

# Prostata-Schmerzsyndrom und Blasenschmerzsyndrom

**Kurt Mosetter**  
**Patrick Bick**

Immer häufiger führt eine Vielzahl von Schmerzsyndromen des Beckens zu schweren Einschränkungen der Lebensqualität. Genitalschmerzen, Blasen- und Prostataschmerzsyndrome gehören zu den wichtigsten chronischen und oft therapieresistenten Beschwerdebildern des Beckens. In den alten Leitlinien der einzelnen Fachgesellschaften führten die Diagnosen „Interstitielle Cystitis“ oder „Chronische Prostatitis“ oft auf die falsche Fährte. Die Vorstellungen von lokalen „Entzündungen“, welche mit Antibiotika, Immunsuppressiva und Corticosteroiden behandelt werden müssten, entpuppten sich trotz wiederholter Antibiotikagaben als nicht zielführend.

Innerhalb der urologischen Fachgesellschaften und den entsprechenden Leitlinien gilt: „Das Prostatitis-Syndrom ist eine multifaktorielle Erkrankung mit weitgehend unbekannter Ätiologie. Die Einteilung der unterschiedlichen Formen erfolgt entsprechend der neuen NIH-Klassifikation in akute bakterielle Prostatitis, chronische bakterielle Prostatitis, entzündliches und nicht entzündliches chronisches Beckenschmerzsyndrom und asymptomatische Prostatitis. (...) Bei der akuten und chronischen bakteriellen Prostatitis können pathogene Erreger ursächlich nachgewiesen werden. Eine ausreichend lange Antibiotikatherapie, vornehmlich mit Fluorchinolonen, wird daher empfohlen. 90 Prozent der Patienten leiden an einer chronischen (abakteriellen) Prostatitis/einem chronischen Beckenschmerzsyndrom (CP/CPSP).“ [1].

Hinsichtlich der Symptome ist es „schwierig, Patienten mit einer chronischen Prostatitis/Schmerzsyndrom des Beckens von Patienten mit einer chronischen bakteriellen Prostatitis zu unterscheiden. Oft zeigt haben Patienten mit bakterieller Prostatitis leichtes Fieber.

Die Symptome variieren und sind schwer von normalen Phänomenen abzugrenzen. Patienten, die einen Arzt aufsuchen, erleben häufig einen länger andauernden Krankheitsverlauf mit episodischen Veränderungen. Gleichzeitig besteht eine gesteigerte Prävalenz weiterer Schmerzsyndrome wie Reizdarmsyndrom, Chronisches Erschöpfungssyndrom und Fibromyalgie.

Die häufigsten Symptome sind: Schmerzen am Damm (Bereich zwischen dem Anus und Penis) Sie können bis zum Hodensack, Penis und Rücken, in die Leiste und den Bauch ausstrahlen. (...) Miktionsbeschwerden wie Schmerzen beim Wasserlassen, Blasenentleerungsstörung, nächtliches Wasserlassen und plötzlicher Harndrang, eventuell mit Harnverlust. Eine chronische Prostatitis ist mit einer erschwerten

Durchführung der täglichen Aktivitäten, Depressionen und verminderter Lebensqualität assoziiert.“ [2].

Verzweiflungs-Diagnosen aus der Richtung von psychologischen Fachrichtungen, wie „Psychosomatische Störung“, „Krebsangst“, „hypochochrdische Neurose“, „Depressionssyndrom“ oder „Somatisierungsstörung“ konnten den Patienten in der Regel nicht weiterhelfen. Während die Organmediziner lange daran festhielten, die Entzündung mit Medikamenten bekämpfen zu können, verfolgte die psychosomatische Medizin häufig das Ziel den für sie offensichtlich psychogenen Schmerz kognitiv zu fassen und über psychotherapeutische Gespräche oder kognitive Verhaltenstherapie zu therapieren [3].

„Die Ursache der chronischen Prostatitis/des chronischen Schmerzsyndroms des Beckens ist unbekannt. Obwohl eine bakterielle Infektion als Ursache vermutet wird, sind Bakterien nur selten nachweisbar. Viele Experten glauben, dass sowohl der entzündliche als auch der nicht-entzündliche Zustand keine infektiöse, durch Mikroorganismen verursachte, Erkrankung ist. Psychischer Stress wie Angst und Sorgen über eine mögliche schwerwiegende Erkrankung kommen offenbar häufig bei Männern mit diesen Symptomen vor und können zur Erkrankung beitragen. Außerdem finden sich zunehmend Hinweise darauf, dass die chronische, nicht-bakterielle Prostatitis wahrscheinlich nicht von der Prostata ausgeht, sondern eher zur Gruppe chronischer Muskelschmerzen zu zählen ist.“ [4].

