

Beckenschmerzen

Sonja Brandner

Meike Duthaler

Boudewijn van der Weg



Fallvorstellung 1

M. Duthaler, Urologie

25-jähriger Patient 1. Kons. bei externem Urologen 2015

- Schmerzen perineal seit 2012 im Ausland diverse Therapien
- Bei intermittierender Pollakisurie: Therapie mit B2-Mimetikum
- Bei grenzwertigen Restharmengen: Alpha-Blocker
- Bei Erektile Dysfunktion: PDE-5-Hemmer

Vorstellung in Urologie Inselspital 2017

- Persistierende Schmerzen
- Persistierende Erektile Dysfunktion
- Krankheitsgefühl da „so viele Medikamente eingenommen werden“



Schmerzanamnese



Schmerzanamnese

Lokalisation	perineal, Ausstrahlung in penile Harnröhre
Beginn	2012 plötzlich
Dauer/Qualität	kontinuierliches Druckgefühl VAS 3
Auslöser	Aggravation nach Ejakulation
Verbesserung	weder durch Bewegung, Wärme, Miktion noch Medis



Miktionsamnese



Miktionsamnese

Diurie/Nykturie	8x /0x (Trinkmenge 2 Liter/24h)
Blasenspeichersymptome	intermittierende Urge
Blasenentleerungssymptome	etwas abgeschwächter Harnstrahl
Makrohämaturie	nein
Rezidivierende Infekte	keine



Stuhlanamnese



Stuhlanamnese

Schmerzen im Abdomen ja linker Unterbauch

Obstipationsneigung eher harter Stuhlgang täglich

Diarrhoe keine

Blut im Stuhl nein

Symptome relativ neu aufgetreten



Sexualanamnese



Sexualanamnese

Partnerschaft	Gelegentlicher GV in lockerer Beziehung
Partnerin Beschwerden	keine
Libidostörung	Nein
Erektionsstörung	Ja, unter PDE-5-Hemmer für GV ausreichend (NW)
Fremdkörpermanipulation	Nein
Ausfluss	Nein



Fallvorstellung 1

M. Duthaler, Urologie

Welche weiteren anamnestischen Angaben brauchen Sie?

Was sind Ihre diagnostischen Überlegungen?

Welche Untersuchungen würden sie planen?



Diagnostik

U-Status: bland

3. Glas: Prostatasekret +, keine Erythrozyten, keine Leukozyten

<input type="checkbox"/> Spontan	<input type="checkbox"/> dependent aus Mäns	<input type="checkbox"/> DK	<input type="checkbox"/> Cystofix	<input type="checkbox"/> PNS	<input type="checkbox"/> credits	<input type="checkbox"/> links	
<input type="checkbox"/> ix Kath	<input type="checkbox"/> Selbstkath.	<input type="checkbox"/> EB	<input checked="" type="checkbox"/> Prost	<input type="checkbox"/> IC			
Beurteilung durch Labor:							
Farbe:	<input checked="" type="checkbox"/> milchig	Aussehen:	<input checked="" type="checkbox"/> klar	Blut:	<input type="checkbox"/> Frischblut	Geruch:	<input type="checkbox"/> übelriechend
	<input type="checkbox"/> gelb		<input type="checkbox"/> trüb		<input type="checkbox"/> Altblut		
	<input type="checkbox"/> dunkelgelb		<input type="checkbox"/> flockig				
Teststreifen:				Erythrozyten	0-4		
				Leukozyten	0-4		
				Bakterien			
				Pilze			
				Schleim			
				Prostata Sekret	+		
				Epithelien:	<input type="checkbox"/> Übergang	<input type="checkbox"/> Rande	<input type="checkbox"/> Platten



Diagnostik

Miktiographie: kein Hinweis auf Obstruktion bei insgesamt etwas reduziertem Uroflow (unter Medikation mit Mirabegron und Alpha-Blocker)



Diagnostik

Sonographie: kein Restharn, Nieren sonographisch unauffällig

Hodensonographie: normovoläm, normoperfundiert, keine Hydrocele, keine Varikozele

TRUS: keine Abszesskolektion, keine Verkalkungen, Prostatavolumen 20ml



Diagnostik

Lokalstatus: Abdomen unauffällig, äusseres Genitale unauffällig, indolent

DRU: Sphinctertonus dtl. erhöht, Willkürkneifen möglich, symmetrische, asuspekte Prostata, Schmerzen durch Palpation reproduzierbar, erträglich, kein Blut am Fingerling



Diagnostik

Weitere Messinstrumente

IPSS: 3/35: milde Symptomatik

IIEF: **13/25 Punkten** milde bis mässige **Erektile Dysfunktion**

CPSI: **11/21 Schmerzen**, 1/10 Harnsymptome, **10/12 Einschränkung der Lebensqualität**

Blasentagebuch: Urinportionen 200-400ml, 5-7x Diurie, 0x Nykturie



Fallvorstellung 1

M. Duthaler, Urologie

Wie lautet Ihre Diagnose?

