

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

Leitlinien Beckenschmerzsyndrom

Petrovic Z

für den Arbeitskreis für

Blasenfunktionsstörungen der ÖGU

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2012; 19 (4)

(Ausgabe für Österreich), 15-21

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

Leitlinien Beckenschmerzsyndrom

Z. Petrovic für den Arbeitskreis für Blasenfunktionsstörungen der ÖGU



Beteiligte Mitglieder des AK Blasenfunktionsstörungen (alphabetisch):

OA Dr. Claudia Dörfler, Abteilung für Urologie, KH Oberwart
Univ.-Doz. Dr. Helmut Haidler, Abteilung für Urologie, AKH Linz
OA Dr. Gustav Kiss, Neuro-Urologische Ambulanz, Innsbruck
Univ.-Prof. Dr. Christoph Klingler, Univ.-Klinik für Urologie, Wien
Univ.-Prof. Dr. Helmut Madersbacher, Univ.-Klinik für Neurologie, Innsbruck
Dr. Patricia Müller-Adensamer, Abteilung für Urologie, Hanusch-Krankenhaus, Wien
OA Dr. Zorica Petrovic, Urologische Abteilung, Wilhelminenspital, Wien
Dr. Jörg Thomas Pferschy, Urologische Praxis, Murau
Univ.-Doz. Dr. Günter Primus, Univ.-Klinik für Urologie, Graz
Ass. Dr. Christian Wöhrer, Abteilung für Urologie, KH Oberwart

1. Begriffsbestimmung

Beim Beckenschmerzsyndrom wird ein Schmerz kontinuierlich oder wiederkehrend (über mindestens 6 Monate) in den Organen und Strukturen des kleinen Beckens empfunden und hat seine Schmerzursache im kleinen Becken. Offensichtliche Pathologien, welche als Ursache des Beckenschmerzsyndroms infrage kommen, wie z. B. Endometriose, Entzündungen oder Tumoren, müssen ausgeschlossen werden. Beckenschmerzen, deren Ursachen außerhalb des kleinen Beckens liegen und welche in das kleine Becken ausstrahlen (z. B. orthopädischer Genese), gehören nicht in diese Gruppe. Die Behandlung kann sich schwierig gestalten, weil es im Allgemeinen keinen fassbaren pathophysiologischen Ausgangspunkt gibt.

Urologische Schmerzsyndrome

- Blasenschmerzsyndrom
- Prostataschmerzsyndrom
- Harnröhrenschmerzsyndrom
- Penisschmerzsyndrom
- Skrotumschmerzsyndrom

Gynäkologische Schmerzsyndrome

- Vaginaschmerzsyndrom
- Vulvaschmerzsyndrom
- Klitorisschmerzsyndrom
- Ovarialschmerzsyndrom

Proktologisches Schmerzsyndrom

- Anorektales Schmerzsyndrom

Neurologisches Schmerzsyndrom

- Pudendusschmerzsyndrom

Aus der Urologischen Abteilung, Wilhelminenspital der Stadt Wien

Korrespondenzadresse: OA Dr. Zorica Petrovic, Urologische Abteilung, Wilhelminenspital, A-1160 Wien, Montleartstraße 37;
E-Mail: zorica.petrovic@wienkav.at

Isoliertes neuromuskuläres Schmerzsyndrom

- Beckenbodenmuskelschmerzsyndrom

Ist eine Organzuordnung nicht eindeutig möglich, empfiehlt es sich, die übergeordnete Diagnose zu verwenden, nämlich Beckenschmerzsyndrom. Mischformen und fließende Übergänge sind häufig. Diese Einteilung basiert auf den EAU-Guidelines 2004 mit Überarbeitung 2008, die es sich zum Ziel gesetzt haben, bestimmte Begriffe wie chronische Prostatitis, Prostatodynie, Testalgie, interstitielle Zystitis, Urethralesyndrom u. a. nicht mehr zu verwenden. Dieser Zugang zu den Diagnosen wurde vielfach in internationalen Expertengremien evaluiert und hat sich in der Praxis bewährt.

1.1 Urologische Schmerzsyndrome

Die im Folgenden angeführten Schmerzsyndrome lassen sich nicht immer voneinander abgrenzen – fließende Übergänge sind häufig – und sind von den Betroffenen nicht immer einem bestimmten Organ zuzuordnen.

