

Sonderdruck aus

Therapie- Handbuch

5. Auflage

Begründet von

F. Krück, W. Kaufmann, H. Bünte, E. Gladtko, R. Tölle

Fachherausgeber

Allgemeinmedizin: W. Niebling

Kardiologie: G. Nickenig

Pneumologie: C. Vogelmeier

Leber, Gallenwege, Gastroenterologie, Pankreas: T. Sauerbruch

Nephrologie: T. Benzing

Urologie: S. C. Müller

Gynäkologie: E. Petri

Dermatologie und Allergologie: T. Bieber

Hämatologie und Onkologie: H. Serve

Endokrinologie: M. M. Weber

Stoffwechsel: K. Parhofer

Bewegungsapparat: B. Manger

Immunologie: B. Manger

Neurologie: H. C. Diener

Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik: P. Falkai und U. Voderholzer

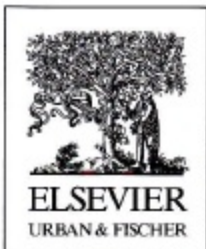
Chirurgie und Notfallmedizin: M. Ghadimi

Pädiatrie und Infektiologie: W. Rascher

Geriatric: R.-J. Schulz

Palliativmedizin: F. Nauck

Stand: April 2015



URBAN & FISCHER München

Vorbemerkungen	J 32 – 1
Chronisches Beckenschmerzsyndrom (CPPS)	J 32 – 2
Funktionell bedingte überaktive Blase (OAB)	J 32 – 3
– Kindliche Harninkontinenz.	J 32 – 3.1
– Rezidivierende Harnwegsinfekte.	J 32 – 3.2

Kernaussagen

- Das **Vorkommen** psychosomatisch bedingter somatoformer bzw. funktioneller Erkrankungen in der niedergelassenen urologischen Praxis ist häufig und bedarf entsprechend besonderer **Aufmerksamkeit**.
- Der **Formenkreis** somatoformer Störungen des Urogenitaltrakts umfasst neben den **sexuellen Funktionsstörungen** das **chronische Beckenschmerzsyndrom**, die **chronisch-rezidivierende Harnwegsinfektion**, die funktionell bedingte **überaktive Blase** und die kindliche Harninkontinenz.
- Ätiologisch handelt es sich um **Erkrankungen mit Spannungscharakter** als Folge einer fortgesetzt erhöhten inneren Anspannung oder vegetativen Dysbalance, die durch unbewusste innere Konflikte bzw. **ungelöste interpersonelle Problematik bedingt** ist.
- **Therapeutisch** ist die **multimodale** Beckenbodenedukation in Kombination mit psychosomatischer Grundversorgung oder Psychotherapie indiziert.

Vorbemerkungen

J 32 – 1

Die psychosomatisch bedingten urologischen Erkrankungen haben eine Prävalenz von bis zu 50% in der niedergelassenen urologischen Praxis und stellen eine erhebliche **Beeinträchtigung der Lebensqualität** dar (Schwings-Lyberopoulos 2010). Für das Verständnis der **Entstehung** dieser somatoformen Beschwerden ist der psychosoziale Hintergrund zu berücksichtigen.

So kann die **Symptomatik** u. a. der unbewussten Vermeidung bzw. pathologischen Lösung interpersonell bedingter Konflikte dienen, sie kann ein Mittel zur Abwehr darstellen, sie findet sich häufig bei unbewussten Ängsten und unerkannter Depression, bei Selbstwertregulationsstörung und fehlender Abgrenzbarkeit aber auch typischerweise als Folge sexuellen Missbrauchs (Diederichs P 2000).

Ätiologisch ist eine durch den ungelösten seelischen Konflikt ausgelöste fortgesetzt erhöhte innere Anspannung, die ihren Niederschlag in einem erhöhten Tonus der Beckenbodenmuskulatur und in nicht mehr möglicher willkürlicher Relaxierbarkeit des externen Sphinkters findet. Somit resultiert also eine funktionelle bzw. dynamische Stenose der proximalen Urethra, die bei der Frau deutlich von der anatomischen Meatusstenose der distalen Urethra zu unterscheiden ist (Günther EA 2004).