Differentialdiagnosen?

Wie würden Sie therapeutisch vorgehen?



Urologische Differentialdiagnosen

U-Points¹

U: Urologische Beschwerden: Blasenfunktion
M: Psychologische Faktoren: Angststörung, Depression,
Müdigkeit
O: Organisch/strukturell: UT, Hämaturie, Entzündung
N: Nerven
R: Neurologische Faktoren: Sensibilitätsstörungen
T: Trauma: Fraktur, Muskeln, Wirbelsäule,
Periprostatischer Abszess
S: Sonstige

- Prostatitis
- Blasenspeicher- und Entleerungsstörung
- Folgen von sexuellem Missbrauch/Folter
- Muskuloskelettale Ursache

Diagnose

Chronisches Beckenschmerzsyndrom (PPS) mit/bei:

- kompensierter LUTS (lower urinary tract symptoms)
- mittelgradiger am ehesten psychogener Erektile Dysfunktion



Wie weiter?



- Beginn transkutane tibiale Nervenstimulation (TTNS)
- Anmeldung für URO-ISS
(Urologie/Psychosomatik/Schmerztherapie)



Uro-ISS



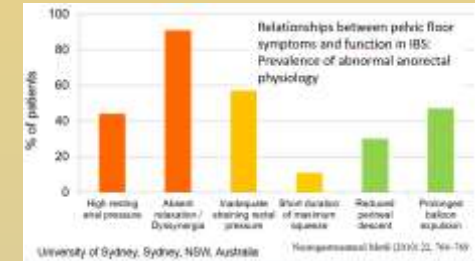
- Schmerzen bereits deutlich besser
- Beginn Beschwerden mit Abbruch Studium wegen Militärdienst
- wegen ED „nicht vermittelbar“ für Heirat mit Partnerin aus Heimat
- Zukunftsängste: Familienplanung, Beruf, Familie weiter auf Flucht
- Gefühl der Genitalatrophie, Barriere zwischen Körper und Penis

Uro-ISS

Management of pelvic floor dysfunction

Summary of evidence	LE
Myofascial treatment is effective.	1b
Biofeedback improves the outcome of myofascial therapy.	1a
Trigger point release is effective in treating muscle and referred pain.	1a

Recommendations	GR
Apply myofascial treatment as first line treatment.	A
In patients with an overactive pelvic floor, biofeedback is recommended as therapy adjunct to muscle exercises.	A
When myofascial trigger points are found, treatment by pressure or needling is recommended.	A



- Fortführung TTNS
- Vorstellung bei klinischer Sexologin
- Vorstellung Gastroenterologie: Empfehlung Stuhlregulation
- Vorstellung Physiotherapie (BB-Dyssynergie, Hypertonus)
- Vorschlag Schmerztherapie: Therapie mit Antidepressivum
- Vorschlag Psychosomatik: ambulante Mitbetreuung

chron. Beckenschmerzen, urologische DD

Inflammatorisch:

- Prostata, Nebenhoden, Blase

Infektiös

- STD, TBC etc.

Intersitielle Zystitis

Steine

- Ureter, Blase, Urethra

Tumore



chron. Beckenschmerzen, urologische DD

Anatomische Anomalien:

- Zysten, Divertikel, Zelen, Strikturen

Funktionell

- Blasenspeicher- und Entleerungsstörung

Fremdkörper

Posttraumatisch/postoperativ



Fall 2

S. Brandner, (Uro) Gynäkologie



Anamnese

36 jährige Nullipara

- II° Dysmenorrhoe (VAS 8/10) seit 2 Jahren
- rezidivierende Dyschezie und Hämatochezie
- rezidivierende Dysurie und Makrohämaturie



Anamnese II

- Unerfüllter Kinderwunsch nach oraler Kontrazeption bis vor 4 Jahren
- Schmerzen beim Geschlechtsverkehr
- Mens regelmässig alle 28/d für 7 Tage verstärkt, schmerzhaft
- Raucherin 15 py



Fallvorstellung 2

S. Brandner, (Uro)Gynäkologie

welche weiteren anamnestischen Angaben brauchen Sie?

was sind Ihre diagnostischen Überlegungen?

welche Untersuchungen würden sie planen?



