

Wenn die Blase brennt

Für die Diagnosestellung Blasenschmerzsyndrom muss der Blasenschmerz mit mindestens einem Miktionsymptom einhergehen und zumindest sechs Wochen bestehen.

Von OA Dr. Anton Stangelberger und Prim. Univ.-Doz. Dr. Claus Riedl

! Patienten mit Blasenschmerzen werden in der urologischen Praxis häufig gesehen. Der Leidensweg ist lang, nicht selten werden Ärzte verschiedener Fachrichtungen aufgesucht, ohne das Problem „Blasenschmerzsyndrom“ lösen zu können. Obwohl die Erkrankung allen Urologen bekannt ist, wird sie selten diagnostiziert und therapiert. Durch anhaltende Schmerzen in der Blase wird die Lebensqualität massiv beeinträchtigt. Laut einer rezenten Studie ist der Leidensdruck stärker als unter Hämodialyse. Ebenfalls wurde eine negative Beeinträchtigung des Sexuallebens bei 73 Prozent der Patienten mit Blasenschmerzsyndrom beschrieben. Chronische Beckenschmerzen steigern zudem bei Männern das Risiko für Erektionsprobleme unabhängig vom Alter. Bei 77 Prozent der Männer mit Blasenschmerzsyndrom konnte eine Ejaculatio praecox gefunden werden. Schmerzen im Unterbauch reduzieren die sexuelle Aktivität und Zufriedenheit, was zu Vermeidungsverhalten und Partnerschaftskonflikten führt. Häufig geht die Erkrankung mit dem Verlust von Arbeitsplatz, sozialen Kontakten und Freizeitaktivitäten einher.

Definition

Seit 2005 gibt es eine einheitliche Definition für das Blasenschmerzsyndrom. Der Begriff des „Bladder Pain Syndrome“ (BPS) wurde von der European Society for Studies in Interstitial Cystitis (ESSIC) in Analogie zu anderen Schmerzsyndromen wie „Urethral Pain Syndrome“, „Vulvar Pain Syndrome“ etc. gewählt. Da sich nur bei einem Teil der Patienten histologisch eine Entzündung (Zystitis) findet, sollte der Begriff interstitielle Zystitis nur mehr im Zusammenhang mit „Pelvic Pain Syndrome“ (BPS/IC) gebraucht werden. Nach dieser Definition liegt die Erkrankung vor, wenn Schmerzen in der Harnblase auftreten, die sich typischerweise bei Blasenfüllung verstärken. Für die Diagnose BPS muss der Blasenschmerz mit mindestens einem Miktionsymptom wie Harndrang oder Pollakisurie einhergehen. Die Beschwerden müssen mindestens sechs Wochen (EAU-Guidelines: sechs Monate) bestehen. Laut EAU-Guidelines liegt ein „Chronic Pelvic Pain Syndrome“ (CPPS) vor, wenn keine spezifische Schmerzursache zu finden ist, die Schmerzen schlecht lokalisierbar, also nicht einem bestimmten Organ zuordenbar sind und keine offensichtliche Pathologie vorliegt. Andere Erkrankungen, die

Schmerzen in der Blasengegend verursachen können, wie z.B. Harnwegsinfekte, Blasensteine, Prostatitis, vertebrogene Schmerzen, neurogene Schmerzursachen (z.B. Pudendusneuralgie), müssen also ausgeschlossen werden.

Ursachen

Als pathophysiologische Grundlage des BPS wurde rezent ein Defekt in der Glukosaminoglykanschicht der Blasen-schleimhaut beschrieben. Aufgrund dieses Defekts werden submuköse Nervenfaserendigungen durch Urin gereizt, was zu Schmerzen führt. In Tierexperimenten wurde auch eine vermehrte Expression von afferenten Schmerzstimuli beschrieben. Eine rezente Studie hat auch gezeigt, dass Patienten mit kindlichen Harnwegsinfekten und Drangsymptomatik im späteren Leben häufiger ein BPS entwickeln. In mikroskopischen Blasenpräparaten dieser Patienten wurden bis zu zehnmal mehr Mastzellen gefunden.

