

Journal für

Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Diagnostik und Therapie der
Interstitiellen Zystitis (IC)**

Riedl CR

*Journal für Urologie und
Urogynäkologie 2001; 8 (Sonderheft
3) (Ausgabe für Österreich)*

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

DIAGNOSTIK UND THERAPIE DER INTERSTITIELLEN ZYSTITIS (IC)

Wie schon im vorhergehenden Kapitel erklärt, ist das Initialereignis der IC eine Schädigung des Urothels und damit auch der GAG-Layer, die als schützende Schleimschicht zu verstehen ist. Somit läßt sich die Diagnostik auf den Nachweis des GAG-Layer-Defizits und die Therapie auf das Beheben dieses Defizits reduzieren.

Das wichtigste Kriterium beim Erkennen einer IC ist immer noch, an diese Erkrankung differentialdiagnostisch auch zu denken. 85 % der IC-Patienten befinden sich in einem durch GAG-Ersatztherapie heilbaren Frühstadium, während bei 15 % ein fortgeschrittenes Stadium besteht (pelvic pain syndrome), das einer intravesikalen Lokalthherapie nicht mehr zugänglich ist und zumeist nur mehr im Sinne einer analgetischen Palliation behandelt werden kann.

Die Anamnese führt den Untersucher auf die Spur der IC: zystische Beschwerden (Pollakisurie, Urge, suprapubische Schmerzen, funktionell geringe Blasenkapazität) bei sterilem Harn sind typisch für den GAG-Layer-Defekt. Als Nachweis dient der Kaliumtest nach Parsons in seiner modifizierten Form nach Hohlbrugger (komparative Blasenkapazitätsmessung): die maximale Blasenkapazität wird zuerst mit NaCl, danach mit 0,2 M KCl bestimmt. Durch den GAG-Layer-Defekt und die dadurch entstehende erhöhte urotheliale Permeabilität ist der K⁺-Einstrom in die Blasenwand vermehrt und läßt deutlich geringere maximale Füllvolumina zu. Eine Kapazitätsverminderung > 15 % zwischen beiden Messungen ist beweisend für die erhöhte

urotheliale Permeabilität und damit eine IC im Frühstadium.

Invasive diagnostische Verfahren, v.a. die Blasenbiopsie, sind obsolet und abzulehnen. Eine negative Biopsie bei positiver Anamnese schließt eine IC in keinem Fall aus! Morphologische Veränderungen sind oft erst nach langer Erkrankung in einem nicht mehr konservativ heilbaren Stadium nachzuweisen! Auch die Blasen-dilatation in Narkose mit dem Nachweis der glomerulären suburothelialen Blutungen ist im Licht der komparativen Blasenkapazitätsbestimmung nicht mehr indiziert.

Natürlich müssen differentialdiagnostisch gynäkologische, chirurgische, neurologische und orthopädische Erkrankungen ausgeschlossen werden. Die komparative Urodynamik hilft gerade dabei, die Ursache der Beschwerden in der Harnblase zu finden.

Die Therapie der Wahl stellt die Instillation von GAG-Bestandteilen dar. Hyaluronsäure ist in Österreich derzeit als einziges Präparat in der Indikation „IC-Therapie“ zugelassen. Alternativ werden auch Pentosanpolysulfat (auch oral verabreichbar) bzw. Heparin in der IC-Behandlung eingesetzt. GAG-Ersatztherapien zeigen in Frühstadien schon nach wenigen Instillationen eine deutliche Symptomreduktion und können schon nach 4–6 Wochen zur vollständigen Heilung führen. Ansonsten ist eine zumindest 3-monatige Instillationstherapie zu empfehlen.

Da der Katheterismus aufgrund des zumeist bestehenden hypertonierten Beckenbodens

als besonders schmerzhaft empfunden wird, ist die Verwendung von hydrophilen Spezialekathetern empfehlenswert.

