

# FORTBILDUNG

Sinnvolle Abklärung durch den Grundversorger und aktuelle Therapiemöglichkeiten

## Chronisches Schmerzsyndrom des Beckens

Schmerz ist eine unangenehme sensorische und emotionale Erfahrung, die mit einer vorliegenden oder drohenden Gewebeschädigung oder -verletzung einhergeht (1). Es gibt keine einheitliche internationale Definition, nach welcher Zeit ein Schmerz als «chronisch» gilt, je nach Fachgesellschaft müssen entsprechende Symptome mindestens 3 (1–3) oder 6 Monate (4–6) vorhanden sein.

Chronischer Schmerz kann Folge von klaren Pathologien wie Infektionen, Krebs oder Traumata sein. Lässt sich keine spezifische Ursache, also kein «spezifischer krankheits-assoziiertes Schmerz» finden, sprechen wir von einem Schmerzsyndrom. Die European Association of Urology (EAU) definiert das chronische Schmerzsyndrom des Beckens (chronic pelvic pain syndrome: CPPS) als ein nicht-maligner Schmerz, welcher in Bezug auf die Strukturen des weiblichen oder männlichen Beckens über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten wahrgenommen wird, ohne dass offensichtliche Pathologien vorliegen (5,7). In diesem Artikel wird das Krankheitsbild unter besonderer Berücksichtigung von diagnostischen und therapeutischen Aspekten dargestellt.

Das CPPS ist keine homogene Erkrankung, vielmehr handelt es sich um einen Sammelbegriff für ein oder mehrere Schmerzprobleme im Becken mit unterschiedlichen, sich teils auch überschneidenden klinischen Manifestationen, aber am ehesten verschiedenen Ursprungs (8). Eine Überschneidung mit anderen chronischen Schmerzsyndromen ist häufig (8).

In Folge der Heterogenität gestaltet sich die Taxonomie schwierig, eine hierarchische Einteilung nach betroffenem Organ bzw. verschiedenem Phänotyp und Begleitsymptomen (Tabelle 1 und Abbildung 1), hat sich bewährt und erleichtert eine Differenzierung (1,7,9). Nicht zuletzt aufgrund der vielen involvierten Fachdisziplinen (Urologen, Gynäkologen, Gastroenterologen, Viszeral-Chirurgen, Neurologen, Rheumatologen etc.) liess sich bisher keine einheitliche Nomenklatur finden (1,6,7,9–16). Es besteht weitestgehend Einigkeit, auf das Suffix «-itis» zu verzichten, welches typischerweise für Entzündungen verwendet wird (10).



