

Diagnose und Therapiemöglichkeiten

Urogenitale Schmerzen bei der Frau

In der Ausgabe 3/2018 wurden im ersten Teil dieses Beitrags die möglichen ätiopathogenetischen Faktoren für die Entstehung von chronischen urogenitalen Schmerzen diskutiert, der vorliegende zweite Teil befasst sich mit der Diagnostik und den therapeutischen Optionen.

+ La première partie de cet article publiée dans le numéro 3/2018, a traité les possibles facteurs étiologiques et de pathogénèse pouvant être à l'origine de douleurs urogénitales chroniques. La deuxième partie expose les mesures diagnostiques et les options thérapeutiques.

Diagnostik

Chronische urogenitale Schmerzen stellen ein Krankheitsbild dar, das häufig nur mittels Ausschlussdiagnostik erfasst werden kann. In einem erweiterten Anamnesegespräch sollte neben einer allgemeinen Anamnese ein Schmerzfragebogen (Lokalisierung, Beginn und Beschreibung der Schmerzen) bearbeitet werden. Erfragt werden sollten schmerzauslösende und -erleichternde Faktoren, aber auch Probleme bei der Darm- und Blasenentleerung, Traumata, Operationen, Entzündungen und sozial-psychologische Faktoren. Mittels des Moduls für viszerale und urogenitale Schmerzen (1) sollte eine verbesserte Eingrenzung und Beschreibung der Schmerzintensität erreicht werden. Auch die Beobachtung des Patienten (Auffälligkeiten beim Gehen, Sitzen oder Stehen) kann zur weiteren Informationsgewinnung hilfreich sein.

Im Rahmen der Basisdiagnostik ist das Führen eines Miktionstagebuches zusammen mit einem Schmerztagebuch über drei Tage, eine Uroflowmetrie bzw. eine Restharnbestimmung nach Miktion und eine körperliche Untersuchung einschliesslich rektovaginaler Untersuchung notwendig. Auch eine mikrobiologische Analyse des Urins bzw. die Kultur von Sperma wird empfohlen.

Zur erweiterten Diagnostik sollte in einem zeitlichen Abstand von mindestens drei Stunden nach der letzten Miktion ein Urethralabstrich für eine zytologische oder bakterielle Untersuchung, einschliesslich einer Abklärung hinsichtlich Chlamydien und Mykoplasmen, erfolgen. Zum Ausschluss von z.B. Zysten, Tumoren oder Abszessen wird eine Sonographie des Urogenitalsystems, insbesondere auch eine perineale Sonographie, durchgeführt. Zudem empfiehlt sich bei Patienten mit Miktionsstörungen zusätzlich eine video-urodynamische Untersuchung und/oder Analmanometrie zur Bestimmung der Schliessmuskelaktivität.

Zum Ausschluss einer interstitiellen Zystitis bzw. eines Blasen-schmerzsyndroms sollte eine Urethrozystoskopie unter Anästhesie durchgeführt werden.

Schliesslich beinhaltet die erweiterte Diagnostik je nach Indikation neurologische Untersuchungen (Elektromyographie, evozierte Potentiale) und/oder bildgebende Verfahren (mittels Computertomographie oder Magnetresonanztomographie).



Prof. Dr. med.
R. Doggweiler
Zürich



Prof. Dr. Dr.
T. Bschleipfer
Weiden



Prof. Dr. med.
U. Wesselmann
Birmingham

Die Vielzahl der diagnostischen Untersuchungen, insbesondere die Abklärung mittels körperlicher Untersuchung, sollte äusserst vorsichtig durchgeführt werden. Viele der Patienten haben schon eine Vielzahl, oft auch schmerzhafter, Untersuchungen hinter sich (z.B. Zystoskopien, Bougieren der Harnröhre oder Einlegen von Retraktoren in die Vagina). Auch die Tatsache, dass einige dieser Patienten physischen und/oder sexuellen Missbrauch erfahren haben, muss im Rahmen der Untersuchungen beachtet werden.

Um zu vermeiden, dass solch intime Untersuchungen doppelt durchgeführt werden, ist eine effektive Kommunikation unerlässlich.

