JOURNAL FÜR
FERTILITÄT UND REPRODUKTION

LAZAR DS, DAHA LK, PLAS E, PFLÜGER H

Painful Bladder Syndrome/Interstitielle Cystitis und sexuelle Funktionsstörung bei der Frau

Journal für Fertilität und Reproduktion 2006; 16 (2) (Ausgabe für Österreich), 13-16
Journal für Fertilität und Reproduktion 2006; 16 (2) (Ausgabe für Schweiz), 13-16

Homepage:

www.kup.at/fertilitaet

Online-Datenbank mit Autoren- und Stichwortsuche

ZEITSCHRIFT FÜR IN-VITRO-FERTILISIERUNG, ASSISTIERTE REPRODUKTION UND KONTRAZEPTION

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

Indexed in EMBASE/ Excerpta Medica

Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate, Kräuter und auch Ihr Gemüse ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig

Painful Bladder Syndrome / Interstitielle Cystitis und sexuelle Funktionsstörungen bei der Frau

D. S. Lazar, L. K. Daha, E. Plas, H. Pflüger

Ziel: Untersuchung von Patientinnen mit Painful Bladder Syndrome/Interstitieller Cystitis (PBS/IC) auf mögliche sexuelle Funktionsstörungen und Belastungen im Vergleich zu gesunden Frauen. Methoden: Verwendung des 19 Item-Fragebogens „Female Sexual Function Index" (FSFI) und des 12 Item-Fragebogens zur Sexualbelastung „Female Sexual Distress Scale" (FSDS). Die Fragebögen wurden vor Therapiebeginn ausgegeben. Untersucht wurden 20 gesunde Frauen und 20 weibliche PBS/IC Betroffene im Alter von 18–65 Jahren. Einschlußkriterien für PBS/IC-Patientinnen waren eine Reduktion der Blasenkapazität um mindestens 30 % unter dem modifizierten 0,2 mol Kaliumchlorid-Test oder ein positiver 0,4 mol Kaliumchlorid-Test (PST-Parsons-Test), negative Harnkulturen und Ausschluß von STIs (Sexually Transmitted Infections). Ergebnisse: Die häufigsten Symptome waren Appetenzstörungen (65 %), gefolgt von Erregungsstörungen (40 %) und Dyspareunie (30 %). 45 % berichteten von starken Schmerzen während oder nach Geschlechtsverkehr. Orgasmusstörungen wurden nur von 25 % berichtet. 30 % der Frauen hatten in den vier bewerteten Wochen keine sexuellen Aktivitäten. 45 % der Betroffenen waren mit ihren Sexualpartnern unzufrieden. 52 % waren unglücklich und enttäuscht über ihr Sexualleben, 70 % hatten Schuldgefühle und 50 % Gefühle von Minderwertigkeit und Unzulänglichkeit. Konklusion: Frauen mit PBS/IC haben im Vergleich zu gesunden Frauen eine deutlich höhere Prävalenz von sexuellen Funktionsstörungen. Appetenzstörungen und Erregungsstörungen nehmen dabei einen herausragenden Platz ein, während Dyspareunie nur von 30 % der Betroffenen angegeben wurde. Neben den sexuellen Funktionsstörungen belastet IC auch bei der Hälfte der Betroffenen das Selbstwertgefühl sehr stark.

