



Differentialdiagnose bei chronischen Unterbauch- schmerzen der Frau

Jürg Kunz

Unter chronischen Unterbauchschmerzen leiden rund 15% der 18- bis 50-jährigen Frauen. Mögliche Ursachen sind gynäkologische Organerkrankungen sowie gastrointestinale, chirurgische, urologische, muskuloskeletale und neurologische Erkrankungen. Gleichberechtigt ist, unabhängig von einem Organbefund, die psychosoziale Befindlichkeit in die Differentialdiagnose des CPPS (*chronic pelvic pain syndrome*) einzubeziehen.

Der Begriff «chronische Unterbauchschmerzen» (CPPS, *chronic pelvic pain syndrome*) bezeichnet Schmerzen, die mit oder ohne fassbaren Organbefund während mindestens sechs Monaten bestehen. Fehlen klar erkennbare Ursachen, so ist die frühzeitige interdisziplinäre Organ- und Psychodiagnostik Voraussetzung für eine erfolversprechende Abklärung und Behandlung der CPPS-Patientinnen [1].

PMS

Zu den häufigsten Ursachen von CPPS zählt das prämenstruelle Syndrom (PMS), das unterschiedlich stark ausgeprägt ein Drittel aller Frauen im reproduktiven Alter betrifft. PMS äussert sich mit zyklisch

auf tretenden, an Intensität nicht progredienten pelvinen Schmerzen vor und während der Menstruation. Begleitsymptome sind Mastodynie, Flüssigkeitsretention, Meteorismus, Kopfschmerzen, Schwindel, Palpitationen, Akne, Müdigkeit, Stimmungsschwankungen und Reizbarkeit. Kein Symptom ist pathognomonisch. Typisch ist das Auftreten der Symptomatik in der zweiten Zyklushälfte, die Periodizität und das Abklingen der Symptome bis spätestens am dritten Menstruationstag. Das Syndrom steht in Zusammenhang mit der ovariellen Funktion, die Ätiologie des PMS ist aber unklar. Diagnostisch führen der Menstruationskalender und Laboruntersuchungen zum Erfassen

Editorial

Chronische Unterbauchschmerzen bei Frauen können viele Ursachen haben. Gynäkologische Erkrankungen gehören zwar zu den häufigsten, es gilt jedoch auch an andere Möglichkeiten zu denken, die in dieser Ausgabe aufgelistet werden. In allen Fällen ist eine Berücksichtigung der psychosozialen Faktoren wichtig für den therapeutischen Erfolg.

Renate Bonifer

von Hyperprolaktinämie, Östrogen-Gestagen-Ungleichgewicht und verminderter Aldosteronproduktion sowie Fragen nach der psychosozialen Befindlichkeit weiter.

Dysmenorrhoe und Endometriose

Dysmenorrhoe zählt in der Praxis zu den häufigsten Klagen und sie wird meist von PMS begleitet. Es handelt sich um einen Symptomenkomplex aus zyklisch während der Menstruation auftretenden krampfartigen Unterbauch-, Rücken- und in die unteren Extremitäten ausstrahlenden Schmerzen unterschiedlicher Intensität und Dauer, die mit Nausea, Erbrechen und Diarrhoe einhergehen können.

Unterschieden werden muss zwischen primärer und sekundärer Dysmenorrhoe. Primäre Dysmenorrhoe bezeichnet die schmerzhafteste Menstruation ohne nachweisbare pathologische Ursachen und betrifft vor

Inhalt

Differentialdiagnose bei CPPS der Frau; Jürg Kunz	1
Symptomatische Therapie bei CPPS; Johannes Bitzer	4
Impressum	2

Umstrittene Ursachen für das chronische Beckenschmerzsyndrom der Frau

Adhäsionen

Peritoneale Adhäsionen als Spätfolge von Adnexitis, nach Operationen oder bei Endometriose sind als Ursache chronischer Unterbauchschmerzen umstritten. Ebenso wird der therapeutische Effekt der Adhäsiolektomie bei der diagnostischen Laparoskopie kontrovers diskutiert.

