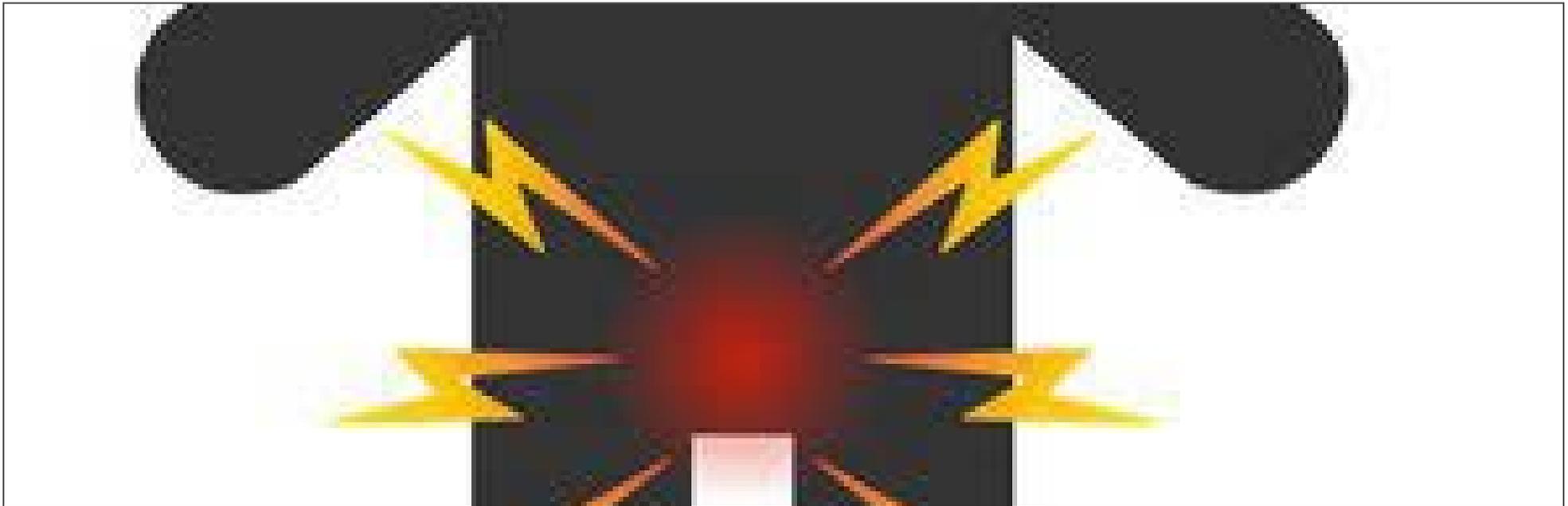


Alle Rechte, auch die der Übersetzung, des Nachdrucks und der Vervielfältigung der PPT-Folien bzw. der daraus erzeugten PDF-Dateien oder Teilen daraus bleiben Frau OÄ Dr. B. Kleinmann M.Sc. vorbehalten und sind nur mit schriftlicher Zustimmung durch sie zulässig. Sie dürfen die PPT-Folien bzw. PDF-Dateien nur zum Zweck der persönlichen Information verwenden und keinesfalls an Dritte weitergeben.



## Chron. Beckenbodenschmerz: eine diagnostische und therapeutische Herausforderung

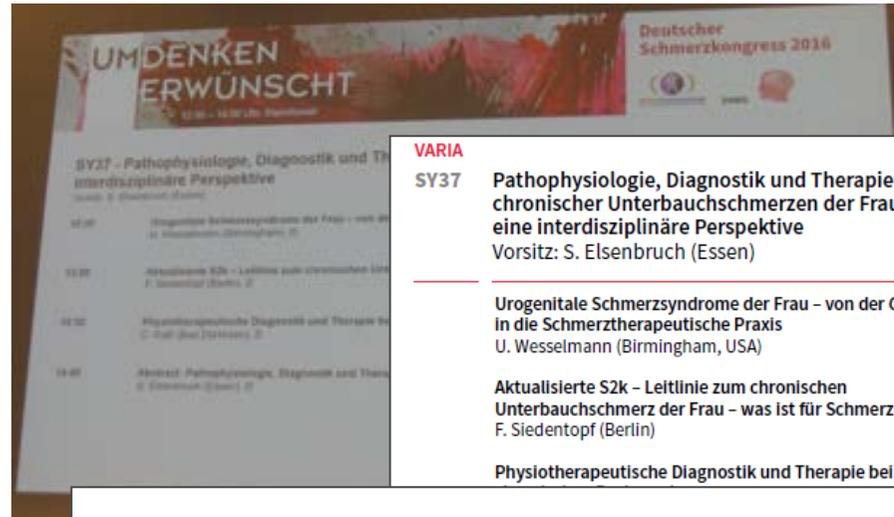
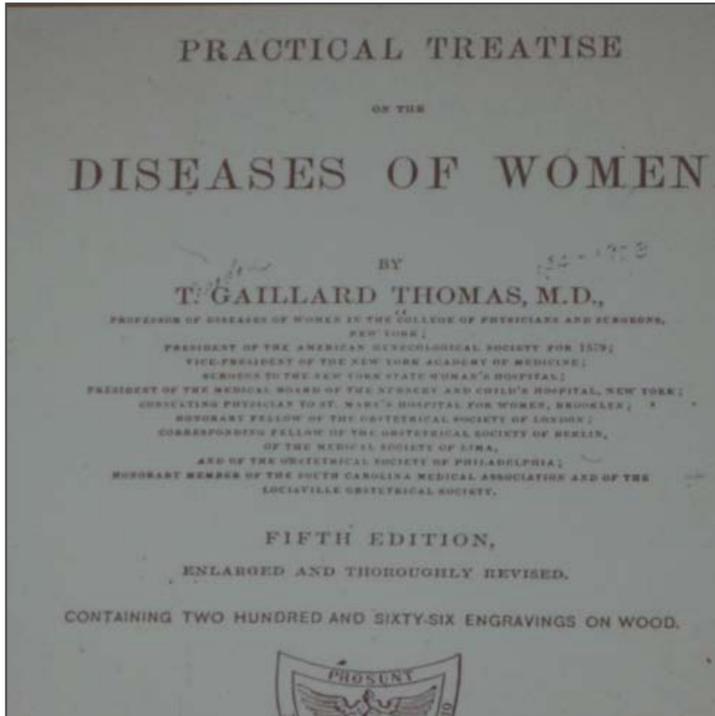
Dr. Barbara Kleinmann, MSc

# Chronischer Beckenbodenschmerz/CCPS

## Agenda

- Epidemiologie der urogenitalen Schmerzsyndrome
- Häufigste urogenitalen Schmerzsyndrome
- Therapien
- Komorbide Erkrankungen im komplexen Wechselspiel, Konsequenz in der Therapie
- Case report

# Chronischer Beckenbodenschmerz/CCPS



**VARIA**  
**SY37** Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie chronischer Unterbauchschmerzen der Frau - eine interdisziplinäre Perspektive  
Vorsitz: S. Elsenbruch (Essen)