Objectives: To assess the extent and nature of sexual dysfunction and feelings of distress in women suffering from painful bladder syndrome/interstitial cystitis (PBS/IC) in relation to age matched healthy controls. Methods: The 19 item self-administered Female Sexual Function Index (FSFI) was used to assess sexual function, with responses graded from 1 (almost never, never) to 5 (almost always, always). The 12 item Sexual Distress Scale was used to assess feelings of stress and frustration, with responses graded 1 (never) to 5 (always). Questionnaires were performed prior to therapy. 20 healthy women and 20 female patients, ranging from 18 to 65 years, from Austrian PBS/IC self help groups and the Department of Urology of Vienna Community Hospital Hietzing, were interviewed. Inclusion criteria for PBS/IC patients were at least 30 % reduction in bladder capacity under the modified 0.2 mol Potassium Chloride Test or a positive Potassium Sensitivity Test (PST-Parson's Test), negative urine cultures and the absence of Sexually Transmitted Diseases. Results: The symptoms most frequently reported were hypoactive sexual desire disorders (HSDD) (65 %), followed by sexual arousal disorder (SAD) (40 %) and dyspareunia (30 %). 45 % described a high extent of pain during or after sexual intercourse. Only 25 % reported orgasmic disorders (OD). 30 % of the women had not attempted sexual activities. 45 % were dissatisfied with their sex partners, 52 % of the patients were unhappy/disappointed about their sex life, and 70 % reported feelings of guilt. 50 % stated feelings of inadequacy and inferiority. Conclusions: Women with PBS/IC have a considerably higher prevalence of sexual function disorders compared to age matched healthy controls. HSDD and SAD were most frequently reported, with only 30 % of dyspareunia. Besides sexual dysfunction, IC also influences self esteem with 50 % reporting feelings of inferiority and 70 % feelings of guilt. ***J Fertil Reprod 2006; 16 (2): 13–16****.*

Die Interstitielle Cystitis (IC) wurde bereits 1887 erstmals von Skene als entzündliche Erkrankung der Blasenwand mit typischen Schleimhaut-Ulzerationen beschrieben [1]. Bis heute gibt es jedoch keine international akkordierte Definition der Erkrankung. Es wurde daher im Juni 2004 bei der 3rd International Consultation on Incontinence in Monaco beschlossen, folgender Standardterminologie der International Continence Society (ICS) zu folgen: Das Painful Bladder Syndrome (PBS) wird definiert als suprapubischer Schmerz bei Blasenfüllung, begleitet von Pollakisurie und Nykturie, unter Ausschluß mikrobieller Infektion oder maligner Erkrankungen. Die Diagnose von PBS basiert auf einer Hypersensitivität der Blase, unabhängig von einer nachweisbaren Entzündung der Blasenwand oder Blasenschleimhaut. Der Terminus „Interstitielle Cystitis" soll nur mehr als spezifische Diagnose mit typischen zystoskopischen und histologischen Merkmalen wie Hunner-Ulzera, Glomerulationen und Mastzellinfiltrationen der Blasenwand verwendet werden. Die beiden Symptomenkomplexe werden unter dem Terminus PBS/IC zusammengefaßt [2].

Nach jahrelangem Bestehen von PBS/IC kann es zur Reduktion der Blasenkapazität bis hin zur Schrumpfblase kommen. Neben den Kardinalsymptomen Pollakisurie, schmerzhafte Drangsymptomatik, Schlafmangel durch Nykturie sind sexuelle Funktionsstörungen ein nicht zu übersehender Faktor. Bei Männern äußert sich PBS/IC als abakterielle chronische Prostatitis und „chronic pelvic pain syndrome". 90 % der Betroffenen sind jedoch Frauen [3].

Korrespondenzadresse: Dr. Dara S. Lazar, Krankenhaus Hietzing, Abt. für Urologie, A-1130 Wien, Wolkersbergenstr. 1, E-mail: dara.lazar@wienkav.at

Epidemiologie von PBS/IC

In den USA sind etwa 238 von 100.000 Frauen betroffen [4], wobei die Inzidenz bei Angehörigen der asiatischen und afroamerikanischen Populationen interessanterweise 30mal geringer ist. In Finnland wurde eine Inzidenz von 450 auf 100.000 Frauen [5], in Japan von 4,5 auf 100.000 Frauen festgestellt [6]. Bei einer Bevölkerungszahl von ca. 1,6 Mio. sind in Wien etwa 5.000 Frauen davon betroffen, wobei die Dunkelziffer hoch ist. Bis zur korrekten Diagnosestellung vergehen erfahrungsgemäß oft viele Jahre, weil die Symptome häufig als rezidivierende Harnwegsinfekte mißgedeutet werden bzw. intermittierend mit PBS/IC auftretende Harnwegsinfekte die Diagnose verschleiern.