1.1.1 Blasenschmerzsyndrom

Leitsymptom ist der suprapubische Schmerz, häufig mit der Blasenfüllung zunehmend, zusammen mit anderen Symptomen wie erhöhter Miktionsfrequenz tagsüber und in der Nacht, ohne nachweisbare Harnwegsinfektion oder andere Pathologien. Dieser Begriff ersetzt die bisherige Bezeichnung interstitielle Zystitis (IC). 75 % der Betroffenen haben auch ein urethrales Schmerzsyndrom [1, 2].

Hypothesen zur Pathogenese des Blasenschmerzsyndroms: siehe Tabelle 1.

1.1.2 Prostataschmerzsyndrom

Leitsymptom ist ein von der Blasenfüllung unabhängiger, persistierender oder wiederkehrender Schmerz im Prostata- bzw. im Dammbereich, gegebenenfalls mit Ausstrahlung in die Harnröhre bzw. in die Penisspitze, in Verbindung mit LUTS und/oder Sexualfunktionsstörungen (z. B. Ejakulationsschmerz mit konsekutivem Libidoverlust). Dieser Begriff ersetzt die Bezeichnungen chronische Prostatitis Typ

Tabelle 1: Hypothesen zur Pathogenese des Blasenschmerzsyndroms

Mögliche Ursachen	Pathogenese
Epitheliale Dysfunktion	Erhöhte Permeabilität (Defekt der GAG-Schicht)
Allergisch	Mastzellaktivierung und -degranulation
Autoimmunologisch	IgG, C4, ANA und AK gegen Mitochondrien
Neurologisch	Aktivierung von C-Fasern, erhöhte Nervenfaserdichte
Vaskulär	Verminderte Durchblutung der Blasenwand
Infektiös	Toxine von Bakterien, Viren, Pilzen

IIIA und B der NIDDK/NIH-Klassifikation (1999) und Prostatodynie.

1.1.3 Harnröhrenschmerzsyndrom

Leitsymptom ist ein wiederkehrender Harnröhrenschmerz ohne Infektionszeichen, vornehmlich beim Urinieren in Verbindung mit ständigem Harndrang, erhöhter Miktionsfrequenz und häufig Dyspareunie. Dieser Begriff bezieht sich auf die Frau und ersetzt die Bezeichnung Urethralyndrom.

1.1.4 Penisschmerzsyndrom

Leitsymptom ist ein Schmerz im nicht erigierten Penis ohne Projektion auf die Harnröhre.

1.1.5 Skrotumschmerzsyndrom

Leitsymptom ist der intermittierende Schmerz im Skrotum. Die Unterscheidung der folgenden aufgezählten Formen ergibt sich durch die palpatorische Untersuchung des Skrotalinhaltes, wobei der Tastbefund außer der Druckdolenz keinen pathologischen Befund ergibt:

- Hodenschmerzsyndrom
- Nebenhodenschmerzsyndrom
- Als Sonderform des Nebenhodenschmerzsyndroms gilt das Postvasektomieschmerzsyndrom.

1.2 Gynäkologische Schmerzsyndrome

Diese Syndrome sind charakterisiert durch persistierende oder wiederkehrende Schmerzepisoden, lokalisiert entweder in der Vagina, Vulva, Klitoris oder den Adnexen in Verbindung mit Beschwerden, die eine Harntrakt- oder Sexualdysfunktion vermuten lassen. Beschwerden wie beim Beckenschmerzsyndrom können auch durch eine Endometriose oder durch Bestrahlung im kleinen Becken ausgelöst werden.

1.3 Proktologisches Schmerzsyndrom: Anorektales Schmerzsyndrom

Leitsymptom ist der persistierende oder wiederkehrende Schmerz im anorektalen Bereich mit Schmerzdruckpunkten von Sehnenansätzen, häufig verstärkt bei der Defäkation. Es sind sonst keine erkennbaren pathologischen Veränderungen vorhanden (z. B. Fissuren, Hämorrhoiden, thrombosierte Analvenen).

