

Urethralyndrom

Diagnose des Chronischen Beckenschmerzsyndroms

Ulrike Hohenfellner

Patienten mit chronischen Missempfindungen im Urethralbereich (Brennen, Druck, Ziehen oder Analgetika-erfordernder Schmerz) machen uns Urologen oft hilflos. Nach meist längerem Leidensweg mit diversen frustrierten Therapieversuchen sind diese Patienten häufig verzweifelt und setzen besondere Hoffnung und Erwartung in jeden neuen Behandler.

Die Schwierigkeit in der therapeutischen Versorgung von Patienten mit chronischen Missempfindungen im Urethralbereich generiert sich daraus, dass das Wort „Urethralyndrom“ sowohl für den Arzt als auch für den Patienten suggeriert, dass das Problem in der Urethra zu suchen und auch dort zu behandeln ist. Damit ist der Blick für beide auf das Wesentliche verstellt, es werden nicht-indizierte Behandlungen begonnen.

Ersatz des Begriffs „Urethralyndrom“

Um die Beschwerden korrekt einordnen und eine kurativ ausgerichtete Therapie finden zu können, muss man sich von dem historischen Begriff freimachen. Dies gilt insbesondere, wenn die Symptomatik zusätzlich von rezidivierenden Harnwegsinfekten, einer überaktiven Blase oder sexuellen Funktionsstörungen begleitet ist, die dieselbe unerkannte Ursache haben, da man sich sonst gegebenenfalls an verschiedenen vermeintlich ursächlichen Fronten frustriert abarbeitet.

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.

Symptome des Chronischen Beckenschmerzsyndroms

Bei den Beschwerden handelt es sich um eine der möglichen Erscheinungs-

formen des Chronischen Beckenschmerzsyndroms (CPPS) der Frau und des Mannes. Das CPPS ist eine somatoforme urologische Erkrankung mit sogenanntem fortgeleitetem Muskelschmerz („referred pain“), das heißt ein durch muskuläre Anspannung ausgelöster Schmerz strahlt in gesunde viszerale Organe des Beckens aus und wird fälschlicherweise als dort entstanden wahrgenommen. Auslöser ist eine psychosomatische obstruktive Miktionsstörung auf dem Boden einer Sphinkterdysfunktion, das heißt die Missempfindungen entstehen im die proximale Urethra umgebenden externen Sphinkter bzw. Beckenboden und werden auf die distale Urethra projiziert.

Psychosomatische Miktionsstörung als Ursache

Als pathogenetisch ist eine Hyperaktivität des Sphinkters anzusehen, die als funktionelles Verhalten zur Reduktion psychischer Belastung erlernt worden ist, das heißt im Sinne einer dysfunktionalen Stressbewältigung. So wird unbewusst die physiologische Blasenentleerung durch Miktionsaufschub und gegebenenfalls eine zusätzliche Detrusor-Sphinkter-externus-Dyskoordination verhindert. Die funktionelle Störung geht einher mit der Entwicklung eines erhöhten Tonus des Beckenbodens und mit stressinduzierten neuro-immunologischen Prozessen, wodurch es zur Freisetzung von Neuropeptiden und -trophinen 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.

Umfangreiche Differentialdiagnostik

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. Differentialdiagnostisch ist zunächst das Vorliegen einer chronischen Harnwegsinfektion und einer sexuell übertragbaren Erkrankung auszuschließen, entsprechend ist eine über die gängige urologische Mikrobiologie hinausgehende Urin- und Abstrich-Diagnostik erforderlich. Eine Interstitielle Cystitis lässt sich anhand des Miktionsprotokolls, der Uroflowmetrie und der Cystoskopie sicher ausschließen.

Die körperliche Untersuchung lässt typischerweise ein pathologisches Atemmuster mit Fehlen erkennbarer Atemexkursionen unterhalb des Nabels und oftmals auch eine Fehllage des Beckens aufgrund der kontraktiven Beckenbodenmuskulatur beobachten. Sonografisch findet sich häufig eine Verdickung der Blasenwand, fakultativ auch Restharnbildung. Endoskopisch lässt sich ein erhöhter Sphinktertonus mit eingeschränkter Fähigkeit zu willentlicher Relaxation im Sinne einer extrinsisch bedingten Stenose der proximalen Urethra feststellen. Intravesikal im-