Weibliche Sexualstörungen wurden in der Vergangenheit vor allem im Kontext von Beziehungskonflikten gesehen. Es stellt sich jedoch zunehmend heraus, daß sie auch als Folge oder Nebenerscheinung von Erkrankungen auftreten können und ihnen ein organisches Problem zugrunde liegen kann [7]. Sexuelle Funktionsstörungen bei PBS/IC-Patientinnen stehen in ursächlichem Zusammenhang mit chronischem Blasenschmerz, Beckenbodenspasmen im Rahmen des „chronic pelvic syndrome", dysästhetischer Vulvodynie und vor allem vulvärem Vestibulitissyndrom (VVS). Dysästhetische Vulvodynie – charakterisiert durch permanenten brennenden Vulvaschmerz – wird nicht nur bei PBS/IC-Betroffenen, sondern auch bei Frauen nach der Menopause beobachtet. Die Schmerzen bestehen unabhängig von Geschlechtsverkehr und werden durch diesen meist auch nicht intensiviert. Das vulväre Vestibulitissyndrom ist hingegen hauptsächlich bei jungen Frauen mit PBS/IC anzutreffen. Hier reagiert die Vulva auf Berührung mit verstärktem Schmerz, und Sexualverkehr wird als sehr schmerzhaft empfunden („entry dyspareunia") [8]. Die Ur-

For personal use only. Not to be reproduced without permission of Krause & Pachernegg GmbH.

sache der Vulvodynien ist weitgehend unerforscht. Diskutiert werden sowohl allergische Reaktionen als auch Autoimmunprozesse. Bohm-Starke et al. konnten 1998 eine erhöhte Dichte von Nervenfasern in der Vaginalwand von VVS-Patientinnen im Vergleich zu gesunden Frauen nachweisen [9]. Das tatsächliche Ausmaß sexueller Funktionsstörungen bei von PBS/IC betroffenen Frauen ist nach unserem Kenntnisstand noch kaum erforscht und daher Gegenstand der vorliegenden Pilotstudie.

Patientinnen und Methoden

Als Grundlage der Untersuchung wurden zwei Fragebögen ausgewählt. Der erste war das von Rosen und Mitarbeitern entwickelte 19 Item-Instrument „Female Sexual Function Index" (FSFI), das auf sechs Skalen die weiblichen Sexualfunktionen Lust, subjektive Erregung, Lubrikation, Orgasmus, Zufriedenheit und Schmerzen mißt [10]. Zur Feststellung möglicher psychischer Belastungen auf Grund vorhandener Sexualstörungen wurde der 12 Item-Fragebogen zur Sexualbelastung „Female Sexual Distress Scale" verwendet [11]. Beide Instrumente decken einen Befragungszeitraum von vier Wochen ab. Die Fragebögen wurden vor Therapiebeginn an 20 weibliche PBS/IC-Betroffene im Alter von 18–65 Jahren ausgegeben. An der Untersuchung nahmen PBS/IC-Patientinnen aus österreichischen IC-Selbsthilfegruppen und der Urologischen Ambulanz des Krankenhauses Wien Hietzing teil. Einschlußkriterien für Patientinnen waren eine Reduktion der Blasenkapazität um mindestens 30 % unter dem modifizierten 0,2 mol Kaliumchlorid-Test in Kombination mit einer brennenden intravesikalen Schmerzsymptomatik oder ein positiver 0,4 mol Kaliumchlorid-Test (PST-Parsons-Test) bei alleiniger Reduktion der Blasenkapazität um mindestens 30 % unter dem 0,2 mol Kaliumchlorid-Test ohne Auftreten von Schmerzen, negative Harnkulturen und Ausschluß von STIs (Sexually Transmitted Infections).

