

Interstitielle Zystitis

IC: S2k-Leitlinie für eine rätselhafte Krankheit

Thomas Bschleifer

Im Juli 2018 wurde in der Bad Nauheimer Kurpark-Klinik die finale Version der ersten Leitlinie zur IC/BPS (Interstitielle Zystitis / Blasenschmerzsyndrom) in deutscher Sprache verabschiedet. 23 ärztliche Experten aus Deutschland, Österreich und der Schweiz sowie Physiotherapeuten und Vertreter von Selbsthilfegruppen verfassten 43 Seiten mit 309 Literaturstellen über ein Krankheitsbild, das nach wie vor viele Rätsel aufgibt. Auf dem DGU-Kongress in Dresden wurde die neue Leitlinie vorgestellt.

Insgesamt fünfzehn Fachgesellschaften arbeiteten bei der Erstellung der bislang umfangreichsten Leitlinie zur IC/BPS zusammen. Ziel der Leitlinie ist die Verbesserung der Erkennung, Diagnostik und Behandlung der IC/BPS im deutschsprachigen Raum. Bei der IC handelt es sich um eine chronische Zystitis mit unklarer Genese und oftmals sichtbaren Veränderungen der Blasenschleimhaut. Für die Patienten ist der Verlauf der Erkrankung oft schwerwiegend, denn sehr starke Schmerzen, imperativer Harndrang, Pollakisurie und Nykturie schränken die Lebensqualität ähnlich stark ein

wie eine Tumorerkrankung. Parallel gibt es allerdings auch Formen der IC, die keine bzw. temporär keine Schmerzen verursachen. Im Einzelfall kann es zur Ausbildung extremer Schrumpfblasen bei den Patienten kommen. Zur Epidemiologie der IC ist festzustellen, dass die Erkrankung jede Altersklasse betreffen kann, also auch Kinder und Jugendliche. Die höchste Prävalenz findet sich im mittleren Lebensalter. Die Prävalenz bei Frauen beträgt 52–500 auf 100.000 Einwohner, bei den Männern sind es 8–41 auf 100.000. Bei der IC scheint die Blasenwand häufig durch erhöhte Permeabilität gekenn-

zeichnet zu sein. Ohne Abschirmung können Inhaltsstoffe des Urins tief in die auskleidenden Wände der Blase eindringen. Dies führt zu einer Depolarisation der Nervenendigungen, zu Ödemen, schlechter Durchblutung, mehr Mastzellen sowie Reizung der sensorischen Nervenendigungen. Hinzu kommen entzündliche Prozesse, ausgeprägte Reaktionen auf Bestandteile der Nahrung und Histamin sowie eine fortschreitende Veränderung der Blasenmuskulatur. Dabei ist die IC-Form mit Hunner-Ulzeration von der ohne Hunner-Ulzeration zu unterscheiden.

Die Diagnostik der IC

Die Diagnostik der IC/BPS gleicht der Suche nach der Stecknadel im Heuhaufen. So unklar die Ursachen, so vielfältig die Symptome sind, so vielfältig sind die Formen der Diagnostik. Gründliche Anamnese, körperliche Untersuchung sowie eine Urinuntersuchung bilden die Basismaßnahmen. Im Mittelpunkt stehen jedoch Differenzialdiagnosen aus urologischer, gynäkologischer, gastroenterologischer, orthopädischer, neurologischer sowie psychiatrischer Perspektive (s. Kas-ten). Dabei werden validierte Frage-

Differenzialdiagnostik der Interstitiellen Zystitis

Erkrankungen des Muskel-/Skelettsystems und des Bindegewebes

- Beckenbodendysfunktion
- Chronische Rückenschmerzen
- Fibromyalgie
- Hernien
- Maligne Erkrankungen des Muskel-/Skelettsystems und des Bindegewebes
- Myofasziale Schmerzen, Triggerpunkte
- Narbenschmerzen

Gastrointestinale Erkrankungen

- Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen
- Chronische Obstipation
- Chronische intestinale Pseudoobstruktion
- Dünn- oder Dickdarmentosen
- Maligne intestinale Erkrankungen
- Reizdarmsyndrom

Psychische Störungen

- Affektive Störungen
- Anpassungsstörungen
- Schizophrene, schizotype und wahnhafte Störungen
- Somatoforme Störungen

Neurogene Ursachen

- Herpes genitalis
- Nervenkompressionssyndrom
- Neuralgien/Neuropathisches Schmerzsyndrom
- Varicella Zoster

Gynäkologische Befunde

- Endometriose/Adenomyosis
- Fehlbildungen (z. B. akzessorische Ovarien, Uterus duplex)
- Maligne gynäkologische Erkrankungen
- Ovarian retention syndrome/Ovarian remnant syndrome (residual ovary syndrome)
- Ovulationsschmerz
- Pelvic inflammatory disease und deren Folgen (PID)
- Radiogene Veränderungen
- Venöse Stauung im kleinen Becken (pelvine Varikose)
- Zervikale Stenose mit Hämatometra

Urologische Erkrankungen

- Blasenfunktionsstörungen
- Chemozystitis
- Chronische Harnwegsentzündungen (v.a. bakteriell, parasitär)
- Chronische Prostatitis
- Maligne urologische Erkrankungen
- Radiozystitis
- Urethralyndrom
- Urolithiasis

Die Diagnostik der IC/BPS ist weitgehend ein Ausschlussverfahren. Die Indikation ergibt sich aus der Negativdefinition vieler anderer Krankheitsbilder. Validierte Fragebögen und spezifische urologische Diagnostikverfahren kommen zum Einsatz.

