

Psychosomatik für die Praxis: Neues zu Diagnose und Therapie des chronischen Unterbauchschmerzes – Aktualisierung der S2k-Leitlinie

Friederike Siedentopf
Berlin

Methodik der LL

- Suche nach neuer relevanter Literatur
- Erweiterung des Kreises der beteiligten Fachgesellschaften und AG's auf 17
- Aktualisierung des zugrundeliegenden Quellentextes und der Empfehlungen im Konsensusverfahren
- 2 Konsensuskonferenzen

Definition bleibt weitgehend unverändert:

- Chronisches Schmerzsyndrom an der Schnittstelle zwischen Gynäkologie, Psychosomatik u. Psychiatrie
- Deutliche **Einschränkung der Lebensqualität**
- Sowohl **körperliche Veränderungen/Störungen** als auch **emotionale Konflikte oder psychosoziale Belastungen** sind ursächliche Faktoren
- Kriterien der somatoformen Schmerzstörung bei 60-80% erfüllt (Ehlert et al. 1999; Greimel & Thiel 1999)
- Weiterhin keine international allgemeingültige Definition existent

Häufigkeit

- Keine neuen Daten zur Epidemiologie
- Prävalenz in Deutschland: 12% (Beutel et al. 2005)
- Häufiger bei Pat. < 40 Jahre
- Indikation zur Bauchspiegelung: 40%
- Indikation zur Gebärmutterentfernung: 10-12%

Entstehungsmechanismen

- Keine neuen Erkenntnisse
- Bedeutung von Schmerzmediatoren widersprüchlich
- Evtl. fehlende Schutzfunktion von Kortison in Stressreaktionen (Heim et al. 1998)
- Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Schmerzempfindung
- Beeinflussung durch weibliche Hormone denkbar (bei RDS, z.B. Berman et al. 2000)



Risikofaktoren (Latthe et al. 2006)

- **Risikoerhöhung** durch gynäkologische Vorerkrankungen z.B. Eierstocksentzündungen, Sectio in der Vorgeschichte
- **Risikoerhöhung** durch psychosoziale und psychosomatische Faktoren z.B. körperlicher oder sexueller Missbrauch, Alkohol- und Drogenmissbrauch, Angst, Depression, Somatisierungsstörungen

Psychosoziale Ursachen

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

Komorbidität

- ‚evil twins‘ (Interstitielle Cystitis & Endometriose): 76% Endometriose, 82% IC, 66% beides (Paulson & Delgado 2011)
- Reizdarmsyndrom & CPP: 10 bis 50 % (Henningesen et al. 2003)
- Fibromyalgie & primäre Dysmenorrhoe: erhöhte Koinzidenz (Yunus et al. 1989)

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

Diagnostik bei Adoleszenten

- 3 bis 5 % aller ambulanten Arztbesuche in der Adoleszenz wegen Unterbauchschmerzen (Song & Advincula 2005)
- Phase der Loslösung, Anamnese möglichst ohne Eltern erheben
- Mögliche Themen: sexuelle Aktivität, Substanzmissbrauch, körperlicher und sexueller Missbrauch
- Dilemma bei invasiver Diagnostik

Diagnostik bei Adoleszenten

- Endometriose auch vor der Menarche möglich (Ebert et al. 2009)
- Endometriose in etwa 5 % mit Gynatresien u.a. Müllerschen Anomalien vergesellschaftet (Özyer et al. 2013)
- Schwere ovarielle Manifestationen sind häufig, tief infiltrierende Endometriose selten (Hanssens et al. 2014, Lee et al. 2013, Özyer et al. 2013, Smorgick et al. 2014)
- Bei ca. 70%, die nicht auf eine medikamentöse Therapie (3-6 Monate) ansprechen, besteht eine Endometriose (Laufer et al. 1997)
- Die Rezidivrate ist vielleicht bei jungen Frauen mit Endometriose (<21 J.) höher als bei älteren (Tandoi et al. 2011)

Diagnostik bei Adoleszenten

EMPFEHLUNG

Chronische Unterbauchschmerzen bei Adoleszenten sollten zunächst möglichst nicht invasiv (d.h. laparoskopisch) abgeklärt werden, um einer weiteren Chronifizierung und Fixierung auf die Beschwerden vorzubeugen. Sie sollten aber immer dann invasiv abgeklärt werden, wenn ein V.a. Endometriose oder Müller'sche Malformation besteht.

Beckenboden- spezifische Physiotherapie



- Signifikante Schmerzreduktion durch digitale Dehnung schmerzhafter Strukturen im Bereich des Beckenbodens bei 25 Frauen (Heyman et al. 2006)
- Positiver Effekt durch Reflexzonentherapie bei 15 Frauen (Ercolani et al. 1983)
- Thermales Biofeedback bei 5 Endometriose-Pat. (Hawkins & Hart 2003).
- Myofasciale Triggerpunktbehandlung bei 372 Frauen (Anderson et al. 2015)

Beckenboden- spezifische Physiotherapie



EMPFEHLUNG

Eine Beckenboden-spezifische Physiotherapie ist hinsichtlich der Therapie Chronischer Unterbauchschmerzen zu empfehlen, insbesondere wenn ein veränderter Muskeltonus und/oder schmerzhafte Triggerpunkte im Bereich der Beckenmuskulatur vorliegen.