Ergebnisse

Auswertung des Female Sexual Function Index

65 % der befragten Frauen gaben sexuelle Lustlosigkeit an, 40 % hatten allgemeine Erregungsstörungen, 25 % aller Befragten gaben schwerwiegende Lubrikationsprobleme an. Beim Themenkreis Orgasmusstörungen ergab sich, daß 25 % der Befragten keinen Orgasmus erreichten, 50 % hatten keine Schwierigkeiten, einen Orgasmus zu erreichen. 30 % klagten über Schmerzen während des Geschlechtsverkehrs, 35 % über postkoitale Schmerzen, 45 % gaben ein hohes Schmerzausmaß sowohl während als auch nach dem Geschlechtsverkehr an. Ca. 30 % der Befragten hatten im Befragungszeitraum von vier Wochen keinen Geschlechtsverkehr. 45 % der Betroffenen waren mit ihren Sexualpartnern unzufrieden.

Im Vergleich zu einer von Webster 1997 in den USA durchgeführten Studie [12] sind die Untersuchungsergebnisse in Österreich für Dyspareunie und postkoitale Schmerzen auffallend niedriger (Tabelle 1). Im allgemeinen weisen PBS/IC-Patientinnen jedoch bei fast allen Aspekten von Sexualstörungen im Vergleich zu gesunden Frauen eine doppelt so hohe Inzidenz auf (Tabelle 2).

Tabelle 1: Vergleich zwischen Österreich und USA

	Lazar 2004	Webster 1997 [12]
Dyspareunie	30 %	51 %
Postkoitale Schmerzen	35 %	79 %

Tabelle 2: Vergleich Großbritannien – USA – Österreich

	Lazar 2004 (18–65 J.)	UK 1999[1)] (18–75 J.)	USA 1999[2)] (18–59 J.)
Sexuelle Appetenzstörung	65 %	o. A.	32 %
Erregungsstörungen	40 %	17 %	21 %
Orgasmustörungen	25 %	27 %	26 %
Dyspareunie	30 %	18 %	16 %

[1)] Sexual Health Survey, Nov. 1999 [13]
[2)] Sexual Dysfunction Survey, Juli 1999 [14]

Auswertung der Female Sexual Distress-Fragebögen

Aus der Befragung geht eindeutig hervor, daß die Frauen durch PBS/IC und die damit einhergehenden Sexualfunktionsstörungen auch starken psychischen Belastungen ausgesetzt sind. So gaben mehr als die Hälfte der Befragten an, daß sie über ihr Sexualleben und ihre Sexualbeziehung enttäuscht und unglücklich sind und sich durch ihre sexuellen Probleme minderwertig und unzulänglich fühlten. 70 % gaben an, von Schuldgefühlen geplagt zu werden, was auf bereits aufgetretene Spannungen in den Partnerbeziehungen schließen läßt.

Diskussion

Die Untersuchung zeigt, daß Frauen mit PBS/IC im Vergleich zu gesunden Frauen eine fast doppelt so hohe Prävalenz sexueller Funktionsstörungen aufweisen. Sexuelle Appetenzstörungen, Erregungsstörungen und Dyspareunie nehmen dabei einen herausragenden Platz ein. Neben den sexuellen Funktionsstörungen belastet PBS/IC auch bei der Hälfte der Betroffenen das Selbstwertgefühl sehr stark. Die auffallend hohen Schuldgefühle zeigen, daß die Symptomatik offensichtlich negative Folgen auf Partnerschaften hat.

Bemerkenswert ist, daß in der von Webster 1997 bei 138 PBS/IC-Patientinnen durchgeführten Studie 51 % der Patientinnen Dyspareunie angeben, im Gegensatz zu 30 % in unserer Studie. Eine noch größere Diskrepanz ist bei den postkoitalen Schmerzen zu verzeichnen. So gaben 79 % der von Webster untersuchten Frauen an, daß sich nach Geschlechtsverkehr bereits vorhandene Schmerzen über mehrere Tage verschlimmerten, während bei unserer Pilotstudie nur 35 % der Befragten darüber Klage führten [12].