Bei jahrelang bestehender Erkrankung wird die GAG-Substitution die bestehenden Beschwerden nur inkomplett beseitigen können. In diesen Fällen sind additive Maßnahmen sinnvoll (Pudendusstimulation, trizyklische Antidepressiva, einfache Analgetika, Beckenbodenrelaxationstraining, elektromagnetische Feldtherapie u.a.). Spasmolytika (Anticholinergika) sind aufgrund des beschriebenen pathogenetischen Mechanismus unwirksam.

Da durch die GAG-Störung auch eine erhöhte Infektanfälligkeit besteht, ist gelegentlich eine antibiotische Langzeitprophylaxe oder zumindest eine Prophylaxe an Instillationstagen sinnvoll. Preiselbeerextrakt kann sowohl als Infektprophylaxe als auch als GAG-Substituent ein wichtiges Additivum bei der IC-Therapie sein.

Patienten in einem fortgeschrittenen Stadium der IC haben keinen Vorteil durch eine GAG-Substitution. Leider gibt es bis heute keinen verlässlichen Marker, ab wann die IC in einem irreversiblen Stadium angelangt ist. Ein negativer Kaliumtest kann einen Hinweis darauf geben. Die Hydrodistension der Blase ist in diesen Fällen manchmal geeignet, wenigstens kurzfristige beschwerdefreie Intervalle zu bewirken. Die Hydrodistension ist aber niemals als heilende, sondern nur als palliative therapeutische Maßnahme zu werten, die in regelmäßigen Abständen wiederholt wird. In Kombination mit Iontophorese

und Lokalanästhesie sind die Ergebnisse eigenen Erfahrungen nach besser.

Im Endstadium der IC ist nur mehr eine Palliation der Beschwerden durch analgetische Maßnahmen möglich (Opiate, THC). Über invasive analgetische Methoden (Sakralwurzelstimulation, neuroablative Verfahren) liegen widersprüchliche Berichte vor, sodaß ihr Einsatz derzeit noch nicht empfohlen werden kann. Es soll nie vergessen werden, daß diese fürchterlichen Endstadien durch eine rechtzeitige Behandlung der IC verhindert werden können.

Bei im Laufe der Erkrankung abnehmender Blasenkapazität bleibt als letzte Maßnahme oft nur mehr die Cystektomie mit Harnab-

leitung über eine Ersatzblase. In der Literatur sind die Ergebnisse der Cystektomie auch nur dann als gut beschrieben, wenn zum Operationszeitpunkt die Blasenkapazität < 200 ml gelegen ist.

Literatur:

1. Morales A, Emerson L, Nickel JC, Lundie M. Intravesical hyaluronic acid in the treatment of refractory interstitial cystitis. J Urol 1996; 156: 45–8.
2. Interstitial Cystitis: An Update of Current Information. Urology 1997; 49 (5A).
3. Grannum R. Interstitial Cystitis. Lippincott-Raven, Philadelphia-New York, 1997.
4. Interstitial Cystitis. Urol Clinics North Am 1994; 21 (1).
5. Hohlbrugger G. Urinary potassium and the overactive bladder. BJU Intern 1999; 83 (S2): 22.
6. Parsons CL, Lilly JD, Stein P. Epithelial dysfunction in nonbacterial cystitis (Interstitial Cystitis). J Urol 1991; 145: 732–5.
7. Hanno P, Levin RM, Monson FC et al. Diagnosis of Interstitial Cystitis. J Urol 1990; 143: 278–81.
8. Parsons CL. Potassium sensitivity test. Techniques in urology 1996; 2: 171–3.
9. Curhan GC, Speizer FE, et al. Epidemiology of Interstitial Cystitis: A population based study. J Urol 1999; 161: 549–52.
10. Riedl CR, Knoll M, Plas EG, Pflüger H. Electromotive Drug Administration (EMDA) and hydrodistension in the treatment of interstitial cystitis. J Endourol 1998; 12: 269–72.

Korrespondenzadresse:

Prim. Dr. Claus Riedl
Vorstand der Urologischen Abteilung am KH Baden
A-2500 Baden, Wimmergasse 19
e-mail: riedlc@compuserve.com

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](#)