PCS

Eine umstrittene Ursache für chronische Unterbauchschmerzen ist das *pelvic congestion syndrome* (PCS) aufgrund einer venösen Stase mit pelviner Varikosis, Hyperämie und Ödem im kleinen Becken als Folge defekter Gefässklappen, arteriovenöser Shunts oder Störungen des pelvinalen autonomen Nervensystems. Das in der Regel reversible PCS kann in einen irreversiblen Zustand, das *congestion fibrosis syndrome* übergehen mit der Folge chronisch persistierender Unterbauchschmerzen.

allen Nulliparae mit ovulatorischen Zyklen. Die sekundäre Dysmenorrhoe ist in der Regel Ausdruck einer Erkrankung im kleinen Becken, wie Endometriose, Entzündung, Leiomyom oder Adenomyom, Uterusanomalie, Zervixstenose, Deszensus/Prolaps oder Erkrankung der Adnexe.

Prämenstruell zunehmende Schmerzen mit Übergang in sekundäre Dysmenorrhoe charakterisieren die Endometriose. Akute Symptome entstehen aufgrund einer Blutung aus Endometrioseherden oder der Ruptur einer ovariellen Endometriosezyste. Begleitsymptome sind tiefe Dyspareunie (s. unten), Defäkationsschmerz, Sterilität, selten Blutungsanomalien. Sehr selten sind Symptome durch Einbezug anderer

Organe wie Lunge (Hämoptoe), Harnblase (Hämaturie) und Darm (Melaena). Typisch ist die zyklisch auftretende, progressive sekundäre Dysmenorrhoe. Vor Einleiten einer hormonalen Therapie ist die Diagnose durch perimenstruelle Laparoskopie und Biopsie/Histologie zu sichern.

Adenomyosis

Die Invasion ektooper funktionaler Endometrioseherde ins Myometrium wird als *Adenomyosis uteri* bezeichnet. Sie wird oft symptomlos als Zufallsbefund am Hysterektomiepräparat gefunden, kann aber auch zu progressiver co-menstrueller sekundärer Dysmenorrhoe mit symptomfreiem Intermenstrum führen. Dies betrifft bevorzugt Mehrfachgebärende über 40 Jahre nach operativen Eingriffen am Uterus (z. B. Kaiserschnitt). Postmenopausale Frauen ohne zyklische Ovarialfunktion sind symptomfrei, mit Ausnahme derjenigen, die unter Hormonersatztherapie stehen. Die Verdachtsdiagnose auf Adenomyosis ergibt sich aus sekundärer Dysmenorrhoe, vergrössertem Uterus von verminderter Konsistenz und gelegentlich dysfunktionelle Blutungen.

Dyspareunie

Bei Kohabitationen im kleinen Becken empfundene Schmerzen werden als tiefe Dyspareunie bezeichnet. Sie beruhen darauf, dass bei tiefer Penetration sensible Strukturen, wie Ovar, Narben, Entzündungen oder Endometriose berührt werden. Selten sind psychische Ursachen, die sich durch eine vage und bezüglich Lokalisation ungenaue Beschreibung zu erkennen geben. Zur

Diagnostik dienen Anamnese und gynäkologische Untersuchung, vor allem die Spekulumuntersuchung; meist ist eine Laparoskopie nötig.

Im Gegensatz zur tiefen Dyspareunie beruhen Schmerzen am Introitus vaginae auf Infektionen wie Kolpitis, HPV, Herpes genitalis, Bartholinitis, Vestibulitis, Urethritis sowie auf Kohabitationsverletzungen oder postmenopausaler Atrophie. Schmerzen oder Brennen in der Vagina bei oder bis einige Stunden nach Kohabitation können Folge sein von Entzündungen, anatomischen Veränderungen (z. B. Stenose) oder von allergischen Reaktionen auf Kontrazeptiva oder Sperma. Abzugrenzen ist Vaginismus als Folge von Spasmen der perinealen Muskulatur.

Hämatometra

Zu Dysmenorrhoe führen auch Hämatometra und Hämatokolos. Ursächlich unterschieden werden kongenitale und erworbene Formen. Den kongenitalen Formen liegen *Hymen imperforatus*, transversales Septum und Vaginaltrespie zugrunde, sofern diese mit einem normal funktionierenden Uterus einhergehen. Erworbene Formen basieren auf Agglutination der Labien nach Infektion oder Infibulation, auf geburtshilflichem Trauma, Verätzung der Vagina durch chemische Substanzen, Zervixstenosen oder -vernarbungen nach Kürettage, Kauterisierung, Konisation, Amputation, Radiotherapie oder auf einem Malignom sowie auf postmenopausaler Atrophie.