Da Webster im Gegensatz zu der von uns angewandten Fragebogenmethode persönliche Interviews durchführte, könnte diese Vorgangsweise zu einer differenzierteren Darstellung der Problematik geführt haben. Außerdem könnten sozio-kulturelle Faktoren bei der unterschiedlichen Verarbeitung von Krankheitssymptomen eine nicht unbeträchtliche Rolle spielen [15]. Solche Faktoren spielen möglicherweise auch bei der auffallend niedrigeren Prävalenz von PBS/IC bei Afroamerikanerinnen und Asiatinnen eine Rolle, wie auch Ito in seiner o. a. Studie vermerkt [6].

Der von uns verwendete Female Sexual Function Index (FSFI) betrachtet die individuelle hormonelle Situation in Zusammenschau mit der sexuellen Funktionsstörung nicht.

Viele Patientinnen berichten von zyklusabhängigen Schüben bzw. zyklusabhängiger Zunahme der Krankheitssym-

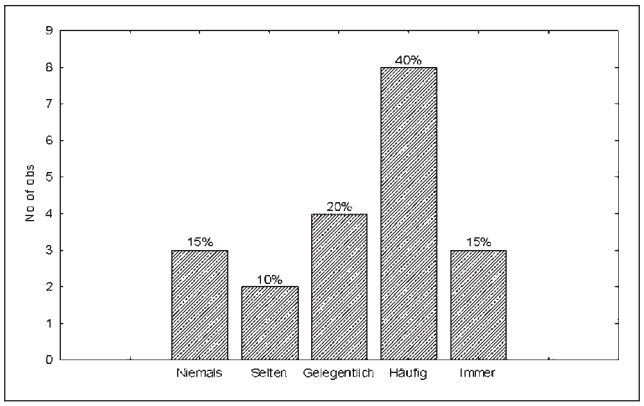

Abbildung 1: Wie oft haben Sie sich schon wegen Ihres Sexuallebens stark belastet gefühlt?

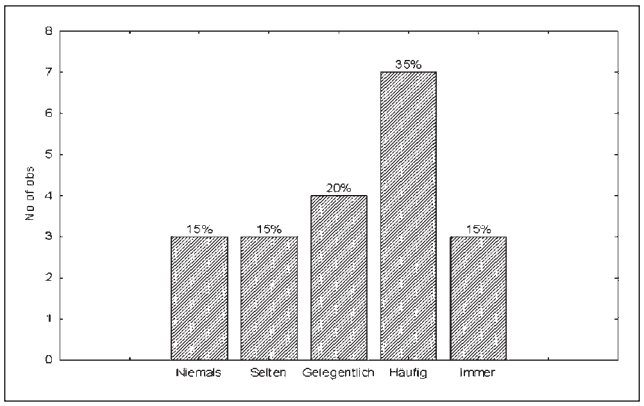

Abbildung 2: Wie oft haben Sie sich wegen Sex schon gestreßt gefühlt?

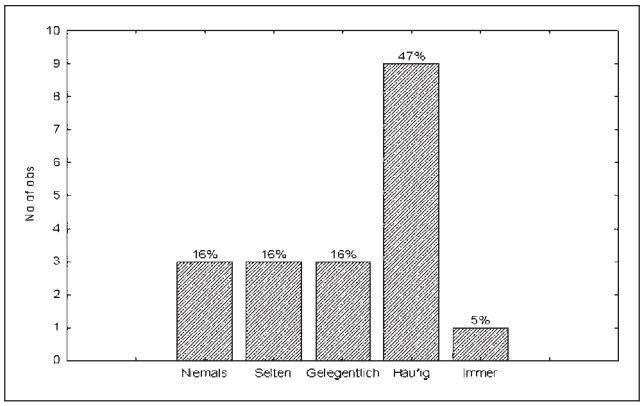

Abbildung 3: Wie oft fühlen Sie sich mit Ihrem Sexualleben unzufrieden?

