

Der chronische Unterbauchschmerz der Frau – »Chronic Pelvic Pain Syndrome«: Ein multimodales Behandlungsprogramm

Katrin Franke¹, Volker Stolzenbach²

Zusammenfassung

Patientinnen mit chronischen Unterbauchschmerzen (z.B. Vulvodynie, Pudendusneuralgie, interstitielle Zystitis, Coccygodynie ...) sind in der gynäkologischen Praxis sehr häufig. Bei der Mehrzahl der Patientinnen lässt sich durch gynäkologische und urologische Untersuchungen ebenso wenig wie durch Bildgebung eine Ursache feststellen. Für diese Patientinnen gab es bisher kaum ein erfolgversprechendes Behandlungskonzept.

Ursache der Schmerzen ist dabei fast immer eine hypertone Dysfunktion des Beckenbodens in Verbindung mit einer Dysregulation des vegetativen Nervensystems.

Ein multimodales Behandlungskonzept, wie es auch für chronische Rückenschmerzen seit Jahren erfolgreich im Einsatz ist, wurde speziell für das »Chronic Pelvic Pain Syndrome« (CPPS) entwickelt. Mit diesem Behandlungsprogramm kann den meisten der betroffenen Patientinnen und Patienten relativ rasch und nachhaltig geholfen werden.

Schlüsselwörter

Beckenbodenschmerz, multimodales Behandlungskonzept, biopsychosoziales Modell, CPPS.

Summary

Chronic pain in the lower abdominal region or the pelvis is a frequent reason for consulting a gynecologist. The pain is often categorised as vulvodynia, neuralgia pudendalis, interstitial cystitis, coccygodynia... Within most patients specific examinations in gynecology or urology as well as MRI show no results that serve to explain the problems. Up to now, there was nearly no treatment strategy for these patients, not to mention a scientifically based one. In chronic pelvic pain syndrome (CPPS) the pain is caused by dysfunction with hypertension and permanent contraction of muscles of the pelvic floor combined with a dysregulation of the autonomous nervous system with a permanently high sympathetic activity.

A multimodal treatment strategy as it is standard in the treatment of chronic back pain since many years was developed especially for CPPS. With this treatment strategy it is possible to reduce pain significantly within a few weeks in most patients and to achieve long term relief too.

Keywords

Pelvic pain, multimodal treatment concept, biopsychosocial model, CPPS.

Epidemiologie

Unklare chronische Schmerzen im Unterbauch, teilweise mit Problemen beim Stuhlgang, Urinieren und Geschlechtsverkehr (CPPS), sind sehr häufig. Ein Review von 7 internationalen Arbeiten ergab eine Häufigkeit von 5,7–26,6 % für Frauen.

Eine Studie aus Schottland ergab für einen genau definierten schottischen Bezirk eine Häufigkeit von 14,8 %. Sie sind damit ähnlich häufig wie chronische Rückenschmerzen. Frauen sind etwa doppelt so häufig betroffen wie Männer. Das typische Alter bei der Manifestation des CPPS liegt zwischen 20 und 50 Jahren.

CPPS-Patientinnen und -Patienten erscheinen primär in den gynäkologischen und urologischen Praxen. Trotz des meist offensichtlich hohen Leidensdrucks finden sich bei der fachspezifischen Abklärung keine Befunde, die die Beschwerden ausreichend erklären.

¹ Praxis für Physiotherapie, Köln

² Privatpraxis für Orthopädie und spezielle Schmerztherapie, Mühlacker

Die mit CPPS-Patientinnen und -Patienten konfrontierten Ärzte fühlen sich mit dem Krankheitsbild oft überfordert. Wir wollen mit diesem Artikel zeigen, wie man das CPPS erkennt und erfolgreich behandeln kann.

Häufige Symptome bei CPPS

Führendes Symptom ist meistens der Schmerz. Dieser kann im äußeren Genitale, im Dammbereich bis hin zum Steißbein lokalisiert sein. Ausstrahlungen in den Unterbauch, unteren Rücken und in die Oberschenkelinnenseiten sind häufig. Er ist oft brennend, stechend, kann aber auch dumpf und drückend sein. Dazu kommen häufig Funktionsstörungen der Blase, wie Drangblase und Restharn, Stuhlentleerung mit Durchfall und Verstopfung im Wechsel sowie schmerzhafter oder gar nicht möglicher Geschlechtsverkehr.

