Kombinationstherapien erhöhen den Erfolg

Interstitielle Zystitis

individuell behandeln

Dr. Claudia Lindig-Knopke, Dr. Juliane Marschke, Prof. Dr. Ralf Tunn, Dr. Kathrin Beilecke

Die interstitielle Zystitis wird nach wie vor zu selten diagnostiziert. Patienten haben oft einen langen Leidensweg hinter sich, bevor die richtige Diagnose gestellt und eine erfolgversprechende Therapie eingeleitet wird. Auch wenn die Pathophysiologie noch immer nicht ganz geklärt ist, existieren multiple Behandlungsansätze.

Der Begriff interstitielle Zystitis (interstitial cystitis, IC) findet in der Literatur zum Teil uneinheitliche Verwendung. Die European Society for the Study of Interstitial Cystitis (ESSIC) definiert die interstitielle Zystitis als ein Blasenschmerzsyndrom („painful bladder syndrome“, PBS) mit typischen zystoskopischen und histologischen Veränderungen wie Glomerulation respektive Hunner'sche Ulzera, Mukosa-Cracking und Mastzellinfiltration.

IC ist eine Ausschlussdiagnose

Die IC ist eine Ausschlussdiagnose. Bei Schmerzen in der Blase oder Harnröhre, schmerzhaftem Drang, Pollakisurie oder Nykturie sollte zunächst eine Urinuntersuchung einschließlich quantitativer Urinkultur erfolgen. So lassen sich chronisch abakterielle Zystitiden von denen mit Erregern unterscheiden. Erste Hinweiszeichen auf eine IC finden sich

auch in der Introitussonografie mit einer inhomogen verdickten Blasenwand. Die Zystoskopie ist nach wie vor jedoch der Goldstandard in der Diagnostik des PBS. Als wichtiges Diagnostikum gilt auch die urodynamische Messung. Die intravesikale Instillation von Lidocain (2%, 20 ml) dient als weiteres diagnostisches Element,

um zu eruieren, ob die Schmerzen tatsächlich Harnblasen-assoziiert sind. Eine Biopsie der Blasenwand ist derzeit die einzige Möglichkeit, um dort histologische Veränderungen zu diagnostizieren. Bei Patienten mit IC zeigt sich oft eine gestörte Barrierefunktion des Urothels, die aus einer Erhöhung der Permeabilität resultiert. Durch eine Biopsie lässt sich darüber hinaus ein Carcinoma in situ der Blase ausschließen.

Wie therapieren?

Häufigster Erreger unkomplizierter Harnwegsinfektionen ist *Escherichia coli*, gefolgt von *Staphylococcus saprophyticus*, *Klebsiella pneumoniae* und *Proteus mirabilis*. Ist der Erreger bekannt, wird nach Antibiotogramm therapiert. Zur empirischen Behandlung der unkomplizierten Zystitis bei ansonsten gesunden Frauen ist die Einmalgabe von Fosfomycin Mittel der Wahl. Alternativ steht makrokristallines Nitrofurantoin zur Verfügung. Cephalosporine sind wirksam, wenn andere Antibiotika nicht infrage kommen.

Bei rezidivierenden Zystitiden ist eine Langzeitprophylaxe mit Nitroxolin oder Nitrofurantoin zu erwägen. Auch und gerade in Hinblick auf zunehmende Resistenzen kann eine Impfung gegen einen oder mehrere Erreger von Harnwegsinfektionen sinnvoll sein. Darüber hinaus scheinen Cranberry-Extrakt und D-Mannose einen prophylaktischen Effekt bei rezidivierenden Harnwegsinfektionen zu haben.

Liegt eine Zystitis nichtbakterieller Genese vor, ergeben sich multiple bewährte Therapieoptionen. Bei allen Patientinnen

sollte die Therapie mit der Aufklärung über die normale Blasenfunktion oder das Krankheitsbild der IC begonnen werden. Oft müssen verschiedene Behandlungsoptionen oder Kombinationstherapien in Betracht gezogen werden, da selten eine einzige Therapie erfolgreich ist. Im Allgemeinen ist der Heilungsprozess langwierig.

Eine wesentliche Komponente stellt das Verhaltenstraining dar. Dies bezieht sich zum einen auf erlernte Verhaltensweisen wie häufige prophylaktische Blasenentleerungen, zum anderen aber auch auf Nikotinkonsum und Ernährungsgewohnheiten.

Im zweiten Schritt stehen Physiotherapie mit Beckenbodentraining, Biofeedback und Elektrostimulation und Physikalische Therapie oder eine Kombination aus diesen zur Verfügung. Dem schließt sich die Einleitung einer Schmerztherapie nach dem WHO-Stufenschema an. Buscopan, Amitriptylin sowie Tramadol und Tilidin erwiesen sich in der Praxis als gut wirksam.

Zystektomie als Ultima ratio

Als intravesikale Therapien bieten sich Instillationen und direkt in die Blasenwand injizierbare Substanzen an. Instillationen können sowohl ohne als auch mit zwischen Harnblase und Hautniveau angelegtem Strom erfolgen. Für eine Anwendung ohne unterstützend angelegten Strom eignen sich z. B. Chondroitinsulfat, Natrium-Hyaluronat, eine Kombination beider Substanzen oder Dimethyl-Sulfoxid (DMSO).

Bei Versagen der bisher erwähnten Therapien ergeben sich chirurgische Behandlungsoptionen wie Therapie der Hunner-Ulcer mittels Laser oder Triamcinolon, eine Augmentation der Harnblase und als Ultima ratio die Zystektomie.

Literaturliste beim Verlag;
Uro-News 2015; 19(10): 39