

Wenn Unterbauchschmerzen chronifizieren

Das Chronic Pelvic Pain Syndrome aus gynäkologischer Sicht

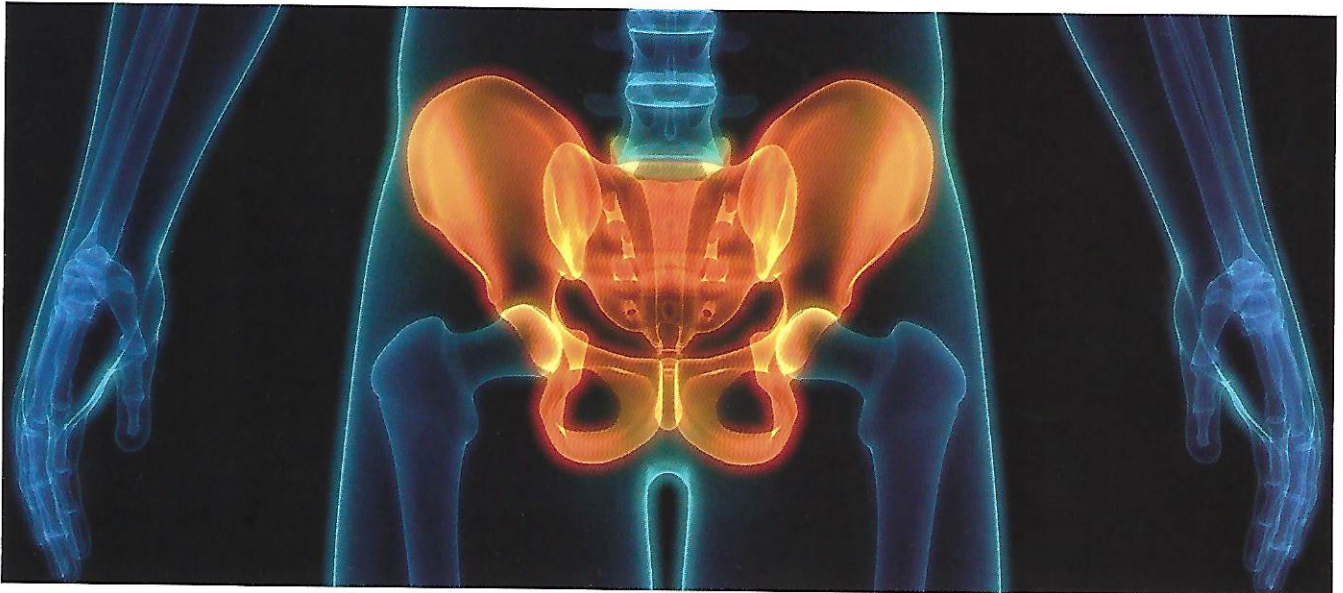


Foto: © shutterstock.com / Magic mine

Unterhalb des Bauchnabels lokalisierte Schmerzen, die teilweise bis in die Leistenegend ausstrahlen und länger als drei bis sechs Monate währen, stellen die Leitsymptomatik des Chronic Pelvic Pain Syndrome (CPPS) dar – einer Erkrankung, die überwiegend Frauen betrifft. Die Missempfindungen im Becken können dabei zyklisch, intermittierend-situativ oder nicht zyklisch auftreten. Biologische und psychosoziale Faktoren spielen gleichermaßen bei der Prädisposition, der Auslösung und der Chronifizierung eine Rolle. Im klinischen Alltag

besteht häufig die Herausforderung, dem Symptom der anhaltenden Schmerzen im Unterbauch von Patientinnen eine eindeutige Diagnose zuzuordnen.

Mannigfaltige Symptomatik

Aufgrund der Komplexität des Krankheitsbildes mit divergierender Symptomatik und Verursachung liegt derzeit keine einheitliche internationale Definition des CPPS vor. OA Dr. Franz Roithmeier, 1. stellvertretender Leiter der Abteilung für Gynäkologie am Or-

densklinikum Linz, bestätigt eine gewisse Unschärfe der Begriffsbestimmung des chronischen Beckenschmerzes: „Man unterscheidet das schmerzhaftes Blasensyndrom (Painful Bladder Syndrome), den chronischen Vulvaschmerz (Vulvodynie) und den chronischen Unterbauchschmerz (CPP).“

Neben den Schmerzen als Leitsymptom könnten typischerweise andere Symptome wie „Fieber oder Entzündungszeichen bei infektiöser Ursache auftreten“, sagt der Leiter des Linzer Beckenbodenzentrums und nennt Scheiden-

© masterzphoto - stock.adobe.com, 2020_01_Rosamib®_I_HA_01

POWER ON

Die erste Fixkombination aus Rosuvastatin und Ezetimib in der Green Box.

Rosamib®

Rosamib®
10 mg/10 mg
Tabletten

GENERICON

trockenheit, Jucken und Brennen bei einer Hormonstörung sowie stechende und ausstrahlende Schmerzen bei vertragenen respektive muskuloskeletalen Ursachen als weitere Anzeichen. Zusätzlich klagten manche Patientinnen über Algurie, Strangurie, Pollakisurie, sexuelle Funktionsstörungen oder mit der Menstruation assoziierte Beschwerden.