Therapeutisch sind im Sinne **progressiver Muskelrelaxation** die professionell angeleitete multimodale Beckenbodenedukation mit Elektrostimulation, EMG-Therapie und Körpertraining zur Erlernung der willkürlichen Sphinkterrelaxation und einer koordinierten Miktion effektiv (Walters M 1990, Hanna T 1990). Die zumindest **passagere Medikation** eines α -Blockers ist meist sinnvoll.

Um mit der **Beckenbodentherapie** aber nicht nur kurzfristige Beschwerdebesserung, sondern auch Heilung zu erzielen, ist parallel dazu die Reduktion der psychischen Anspannung erforderlich. Dazu sind die gut nachvollziehbare Erläuterung der Erkrankung als somatoform und die Erarbeitung eines Verständnisses für die reaktive Symptomatik mit Bewusstmachung des ursächlichen Hintergrunds in wertschätzender Sprachführung unabdingbar.

Chronisches Beckenschmerzsyndrom (CPPS)

J 32 – 2

Das chronische Beckenschmerzsyndrom (CPPS) ist die **häufigste urologische Diagnose des Mannes vor dem 50. Lj.**, die Prävalenz beträgt 6–10%, bei sicherlich hoher Dunkelziffer (Beutel ME et al. 2004). Auch bei der **25- bis 45-jährigen Frau** veranlasst neben rezidivierenden Harnwegsinfekten und überaktiver Blase typischerweise der chronische Unterbauchschmerz die Vorstellung beim Urologen (Whitmore K et al. 2007). Häufig werden zusätzlich

- schmerzhafte Miktion,
 - Brennen in der Urethra,
 - vermehrter Harndrang und
 - erhöhte Miktionsfrequenz
- angegeben, ohne dass ein Harnwegsinfekt nachweisbar ist.

Für eine **effiziente Patientenversorgung** muss verstanden werden, dass einerseits die **interstitielle Zystitis (IC)** bzw. das **chronische Blasenschmerzsyndrom (CBS)** und andererseits die **chronische Prostatitis** jeweils ein völlig anderes Krankheitsbild darstellen als das **chronische Beckenschmerzsyndrom (CPPS)** bzw. **vegetative Urogenitalsyndrom**. Während die IC bzw. das CBS eine Erkrankung der Blase darstellen und die chronische Prostatitis eine Erkrankung der Prostata darstellt, hat das CPPS bzw. vegetative Urogenitalsyndrom überhaupt nichts mit der Blase und der Prostata, sondern mit dem urethralen Verschlussapparat zu tun. Die drei Erkrankungen werden also durch ganz verschiedene Pathomechanismen hervorgerufen und **bedürfen** folglich auch unterschiedlicher, der **jeweiligen Genese angepasster Therapieansätze**. Als Folge der fehlenden exakten Unterscheidung der drei Erkrankungen in der Praxis wird das CPPS oftmals übersehen bzw. fälschlicherweise als IC bzw. CBS diagnostiziert und therapiert, wodurch u. a. die vollständige Versagensrate selbst der vorderen Exenteration als Ultima Ratio bei vermeintlicher IC verständlich wird (Baskin LS et al. 1992). Während bei korrekt diagnostizierter IC – und eben nicht CPPS – durch **Zystektomie** zuverlässig Heilung möglich ist (Linn J 1998).

Pathogenetisch ist die **IC** bzw. das **CBS** Folge einer **neuronalen Zerstörung der Blasenwand**, d. h., es bestehen eben

- **keine erhöhte Aktivität** der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse und
- **keine erhöhte Sensitivität** der spinalen Schmerzneurone,

wie dies typischerweise bei psychosomatisch bedingten Erkrankungen der Fall ist (Hohenfellner M et al. 1992).

