

# Das Urethraltsyndrom: Diagnostischer und therapeutischer Algorithmus

Patienten mit chronischen Missempfindungen im Urethralbereich machen oft hilflos. Nach meist längerem Leidensweg mit frustrierten Therapieversuchen sind sie verzweifelt und setzen besondere Hoffnung in jeden neuen Behandler.

VON DR. ULRIKE HOHENFELLNER

Die Schwierigkeit in der therapeutischen Versorgung dieser Patienten generiert sich daraus, dass das Wort „Urethraltsyndrom“ sowohl für den Arzt als auch für den Patienten suggeriert, dass das Problem in der Urethra zu suchen und zu behandeln ist. Damit ist der Blick für beide auf das Wesentliche verstellt, es werden nicht indizierte Behandlungen begonnen und beide haben miteinander keine Chance mehr. Um die Beschwerden korrekt einordnen und eine kurativ ausgerichtete Therapie finden zu können, muss man sich von dem historischen Begriff freimachen. Insbesondere, wenn die Symptomatik zusätzlich von rezidivierenden Harnwegsinfekten, einer überaktiven Blase oder sexuellen Funktionsstörungen begleitet ist, da man sich sonst ggf. an mehreren vermeintlich ursächlich verschiedenen Fronten frustriert abarbeitet, die dieselbe unerkannte Ursache haben.

Voraussetzung für das Verständnis des Krankheitsbildes und dafür, den Schlüssel zum Erfolg an der richtigen Stelle zu suchen, sind die Kenntnis der Ätiopathogenese und der außerhalb der Urethra lokalisierten Befunde.

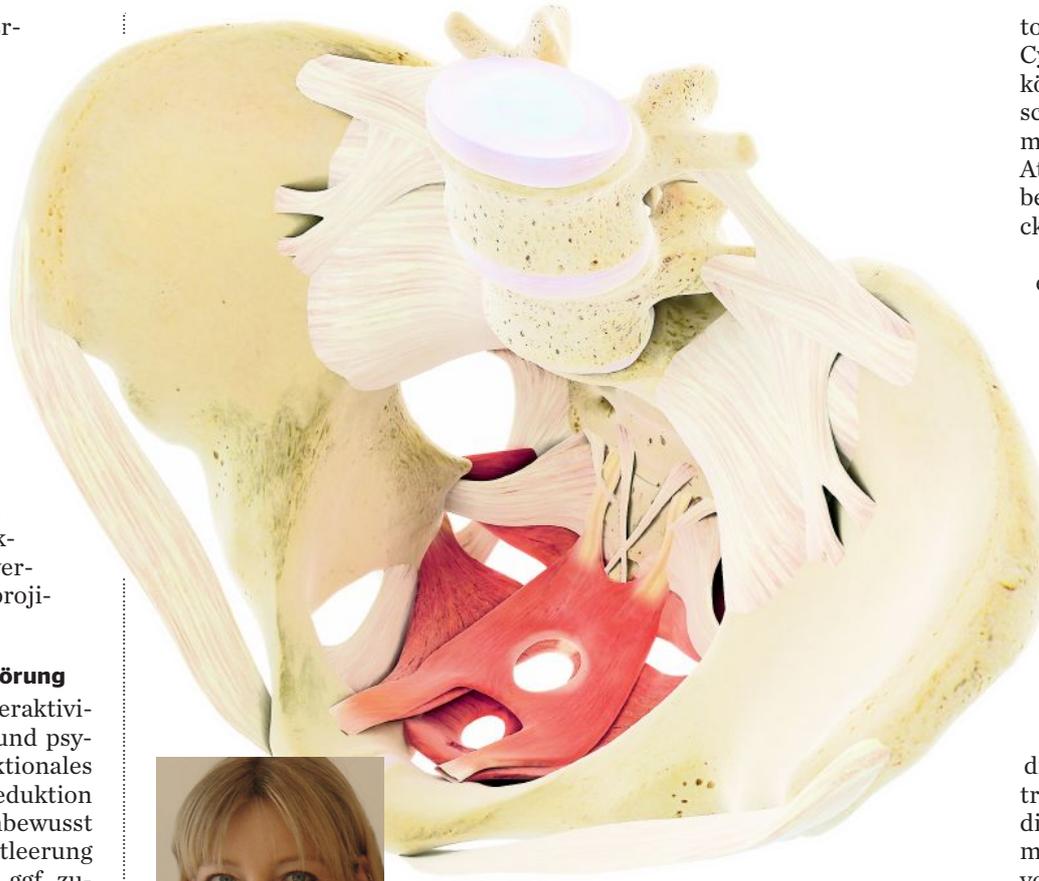
## Chronisches Beckenschmerzsyndrom

Bei den Beschwerden handelt es sich um eine der möglichen Erscheinungsformen des Chronischen Beckenschmerzsyndroms (CPPS) der Frau und des Mannes. Das CPPS ist eine

somatoforme urologische Erkrankung mit Spannungscharakter, bei der ein sog. fortgeleiteter Muskelschmerz („referred pain“) in gesunden viszeralen Organen des Beckens wahrgenommen wird. Auslöser ist eine psychosomatische obstruktive Miktionsstörung auf dem Boden einer Sphinkterdysfunktion, d.h. die Missempfindungen (Brennen, Druck, Ziehen oder Analgetika-erfordernder Schmerz) entstehen im die proximale Urethra umgebenden externen Sphinkter bzw. Beckenboden und werden auf die distale Urethra projiziert.