Alle Beschwerden können einzeln, aber auch in den verschiedensten Kombinationen auftreten. Stress verstärkt die Beschwerden zumeist, Wärme, Entspannung und leichte Bewegung lindern sie.

Diagnosen, die sich häufig als CPPS herausstellen

Chronischer Unterbauchschmerz der Frau, Pudendusneuralgie, Vulvodynie, interstitielle Zystitis, Coccygodynie, Levatorani-Syndrom, Proctalgia fugax, chronische Prostatitis (beim Mann).

Kleine Anatomie

Der Beckenboden besteht aus 3 Muskelschichten, die aufeinander liegen und miteinander verwoben sind. Die Schließmuskelschicht, bestehend aus Musculus (M.) bulbospongiosus, dem M. ischiocavernosus, dem Centrum perineum und dem Anus, dem Diaphragma urogenitalis, welches stark bindegewebig durchbaut ist und dem Levator ani, welcher das kleine Becken wie ein Korb auskleidet. Gestützt und eingebettet von diesem liegen die Organe Blase, Uterus und Enddarm. Der Beckenboden hebt und senkt sich physiologisch parallel zu den Atembewegungen des Zwerchfells. Diese Bewegungen sind wichtig für die Durchblutung und Funktion der Beckenbodens und der Beckenorgane.

Der Beckenboden wird überwiegend innerviert durch den N. pudendus – ein überwiegend somatischer Nerv aus dem Plexus sacralis. Die glatte Muskulatur der Organe, der Gefäße und auch die internen Sphinkter werden vom vegetativen Nervensystem (Sympathikus und Parasympathikus) versorgt. Aufgrund der engen Lagebeziehung werden bei der Schmerzempfindung somatische und vegetative Informationen vermischt.

Das Wesen des CPPS – ein »Circulus vitiosus«

Das CPPS hat im Wesentlichen 2 Komponenten.

Auf der einen Seite steht die mechanische Komponente der hypertonen Dysfunktion des Beckenbodens. Die Muskeln sind dauerhaft angespannt. Mit der Zeit verkürzen sie sich und bilden schmerzhafte Triggerpunkte aus. Der Beckenboden ist nicht mehr in der Lage, sich parallel zum Zwerchfell zu heben und zu senken. Die Durchblutung und Funktion der Beckenorgane werden gestört.

Ebenfalls entsteht ein nozizeptiver Schmerz – ausgelöst durch Ischämie des betroffenen hypertonen Gewebes.

Auf der anderen Seite steht die Dysbalance des vegetativen Nervensystems mit dauernder Aktivierung des Sympathikus. Der anhaltende Schmerz, die meist fehlende medizinische Erklärung, die fehlgeschlagenen Behandlungsversuche und damit letztlich auch die fehlende Aussicht auf Besserung erzeugen massiven Stress, der zur Daueraktivierung des Sympathikus führt. Verstärkt wird das noch dadurch, dass der Schmerz teilweise als viszeraler Schmerz und damit besonders bedrohlich empfunden wird.

Der hohe Sympathikotonus unterhält und verstärkt die Verkrampfung des Beckenbodens. Welche der beiden Komponenten im Vordergrund steht, variiert stark – behandelt werden müssen in jedem Fall beide, um dauerhafte Besserung zu erzielen.

Faktoren, die zur Entstehung eines CPPS führen

Vielfältige Ursachen können den Beckenboden belasten und ihn veranlassen, zu verspannen, zu verkrampfen, schließlich dauerhaft zu verkürzen und damit ein CPPS zu entwickeln. Dazu gehören Entzündungen von Blase, Darm, proktologische Erkrankungen, Geburten, Operationen in der Region und Verletzungen, zum Beispiel beim Sport. Eine wesentliche Mitursache ist zumeist Stress, wobei das CPPS selbst massiven Stress auslöst. Ein besonders sensibles vegetatives Nervensystem scheint eine Voraussetzung zur Entwicklung eines CPPS zu sein.

Manchmal reicht ein akutes Ereignis aus, um ein CPPS auszulösen, oft summieren sich die Ursachen aber über Jahre auf, bis der Beckenboden im Sinne eines CPPS dekompenziert.