---

Urogenitale Schmerzsyndrome der Frau - von der Grundlagenforschung in die Schmerztherapeutische Praxis  
U. Wesselmann (Birmingham, USA)

Aktualisierte S2k - Leitlinie zum chronischen Unterbauchschmerz der Frau - was ist für Schmerzmediziner relevant?  
F. Siedentopf (Berlin)

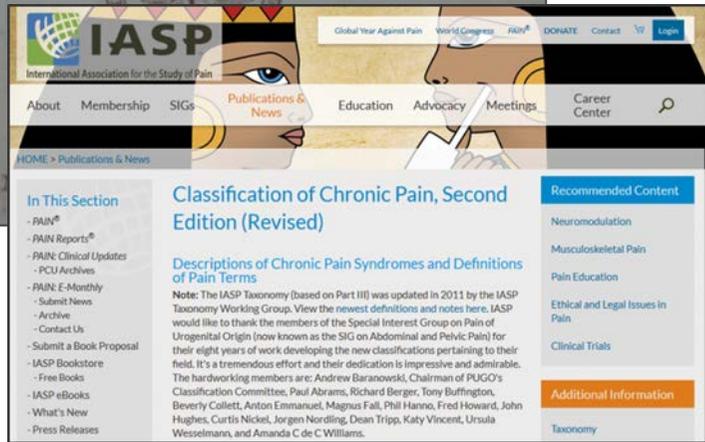
Physiotherapeutische Diagnostik und Therapie bei

publiziert bei:  **AWMF online**  
Das Portal der wissenschaftlichen Medizin

**AWMF-Register Nr.** 016/001 **Klasse:** S2k

 **DGPGF e.V.**  
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe

**Chronischer Unterbauchschmerz der Frau**



# Chronischer Beckenbodenschmerz/CCPS

Taxonomie IASP 08/2014

- **Umfasst unterschiedliche Organsysteme:**  
Chronische Prostatitis bei Männern  
Blasenschmerzsyndrom (BPS) bei Männern und Frauen  
Interstitielle Cystitis (Sonderform der BPS)  
Vulvodynie, Endometriose
- **IASP + ICS klassifiziert:**  
neurologische, urologische, gynäkologische, anorektale, muskuläre Syndrome
- **Pathophysiologische Unterscheidung in:**  
abakteriell entzündliche  
immunologische  
hormonelle  
psychosomatische Faktoren

# Chronischer Beckenbodenschmerz/CCPS

## IASP 2014

- CPP: „well-defined classical pathology“ (such as infection or cancer) (=“specific disease-associated pelvic pain”), situative and „without obvious pathology“ (chronic pelvic pain syndrome, CPPS) > 6 months
- CCPS often associated with negative cognitive, behavioral and emotional consequences
- CPPS is a subdivision of CCP

## S2k 2015

- Der chronische UB-Schmerz der Frau ist charakterisiert durch eine Dauer von mindestens 6 Monaten. Er kann zyklisch, intermittierend-situativ oder nicht zyklisch auftreten. Die Lebensqualität kann beeinträchtigt sein. Biologische und psychosoziale Faktoren spielen in Prädisposition, Auslösung und Chronifizierung eine Rolle. Die Gewichtung der einzelnen Faktoren ist individuell vorzunehmen

# Chronischer Beckenbodenschmerz/CCPS

An der AWMF-Leitlinie S2k 2015 beteiligte Fachgesellschaften

- DGPFPG - 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



# Chronischer Beckenbodenschmerz/CCPS

## Epidemiologie u. Pathophysiologie des UB-Schmerzes bei Frauen

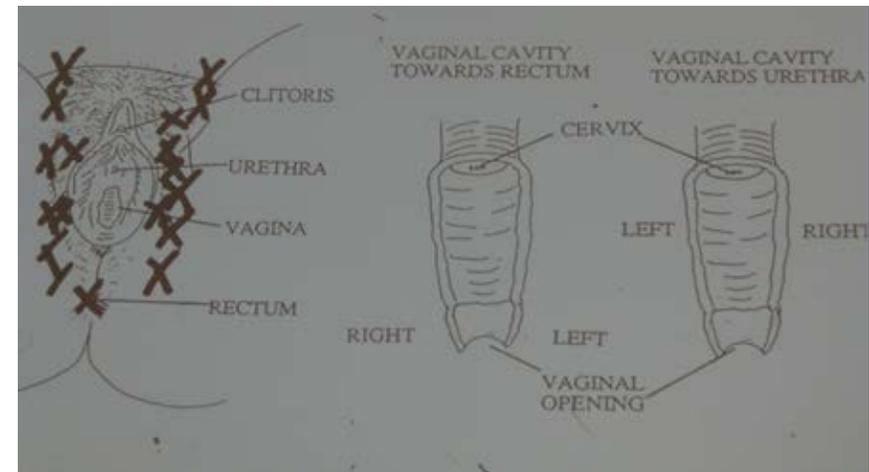
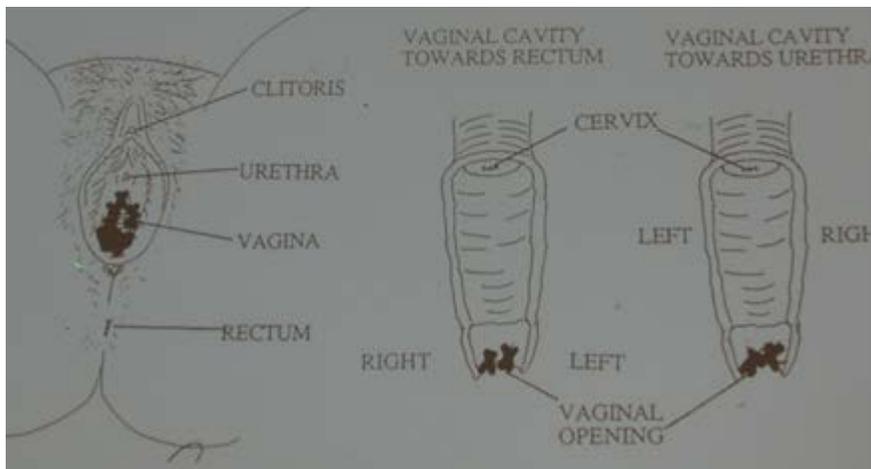
- Prävalenz in Deutschland : 12 % (Beutel et al. 2005)
- Prävalenz in GB: 24% (Zondervan et al. 2001)
- Prävalenz in USA: tel. Befragung, 14,7 % (Mathias et al. 1996)
- Häufiger bei Pat. <40 Jahre
- Hohe Variabilität in den klinischen Symptomen
- Pathophysiologische Mechanismen unklar
- Keine international einheitliche Definition

Friederike Siedentopf, Frauenklinik der DRK-Kliniken  
Westend, Berlin, 2016  
ACOG Practice Bulletin No. 51, 2004