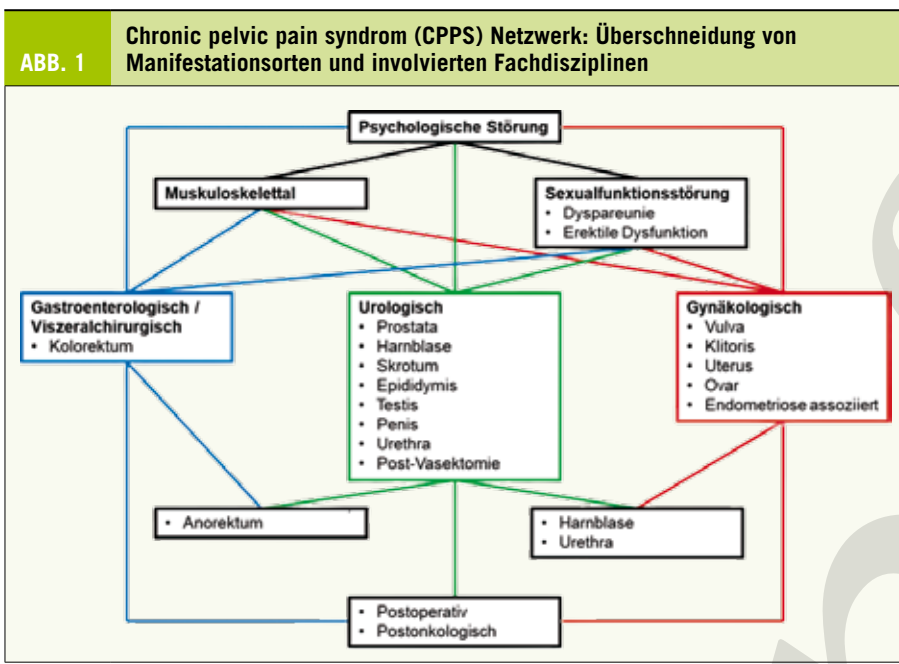
Dr. med. Lorenz Leitner  
Zürich



Prof. Dr. med. Thomas M. Kessler  
Zürich

### Häufig unterschätzt, doch gesundheitsökonomisch relevant

Weltweit leiden Millionen von Menschen an einem CPPS. Epidemiologische Daten sind meist nur für einzelne Phänotypen vorhanden. Mit einer Prävalenz von bis zu 10% ist das chronische Prostataschmerzsyndrom die häufigste urologische Diagnose bei Männern unter 50 Jahren (17,18), 3–6% Frauen leiden an einem chronischen Blasenschmerzsyndrom (Verhältnis Frau zu Mann 5–8:1) (19,20). In der Schweiz leiden nach Schätzungen 2.5% aller Männer an einem chronischen Schmerzsyndrom des Skrotums, der Hoden oder Nebenhoden (21), oft in Folge einer Vasektomie oder Leistenhernienoperation. Die Häufigkeit eines CPPS und dessen negativer Einfluss auf die Lebensqualität ist somit ähnlich wie bei anderen chronischen Krankheiten (z. B. Diabetes mellitus, Morbus Crohn oder kongestive Herzinsuffizienz) (22,23). Bei vergleichbarem finanziellem Aufwand wie Kreuzschmerzen, Fibromyalgie und rheumatoider Arthritis stellt das CPPS auch gesundheitsökonomisch eine grosse Herausforderung dar (24).



Es ist zu beachten, dass viele CPPS-Patienten an «mehr als nur einem Schmerz» leiden. So fanden sich bei Patientinnen mit einem chronischen Blasenschmerzsyndrom in 74% gleichzeitig rezidivierende Bauchschmerzen und bei 66% chronische Rückenschmerzen (25), was die Idee eines systemischen an Stelle eines lokalen schmerzmodulierenden Mechanismus nahe legt (26,27).

**Nutzen-Risiko-Abwägung und diagnostisches Dilemma**

Ausschlussdiagnosen bergen Risiken und stellen uns vor ein Dilemma. So sind umfassende Untersuchungen befriedigend für Arzt und Patienten, senken Ängste, direkt behandelbare Ursache nicht zu verpassen, verleiten Patienten aber zum Glauben, dass nur die Beseitigung eines behandelbaren biomedizinischen Korrelates zu einer Heilung führen kann. Andererseits droht die Gefahr, behandelbare Ursachen und schwerwiegende Krankheiten zu übersehen, wenn im Falle eines chronischen Schmerzes zu schnell von einem Schmerzsyndrom ausgegangen wird.

Generell gilt es, den Ängsten von Patienten adäquat zu begegnen. Gerade in der westlichen Medizin, wo der menschliche Körper gerne als «reparierbare Maschine» angesehen wird, ist ein manifestes Leiden ohne klinischen Befund schwer zu vermitteln. Eine offene Diskussion über Ängste und Gefühle, aber auch über Strategien, wie mit der Situation umgegangen wird, sind entscheidend, um Negativspiralen zu vermeiden (28).