Schmerzchronifizierung beim CPPS

»Normale« Schmerzen stehen in ihrer Stärke und Qualität in einem angemessenen Verhältnis zu der Schmerzursache. Wenn Schmerzen chronifizieren, lösen sie sich von der eigentlichen Schmerzursache. Sie persistieren, auch wenn kei-

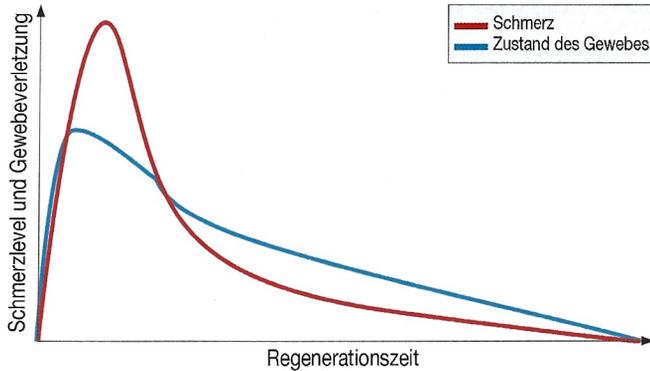


Abb. 1: Normale Verletzung und Schmerzzeitpunkte nach Verletzung – Verhältnis von Schmerzlevel und Geweberegeneration nach einem Gewebeschaden

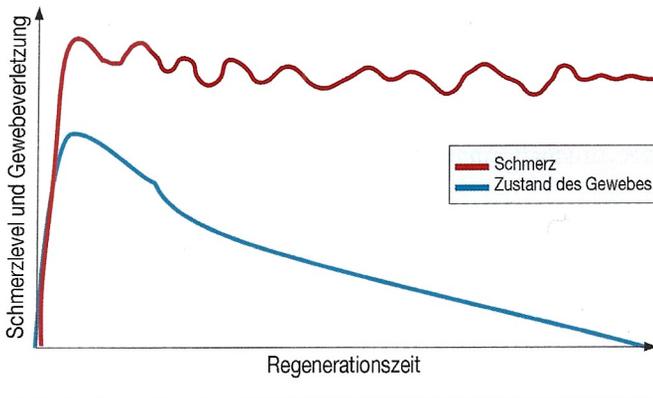


Abb 2: Kurvenverlauf bei Schmerzentkopplung. Verhältnis von Schmerzlevel und Geweberegeneration nach einem Gewebeschaden bei einer Chronifizierung – es kommt zur Entkopplung des Schmerzes und Gewebezustands

ne eigentliche Schmerzursache mehr vorhanden ist. Sie werden stärker, quälender und breiten sich über die ursprüngliche Region hin aus. Oft kommt eine neuropathische Komponente, ein Brennen, dazu.

Die Schmerzen beim CPPS chronifizieren besonders leicht. Dazu tragen verschiedene Faktoren bei. Die Ärzte finden keine Ursache. Das führt zu Angst und Verzweiflung. Häufig besteht schon zu Anfang eine neuropathische Schmerzkomponente. Die Schmerzen werden nicht nur somatisch, sondern auch teilweise viszeral empfunden und sind damit stärker Angst auslösend. Verschiedene Behandlungsversuche sind gescheitert. Das verstärkt weiter Angst und Verzweiflung (Abb. 1 u. 2).

Diagnostik des CPPS

Zum einen ist das CPPS eine Ausschlussdiagnose. Fachuntersuchungen beim Gynäkologen, Urologen oder Proktologen

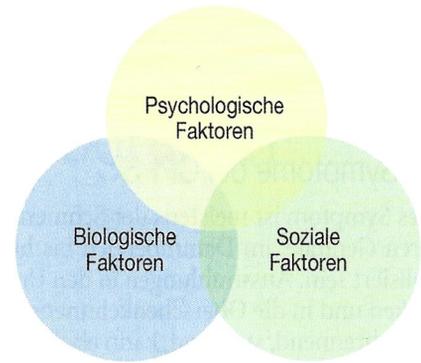


Abb. 3: Biopsychosoziales Modell

schließen eine andere Erkrankung wie Infektion, Tumor, Analfissur und anderes aus.