Diagnostik I

Gynstatus:

Spekulär: sinistroponierte Portio

Bimanuell: retrovertierter Uterus wenig mobil, Dolenz im hinteren Fornix, schmerzhaft Triggerpunkte Levator ani, erhöhter Tonus

Rektaluntersuchung: dolenter Knoten Rektumvorderwand



Diagnostik II

Urinstatus Kathurin: Nitrit neg, Ec 2-5 Ec/GF, Lc neg

Transvaginaler US: retrovertierter Uterus, normales Endometrium, hypoechogene Zonen im Myometrium, Ovarien bds retrouterin mit zwei zystischen Raumforderungen



Ultraschall



Fallvorstellung 2

S. Brandner, (Uro) Gynäkologie

wie lautet Ihre primäre Diagnose?

Differentialdiagnosen?

Weitere Diagnostik?



Diagnostik III

Tumormarker Ca 125 70IU/ml (<35)
CEA und HE4 normal

MRI

Kolonskopie

Zystoskopie

Laparoskopie



Diagnostik III

Transvaginal ultrasound vs magnetic resonance imaging for diagnosing deep infiltrating endometriosis: systematic review and meta-analysis

S. GOSWAMI¹, L. SAMA², M. A. PACHAU³, S. AOHIA⁴,
T. KICAZAR⁵

Study	Year	Country	Sample Size	Prevalence	Method
1	2010	USA	100	10%	TVUS
2	2011	UK	200	15%	MRI
3	2012	Canada	150	12%	TVUS
4	2013	France	300	18%	MRI
5	2014	Germany	250	14%	TVUS
6	2015	Italy	180	11%	MRI
7	2016	Spain	120	9%	TVUS
8	2017	Japan	90	8%	MRI
9	2018	China	110	10%	TVUS
10	2019	India	80	7%	MRI

► Diagnostic Performance Identical
► Sensitivity 85% - Specificity 95%

Tumormarker

MRI

Kolonskopie

Zystoskopie

Laparoskopie



Diagnostik III

Kolonoskopie



Tumormarker

MRI

Kolonoskopie

Zystoskopie

Laparoskopie

Diagnostik III

Tumormarker

MRI

Kolonskopie?

Zystoskopie

Laparoskopie



Zystoskopie



3. Zyklustag



Diagnostik III

4.5.6 Diagnostic evaluation of gynaecological aspects chronic pelvic pain

Summary of evidence	LE
Clinical history and examination are mandatory when making a diagnosis.	2a
Laparoscopy is well tolerated and does not appear to have negative psychological effects.	1b

Recommendations	Strength rating
Take a full gynaecological history and evaluate to rule out a treatable cause (e.g. endometriosis) in all women with chronic pelvic pain.	Strong
Refer to a gynaecologist if clinical suspicion of a gynaecological cause for pain following complete urological evaluation. Laparoscopy should be undertaken in accordance with gynaecological guidelines.	Strong