**Multifaktorielles Problem**

Für Betroffene ist das CPPS ein multifaktorielles Problem mit Hürden in Freizeit und Alltag, hohem psychischem Leidensdruck, sexuellen Einschränkungen, sozialen Dissonanzen bis hin zu Existenzsorgen. Dies führt aber auch zu Belastung von Angehörigen, Bezugspersonen und dem betreuenden medizinischen Fachpersonal (29). Umso wichtiger ist eine angemessene Exploration möglicher prädisponierender Faktoren (30,31) und assoziierter Probleme, seien diese gastrointestinaler (32), muskuloskeletaler (33), sexueller (34) oder psycho-sozialer (35) Natur. Nur eine ganzheitliche bio-psycho-soziale Betrachtung unter Einbezug verschiedener Charakteristika ermöglicht eine genauere Klassifikation und sinnvolle Betreuung. Dahingehend wurde 2009 von Shoskes et. al. ein auf klinischen Phänotypen basierendes Klassifikations- und Therapiesystem vorgestellt mit dem Ziel, dem CPPS als heterogenes Syndrom mit einem individualisierten Management zu begegnen (36).

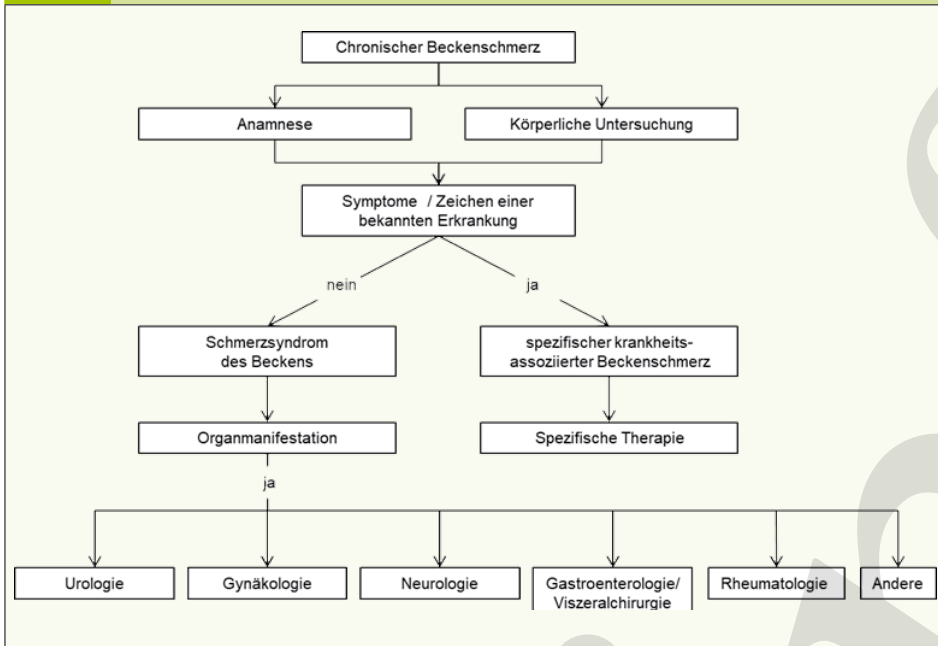
**TAB. 1 Klassifikation des chronischen Schmerzsyndroms des Beckens**

(chronic pelvic pain syndrome: CPPS) adaptiert von der European Association of Urology (EAU) Guideline on Chronic Pelvic Pain und der International Continence Society (ICS) Terminology in Chronic Pelvic Pain Syndromes (7,9)

Region	Domänen	Endorgan	Symptome (zusätzlich zu Schmerzen im Endorgan)
Chronischer Beckenschmerz  Spezifische Schmerzursache  oder  Schmerzsyndrom	Urologisch	Prostata Harnblase Skrotum Epididymis Testis Penis Urethra Post-Vasektomie	Harnblasenspeichersymptome Harnblasenentleersymptome Nykturie Dyspareunie
	Gynäkologisch	Vulva Vestibulum vulvae Klitoris Uterus Ovar Endometriose assoziiert	Menstrual Menopause Dyspareunie
	Gastroenterologisch / Viszeralchirurgisch	Anorektum Kolorektum Reizdarmsyndrom	Konstipation Diarrhoe Flatulenz Stuhldrangsymptome
	Periphere Nerven	Pudendus-Neuralgie	Dysästhesie Hyperästhesie Allodynie Hyperalgesie
	Muskuloskelettal	Beckenboden Bauchmuskulatur Kokzygis	Funktionsverlust Faszikulationen
	Sexualfunktionsstörung	Genitalorgane	Dyspareunie Erektile Dysfunktion Vermeidungsverhalten
	Psychologische Störung	Beckenorgane	Depression, Sexualfunktionsstörung

ABB. 2

**Diagnostischer Algorithmus beim chronischen Beckenschmerz für die Grundversorger-Praxis**



Samenstrang. Tumorverdächtige Veränderungen im Genitaltrakt müssen ausgeschlossen werden.