1.4 Neurologisches Schmerzsyndrom: Pudendus-schmerzsyndrom

Dabei handelt es sich um neuropathische Schmerzen (= Erkrankung des peripheren Nervensystems) im Versorgungs-

gebiet des N. pudendus einhergehend mit Rektum-, Harntrakt- und/oder Sexualdysfunktion, gegebenenfalls mit wechselnder Lokalisation. Der Schmerz tritt typischerweise auf einer Seite auf.

1.5 Isoliertes neuromuskuläres Schmerzsyndrom: Beckenbodenmuskelschmerzsyndrom

Es ist charakterisiert durch persistierende oder wiederkehrende Schmerzepisoden im Beckenboden mit Triggerpunkten an verschiedenen Sehnenansatzpunkten. Ein erhöhter Tonus und eine gesteigerte Reflexaktivität der Beckenbodenmuskulatur (auch als Beckenbodenüberaktivität bezeichnet) sind immer vorhanden. Diese werden als Auslöser dieses Schmerzsyndroms diskutiert. LUTS, Rektum- und/oder Sexualdysfunktionen können sich sekundär entwickeln.

2. Diagnostik

Bei allen folgenden Schmerzsyndromen ist eine Schmerzbeurteilung erforderlich (z. B. VAS-Analyse).

2.1 Erforderliche Diagnostik des Blasenschmerzsyndroms

- Allgemeine Anamnese
- Schmerzanamnese (in Anlehnung an die IASP-Klassifikation [3]):
 - Schmerzdauer (> 6 Monate)
 - Blasenfüllungsabhängig oder andere Triggermechanismen
 - Auftreten (sporadisch, zyklisch, kontinuierlich)
 - Schmerzcharakter (brennend, drückend, stechend)
- Untersuchung:
 - Inspektion des äußeren Genitales
 - Palpation des Unterbauches
 - Harnanalyse mit Harnkultur und Harnzytologie (Spontanharnzytologie)
 - Restharnbestimmung
 - Sonographie des oberen Harntraktes
 - Uroflowmetrie
 - Miktionsprotokoll
 - Zystoskopie und Harnröhrenkalibrierung
 - Psychologische Untersuchung als Teil einer multidisziplinären Evaluierung (z. B. Depression)

Bei entsprechender Schmerz- und Miktionsanamnese und ausgeschlossenen Pathologien ergibt sich die Diagnose Blasenschmerzsyndrom, die zur Einleitung einer spezifischen Therapie berechtigt. Die NIH-Ausschlusskriterien dienen vorrangig wissenschaftlichen Studien und haben sich in der Praxis als zu restriktiv erwiesen.

Bei Therapieversagern und der Notwendigkeit einer Klassifikation im Rahmen von Studien ergibt sich das Erfordernis der weiterführenden Untersuchung.

Diagnosekriterien für eine interstitielle Zystitis nach NIDDK und NIH

- Kategorie A (mindestens 1 zutreffend):
- Diffuse Glomerulationen (> 10 pro Quadrant) in mindestens 3 Quadranten
 - Klassisches Hunner-Ulkus

Kategorie B (mindestens 1 zutreffend):

- Mit der Harnblase assoziierte Schmerzen
- Harndrang

Absolute Ausschlusskriterien:

- Harnblasenkapazität > 350 ml
- Fehlen starken Harndrangs bei rascher Füllung der Harnblase
- Autonome Detrusorkontraktionen
- Keine Nykturie oder < 8 Miktionen/Tag
- Aktiver Herpes genitalis
- Chemische Zystitis, Strahlenzystitis oder Tuberkulose der Harnblase
- Harnblasentumoren

Relative Ausschlusskriterien:

- Beschwerden < 9 Monate
- Ansprechen auf Anticholinergika, Antibiose, Spasmolytika
- Bakterielle Zystitis/Prostatitis in den letzten 3 Monaten
- Urolithiasis oder Urethraldivertikel
- Uterus-, Vagina-, Urethralkarzinom
- Vaginitis oder < 18 Jahre

Weiterführende Diagnostik

Zystoskopie in Narkose zur Hydrodistension und/oder Blasenwandbiopsie

Die Hydrodistension muss standardisiert erfolgen: Blasenfüllung mit 80 cm Wasserdruck für eine Minute, danach Entleerung der Blase mit Volumsbestimmung der Füllmenge und Zystoskopie mit Evaluierung der Glomerulationen (mindestens 10 in 3 Quadranten).