Tumormarker

MRI

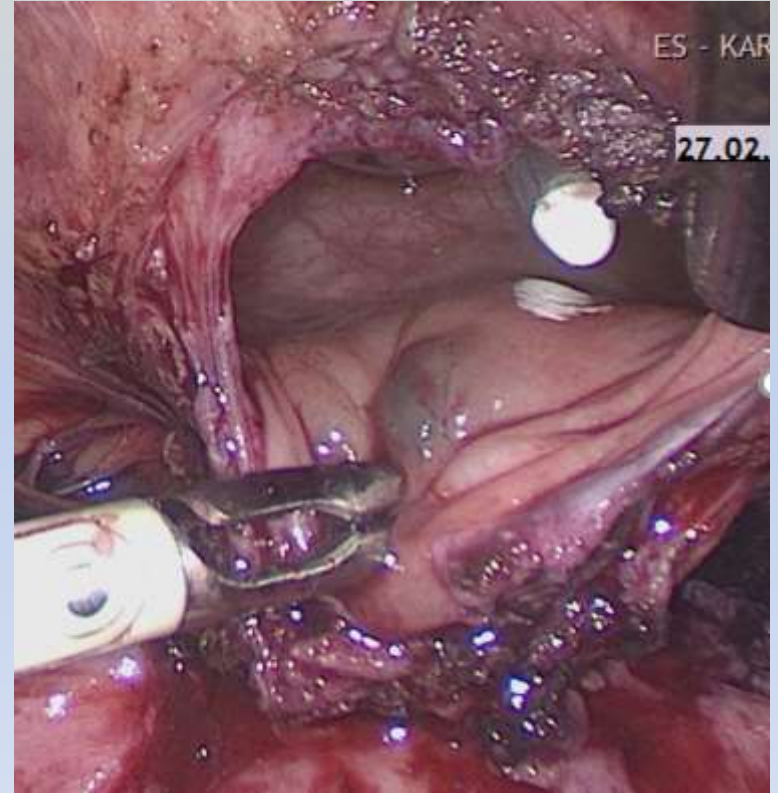
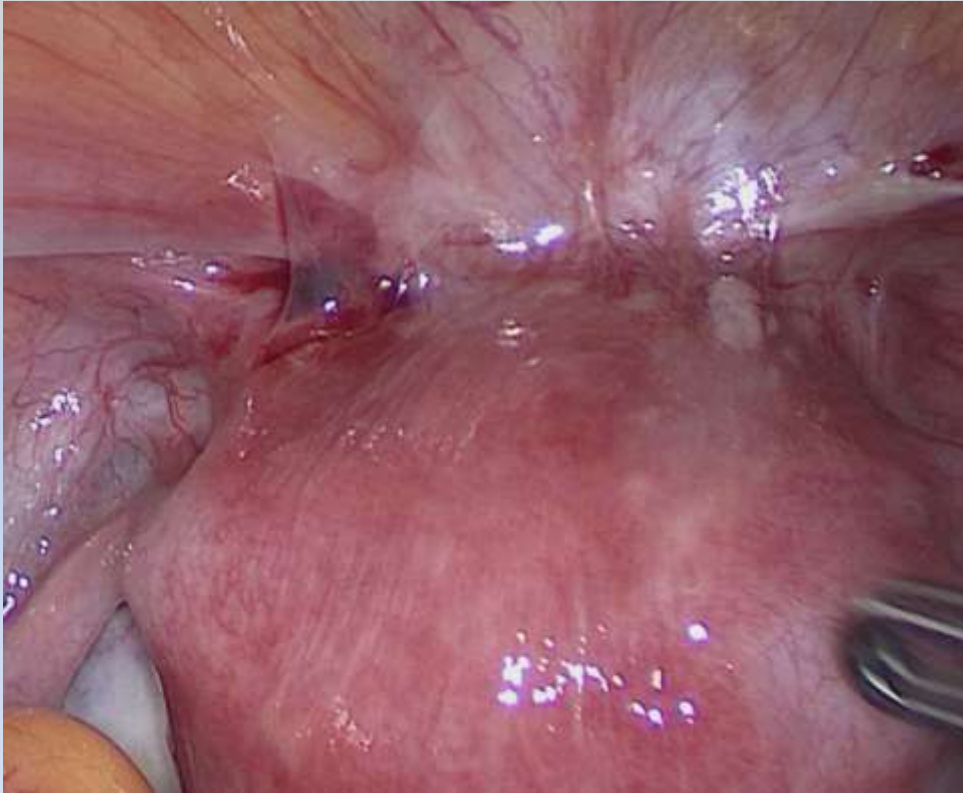
Kolonskopie?