Ätiologie

Die Schmerzen im Becken können von einer Vielzahl von Strukturen ausgehen, wobei die Krankheitsauslöser urologischer, gynäkologischer, neurologischer, proktologischer und psychosomatischer Herkunft sein können. Als klinisch relevante Ursache gehört die – durch Auftreten von endometriemartigen Zellverbänden außerhalb des Cavum uteri charakterisierte – Endometriose zu den häufigsten Auslösern chronischer Unterbauchschmerzen. Ebenso könnten „Traumata, Entzündungen oder Tumoren sowie Erkrankungen aus dem neurologischen oder orthopädischen Formenkreis“ am ursächlichen Geschehen mitwirken, erläutert Dr. Roithmeier. Probleme mit der Lendenwirbelsäule, degenerative Prozesse, die von der Columna vertebralis bis hin zum Hüftgelenk und Kreuzbein reichen können, aber auch alte Verletzungen durch vorangegangene Unfälle sind häufig mit muskuloskeletalen Problemen assoziiert. Durch den fortlaufenden Schmerz werde in vielen Fällen ein Circulus vitiosus mit „Schon-

haltung und konsekutiven muskuloskeletalen Dysbalancen oder Verspannungen, gefolgt von psychosomatischen Auswirkungen und einer Schmerzintensivierung, in Gang gesetzt“, weist der Leiter des Beckenbodenzentrums auf die Gefahr einer Schmerzspirale mit gravierenden Folgen hin.

Entscheidende Basisdiagnostik

Hinsichtlich des Schmerzerlebens sollte die Anamnese Auskunft über Beginn, Qualität, Dauer, Intensität und Lokalisation des Schmerzes geben. Eine gezielte Sexualanamnese, Fragen zum Stuhl- und Miktionsverhalten und die Eruiierung von etwaigen Zusammenhängen mit der Menstruation vervollständigen das diagnostische Bild. Daneben kommt der gynäkologischen Untersuchung samt vaginalem Ultraschall sowie – falls nötig – Schnittbildverfahren bei einem Anhaltspunkt auf ein konkretes pathologisches Geschehen eine große Bedeutung zu. Die diagnostische Laparoskopie als eine manchmal unverzichtbare Maßnahme zur Abklärung und gegebenenfalls zur Therapie chronischer Unterbauchschmerzen ermöglicht eine exakte intraperitoneale Beurteilung des Beckens und des übrigen Cavum abdominale. Laborchemische Untersuchungen, welche Leukozyten, CRP und Urinstatus umfassen, dienen dem Ausschluss entzündlicher Prozesse. Auf Basis der Informationen aus der Anamneseerhebung, der Inspektion und der klinischen Untersuchung können erste Verdachtsdiagnosen ge-



Experte zum Thema:
OA Dr. Franz Roithmeier
 1. Oberarzt am Ordensklinikum Linz – Barmherzige Schwestern und Leiter des Beckenbodenzentrums Linz

Foto: © Ordensklinikum Linz

stellt, verschiedene Differentialdiagnosen sicher ausgeschlossen und gezielte diagnostische Schritte eingeleitet werden.

Multimodale interdisziplinäre Therapiekonzepte

In puncto Therapieplanung sei zu berücksichtigen, dass „die Patientinnen oft einen langen Leidensweg hinter sich haben, der sie von einem/einer Experten/Expertin zum/zur nächsten führt“, gibt Dr. Roithmeier zu bedenken. Ihm zufolge hilft es, wenn man sich die Zeit nimmt, sich die ganze Krankheitsgeschichte einschließlich vorausgehender Therapieveruche anzuhören. Dies gelinge am ehesten, „wenn ein/eine Vertrauensarzt/Vertrauensärztin weitere Schritte koordiniert, die Patientin durch Diagnose und Therapie führt und ihre Compliance prüft“, so der Mediziner. Das Behandlungskonzept selbst hänge von den im Vordergrund stehenden Beschwerden ab. Bei verspannungsassoziierten Beschwerden des Beckenbodens oder solchen, die durch einen erhöhten Muskeltonus verursacht sind, helfen physiotherapeutische Maßnahmen, welche unter anderem Entspannungstechniken, Triggerpunktbehandlung, Muskelkräftigung und Beweglichkeitsförderung beinhalten, in Kombination mit medikamentöser Therapie oder Komplementärmedizin. „Oft ist es ratsam, einen/eine Schmerztherapeuten/Schmerztherapeutin in den Behandlungsprozess zu involvieren“, sagt der Leiter des Linzer Beckenbodenzentrums und verweist auf die schmerzlindernde Wirkung beispielsweise von Cannabis-Tropfen und Stromtherapie.

In Hinblick auf die somatoforme Schmerzentstehung ist eine ganzheitlich orientierte Behandlungsstrategie indiziert, die neben der Pathogenese auch die Salutogenese berücksichtigt und einem biopsychosozialen Modell folgt.

Mag. Sylvia Neubauer

► **Tabelle: Chronic Pelvic Pain Syndrome – mögliche Ursachen**

Gynäkologische Ursachen	Endometriose, Adenomyose, Adhäsionen, chronische Adnexitis, maligne gynäkologische Erkrankungen, pelvine Varikosis etc.
Gastrointestinale Ursachen	Obstipation, Reizdarm, chronisch entzündliche Darmerkrankungen, Divertikulose oder chronische Divertikulitis des Darmes, chronische Gefäßkrankheiten des Darmes etc.
Neurologische Ursachen	Neuropathien, maligne Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems sowie des Bindegewebes, myofasziale Schmerzen, Hernien etc.
Muskuloskelettale Ursachen	Fibromyalgie, Hernien, Arthropathien, Diskusprolaps etc.
Urologische Ursachen	Painful Bladder Syndrome, Urethralesyndrom, maligne urologische Erkrankungen etc.
Psychische Ursachen	Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, affektive Störungen, Anpassungsstörungen, Essstörungen etc.