Aus den Ergebnissen dieser beiden Untersuchungen ergibt sich die Möglichkeit der Klassifikation in Hinblick auf den Schweregrad des Blasenschmerzsyndroms nach dem ESSIC-Schema (2006; Tab. 2).

Tabelle 2: ESSIC-Klassifikation: Klassifizierung des Blasenschmerzsyndroms anhand der Zystoskopieergebnisse bei der Hydrodistension und intravesikalen Biopsie

	Zystoskopie mit Hydrodistension			
	fehlend	normal	Glomerulationen	Hunner-Ulkus
Biopsie fehlend	XX	1X	2X	3X
normal	XA	1A	2A	3A
nicht schlüssig	XB	1B	2B	3B
positiv	XC	1C	2C	3C

Nachdem beim chronischen Blasenschmerzsyndrom heute der Schmerz und nicht die Morphologie im Vordergrund steht, haben das ESSIC-Schema und die alleinige Hydrodistension unter diesem Gesichtspunkt in der Routine nur mehr einen sehr eingeschränkten Stellenwert.

Komparative Zystometrie (0,2 Mol KCl-Test)

Zur Evaluierung der Behandlungsaussichten der gegebenenfalls defekten GAG-Schicht.

2.2 Erforderliche Diagnostik des Prostata-schmerzsyndroms

- Anamnese
- IPSS
- Untersuchung:
 - Inspektion, Palpation des äußeren Genitales
 - DRE mit Beurteilung des Analsphinktertonus
 - Harnanalyse, Harnkultur
 - Prostataexprimat, Sekretkultur
 - Uroflowmetrie
 - PSA
 - Unterbauchsonographie (Blase, Prostata, Samenblasen, Restharn)

Bei Therapieresistenz oder unklaren Befunden ist eine weiterführende Diagnostik indiziert.

Weiterführende Diagnostik

- TRUS
- Flow-EMG
- Druck-/Fluss-Messung
- Zystoskopie
- MRT
- Neurophysiologische Tests (z. B. Bulbocavernosus-Reflexzeitmessung, Sphinkter-EMG) zur Abgrenzung gegenüber anderen Schmerzsyndromen

2.3 Erforderliche Diagnostik des Harnröhren-schmerzsyndroms bei der Frau

- Miktionsanamnese, Miktionsprotokoll
- Untersuchungen:
 - Harnanalyse, Harnkultur
 - Harnzytologie – frischer Spontanharn (kein Morgenharn)
 - Uroflowmetrie (Flow-EMG)
 - Urethrozystoskopie
 - Harnröhrenkalibrierung
 - Urethrale Palpation/Kompression (zum Ausschluss von infizierten paraurethralen Drüsen, Urethraldivertikeln)
 - Vaginale und Beckenbodenpalpation (Schmerztriggerpunkte als Teil eines „pain mappings“)
 - Gynäkologische Untersuchung

Bei Therapieresistenz oder unklaren Befunden ist eine weiterführende Abklärung indiziert.

Weiterführende Diagnostik

- MCU
- MRT
- Sonographie der Harnröhre
- Urethraler und vaginaler Abstrich zum Nachweis von uropathogenen Mikroorganismen und Pilzen (bringen selten brauchbare Befunde)

2.4 Erforderliche Diagnostik beim Penis- und Skrotumschmerzsyndrom

- Anamnese
- Inspektion und Palpation
- Sonographie

2.5 Erforderliche urologische Diagnostik bei gynäkologischen Schmerzsyndromen

Zum Ausschluss morphologischer oder funktioneller Pathologien im urologischen Bereich sind folgende Untersuchungen möglich:

- Anamnese
- Vaginale Untersuchung
- Palpation: bimanuell, Unterbauch, Schmerztriggerpunkte
- Harnanalyse
- Sonographie des Urogenitaltraktes
- Urethrozystoskopie

Die spezifische Diagnostik ist durch den Facharzt für Gynäkologie durchzuführen.

2.6 Erforderliche urologische Diagnostik beim anorektalen Schmerzsyndrom

Zum Ausschluss morphologischer oder funktioneller Pathologien im urologischen Bereich sind folgende Untersuchungen möglich:

- Anamnese
- Rektale Untersuchung und Palpation des Unterbauches
- Harnanalyse
- Sonographie des Unterbauches und TRUS

Eine weiterführende Diagnostik ist durch den Proktologen durchzuführen.

