

# Vulvodynie assoziierte Schmerzsyndrome

## Blasenschmerzsyndrom / Interstitielle Zystitis

Definitionen, Nomenklatur und Terminologie des Blasenschmerzsyndroms/der Interstitiellen Zystitis (BPS/IC) werden seit Jahren kontrovers diskutiert und bis heute ist keine Einigkeit gefunden worden.<sup>1</sup> Dieses Kapitel berücksichtigt die Erkenntnisse der „European Society for the Study of Interstitial Cystitis“ (ESSIC)<sup>2</sup> mit Ergänzungen aus anderen essentiellen Publikationen.

Die ESSIC definiert das Blasenschmerzsyndrom/die Interstitielle Zystitis (BPS/IC) mit den Symptomen „chronischer Beckenschmerz über mehr als 6 Monate“ und „Druckgefühl oder Unbehagen im Zusammenhang mit der Blase“. Begleitet werden diese Symptome von mindestens einem weiteren Harnwegssymptom wie „persistierendem Harndrang“ oder „erhöhter Miktionsfrequenz“.<sup>2</sup> Ausgeschlossen werden müssen unter anderem Krankheiten mit ähnlichen Symptomen, wie Blasenkarzinom, bakterielle oder virale Infektionen, überaktive Blase (OAB), Urogenital-Prolaps, Blasenentleerungsstörung, Endometriose.<sup>1,2</sup> Eine weitere, noch detailliertere Dokumentation und Klassifikation der BPS/IC kann aufgrund von Zystoskopie- und Blasenbiopsie-Befunden gemacht werden.<sup>2</sup> Zystoskopie-Klassifikationen sind 1) normaler Befund, 2) mit Glomerulationen (= petechiale Schleimhautblutungen), 3) mit Hunnerschen Läsionen; und Biopsie-Klassifikationen sind A) normaler Befund, B) nicht aussagekräftiger Befund, C) positiver Befund. Positive histopathologische Befunde sind Entzündungsinfiltrate und/oder Detrusormastozytose und/oder Granulationsgewebe und/oder intrafaszikuläre Fibrose.<sup>2</sup> Die histopathologische Klassifizierung aufgrund der Mastzellen ist kritisch zu betrachten, weil erhöhte Detrusormastzellzahlen eine geringe Spezifität für BPS/IC haben (48%) und nur 68% der Blasenbiopsien überhaupt einen Muskelanteil (Detrusor) aufweisen.<sup>3</sup> Für die sensorische Hyperinnervierung wurde eine höhere Spezifität für BPS/IC (76%) gefunden.<sup>4</sup>

Signifikant häufig treten begleitend zur BPS/IC auch andere Schmerzsyndrome auf, wie zum Beispiel das Reizdarmsyndrom, die Fibromyalgie, das chronische Erschöpfungssyndrom, Kopfschmerzen oder der chronische Vulvaschmerz.<sup>5</sup> Gemäss neuer Terminologie der ISSVD/ISSWS/IPPS (International Society for the Study of Vulvovaginal Disease/International Society for the Study of Women's Sexual Health/International Pelvic Pain Society) wird BPS/IC als häufige Begleiterkrankung der Vulvodynie gelistet.<sup>6</sup> Oft wurde auch eine Verbindung von BPS/IC und Autoimmunerkrankungen festgestellt, wobei die stärkste Assoziation mit dem Sjögren's Syndrom gefunden wurde.<sup>7</sup>

Die Diagnose der BPS/IC erfolgt primär aufgrund von klinischen Kriterien (siehe oben). Zur Untersuchung gehören Anamnese, körperliche Untersuchung, Urinkultur, Ultraschall (Pelvic-Floor-Sonographie), Urodynamik, aber auch Zystoskopie und Blasenbiopsie mit Histopathologie, sowie das Ausfüllen von Fragebögen und Miktionsstagebüchern (ICSI/ICPI, O'Leary-Sant-IC Symptom und Problem Index; PUF, Pain, Urgency, Frequency Symptom Scale; University of Wisconsin IC Inventory).<sup>1</sup> Charakteristisch für eine fortgeschrittene BPS/IC sind ein hohes Alter der Patientin, eine kleine Blasenkapazität, die Anwesenheit von Hunnerschen Läsionen in der Zystoskopie,<sup>8</sup> und ein defektes Urothel/ Lymphozyteninfiltration/ sensorische Hyperinnervierung in der Histopathologie von Blasenbiopsien.<sup>4</sup> Frühformen der BPS/IC sind weit schwieriger zu identifizieren, weil eine eindeutige zystoskopische Zuordnung nicht möglich ist. Denkbar ist, dass sowohl die „BPS/IC ohne Hunnersche Läsionen“ (mit Leitsymptom „Blasenschmerz“), als auch die OAB (ohne Blasenschmerz aber mit Leitsymptom „Harndrang“) Vorstadien der BPS/IC mit Hunnerschen Läsionen sind.<sup>4</sup> Weitere