Zystoskopie

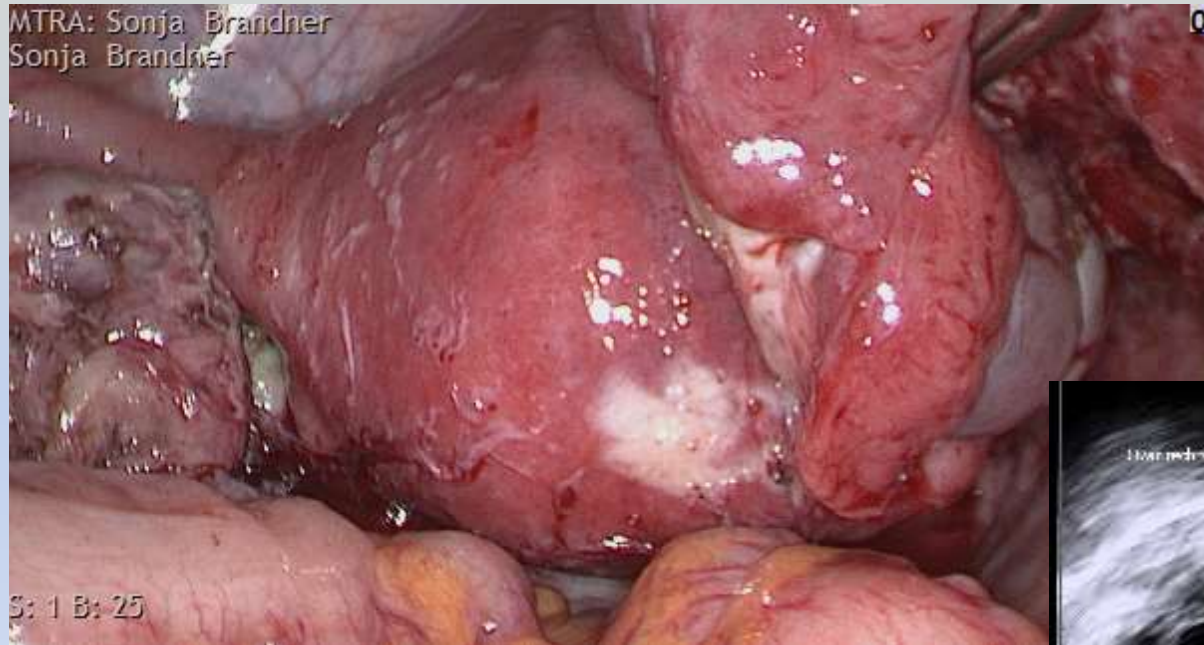
Laparoskopie



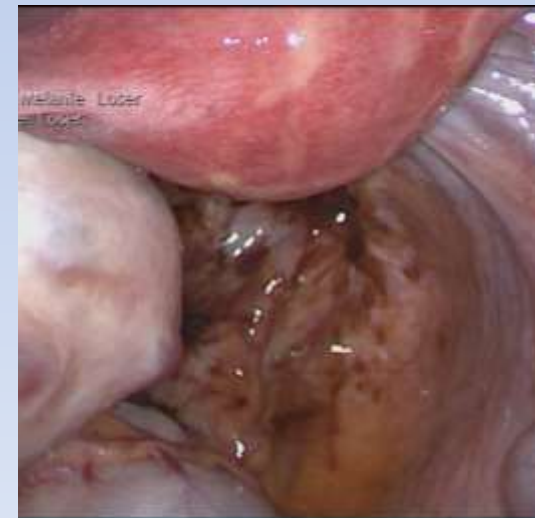
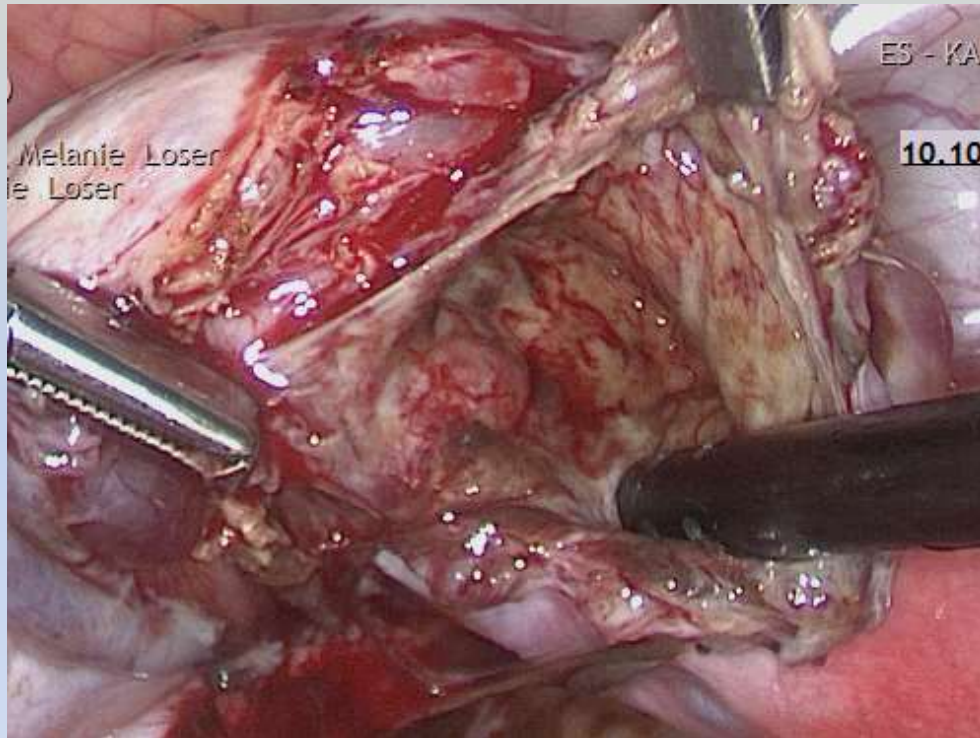
Laparoskopie