Therapie

Für die Behandlung von urogenitalen Schmerzsyndromen sind nur wenige Leitfäden vorhanden (2-4). Es bedarf viel Zeit, Aufmerksamkeit und Zusammenarbeit der einzelnen Fachbereiche für eine erfolgreiche Behandlung. Wichtige klinische Managementprinzipien sollen beachtet werden (Tab. 1). Im Wesentlichen sollte sich eine Therapie an folgenden Schritten orientieren:

- Information der Patienten über die Bedeutung von Schmerzen
- Verhaltensveränderungen
- Physiotherapie mit spezialisierten Physiotherapeuten
- Medikamentöse Behandlungen
- Topische Behandlungen
- Instillationen
- Neuromodulation
- Akupunktur
- Chirurgische Eingriffe

Über die Bedeutung von Schmerz informieren

Es hat sich gezeigt, dass Therapiekonzepte, die ausschliesslich auf invasive Behandlungen wie Medikation, Operationen, Injektionen und Infiltrationen der schmerzenden Region abzielen, häufig wenig erfolgversprechend sind. Für eine erfolgreiche Therapie ist ein Einbeziehen der Patienten von wesentlicher Bedeutung. Sie müs-

TAB. 1	Klinische Managementprinzipien
	Vor invasiven Behandlungen sollten zuerst alle konservativen Möglichkeiten ausgeschöpft werden. Chirurgische Behandlung ist nur dann geeignet, wenn sich andere Behandlungsoptionen als unwirksam erwiesen haben (Ausnahme: nachgewiesene Hunner-Läsionen).
	Die anfängliche Behandlungsstufe hängt von der Schwere der Symptome, der Beurteilung durch den Arzt und den Präferenzen der Patienten ab.
	Mehrere, gleichzeitige Behandlungen können bei Notwendigkeit in Betracht gezogen werden.
	Erfolgreiche Behandlungen sollten unterbrochen werden.
	Die Schmerzbehandlung sollte während der gesamten Therapie zur Maximierung der Funktion und der Minimierung von Schmerzen und Nebenwirkungen in Betracht gezogen werden.
	Die Diagnose sollte überdacht werden, wenn keine Verbesserung im klinisch relevanten Zeitrahmen erreicht wird.

sen über den Unterschied zwischen dem Alarmsystem des akuten Schmerzes und dem Schmerzgedächtnis bei chronischen Schmerzen informiert sein. Diese Information sollte mit Bedacht erörtert werden, da viele Patienten sonst das Gefühl bekommen können, unglaublich zu sein und als psychisch krank angesehen zu werden. Zum anderen ist es auch ausgesprochen wichtig, die Erwartungshaltung des Patienten an die Behandlung zu erfahren und offen anzusprechen. Schmerzen, die schon sehr lange präsent sind, können selten innerhalb kürzester Zeit behoben werden. Eine solche Information hilft, grössere Enttäuschungen zu vermeiden und die Motivation am Therapiekonzept aufrecht zu erhalten.

Verhaltensänderungen

Chronische Schmerzen führen häufig zu Fehlhaltungen und Verspannungen angrenzender Körperregionen, die wiederum zu einer Verstärkung des Schmerzes führen können. Auch das Erkennen von Stresssituationen im Alltag der Patienten ist von enormer Bedeutung. Stress kann zu einer Verstärkung der Symptome führen und sollte durch eine Veränderung des Tagesablaufes und das regelmäßige Integrieren von Entspannungstechniken (z. B. Atemübungen, Meditation, Thai Chi, Yoga, Musik, Kunst) vermieden oder reduziert werden. Es sollte auch sachlich darauf hingewiesen werden, dass das häufig unkritische Recherchieren im Internet zur Gewinnung neuer Informationen die chronischen Schmerzen betreffend oft zu weiterer psychischer Stresssteigerung führen kann. Letztendlich kann auch das Führen eines Tagebuches über eingenommene Lebensmittel helfen, eine mögliche Hypersensitivität gegenüber gewissen Lebensmitteln (z. B. Kaffee, Zitrusfrüchte, Milch- und/oder Produkte, die Gluten enthalten) zu erkennen, welche in Folge gemieden werden sollten.

