

Blasenschmerzsyndrom/interstitielle Zystitis

Eine diagnostische Herausforderung mit vielfältigen Behandlungsmethoden

Das Blasenschmerzsyndrom/die interstitielle Zystitis (BPS/IC) ist eine schmerzhafte, chronische Blasenerkrankung mit unklarer Ätiologie. Die Patienten leiden an Symptomen, die mit anderen Krankheiten überlappen. Die Behandlungsmöglichkeiten sind heutzutage vielfältig, trotzdem ist eine vollständige Heilung nur schwer zu erreichen. Wir sprachen mit Dr. Yas Razmara, Fachärztin für Urologie und Andrologie aus Graz, über Symptome, Diagnosestellung und Therapieoptionen.



Unsere Gesprächspartnerin:

Dr. Yas Razmara

Fachärztin für Urologie und Andrologie
Leiterin des Fachzentrums für urologische
Therapien

Hansa Privatklinikum Graz

E-Mail: yas.razmara@urologie-lichenpraxis.at

Wie häufig tritt die interstitielle Zystitis auf?

Y. Razmara: Zuerst ist mir wichtig, dass wir eigentlich von einem Blasen-schmerzsyndrom („bladder pain syndrome“, BPS) sprechen. Denn nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen handelt es sich um eine Übergangsform von der chronischen Blasenentzündung zur interstitiellen Zystitis (IC). Symptome und Prognosen sind in diesem Stadium häufig ähnlich, auch wenn bei histologischer Betrachtung keine vollständig ausgeprägte IC vorliegt.

90% der Betroffenen sind Frauen. Die Prävalenz wird bei Frauen zwischen 18 und 230 pro 100 000 angegeben, die jährliche Inzidenz zwischen 1,2 und 16 pro 100 000. Die Ätiologie ist leider bis heute noch nicht genau geklärt.

Welche Symptome treten bei BPS/IC auf, die für die Diagnosestellung von Bedeutung sind?

Y. Razmara: Die klinischen Symptome überlappen oft mit denen von anderen Erkrankungen wie bakterieller oder viraler Infektion, urogenitalem Prolaps (z.B. Gebärmutter- oder Blasenprolaps), Blasenentleerungsproblemen, Blasenkrebs oder Endometriose. Entscheidend für die Diagnose BPS/IC sind allerdings die diagnostischen Kriterien: Der Patient muss mehr als 6 Monate an

chronischen Beckenschmerzen leiden, einen imperativen Harndrang (>8x während der Wachphase) aufweisen und zudem über lokalisierte Schmerzen klagen (suprapubisch, pelvin, urethral, vaginal oder perianal). Nach der Miktion sind die Patienten meist beschwerdefrei.

Was ist derzeit über die Auslöser des Blasenschmerzsyndroms bekannt?

Y. Razmara: Die Auslöser für die Entstehung von BPS/IC sind multifaktoriell; es bestehen zahlreiche Hypothesen wie nicht bakterielle Infektion, toxische Harnsubstanzen, genetische oder endokrinologische Defekte, lymphatische oder venöse Abflussstörungen, neurogene Ursachen, Autoimmunprozesse: vermehrte Mastzellenaktivität mit erhöhter Histaminfreisetzung/Teile des Abwehrsystems, die zu einer Entzündung bzw. gesteigerten Durchlässigkeit der Blasen-Schleimhaut führen – Urin/K+ kann in tiefere Schichten der Blasenwand eindringen, Gewebe reizen, Reaktionen auslösen und das Gewebe beschädigen.

Was ist bei der Befundung des Urothels besonders wichtig?

Y. Razmara: Im Prinzip ist bei BPS/IC der Ausschluss von anderen Erkrankungen essenziell. Typisch für die Zystoskopie sind petechiale bis erhebliche

Schleimhautblutungen nach zystoskopischer Auffüllung der Blase („Glomerulationen“).

Bei der Biopsie der Blasenwand sind entzündliche lymphozytäre und leukozytäre Infiltrate und/oder eine erhöhte Mastzellenanzahl im Detrusormuskel und/oder Granulationsgewebe bei Erosionen oder Ulzerationen und/oder eine intrafaszikuläre Fibrose nachweisbar.

Zystomanometrisch ist entweder ein sensorischer „urge“ (hypersensitive Blase) oder eine erniedrigte Compliance (hyperbarer Detrusor) nachzuweisen

Bei manchen Patienten dauert es lange, bis letztendlich die Diagnose BPS/IC gestellt wird. Wie sieht der atypische Blasenschmerzpatient aus?

Y. Razmara: Rezidivierende Blasenentzündungen und imperativer Harndrang können erste Anzeichen für die Krankheit sein. Mit den üblichen Antibiotikagaben und Spasmolytika erfolgt bei IC keine Besserung. Die Miktion und Blasenbeschwerden werden in der oft jahrelangen Frühphase häufig als „Reizblase“ diagnostiziert.

