



Die deutschsprachige S2k-Leitlinie zur interstitiellen Zystitis – Hilfe bei belastender Erkrankung

Die interstitielle Zystitis/das Harnblasenschmerzsyndrom (IC/BPS) ist durch sehr häufige Miktionen (bis zu 100-mal pro Tag) und starke Schmerzen charakterisiert. Die Lebensqualität ist dabei oft der von Tumor- oder Dialysepatienten vergleichbar.

Definition

Die interstitielle Zystitis/das Harnblasenschmerzsyndrom (IC/BPS – „bladder pain syndrome“) ist eine polyätiologische, nicht infektiöse, chronische Harnblasenerkrankung unklarer Genese mit oft vermehrten Makrophagen und Nervenendungen in der Muskelschicht der Harnblase. Im Vordergrund stehen für die Patienten starke, häufig brennende Schmerzen der Harnblase und ein imperativer Harndrang mit Pollakisurie und Nykturie, bis zu 100-mal pro Tag in Extremfällen. Häufig treten die Beschwerden undulierend auf. Die Lebensqualität kann dabei wie bei Tumorpatienten, Dialyse oder massiver Herzinsuffizienz eingeschränkt sein. Im Spätstadium kann

eine Schrumpfbilase mit nur kleiner Kapazität auftreten.

Leitlinie

Seit dem 19.10.2018 kann auf der Homepage der AWMF (www.awmf.org) die deutschsprachige S2k-Leitlinie zu IC/BPS heruntergeladen werden. Die 23-köpfige Expertengruppe aus Österreich, der Schweiz und Deutschland mit Ärzten der IC/BPS behandelnden Sparten, Physiotherapeuten und Vertretern der Selbsthilfe aus 15 verschiedenen Organisationen verabschiedete zuvor am 27.07.2018 in der Kurpark-Klinik Bad Nauheim die endgültige Version der Leitlinie, die nach abschließender redaktioneller Überarbeitung und Zulassung durch die beteiligten

KEYPOINTS

- Bei Pollakisurie und Harnblasenschmerzen ohne Nachweis von Bakterien, Stein oder Tumor sollte man an die interstitielle Zystitis/das Harnblasenschmerzsyndrom denken.
- Eine intensive Diagnostik soll insbesondere maligne Differenzialdiagnosen ausschließen.
- Orale, invasive, rehabilitative und operative Therapiemaßnahmen sollten je nach Ausmaß der Vorbehandlung und der aktuellen Beschwerden ausgewählt werden.

Gesellschaften jetzt öffentlich zugänglich gemacht wurde.

Epidemiologie

Die Angaben über die Prävalenz der IC/BPS liegen je nach Land und zugrunde liegender Definition für Frauen bei 52–500/100 000 und für Männer bei 8–41/100 000. Der Altersgipfel liegt im mittleren Alter. Auch Kinder und Jugendliche können betroffen sein.

Pathogenese

Eine Theorie zur Pathophysiologie geht von einer gesteigerten Permeabilität der Harnblasenwand durch defekten Mucus aus, sodass Urininhaltsstoffe in tiefere Wandschichten der Harnblase eindringen. Dort lösen sie Schmerzen durch Depolarisation der Nervenendigungen, Ödeme, eine Verringerung der Durchblutung und eine Zunahme der Mastzellen und der sensorischen Nervenendigungen (neuronale Hyperaktivität) aus. Begleitend können allgemein entzündliche Prozesse, eine be-

Gravierende Alltagsprobleme	80%
Existenzielle Probleme	40%
Dyspareunie	
Partnerprobleme	
Somatische Belastungsstörung	
Urothelkarzinomrisiko	gegenüber Kontrollen erhöht
Mikrobiom der Harnblase	verarmt, mehr Laktobazillen
Endometriose	≤50% aller IC/BPS-Patienten
Reizdarmsyndrom	viszeraler Crosstalk zur Harnblase
Autoimmunerkrankungen	
Fibromyalgie	
Neurologische Erkrankungen	Apoplexrisiko um 52% erhöht
Rheumatologische Erkrankungen	
Koronare Herzkrankheit	veränderbare Risikofaktoren untersuchen

Tab. 1: Begleiterscheinungen bei IC/BPS

einträchtige Mikrozirkulation, Reaktionen auf Nahrungsbestandteile und Histamin sowie eine Dysfunktion der Beckenbodenmuskulatur ($\leq 87\%$) beobachtet werden. Man unterscheidet eine Form mit Hunner-Ulzerationen der Harnblase vom Nicht-Hunner-Typ.