## Neue, körperbasierte Lösungen

Nach vielen Jahren erfolgloser Strategie zeichnen sich nun hoffnungsvolle neue Lösungen ab. Diese werden in der komplementären Medizin, in den Disziplinen der Psychotraumatologie und dem Konzept der Myoreflextherapie schon seit zwei Jahrzehnten auf der Basis der (nun scheinbar) neuen Erkenntnisse erfolgreich umgesetzt. Die thematisierten Schmerzsyndrome sind durch körperliche Verankerungen tatsächlich im autonomen Nervensystem, den Muskeln und Faszien, dem Gehirn und der Biochemie des Organismus vorhanden. Gleichzeitig spielen selbstverständlich biographische Ereignisse, psychosoziales Stresserleben, das Körpergedächtnis und seelische Dispositionen eine wichtige Rolle. Die Lösungen liegen auf der Hand und verlangen ein Verständnis der „Leiblichkeit“.

Schmerz kommt selten alleine: Beckenschmerzen sind in der Welt der Erlebenden häufig nur die Spitze eines Eisberges. Sexualfunktionsstörungen, Mikti-

onsstörungen, häufiger Harndrang, Brennen beim Wasserlassen, Dysästhesien in der Genitalregion, Ziehen in der Leiste, Magen-Darm-Beschwerden, Obstipation, Schlafstörungen, Erschöpfung, Erschlagenheitsgefühle, Kopf- und Nackenbeschwerden sowie Ängste und depressive Verstimmungen „rahmen“ die Schmerzsyndrome ein.

### Chronische Schmerzen im Becken

Zur Übersicht müssen unterschiedliche Systemebenen betrachtet werden.

1. Die muskulären Führungen des Beckens sind in aller Regel durch einen generellen Hypertonus, insbesondere aber durch stereotype chronische Tonuserhöhungen und funktionelle Verkürzungen des M. iliopsoas, der Adduktorengruppe, des M. rectus abdominis und des M. piriformis gekennzeichnet.
2. Die Organhäute und Faszien des viszeralen Systems sind dabei gleichzeitig durch pathologische Druckerhöhungen in den Messführlern der entsprechenden Rezeptoren und durch übermäßige Aktivierungen der viszeralen Afferenzen geprägt. Neuroregulative, der Immunantwort dienende, und für die Homöostase essentielle Botenstoffe geraten auf diese Weise aus dem Takt. Sie entwickeln sich in unphysiologischer Dosierung zu Schmerzbotenstoffen. Substanz P, Neurokinin A, Galanin, NGF, CCK, die Aktivitäten der Tyrosinkinase A und des Vanilloid Rezeptors 1 (TRPV1) können in diesen Kaskaden außergewöhnliche Schmerzempfindungen mit unterhalten.
3. Die parasympathischen Versorgungswege sind auf mehreren Ebenen in Dysbalance und in den parasympathischen Endstrecken der Nervenendigungen durch biochemische „Schmerzaktivierungen“ aus dem Lot. Im einzelnen sind an dieser Stelle die NO-Synthase und die Metabolisierung von NO in Richtung nitrosativer Stress und Schmerz (mit OONO<sub>2</sub>, ATP-Mangel, metabolischer Acidose mit pH-Wert Abfall und reduzierter Beruhigung durch Acetylcholin) verändert.
4. Das Gewebe der Interzellulärsubstanz ist durch Übersäuerung, ATP-Mangel, Ammoniak, Capsaicin, Erhöhungen der Interleukine 1 und 6, des TNF- $\alpha$  und der Neurotransmitter-Konzentrationen von Glutamat geprägt.
5. Erhöhte Konzentrationen von Glutamat und die Aktivierung von VGCC führen zum Einstrom von Calcium und zu einer erhöhten Depolarisation der sekundären afferenten Neurone. Dies leitet eine Überlastung des NMDA-Rezeptor hemmenden Magnesiumblocks ein – und aktiviert die Schmerzkaskade.
6. Mitochondriale Dysfunktionen, metabolische Acidose, Entzündungscytokine, ATP-Mangel und Schmerzsignale lösen Entgleisungen von oxidativem und nitrosativem Stress aus, welche ihrerseits weitere schmerzverstärkende Mechanismen in Gang setzen.
7. Eine Reihe von schmerz-assoziierten Botenstoffen fungieren als Entzündungsmediatoren und Gentranskriptionsfaktoren. So bewirken die Tyrosinkinase und NMDA-Rezeptor Aktivitäten, die Cytokinkinasen, der NF $\kappa$ B, Insulin und die Insulinsignalkaskade tiefgreifende Veränderungen der Genexpression.
8. Im System der Absteigenden Inhibitorischen Transmitter zeigt sich häufig ein Synchronisierungsverlust zwischen Noradrenalin, den Opioiden und 5-Hydroxytryptophan. Auf diese Weise entstehen relative Unterversorgungen an Melatonin und Serotonin.
9. Störungen der Homöostase und der Interozeption leiten Aktivitätsveränderungen von neuronalen und zentralen Repräsentationsmuster im Gehirn ein. Die Repräsentationsfelder des cingulären und des insulären Cortex zeigen veränderte Aktivierungen.
10. Die Aktivierungsmuster im PAG, in den Kernen des Thalamus, in den Basalganglienschleifen, im cingulären und insulären Cortex, in den Feldern des somatosensorischen Cortex und in Symetrieabweichungen des linken und rechten präfrontalen Cortex repräsentieren und spiegeln Schmerzempfindungen, Schmerzerleben, Körper- und Seelenschmerzen über verschiedene Neuropattern wider.
11. Innerhalb des Crosstalks der Darm-Immun-Gehirn-Achse können Verbindungsstörungen und Kommunikationsdefizite zu asymmetrischen Signalkaskaden der GIP führen. Maldigestion, Malabsorption, sekundäre Intoleranzen und Unverträglichkeiten bestimmter Nahrungsmittel (wie Gluten, Kasein oder Lektine) können ein „leaky gut“ mit verdeckter terminaler Ileitis und entgleistem sekretorischem IgA verursachen. Diese Störung der Mikrobiota und des Mikrobioms können einen starken Einfluss auf die urogenitale Oberflächenschleimhaut und auf die Immunkompetenz nehmen. Gleichzeitig können Endotoxine, LPS und Kynurenin unmittelbare Schmerzprojektionen auslösen.
12. Histaminintoleranz und urogenitale Schmerzsyndrome: Immer mehr Menschen, entwi-