# Chronischer Beckenbodenschmerz/CCPS

## Vulvodynie

- Definition: Intern. Society for the Study of Vulvovaginal Diseases (ISSVD) 2006: Chronic vulvar discomfort , burning, stinging pain associated to allodynia and hyperalgesia  $\geq 3$  Monate
- Epidemiologie: 3,5-16% der Frauen, 16-64 Jahre  
Verschiedene Lokalisationen: lokalisiert, generalisiert, gemischt



Harlow, Steward, J. Am Med Women's Assoc. 58, 82-88, 2003

Vulvodynie - An Evidence-Based Literature Review and Proposed Treatment Algorithm

De Andres, J. et al, Pain Practice, 2014: 16;204-236

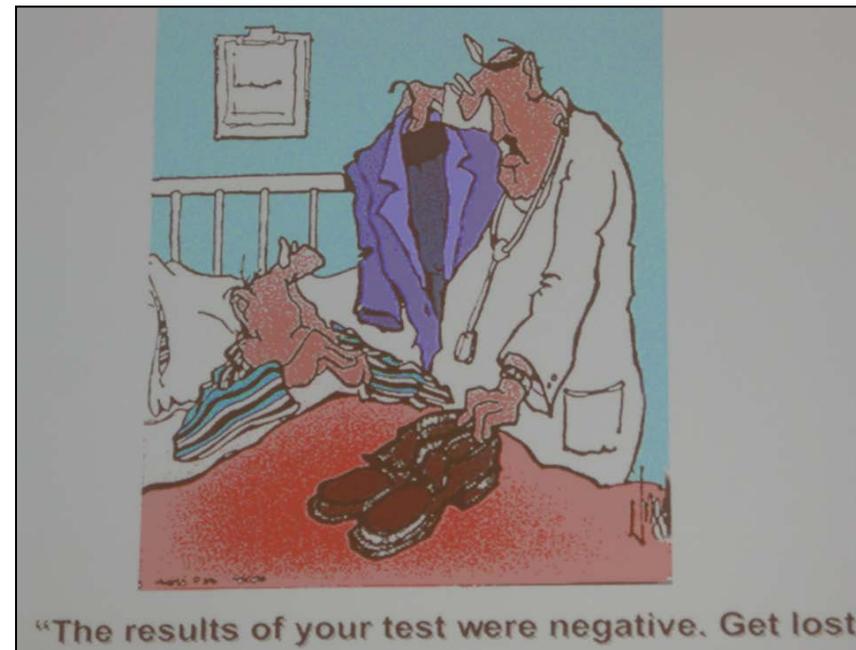
Wesselmann, U. et al, 2013

# Chronischer Beckenbodenschmerz/CCPS

## Vulvodynie

Häufige Symptomatik:

- Imperativer Harndrang, Nykturie, Dysurie, Schmerzen beim Sitzen, suprapubische Schmerzen, im Bereich der Leisten, im Bereich des Genitale, Dyspareunie, Rückenschmerzen, UB-Schmerzen
- Untersuchungen: oft negativ



# Chronischer Beckenbodenschmerz/CCPS

## Chronischer Blasenschmerz

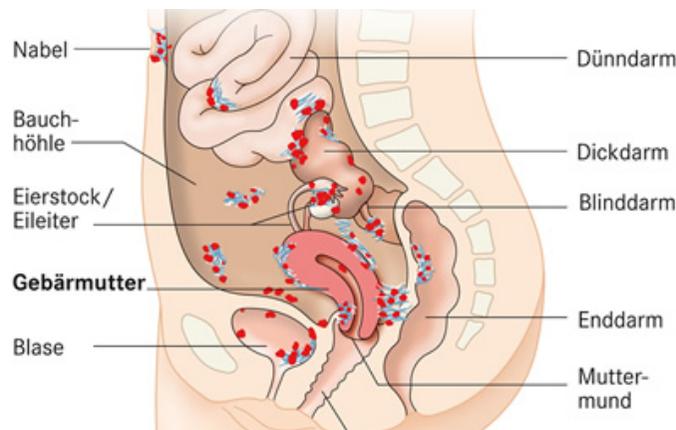
- Leitsymptom: suprapubischer Schmerz, häufig mit der Blasenfüllung zunehmend, erhöhte Miktionsfrequenz tagsüber und in der Nacht, keine nachweisbare Harnwegsinfektion oder andere Pathologien über mehr als 6 Wochen
- Ersetzt die bisherige Bezeichnung interstitielle Zystitis (IC)
- 75 % der Betroffenen haben auch ein urethrales Schmerzsyndrom



# Chronischer Beckenbodenschmerz/CCPS

## Endometriose

- Prävalenz 2-20% der Frauen, in 50% Therapiebedarf
- Ungeklärte Pathogenese des Schmerzmechanismus
- Komplexes Beschwerdebild, teilweise unspezif. Symptome
- Auftreten Operations- und Adhäsions-bedingter UBS
- Definitive Diagnosesicherung durch Laparoskopie
- Symptomatische Therapie mit Hormonen, Analgetika, Operation
- In 50-80% Rezidive nach operativer und endokrinologischer Therapie!



# Chronischer Beckenbodenschmerz/CCPS

## Komorbid Störungen

- Depressive und Angsterkrankungen, Substanzabhängigkeit
- Somatoforme Schmerzsyndrome
- Ein signifikanter Zusammenhang zu körperlichem und sex. Missbrauch kann aufgrund der Datenlage nicht abschließend bewertet werden
- Soziale Faktoren: bisher keine eindeutige Zuordnung

Berberich HJ, Ludwig M 2004: Psychosomatische Aspekte des chron. Beckenschmerz-syndroms. Urologe 43:254-260

Berry SH et al 2011: Prevalence of symptoms of bladder pain syndrome/interstitial cystitis among adult females in the US. J Urol 186:540-544