## Psychosomatische Miktionsstörung

Pathogenetisch ist eine Hyperaktivität des Sphinkters, die aufgrund psychischen Drucks als dysfunktionales Verhalten zur Spannungsreduktion erlernt worden ist. So wird unbewusst die physiologische Blasenentleerung durch Miktionsaufschub und ggf. zusätzliche Detrusor-Sphinkter externus-Dyskoordination verhindert. Die funktionelle Störung geht einher mit der Entwicklung eines erhöhten Tonus des Beckenbodens und Stress-induzierten neuro-immunologischen Prozessen, wodurch es zur Freisetzung von Neuropeptiden und -trophen in der dauerhaft angespannten Muskulatur kommt. Daraus resultieren eine lokale Schmerzsymptomatik unterschiedlicher Qualität und myofasziale Triggerpunkte, von denen aus die Beschwerden in benachbarte Regionen und viszerale Organe fortgeleitet werden. Die nur dysfunktional beantwortete und nicht beseitigte psychische Belastung führt dazu, dass die somatischen Prozesse aufrechterhalten werden und die auf die distale Urethra projizierten Beschwerden durch eine konsekutive Veränderung der zentralnervösen Schmerzverarbeitung chronifizieren.



Dr. Ulrike Hohenfellner, Privatpraxis für Urologie Heidelberg, Ambulantes Rehasentrum für Urologie und Gynäkologie Heidelberg

## Veranstaltung

### „Urologische Erkrankungen der Frau & Therapieoptionen“

Donnerstag, 24. September, 8:30 bis 10:00 Uhr, Saal E

Moderation: A. Haferkamp (Frankfurt), G. Kiss (Innsbruck), D. Schultz-Lampel (Villingen-Schwenningen)

Bei chronischem Beckenschmerzsyndrom ist der Tonus der Beckenbodenmuskulatur erhöht. © SPRINGER VERLAG GMBH

## Diagnostik

Ein unauffälliges Urinsediment, Hinweise in der biographisch ausgerichteten Miktionsanamnese und in psychometrischen Fragebögen sowie die Körpersprache des Patienten lassen die Verdachtsdiagnose des CPPS bereits im Erstkontakt stellen. Differenzialdiagnostisch ist zunächst das Vorliegen einer chronischen Harnwegsinfektion und einer sexuell übertragbaren Erkrankung auszuschließen, entsprechend ist eine über die gängige urologische Mikrobiologie hinausgehende Urin- und Abstrichdiagnostik erforderlich. Eine Interstitielle Cystitis lässt sich anhand des Miktionspro-

tokolls, der Uroflowmetrie und der Cystoskopie sicher ausschließen. Die körperliche Untersuchung lässt typischerweise ein pathologisches Atemmuster mit Fehlen erkennbarer Atemexkursionen unterhalb des Nabels sowie eine Fehllhaltung des Beckens beobachten.

Sonographisch findet sich häufig eine Verdickung der Blasenwand, fakultativ Restharn. Endoskopisch lässt sich ein erhöhter Sphinktertonus bei eingeschränkter willentlicher Relaxation im Sinne einer extrinsisch bedingten Stenose der proximalen Urethra feststellen. Intravesikal imponieren der Detrusor trabekuliert und die anatomische Blasenkapazität vergrößert.

Die digitale Evaluation des Beckenbodens zeigt ebenfalls eine hypertone Muskulatur bei eingeschränkter willkürlicher Relaxierbarkeit. Analog zeichnet die Uroflowmetrie entweder eine Detrusor-Sphinkter externus-Dyskoordination oder eine deutlich überhöhte maximale Flussrate mit steilem Kurvenanstieg auf. Die Urodynamik dokumentiert einen stabilen Detrusor mit ggf. sensorischer oder motorischer Urge, bei der Frau findet sich ein überhöhter Verschlussdruck im Urethradruckprofil.

## Therapie

Im Hinblick auf die somatoforme Entstehung der Beschwerden ist eine ganzheitlich orientierte Strategie indiziert, die sowohl die funktionelle Miktionsstörung als auch die psychische Problematik behandelt. Erfolg haben kann nur ein multimodales Beckenboden-Konzept, das sowohl die schmerzhaft Anspannung der Muskulatur beseitigt als auch eine Modifikation des Verhaltens bewirkt. Entsprechend ist die fachurologische Behandlung der Sphinkterdysfunktion durch eine begleitende psychosomatische Grundversorgung zu ergänzen, ggf. kann eine begleitende Psychotherapie sinnvoll sein.