2.7 Erforderliche Diagnostik beim Pudendus-schmerzsyndrom

Urologische, gynäkologische und proktologische Schmerzsyndrome und lokale Pathologien im kleinen Becken sind durch die zuvor angeführten Untersuchungen auszuschließen.

- Anamnese: Typisch sind die Seitendifferenz und eine vorwiegend brennende Schmerzqualität.
- Untersuchungen:
 - Druckschmerzpunkte bei perinealer, vaginaler und rektaler Untersuchung
 - Elektrophysiologische Untersuchung des N. pudendus (Nervenleitgeschwindigkeit mithilfe der St.-Mark's-Elektrode in spezialisierten Zentren)
 - MRT des kleinen Beckens mit besonderer Berücksichtigung des Verlaufs des N. pudendus und des Conus medullaris

2.8 Erforderliche Diagnostik beim Beckenbodenmuskelschmerzsyndrom

- Urologische, gynäkologische und proktologische Schmerzsyndrome und lokale Pathologien im kleinen Becken sind durch die zuvor angeführten Untersuchungen auszuschließen.
- Myofasziale Triggerpunkte (z. B. Sehnenansätze von Os coccygeum, Os sacrum, Os pubis)
- Flow-EMG
- MRT des kleinen Beckens mit besonderer Berücksichtigung des Verlaufs des N. pudendus und MRT des thorakolumbalen Überganges und LWS (Conus medullaris und Cauda equina)
- Pudendusinfiltration perineal mit digitaler vaginaler/rektaler Assistenz; durch nachfolgende Schmerzfremheit Bestätigung der Diagnose

- Elektrophysiologische Untersuchung des N. pudendus und des analen Sphinkters (Nervenleitgeschwindigkeit mithilfe der St.-Mark's-Elektrode bzw. konventionelle EMG-Ableitung vom quergestreiften analen Sphinkter in spezialisierten Zentren)

Bei der Diagnostik muss auf Mischformen und fließende Übergänge Rücksicht genommen werden.

■ 3. Therapie des Beckenschmerzsyndroms

Da die Ursache dieses Schmerzsyndroms unbekannt ist, kann eine kausale Behandlung nicht erfolgen. Durch die belastende Chronizität des Leidens kommt häufig noch die therapeutische Frustration auf Patientenseite und wohl auch von ärztlicher Seite hinzu. Häufig verlangen die Betroffenen invasivere Maßnahmen in der Hoffnung, davon profitieren zu können. In diesem Falle ist eine eingehende Beratung der Betroffenen besonders wichtig.

Realistische Therapieziele sind:

- Schmerzreduktion von max. 50 %
- Verbesserung der Schlaf- und Lebensqualität
- Erhaltung der sozialen Rolle im Beruf und privat

Für die meisten der angeführten Therapieformen ist der LoE 2–4, der Grad der Empfehlung C–D.

3.1 Therapie des Blasenschmerzsyndroms [4]

3.1.1 Konservative Therapie

- Verhaltenstherapie (Änderung des Lebensstils, Stressreduktion, Diätberatung)
- Physikalische Therapie (Entspannungstherapie, Manualtherapie, TENS etc.)
- Pharmakotherapie (Antimuskarinika, Antispastika, Analgetika, Antidepressiva, Antikonvulsiva)

3.1.2 Komplementäre Therapie (in den ICI 2009 und EAU-Guidelines wegen fehlender Studien nicht angeführt)

- Akupunktur
- Homöopathie
- Psychotherapie

3.1.3 Minimal-invasive Therapie

- Intravesikale Therapie (GAG-Layer-Substitution, EMDA)
- Botulinumtoxin-A-Therapie (off-label)
- Sakrale Nervenblockade (Lokalanästhetikum)
- Sakrale Neuromodulation
- TUR bei Ulzera

3.1.4 Offen-chirurgische Therapie

- Blasenaugmentation mit/ohne supratrigonale Zystektomie
- Ultima ratio: Zystektomie mit supravessikaler Harnableitung (evtl. mit Urethrektomie); *cave*: keine Erfolgsgarantie!