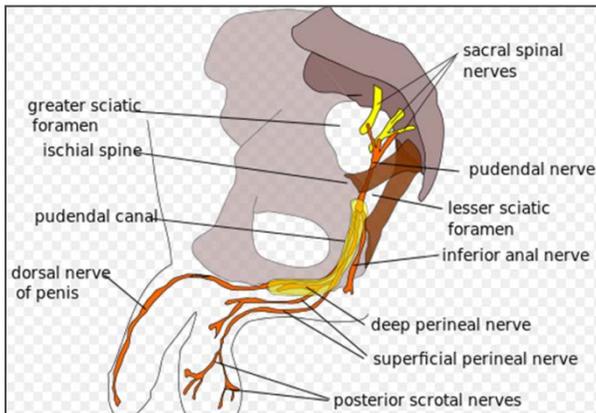
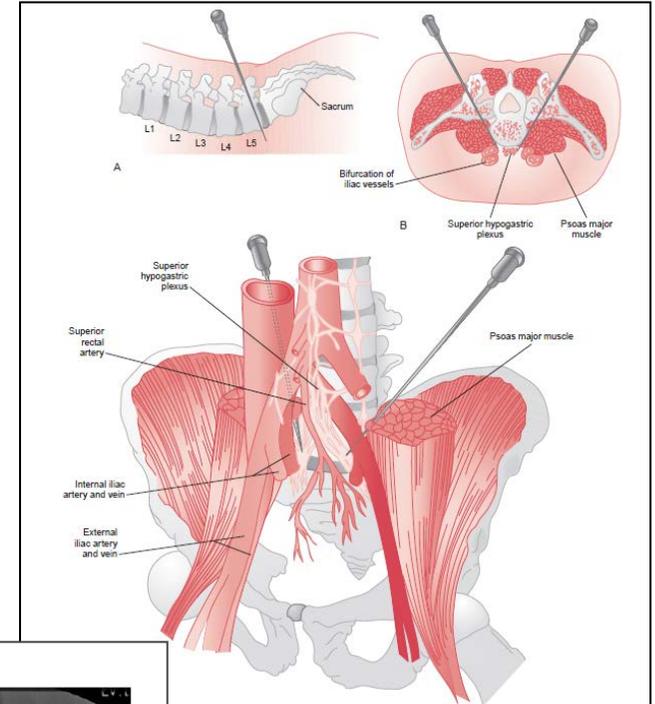
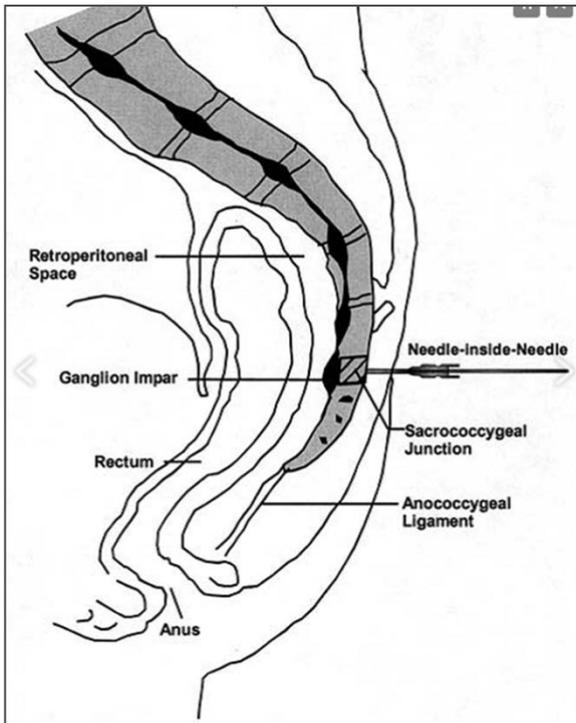
Chung SD, Lin HC 2013. Association between chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and anxiety disorder: a population-based study. PLoS One 8:e6430

Raphael, K. et al. Is childhood abuse a risk factor for chronic pain in adulthood? Current Pain and Headache Reports, 2004, Volume 8, Issue 2, pp 99–110

Ciccone D et al., Sexual and Physical Abuse in Women With Fibromyalgia Syndrome - A Test of the Trauma Hypothesis. Clin J Pain; 21 (5) 2005

# Chronischer Beckenbodenschmerz/CCPS

## Invasive diagnostische und therapeutische Maßnahmen

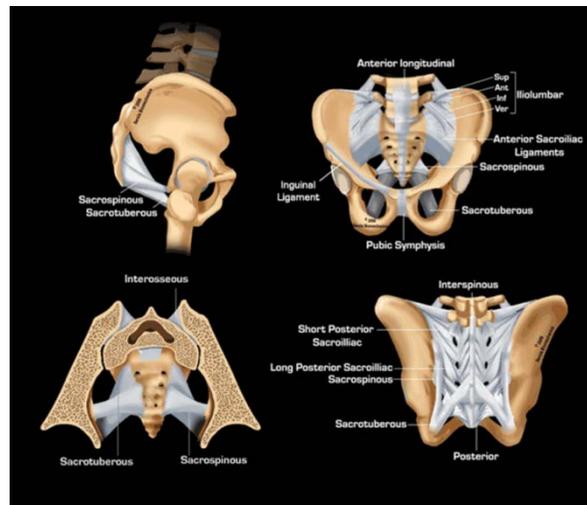
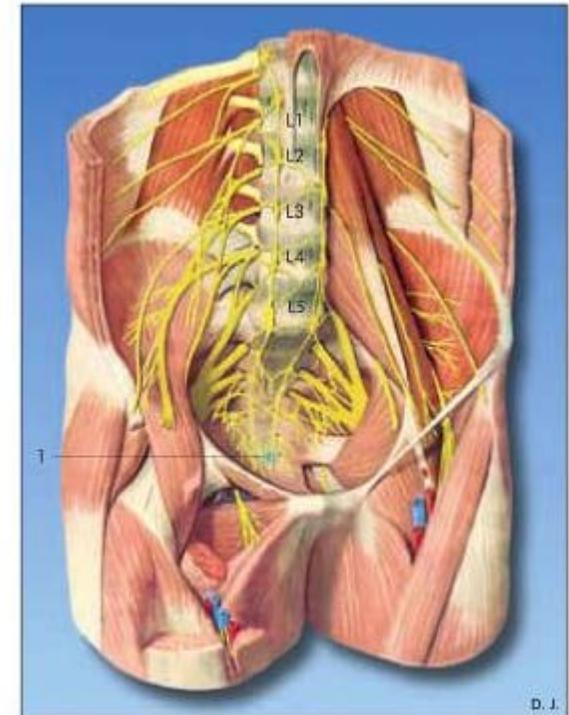


Pelvic congestion syndrome

# Chronischer Beckenbodenschmerz/CCPS

## Physiotherapeutische Aspekte

- Hypertoner Beckenboden
- Triggerpunktbehandlung
- Dehnungen, v.a. der Hüftmuskulatur
- Beckenbodenübungen
- TENS, Biofeedback



# Chronischer Beckenbodenschmerz/CCPS

## Therapieoptionen nach S2k-Leitlinien

- Lokal: anästhetisch wirksame Gels, Östrogensalbe, Amitriptylin 2%-, Gabapentin-Salbe 2-6%
- TZAs, SSRIs, SNRIs, Antikonvulsiva, Nichtopioider zeitlich befristet
- Botox: keine Empfehlung
- Verhaltenstherapie: wenig randomisierte Daten, früher Einsatz empfohlen (Verbesserung der sex. Funktion, Veränderung der Körperwahrnehmung)
- Edukation von Angst, Somatisierung, Katastrophisieren
  
- Insgesamt aufgrund der Studienlage nur niedriger Empfehlungsgrad für eine spezifische monomodale Therapie
- Allgemeiner Konsens und Empfehlung: Multidisziplinärer Therapieansatz

