

Interstitielle Cystitis und der Beckenboden

von Dr. Elke Heßdörfer, Berlin, Senior Consultant des ICA-Deutschland



Dr. Elke Heßdörfer

Die Therapie der Interstitiellen Cystitis (IC) 2005 ist eine multimodale Therapie. Neben einer Wiederherstellung des Epitheldefektes der Glykosaminoglykanschicht und einer Mastzelltherapie stehen neue Therapieoptionen im Fokus des Interesses: auf der einen Seite die Nerven selbst, die mittels Botulinumtoxin-A-Injektion in den Blasenmuskel für einige Zeit gedämpft werden sollen, und auf der anderen Seite der Bereich **Beckenboden**. Schmerzhaft Muskeln zeigen mehr Depolarisationen im Entspannungszustand als normale Muskeln, fand bereits Travell 1983 heraus. Das Elektromyogramm(EMG) des Beckenbodens, das mittels einer vaginalen oder analen Oberflächenelektrode aufgezeichnet wird, zeigt reproduzierbar nicht nur die Beckenbodenkontraktionskraft bei Anspannung, sondern auch ob ein Entspannen möglich ist. Auffällig ist bei Patienten mit IC eine Dauerspannung des Beckenbodens auch bei Aufforderung zum Entspannen; diese Dauerspannung wird auch als Hypertonie oder Spastizität des Beckenbodens bezeichnet. Nicht selten findet sich eine zusätzliche dysfunktionelle Entleerungsstörung mit stakkatoartigem, stotterndem Harnfluß infolge der Nichtentspannung des Beckenbodens während der Miktion.

Ein neues Behandlungskonzept des ständigen Harndrangs und der damit verbundenen Schmerzen besteht in einer **Biofeedback- u. Manualtherapie** des Beckenbodens. Prinzip des Biofeedbacks ist es normalerweise nicht bewusst ablaufende körperliche Funktionen durch zeitgleiche Rückmeldung bewusst kontrollieren zu können; im Falle des Beckenbodens geschieht dies mit Hilfe einer Sonde, die vaginal oder anal plziert wird und die Muskelkontraktionen des Beckenbodens in Form einer Kurve visualisiert und so bewusst macht. Ziel des Biofeedback ist das Erlernen der Koordination der Muskulatur, bei der IC im speziellen das Entspannen lernen und das Erlernen einer selektiven Beckenbodenkontraktion. Anhand eines Trainingsprogrammes in mehreren Sitzungen lernen die Patienten im Rahmen des Beckenboden-Wahrnehmungs-Programmes wie sie mehrfach hintereinander innerhalb von maximal 0.5s den Beckenboden anspannen und bei Aufforderung in weniger als 1s wieder entspannen sollen. Der Beckenboden-EMG-Ruhewert soll einen bestimmten Schwellenwert nicht überschreiten ($<2\mu V$), die maximal erreichte Muskelkontraktion soll nicht mehr als 10% vom Mittelwert abweichen; die Muskelspannung soll ca.8-10s gehalten werden. Hilfreich als Ergänzung zu diesem Biofeedback ist eine Erklärung von Grundzügen des Beckenbodenaufbaus; es gibt drei Muskelschichten, die sich zwischen Schambein und Steißbein erstrecken und den Abschluss des Bauchraums nach unten darstellen: eine äußere, eine mittlere und eine innere Schicht – der wichtigste Beckenbodenmuskel ist der sog. Levatormuskel, der fächerförmig die innere Schicht des Beckenbodens ausmacht; diese Muskelplatte kann bei Frauen ideal von vaginal getastet werden oder per Ultraschall vom Damm aus dargestellt werden; die Patientinnen können auch selbst lernen diesen Muskel zu tasten.

Zusätzlich zu Biofeedback und Beckenbodenanatomie ist die Untersuchung von **myofaszialen Triggerpunkten** als Auslöser von Muskelverspannung und Schmerzen wichtig. Schmerzen bei IC sind nicht nur in der Blase, sondern können in die Harnröhre, die Vagina (Vulvodynie), den Dammbereich, den Unterbauch oder unteren Rückenbereich ausstrahlen. Diese Schmerzausstrahlung wird durch Triggerpunkte hervorgerufen. Triggerpunkte gibt es in allen Muskeln des menschlichen Körpers; man versteht darunter Zentren erhöhter Erregbarkeit in einem Gewebe, die bei Kompression empfindlich sind und einen Übertragungsschmerz auslösen. Diese Triggerpunkte sind durch gezielte Handgrifftechniken von außen, aber im Falle des Beckenbodens auch von vaginal oder anal zu behandeln. Manualtherapeutische Triggerpunkte des Beckenbodens sind in folgenden Muskeln des Beckenbodens bzw. der Beckenwand zu finden: Mm.sphincter ani , levator ani , coccygeus, obturatorius internus und piriformis. Etwas losgelöst vom eigentlichen Beckenboden sollten aber auch das Kreuzdarm-beingelenk (Iliosakralgelenk) sowie das Steißbein

auf Überempfindlichkeit und Beweglichkeit untersucht werden, da nicht selten auch dort Blockierungen vorliegen können, die den Beckenboden negativ beeinflussen. In Deutschland ist durch nichtärztliche Therapeuten nur eine Therapie dieser Triggerpunkte von außen möglich. Manualtherapeutische Techniken werden in Deutschland meist von Osteopathen durchgeführt, wenngleich der Beckenboden derzeit keine therapeutische Rolle spielt; motivierte Therapeuten sollten aber durchaus in der Lage sein die äußerlichen Beckenbodentriggerpunkte zu untersuchen. Am idealsten ist jedoch eine vaginale bzw. anale Therapie mit dem Finger; dabei wird auf den jeweiligen Muskel zunächst ein Druck ausgeübt, danach wird der Muskel gedehnt. Die verspannten Muskelfaserbündel werden durch diese Massage versucht zur Entspannung zu bringen. Nach einigen Sitzungen sollten Muskelspannung und Triggerpunkte abnehmen; unterstützt werden kann diese Therapie durch Beckenbodentraining zu Hause (sog. Kegelübungen). Die Wirksamkeit dieser Manualtherapie ist vermutlich durch die enge Nachbarschaft der anatomischen Triggerpunkte zu Blase und Nerven des unteren Rückenmarks zu erklären. Nachteil dieser Beckenbodentherapie ist, dass sie aufgrund ihrer Invasivität (Entrieren von Körperöffnungen) in Deutschland von nichtärztlichen Berufsgruppen nicht ohne weiteres durchführbar ist.

Autorin:
Dr. med Elke Heßdörfer
Reinickendorfer Str. 15
13347 Berlin

©2005 ICA-Deutschland eV, 8/2005