3.2 Therapie des Prostataschmerzsyndroms [5–8]

3.2.1 Konservative Therapie

- Verhaltenstherapie (Änderung des Lebensstils)
- Physikalische Therapie (Beckenbodenentspannung, Manualtherapie, Balneotherapie)

- Pharmakotherapie:
 - Antibiotika: Eine negative Prostataexprimatkultur schließt eine erregerbedingte Prostatitis aus. Daher ist eine antibiotische Therapie mit Chinolonen (4 Wochen) und anschließend Makroliden/Doxyzyklinen (2 Wochen) gerechtfertigt.
 - Analgetika ohne/in Kombination mit nicht-retardierten NSAR (*cave*: Nebenwirkungen!)
 - Schwach wirksame Opioide (Tramadol); *cave*: Nebenwirkungen!
 - Alpha-Blocker
 - Alpha-5-Reduktase-Hemmer
 - Phytotherapie

3.2.2 Komplementäre Therapie (in den ICI 2009 und EAU-Guidelines wegen fehlender Studien nicht angeführt)

- Hochenergetische Magnetfeldtherapie
- Stoßwellentherapie
- Homöopathie
- Akupunktur
- Psychotherapie

3.2.3 Chirurgische Therapie

- Botulinumtoxin-A-Injektionen (off-label)
- Ultima ratio: TURP bei zusätzlicher Indikation (z. B. Prostatasteinnester)

3.3 Therapie des Harnröhrenschmerzsyndroms [1, 9–14]

3.3.1 Konservative Therapie

- Physikalische Therapie (Beckenbodenentspannungstraining)
- Pharmakotherapie:
 - Antimuskarinika
 - Alpha-Blocker
 - Schmerztherapie: Analgetika, Antidepressiva, Antispastika
 - Antibiotika (Doxyzyklin für 2 Wochen)
- Nicht-invasive elektrische Neuromodulation des N. pudendus mit Biofeedback zur Sphinkterentspannung

3.3.2 Minimal-invasive Therapie

- Harnröhrendilatation
- Sakrale Neuromodulation

3.4 Therapie des Penis Schmerzsyndroms

Eine spezifische Therapie gibt es zurzeit nicht. Die Schmerzbehandlung sollte im Rahmen einer allgemeinen Schmerztherapie in Form der WHO-Empfehlungen erfolgen.

3.4.1 Pharmakotherapie

- Analgetika
- Antidepressiva
- Antikonvulsiva

3.4.2 Komplementäre Therapie

- Homöopathie
- Akupunktur
- Psychotherapie

3.5 Therapie des Skrotumschmerzsyndroms [15]

Als bekannte Ursachen können eine Vasektomie oder inguinale Herniotomie zu chronischem Hodenschmerz führen. Der Hodenschmerz nach Vasektomie tritt in 15–19 % auf und ist verursacht durch eine Kongestion des Vas deferens und des Nebenhodens.

3.5.1 Konservative Therapie

- Verhaltenstherapie (Vermeiden von beengender Kleidung, Kälteexpositionen, längerem Sitzen)
- Physikalische Therapie (Beckenbodenrelaxation inklusive Triggerpunkt-Therapie; LoE1b, Empfehlungsgrad A), Elektrotherapie (TENS-Verfahren), Osteopathie
- Pharmakotherapie:
 - Antibiotika: Eine antibiotische Therapie mit Chinolonen (4 Wochen) und anschließend Makroliden/Doxyzyklinen (2 Wochen) ist eine Option.
 - Alpha-Blocker
 - Nicht-steroidale Antiphlogistika
 - Trizyklische Antidepressiva

3.5.2 Minimal-invasive Therapie

- Infiltrationsanästhesie des Samenstranges

3.5.3 Chirurgische Therapie

- Chemische Neurolyse oder chirurgische Resektion des N. ilioinguinalis
- Vasovasostomie (nach Vasektomie)
- Epididymektomie (bei Nebenhodenschmerzsyndrom)

3.6 Therapie des gynäkologischen Schmerzsyndroms

In Zusammenarbeit mit dem Gynäkologen.

3.7 Therapie des anorektalen Schmerzsyndroms

In Zusammenarbeit mit dem Proktologen.