Kann das Menstruationsblut nicht vaginal abfließen, bestehen bei diesen Krankheitsbildern während

Impressum

Redaktionskommission: Prof. Dr. med. A. Borgeat, Zürich; Prof. Dr. med. U.W. Buettner, Aarau; PD Dr. med. M. Felder, Zürich; PD Dr. med. P. Keel, Basel; Prof. Dr. med. dent. S. Palla, Zürich; Verantwortliche Redakteurin: Dr. Renate Bonifer, IMK Institut für Medizin und Kommunikation AG, Basel

Markennamen können warenzeichenrechtlich geschützt sein, auch wenn ein entsprechender Hinweis fehlen sollte. Für die Angaben zu Dosierung und Verabreichung von Medikamenten wird keine Gewähr übernommen.

Herausgegeben in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes. Herausg.: Dr. Christian Jäggi, IMK, Basel; Verlag: IMK Institut für Medizin und Kommunikation AG, Münsterberg 1, 4001 Basel, Tel. 061/271 3551; Fax 061/271 3338; E-mail: dolor@imk.ch; http://www.dolor.ch; Erscheinungsweise: vierteljährlich.

Folgende Firmen unterstützen dolor:



© IMK

30. September 2005, ISSN 1422-0628

ovulatorischer Zyklen «prämenstruelle» Beschwerden, Amenorrhoe und zyklisch rezidivierende pelvine Schmerzen als Folge der retrograden Menstruation. Bei Hämatokolpos ist auch Harnverhaltung möglich.

Vaginaltresie

Bei Vaginaltresie ist die vaginale Agenesie (fehlende Organanlage) in die Differentialdiagnose einzubeziehen. Beschränkt sich die Agenesie auf das kraniale Drittel der Vagina (Müllerscher Gang), so findet sich eine kurze, blind endende Vagina. Diese fehlt, wenn die Agenesie die distalen zwei Drittel betrifft (Sinus urogenitalis). In beiden Fällen sind das äussere Genitale und die sekundären Geschlechtsmerkmale normal ausgebildet. Die Diagnostik der vaginalen Agenesie umfasst die Feststellung des Entwicklungsstandes der sekundären Geschlechtsmerkmale und der Körperbehaarung, die Fragen nach Amenorrhoe, prämenstruellem Syndrom, periodisch auftretenden abdominellen Schmerzen und der Möglichkeit der koitalen Penetration sowie Sonographie-, Laparoskopie- und eventuell zytogenetische Befunde. Zu achten ist zudem auf assoziierte Anomalien der ableitenden Harnwege und der Wirbelsäule.

Muskuloskelettal

In der Praxis von grosser Bedeutung sind muskuloskelettale Ursachen für CPPS. Dazu gehört das Fazettensyndrom, welches belastungsabhängige Kreuzschmerzen mit Ausstrahlung in den Unterbauch und in die unteren Extremitäten bezeichnet, die als Folge einer Hyperlordose mit Überbelastung von lumbalen Wirbelgelenken entstehen. Diese Schmerzen können periodisch und zyklusabhängig auftreten.

Chronische Schmerzen können auch von der Abdominalmuskulatur ausgehen, nämlich primär beim myofaszialen Schmerzsyndrom und sekundär durch Muskeltonuserhöhung

bei intraabdominellen Prozessen. Das myofasziale Schmerzsyndrom beruht auf strukturellen Veränderungen der Skelettmuskulatur oder auf Bindegewebsveränderungen (z. B. Narben) in den umgebenden Fasziën. Typisch ist, dass die Muskelschmerzen lokalisierbar sind, diese Referenzzonen aber nicht Dermatomen oder den Ausbreitungsgebieten peripherer Nerven entsprechen.

Gastrointestinal

Im Vordergrund der gastrointestinalen Ursachen für CPPS steht das Reizdarmsyndrom (IBS, *irritable bowel syndrome*). Das Syndrom ist charakterisiert durch chronische abdominelle Schmerzen, Meteorismus und als Leitsymptom Stuhlnunregelmässigkeiten mit Wechsel von Obstipation und Diarrhoe. Ein Zusammenhang von IBS und organischen Darmerkrankungen fehlt. Differentialdiagnostisch sind entzündliche Darmerkrankungen, Laktoseintoleranz und selten Porphyrie abzugrenzen. Komplexe Krankheitsbilder als Ursache für das CPPS sind das *descending perineum syndrome* im Sinne einer Entero-/Rektozele mit Obstipation, defäkationsabhängigen Schmerzen und erschwelter Defäkation, sowie die *outlet obstruction* und das *spastic pelvic floor syndrome*. Diese Entitäten erfordern eine interdisziplinäre Abklärung.