Beim CPPS bzw. **vegetativen Urogenitalsyndrom** hingegen handelt es sich eben nicht um eine viszerale Erkrankung, sondern um eine **somatoforme urologische Erkrankung mit Spannungscharakter**. Aus dem erhöhten Muskeltonus, auch mit ischämischen Triggerpunkten, resultiert ein vom M. bulbospongiosus fortgeleiteter Schmerz, der sich auf die Blase projiziert (Shah JP et al. 2008, Travell JG et al. 1998).

Während das vergleichsweise unkompliziert therapierbare CPPS recht häufig vorkommt (Handa V et al. 2011), findet sich das so schwere und ggf. die Zystektomie erfordernde Beschwerdebild der IC bzw. des CBS erfreulicherweise nur sehr selten.

Funktionell bedingte überaktive Blase (OAB)

J 32-3

Auch hier findet sich auf dem Boden eines erworbenen Beckenbodenhypertonus bzw. einer Detrusor-Sphinkter-externus-Dyskoordination eine **dynamische Stenose der proximalen Urethra**, die eine funktionelle Blasenentleerungsstörung mit konsekutiver Detrusorhyperaktivität bedingt. Dadurch werden die zum Teil recht hoch beschriebene Versagensrate anticholinergischer Präparate und auch das Restharnrisiko selbst nach niedrig dosierter intravesikularer Botulinumneurotoxin-Injektion verständlich. D.h., die Diagnose war falsch: Es liegt gar keine idiopathische, sondern eine somatoforme OAB vor. Die in Narkose bestimmte anatomische Kapazität ist meist normal oder sogar vergrößert, wenn zuvor ein Miktionsaufschub mit Infrequent-Voiding-Syndrom bestanden hatte. Eher selten findet sich die Kapazität reduziert im Sinne einer begleitenden fibrosierten Low-Compliance-Blase, meist bei Frauen, die über viele Jahre unter begleitenden rezidierten Harnwegsinfekten durch die funktionelle obstruktive Blasenentleerungsstörung gelitten haben. **Therapeutisch** ist auch hier eine multimodale **Beckenbodenedukation** mit begleitender **psychosomatischer Grundversorgung** indiziert.

Kindliche Harninkontinenz

J 32-3.1

Der kindlichen Harninkontinenz liegt vergleichbar zur überaktiven Blase des Erwachsenen eine erworbene, funktionell obstruktive Blasenentleerungsstörung mit Spannungscharakter zugrunde. **Ursächlich** ist eine Reifungs- und Selbstwertregulationsstörung des Kindes, oftmals auf dem Boden einer gestörten, ambivalenten Mutter-Kind-Beziehung und einer wenig liebevollen, nicht tragfähigen Beziehung der Eltern, sodass die Grundbedürfnisse des Kindes unbefriedigt bleiben.

Pathogenetisch resultiert aus dem inneren Konflikt eine fortgesetzt erhöhte innere Anspannung, die sich in erhöhtem Beckenbodentonus mit einer Detrusor-Sphinkter-Dyskoordination wiederfindet. Dabei erfüllt der ursächliche Miktionsaufschub die Funktion der Selbstwerterhöhung im Sinne des Sichwahrnehmens und des Ausdrucks noch verbliebener Autonomie. Die anschließende Miktionsabfuhr wird umso mehr als Erleichterung und angenehme Spannungsabfuhr von den Kindern beschrieben (Schulz-Hencke H 1927).

Die **Behandlung** der kindlichen Harninkontinenz erfordert sowohl **spezielle kinderurologische als auch psychosomatische**

Expertise. Grundstein ist die **psychosomatische Grundversorgung** mit Erschaffung einer für die Behandlung motivierenden und Entspannung zulassenden Atmosphäre, die die Grundbedürfnisse des Kindes erfüllt und positive zwischenmenschliche Erfahrungen machen lässt (Grawe K 2000). Kombiniert mit einer **kindgerechten und empathischen multimodalen Beckenbodenedukation**, lassen sich die fortgesetzt erhöhte innere Anspannung reduzieren und gezielt ein richtiges Wasserlassen erlernen, sodass das Kind trocken werden kann.