Physiotherapie

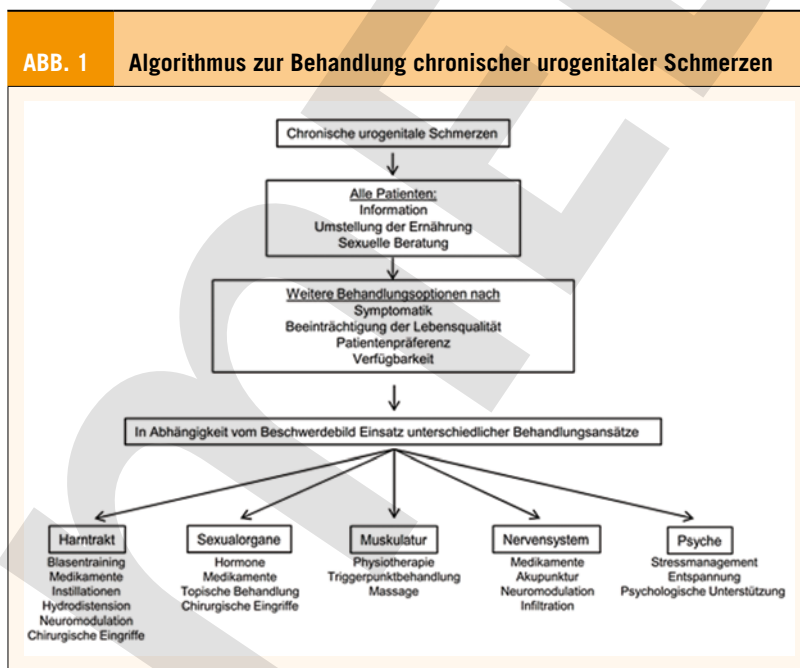
Beckenbodenphysiotherapie mit speziell in der Behandlung von chronischen Schmerzen ausgebildeten Therapeuten verlangt eine hohe Motivation und Ausdauer der Patienten. Sie ermöglicht dem Patienten aber auch, in die Behandlung mit einzugreifen und aktiv an einer Verbesserung der Krankheit mitzuhelfen. Vor allem bei Vorhandensein myofaszialer Triggerpunkte ist die Beckenbodenphysiotherapie indiziert. So zeigt sich beispielsweise in einer randomisierten Studie an IC/BPS-Patienten eine signifikante Verbesserung der Schmerzsymptomatik unter physiotherapeutischer Allgemein- und Beckenbodentherapie (5).

Medikamentöse Behandlung

Die medikamentöse Behandlung von chronischen urogenitalen Schmerzen basiert weitestgehend auf dem Einsatz von Entzündungshemmern, Analgetika, Muskelrelaxantien, Antikonvulsiva, Antidepressiva, Alpha-Blocker und/oder Immunregulatoren (2). Bis auf wenige Ausnahmen (z. B. Pentosanpolysulfat) sind diese zur Behandlung von urogenitalen Schmerzen eingesetzten Medikamente nicht speziell für diesen Einsatzbereich entwickelt worden und führen aufgrund der unterschiedlichen Ätiologie der Schmerzsyndrome häufig zu sehr variablen Behandlungserfolgen. Auch die Entwicklung von Medikamentenabhängigkeit oder von unerwünschten Nebenwirkungen (v. a. bei der Kombination verschiedener Medikamente) muss im Rahmen des Behandlungskonzepts bedacht werden.

Topische Behandlungen

Der Einsatz von Cremes oder Vaginal-Ovula, die Amitriptylin, ein Lokalanästhetikum, Gapapentin oder Muskelrelaxantien enthalten, zeigen variablen Behandlungserfolg.



Instillationen

Mittels Blaseninstillation oder EMDA (Elektromotiv Drug Administration) können hochkonzentrierte Medikamente (Lokalanästhetika, Hyaluronsäure, Chondroitinsulfat oder Pentosanpolysulfat) direkt an der Blasenwand eingesetzt werden. Das Katheterisieren von Patienten mit schmerzhafter Harnröhre ist jedoch schwierig und begrenzt den Einsatz dieser Behandlungsmethode stark.

Neuromodulation

Es gibt drei Formen der Neuromodulation: die transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS), die posteriore tibiale Nervenstimulation und die sakrale oder pudendale Neuromodulation. TENS wie auch die posteriore tibiale Nervenstimulation können nach entsprechender Instruktion von den Patienten zu Hause durchgeführt werden, während die sakrale oder pudendale Neuromodulation eines invasiven Eingriffs eines spezialisierten Zentrums bedarf (6).

Akupunktur

Akupunktur durch einen gut ausgebildeten Spezialisten hat, in Kombination mit anderen Behandlungsmethoden, in vielen Fällen gute Resultate gezeigt (7, 8) und sollte in den Behandlungsplan mitbezogen werden.

Chirurgische Eingriffe

Chirurgische Eingriffe bei Patienten mit chronischen urogenitalen Schmerzen sollten nur bei dringlich gegebener medizinischer Indikation durchgeführt werden. Sie sind so weit als möglich zu vermeiden und können ggf. auch zu einer Verstärkung der Schmerzsymptomatik führen (9, 10).

Prof. Dr. med. Regula Doggweiler¹, regula.doggweiler@hirslanden.ch

Prof. Dr. med. Dr. phil. Thomas Bschiepfer²

Prof. Dr. med. Ursula Wesselmann³

¹ KontinenzZentrum Hirslanden, Hirslanden Witellikerstr. 40, 8032 Zürich

² Klinik für Urologie, Andrologie und Kinderurologie, Klinikum Weiden/ Kliniken Nordoberpfalz AG, D-92637 Weiden

³ The University of Alabama at Birmingham, Departments of Anesthesiology and Perioperative Medicine (Division of Pain Medicine), Neurology and Psychology, Birmingham, Alabama, USA

Interessenskonflikt: RD: Referentenhonorare von Astellas Pharmaceuticals; **UW:** Mitglied des wissenschaftlichen Beirats und Referentenhonorare von Grünenthal und Ironwood Pharmaceuticals, Beratungen für das «Anesthetic and Analgesic Drug Products Advisory Committee» der FDA (USA).