Eine gehäufte Koinzidenz des BPS wurde sowohl mit Fibromyalgie, chronischem Reizdarmsyndrom, entzündlichen Darmerkrankungen, Sjögren-Syndrom, Sicca-Syndrom, Allergie, Asthma bronchiale, systemischem Lupus erythematodes als auch mit Fatiguesyndrom sowie Vulvodynie, Depression, Panikstörung und Migräne beschrieben. Neuere Daten zeigen auch einen möglichen Zusammenhang zwischen Rauchen und dem Beckenschmerzsyndrom auf. Risikofaktoren für das BPS sind auch sexueller Missbrauch und psychische Probleme wie Angst, Depression, Schlafstörungen.

Bei Patienten mit BPS wurden sowohl periphere als auch zentrale Ursachen für Blasenschmerz entdeckt. So kann ein peripherer Stimulus wie z.B. eine Infektion Blasenschmerz und CPPS initiieren. Die im Blasenbereich wahrgenommenen Schmerzen werden durch das zentrale Nervensystem auf spinaler und supraspinaler Ebene moduliert. Ebenso beeinflussen psychologische Prozesse wie Stress, Depression und Angst die Neuromodulation und Wahrnehmung des Schmerzes. Durch die Schmerzreize, die ständig an das Nervensystem gesendet werden, kommt es zu zentralnervösen Reaktionen wie Stress und Depression. Da die reaktive Depression das Schmerzempfinden steigert, ist es wichtig, die Patienten nicht nur am Erfolgsorgan Blase urologisch, sondern auch psychologisch und neurologisch interdisziplinär zu betreuen.

Literatur bei den
Autoren



OA Dr. Anton
Stangelberger
Abteilung für
Urologie,
Thermenklinikum
Baden-Mödling



Prim. Univ.-Doz.
Dr. Claus Riedl
Abteilung für
Urologie,
Thermenklinikum
Baden-Mödling

Diagnostik

Am Anfang einer Abklärung für das BPS steht die genaue Anamnese über Dauer, Charakter und Intensität der Schmerzen. Aber auch sexuelle, physische und psychologische Faktoren (sexueller Missbrauch) sind zu berücksichtigen. Die Diagnose BPS erfolgt rein klinisch, da keine Untersuchung und kein Test diese Diagnose bestätigen kann. Alle Untersuchungen dienen dem Ausschluss anderer Erkrankungen. Typischerweise klagen die Patienten über Schmerzen bei Blasenfüllung, die sich beim Trinken und Essen bestimmter Nahrungsmittel verstärken.

Nach Ausschluss einer Infektion (Ejakulat- und Urinkultur, Vaginalabstrich, STD-Diagnostik) sollte bei Patienten mit typischen Beschwerden einer infektiösen Zystitis an das Vorliegen eines BPS gedacht werden. Wichtig ist auch die Abklärung mit Ultraschall, Uroflow, Miktionsstagebuch und die Untersuchung des Muskeltonus (Überaktivität des Beckenbodens, Abdominalmuskel, Muskulus gluteus). Ergänzend sollten Frauen gynäkologisch begutachtet werden.

Zystoskopie. Obwohl laut AUA-Guidelines eine Zystoskopie bei unkomplizierten Fällen nicht empfohlen wird, ist es oft sinnvoll, sie dennoch durchzuführen, um seltene Pathologien erkennen zu können. Da die Zystoskopie bei BPS in der Regel sehr schmerzhaft ist, sollte sie in Narkose erfolgen. Hydrodistension und Blasen Schleimhautbiopsie zur Diagnostikstellung wird heute nicht mehr empfohlen, da sie keine Konsequenz für die Therapie hat.

Kaliumtest. Zur weiteren Abklärung bei BPS kann der modifizierte Kaliumtest mit 0,2 molarer Kaliumchloridlösung durchgeführt werden, da dieser im Gegensatz zu höhermolaren Lösungen nicht schmerzhaft ist und Störungen in der Harn-Gewebe-Schranke der Blasen Schleimhaut anzeigen kann. Der Test zeigt bei der komparativen Zystometrie mit physiologischer Kochsalzlösung bei bis zu 90 Prozent der Patienten ein reduziertes Blasenvolumen. Liegt ein positiver Test vor, ist ein gutes Ansprechen des Patienten auf eine Glykosaminoglykan-(GAG)-Therapie zu erwarten.

