

**Das Messer in der Blase**

**Patienten mit Interstitieller Cystitis haben bis zur Diagnosefindung oft einen langen Leidensweg hinter sich.**

Bei der Interstitiellen Cystitis ist die Blasenschleimhaut, die Schutzschicht im Inneren der Blase, defekt, sodass der „scharfe“ Harn in die Muskelschichten eindringen kann. Schmerzhafter Dauerdrang und der Zwang zur ständigen Entleerung sind die Folge. Die Harnblase schrumpft und umfasst im Endstadium oft nur mehr 30 bis 50 ml. Als letzte Konsequenz droht die Zystektomie. Oft erst nach einem längeren „Doctor-Hopping“ landen Betroffene beim Facharzt oder in einem Therapiezentrum.

Die Interstitielle Cystitis fällt in die Kategorie der seltenen Erkrankungen und ist darum auch unter Medizinern zu wenig bekannt. In Österreich geht man von etwa 5.000 IC-Betroffenen aus. Kommt der Patient in die Uro- bzw. Kontinenzambulanz, klagt er oft über eine „dauernde Blasenentzündung“, er muss ständig auf die Toilette und trotzdem rinnen nur „ein paar Tropferl“. Die Nachtruhe ist durch häufiges Aufstehen schwer gestört. Oft treffen Ärzte auf verzweifelte Patienten: „Es tut so weh, es brennt ganz schlimm, die Ärzte haben alle nichts gefunden, ich schlucke ständig Medikamente, ich trinke ständig Blasentee, aber alles umsonst. Herr Doktor, bitte helfen Sie mir!“

**Unerträgliche Beckenschmerzen**

Interstitielle Cystitis (IC), Bladder Pain Syndrome (BPS), Chronic Pelvic Pain Syndrome (CPPS), Abakterial Prostatitis bzw. Chronic Prostatitis (CP), Prostatodynia bzw. Vulvodynia sind verschiedene Bezeichnungen mit einem gemeinsamen Merkmal: Sie sind für unerträgliche Schmerzen im Beckenbereich verantwortlich. Und der Auslöser des Schmerzes liegt meist im Urothel.

Befindet sich die Blase im „Speichermodus“ tut sie reflexartig alles, um einen Urinverlust zu vermeiden. Bei jeglicher Form der Übererregung des Urothels wird dieser Reflex überaktiv und die Beckenmuskulatur spannt sich an. Es handelt sich nicht um eine neuro-muskuläre Übertragungsaktivität, da das Problem direkt vom Harn ausgeht. Es kommt erst in zweiter Linie über den Guarding-Reflex zu einem Spasmus des äußeren Sphinkters. „Diese Erkenntnis ist für die Therapie entscheidend, da zuerst die Blase, und dann erst der Kontinenzreflex behandelt werden muss“ erklärte Prof. Dr. Gero Hohlbrugger, Facharzt für Urologie, Dornbirn. Wichtig beim Mann ist der klinische Ausschluss eines Druckschmerzes der Prostata.

**Vermeidung unnötiger Zystektomien**

Ein hyperpermeables Urothel wird durch eine positive Kaliumzystometrie angezeigt, was jedoch noch nicht die Diagnose BPS bzw. IC absichert. „Bei fehlenden Prostataschmerzen stellt die Therapie der Blasenschleimhaut nach wie vor den Goldstandard dar“, sagt Hohlbrugger. Der negative Kaliumtest findet sich bei normaler Blase, bei IC plus Restharnblase (Cave!), in den IC-Endstadien und natürlich bei vollständiger, neurogener Denervierung.