Zum anderen fordert die Diagnose CPPS einen positiven Befund. Dieses ist der Tastbefund des Beckenbodens bei vaginalen und/oder rektalen Untersuchungen. Es findet sich immer ein Hypertonus zumindest von Anteilen des Beckenbodens. Diese Anteile sind meistens auch druckempfindlich, es finden sich hier oft auch kleine schmerzhaft tastbare Knötchen, sogenannte Triggerpunkte. Druck auf solche Triggerpunkte löst Schmerzen und Schmerzausstrahlung aus, die die Patientinnen und Patienten als ihre bekannten Beschwerden wiedererkennen. Finden sich solche Triggerpunkte, ist dies der Beweis, dass tatsächlich ein CPPS vorliegt.

Ergänzt wird die Diagnostik um eine strukturierte schmerztherapeutische Anamnese, die bei allen individuellen Unterschieden doch meistens für ein CPPS typische Gemeinsamkeiten aufdeckt.

Das biopsychosoziale Schmerzmodell

Seit vielen Jahren ist das biopsychosoziale Schmerzmodell für chronische Schmerzen verschiedener Ursachen wissenschaftlich anerkannter Standard. Es besagt, dass chronische Schmerzen den Menschen in allen Dimensionen belasten. Beim CPPS ist die biologische Komponente vor allem die Verkrampfung des Beckenbodens mit den Triggerpunkten und die häufigen Störungen der Funktion von Blase, Darm und beim Geschlechtsverkehr. Die psychische Komponente ist Stress und Angst bis hin zu manchmal manifesten psychischen Störungen sowie die Dysbalance des vegetativen Nervensystems mit stark erhöhtem Sympathikotonus. Die soziale Komponente ist die oft starken Einschränkungen in der sozialen Interaktion – zum Beispiel durch ständigen Harndrang und/oder die starken Schmerzen (Abb. 3).

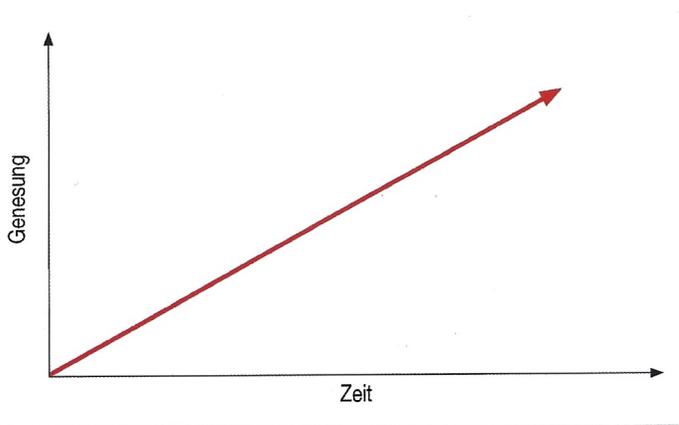


Abb. 4: Ideale Genesungskurve in der Vorstellung der Patientinnen/Patienten

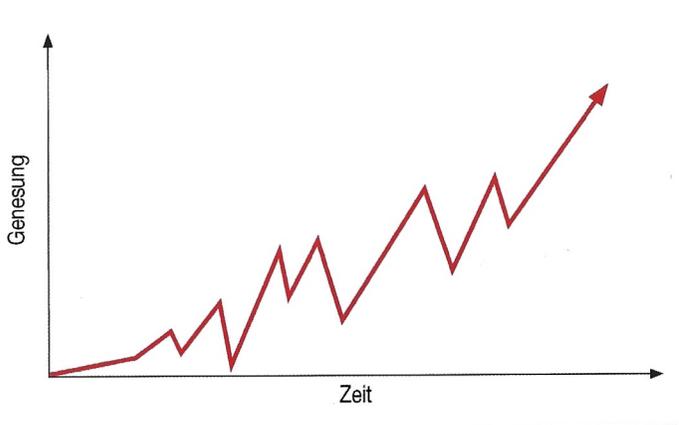


Abb. 5: Genesungskurve bei chronifizierten Patientinnen/Patienten

Behandlung des CPPS

Es ist unter Schmerztherapeuten anerkannter Konsens, dass chronifizierte Schmerzen nur dauerhaft erfolgreich behandelt werden können, wenn alle Aspekte der Chronifizierung gemäß dem biopsychosozialen Schmerzmodell angemessen und parallel behandelt werden.

