

# Der chronische Unterbauchschmerz aus psychosomatischer Sicht – Die aktuelle S2k-Leitlinie

Friederike Siedentopf  
Frauenklinik der DRK-Kliniken  
Westend, Berlin

# Beteiligte Fachgesellschaften

- DGPF - Dt. Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- DGGG - Dt. Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
- AGE - Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Endoskopie e.V. der DGGG
- AG II - Arbeitsgemeinschaft für Infektiologie und Immunologie in der DGGG
- DKPM - Dt. Kollegium für Psychosomatische Medizin
- DGPM - Dt. Gesellschaft für Psychosomatische Medizin
- DGSS - Dt. Gesellschaft zum Studium des Schmerzes
- DGU - Dt. Gesellschaft für Urologie

# Ziele der Leitlinie

- Bewusstsein schaffen für die Problematik
- Überflüssige, teilweise verstümmelnde Operationen verhindern
- Durch Kompetenz Frustration bei Behandlern mindern
- Reduzierung von ‚doctor hopping‘

# Definition

Der chronische Unterbauchschmerz ist ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz der Frau mit einer Dauer von mindestens **6 Monaten**. Er kann sich zyklisch, intermittierend-situativ oder nicht zyklisch chronisch ausprägen. Dieser Schmerz führt zu einer deutlichen **Einschränkung der Lebensqualität**. Bei einem Teil der Patientinnen können **körperliche Veränderungen/Störungen** als überwiegend ursächlich anzusehen sein. Bei anderen Patientinnen können **emotionale Konflikte oder psychosoziale Belastungen** als entscheidende ursächliche Faktoren gelten.

# Klassifikation und Kodierung

- Psychische Störungen mit Leitsymptom chronischer Unterbauchschmerz z.B. Somatoforme Schmerzstörung (60-80%), Somatisierungsstörungen (F45.-)
- Diagnosen aus der Frauenheilkunde mit Leitsymptom chronischer Unterbauchschmerz z.B. Endometriose (N80), PID (N73.9)
- Weitere Diagnosen mit Leitsymptom chronischer Unterbauchschmerz z.B. Reizdarmsyndrom (K58), Interstitielle Zystitis (N30.2), Fibromyalgie (N79.7)

# Epidemiologie

- Keine international allgemeingültige Definition existent
- Dysmenorrhoe: Prävalenz von 17 bis 81 %
- Dyspareunie: Prävalenz von 8 bis 22 %
- Nicht zyklischer chronischer Unterbauchschmerz:  
Prävalenz von 2 bis 24 %
- Prävalenz in Deutschland : 12 % (Beutel et al. 2005)
- Prävalenz in GB: 24% (Zondervan et al. 2001)
- Prävalenz in USA: tel. Befragung, 14,7 % (Mathias et al. 1996)
- Häufiger bei Pat. <40 Jahre

# Häufigkeit vergleichbar mit Volkskrankheiten wie

- Migräne (12-14%)
- Asthma (6-10%)



# Akuter und chronischer Schmerz

- akuter Schmerz als Warnsignal
- Schutzfunktion vor weiterer Schädigung
- meist eindeutig lokalisierbar
  
- chronischer Schmerz führt zu  
  „Schmerzgedächtnis“
- eigenständige Schmerzkrankheit



# Neuronale Plastizität

- Nervenzelle: kurze Schmerzreize führen zu dauerhafter Aktivitätssteigerung
- Triggerung durch neurochemische Mediatoren z.B. Substanz P
- Chronifizierung durch Veränderung von Rezeptorproteinen

# Pathophysiologie

- Einfluß für Schmerzmediatoren z.B. Substanz P und CGRP (calcitonin-gene-related peptide) vermutet
- Bedeutung von Prostaglandinen und Zytokinen widersprüchlich
- Evtl. fehlende protektive Wirkung des Cortisols in Stressreaktionen
- Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Schmerzrezeption, funktionell oder strukturell unterschiedliche Verläufe der Afferenzen und Alterationen durch hormonelle Einflüsse im weiblichen Organismus denkbar (bei RDS nachgewiesen, z.B. Berman et al. 2000)