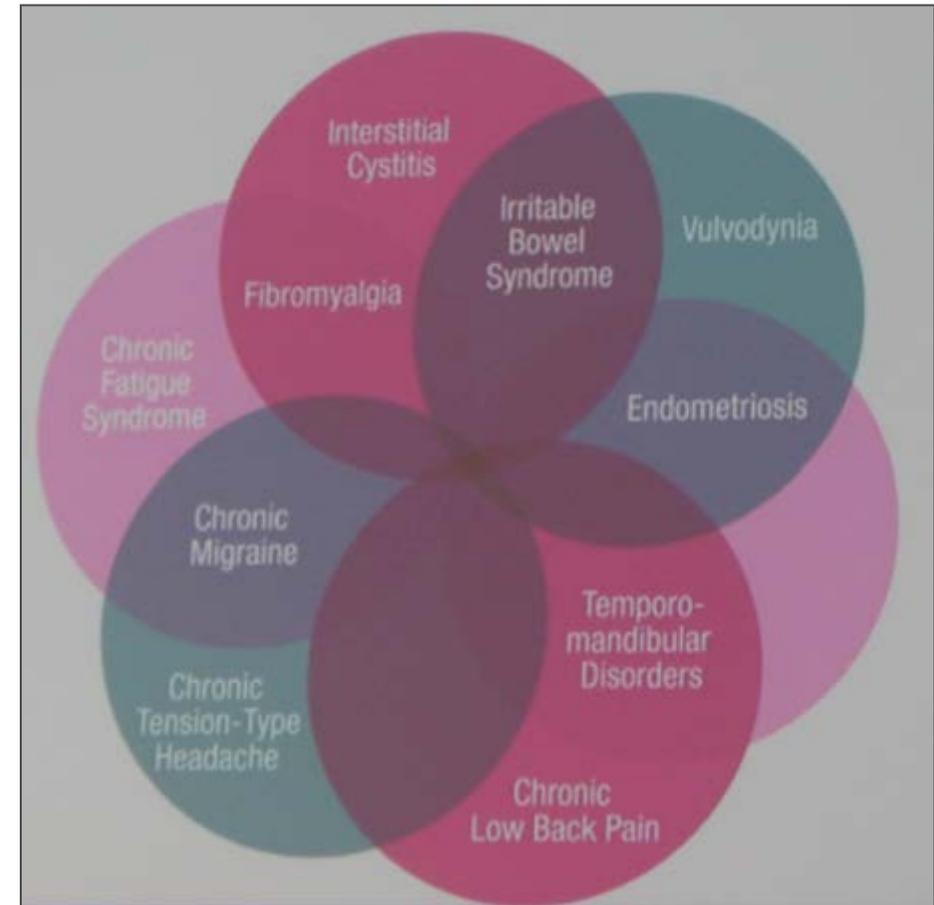
# Chronischer Beckenbodenschmerz/CCPS

## Epidemiologische Evidenz für chronisch überlappende Schmerzsyndrome



Anzahl der Publikationen zum Thema chronisch überlappende Schmerzsyndrome, COPDs

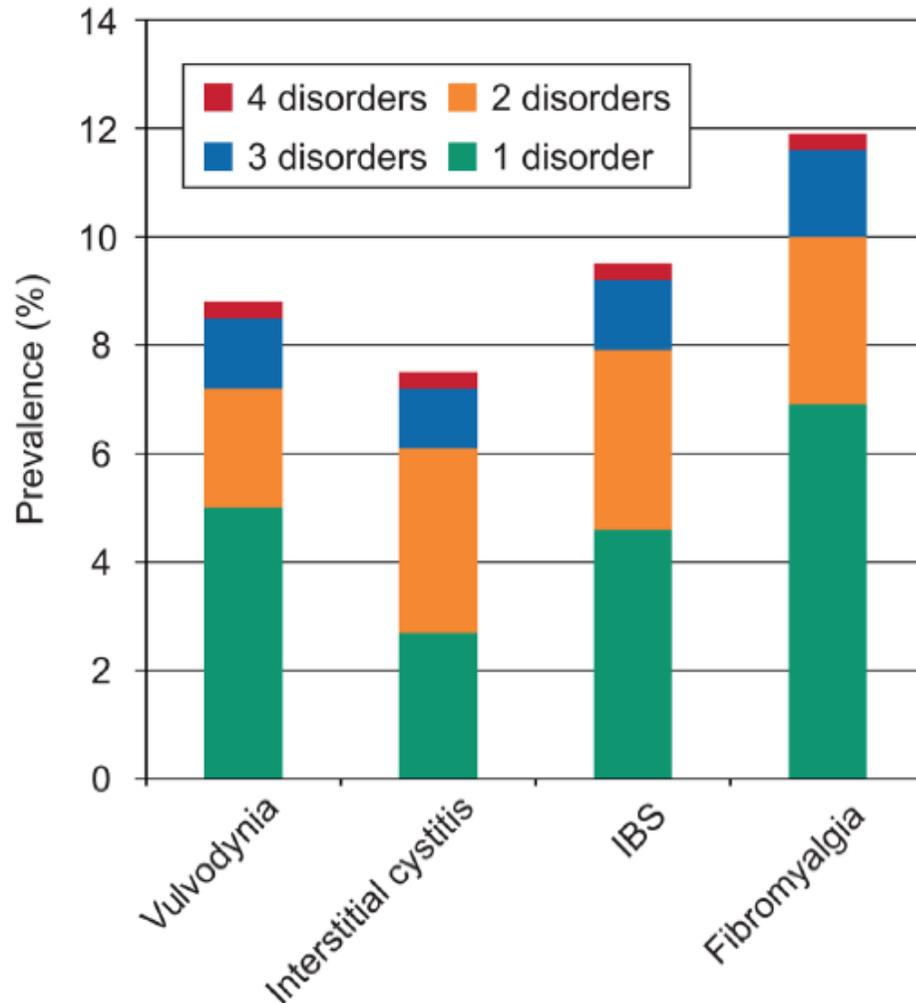
Vensley C. et al, Impact of chronic overlapping pain conditions on public health and the urgent need for safe and effective treatment. Chronic Pain Research Alliance 2015  
Wesselmann, U. et al 2013