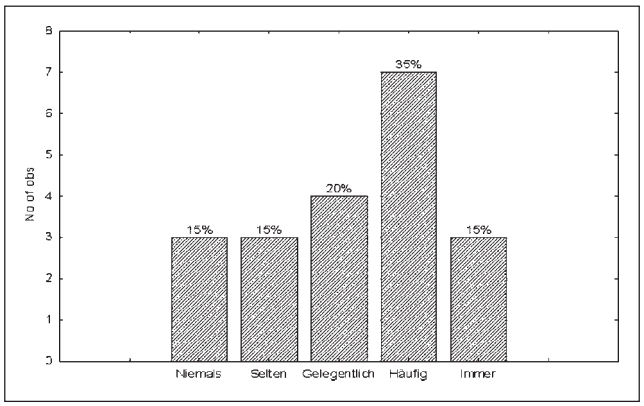

Abbildung 4: Wie oft waren Sie schon unglücklich über Ihre Sexualbeziehung?

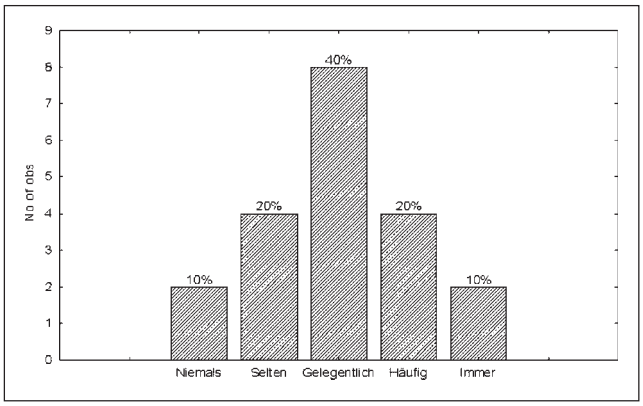

Abbildung 5: Wie oft haben Sie sich wegen Ihrer sexuellen Schwierigkeiten schon schuldig gefühlt?

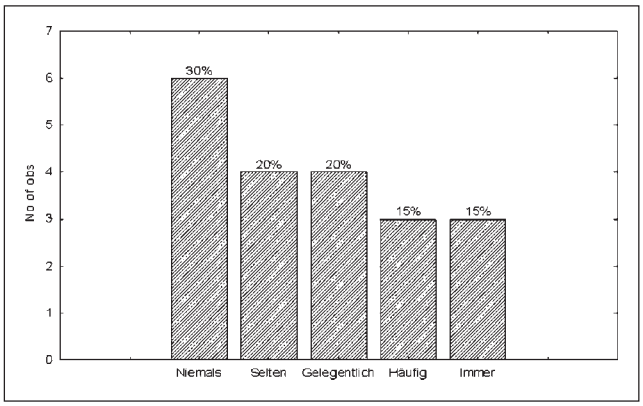

Abbildung 6: Wie oft haben Sie sich wegen sexueller Probleme minderwertig gefühlt?

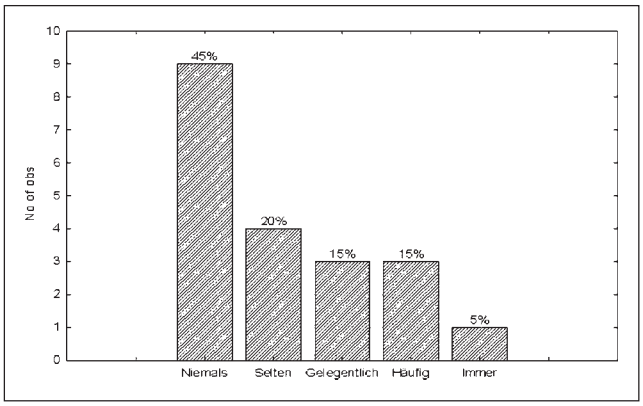

Abbildung 7: Wie oft waren Sie wegen sexueller Probleme verlegen?