Ein Urinstatus, eine Urinkultur sowie ein vaginaler Abstrich geben Aufschluss über mögliche zu Grunde liegende Ursachen. Eine positive Urinkultur weist auf einen Harnwegsinfekt hin, bei einer sterilen Leukozyturie sollte zumindest an eine urogenitale Tuberkulose gedacht werden. Eine Mikro- oder Makrohämaturie ist immer abklärungsbedürftig und verlangt eine urologische Begutachtung inklusive Urethro-Zystoskopie mit Harnblasenspülzytologie und Abklärung der ableitenden Harnwege. Sollte noch keine behandelbare Ursache gefunden sein, lässt sich meist zumindest ein «ENDORGAN» ausmachen, das bei weiter unklarer Situation die Wahl eines entsprechenden Fachspezialisten beeinflussen kann. Wird mit der minimalinvasivsten und einfachsten Abklärung begonnen und

Schritt für Schritt eine komplexere Untersuchung durchgeführt, werden behandelbare Ursachen nur in den seltensten Fällen verpasst und Kosten gespart (39). Abbildung 2 bietet einen möglichen diagnostischen Algorithmus für die Grundversorger-Praxis.

**Diagnostik**

Infekte, maligne Erkrankungen, infravesikale Obstruktion, Traumafolgen oder objektivierbare myofasziale Ursachen gehören immer abgeklärt. Die Abklärung beinhaltet wesentlich eine Anamnese, welche auch urologische, gastrointestinale, sexuelle und bei Frauen gynäkologische Aspekte zu berücksichtigen hat. Die Verwendung einer visuellen Analog-Skala ist im Rahmen der Erstdiagnostik und zur Einschätzung des Therapieerfolges sinnvoll. Spezifische validierte Fragebogen wie der NIH-CPSI (37) oder der ICSI (38) sind auch in der Grundversorger-Praxis hilfreich.

Die körperliche Untersuchung umfasst eine Beurteilung des Abdomens sowie des Beckens, inklusive digito-rektaler/vaginaler Palpation, eine kursorische neurologische und myofasziale Evaluation sowie eine Haltungskontrolle. Bei skrotalen Schmerzen hilft eine vorsichtige Palpation zur Abgrenzung von Hoden, Nebenhoden und

**Therapeutisches Vorgehen**

Die vielen Phänotypen sowie die unklare Ätiopathogenese machen die Therapie des CPPS noch immer zu einer Herausforderung. Oft ist die Situation gleichermaßen frustrierend für Patient und Arzt. Gemäss aktueller Lehrmeinung ist ein multimodaler Therapieansatz am erfolgversprechendsten (40). Um ein Ärzteshopping und entsprechende Unsicherheiten und Kostenexplosionen zu vermeiden, müssen Behandlungskonzepte mit Patienten, aber auch mit Kollegen anderer Fachdisziplinen abgesprochen und koordiniert

TAB. 2

**UPOINTS-System: Phänotypen-basierendes multimodales Therapiemanagement für das chronische Prostata- und Blasenschmerzsyndrom adaptiert nach <http://www.upointmd.com/>**