Therapieoptionen

Nicht medikamentöse Therapie. Hier stehen das Einhalten einer speziellen Diät (z.B. Vermeiden von Kaffee, kohlenstoffhaltigen Getränken, sauren und scharfen Speisen; die Evidenz ist jedoch gering), Stressreduktion, Physiotherapie und Entspannungsübungen sowie Lifestylemodifikationen zur Verfügung.

Instillation. Die Instillation von GAG mit intravesikalem Hyaluronan in wöchentlichen Instillationen ist dann sinnvoll, wenn der modifizierte Kaliumtest positiv ist und somit ein

Defekt in der Harn-Gewebe-Schranke der Blasen Schleimhaut nachgewiesen werden konnte. Die Instillationen sollten zuerst wöchentlich bis zur Symptombesserung durchgeführt werden. Später sind auch zwei- und mehrwöchige Intervalle möglich. Insgesamt sollten die Instillationen bis zur Beschwerdefreiheit fortgeführt werden. Durch die GAG-Substitution mit Hyaluronan gelingt eine Heilung bei bis zu 50 Prozent der Patienten, die auch im weiteren Verlauf keine Therapie mehr benötigen und schmerzfrei bleiben. Ungefähr bei einem Drittel der Patienten sind weitere monatliche Instillationen erforderlich, um beschwerdefrei zu bleiben. Der Effekt der Instillationstherapie mit Heparin oder Chondroitinsulfat ist wissenschaftlich weniger gut belegt.

Orale Therapie. Eine orale Therapie mit Pentosanpolysulfat (300mg tgl.) wird empfohlen, bei Erfolg sollte sie lebenslang erfolgen. Als orale Schmerztherapie hat sich Tramadol in retardierter Form als tägliche Einmaldosis bewährt. Andere Schmerzmittel erscheinen weniger wirkungsvoll. Bei negativem Kaliumtest liegt meist ein neuropathischer Schmerz vor, der oft auf eine Therapie mit Amitriptylin und Gabapentin anspricht. Für Gabapentin-Therapie ist die Studienlage jedoch eher dünn.

Multimodale Therapie. Da es sich beim BPS um ein multifaktorielles Krankheitsbild handelt und auch psychische Faktoren in der Pathogenese wichtig sind, muss eine multimodale Therapie eingeleitet werden, die professionelle psychologische Betreuung (Verhaltenstherapie) und physikalische Therapie (Relaxation und Biofeedback) einschließt.

Palliative Verfahren. Nur in spezialisierten Zentren sollten palliative Verfahren wie intravesikale Iontophorese mit Lidocain (nur kleine unkontrollierte Studien), transurethrale Resektion von Hunner-Ulzera, Botulinumtoxin-Injektion (hohes Nebenwirkungspotenzial, mäßiger Erfolg) oder sakrale Neuromodulation (SNM) oder Pudendusneurostimulation (besser als SNM) durchgeführt werden.

Zystektomie. Als Ultima Ratio bei therapierefraktärem BPS wird eine supra- oder subtrigonale Zystektomie empfohlen. Die Entscheidung hängt vom Ausmaß der Erkrankung ab. Daten zeigen eine starke Variabilität der Zystektomie-Methoden und der Ergebnisse, wobei die Art der Harnableitung keine Rolle für den Therapieerfolg spielen dürfte. Da viele Therapieoptionen für BPS eine niedrige Evidenz haben, sollte das Management bei Patienten mit unzureichendem Ansprechen in spezialisierten Zentren erfolgen (Studien). Frühzeitige Diagnostik und Therapie verbessern die Heilungschancen und verkürzen das Leid betroffener Patienten.

Wirkstoff:
Trospiumchlorid

Inkontan passt!

green
box

- + Nicht liquorgängig
- + Gut kombinierbar
- + Individuelle Dosierung durch Snap-Tab

www.montavit.com



Montavit

HARNINKONTINENZ
INDIVIDUELL THERAPIEREN

FKI siehe Hauptheft Seite 26