Inwieweit der Beckenboden von intravesikalem Kalium beeinflusst wird, könnte eine komparative (NaCl vs. KCl) Beckenboden-EMG-Uroflow-Studie anzeigen. Wenn man also, wie üblicherweise bei den urodynamischen Untersuchungen, nur NaCl verwendet, kann eine IC mit Beteiligung des Beckenbodens sogar unentdeckt bleiben. Dem schwachen Harnfluss liegt also eine funktionelle, und keine strukturelle infravesikale Obstruktion zugrunde. Folglich kann beim Mann eine Prostataresektion den schwachen Harnfluss keineswegs verbessern. Für die klinische Diagnostik ist der Kaliumtest völlig ausreichend – es ist weder eine Biopsie, und noch viel weniger eine Blasenüberdehnung indiziert. „Es sind bei dreißig Prozent normaler Blasen die Mastzellen erhöht, und bei etwa dreißig Prozent normaler Blasen kommt es bei der Blasendistension zu einer Blutung“, so Hohlbrugger.

**First Line-Therapien**

Laut den „Guidelines for Therapy of BPS/IC first line“ von 2010/2011 der American Urological Association (AUA) soll eine Diät (Vermeiden von Koffein, Kohlensäure, Weißwein etc.) und ein adäquates Stressmanagement (Schaffen einer „mentalen Distanz“ zum Problem) helfen, die Beschwerden zu reduzieren. Es muss die Vaginalflora (Östrogen, Milchsäureovula) berücksichtigt werden, und es sollte keinesfalls, bevor nicht das Blasenproblem gelöst ist, eine Beckenbodenentspannung durchgeführt werden (gilt auch für CPPS). Orale Therapien sind Amitriptyline, Hydroxyzine, Cimetidine oder Elmiron. Therapeutische Goldstandard ist aber nach wie vor die GAG-Substitution (bladder instillation therapy).

Bei den sogenannten GAGs (Glucosaminoglycans) handelt es sich um wesentliche Komponenten des Schleims, der von einem normalen Urothel exprimiert wird. Dieser ist einerseits für die Infektabwehr zuständig, und ist andererseits auch gegen die Steinbildung und möglicherweise auch antionkologisch wirksam. Eine Substitution führt meist zu einer Verbesserung der Beschwerden, und die Urothelzellen können wieder ihre eigenen GAGs produzieren. Für die Therapie einer CPPS kommen darüber hinaus Alpha-Blocker,

Bioflavinoide, Akupunktur, TENS oder die sakrale Neuromodulation in Frage.

## Langjähriges Martyrium

Da es sich nicht um eine Überaktivität der neuromuskulären Übertragung handelt, darf kein Anticholinergikum verabreicht werden. „Man kann außerdem davon ausgehen, dass nach erfolgreicher Behandlung auch so gut wie keine Infekte mehr auftreten, weshalb eine Langzeitantibiose nicht zielführend ist“, sagt Hohlbrugger. Behandelt man nicht richtig, ist das Krankheitsgeschehen dem „Crescendo“ unterworfen. Wie auch in den Guidelines beschrieben, sollte von Anfang an ein Pain-Management durchgeführt werden. Aufgrund des immer besseren Wahrnehmens der interstitiellen Cystitis, der Durchführung des Kalium-Tests und der GAG-Therapie, gibt es kaum noch „Endstadien“, die eine Zystektomie erfordern.

Das „Martyrium“ von Christa Rammerstorfer, Leiterin der Selbsthilfegruppe für IC-Erkrankte in Österreich, dauerte 20 Jahre. Bei ihr wurde schließlich die Blase zystektomiert, eine Neoblase eingesetzt und gleichzeitig die rechte Niere entfernt. Die jahrelange Entzündung der IC-Blase hat eine Harnleiterstenose ergeben und dadurch eine Niereninsuffizienz verursacht.