Rezidivierende Harnwegsinfekte

J 32-3.2

Ursächlich ist auch hier eine funktionelle Blasenentleerungsstörung, die durch das konsekutive Fehlen eines laminaren Harnstrahls und das resultierende sogenannte Milk-back-Phänomen die Entfernung von Bakterien aus der Blase verhindert (Yagci S et al. 2005). Zudem besteht eine komplexe bidirektionale Interaktion zwischen dem ZNS, dem endokrinen System und dem Immunsystem. Über die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse und die Sympathikus-Nebennieren-Achse kann psychisch moduliert und durch Stress bedingt eine **Dysregulation des Immunsystems** verursacht werden. Daraus erfolgt eine durch neuroendokrine Hormone veränderte Freisetzung von Zytokinen, die gemeinsam mit der Blasenentleerungsstörung zur Manifestation einer Zystitis führt (Kemeny ME et al. 2007). Entsprechend ist das **Erlernen der willkürlichen Beckenbodenrelaxation** und einer **koordinierten Miktions** in Kombination mit der Wiederherstellung der vegetativen Balance **therapeutisch zielführend**.

WEITERFÜHRENDE LITERATUR

- Baskin LS, Tanagho EA: Pelvic pain without pelvic organs. *J Urol* 147 (1992) 683-686
- Beutel ME, Weidner W, Brähler E: Chronic pelvic pain and its comorbidity. *Urologe A* 43 (3) 2004 261-267
- Diederichs P: Urologische Psychosomatik, Verlag Hans Huber, Bern (2000)
- Grawe, K: Psychologische Therapie. Hogrefe Verlag, Göttingen (2000) 383 ff
- Günther EA: Psychosomatische Urologie, Schattauer, Stuttgart (2004)
- Handa VL et al.: Sexual function before and after non-surgical treatment for stress urinary incontinence. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 17 (1) (2011) 30-35
- Hanna T: Beweglich sein ein Leben lang. Die heilsame Wirkung körperlicher Bewußtheit, Kösel, München (1990)
- Hohenfellner M, Nunes L, Schmidt RA et al.: Interstitial cystitis: increased sympathetic innervation and related neuropeptide synthesis. *J Urol* 147 (1992) 587-591
- Kemeny ME, Schedlowski M: Understanding the interaction between psychosocial stress and immune-related diseases: a stepwise progression. *Brain Behav. Immun* 21 (2007) 1009-1018
- Linn JF, Hohenfellner M, Roth S et al.: Treatment of interstitial cystitis: comparison of subtrigonal and supratrigonal cystectomy combined with orthotopic bladder substitution. *J Urol* 159 (1998) 774-778
- Schulz-Hencke H: Einführung in die Psychoanalyse, Thieme, Stuttgart (1927)
- Shah JP et al.: Biochemicals associated with pain and inflammation are elevated in sites near to and remote from active myofascial trigger points. *Arch Phys Med Rehabil* 89 (2008) 16-23
- Travell JG, Simons DG, Simons LS (ed.): The Myofascial Pain and Dysfunction - The Trigger Point Manual, Lippincott, Williams & Wilki, Baltimore (1998)
- Walters M et al.: The unstable urethra in the female. *Obstet Gynecol.* 75 (1) (1990)
- Whitmore K, Siegel JF, Kellog-Spadt S: Interstitial cystitis/painful bladder syndrome as a cause of sexual pain in women. A diagnosis to consider. *J Sex med* 4 (2007) 720-727
- Yagci S et al.: The effect of biofeedback treatment on voiding and urodynamic parameters in children with voiding dysfunction. *J Urol* (2005) 174