U	P	O	I	N	T	S
<b>Urinary</b>	<b>Psychosocial</b>	<b>Organ specific</b>	<b>Infection</b>	<b>Neurologic/Systemic</b>	<b>Tenderness</b>	<b>Sexual dysfunction</b>
Harnblasenspeicher-/Harnblasenentleerungs-symptome  Blasentagebuch, Urethro-Zystoskopie, Harnblasenspülzytologie, Ultraschall	Depressionen, negative sexuelle Erfahrung	Gynäkologische, gastrointestinale und anorektale Beschwerdebilder  Gynäkologische und rektale Untersuchung	Keimwachstum in der Urinkultur, im Prostataexprimat, im Urethralabstrich, im Vaginalabstrich	Anderwertige neurologische Beschwerden, multiple Schmerzsyndrome, Fibromyalgie, Reizdarmsyndrom  Testung der Sensibilität des Reflexstatus und der Muskelfunktion im Sakralbereich	Beckenboden Spasmus  Myofasziale Triggerpunkte	Erektile Dysfunktion, Ejakulations-Dysfunktion, Orgasmus-Dysfunktion
α-Blocker, Antimuskarinika, neuromodulative Therapieverfahren	Kognitive Verhaltenstherapie, Stressabbau, Antidepressiva, Anxiolytika	neuromodulative Therapieverfahren, Anpassung der Diät, Antikonzeptiva	Antibiotika	Gabapentinoide, trizyklische Antidepressiva, Neuroleptika, Akupunktur	Beckenboden-physiotherapie, Muskelrelaxantien, Wärmeanwendungen	PDE5-Hemmer, Dapoxetin

## Take-Home Message

- ◆ Das CPPS ist ein Sammelbegriff für eine heterogene Gruppe eines nicht-malignen Schmerzes, welcher in Bezug auf die Strukturen des weiblichen oder männlichen Beckens über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten wahrgenommen wird, ohne dass offensichtliche Pathologien vorliegen
- ◆ Die Häufigkeit eines CPPS, der negative Einfluss auf die Lebensqualität und der finanzielle Aufwand sind vergleichbar mit anderen chronischen Erkrankungen wie z.B. Diabetes mellitus, rheumatoide Arthritis, kongestive Herzinsuffizienz oder chronische Rückenschmerzen
- ◆ Es gibt keine CPPS spezifischen diagnostischen Marker. So sind differenzialdiagnostische Untersuchungen durchzuführen, um behandelbare andere Erkrankungen kausal therapieren zu können
- ◆ Die Therapie ist phänotypen-basierend und multimodal. Ein Step-up-Vorgehen bewährt sich. Konservative Ansätze mit vorteilhaften Nebenwirkungsprofilen wie z. B. Neuromodulation oder Neurostimulation, bilden gute Alternativen zu medikamentösen und chirurgischen Therapien
- ◆ Bei Zusammenführung von Diagnostika und Therapien kommt dem Grundversorger eine entscheidende Bedeutung zu. Eine stabile Patienten-Arzt-Beziehung bildet den Grundpfeiler für ein erfolgreiches Behandlungsmanagement.

werden – dem Grundversorger kommt dabei die wichtigste Aufgabe zu, die Integration der Diagnostika und Therapien.

Das UPOINTS-System ermöglicht ein auf 7-Punkten aufgebautes, phänotypen-basierendes multimodales Therapiemanagement für das chronische Prostata- und Blasenschmerzsyndrom, wobei je nach Ausprägung individualisierte Therapieregime zum Zuge kommen (36,42), und hat bei entsprechend behandelten Patienten zu signifikanten Verbesserungen der Symptome und der Lebensqualität geführt (41) (Tab 2). Auch bei anderen chronischen Beckenschmerzsyndromen ist ein Step-up-Vorgehen zu favorisieren.

Physiotherapie inklusive Therapie myofaszialer Triggerpunkte, psychologische Strategien mit Schmerz umzugehen, Akupunktur und neuromodulative/neurostimulative Therapie-Verfahren zeigen gute Erfolge bei vorteilhaftem Nebenwirkungsprofil (43). Medikamentöse Therapien (z.B. nichtsteroidale Antirheumatika, Opiate, Antidepressiva, Antikonvulsiva, Alpha-Blocker, Antimuskarinika oder Botulinum-A-Toxin etc.) sollten nach Phänotypen abgestimmt werden und auf dem WHO-Stufenschema beruhen. Bei persistierenden, therapierefraktären chronischen Schmerzen werden in ausgewählten Ausnahmefällen auch operative Verfahren bis hin zur Entfernung des «Endorgans» notwendig.