Venn Diagram of Chronic Overlapping Pain Conditions

# Chronischer Beckenbodenschmerz/CCPS

## Chronic overlapping pain conditions COPC's



### Prävalenz:

Interst. Zystitis 7,5%

Vulvodynie 8,7%

Colon irritabile 9,4%

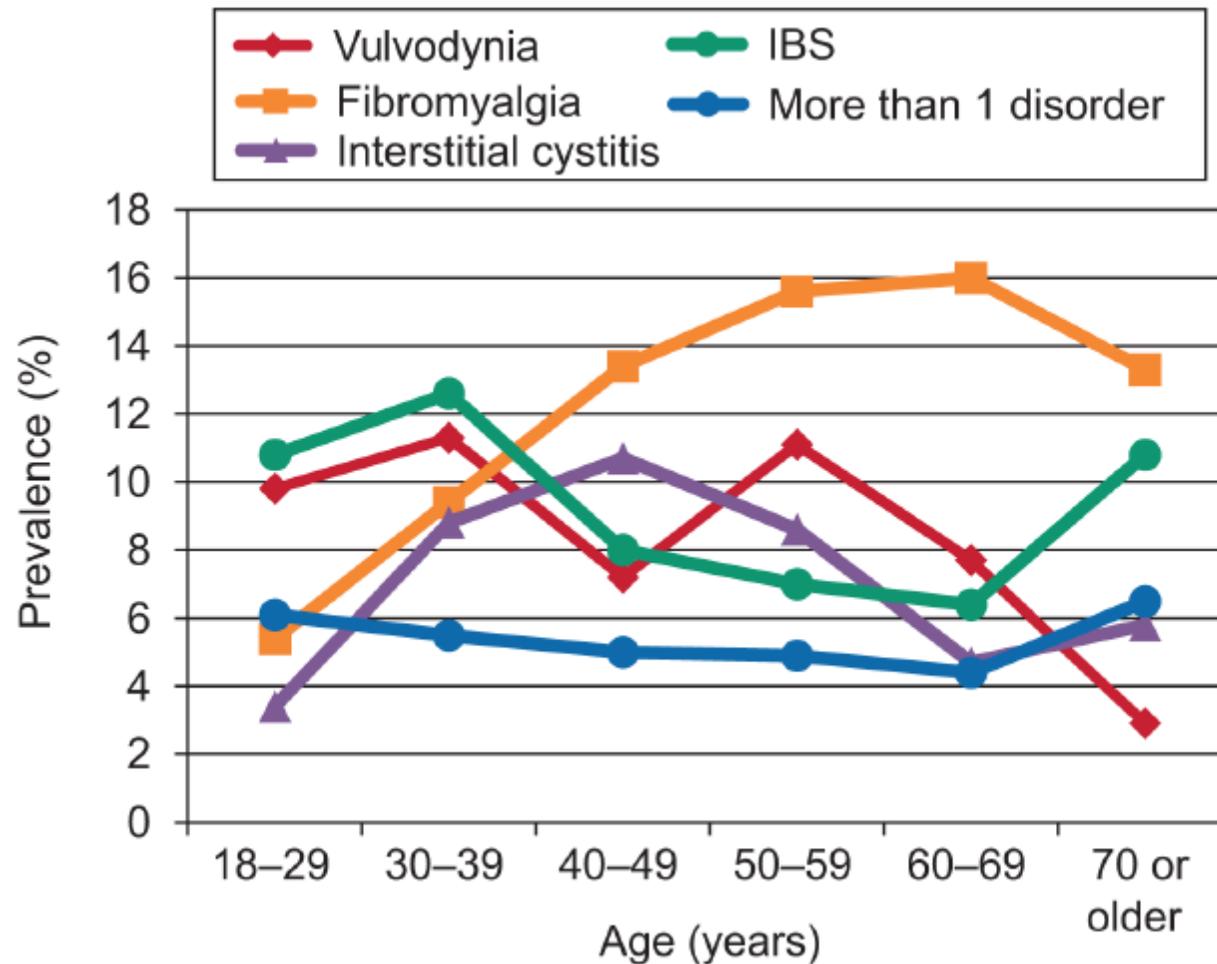
Fibromyalgie 11,8%

COPC's 27,1%

Vulvodynie: 3-fach erhöhtes Risiko für COPC's

Reed B. et al. Relationship between vulvodynia and chronic comorbid pain conditions; Obstet Gynecol. 2012; 120(1):145-151

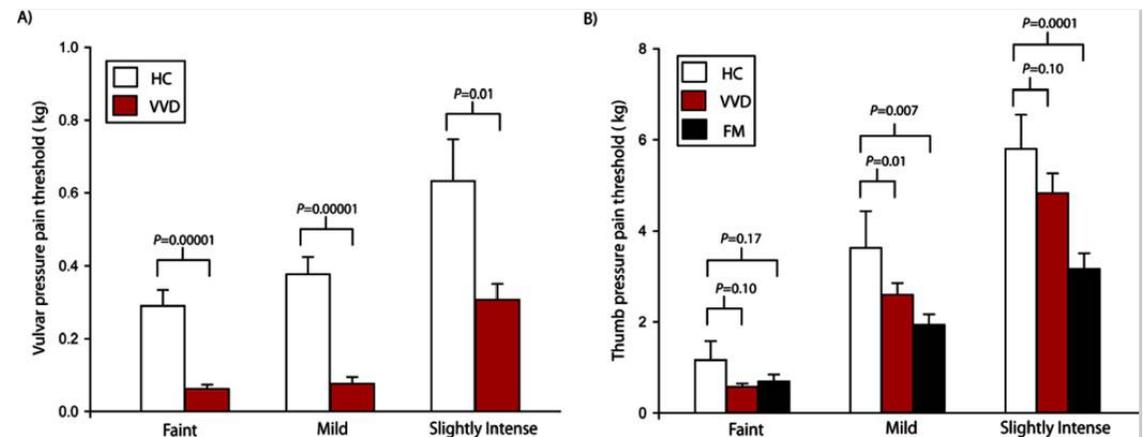
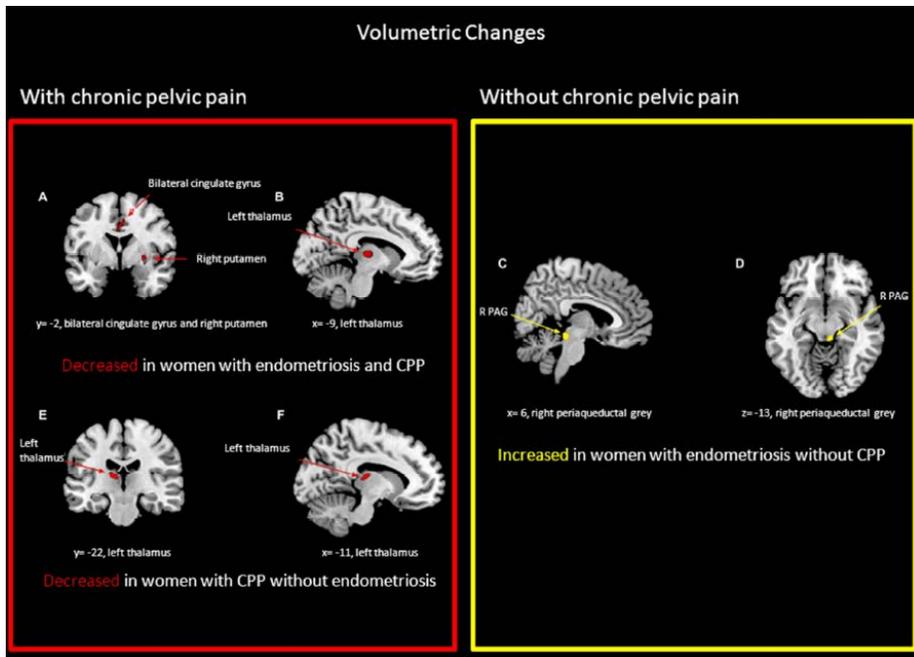
# Chronischer Beckenbodenschmerz/CCPS



Reed B. et al. Relationship between vulvodynia and chronic comorbid pain conditions; *Obstet Gynecol.* 2012; 120(1):145-151

# Chronischer Beckenbodenschmerz/CCPS

## Central Pain Progressing in women with CCP



CCP associated with changes in brain morphology, regardless of the presence of endometriosis

Lower pressure pain threshold: central neural pathology, treatment decision?