## Der Spießrutenlauf zur richtigen Diagnose

„Diesem Final-Faktor in der Entwicklung der IC wird allgemein noch viel zu wenig Beachtung geschenkt“, erklärt Rammerstorfer. Sie schildert aus der Sicht einer Betroffenen das durch eine IC verursachte Leiden: „Der Schmerz wird anfangs wie bei einer normalen Harnwegsinfektion empfunden. Er ist unangenehm, wechselhaft, im längeren Verlauf beginnende Dauerschmerzen in Form einer brennenden, krampfenden Blase. Der Schmerz zieht sich bis in die Harnröhre, ins Becken hinauf zur Wirbelsäule. Im fortgeschrittenen Stadium treten die Schmerzen kolikartig auf. Sie wüten wie schneidende, stechende Messer bzw. Rasierklingen im Unterleib.“ Vergleichen könne man es sogar mit Durchbruchsschmerzen bzw. Schmerzen bei Tumorpatienten. Sie strahlen in den Genitalbereich, in den Rücken und Leistenbereich aus. Sogar chronische Kopfschmerzen können damit verbunden sein. „Bis in die Oberschenkel und die Füße können sie sich ziehen, dass sogar das Gehen unmöglich wird“, so Rammerstorfer. Hinzu kommen bis zu 60 schmerzhafte Toilettengänge bei Tag und bei Nacht, und das trotz fast leerer Blase

Überschneidungen zu anderen (Begleit)Erkrankungen, wie rezidivierende Harnwegsinfekte, Vulvodynie, Pilz, Herpes, Endometriose, Prostatitis, Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis (z. B. Fibromyalgie), oder Wirbelsäulenerkrankungen bringen für den IC-Betroffenen bis zur richtigen Diagnose einen Spießrutenlauf mit sich. Fehldeutungen des Leidens führen oft zu bis zu 20 Arztkontakten ohne adäquate Behandlung. Konsultiert werden neben dem Uro- bzw. Gynäkologen, der praktische Arzt, das Krankenhaus, der Physio- oder Schmerztherapeut, der Psychologe etc. „Durch eine gute Beratung könnte man in der Urologie und Kontinenzberatung die Irrwege eines IC-Betroffenen erheblich abkürzen“, sagt Rammerstorfer. Das Leben eines Patienten kreist um seinen 24-Stunden-Schmerz und eine ständige Toilettensuche. Dadurch ist er in fast allen Bereichen eingeschränkt und muss auf viele Aktivitäten verzichten: Kino, Theater, kulturelle Veranstaltungen, Sport, Reisen (wenn ja, dann sehr eingeschränkt), öffentliche Verkehrsmittel, beim Autofahren muss das „Kübel“ im Kofferraum dabei sein. Er ist eingeschränkt bei gemeinschaftlichen Aktivitäten mit Familie, Freunden, Arbeitskollegen. Normales Essen und Trinken sind aufgrund von Diätvorschriften (Kalium!) nicht möglich. Hinzu kommen sexuelle Probleme (Verzicht auf Familienplanung), soziale Probleme (Partnerschaftskonflikte, Trennung), Probleme am Arbeitsplatz (wochenlange Krankenstände, Arbeitsverlust), Invalidität und Frühpension (lebenslange finanzielle Schlechterstellung), und nicht zuletzt der psychische Leidensdruck (Ängste, seelischer Schmerz).

Die Diagnosestellung erfolgt oft zu spät: „In unserer Selbsthilfegruppe befinden sich etwa 130 IC-Betroffene, davon steuern mindestens 30 Prozent eine Blasenentfernung in absehbarer Zeit an“, so Rammerstorfer. Nicht nur aus Patientensicht sollte daher eine ehest mögliche Diagnose und anschließende adäquate, individuelle Therapie angestrebt werden. Dazu muss der IC-Schmerz Ernst genommen werden, und von Anbeginn an das notwendige strukturierte „Therapiepaket“ zur Anwendung kommen, bestehend aus physikalischer und Schmerztherapie sowie psychologischer Begleitung.

„Mein Wunschziel ist die Schaffung eines Kompetenzzentrums für IC-Betroffene in jedem Bundesland“, erklärt Rammerstorfer. Dieses soll als Hauptanlaufstelle für IC-Patienten zur Diagnosestellung und Versorgung mit spezifischen Behandlungstechniken fungieren, und den **Einsatz von erfahrenen IC-Ärzten, Kontinenz- und Urotherapeuten ermöglichen.**

Reinhard Hofer, Ärzte Woche 48/2014

© 2014 Springer-Verlag GmbH, [Impressum](#)