3.8 Therapie des Pudendusschmerzsyndroms

Die Schmerztherapie besteht aus einer Basistherapie und der Therapie akuter Schmerzattacken. Eine Erfolglosigkeit kann nur nach einer Dauer von mind. 4 Wochen und nach Ausnutzung erlaubter Maximaldosen und der möglichen Kombinationen ausgesprochen werden. Bei den angeführten Therapien handelt es sich überwiegend um symptomatische Behandlungsmethoden.

3.8.1 Konservative Therapie

- Physikalische Therapie (nicht-invasive Neuromodulation des N. pudendus, Osteopathie)
- Pharmakotherapie: Die Schmerztherapie gehört zum Aufgabenbereich des Urologen. Bei komplexen Fällen ist die Zusammenarbeit mit einem Schmerztherapeuten erforderlich. Überwiegend peripher wirksame Analgetika zur Therapie von Schmerzattacken (LoE1 für Akutschmerzen; LoE4 für chronische Schmerzen).
 - Analgetika: First-line-Therapie bei akuten Schmerzattacken:
 - ASS
 - Paracetamol

- Diclofenac
- Ibuprofen
- Naproxen
- Metamizol

- Opiode: Second-line bei Schmerzattacken. Strenge Indikation wegen Toleranz- und Abhängigkeitsentwicklung; *cave*: Suchtanamnese! Dosisänderung nur durch den Arzt, Kontrolle des Therapieerfolgs! Verabreichungsformen für die Pudendus-Neuralgie: oral, transdermal, transrektal; LoE 1–2 für alle Präparate:
 - Tramadol
 - Dihydrocodein
 - Hydromorphon

- Antidepressiva: Die Wirkung ist unabhängig von den antidepressiven Eigenschaften, über deszendierende serotonerge und noradrenerge schmerzhemmende Bahnen. Die Dosis bei der Schmerztherapie ist niedriger als die Dosis zur Behandlung einer Depression. Nicht geeignet sind SSRI-Präparate. Alle haben anticholinerge Nebenwirkungen!
 - Amitriptylin (Saroten): First-line-Therapie, LoE1

Bei fehlendem Effekt oder Nebenwirkungen in Abstimmung mit dem Schmerztherapeuten:

- Mianserin (Tolvon): LoE2
- Trazodon (Trittico): geringere anticholinerge Nebenwirkungen!

- Antikonvulsiva: Eine gleichwertige Alternative zu den Antidepressiva sind die Antikonvulsiva. Ihre Wirkweise besteht in der Hemmung der ektopen (pathologischen) Erregungsbildung durch Senkung der Frequenz der pathologischen Aktionspotenziale.
 - Gabapentin (Neurontin): LoE1
 - Pregabalin (Lyrica): LoE1

Bei fehlendem Effekt oder Nebenwirkungen in Abstimmung mit dem Schmerztherapeuten:

- Carbamazepin (Neurotop; Tegretol): LoE2
- Lamotrigin (Lamictal): LoE2

- Kombinationen: gegebenenfalls in Abstimmung mit einem Schmerztherapeuten:
 - Opiode und peripher wirksame Analgetika
 - Antikonvulsiva und/oder peripher wirksame Analgetika und/oder Antidepressiva

Nicht sinnvoll sind mehrere Opiode und/oder mehrere NSAR.

- Lokal anwendbare Substanzen:
 - Emla-Gel, Lidocain-Pflaster (Versatis-Pflaster®)
 - Capsaicin-Pflaster (Qutenza®)

3.8.2 Minimal-invasive Therapie

Es gibt die Möglichkeit einer temporären und einer permanenten Nervenblockade.