ptome [16], wie dies z. B. auch bei Migräne der Fall ist. Neueste Studien haben ergeben, daß Östrogene in hoher Konzentration oder plötzliche Änderungen des Hormonspiegels, wie sie während des Menstruationszyklus auftreten, wahrscheinlich einen Signalweg im Gehirn stillegen, der normalerweise Schmerz dämpft [17]. Dadurch könnten chronische Schmerzen verstärkt werden. Ob die Abhängigkeit von PBS/IC-Beschwerden vom Menstruationszyklus sich als statistisch signifikant erweist, soll in einer weiterführenden Studie untersucht werden. Bei einer zukünftigen vertieften Analyse muß die sexuelle Funktionsstörung bei der postmenopausalen PBS/IC-Patientin getrennt von der prämenopausalen Patientin betrachtet werden.

Für die Behandlung von PBS/IC stehen multimodale Therapiekonzepte zur Verfügung. Ob und welche auch zur Ver-

besserung der sexuellen Funktionsstörungen führen, muß ebenfalls Gegenstand weiterer Untersuchungen sein.

Literatur:

1. Skene AJC. Diseases of Bladder and Urethra in Women. Wood, New York, 1887; 167.
2. Meijlink JM (comp. & ed.). Painful Bladder Syndrome/Interstitial Cystitis – Diagnosis and Evaluation Guidelines. IIPCN-Foundation 2005; 1.
3. Ajibona OO, Kehinde EO. Interstitial Cystitis: A review of current concepts of aetiology, diagnosis and therapy. Scand J Urol Nephrol 2003; 37: 253–8.
4. Clemens JQ, Meenan RT, Rosetti MC, Gao SY, Calhoun EA. Prevalence and incidence of interstitial cystitis in a managed care population. J Urol 2005; 173: 98–102.
5. Leppilahti M, Tammela TLJ, Huhtala H, Auvinen A. Prevalence of symptoms related to interstitial cystitis in women: a population based study in Finland. J Urol 2002; 168: 139–43.
6. Ito T, Miki M, Yamada T. Interstitial cystitis in Japan. Br J Urol Int 2000; 86: 634–7.
7. Berman JR, Berman LA, Kanaly KA. Female sexual dysfunction: new perspectives on anatomy, physiology, evaluation and treatment. EAU Update Series 2003; 1: 166–76.
8. Moldwin RM. The Interstitial cystitis survival guide. New Harbinger Publications, Inc., Oakland CA, 2000; 45f.
9. Bohm-Starke N, Hilliges M, Falconer C, Rylander E. Increased intraepithelial innervation in women with vulvar vestibulitis syndrome. Gynecol Obstet Invest 1998; 46: 256–60.
10. Meston CM, Derogatis LR. Validated instruments for assessing female sexual function. J Sex Marital Ther 2002; 28 (suppl 1): 155–64.
11. Derogatis LR, Rosen R, Leiblum S, Burnett A, Heiman J. The Female Sexual Distress Scale (FSDS): initial validation of a standardized scale for assessment of sexually related personal distress in women. J Sex Marital Ther 2002; 28: 317–30.
12. Webster DC. Recontextualizing sexuality in chronic illness: women and interstitial cystitis. Health Care for Women International 1997; 18: 575–89.
13. Sexual Health Survey in Bandolier Journal – Internet: http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/band69/b69-5.html (11.10.2004).
14. Sexual Dysfunction Survey in Bandolier Journal – Internet: http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/band65/b65-4.html (11.10.2004).
15. Helman Cecil G. Culture, Health and Illness. Oxford 1994; 179ff.
16. Theoharides T. Guest lecture for Interstitial Cystitis Network – Internet: http://www.ic-network.com/guestlectures/theoharides1205.html
17. Aloisi AM, Bonifazi M. Sex hormones, central nervous system and pain. Hormones and Behavior 2006; in press.

Dr. med. Dara S. Lazar

Geboren 1970 in Boulder, Col., USA. Studium der Medizin an der Univ. Wien. Seit 2002 Ius practicandi. Seit 2003 Ausbildung zur Fachärztin für Urologie im Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel.

Schwerpunkt: weibliche Urologie und weibliche sexuelle Dysfunktion

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**