Seit zirka 20 Jahren fordern deutschsprachige Fachgesellschaften für den chronischen Unterbauchschmerz der Frau und analog für die chronische Prostatitis des Mannes die Entwicklung multimodaler Behandlungsprogramme, so wie es sie für den chronischen Rückenschmerz schon lange gibt.

Ein solches Programm erfordert die Zusammenarbeit verschiedener Experten, die sich mit der speziellen Problematik des CPPS besonders auskennen. Wir haben in den letzten Jahren ein solches multimodales Behandlungsprogramm entwickelt. Es hat in der Basis die folgenden Komponenten:

- Direkte Behandlung des Beckenbodens und der umgebenden Muskeln und Faszien mit dem Ziel der Detonisierung, auch vaginal und/oder rektal.

- Edukation, das heißt Erklärung des Krankheitsbilds und Einbindung des Patienten in die Behandlung. Ohne intensive Mitarbeit der Patientinnen und Patienten geht es nicht. Anleitung in Entspannungsatmung, Unterricht in einer Form von Entspannungstraining, Wahrnehmungsübungen für den Beckenboden, Stressreduktion im Alltag und Erarbeiten eines täglichen Bewegungsprogramms sind unumgänglich.

- Senkung des Sympathikotonus durch Neuraltherapie mit Procain nach einem von uns entwickelten sehr wirksamen Stufenplan. Injektionen in den sakralen Spinalkanal, an das Ganglion impar oder an den Plexus uterovaginalis (Frankenhäuser) können die Therapie gut unterstützen.

- Andere Medikamente wie Alpha-Blocker, Myotonolytika, Pregabalin werden nur selten adjuvant eingesetzt.

Mit diesem Behandlungsprogramm gelingt es uns, bei der Mehrzahl der Patientinnen und Patienten innerhalb weniger Wochen die Schmerzen wesentlich zu reduzieren und auch langfristig die so häufigen Rezidive seltener werden oder ganz verschwinden zu lassen.

Für die Behandlung ist die Zusammenarbeit von ärztlichen Schmerztherapeutinnen/-therapeuten mit Erfahrung in Neuraltherapie und Physiotherapeutinnen/-therapeuten mit speziellen Kenntnissen in der Beckenregion (z.B. Physio Pelvica der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologie Geburtshilfe Urologie Proktologie [AG-GGUP]) und in der Schmerzphysiotherapie erforderlich.

Idealerweise besteht ein zeitnaher Zugang zu Psychotherapeutinnen/-therapeuten, die Erfahrung mit Schmerzpatientinnen/-patienten haben, da relativ viele CPPS-Patientinnen und -Patienten eine Missbrauchsvorgeschichte haben oder auch neben dem CPPS unter manifesten psychischen Erkrankungen leiden und eine intensivere psychotherapeutische Betreuung benötigen.

Endometriose – wichtige Differenzialdiagnose oder häufige Ursache des CPPS

Die Endometriose bei Frauen hat viele Gemeinsamkeiten mit dem CPPS. In einer aktuellen kanadischen Studie (6) lag die Häufigkeit für Endometriose bei 7 % der befragten Frauen (etwas seltener als das CPPS). Etwa die Hälfte der betroffenen Frauen war bei Diagnosestellung zwischen 18 und 29 Jahre alt, 85 % zwischen 18 und 39 Jahre (ähnlich dem CPPS). Die durchschnittliche Dauer vom Beschwerdebeginn bis zur Diagnosestellung betrug 5,4 Jahre (andere Quellen geben 8–10 Jahre an). Beim CPPS liegt diese Dauer nach unseren eigenen Erfahrungen meistens zwischen 6 Monaten und 5 Jahren.

Typisch für die Endometriose ist die Bindung der Schmerzphasen an die Zeit der Regelblutung. Die Schmerzen können

sehr unterschiedlich sein und denen beim CPPS weitgehend gleichen. Im Laufe der Jahre nehmen die Schmerzen oft zu, es kommen neue Schmerzkomponenten dazu und die Schmerzen sind oft zunehmend außerhalb der Zeit der Regelblutung präsent.

Ursache der Endometriose sind Konglomerate gebärmutter-schleimhautähnlicher Zellen, die außerhalb des Uterus, meistens um diesen herum, im Becken liegen. Während der Regelblutung bluten auch sie, verursachen Schmerzen, lokale Entzündungen und Verklebungen. Diese Entzündungen und die damit verbundenen Schmerzen können ähnlich wie wiederholte Blasenentzündungen ein CPPS auslösen.