Begleiterscheinungen

Die Begleiterscheinungen bei IC/BPS sind in Tabelle 1 angeführt.

Diagnostik

Die Diagnose wird oft erst nach vielen Arztkontakten gestellt, da die Beschwerden initial an bakterielle Harnwegsinfektionen oder gynäkologische Erkrankungen denken lassen (Tab. 2).

Konservative, orale und intravesikale Therapie

Die Therapiemodalitäten bei IC/BPS sind in Tabelle 3 angeführt.

Stationäre Rehabilitation

Durch die multimodale, fachspezifische, stationäre urologische Rehabilitation vor invasiven Verfahren bei IC/BPS nach fehlender Besserung durch ambulante Therapie berichteten 61,9% über eine Besserung der Schmerzen, die bei 47,6% auch über 1–17 Monate anhielt. Ähnlich verhielt es sich bei Pollakisurie (66,7%, 47,6%) und Nykturie (71,4%, 71,4%) (Empfehlungsgrad A). Nach Zystektomie mit Harnableitung soll eine fachspezifische, stationäre urologische Rehabilitation durchgeführt werden (Empfehlungsgrad A).

Interventionelle und operative Therapie

Potenziell erfolgreich sind die Injektion von Botulinumtoxin (Empfehlungsgrad C) sowie die Injektion von Kortikosteroiden plus Lokalanästhetika (Empfehlungsgrad C), jeweils mit Hydrodistension der Harnblase (Empfehlungsgrad B), oder die Elektro- bzw. Laserfulguration von Hunner-Ulzerationen in Narkose mit Hydrodistension (Empfehlungsgrad O). Auch zur sak-

Anamnese	Symptome, Begleiterkrankungen, Operationen, konservative Therapien, Medikation, Sucht, Missbrauch
Differenzialdiagnosen	urologisch, gynäkologisch, gastroenterologisch, orthopädisch, neurologisch, psychiatrisch
Fragebögen	O'Leary-Sant (ICPI/ICSI), Pelvic Pain and Urgency (PUF), Bladder Pain/IC Symptom Score (BPIC-SS), Female Sexual Function Index (FSFI-d)
Biomarker	keine international anerkannten
Körperliche Untersuchung	inklusive Genitalregion und rektal, muskulärer Status
Zusätzliches	Urinstatus u. -kultur, Zytologie, Uroflowmetrie, Urosonografie, Urethrozystoskopie in Narkose mit Hydrodistension, Urodynamik fakultativ
Kaliumchloridtest	>30% Kapazitätsminderung unter 0,2 M KCl versus NaCl 0,9%
Harnblasenbiopsie	mit Detrusoranteilen, Mastzell-, Lymphozyten und Nervenendigungszählung

