

CPPS CHRONIC PELVIC PAIN SYNDROME ist eine komplexe klinische Erkrankung, die durch eine Konstellation *Zusammensetzung? Zusammenstellung?* von Symptomen gekennzeichnet ist. Im Allgemeinen sind die instrumentellen Untersuchungen der betroffenen Organe negativ.

Bei CPPS berichtet der männliche Patient über **Schmerzen**, die im Beckenbereich, am Perineum (zwischen den Hoden und dem Anus) auftreten mit möglicher Ausstrahlung in den Lendenbereich, in die äußeren Genitalien (Hoden und Penisspitze), in die Leistengegend, in die supra pubische-(Schambein-) Region, die Sacro-Coccyx (Kreuz-Steissbein)-Region und /oder in den Bereich der Oberschenkel.

Symptome

Diese schmerzhaften Symptome werden manchmal auch begleitet von:

• **Miktionsymptomen**

1. In der Phase vor der Entleerung, die durch Hypertonizität oder durch ein Versagen der Entspannung des äußeren Harnröhrensphinkters aufrechterhalten wird, kann eine Hemmung des Urinreflexes festgestellt werden und die Symptome werden durch Zögern beim Urinieren unter Verwendung, (mit Hilfe?) der Bauchpresse und Harnverhaltung verschiedener Ausprägungen gekennzeichnet sein.
2. Während der Blasenfüllphase führt Muskelhypertonie sowohl tagsüber (Pollakiurie) als auch nachts (Nykturie) zu häufigen Urinreizen, die selten mit einem urodynamischen Bild der Detrusor- (Blasenmuskel)hyperaktivität verbunden sind.
3. In der Entleerungsphase behindert die Muskelhypertonie den Harnfluss, was zu einem hypovalidischen, (geringem Druck), intermittierenden Entleerungsstrahl führt, einem Gefühl unvollständiger Entleerung und Urin Rückständen nach der Entleerung. Das variable Vorhandensein von Restharn nach der Entleerung kann das Auftreten wiederkehrender Harnwegsinfektionen mit infektiösen Episoden und damit einer plötzlichen Verschlechterung der Drangsymptome und das Auftreten von Brennen / Schmerzen beim Wasserlassen begünstigen.

• **Dickdarm proktologische Symptome**

Empfindung eines Fremdkörpers im Anus, mangelnde Befriedigung beim Stuhlgang, Gefühl von Fäkalien in der Ampulle nach dem Stuhlgang, falscher Drang zum Stuhlgang.

• **sexuelle Symptome**

(erektiler Dysfunktion, vermindertes Verlangen, vorzeitige oder verzögerte und manchmal schmerzhaftes Ejakulation).

CPPS ist eine Krankheit auf dem Vormarsch, da sie jetzt leichter diagnostiziert werden kann und eine sehr breite Altersgruppe von 18 bis 75 Jahren betrifft.

SCHMERZEN

Es gibt viele und verschiedene Arten von Schmerzen, über die der an diesem Syndrom leidende Patient klagt. Erstens ist die Schmerzintensität variabel, was von einem vagen Gefühl von mehr oder weniger anhaltendem Unbehagen bis zu extremen Graden reichen kann, die manchmal unerträglich sind und vom Patienten als qualvolle Schmerzen beschrieben werden. In einigen Fällen scheint das schmerzhaftes Gefühl mit dem Füllen oder Entleeren der Beckenorgane (Blase und Rektum) verbunden zu sein, während es in anderen Fällen durch bestimmte Positionen wie das Sitzen oder durch den Druck verursacht wird, der auf bestimmte Punkte im Beckenbereich ausgeübt wird, die als Trigger Point bezeichnet werden.

Nicht erkannte anhaltende Schmerzen verursachen Stress, Reizbarkeit und Depressionen.

Ursachen

Es wird angenommen, dass es durch verschiedene pathologische Zustände verursacht werden kann:

- Rezidivierende Prostatitis
- Perineales Trauma (z.B. früherer Sturz auf das Steissbein)
- Genitaler Lichen sclerosus
- Akute Muskelbelastung
- Haltungsveränderungen
- Übermäßige sportliche Aktivität, die den Tonus der Beckenmuskulatur bei falscher oder fehlender Dehnung erhöht
- Übermäßiger Stress und/ oder starke emotionale Spannungen