Wir glauben, dass vor allem die Ausdehnung der Schmerzzustände auf Zeiten außerhalb der Regelblutung, aber auch das Auftreten neuer Schmerzkomponenten, wesentlich auf ein durch die Endometriose ausgelöstes CPPS zurückzuführen ist.

Bei CPPS-Beschwerden mit, wenn auch nur teilweiser Zyklusabhängigkeit, sollte eine Endometriosedagnostik, gegebenenfalls mit Laparoskopie erfolgen. Eine CPPS-Behandlung ohne Sanierung der Endometrioseherde kann nicht erfolgreich sein. Bei verbleibenden wenig zyklusabhängigen Schmerzen trotz Sanierung der Endometrioseherde ist ein CPPS wahrscheinlicher als ein Endometrioserezidiv und muss entsprechend behandelt werden.

Fazit

Das CPPS ist eine häufige chronische Schmerzkrankheit.

Das Krankheitsbild ist dennoch kaum bekannt und Kenntnisse über eine erfolgreiche Behandlungsstrategie fehlen zu meist.

CPPS-Patientinnen und -Patienten stellen den primär behandelnden Arzt, zumeist Gynäkologin/Gynäkologe oder Urologin/Urologe in der Praxis, vor Probleme. Die fachtypische Diagnostik erklärt die Beschwerden nicht und gleichzeitig haben die Patientinnen und Patienten einen hohen Leidensdruck.

Das CPPS hat klare Kriterien und kann im Grunde einfach und eindeutig identifiziert werden.

Ein multimodales Behandlungsprogramm in der Hand eines Teams von Spezialistinnen/Spezialisten kann bei den meisten Patientinnen und Patienten eine wesentliche Besserung innerhalb weniger Wochen erreichen und Rezidive langfristig seltener und schwächer werden lassen.

Je nach Schweregrad des CPPS kann die Rekonvaleszenz aber auch mehrere Monate bis mehrere Jahre dauern. Nicht bei

allen Patientinnen und Patienten ist eine komplette Schmerzfreiheit zu erreichen. Trotzdem kann durch eine gezielte Behandlung der Schmerzpegel reduziert und die Lebensqualität meist deutlich verbessert werden.

Wenn Sie Patientinnen oder Patienten mit CPPS in Ihrer Praxis haben, suchen Sie den Kontakt mit Spezialistinnen/Spezialisten oder besuchen Sie eine unserer Fortbildungen, um selbst zu lernen, wie man CPPS-Patientinnen und -Patienten sicher diagnostiziert und erfolgreich behandelt.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Literatur

1. Butler D, Moseley L (2016): Schmerzen verstehen. 3. Auflage, Springer, Berlin
2. Merkle W (2019): Chronischer Beckenbodenschmerz (CPPS). Ein Update nach 20 Jahren klinischer Erfahrung. 1. Auflage, Springer Fachmedien, Wiesbaden
3. Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. (2023): Spezielle Schmerzphysiotherapie. www.schmerzgesellschaft.de/topnavi/aus-weiter-fortbildung/deutsche-schmerzakademie/spezielle-schmerzphysiotherapie
4. Ahangari A (2014): Prevalence of chronic pelvic pain among women: an updated review. *Pain Physician* 17, E141–E147
5. Ayorinde AA, Bhattacharya S, Druce KL, Jones GT, Macfarlane GJ (2017): Chronic pelvic pain in women of reproductive and post-reproductive age: a population-based study. *Eur J Pain* 21 (3), 445–455
6. Singh S, Soliman AM, Rahal Y, Robert C, Defoy I, Nisbet P, Leyland N (2020): Prevalence, Symptomatic Burden, and Diagnosis of Endometriosis in Canada: Cross-Sectional Survey of 30.000 Women. *J Obstet Gynaecol Can* 42 (7), 829–838

Anschriften der Verfasser:

Katrin Franke
fit again – Praxis für Physiotherapie
Aachener Straße 1006–1012
50858 Köln
E-Mail kfranke@fit-again.de

Dr. Volker Stolzenbach
Facharzt für Orthopädie und spezielle Schmerztherapie
Bahnhofstraße 43
75417 Mühlacker
E-Mail praxis@dr-stolzenbach.de