

Alles, was weh tut

Das 5. Hauptthema des diesjährigen SGGG-Kongresses war der Urogynäkologie gewidmet. Dabei ging es im Speziellen um chronische Schmerzzustände im Bereich des Beckens. Prof. Dr. med. Bernhard Schüssler, Luzern, zeigte die Bedeutung einer schmerzhaften Beckenbodenmuskulatur als Ursache für chronische Beckenschmerzen auf. PD Dr. med. Annette Kuhn, Bern, vermittelte einen Einblick ins Thema des Painful Bladder Syndroms.

Im Zeitalter des vaginalen Ultraschalls hat man manchmal das Gefühl, eine gynäkologische, palpatorische Untersuchung könnte man sich sparen», erklärte Prof. Dr. med. Bernhard Schüssler, Kantonsspital Luzern, zu Beginn seines Referates zum Thema der schmerzhaften Beckenbodenmuskulatur als Ursache für chronische Beckenschmerzen. Anhand seiner nachfolgenden Ausführungen zeigte er jedoch auf, welche Bedeutung gerade diese Untersuchung nach wie vor hat und auch dann noch haben wird, wenn noch bessere Ultraschallgeräte verfügbar sein werden.

Eine eindrückliche Kasuistik

Den Einstieg ins Thema bildete ein Fallbeispiel. Dabei handelte es sich um eine 18-jährige Maturandin, die seit vier Jahren an störenden, z.T. invalidisierenden rechtsbetonten Unterbauchschmerzen mit gelegentlicher Dyspareunie litt. Es bestand kein Bezug der Symptomatik zum Zyklus, zur Miktion oder Defäkation. Darm- und Nierenabklärungen waren unauffällig und eine Leistenhernie konnte ausgeschlossen werden. Die Patientin wurde Prof. Schüssler für eine Zweitmeinung, vor einer diagnostischen Laparotomie überwiesen.

Bei der gynäkologischen Untersuchung konnte kein Portioschiebeschmerz, keine schmerzhaften Harnwege/Urethra und keine Schmerzen im Bereich der Bauchwand, des Uterus, der Adnexen und des Sacrouterinligaments festgestellt werden. Jedoch zeigte die Palpation der Beckenbodenmuskulatur eine erhebliche Druckdolenz (VAS 8/10) in sämtlichen rechtsseitigen Muskeldruckpunkten.

Datenlage und eigene Erfahrungen

Die Datenlage zu den Schmerzen im Bereich der Beckenbodenmuskulatur ist relativ begrenzt. «Im Report der „Pelvic Floor Assessment Group“ heisst es, dass die digitale Palpation der Beckenbodenmuskulatur zur Überprüfung auf Schmerzen eingesetzt werden kann. Der Schmerz kann dabei unilateral vorliegen und durch die Palpation verstärkt werden», erläuterte Prof. Schüssler (1). Tu et al. stellten fest, dass ein signifikanter Anteil an Frauen mit chronischen Beckenschmerzen Schmerzen im Bereich des M. piriformis (14% von 943 Patientinnen) und des M. levator ani (22% von 955 Patientinnen) aufwies (2). Montenegro et al. verglichen die Prävalenz von Schmerzen der Beckenbodenmuskulatur bei Frauen mit chronischen Beckenschmerzen (n=108) und einer gesunden Kontrollgruppe (n=48) (3). Dabei stellten sie fest, dass die Prävalenz in der Gruppe mit chronischen Beckenschmerzen signifikant höher