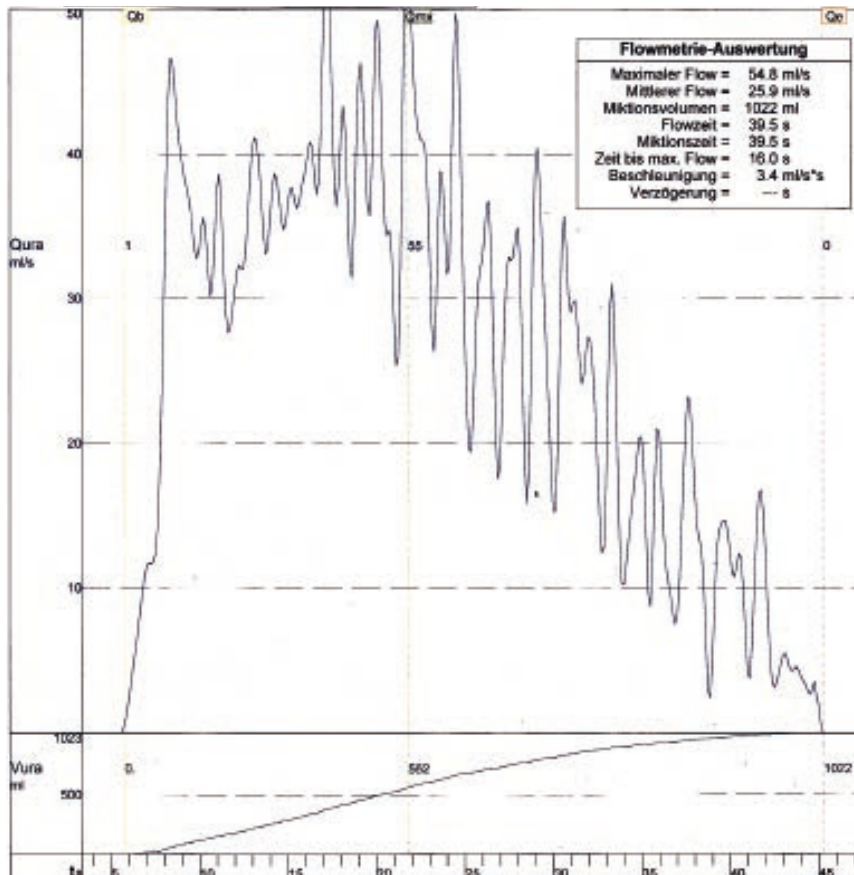


Abb. 1: Uroflowmetrie bei Diagnosestellung einer erheblichen Detrusor-Sphinkter-externus-Dyskoordination bei einem 40-jährigen Patienten. Wahrnehmung des ersten Harndrangs und Einleitung der Miktions sind erst möglich bei einer Blasenfüllung von über 1.000 ml.

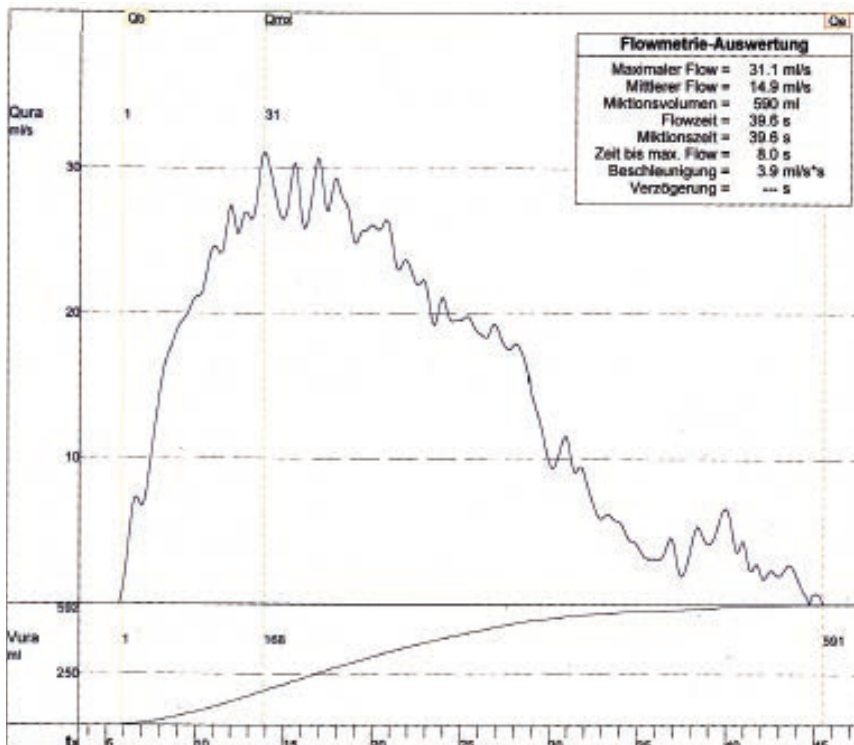


Abb. 2: Derselbe Patient nach Therapie: Die Uroflowmetrie zeigt eine normale Kurve sowie einen bereits imperativen Harndrang bei knapp 600 ml. (Beide Abbildungen: Dr. U. Hohenfellner)

ponieren der Detrusor trabekuliert und die anatomische Blasenkapazität vergrößert.

Die digitale Evaluation des Beckenbodens – vaginal bei der Frau und rektal beim Mann – 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 gegebenenfalls sensorischer oder motorischer Urge, bei der Frau findet sich ein überhöhter Verschlussdruck im Urethradruckprofil.

Therapie des Chronischen Beckenschmerzsyndroms

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 schmerzhafte 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, gegebenenfalls kann eine begleitende Psychotherapie sinnvoll sein.



Autorin

**Dr. med.
Ulrike Hohenfellner**

Fachärztin für Urologie
Privatpraxis für Urologie Heidelberg
Ambulantes Rehasentrum für
Urologie und Gynäkologie Heidelberg
Arbeitskreis Psychosomatische
Urologie und Sexualmedizin der DGU
ulrike@hohenfellner.de