ckeln immer häufiger Symptomatologien einer sekundären Histaminintoleranz. Das Spektrum der Symptome erscheint schwer überschaubar. Neben verschiedenen allergischen Reaktionen treten häufig chronische Schmerzsyndrome im Magen-Darm-Trakt und im urogenitalen Bereich, Kopfschmerzen, Schwindel, Ohrgeräusche, Sehstörungen, Licht- und Geräuschempfindlichkeit, Schlafstörungen, Müdigkeit, Erschöpfung, Schwitzen, Zittern, Panik- und Angstattacken, Durchfälle, chronische Infektanfälligkeit, Herzrhythmusstörungen, hormonelle Störungen, Schilddrüsen-Über- und Unterfunktionen, Amenorrhö, Eisenmangel, Polyneuropathien, Parästhesien, Taubheitsgefühle auf.

Histaminreiche Lebensmittel sind vor allem: Kuhmilchprodukte, Wein, Bier, Lachs, Thunfisch, Bananen, Nüsse, Avokado und Ananas. Sehr oft sind Schwächen, des Histamin abbauenden Enzyms DAO (Diaminoxidase) für zu hohe Belastungen mit Histamin verantwortlich. Zu viel Histamin bzw. zu niedrige Verfügbarkeiten der DAO verursachen „Silent Inflammations“ im Dünndarm und auch von dieser Seite her ein Leaky Gut Syndrom. Die Aktivität der DAO ist von einem gesunden Darm abhängig. Nicht erkannt (und häufig in den Bereich psychogener Störungen abgeschoben) können diese Symptomatologien ein psychogenes Geschehen vortäuschen; aber auch chronisch den Ausbruch eines urogenitalen Schmerzsyndroms triggern. Typischerweise finden sich kombinierte untypische Störungen mit Lactose-, Fructose-, Kasein-, und sekundären Gluten-Intoleranzen.

Die Behandlung des Darms und eine intelligente Steuerung des Ernährungsverhaltens können fast immer weiterhelfen!