Tab. 2: Diagnostik bei IC/BPS

A – Lebensstiländerungen	Kleidung, Sexualität, Sport, Blasentraining
A – Ernährung	ggf. individuell umstellen
A – Physiotherapie	insbesondere Entspannung des Beckenbodens
A – Psychologische/psychiatrische Betreuung	zur Therapie von Depressionen und Erschöpfung
C – Akupunktur	
C – Komplementärmedizin	Ballaststoffe, Neuraltherapie, Probiotika
ORALE MEDIKATION	
A – Pentosanpolysulfat	B – Amitriptylin
C – Mirtazapin	C – Hydroxyzin
C – Cimetidin	C – Montelukast
C – Sildenafil	C – Nifedipin
A – Analgetika: NSAR, Novaminsulfon, Opioide	O – Immunsuppressiva: Ciclosporin A, Azathioprin, Methotrexat
C – Muskelrelaxanzien: Tizanidin	O – Alphablocker: Tamsulosin
C – Antikonvulsiva: Pregabalin	
INTRAVESIKALE THERAPIE (+ B ELECTROMOTIVE DRUG ADMINISTRATION, EMDA)	
C – Heparin	B – Hyaluronsäure/Hyaluronan
B – Chondroitinsulfat	C – Lidocain/Cortison/Hydrogenkarbonat
N – Dimethylsulfoxid (DMSO)	
A – soll, B – sollte, C – kann erwogen werden, N – sollte nicht, O – ohne Empfehlung	

Tab. 3: Therapiemodalitäten bei IC/BPS

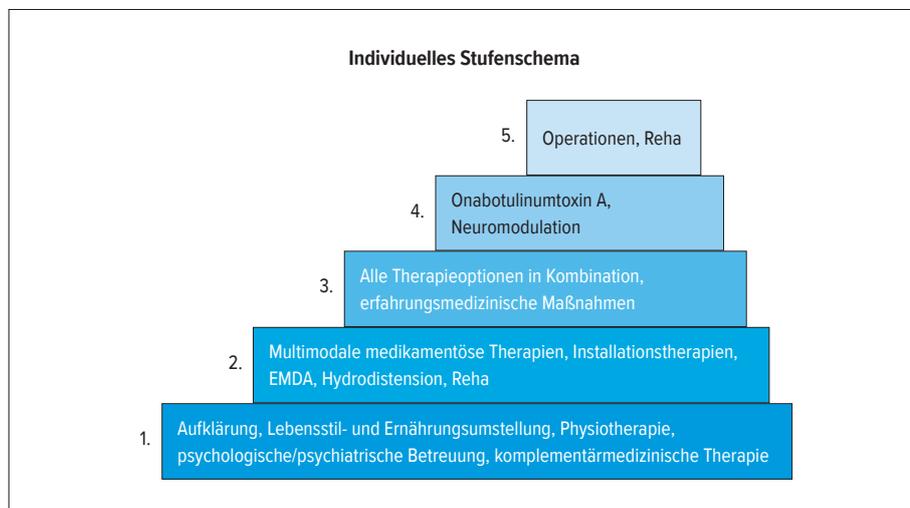


Abb. 1: Stufentherapie der IC/BPS

ralen, pudendalen und perkutan tibialen Neuromodulation gibt es positive Berichte (Empfehlungsgrad O). Die Ergebnisse der hyperbaren Sauerstofftherapie bei IC/BPS sind widersprüchlich (Empfehlungsgrad

O). Bei irreversibler Schrumpfblase, bei der die Lebensqualität durch Schmerz und Pollakisurie zerstört ist und weniger invasive Behandlungen unbefriedigende Ergebnisse erbracht haben, wird nach Zys-

tektomie bevorzugt ein Ileumkonduit oder ein Ileozökalpouch angelegt (Empfehlungsgrad O).

Stufenweise Therapie

Abbildung 1 stellt das Stufenschema der Therapie bei IC/BPS dar. ■

Autor:

PD Dr. **Winfried Vahlensieck**

Chefarzt der Fachklinik Urologie,

Kurpark-Klinik Bad Nauheim

E-Mail: winfried.vahlensieck@t-online.de

www.kurpark-klinik.com

■0612

Literatur:

- Leitliniengruppe S2K-Leitlinie für Interstitielle Cystitis (IC/BPS); Langfassung, 1. Auflage, Version 1, 2018, AWMF-Nr. 043/050 • Vahlensieck W: Die stationäre urologische Rehabilitation bei interstitieller Cystitis. Urologe 2005; 44: 41-45 • Vahlensieck W: S2-Leitlinie zur Interstitiellen Zystitis. Urologische Nachrichten 09.(2018)/Kongressausgabe 2:17