# Risikofaktoren (WHO-Metaanalyse 2006)

- **Risikoerhöhung:** lange Blutungsdauer, Endometriose, PID, Adhäsionen, Z. n. Sectio caesarea, Z. n. Abort, körperlicher oder sexueller Missbrauch in der Kindheit, sexueller Missbrauch im Erwachsenenalter, Alkohol- und Drogenmissbrauch, Angst, Depression, Hysterie, Somatisierungsstörungen
- **Keine Risikoerhöhung:** Ausbildungsstand, Erwerbstätigkeit, Familienstand, Parität, Zyklusdauer, Z. n. Abruption, Z. n. Sterilisation, Infertilität, pelvine Varikosis, andere psychologische Symptome und Erkrankungen

# Psychosoziale Ursachen

- **Psychologische Faktoren:** Komorbidität zu psychologischen Faktoren wie Angststörungen, Substanzabhängigkeit oder depressiven Störungen häufig
- **Soziale Faktoren:** eindeutige Zuordnung ist nicht nachgewiesen
- **Körperlicher und sexueller Mißbrauch:** Zusammenhang kann nicht abschließend bewertet werden.

# Gynäkologische Ursachen und Befunde

- Endometriose
- Adhäsionen/PID
- (Pelvine Varikosis)
- Ovarian Retention Syndrome/Ovarian Remnant Syndrome



# Andere somatische Ursachen/häufig beobachtete Ko- Morbiditäten

- Reizdarmsyndrom
- Bladder Pain Syndrome/Interstitielle Zystitis (,evil twins‘  
in Kombination mit Endometriose)
- Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des  
Bindegewebes (v.a. Fibromyalgie)

# Vorbemerkung zur Diagnostik

Eine tragfähige **Arzt-Patientin-Beziehung** ist die Voraussetzung für die frühzeitige Erkennung einer psychosomatischen Beteiligung. Die Komplexität des Krankheitsbildes sollte dem behandelnden Arzt hinreichend bekannt sein.

# Diagnostik

- Ausführliche Anamneseerhebung!
- Psychologische Diagnostik im Rahmen der Gesprächsführung gemäß der Psychosomatischen Grundversorgung
- Pelvine Untersuchung
- Leukozyten, CRP, Urinstatus
- Vaginale Sonographie
- CT, MRT und PET nicht in der Routinediagnostik
- Interdisziplinäre Diagnostik: Psychosomatik, Abdominalchirurgie, Gastroenterologie, Neurologie, Orthopädie, Psychiatrie, Schmerztherapie, Urologie



# Operative Diagnostik

- Insgesamt stellt die Laparoskopie eine sinnvolle diagnostische Methode dar. Sie ermöglicht aber lediglich eine intraperitoneale Diagnostik. Retroperitoneale Erkrankungen werden nicht gleichermaßen erfasst
- Spezielle operativ-diagnostische Maßnahmen z.B. Zystoskopien bleiben bestimmten Fragestellungen vorbehalten, sollen aber in der Routinediagnostik keine Rolle spielen
- Chronische Unterbauchschmerzen bei Adoleszenten sollen zunächst möglichst nicht invasiv diagnostiziert werden, um einer weiteren Chronifizierung und Fixierung auf die Beschwerden vorzubeugen. **Ausnahme:** V. a. Endometriose u. andere gyn. Organpathologien

# Therapieansätze

- Nur vereinzelte randomisierte kontrollierte Studien zu medikamentösen, operativen und psychotherapeutisch-psychosomatischen Therapieansätzen
- Nur niedriger Empfehlungsgrad zur Therapie des chronischen Unterbauchschmerzes
- Trotzdem haben sich verschiedene therapeutische Interventionen als sinnvoll und hinsichtlich ihrer therapeutischen Wirksamkeit als hilfreich erwiesen
- Die psychosomatische Grundversorgung soll von Beginn an in das Behandlungskonzept integriert werden
- Psychotherapie soll frühzeitig in das Behandlungskonzept integriert werden

# Medikamentöse Therapie

- Zur Zeit existiert keine spezifische medikamentöse Therapie
- Analgetika sollen beim chronischen Unterbauchschmerz nicht dauerhaft eingesetzt werden
- Antidepressive Medikation, insbesondere bei Vorliegen einer entsprechenden Komorbidität, ist im Einzelfall sinnvoll