- Die Prostata wird durch den N. hypogastricus innerviert und von der A. iliaca interna versorgt. Der Rücktransport verläuft über die V. iliaca interna, die in unmittelbarer Nähe des Blinddarms (Caecum) (rechts) und des Sigmoids (Sigmoides des Dickdarms) (links) liegt. Sowohl die peritoneale Aufhängung des Caecums (Fascie von Told) als auch des Sigmoids (Radix Sigmoidea) kann eine Kompression auf die V. iliaca interna ausüben und somit einen Rückstau verursachen. Nicht selten sind Volumenvergrößerung bzw. Entzündung die Folge. Daher ist es wichtig, die Zu- und Abflüsse des Organs zu gewährleisten. Mit manuellen Techniken an den visceralen Mechanorezeptoren

wird oft eine Spannungssenkung und eine bessere Drainage erreicht und somit auch eine Entlastung der Prostata [5].

### Vorläufige Interpretation

Komplexe Schmerzsyndrome des Beckens, der Genitalregion, der Prostata und der Blase sollten nie als „psychogen“ verharmlost werden, nur weil alte, reduktionistische, oberflächlich makroskopische Untersuchungen keine sofort sichtbaren Befunde wie Frakturen oder grobe Läsionen zeigen.

Auf der anderen Seite sind ungezielte Medikamente gegen früher eindimensional postulierte Organ-Entzündungen wie Antibiotika, nicht steroidale Antiphlogistika, Corticosteroide, Immunsuppressiva und Antidepressiva ebenso wenig zielführend (und unter näherer Betrachtung unwissenschaftlich).

Die Reduktion der therapeutischen Strategie, aufgrund neuer molekularer Erkenntnisse einzelne Rezeptoren und Cytokine mit monoklonalen Antikörpern zu attackieren, erscheint gleichfalls kurzsichtig. Und vor dem Hintergrund der systemischen Komplexität fraglich. Um bessere Ergebnisse zu erzielen, mussten Mehrfachkombinationen von Medikamenten in „Goldstandards“ moderner Schmerztherapie konzipiert werden. Frühere Medikationen mit höheren Dosierungen in kombinierten Stufentherapien mit NSAP (Voltaren, Ibuprofen usw.), Opiaten, Cortison, Antidepressiva, Antiepileptika, Neuroleptika und Immunsuppressiva konnten weder die Inzidenz, die Prävalenz und auch nicht den Leidensdruck der betroffenen Patienten verbessern. Tatsächlich leiden auch deshalb immer mehr Menschen unter chronischen Schmerzen.

### Vorschläge

„Die Zukunft wird zeigen, welche multimodalen Behandlungsstrategien die besten Resultate bringen.“ [6] Die Leitlinien der Urologie empfehlen: „Bei Vorliegen von muskulofaszialer Dysfunktion oder von Triggerpunkten können physikalische/physiotherapeutische Ansätze eine Besserung bringen.“ (ebd.)

Ganz sicher können weitsichtig angelegte Strategien aus der viszeralen Osteopathie und der Myoreflextherapie nahezu für alle Betroffene entscheidende Entlastungen bringen. Immer wieder kann von dieser Seite die Problematik auch kausal gelöst werden. Die Behandlung des vegetativen Nervensystems, Sympathikolyse und die Aktivierungen des Nervus vagus und die Entstressung der Bauchganglien steht innerhalb dieser Konzepte zentral im Plan.

Die neuromuskuläre Synchronisierung besonders des M. iliopsoas, des M. piriformis, des M. obliquus internus abdominis, der Adduktoren, der Rückenstrecker, des M. quadratus lumborum und des M. pyramidalis kann häufig kausale Lösungen eröffnen.

Der Aufbau der Darmflora, die Stützung des Energiestoffwechsels, die individuelle Substitution bei Mineralstoff-, Vitamin-, Fettsäuren- und Aminosäuremangel sollte unbedingt als medizinisch notwendige Achse berücksichtigt sein.

In diesem Zusammenhang empfehlen wir folgende schmerzregulierende, antientzündliche, antioxidative, neuroprotektive und die Homöostase stützende Verordnungskombination:

1. Magnesium, Zink, Selen, Eisen, Chrom, Mangan, Kalium ...
2. Vitamin B-Komplex, Vitamin D und K 2, Vitamin E und C ...
3. Omega-3-Fettsäuren, DHEA,  $\alpha$ -Linolsäure ...
4. Arginin, Leucin, Isoleucin, Valin, Tyrosin, Tryptophan, Lysin, Cystein, Glutathion ...
5. Galactose, Ribose, Kreatin
6. Die Stärkung des Energiehaushaltes und die Stützung des mitochondrialen Stoffwechsels kann über die Versorgung mit NADH, Coenzym Q10, NAD<sup>+</sup> tiefgreifende Entlastung verschaffen.