- Regionale Nervenblockade

- Gezielte, CT-gesteuerte perkutane Nerveninfiltration im Alcock-Kanal
- Transsakrale S2–S4-Nervenblockade

3.8.3 Chirurgische Therapie

- Chirurgische Dekompression des N. pudendus mit perinealem Zugang

3.8.4 Komplementäre Therapie

- Homöopathie
- Akupunktur

3.9 Therapie des Beckenbodenmuskelschmerzsyndroms

3.9.1 Konservative Therapie

- Physikalische Therapie (Entspannungsübungen, Manualtherapie, Osteopathie, lokale Wärmebehandlung)
- Pharmakotherapie:
 - Antispastika: Anwendung häufig durch Nebenwirkungen stark limitiert:
 - Buscopan® (Butylscopolamin) *per os* (parenteral nur spasmolytische Wirkung)
 - Myolastan® (Tetrazepam)
 - Sirdalud® (Tizanidin)
 - Dantamocrin® (Dantrolene)
 - Lioresal® (Baclofen)
 - Analgetika: Kombination mit Antispastika häufig sinnvoll:
 - Entsprechend den Vorgaben der WHO-Richtlinien
 - Norgesic® (Orphenacin + Paracetamol)
 - Antikonvulsiva und Antidepressiva: siehe Kapitel 3.8

3.9.2 Minimal-invasive Therapie

Es gibt die Möglichkeit einer temporären und einer permanenten Nervenblockade.

- Regionale Nervenblockade des N. pudendus
- Transsakrale Neuromodulation

3.9.3 Chirurgische Therapie

Keine.

3.9.4 Komplementäre Therapie

- Akupressur
- Akupunktur
- Psychotherapie

Anmerkung zur komplementären Therapie

Die komplementären Therapien werden häufig mit zum Teil über Placeboniveau liegenden Behandlungsergebnissen angewendet, sind aber in der Publikation der ICI 2009 und in den EAU-Leitlinien nicht angeführt.

Literatur:

1. Parsons CL. Prostatitis, interstitial cystitis, chronic pelvic pain, and urethral syndrome share a common pathophysiology: lower urinary dysfunctional epithelium and potassium recycling. *Urology* 2003; 62: 976–82.
2. Fitzgerald MP, Brensinger C, Brubaker L, et al.; ICDB Study Group. What is the pain of interstitial cystitis like? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006; 17: 69–72.
3. Pioch E. Schmerzdokumentation in der Praxis. Klassifikation, Stadieneinteilung, Schmerzfragebögen. Springer, Berlin, 2005.

4. Hampel C (Hrsg). *Overactive Bladder – Aktuelle Behandlungsstrategien für die Praxis*. UNI-Med Science, Bremen, 2009.
5. Yang G, Wei Q, Li H, et al. The effect of alpha-adrenergic antagonists in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Androl* 2006; 27: 847–52.
6. Nickel JC, Krieger NJ, McNaughton-Collins M, et al.; Chronic Prostatitis Collaborative Research Network. Alfuzosin and symptoms of chronic prostatitis-chronic pelvic pain syndrome. *N Engl J Med* 2008; 359: 2663–73.
7. Schaeffer AJ, Anderson RU, Krieger JN, et al. The assessment and management of male pelvic pain syndrome, including prostatitis. In: McConnell J, Abrams P, Denis L, et al. (eds). *Male Lower Urinary Tract Dysfunction. Evaluation and Management*. Health Publications, Paris, 2006; 341–85.
8. Cornel EB, van Haarst EP, Schaarsberg RW, et al. The effect of biofeedback physical therapy in men with Chronic Pelvic Pain Syndrome Type III. *Eur Urol* 2005; 47: 607–11.
9. Burkhard FC, Blick N, Hochreiter WW, et al. Urinary urgency and frequency, and chronic urethral and/or pelvic pain in females. Can doxycycline help? *J Urol* 2004; 172: 232–5.
10. Weiss JM. Pelvic floor myofascial trigger points: manual therapy for interstitial cystitis and the urgency-frequency syndrome. *J Urol* 2001; 166: 2226–31.
11. Chen YL, Ha LF, Cen J, et al. [Comparative observation on therapeutic effects of electroacupuncture and manual acupuncture on female urethral syndrome]. *Zhongguo Zhen Jiu* 2005; 25: 425–6.
12. Kaplan WE, Firlit CF, Schoenberg HW. The female urethral syndrome: external sphincter spasm as etiology. *J Urol* 1980; 124: 48–9.
13. Fall M, Baranowski AP, Elnail S, et al. *EAU Guidelines on chronic pelvic pain*. European Association of Urology, 2008.
14. Costantini E, Zucchi A, Del Zingaro M, et al. Treatment of urethral syndrome: a prospective randomized study with Nd:YAG laser. *Urol Int* 2006; 76: 134–8.

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](#)