# Operative Therapie

- **Laparoskopie** ist therapeutisches Instrument der Wahl
- Cave: äußerst kritischer Umgang mit wiederholten laparoskopischen Eingriffen ist angezeigt
- **Adhäsiolyse** wird kontrovers diskutiert (z.B. Swank et al. 2003, Lancet)
- **Hysterektomie** nur bei deutlichem organpathologischen Befund unter Einbeziehung vom Alter der Patientin und Familienplanung, bei einer sinnvollen Indikationsstellung kann eine deutliche Schmerzreduktion erreicht werden (z.B. Adenomyosis)

# Weitere Therapieansätze

- Physikalische Medizin/Physiotherapie
- Akupunktur
- Behandlung von Triggerpunkten
- Reflexzonentherapie
- Biofeedback
- Dehnungstherapie
- Homöopathie

# Statement zu weiteren Therapieansätzen

- Physiotherapie zeigt im Follow-up nach 1 Jahr statistisch signifikante Verbesserungen (Peters et al. 1991)
- Die eingeschränkte Datenlage lässt keine Bewertung von Verfahren wie Akupunktur, Triggerpunkt-Behandlung, Reflexzonentherapie, Biofeedback, Dehnungstherapie und Homöopathie hinsichtlich der Therapie chronischer Unterbauchschmerzen zu

# Multimodales Behandlungskonzept

- Die Therapie chronischer Unterbauchschmerzen erfordert eine individuell erstellte Behandlungsstrategie und sollte durch ein multimodales Konzept die Implementierung psychosomatischer Therapieansätze gewährleisten.
- Rein somatische Behandlung stützt die Überzeugung, dass die Symptomatik auch rein somatische Ursachen hat

# Präventionsansätze

- Betreuung gemäß psychosomatischer Grundversorgung
- Frühzeitige Implementierung psychosomatischer Ansätze
- Keine überflüssigen medikamentösen Therapien und operativen Eingriffe
- Schulung und Weiterbildung der behandelnden Ärzte
- Möglichst Supervision und Balint-Gruppenarbeit für Ärzte



# Ausblick

- Anwendung von Botulinustoxin bei z.B. therapierefraktärer Vulvodynie (Datenlage dünn!)
- Grundlagenforschung mithilfe funktioneller Bildgebung

# Fazit

- Pathophysiolog. Mechanismen des chronischen Unterbauchschmerzes sind wenig verstanden
- Frühzeitige Therapie zur Prävention einer somatoformen Schmerzstörung erforderlich; Chronifizierung kann sehr rasch eintreten
- Diagnostik: Anamnese, gyn. Untersuchung, Laparoskopie
- Multidisziplinäre Therapieansätze sind erfolgversprechend

# Chronischer Unterbauchschmerz der Frau

Leitlinie der Deutschen Gesellschaft  
für Psychosomatische Frauenheilkunde  
und Geburtshilfe (Hrsg.)

in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für  
Gynäkologie und Geburtshilfe, dem Deutschen Kollegium  
für Psychosomatische Medizin, der Deutschen  
Gesellschaft für Psychosomatische Medizin der  
Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes  
und der Deutschen Gesellschaft für Urologie

Aktuelle S-2k-Leitlinie der DGPF  
([www.awmf.org](http://www.awmf.org)) online und als  
Buchpublikation



# Herzlichen Dank an alle Projektgruppenmitglieder!

- Bernd Bergander, Berlin (DKPM)
- Dr. Winfried Häuser, Saarbrücken (DGSS)
- Prof. Dr. Heribert Kentenich, Berlin (DGPF e.V.)
- Dr. Petra Kölm, Berlin (DGPF e.V.)
- Prof. Dr. Werner Mendling, Berlin (AGII)
- Dr. Oliver Moormann, Düsseldorf (DGU)
- Dr. Rüdiger Müller, Königs-Wusterhausen (DGGG; AGE)
- PD Dr. Martina Rauchfuß, Berlin (DGPF e.V.; DGPM)
- Prof. Dr. Dietmar Richter, Bad Säckingen (DGPF e.V.)
- PD Dr. Helmut Sitter, Marburg (AWMF)
- Prof. Dr. Uwe Ulrich, Berlin (DGGG, AGE)