lag als in der Kontrollgruppe (58,3% vs 4,2%, $p < 0,001$). «Der Wert bei der Kontrollgruppe erscheint mir, nach unseren Erfahrungen, etwas tief», so Prof. Schüssler. Fitzgerald et al hätten in ihrer Arbeit eine Prävalenz von etwa 63% bei Frauen mit chronischen Beckenschmerzen und von 17% in der Kontrollgruppe gefunden, was vermutlich der Realität eher entspreche, meinte er (4). Prof. Schüssler berichtete anschliessend von einer eigenen Untersuchung bei 17 jungen Frauen, die bisher weder ein Kind geboren hatten, noch schwanger gewesen sind und die auch nicht an chronischen Beckenschmerzen oder LUTS litten. Es wurden von zwei unabhängigen, verblindeten Untersuchern im Abstand von 14 Tagen zwei Untersuchungen durchgeführt. «Dabei konnten bei 10% der Patientinnen Schmerzen im Bereich des M. piriformis und bei 13 bis 18% im Bereich des M. obturatorius internus feststellen.» Der Grund dafür, weshalb gerade diese beiden Muskeln besonders betroffen waren, könne womöglich im besonderen Verlauf – beide Muskeln ziehen über die Incisura ischiadica minor – liegen.

Therapie nicht immer nötig

Bei dem vorgestellten Fallbeispiel wurde als Therapie eine Triggerpunktbehandlung im Sinne einer Pelvic Floor Re-Education durchgeführt. Die Patientin war dadurch nach drei Monaten weitgehend beschwerdefrei (VAS 2–3/10). «Ein zusätzlicher, wichtiger Effekt war die Erleichterung der Patientin, nachdem sie wusste, wodurch ihre Unterbauchbeschwerden verursacht wurden. Denn sie war dadurch sehr verunsichert», fügte Prof. Schüssler an. Aus eigener Erfahrung könne er sagen, dass es dem überwiegenden Anteil der Frauen genüge zu wissen, was die Ursache der Beschwerden ist. Eine Therapie sei dann oft gar nicht mehr gewünscht.

Interstitielle Zystitis/Painful Bladder Syndrome

«Zuerst die schlechte Nachrichten», begann PD Dr. med. Annette Kuhn, Inselspital Bern, ihr Referat zum Painful Bladder Syndrom (PBS), das früher auch als interstitielle Zystitis bezeichnet worden war. «Das PBS ist nicht heilbar, seine Pathophysiologie ist weitgehend unbekannt und es existiert keine Evidenz-basierte Therapie.» Wie Dr. Kuhn weiter erläuterte, sind Frauen von einem PBS zehnmal häufiger betroffen als Männer. Ausserdem sei die Erkrankung gar nicht so selten. «Je nach Quelle sind pro 100'000 Frauen 16 bis 900 betroffen und von Krankheitsbeginn bis Diagnosestellung vergeht oft eine lange Zeit.» Zudem sei eine gewisse genetische Komponente der Erkrankung bekannt. So liegt das Risiko, ebenfalls an einem PBS zu erkranken für Verwandte ersten Grades 17mal höher (5).

Die Leitsymptome eines PBS sind in Tabelle 1 zusammengefasst. «Meistens steht die schmerzhafte Miktion im Vordergrund, und dies ohne Bakteriurie», erläuterte Dr. Kuhn dazu. «Es gibt Patientinnen, die pro 24 Stunden bis 30 Mal Wasser lassen müssen. Wir können uns vorstellen, dass dadurch der Alltag und auch die Nachtruhe erheblich beeinträchtigt sind.» Zwei Studien haben zudem bisher aufgezeigt, dass ein PBS und eine Endometriose häu-

fig zusammen vorkommen (6). «Ich denke, es lohnt sich, Patientinnen mit Endometriose zu fragen, wie es bei ihnen mit dem Wasserlösen aussieht.»

In eigenen Untersuchungen konnte Dr. Kuhn nachweisen, dass das Urothel von Frauen mit PBS durchlässiger geworden ist (7). «Wir denken, dass es nach einem initialisierten Auslösen, z.B. einer Blasenentzündung, zu einer Aktivierung der sensorischen Neuronen kommt. Dies führt zur Ausschüttung der schmerzvermittelnden Substanz P. Dadurch werden Neurokinin-1-Rezeptoren aktiviert, was eine Vasodilatation im Bereich des Endothels auslöst. Schliesslich kommt es zu einer Veränderung der glatten Muskulatur, mit Proliferation und Kontraktion.» Dies erkläre auch die Harndrangsymptome betroffener Patientinnen. «Und schliesslich können auch Mastzellen degranulieren und zum entzündlichen Geschehen beitragen.»