Bei bis zu 40% der Patienten besteht ein Zusammenhang zwischen der IC und einer Autoimmunerkrankung wie

Lichen sclerosus und Lichen planus, rheumatoider Arthritis, Lupus erythematoses, Sklerodermie oder Hashimoto-Thyreoiditis. Die IC stellt eine assoziierte Autoimmunreaktion der Harnblase bei chronisch-entzündlichen Prozessen dar.

Wie können die Patienten selbst zu einer Verbesserung der Symptome beitragen?

Y. Razmara: Mit Verhaltensänderungen wie ausreichend trinken (Wasser, Tee – mind. 2l/Tag), Stress vermeiden, Miktionshygiene, regelmäßiger Entleerung der Blase, histaminarmer Ernährung.

Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es bei BPS/IC?

Y. Razmara: Es gibt eine Vielzahl an konservativen Therapieoptionen:

- Antimuskarinika, Anticholinergika, trizyklische Antidepressiva, Analgetika, Antihistaminika, Antispasmodika, Kalziumantagonisten und Prostaglandinhibitoren, Östrogene
- die intravesikale Therapie als fester Bestandteil der Behandlung: Chondroitinsulfat oder/und Natriumhyaluronat, DMSO (Dimethylsulfoxid), BCG, Heparin
- Die intravesikale Instillation von CS/HA reduziert die Miktionsfrequenz, die Nykturie und die unangenehme Symptomatik, erhöht die Miktionsvolumina und die durchschnittliche Blasenkapazität; sie führt damit zu einer signifikanten Verbesserung der Lebensqualität.

Es gibt auch einige minimal invasive Therapieoptionen:

- Die Desensibilisierung von Schmerzafferenzen (C-Fasern) durch Überreizung der Vanilloidrezeptoren: Resiniferatoxin bindet an die Vanilloidrezeptoren, degranuliert Mastzellen und setzt Histamin frei. Nach initialer Schmerzauslösung folgt eine Phase der Anästhesie im Sinne einer Desensibilisierung.
- Die Hydrodistension der Harnblase



bringt meist nur eine vorübergehende Besserung, in 8% gibt es allerdings Blasenrupturen als Komplikation.

- Die funktionelle Elektrostimulation ist mit der perkutanen Teststimulation vor der Implantation einer Sakralforamenelektrode bei der IC ebenfalls wenig erfolgreich.
- Für die transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS) wurde ein positiver Effekt nicht nachgewiesen.

Operative Interventionen sind Sympathektomie und intraspinale Alkoholinjektionen, die der Schmerzbekämpfung dienen. Die sakrale Neurotomie erbrachte initial gute Ergebnisse, wurde aber, wie die meisten Denervierungsoperationen, aufgrund schlechter Langzeitergebnisse verlassen.

Haben alle konservativen Therapieoptionen versagt, bleibt als Ultima Ratio die Resektion des erkrankten Gewebes.

In vielen schweren Fällen ist die orthotope Blasen substitution mit einem Mainz-Pouch nach supratrigonaler oder subtrigonaler Blasenresektion erfolgreich, allerdings kann bei etwa 20% der Patienten die Schmerzsymptomatik durch die verbliebenen Reste der Urethra und des Blasenhalbes persistieren. Durch sekundäre Urethrektomie und Resektion

des Blasenrestes mit Umwandlung der orthotopen Blasen substitution in eine kontinente kutane Harnableitung mit Nabelstoma können diese Patienten von ihren Beschwerden befreit werden.

Insgesamt sind die Therapieoptionen sehr vielfältig und machen die interstitielle Zystitis zu einer behandelbaren Erkrankung. Die Heilung ist letztendlich aber schwer zu erzielen.

Welche Erfahrungen haben Sie mit der Übernahme der Behandlungskosten durch die Krankenkassen?

Y. Razmara: Das ist ein schwieriges Thema, ich kämpfe immer wieder mit den Kassen. Meist werden die Kosten für acht Instillationen übernommen, darüber hinaus müssen die Patienten oft selber dafür aufkommen.

Gibt es einen Zusammenhang zwischen Lichen sclerosus und interstitieller Zystitis?

Y. Razmara: Lichen sclerosus/Lichen planus sind Autoimmunerkrankungen. Wenn Lichen sclerosus/planus mit urethraler Schleimhautbeteiligung mit Restharnblase nicht behandelt wird, kann sich daraus auch ein chronisches Blasen schmerzsyndrom entwickeln.

Welche Information ist für den Allgemeinmediziner von Bedeutung, bei dem Patienten oft zuerst bei der Entstehung der Krankheit vorstellig werden?

Y. Razmara: Am wichtigsten ist die ausführliche Anamnese in Bezug auf den Krankheitsverlauf und die Beschwerden (Art und Intensität). Mit diesen Informationen kann der Urologe letztendlich die richtige Diagnose stellen.

Vielen Dank für das Gespräch! ■

Das Interview führte Dr. **Nicole Leitner**

■062102