

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Chronischer Schmerz - viszeraler
Schmerz - chronischer
Beckenbodenschmerz**

Likar R

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2011; 18 (Sonderheft

3) (Ausgabe für Österreich), 11

Homepage:

www.kup.at/urologie

Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche

Indexed in Scopus

Member of the



www.kup.at/urologie

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P. b. b. 022031116M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Chronischer Schmerz – viszeraler Schmerz – chronischer Beckenbodenschmerz

R. Likar

■ Einleitung

Die Merkmale des viszeralen Schmerzes sind, dass er meist diffus und schwer zu lokalisieren ist. Der Schmerz wird in tiefe somatische Gewebe in die Haut und Viszera übertragen (übertragener Schmerz), wird von vegetativen, motorischen Reflexen begleitet und zeigt eine Beziehung zur Psyche.

Unterschiedliche Modalitäten des viszeralen Schmerzes:

- Bohrender, heller, plötzlich einsetzender, stärkster Schmerz mit Todesangst, Vernichtungscharakter (z. B. Peritonitis, Herzinfarkt, akute Pankreatitis).
- Kontraktionsschmerzen eines abdominalen Hohlorgans im Sinne von Koliken zeigen sich als heftigste, wellenförmige Wehen und krampfartige Schmerzen mit vegetativen Symptomen (z. B. Übelkeit).
- Dumpfe, drückende und schlecht lokalisierbare Schmerzen von leichter bis mittlerer Stärke sind, durch ihren anhaltenden Charakter, sehr quälend (z. B. Leberkapseldehnung, Reizdarm).
- Brennende Schmerzen beginnen meist langsam, sind leicht bis mittelstark und lösen keinen sofortigen Behandlungswunsch aus, z. B. Schleimhautreizung bei Gastritis, Duodenitis oder Ösophagitis.

■ Viszerale Schmerzen

Der Verlauf der viszeralen Schmerzen kann akut, subakut oder chronisch sein.

Die viszeralen Nozizeptoren machen nur 1–2 % der spinalen Afferenzen aus und sind in der Regel polymodal. Sie können hoch- oder niederschwellig sein, durch physikalische oder chemische Reize aktiviert und z. B. durch Entzündungen sensibilisiert werden. Die Aktivierung von viszeralen Nozizeptoren wird häufig von vegetativen Empfindungen begleitet und führt zu vegetativen Begleiterscheinungen.

Man kann die viszeralen Schmerzen nach der Lokalisation zuordnen:

Tabelle 1: Einteilungsversuch des CPPS (mod. nach [1])

Nicht tumorbedingte Schmerzen

- In Verbindung mit einer Dysfunktion des unteren Harntrakts bzw. der Beckenorgane
- In Verbindung mit neurologischen Erkrankungen (z. B. periphere Neuropathie etc.)
- In Verbindung mit orthopädischen Erkrankungen (z. B. Bandscheibenprolaps etc.)
- Postentzündlicher Schmerz (z. B. nach bakterieller Prostatitis, Enteritis etc.)
- Postoperativer Schmerz (z. B. nach Prostataktomie, Rektumchirurgie, Blasenoperation etc.)
- Scheinbar idiopathisch (cave: Psychogenese ist abzuklären, z. B. frühkindlicher Missbrauch, Vergewaltigung etc.)

Tumorbedingte Schmerzen (Infiltrativer Primärtumor; Metastasen)

- In der Bauchmitte: Dünndarmkolik, Pankreatitis, Angina abdominalis.
- Linker oberer Quadrant: Splenomegalie, Magenperforation.
- Linker unterer Quadrant: akute Divertikulitis, Colitis ulcerosa, Peritonitis, Erkrankung der Tuben, Nieren oder Ureterkolik.
- Rechter oberer Quadrant: biliäre Kolik, akute Cholezystitis, perforiertes Duodenalulkus, akute hepatische Schwellung, Ödem.
- Rechter unterer Quadrant: akute Appendizitis, Lymphadenitis mesenterica, infektiöse Ileitis terminalis (Morbus Crohn), Erkrankung der Tuben, Nieren oder Ureterkolik.

■ Chronische Beckenbodenschmerzen

Eine spezielle Form ist der chronische Beckenbodenschmerz. Es handelt sich nur sehr selten um eine rein organische Erkrankung bzw. Störung, sondern häufig auch um eine Kombination von urologischen Symptomen mit gastroenterologischen und proktologischen Beschwerden. Die gastroenterologisch-proktologischen Diagnosen nach eingehender Diagnostik, einschließlich Endoskopie und Biopsie, sind Colon irritable, Colitis ulcerosa bzw. Morbus Crohn, abdominale Hernien, Divertikulitis, Kolon-/Rektumkarzinom, chronische Appendizitis, infektiöse Enterokolitis und Rektum-Ulzera.

Wenn diese urologisch-gastroenterologischen Beschwerden mit Schmerzen im Rücken bis in die Schulterhöhe oder

sogar mit Zähneknirschen einhergehen, steht die Diagnose eines „Chronic Pelvic Pain Syndroms“ (CPPS) (Tab. 1).

■ Zusammenfassung

Bei der Behandlung der Schmerzen sollen vorrangig die Ursachen der Schmerzen der Grunderkrankung herausgefunden und behandelt werden.

Diagnoseverfahren sind je nach Art der Beschwerden gynäkologische Untersuchung, bildgebende Verfahren, Bauchspiegelung sowie urologische, neurologische und internistische Abklärung.

Je nach den Ergebnissen gibt es eine Vielzahl von therapeutischen Möglichkeiten. Bei chronischen Schmerzen können Nicht-Opiode oder Opiode eingesetzt werden, bei krampfartigen Beschwerden krampflösende Mittel und bei neuropathischen Schmerzen Co-Analgetika (Antidepressiva, Antikonvulsiva). Weiters können zusätzlich komplementärmedizinische Verfahren angewendet werden, wie Akupunktur, Reflexmassagen, Biofeedback, biologische Entspannungsverfahren oder Psychotherapie.

Literatur:

1. Merkle W (Hrsg.). Der chronische Beckenbodenschmerz. 1. Aufl., Steinkopff Verlag, Darmstadt, 2003.

Korrespondenzadresse:

Prim. Univ.-Prof. Dr. Rudolf Likar, MSc
Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin
Klinikum Klagenfurt am Wörthersee
A-9020 Klagenfurt, St.-Veiterstraße 47
E-Mail: rudolf.likar@kabeg.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)