Therapeutische Ansätze bei PBS

Als ersten therapeutischen Schritt bei einem PBS empfiehlt sich die Einschränkung von Noxen wie Rauchen und Teegenuss (8). In einer Studie erhielten PBS-Patientinnen eine vordefinierte Stufentherapie, u.a. bestehend aus Tetracyklinen, Blaseninstillationen und entzündungshemmenden Substanzen (9). Dies führte zu einer signifikanten Verbesserung der Symptomatik, der Sexualfunktion und der Lebensqualität. Die American Urological Association hat soeben neue Richtlinien zur Diagnose und Behandlung herausgegeben (10). Diese schlagen als Erstlinienbehandlung eine Schmerztherapie, Blasentraining und Stressmanagement vor. Die Zweitlinientherapie beinhaltet Physiotherapie, Amitriptylin und Blaseninstillationen. Die Drittlinientherapie sieht eine Zystoskopie mit Hydrodistension vor und die Viertlinientherapie eine Neuromodulation. Als Fünftlinientherapie wird neben Cyclosporin auch Botox vorgeschlagen. «Ich muss jedoch sagen, dass ich bei meinen Patientinnen mit Botox keine guten Erfahrungen gemacht habe», fügte Dr. Kuhn hier an und fasste abschliessend zusammen: «PBS ist ein Symptomkomplex bestehend aus schmerzhafter Miktions, Pollaki-

TAB. 1 Leitsymptome des Painful Bladder Syndrome

- ▶ Harndrang
- ▶ Schmerzen im Beckenbereich
- ▶ Pollakisurie
- ▶ Schmerzhaftes Miktions
- ▶ Fehlende Bakteriurie

surie und fehlender Bakteriurie. Ein PBS tritt häufig zusammen mit einer Endometriose auf und eine neurogene Komponente der Erkrankung ist möglich.»

▼ Dr. Therese Schwender

Quelle: Jahreskongress der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG), 23. bis 25. Juni 2011, Lugano.

Literatur:

1. Messelink B et al. Standardization of terminology of pelvic floor muscle function and dysfunction: report from the pelvic floor clinical assessment group of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2005;24:374-80.
2. Tu FF et al. Prevalence of pelvic musculoskeletal disorders in a female chronic pelvic pain clinic. *J Reprod Med* 2006;51:185-9.
3. Montenegro ML et al. Importance of pelvic muscle tenderness evaluation in women with chronic pelvic pain. *Pain Med* 2010;11:224-8.
4. Fitzgerald CM et al. Pelvic floor muscle examination in female chronic pelvic pain. *J Reprod Med* 2011;56:117-22.
5. Porru D et al. Different clinical presentation of interstitial cystitis syndrome. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2004;15:198-202.
6. Chung MK et al. Interstitial cystitis and endometriosis in patients with chronic pelvic pain: The „Evil Twins“ syndrome. *JSL* 2005;9(25-9).
7. Sanchez Freire V et al. MicroRNAs may mediate the down-regulation of neurokinin-1 receptor in chronic bladder pain syndrome. *Am J Pathol* 2010;176:288-303.
8. Tettamanti G et al. Influence of smoking, coffee, and tea consumption on bladder pain syndrome in female twins. *Urology* 2011;77:1313-7.
9. Schmid C et al. Painful bladder syndrome: management and effect on sexual function and quality of life. *Ginekol Pol* 2011;82:96-101.
10. Hanno P et al. AUA Guideline on the diagnosis and treatment of interstitial cystitis/bladder pain syndrome, 2011. Unter: www.auanet.org