Urologisch

Zwei der häufigsten Ursachen für CPPS urologischer Ätiologie sind das chronische Urethrasyndrom und die interstitielle Zystitis. Das chronische Urethrasyndrom manifestiert sich mit Irritation im unteren Harntrakt ohne fassbare pathologische Ursache. Die Patientin klagt über Harndrang, Pollakisurie, Dysurie, postkoitale Miktionsbeschwerden sowie über das Gefühl der vollen Harnblase nach Miktion, Drang- oder Belastungsinkontinenz, Irritation der Vulva, Dyspareunie, suprapubische, pelvine und vaginale

Somatoforme Schmerzen

Die erwähnten Diagnosen liefern fassbare Befunde zur Erklärung eines CPPS. Daneben existiert als häufigste psychische Störung mit dem Leitsymptom CPPS die somatoforme Schmerzstörung, früher als psychogenes Schmerzsyndrom oder als funktionelle Unterbauchschmerzen bezeichnet. Diese Schmerzen lassen eine fassbare somatische Störung vermissen. Sie werden meist durch eine psychosoziale Belastungssituation oder eine innere Konfliktsituation ausgelöst und erfüllen die zeitliche Definition chronischer Schmerzen, indem die Symptomatik während mindestens 6 Monaten besteht. Weitere Hinweise auf eine somatoforme Schmerzstörung ist der intensive Schmerzcharakter, der mit geringer affektiver Beteiligung geschildert wird, sowie die Tatsache, dass die Ausbreitung des Schmerzes (Tiefenschmerz) die Grenzen der sensiblen Versorgung nicht einhält und die Patientin von der somatischen Ursache ihrer Schmerzen überzeugt ist. Es ist wichtig, diese Zusammenhänge zu erkennen um der Patientin eine Vielzahl unnötiger Abklärungen und Behandlungen zu ersparen [2].

Phantomartige Schmerzen nach Hysterektomie zählen ebenfalls zu den somatoformen Schmerzstörungen. Diese Schmerzen treten mit zeitlicher Verzögerung auf und werden selten im pelvinen Bereich sondern bevorzugt im Rücken angegeben.

Schmerzen. Diagnostische Hinweise geben ausser der Anamnese die Druckdolenz der Beckenbodenmuskulatur und der distalen ventralen Vaginalwand sowie die Urethrozystoskopie und die Urodynamik.

Die interstitielle Zystitis führt als chronische Entzündung der Harnblasenwand zu Miktionsbeschwerden im Sinne von Pollakisurie, Harndrang, Nykturie und suprapubischen Schmerzen, wobei diese Symptome in der Regel nach der Miktion abklingen. Diese Diagnose erfolgt zystoskopisch.

Literatur

1. Kunz J, Praxis 93:103-113, 2004
2. Rosenthal RH, Obstet Gynecol Clin North Am 20:627-42, 1993

Symptomatische Therapie bei chronischen Unterbauchschmerzen

Johannes Bitzer

Zwar bedeutet symptomatische Therapie prinzipiell, dass nicht die zugrundeliegenden Ursachen einer Krankheit, sondern nur ihre Symptome, wie z. B. der Schmerz, beeinflusst werden, doch sind die Übergänge zur ursächlichen Therapie in der klinischen Praxis bei Patientinnen mit chronischen Unterbauchschmerzen fließend.

Am einen Ende des Spektrums befinden sich Patientinnen mit einer akuten Erkrankung (z. B. Akute Adnexitis, stielgedrehte Ovarialzyste etc.), am anderen Ende diejenigen mit chronischen Unterbauchschmerzen ohne Organbefund. Dazwischen aber liegt eine grosse Gruppe von Patientinnen, bei denen eine Therapie nicht zur Heilung sondern zum chronischen Schmerzsyndrom führte oder bei denen das Ausmass der organischen Veränderung nicht mit der Intensität der Beschwerden korreliert. Hier stellt der Schmerz ein über die Erkrankung hinausgehendes klinisches Problem dar. Dies betrifft beispielsweise Patientinnen mit Endometriose, mit Verwachsungen nach entzündlichen Erkrankungen des Beckens (PID, *pelvic inflammatory disease*) oder nach operativen Eingriffen. Damit ergeben sich verschiedene Ansatzpunkte für die symptomatische Therapie.