Operative Therapie: Adhäsioolyse



- kontroverse Diskussion über komplette und teilweise Adhäsioolyse
- in den meisten Studien Wirksamkeit der Adhäsioolyse zur Schmerzlinderung / Schmerzfreiheit
- einzige bisher veröffentlichte kontrollierte randomisierte Studie an 100 operierten Patientinnen (diagnostische Adhäsioolyse und rein diagnostische Laparoskopie zeigte keinen Unterschied (Swank et al. Lancet 2003, Level Ib)

Operative Therapie: Adhäsioolyse



Die Laparoskopie wird als therapeutisches Instrument der Wahl zur operativen Behandlung des chronischen Unterbauchschmerzes der Frau empfohlen. Daneben muss zum äußerst kritischen Umgang mit wiederholten laparoskopischen Eingriffen bei Patientinnen mit chronischem Unterbauchschmerz aufgerufen werden.

Hysterektomie

- Nur in Erwägung ziehen bei deutlicher Pathologie (Uterus myomatosus mit Beschwerden, Adenomyosis uteri)
- Berücksichtigung des Organes bezüglich seiner biologischen, psychischen und sozialen Funktion
- Nicht-kontrollierte Studien (z.B. Hillis et al. 1995; Kjerulf et al. 2000): Schmerzreduktion nach Hysterektomie 70-90%

Was könnte noch helfen?

- Studien zur Somatokognitiven Therapie nach Mensendieck (Haugstad et al. 2006)
- Physiotherapie in Verbindung mit Counselling zeigt im Follow-up nach 1 Jahr statistisch signifikante Verbesserungen (Peters et al. 1991)
- Unverändert keine Bewertung von komplementären Verfahren wie Akupunktur, Triggerpunkt-Behandlung, Reflexzonentherapie, Biofeedback, Dehnungstherapie, Homöopathie möglich

Therapeutische Ansätze

- Multidisziplinarität sinnvoll
- Integration der psychosomatischen Grundversorgung von Beginn an
- Psychotherapie soll frühzeitig in das Behandlungskonzept integriert werden
- Nur vereinzelte methodisch gute Studien zu medikamentösen, operativen und psychotherapeutisch-psychosomatischen Therapieansätzen

Multimodales Behandlungskonzept

- Die Therapie chronischer Unterbauchschmerzen erfordert eine individuell erstellte Behandlungsstrategie und sollte durch ein multimodales Konzept die Implementierung psychosomatischer Therapieansätze gewährleisten.
- Rein körperliche Ansätze können eine Fixierung auf körperliche Ursachen bewirken

Sekundäre Prävention

- Betreuung gemäß psychosomatischer Grundversorgung
- Frühzeitige Implementierung psychotherapeutischer Ansätze
- Keine überflüssigen medikamentösen Therapien und operativen Eingriffe
- Adäquate Behandlung der psychischen Komorbiditäten z.B. Depression / Angst
- Schulung, Weiterbildung und Supervision der behandelnden Ärztinnen und Ärzte

Kasuistik I

- 37-jährige Pat. Z.n. 6 Laparotomien und 1 Laparoskopie bei tief infiltrierender Endometriose, Z.n. Sectio, extremer Adhäsionssitus, zunehmende Unterbauchschmerzen, Dyspareunie, Dysmenorrhoe. Ultima ratio: HE mit Sanierung des ausgeprägten Endometriosesitus

Kasusistik II

- 46-jährige Pat., zunehmende chronische UB-Schmerzen, Dyspareunie, Unmöglichkeit der gynäkologischen Untersuchung bei Z.n. 11 Laparoskopien bei Endometriose (zuletzt 2009), Z.n. primärer Sectio mit anschließender suprazervikaler HE bei Placenta increta
- Laparoskopie: kein Anhalt f. floride Endometriose, wenig Adhäsionen

Kasuistik III

- 34-jährige Pat., chronische UB-Schmerzen, Gewichtsverlust 12kg in 6 Monaten, unerfüllter KW, V.a. Reizdarmsyndrom
- 1. Laparoskopie: minimale Endometriose, komplette Entfernung
- Stationäre psychosomatische Abklärung ist extern erfolgt
- Weitere internistische Diagnostik ist geplant

Zusammenfassung

- Pathophysiolog. Mechanismen des chronischen Unterbauchschmerzes sind wenig verstanden
- Diagnostik: Anamnese, gyn. Untersuchung, Laparoskopie (möglichst nur **einmal**)
- Multidisziplinäre Therapieansätze am ehesten erfolgversprechend

Aktualisierte Interdisziplinäre S-2k-Leitlinie der DGPF



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