**Dr. med. Lorrenz Leitner**

**Prof. Dr. med. Thomas M. Kessler**

Neuro-Urologie, Zentrum für Paraplegie  
Universitätsklinik Balgrist  
Forchstrasse 340, 8008 Zürich  
thomas.kessler@balgrist.ch oder tkessler@gmx.ch

➕ **Interessenskonflikt:** Die Autoren haben keine Interessenskonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

## Literatur:

1. Baranowski, A.P., et al., Classification of Chronic Pain, Second Edition (Revised). Informa Healthcare, New York, 2011.
2. What is the definition of Chronic/persistent pain? The British Pain Society, 2006.
3. Wesselmann, U., Chronic Pelvic and Urogenital Pain Syndromes. Pain: Clinical Updates, 2008. 16(6).
4. Bulletins--Gynecology, A.C.o.P., ACOG Practice Bulletin No. 51. Chronic pelvic pain. Obstet Gynecol, 2004. 103(3): p. 589-605.
5. Engeler, D.S., et al., The 2013 EAU guidelines on chronic pelvic pain: is management of chronic pelvic pain a habit, a philosophy, or a science? 10 years of development. Eur Urol, 2013. 64(3): p. 431-9.
6. Hanno, P.M., et al., Diagnosis and treatment of interstitial cystitis/bladder pain syndrome: AUA guideline amendment. J Urol, 2015. 193(5): p. 1545-53.
7. Fall, M., et al., EAU guidelines on chronic pelvic pain. Eur Urol, 2010. 57(1): p. 35-48.
8. Bullones Rodriguez, M.A., et al., Evidence for overlap between urological and neurological unexplained clinical conditions. J Urol, 2013. 189(1 Suppl): p. S66-74.
9. Doggweiler, R., et al., A standard for terminology in chronic pelvic pain syndromes: A report from the chronic pelvic pain working group of the international continence society. NeuroUrol Urodyn, 2017. 36(4): p. 984-1008.
10. McMahon, S.B., N. Dmitrieva, and M. Koltzenburg, Visceral pain. Br J Anaesth, 1995. 75(2): p. 132-44.
11. Abrams, P., et al., The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. NeuroUrol Urodyn, 2002. 21(2): p. 167-78.
12. Sultan, A.H., et al., An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female anorectal dysfunction. NeuroUrol Urodyn, 2017. 36(1): p. 10-34.
13. Haylen, B.T., et al., An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. NeuroUrol Urodyn, 2010. 29(1): p. 4-20.
14. van de Merwe, J.P., et al., Diagnostic criteria, classification, and nomenclature for painful bladder syndrome/interstitial cystitis: an ESSIC proposal. Eur Urol, 2008. 53(1): p. 60-7.
15. Homma, Y., et al., Clinical guidelines for interstitial cystitis and hypersensitive bladder syndrome. Int J Urol, 2009. 16(7): p. 597-615.
16. Drossman, D.A. and D.L. Dumitrascu, Rome III: New standard for functional gastrointestinal disorders. J Gastrointest Liver Dis, 2006. 15(3): p. 237-41.
17. Collins, M.M., et al., How common is prostatitis? A national survey of physician visits. J Urol, 1998. 159(4): p. 1224-8.
18. Sibert, L., et al., (Chronic pelvic pain: epidemiology and economic impact). Prog Urol, 2010. 20(12): p. 872-85.
19. Oravisto, K.J., Epidemiology of interstitial cystitis. Ann Chir Gynaecol Fenn, 1975. 64(2): p. 75-7.
20. Temml, C., et al., Prevalence and correlates for interstitial cystitis symptoms in women participating in a health screening project. Eur Urol, 2007. 51(3): p. 803-8; discussion 809.
21. Strebler, R.T., et al., Chronic scrotal pain syndrome: management among urologists in Switzerland. Eur Urol, 2005. 47(6): p. 812-6.
22. McNaughton Collins, M., et al., Quality of life is impaired in men with chronic prostatitis: the Chronic Prostatitis Collaborative Research Network. J Gen Intern Med, 2001. 16(10): p. 656-62.
23. Schaeffer, A.J., Epidemiology and evaluation of chronic pelvic pain syndrome in men. Int J Antimicrob Agents, 2008. 31 Suppl 1: p. S108-11.
24. Duloy, A.M., E.A. Calhoun, and J.Q. Clemens, Economic impact of chronic prostatitis. Curr Urol Rep, 2007. 8(4): p. 336-9.
25. Simon, L.J., et al., The Interstitial Cystitis Data Base Study: concepts and preliminary baseline descriptive statistics. Urology, 1997. 49(5A Suppl): p. 64-75.
26. Clauw, D.J., et al., The relationship between fibromyalgia and interstitial cystitis. J Psychiatr Res, 1997. 31(1): p. 125-31.
27. Suskind, A.M., et al., Health-related quality of life in patients with interstitial cystitis/bladder pain syndrome and frequently associated comorbidities. Qual Life Res, 2013. 22(7): p. 1537-41.
28. Eccleston, C. and G. Crombez, Worry and chronic pain: a misdirected problem solving model. Pain, 2007. 132(3): p. 233-6.
29. Hatchett, L., et al., Life impact of urologic pain syndromes. J Health Psychol, 2009. 14(6): p. 741-50.
30. Baranowski, A.P., et al., Urogenital pain--time to accept a new approach to phenotyping and, as a consequence, management. Eur Urol, 2008. 53(1): p. 33-6.
31. Fillingim, R.B., et al., Sex, gender, and pain: a review of recent clinical and experimental findings. J Pain, 2009. 10(5): p. 447-85.