Tabelle 1: Endometriose

Stufe 1

(eher geringe Nebenwirkungen)

- Gestagenbetonte Ovulationshemmer im Monatsrhythmus
- Gestagenbetonte Ovulationshemmer im Langzyklus (3-6 Monate)
- reine Gestagen-Präparate [1]

Stufe 2

(stärkere NW wahrscheinlich)

- Danazol: 200-400 mg pro Tag bis 800 mg pro Tag. NW: Gewichtszunahme, Androgenisierung
- GnRh Analoga: z. B. Leuprolide acetat 3.75 mg i. m. alle 4 Wochen oder Nafarelin 200 µg intranasal 2x täglich. NW: klimakterische Beschwerden, deshalb möglichst Add-back-Therapie mit z. B. Tibolon 1.25 mg pro Tag

Die Basisbehandlung besteht in einer Dauertherapie für 6 - 8 Wochen mit NSAIDs, z. B. Ibuprofen 400 mg alle sechs Stunden. Eine Alternative ist die Kombination von Paracetamol mit einem schwachen Opioid (z. B. 3 x 500 mg Paracetamol und 150 mg Tramadol retard). Bei Nichtansprechen sollte das Medikament wegen der unterschiedlichen Responderaten gewechselt werden.

Besteht der Verdacht oder die durch eine Laparoskopie gesicherte Diagnose einer Endometriose bzw. des Beitrages einer Endometriose zur Schmerzsymptomatik, so stehen die in Tabelle 1 genannten Therapien zur Verfügung. Ist die Wahrscheinlichkeit für eine Endometriose oder durch ovarielle Aktivitäten bedingte Schmerzen unwahrscheinlich oder ausgeschlossen, so kann bei entsprechender Verdachtsdiagnose einer chronischen Chlamydieninfektion eine Therapie mit Doxycyclin 100 mg 2x täglich für 14 Tage durchgeführt werden. Zusätzliche pharmakologische Therapien kommen entsprechend den Leitlinien bei chronischen Schmerzen mit anderen Lokalisationen in Frage.

Zu den nicht-pharmakologischen Optionen gehören die psychoedukative Beratung (Evidenz-Level I-II [2]), kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen (Evidenz-Level I-II [3]) und die Akupunktur (Evidenz-Level III-IV). Bei besonderen Indikationen können die Injektion von Lokalanästhetika in muskuläre Verspannungszonen, die transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS) oder Im-

Beziehung zur Patientin

Chronische Schmerzen sind für die Patientinnen eine schwere Lebenslast, die zu Frustrationen, Enttäuschungen mit Therapeuten und Therapien, Beziehungsproblemen und zu sozialem Rückzug führen kann. Sie brauchen eine ärztliche Bezugsperson, die sich nicht von therapeutischen Misserfolgen entmutigen lässt. Patientinnen mit chronischen Unterbauchschmerzen benötigen Erklärungen und geduldiges Wiederholen von Informationen; sie brauchen emotionales Verstehen und einen ärztlichen Partner, der sie ernst nimmt. Ganz wichtig ist es, dass therapeutische Entscheidungen möglichst gemeinsam getroffen werden. Das bedeutet, dass mit der Patientin gemeinsam ein realistisches Therapieziel erarbeitet wird (den Schmerz lindern ohne ihn ganz zum Verschwinden zu bringen), dass die Wahl der Therapieoptionen für die Patientin transparent ist und von ihr mitgetragen wird, und dass ihre Vorstellungen und Wertesysteme bei der Entscheidung berücksichtigt werden.

plantate zur pelvinen Nervenstimulation in Erwägung gezogen werden [4]. Zur Hysterektomie gibt es keine kontrollierten, randomisierten Studien. Prospektive und retrospektive Kohortenstudien zeigen bei entsprechenden Indikationen positive Resultate im Sinne von Schmerzminderung und Verbesserung der Lebensqualität [5,6]. Die LUNA (Laparoskopische uterosakrale Nervenablation) zeigte keine überzeugenden Ergebnisse und hat sich nicht etabliert. Die präsakrale Neurektomie (PSN) scheint von mittlerer Wirksamkeit bei Patientinnen mit schwerer Endometriose zu sein. Die Adhäsiolektomie bringt für die meisten Patientinnen keine wesentliche Besserung [7].

Literatur

1. Gambone JC et al., Fertil Steril 78:961, 2002
2. Selfe SA et al., J Women's Health 7:1041, 1998
3. Scialli AR, J Reprod Med 44:945, 1999
4. Kessler TM et al., Swiss Med Forum 5:540, 2005
5. Carlson KJ et al., Obstet Gynecol 83:556, 1994
6. Hillis et al., Obstet Gynecol 86:941, 1995
7. Hammoud et al., Fertil Steril 82:1483, 2004