As-Sanie S. et al., Increased Pressure Pain Sensitivity in Women With Chronic Pelvic Pain 2012. *Obstet Gynecol.* 2013 November; 122(5): 1047–1055

Hampson JP et al. Augmented central pain processing in vulvodynia, *J Pain.* 2013 Jun;14(6):579-89

# Chronischer Beckenbodenschmerz/CCPS

Europe PMC Funders Group

Author Manuscript

*Hum Reprod Update*. Author manuscript; available in PMC 2015 July 14.

Published in final edited form as:

*Hum Reprod Update*. 2014 ; 20(5): 737–747. doi:10.1093/humupd/dmu025.

## Central changes associated with chronic pelvic pain and endometriosis

Jennifer Brawn<sup>1,\*</sup>, Matteo Morotti<sup>2,3</sup>, Krina T. Zondervan<sup>2</sup>, Christian M. Becker<sup>2</sup>, and Katy Vincent<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Nuffield Department of Clinical Neurosciences, University of Oxford, Oxford, UK

<sup>2</sup>Nuffield Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Oxford, Women's Centre, John Radcliffe Hospital, Oxford, UK

<sup>3</sup>Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Genoa, Genoa 16100, Italy

Reduction of brain volume in a variety of chronic pain conditions  
Neurotoxic effect? Neural atrophy? Neurodegeneration: inactivity?

# Chronischer Beckenbodenschmerz/CCPS

Urology. 2009 Jan;73(1):52-7. doi: 10.1016/j.urology.2008.06.031. Epub 2008 Nov 8.

## **Antecedent nonbladder syndromes in case-control study of interstitial cystitis/painful bladder syndrome.**

Warren JW<sup>1</sup>, Howard FM, Cross RK, Good JL, Weissman MM, Wesselmann U, Langenberg P, Greenberg P, Clauw DJ.

### ⊕ Author information

#### **Abstract**

**OBJECTIVES:** Probing for clues to the pathogenesis of interstitial cystitis/painful bladder syndrome (IC/PBS), we sought antecedent nonbladder syndromes that distinguished incident IC/PBS cases from matched controls.

**METHODS:** Female incident IC/PBS cases were recruited nationally, and their IC/PBS onset date (index date) was established. The controls were recruited by national random digit dialing and matched to the cases by sex, age, region, and interval between the (assigned) index date and interview. The prevalence of 24 nonbladder syndromes before the index date was assessed, 7 by multiple methods.

**RESULTS:** The cases with IC/PBS had greater antecedent prevalence of 11 syndromes, and 243 of 313 cases (78%) vs 145 of 313 controls (45%) had multiple syndromes ( $P < .001$ ). Fibromyalgia-chronic widespread pain (FM-CWP), chronic fatigue syndrome, sicca syndrome, and irritable bowel syndrome were associated with each other by pairwise and factor analyses using numerous assumptions. Cases with FM-CWP, chronic fatigue syndrome, sicca syndrome, and/or irritable bowel syndrome ( $n = 141$ , 45%) were more likely to have other syndromes (ie, migraine, chronic pelvic pain, depression, and allergy). Three other syndrome clusters were identified; each was associated with this FM-CWP cluster.

**CONCLUSIONS:** Eleven antecedent syndromes were more often diagnosed in those with IC/PBS, and most syndromes appeared in clusters. The most prominent cluster comprised FM-CWP, chronic fatigue syndrome, sicca syndrome, and irritable bowel syndrome; most of the other syndromes and identified clusters were associated with it. Among the hypotheses generated was that some patients with IC/PBS have a systemic syndrome and not one confined to the bladder.

**ICB/PBD: Ausdruck einer Systemerkrankung?**

# Chronischer Beckenbodenschmerz/CCPS

- Patienten, die mehr als 1 Schmerzsyndrom beklagen, haben stärkere Schmerzen bei jedem einzelnen Schmerzsyndrom als Patienten, die nur 1 Schmerzsyndrom haben
- Wird 1 Schmerzsyndrom erfolgreich behandelt, wird die Schmerzintensität auch bei den anderen Schmerzsyndromen geringer



Giamberardino, MA et al. Viscero-visceral hyperalgesia: characterization in different clinical models. Pain. 2010 Nov;151(2):307-22