32. Baranowski, A.P., Chronic pelvic pain. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*, 2009. 23(4): p. 593-610.
33. Planken, E., et al., Chronic testicular pain as a symptom of pelvic floor dysfunction. *J Urol*, 2010. 183(1): p. 177-81.
34. Nickel, J.C., et al., Sexual function is a determinant of poor quality of life for women with treatment refractory interstitial cystitis. *J Urol*, 2007. 177(5): p. 1832-6.
35. Tripp, D.A., J.C. Nickel, and L. Katz, A feasibility trial of a cognitive-behavioural symptom management program for chronic pelvic pain for men with refractory chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Can Urol Assoc J*, 2011. 5(5): p. 328-32.
36. Shoskes, D.A., et al., Clinical phenotyping of patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and correlation with symptom severity. *Urology*, 2009. 73(3): p. 538-42; discussion 542-3.
37. Litwin, M.S., et al., The National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index: development and validation of a new outcome measure. Chronic Prostatitis Collaborative Research Network. *J Urol*, 1999. 162(2): p. 369-75.
38. Lubeck, D.P., et al., Psychometric validation of the O'leary-Sant interstitial cystitis symptom index in a clinical trial of pentosan polysulfate sodium. *Urology*, 2001. 57(6 Suppl 1): p. 62-6.
39. Irwin, P. and A. Samsudin, Reinvestigation of patients with a diagnosis of interstitial cystitis: common things are sometimes common. *J Urol*, 2005. 174(2): p. 584-7; discussion 587.
40. Anothaisintawee, T., et al., Management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a systematic review and network meta-analysis. *JAMA*, 2011. 305(1): p. 78-86.
41. Shoskes, D.A., J.C. Nickel, and M.W. Kattan, Phenotypically directed multimodal therapy for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a prospective study using UPOINT. *Urology*, 2010. 75(6): p. 1249-53.
42. Magistro, G., et al., Contemporary Management of Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome. *Eur Urol*, 2016. 69(2): p. 286-97.
43. Walter, M., U. Sammer, and T.M. Kessler, (Chronic pelvic pain syndrome: neurostimulation, neuromodulation and acupuncture). *Urologe A*, 2012. 51(12): p. 1683-91.