klinische Studien sind nötig, um einen Zusammenhang zwischen BPS/IC und OAB zu zeigen und um herauszufinden, ob und wie sich aus einer OAB eine BPS/IC entwickeln kann.

Weil die Ursache der BPS/IC unbekannt ist, zielen heutige Therapien auf das Lindern der Schmerzsymptome. Zuerst werden konservative Therapien, wie Ernährungsumstellung, Verhaltensänderung, Trink- und Blasentraining, Physiotherapie und psychologische Unterstützung angewendet. Weiter kommen medikamentöse Therapien zum Tragen, z.B. Analgetika, Antidepressiva, Pentosanpolysulfat, und die intravesikale Instillation mit Hyaluronsäure, Chondroitinsulfat, Dimethylsulfoxid, Heparin, Lidocain, Oxybutynin, Steroiden. Blasenaugmentation und Neuromodulation, sowie operative Therapien, wie die Botulinumtoxin-Injektion, die Verödung der Hunnerschen Läsionen oder bei Endstadien auch die Zystektomie, werden erst nach erfolglosen konservativen und medikamentösen Therapien eingesetzt.<sup>9</sup>

In der Abklärung von vulvovaginalen Schmerzen sollte auch eine Anamnese bzgl. vorausgegangener Operationen erfolgen. In den letzten Jahren wurden in der operativen Therapie der Harninkontinenz Netzzimplantate verwendet. Insbesondere sind Netzzimplantate der ersten Generation mit kleinen Porengrößen problematisch, da sie durch Fremdgewebsreaktion, Narbenbildung und Schrumpfung des Netzes zu Missempfinden und Schmerzen führen können. Eine weitere ernsthafte Komplikation durch polymere Fremdmaterialien sind Fistelbildung und vaginale Ulzerationen.

### Autoren

Volker Viereck und Marianne Gamper

Frauenklinik, Kantonsspital Frauenfeld, 8501 Frauenfeld, Schweiz

### Referenzen

1. Binder I, van Ophoven A. Die Komplexität chronischer Beckenschmerzen am Beispiel der Interstitiellen Zystitis. Teil 1: Theoretische Grundlagen. *Aktuelle Urol.* 2008;39:205-214.
2. van de Merwe JP, Nordling J, Bouchelouche P, et al. Diagnostic criteria, classification, and nomenclature for painful bladder syndrome/interstitial cystitis: an ESSIC proposal. *Eur Urol.* 2008;53:60-67.
3. Gamper M, Regauer S, Welter J, et al. Are mast cells still good biomarkers for bladder pain syndrome/interstitial cystitis? *J Urol.* 2015;193:1994-2000.
4. Regauer S, Gamper M, Fehr MK, et al. Sensory hyperinnervation distinguishes bladder pain syndrome/interstitial cystitis from overactive bladder syndrome. *J Urol.* 2017;197:159-166.
5. Nickel JC, Tripp DA, Pontari M, et al. Interstitial cystitis/painful bladder syndrome and associated medical conditions with an emphasis on irritable bowel syndrome, fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. *J Urol.* 2010;184:1358-1363.
6. Bornstein J, Goldstein AT, Stockdale CK, et al. 2015 ISSVD, ISSWSH, and IPPS Consensus terminology and classification of persistent vulvar pain and vulvodynia. *J Low Genit Tract Dis.* 2016;20:126-130.
7. van de Merwe JP. Interstitial cystitis and systemic autoimmune diseases. *Nat Clin Pract Urol.* 2007;4:484-491.
8. Peeker R, Fall M. Toward a precise definition of interstitial cystitis: further evidence of differences in classic and nonulcer disease. *J Urol.* 2002;167:2470-2472.
9. Homma Y, Ueda T, Tomoe H, et al. Clinical guidelines for interstitial cystitis and hypersensitive bladder updated in 2015. *Int J Urol.* 2016;23:542-549.