Behandlungsschema der Interstitiellen Zystitis

Stufe 5: Operationen, Rehabilitation

Stufe 4: Botulinumtoxin A, Neuromodulation.

Stufe 3: Kombinationsvarianten, erfahrungsmedizinische Maßnahmen.

Stufe 2: Multimodale medikamentöse Therapien, Instillations-therapien, EMDA, Hydrodistension, Rehabilitationsmaßnahmen.

Stufe 1: Aufklärung, Lebensstil und Ernährungsumstellung, Physiotherapie, psychologische/psychiatrische Betreuung, ganzheitliche /komplementärmedizinische Maßnahmen

Fünf Stufen der therapeutischen Eskalation kann der Arzt seinen IC-Patienten anbieten. Das Behandlungsspektrum reicht von der konservativen Therapie bis zur Operation.

bögen wie O'Leary-Sant Symptom Problem Index (OSPI), Pelvic Pain and Urgency Index (PUF) sowie Female Sexual Function Index (FSFI) verwendet. Zusätzlich müssen die folgenden diagnostische Verfahren in Erwägung gezogen werden:

- Urosonografie,
- Uroflowmetrie mit Restharnbestimmung,
- Zystoskopie,
- Hydrodistensionstest (unter Narkose),
- Flow-EMG,
- Urodynamik,
- Kaliumchloridtest / Lidocaintest,
- Biopsie der Harnblasenwand und
- Stuhldiagnostik.

Therapiemöglichkeiten

Die Therapieoptionen der IC/BPS bestehen in der konservativen, der oralen, der intravesikalen Therapie sowie transurethralen Verfahren oder interventionellen bzw. operativen Maßnahmen. Neben Änderungen des Lebensstils und der Ernährung sowie Physiotherapie, Akupunktur, Neuraltherapie und Komplementärmedizin kommt kaum ein IC-Patient ohne eine medikamentöse Therapie aus. Als Wirkstoffe kommen in Frage: Alphablocker, Tizanidin, Pregabalin, Pentosanpolysulfat, Amitriptylin, Montelukast, Hydroxizin, Nifedipin, Mirtazapin, Cimetidin, PDE5-Hemmer sowie Analgetika wie Opioide. Außerdem kommen intravesikale Instillationstherapien mit Hyalu-

ronsäure oder Chondroitinsulfat bzw. Heparin und Lidocain zum Einsatz. Die intravesikale Therapie mithilfe des EMDA-Verfahrens (electromotive drug administration) soll den Effekt der Instillation mittels Elektrophorese noch verstärken.

Interventionelle Therapieoptionen bestehen in der intravesikalen Injektionstherapie mit Onabotulinumtoxin A, der Hydrodistension unter Narkose und der transurethralen Resektion bzw. Fulguration von Hunner-Läsionen. Darüber hinaus zeigt die sakrale bzw. pudendale Neuromodulation bzw. die perkutane Tibialis-posterior-Stimulation Erfolge bei der Behandlung der IC/BPS. Als Ultima Ratio bleibt (insbesondere bei irreversibler Schrumpfblass) oft nur die Zystektomie mit Harnableitung (z. B. Ileumconduit). Die spärlichen Daten in der Literatur zeigen hier sehr gute Ergebnisse für die Schmerzfreiheit.

Fazit

Die IC ist eine nichtinfektiöse, chronische Harnblasenerkrankung. Eine weltweit einheitliche Definition existiert bislang nicht (1–5). Die Diagnose der IC/BPS ist nicht an ein bestimmtes Blasenvolumen oder dauerhafte Schmerzen gebunden. Eine Geschlechter- oder Alterseinschränkung gibt es nicht. Die IC untergliedert sich in zwei Subtypen (3, 6, 7). Beim Hunner-Typ sind klare Hunner-Läsionen durch eine Zystoskopie festzustellen. Dieser Typ

ist viel seltener als der Nicht-Hunner-Typ, bei dem unter/nach Blasendistension keine Hunner-Läsionen zu finden sind. Die Symptomatik kann äußerst unterschiedlich ausgeprägt sein, eine Linderung der Beschwerden ist anzustreben und möglich, eine Heilung des Krankheitsbilds ist jedoch fraglich. Wichtigste Aufgabe im Rahmen der Diagnostik ist der Ausschluss differenzialdiagnostischer Erkrankungen.

Vor allem im Frühstadium der Erkrankung kann es zu Fehldiagnosen kommen. So ist es zu erklären, dass ein großer Teil der Patienten eine Vielzahl von Arztkontakten in den Jahren vor Diagnosestellung hatte. Die Ursachen sind individuell unterschiedlich und oft vielfältig (8). Eine ausführliche Anamnese und die weiterführende Diagnostik, insbesondere wenn typische zystoskopisch und/oder histologisch nachweisbare Veränderungen der Harnblase beobachtet wurden, sind Hinweisgeber für die Auswahl der Therapieoptionen (9–13).

Die IC/BPS verläuft für den Patienten und den behandelnden Arzt oft schwierig und unbefriedigend. Die Behandlung sollte daher umfassend, interdisziplinär sowie multimodal unter Berücksichtigung des erweiterten biopsychosozialen Modells erfolgen. Eine enge Vernetzung zwischen niedergelassenen Therapeuten und speziellen Zentren ist anzustreben (14–19).

Literatur beim Autor



Autor

**Prof. Dr. med. Dr. phil.
Thomas Bschiepfer,
F.E.B.U.**

Chefarzt
Klinik für Urologie, Andrologie und Kinderurologie
Interdisziplinäres Kontinenz- und Beckenbodenzentrum
Klinikum Weiden/Kliniken Nordoberpfalz AG
thomas.bschiepfer@kliniken-nordoberpfalz.ag