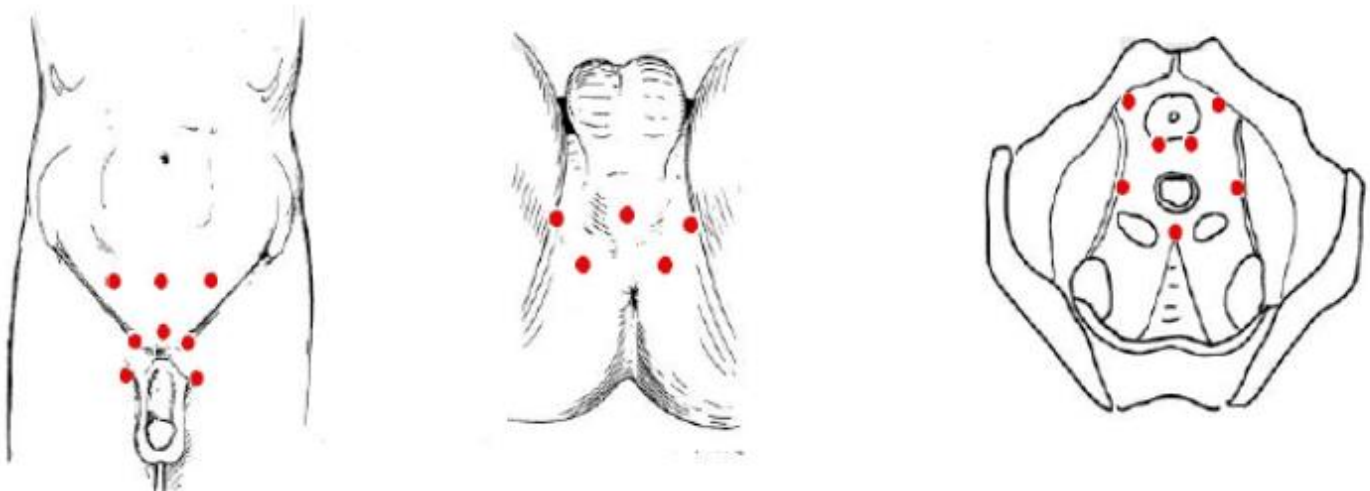
Die Pathophysiologie ist heute noch nicht vollständig bekannt. Es wird angenommen, dass sie durch mehrere Faktoren bestimmt wird, die letztendlich zu einem chronischen neuropathischen und / oder Muskelschmerzsyndrom führen.

Die häufigste pathophysiologische Veränderung, die die Symptome hervorruft, ist eine **unwillkürliche Hyperkontraktilität der Beckenbodenmuskulatur**.

Es wird angenommen, dass Schmerzen bei CPPS durch eine chronische Verspannung oder Krampf der Beckenbodenmuskulatur gekennzeichnet sind.

Chronischer Muskelkrampf führt zu Ischämie und damit zu einer verminderten Sauerstoffversorgung zwischen den Muskelfaserzellen. Die durch Ischämie verursachte verringerte Sauerstoffversorgung führt zu einem anaeroben Stoffwechsel mit einer Reihe von Kaskadenereignissen: saurer interzellulärer pH-Wert, Ansammlung von Giftmüll (Kataboliten wie Milchsäure, Calciumionen usw.), Infiltration von Lymphozyten und Freisetzung von Substanzen vasoaktiv (Colchicin), das die an die Muskelfaserzellen angrenzenden Nervenenden reizt und einen kleinen Entzündungskern (Trigger und Tender Point), der für die Reizung der Nervenfasern mit dem Auslöser chronischer Schmerzen verantwortlich ist.

Muskelhypertonie beeinträchtigt die normale Funktion der Nervenäste, die zwischen diesen Muskeln verlaufen, mit daraus resultierenden neuropathischen Symptomen, die die Prostataharnröhre (beim Mann) und den Analkanal betreffen, da sie den Levator-Ani-Muskel durchziehen. Sie kreuzen die drei zusammenhängenden Hiatus und leiden unter dem Hypertonus der Beckenbodenmuskulatur.



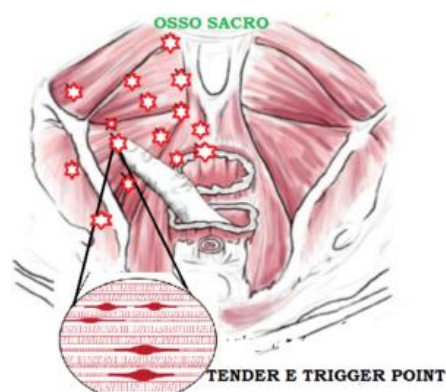
Therapie

Die therapeutischen Möglichkeiten sind vielfältig, multimodal und werden an die morphologischen und funktionellen Eigenschaften des Patienten angepasst.

Sie beinhalten:

- Konservative Maßnahmen: Verhaltens- und Lebensstiländerungen (Essgewohnheiten, Wasserlassen, Kleidung, Darmregulierung, Körperhaltung, sportliche Aktivitäten usw.).
- Medikamentöse Behandlung
- Rehabilitation des Beckenbodens

Physiotherapie, mit dem Ziel diese Muskulatur entspannen zu lernen, durch manuelle Therapie (Massage nach Thiele, manuelle Therapie zur Entspannung der Trigger Point, Techniken zur Desensibilisierung, Protokoll nach Stanford)



- Akkupunktur
- Elektrostimulation des Tibial Nerves
- Regenerative Chirurgie bei Lichen sclerosus genitale, mit Microfilling, unter Verwendung von adipös abgeleiteten mesenchimalen Zellen (ADSC) und proteinreichem Plasma (PRP). Technik nach Dr. F. Casabona, International Urologie 2017 (Erfahrungsberichte im Mitgliederbereich www.lichensclerosus.ch)

In einzelnen Fällen, bei denen die konservative Therapie keine Linderung bringt:

- Injektion von Botulintoxin
- Chirurgische Dekompression des Pudendus Nerves

Jeder dieser einzelnen Behandlungen hat sich als in der Lage erwiesen den von dem CPPS betroffenen Personen zu helfen, aber **keine alleine kann eine sichere und vollständige** Antwort, auf einen so therapieresistenten Zustand geben. Deshalb ist **ein multimedialer und interdisziplinärer Ansatz wichtig.**

Übersetzung durch

FT Luglio Ileana

fisioterapia@pelvicenterticino.ch