Laparoskopie



Laparoskopie



Diagnose

Endometriose mit Endometriose-assoziierten Beckenschmerzen (CPP)

- tief infiltrierende Endometriose mit Knoten im Septum rektovaginale
- Blasenendometriose
- Endometriome
- Adenomyosis uteri



Fallvorstellung 2

S. Brandner, (Uro) Gynäkologie

Differentialdiagnosen?



Differentialdiagnosen

Beckenschmerzen

Gynäkologie

Vestibulitis

Vulva Painsyndrom lokalisiert - generalisiert

Klitorissschmerzsyndrom

Endometrioseassoziiertes Schmerzsyndrom

Pelvic congestion

Überlappend: BPS, Urethrasyndrom, IBS, Pudendusneuralgie

- Pelvic inflammatory Disease
- Ovarialkarzinom
- Bladder Pain Syndrom
- Urothel-oder Kolonkarzinom



→ Zyklusabhängigkeit suggestiv für Endometriose

Fallvorstellung 2

S. Brandner, (Uro) Gynäkologie



Therapieoptionen?



Therapie

- Laparoskopische Resektion Septum rektovaginale, Blasenteilresektion, Endometriomfenestration, Resektion peritonealer Endometrioseherde
- Gestagentherapie 3 Monate
- Zuführung zur Kinderwunschtherapie



Verlauf

- **1 Jahr später:**
 - Kinderlos
 - Persistenz der Dysmenorrhoe
 - Dypareunie
 - Keine Hämatochezie oder Blasenschmerzen



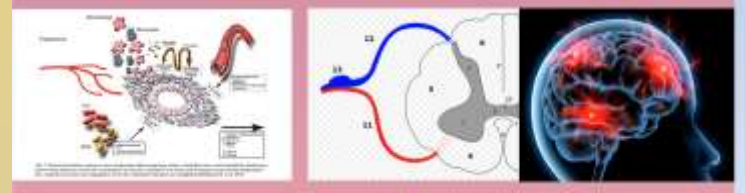
Fallvorstellung 2

S. Brandner, (Uro) Gynäkologie

wie lautet Ihre Diagnose jetzt?



Diagnose



Endometriose-assoziiertes Beckenschmerzsyndrom (CPPS)

Therapie

- Physiotherapie
- Systemische Psychotherapie
- Schmerzsprechstunde
- Selbsthilfegruppe: www.endohelp.ch



Therapie

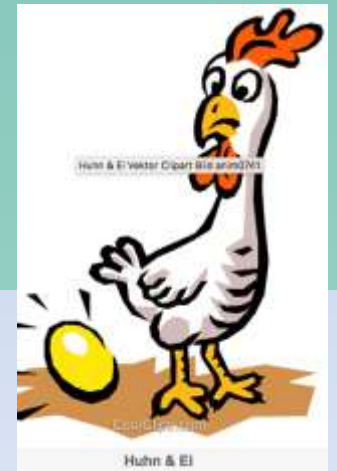
- Physiotherapie
- Systemische Therapie
- ... Stunde
- Selbsthilfegruppe: www.endohelp.ch

Weniger ist mehr



Gynäkologische Take Home Messages

- ✓ Zyklus- und Sexualanamnese ist essentiell (LOE 2a)
 - ✓ Akute Krankheiten (PID, Endometriose,..) können zu CPPP werden
 - ✓ Eine Missbrauchsanamnese ist häufig!!
 - ✓ Interprofessionelle/interdisziplinäre Therapie zielführend
-
- Gynäkologische Untersuchung (LOE 2a)
 - Laparoskopie hilfreich (1b)
 - Untersuchungen während Mens
 - Weniger ist mehr



Besten Dank für die Aufmerksamkeit

Beckenschmerzen

Take Home Message

- CPPS frühzeitig erkennen
- genaue Anamnese wegführend
- Sexualanamnese, Zyklusanamnese
- CPPS: Assoziierte Probleme frühzeitig erkennen und behandeln
- interdisziplinäre Zusammenarbeit
- häufig Symptomüberlagerungen
- weniger ist oft mehr