Als naturheilkundliche und biologische schmerzhemmende Substanzen können Weihrauchharz, Weidenrinde, Glucosamin, Pestwurz, Hagebutte, Granatapfel, Yamswurzel, Passionsfrucht, Mariendistel, Löwenzahn, Curcuma und schwarzer Pfeffer Entlastung gewähren.

Beim Vorliegen von Postinfektionssyndromen können Urtinkturen der Kardewurzel, Notakehl, Quentakehl, Reishi-Kapseln und höhere Dosierungen von Vitamin D, Selen, Zink und Vitamin B indiziert sein.

Entsprechend den Befunden nach Untersuchungen der Darmflora sollten über längere Zeiträume Probiotika eingesetzt werden. Reishi-Pilze und OMNi-BiOTiC bieten hier hervorragende Präparate.

In der Steuerung der Ernährung sollten kurzkettige Kohlenhydrate, Zucker, Fruchtzucker, gehärtete Fette und Transfettsäuren, Geschmacksverstärker, Weißmehlprodukte, Kuhmilchprodukte, Bananen, Orangen, Trauben und tierisches Fett stark reduziert werden.

Auf der Liste der Empfehlungen stehen: Walnüsse, Paranüsse, Mandeln, Pilze, Hülsenfrüchte, Gemüse, Salate, Kräuter, Bioweidefleisch, Fisch aus Wildfang, Amaranth, Quinoa, Buchweizen, Hirse, Basmatireis, Avocado, Beeren, Rhababer, Papaya, Ananas, Honigmelone und Aprikosen.

Je mehr Bewegung möglich ist, desto besser. Spazieren, Laufen, Joggen, Wandern- oder aber regelmäßiges Galileo-Training können helfen. Bauchmuskeltraining und jede Form von stereotypem Training im mittleren Arbeitsbereich der Muskeln und in Verkürzungen kann schaden.

Umso mehr entspannter Schlaf möglich sein sollte, umso besser. Ausreichend Schlaf stärkt die regenerative Kapazität, den inneren Rhythmus, den Ruhenerven Vagus und die zentralen Beruhigungssysteme. Die Verordnung von 5-HTP und niedere Dosierungen von Melatonin können über ihr antioxidatives Wirkungsspektrum und ihr analgetisches Potential als Taktgeber für den inneren Rhythmus sehr hilfreich sein.

Im Einzelfall kann (entsprechend biographischer Belastungen) psycho-therapeutische Hilfe angebracht sein. Kunsttherapie, Leibtherapie, Tanztherapie, MPTT, Hypnotherapeutische Verfahren bieten ein breites Spektrum an differenzierten Unterstützungen, Die systemische Regulation des Essverhaltens, des Schlaf- und Bewegungsverhaltens wirkt sich so regelmäßig sehr hilfreich aus.

Dr. med. Kurt Mosetter  
Obere Laube 44  
78462 Konstanz | Deutschland  
kurt.mosetter@myoreflex.de

Patrick Bick  
Gustav-Adolf-Straße 19b  
04105 Leipzig | Deutschland  
info@osteopathie-bick.de

#### Literatur

- [1] Wagenlehner, M.E. / Naber, K.G. / Bschleipfer, T. / Brähler, E. / Weidner, W. (2009). Prostatitis und männliches Beckenschmerzsyndrom. Diagnostik und Therapie. Deutsches Ärzteblatt 106 (11). 175–183
- [2] DEXIMED. Abgerufen am 28.01.2020: <https://deximed.de/home/b/maennergesundheits/patienteninformationen/prostata/prostatitis-chronische/>
- [3] Vgl.: <http://www.myoreflex.de/info/seite/psychosomatik.html>
- [4] DEXIMED. Abgerufen am 28.01.2020: <https://deximed.de/home/b/maennergesundheits/patienteninformationen/prostata/prostatitis-chronische/>
- [5] Barnert, J. / Wienbeck, M. (1996). Schwerpunkt: Motilitätsstörungen im Verdauungstrakt. Dtsch Arztebl International 93(4). 176–185
- [6] Engeler, D. (2014). Aktuelles aus der Urologie: Neues Verständnis vom Schmerzsyndrom des Beckens. VSOA Journal (online unter: [www.vsoa-journal.ch/de/2043/articles/1747.html](http://www.vsoa-journal.ch/de/2043/articles/1747.html))