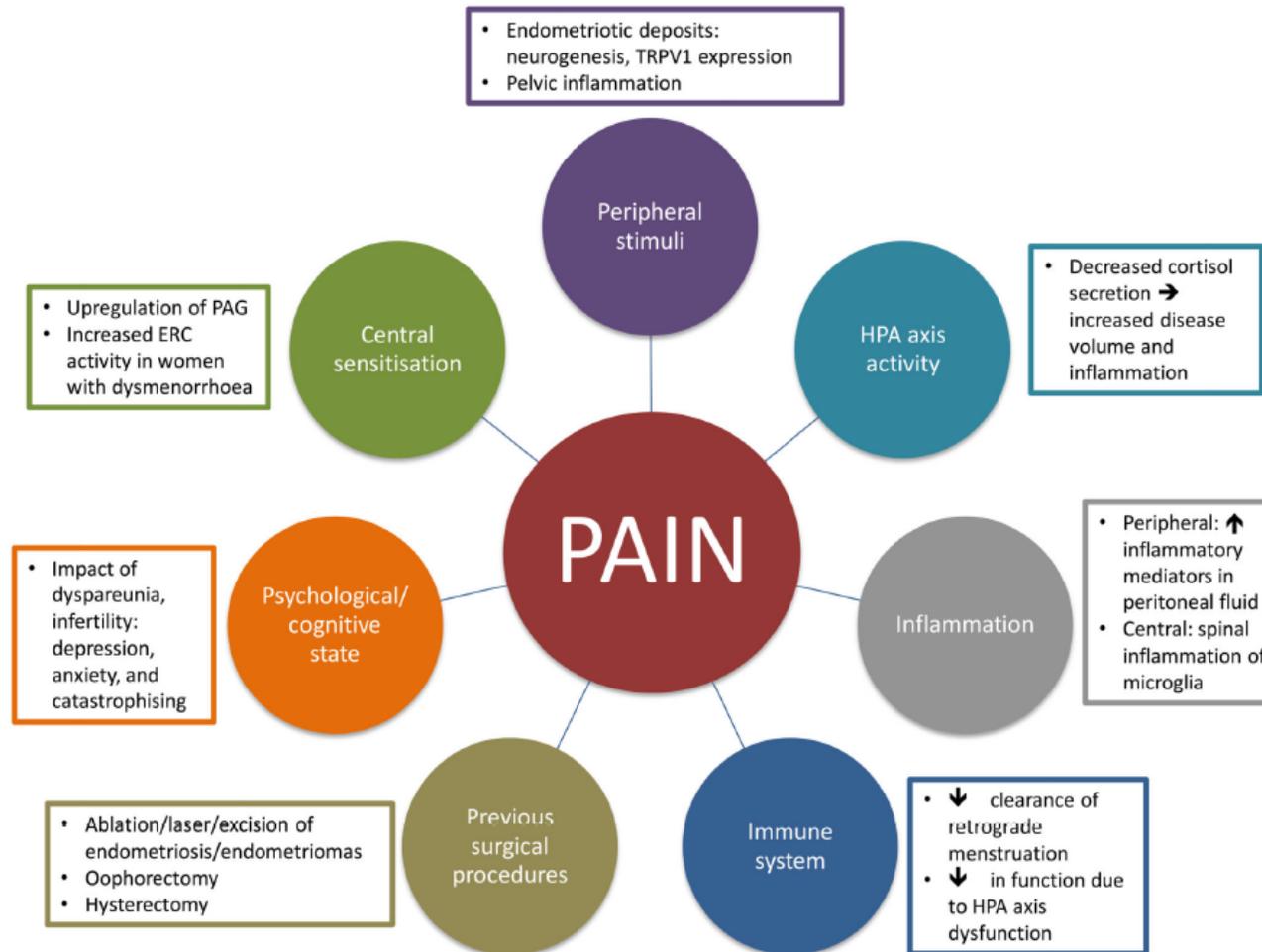
# Chronischer Beckenbodenschmerz/CCPS

## COPC's

- Häufiger bei Frauen als bei Männern
- Ätiologische Faktoren unklar:  
Genetisch? Evtl. kombiniert mit psychosozialen Umgebungsfaktoren?
- Gesteigertes Schmerzempfinden als Folge einer Dysregulation im peripheren und/oder zentralen Nervensystem?
- Ausdruck eines „widespread pain“? Eigenständiges Schmerzsyndrom?

Maixner W. et al. Overlapping Chronic Pain Conditions: Implications for Diagnosis and Classification. The Journal of Pain;17(9) 2916: 93-107

# Chronischer Beckenbodenschmerz/CCPS



Brawn J et al., Central changes associated with chronic pelvic pain and endometriosis;

Hum Reprod Update. 2014 ; 20(5): 737–747

# Chronischer Beckenbodenschmerz/CCPS

Primum non nocere

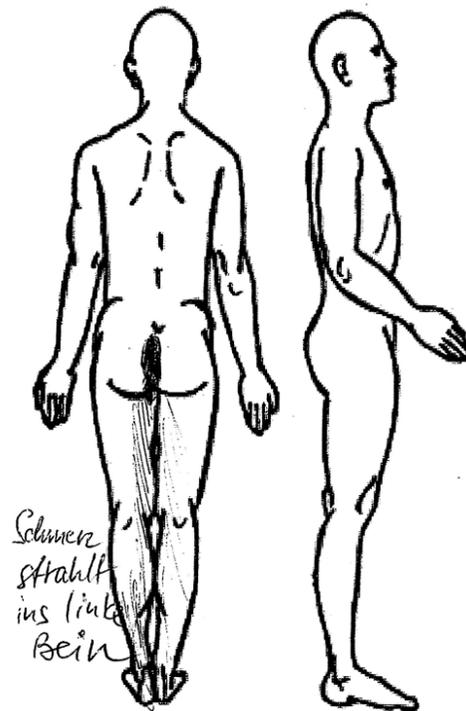
„The good physician treats the disease;  
The great physician treats the patient who has the disease“

Sir William Osler, 1848-1919

# Chronischer Beckenbodenschmerz/CCPS

## Case Report

- Frau V.P., 35J. alt, Ukraine, Managerin:
- Seit 4J. linksbetonte Schmerzen im Bereich Steiß- und Sitzbein und Ausstrahlung nach urogenital, Dyspareunie, schmerzhafte Defäkation, Ausstr. In Blase und linkes Bein, Kinderwunsch, problematische Paar- und Mutterbeziehung, hoher Leistungsanspruch



# Chronischer Beckenbodenschmerz/CCPS

## Case Report

- Ausbreitung des Schmerzareals im Rahmen der bisher erfolgten Diagnostik und invasiven Maßnahmen, Hormone, Lyrica, endovasc. Embolisation bei pelvic congestion, peridurale Infiltration, Infiltration ISG, RF-Versuch S1-5, V.a. Pudendusneuralgie, s.c.-Injektion von „Nervenwachstumsfaktoren“
- Psychotherapie: biografische und psychosoziale Belastungen
- Minimale Linderung: Amitriptylin 10mg
- Befund: Dauerschmerz NRS 3/10, hypertone gluteale Muskulatur, Schmerzzunahme durch li-seitige genitale, gluteale und sakrale Manipulationen
- 5-wöchige multimodale Therapie: Kombination mit Duloxetin, intensive Triggerpunktbehandlungen, Dehnung zur Entlastung des Beckenbodens, Edukation, Psychotherapie einzeln und in Gruppen, Pacing
- Refresherwoche nach 6 Monaten: Reduktion des Schmerzareals, Absetzen von Duloxetin, kein Schmerz mehr im linken Bein, keine Dyspareunie, Absetzen von Amitriptylin besprochen

# Chronischer Beckenbodenschmerz/CCPS

<b>Comorbid Conditions</b>	<b>Vulvodynia</b>	<b>Fibromyalgia</b>	<b>Interstitial Cystitis</b>	<b>Irritable Bowel Syndrome</b>
	<b>OR (95% CI)</b>	<b>OR (95% CI)</b>	<b>OR (95% CI)</b>	<b>OR (95% CI)</b>
<b>Vulvodynia</b>	---	3.4 (2.2, 5.3)	2.3 (1.3, 4.0)	3.0 (1.9, 4.7)
<b>Fibromyalgia</b>	3.3 (2.1, 5.2)	--	5.1 (3.2, 8.1)	3.0 (2.0, 4.5)
<b>Interstitial cystitis</b>	2.3 (1.3, 4.0)	5.1 (3.3, 8.1)	--	6.2 (4.0, 9.5)
<b>Irritable bowel syndrome</b>	3.0 (1.9, 4.8)	2.9 (1.9, 4.5)	6.1 (4.0, 9.4)	--
<b>Number of comorbid conditions present in addition to the index condition</b>				
None	Referent	Referent	Referent	Referent
<b>1 or more</b>	2.4 (1.5, 3.7)	3.1 (2.0, 4.7)	5.5 (3.6, 8.6)	3.7 (2.5, 5.5)
<b>2 or more</b>	4.9 (2.6, 9.2)	6.7 (4.0, 11.4)	11.8 (6.2, 22.3)	8.0 (4.4, 14.5)
<b>3 or more</b>	5.5 (1.7, 18.2)	28.1 (5.9, 133.7)	9.7 (2.9, 31.9)	9.9 (3.1, 31.4)