Take-Home Message

- ◆ Bei der Behandlung von Patienten mit chronischen urogenitalen Schmerzen sollte ein Behandlungsmarathon ohne nennenswerte Verbesserung der Symptomatik möglichst vermieden werden.
- ◆ Jeder Patient muss in seiner Ganzheit gesehen werden und jeder Behandlungsschritt empathisch besprochen und individuell angepasst werden.
- ◆ Bei allen Therapieansätzen müssen verschiedenste psychosoziale Faktoren einbezogen werden, gleichzeitig aber muss dem Patienten auch die Wichtigkeit seiner Mitarbeit bei der Behandlung des Leidens klar gemacht werden.
- ◆ Eine Verstärkung des Opfergefühls ist unbedingt zu vermeiden.

Messages à retenir

- ◆ Pour traiter des patients souffrant de douleurs chroniques urogénitales, un traitement de longue durée («un marathon thérapeutique») n'amenant à aucune amélioration notable de la symptomatologie est à éviter.
- ◆ Il s'agit de comprendre le patient resp. la patiente dans sa globalité. Chaque pas thérapeutique doit être discuté avec empathie et effectué en respectant les particularités de chaque cas.
- ◆ Chaque piste thérapeutique doit prendre en considération de multiples facteurs psycho-sociaux. Simultanément, les patients doivent se rendre compte de l'importance de leur implication active dans la prise en charge de leur souffrance.
- ◆ L'augmentation du sentiment d'être une victime doit être évitée à tout prix.

Literatur:

1. Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. Modul Viszerale und urogenitale Schmerzen für Männer 2012 [2012]. Available from: http://www.dgss.org/fileadmin/user_upload/DS_Fragebogen_AK_Visz_Schmerz_Ma_nnlich_24082017_RZ_Screen_final.pdf.
2. Hanno PM, Burks DA, Clemens JQ, Dmochowski RR, Erickson D, Fitzgerald MP, et al. AUA Guideline: Diagnosis and Treatment Interstitial Cystitis/Bladder Pain Syndrome 2014 [2014]. Available from: [http://www.auanet.org/guidelines/interstitial-cystitis/bladder-pain-syndrome-\(2011-amended-2014\)](http://www.auanet.org/guidelines/interstitial-cystitis/bladder-pain-syndrome-(2011-amended-2014)).
3. Siedentopf F, Weijnenborg P, Engman M, Maier B, Cagnacci A, Mimoun S, et al. IS-POG European Consensus Statement - chronic pelvic pain in women (short version). J Psychosom Obstet Gynaecol. 2015;36(4):161-70.
4. Cox A, Golda N, Nadeau G, Curtis Nickel J, Carr L, Corcos J, et al. CUA guideline: Diagnosis and treatment of interstitial cystitis/bladder pain syndrome. Canadian Urological Association journal = Journal de l'Association des urologues du Canada. 2016;10(5-6):E136-E55.
5. Fitzgerald MP, Anderson RU, Potts J, Payne CK, Peters KM, Clemens JQ, et al. Randomized multicenter feasibility trial of myofascial physical therapy for the treatment of urological chronic pelvic pain syndromes. The Journal of urology. 2013;189(1 Suppl):S75-85.
6. Gajewski JB, Al-Zahrani AA. The long-term efficacy of sacral neuromodulation in the management of intractable cases of bladder pain syndrome: 14 years of experience in one centre. BJU international. 2011;107(8):1258-64.
7. Liu BP, Wang YT, Chen SD. Effect of acupuncture on clinical symptoms and laboratory indicators for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a systematic review and meta-analysis. Int Urol Nephrol. 2016;48(12):1977-91.
8. Qin Z, Zang Z, Wu J, Zhou J, Liu Z. Efficacy of acupuncture for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndromes: study protocol for a randomized, sham acupuncture-controlled trial. BMC Complement Altern Med. 2016;16(1):440.
9. Warren JW, Clauw DJ, Wesselmann U, Howard FM, Gallicchio L, Morozov V. Functional somatic syndromes as risk factors for hysterectomy in early bladder pain syndrome/interstitial cystitis. J Psychosom Res. 2014;77(5):363-7.
10. van den Beukel BA, de Ree R, van Leuven S, Bakkum EA, Strik C, van Goor H, et al. Surgical treatment of adhesion-related chronic abdominal and pelvic pain after gynaecological and general surgery: a systematic review and meta-analysis. Human reproduction update. 2017;23(3):276-88.