assoziiert mit hoher Miktionsfrequenz und Nykturie, es gibt eine IC-Untergruppe der HSB mit Blasenpathologie.

Die dritte Herausforderung ist die Diagnostik, wie Prof. Viereck festhielt. Wie kann PBS/IC ohne Hunnersche Läsionen von der überaktiven Blase (OAB) unterschieden werden? Dies hat einen Einfluss auf die Therapie. Das Leitsymptom von PBS/IC ist Schmerz, dasjenige der überaktiven Blase ist der Drang. Die Unterscheidung ist klinisch schwierig. Gibt es Diagnosemarker?

Zerstörung des Urothels bei IC/BPS: Durch die Zerstörung der Schutzschicht (Glycosaminoglycan) und des Urothels besteht kein Schutz vor Schadstoffen im Urin mehr. Das veränderte Urothel sezerniert Signalstoffe (Uroplakin III ein Urothelmarker). Die Folgen sind eine Reizung der Blasenerven und der Blasenmuskulatur, was zu Entzündung und Schmerz führt. Ist OAB eine Vorstufe von IC/BPS?

Zukunftsperspektiven: Die Diagnose aufgrund der exakten Histopathologie zu stellen ist besser als aufgrund der (subjektiven) Symptome. D.h. es gilt Frühformen erkennen, gezielt zu therapieren. Ein Nachteil ist das invasive Vorgehen.

Ideal wären Urin- oder Serummarker für die zielgerichtete Therapie. Davon ist man aktuell noch weit entfernt. Problematisch sind auch die uneinheitlichen Definitionen / Nomenklaturen, die einen Studienvergleich erschweren, stellte der Referent fest.

Die vierte Herausforderung ist die Therapie. Diese ist multimodal, d.h. konservativ und operativ.

Die **konservative Therapie** besteht aus Patienteninformation über das Krankheitsbild und Verhaltensmodifikation. Erfolge sind möglich durch Steigerung der Urinmenge auf 2–3l, um die Urinkonzentration zu vermindern sowie schrittweise Verlängerung der Miktionsintervalle (Ziel >3 dl pro Miktion) einschliesslich Führen eines Miktionskalenders zur Selbstkontrolle. Lokale Wärme fördert die Durchblutung und Entspannung der Muskulatur. Begleiterkrankungen sind zu behandeln, z. B. durch Diät: Viele Patienten reagieren auf bestimmte Triggersubstanzen, oft Scharfes oder Saures, aber auch Kaffee. Seitens der **Physiotherapie** bietet sich die Triggerpunktbehandlung an. Ebenfalls hilfreich ist Psychotherapie (Blase

TAB. 1		ESSIC-Klassifikation der Blasenschmerzsyndrom-Typen			
		Zystoskopie mit Hydrodistension			
		nicht gemacht	normal	Glomerulationen	Hunner-Läsion
	nicht gemacht	XX	1X	2X	3X
Biopsie	normal	XA	1A	2A	3A
	nicht konklusiv	XB	1B	2B	3B
	positiv*	XC	1C	2C	3C

*Histologie, die inflammatorische Infiltrate und/oder Detrusor-Mastozytose und/oder granuliertes Gewebe und/oder infrafaszikuläre Fibrose zeigt.

als «Spiegel» der Seele). Die **Pharmakotherapie** umfasst Analgesie, Antihistaminika, GAG-Schichtaufbau (Cystopen®, EAU Evidenzgrad I/A; AUA 2nd-Line-Therapie, Evidenzgrad B, Cave: neuere Studien belegen keine Wirksamkeit). Weiter erwähnte der Referent die **intravesikale Therapie** mit elektromotiver Medikamentenapplikation und als die **operative Therapie** bei BPS/IC, welche als letzte Optionen Neuromodulation, Blasenaugmentation, Zystektomie mit Harnableitung vorsieht (Cave: Persistenz der Schmerzen möglich).

Hält die OAB-Therapie was sie verspricht? Was bringt die Eskalation in die 2nd- und 3rd- Line-Therapie?

Die Evidenz aus den Cochrane-Untersuchungen für die OAB-Therapie ist in der 1st Line Blasentraining und Physiotherapie, in der 2nd Line Anticholinergika/Mirabegron und in der 3rd Line Onabotulinumtoxin A-Injektion, stellte Frau Prof. Dr. med. Annette Kuhn, Bern, fest. Gemäss einer Cochrane-Analyse erwies sich die Elektrostimulation mit nicht implantierten Elektroden bei überaktiver Blase als effektiver als keine Behandlung oder die medikamentöse Behandlung. Die Analyse lieferte aber ungenügende Evidenz, dass die Elektrostimulation wirksamer ist als die konservative Therapie oder welcher Typ von Elektrostimulation wirksamer ist. Die 2nd-Line-Therapie mit Anticholinergika bei überaktiver Blase ist gut etabliert. Die vorhandene Evidenz deutet daraufhin, dass diese Behandlung wirksamer ist als das Blasentraining. Mirabegron ist so wirksam wie Anticholinergika, hat aber weniger Nebenwirkungen. Botox ist objektiv in der Reduktion der OAB-Symptome ähnlich effizient wie Anticholinergika, subjektiv ist es aber besser als Anticholinergika.



Prof. Dr. med. Annette Kuhn

Das Konzept der Urogynäkologie Bern bei OAB umfasst Basisabklärungen, individuelles Anticholinergikum, Physiotherapie, Blasentraining je nach Befund, E3 Follow-up nach 6–10 Wochen; als nächste Stufe Dosissteigerung, RH-Kontrolle, Beachtung der Nebenwirkungen, ggf. zweites Anticholinergikum mit/ohne Mirabegron, Perkutane tibiale Nervenstimulation. Spätestens dann sind Zystoskopie, evtl. Urodynamik-Untersuchung und Botox in Erwägung zu ziehen. Bei OAB hat sich Perkutane tibiale Nervenstimulation als wirksamer erwiesen gegenüber Placebo. Die Kombinationstherapie Solifenacin/Mirabegron ist wirksamer mit nicht mehr Nebenwirkungen. Botox verbessert die OAB-Symptome verglichen mit keiner Intervention, Placebo, medikamentöser oder Instillationstherapie (Duthie JB, Cochrane 2011).

Fazit der Referentin: Die Eskalation auf Zweit- und Drittlinientherapie ist mit guter Evidenz (IA) erwiesen. Die Kombinationstherapie Anticholinergikum / Betamimetikum kann sinnvoll sein. Botox ist sehr effektiv, aber es ist invasiv.

Urogynäkologie im geriatrischen Patientinnenkollektiv

Im Jahre 2015 waren in der Schweiz 1 Mio. > 65-jährig und 0.4 Mio. > 80-jährig. Im Jahre 2045 werden 2.7 Mio. > 65-jährig und 1.1 Mio. > 80-jährig sein, stellte Frau **Dr. med. Cornelia Betschart**, Zürich, einleitend fest.

Mit dem Alter steigt die Gebrechlichkeit an, die mit Veränderungen in der Kognition, dem Ernährungszustand und den motorischen Fähigkeiten einhergeht. Die Urininkontinenz ist ein Symptom der Gebrechlichkeit, so die Referentin. Zu den Altersveränderungen der Blase sind kaum longitudinale Studien vorhanden. Die Schlüsse kommen meist aus cross-sectionalen Studien oder experimentellen Tierstudien. Das Älterwerden der Blase geht mit verminderter Blasenkapazität, vermehrt ungewollten Detrusorkontraktionen, Pollakisurie, Drang sowie verminderter Kontraktilität bei der Entleerung und erhöhter Restharnmenge einher. Die Urethra weist einen verminderten maximalen Verschlussdruck und eine Abnahme der Muskelfasern auf. Die Abnahme der Östrogene führt zum urogenitalen Syndrom der Menopause, zu Harnwegsinfekt, vermindertem maximalem Verschlussdruck und zu überaktiver Blase. Die Niere zeigt eine verminderte Konzentrationsfähigkeit, einen Entleerungshift in die Nacht zu Nykturie, nächtlicher Polyurie und Enuresis. Daneben spielen die kognitive Dysfunktion und die verminderte Immunität eine Rolle.



**Dr. med.
Cornelia Betschart**

Die Basisabklärung beinhaltet den Urinstix (asymptomatische Bakteriurie bedarf keiner Behandlung), die Restharnmessung und das

Miktionstagebuch. Diese Basisdiagnostik erlaubt die Unterscheidung, ob es sich um ein systemisches oder ein urogynäkologisches Problem handelt.

Die Behandlung umfasst zunächst Lifestyle-Änderungen (Blasentleerung vor dem Zubettgehen, zurückhaltende Flüssigkeitsaufnahme abends, keinen Kaffee/Alkohol, abends Beine hochlagern, Gebrauch protektiver Nachtwäsche, Timed Voiding) und Beckenbodentraining.

Bei der FORTA-Klassifikation (Fit fOR The Aged) handelt es sich um eine Guideline für geriatrische Mediziner seit 2008, um potentiell gefährliche Medikamente zu vermeiden. Die Empfehlungen basieren auf Studien, welche explizit ältere Menschen einschlossen. Die FORTA-Liste hat >200 Medikamente in therapeutischen Gebieten klassifiziert, welche für ältere Menschen relevant sind (Cave: Medikamenten-Interaktionen werden nicht berücksichtigt). FORTA für OAB-Medikamente 2014:

Absolutely indispensable: keine, **Beneficial:** Fesoteridin (6 Studien, insgesamt 2511 Patienten behandelt), **Careful:** Darifenacin, Mirabegron, Oxybutynin R, Solifenacin, Tolterodine, Trospium. **Dont:** Oxybutinin IR.

Die konsequente Umstellung der Medikamente nach FORTA-Kriterien während einer Hospitalisation führte zu einer Sturzreduktion von 84% (Standard Care 21.4% vs. FORTA 3.4%).

Fazit der Referentin: Mirabegron hat sich in prospektiven und retrospektiven Studien bei Patienten ≥ 65 Jahre als eine Alternative für betagte Menschen erwiesen. Betagt heisst nicht, dass Therapien vorenthalten werden sollen. Kombinationstherapien mit Beckenbodentraining haben sich als überlegen erwiesen. Weder für Anästhesie noch für Eingriffe gibt es einen spezifischen Alters-Cut-off, betonte die Referentin.

▼ **Prof. Dr. Dr. h.c. Walter F. Riesen**

Quelle: Urogynäkologie-Symposium des Kantonsspitals Aarau vom 21.10.2016