

Wenn Mann nicht kann ...

Prostatabeschwerden – ein Tabuthema, das viel Sensibilität verlangt

| Sylvia Marx D.O.® M.R.O.®

Probleme des Urogenitalbereichs werden nach wie vor als peinlich empfunden, so dass viele Männer bevorzugt Schweigen darüber breiten. Oft wissen nicht einmal der Partner oder die Familie von den Beschwerden. Der Leidensdruck kann noch so enorm, der Alltag höchst unangenehm, die Lebensqualität extrem eingeschränkt sein; die meisten Männer scheuen den Gang zum Arzt bzw. Urologen. Erschwerend kommt hinzu, dass viele bereits schlechte Erfahrungen gemacht haben, da viele Urologen unsensibel mit dem Thema umgehen, „brutal“ in der Untersuchung und wenig hilfreich bei der Auswahl der geeigneten Therapie sind.

Dennoch möchte ich Männer darin bestärken, sich ca. ab dem 45. Lebensjahr regelmäßig urogenital untersuchen zu lassen, um die Größe der Prostata, die Blasenfunktion und den PSA-Wert, einen Tumormarker der Prostata, regelmäßig zu kontrollieren. (Ein erhöhter Wert bedeutet aber nicht, dass es sich gleich um ein Karzinom handelt, er kann aber auf eine Entzündung hinweisen.)

Hierzu bedarf es unbedingt einer besseren Aufklärung sowie einer sensiblen Herangehensweise in der Praxis, um Hemmschwellen zu beseitigen.

Krankheitsbilder

Die häufigsten Diagnosen bei bestehenden Problemen im Urogenitalbereich sind das BPH / BPS (benigne Prostatohyperplasie / benignes Prostata-Syndrom), die CP / CPPS (chronische Prostatitis / chronisches Beckenschmerzsyndrom) und das Prostata-Ca (Prostatakarzinom).

Während das CP / CPPS tendenziell bei Männern unter 50 Jahren auftritt, kommt das BPH / BPS eher bei Männern über 50 Jahren und das Prostata-Ca wiederum gehäuft bei über 60-Jährigen vor.

Da der Krebs nicht in Kürze abgehandelt werden kann, möchte ich in diesem Artikel nur die benignen Krankheitsbilder bespre-

chen, da diese alternativmedizinisch, z. B. osteopathisch, bestens behandelt werden können. Ein Prostata-Ca sollte, wenn überhaupt, dann nur ergänzend zur klassischen Medizin behandelt werden.

BPH / BPS

Die benigne Prostatohyperplasie (BPH) oder gutartige Prostatavergrößerung kommt bei jedem zweiten Mann über 60 vor. [1] Die Größe der „Wucherung“ korreliert nicht direkt mit dem Ausmaß der Symptome, wie man festgestellt hat, so dass man neuerdings nur bei Patienten mit Beschwerden vom benignen Prostatasyndrom (BPS) spricht und den Begriff BPH für den histologischen Befund vorhält. [2]

Die Ätiologie des BPS konnte bisher nicht eindeutig geklärt werden. [3] Im Verdacht steht eine Veränderung des Hormonhaushalts. [4, 5]

Zum einen soll ein erhöhter DHT-Spiegel (Dihydrotestosteron, entsteht mithilfe des Enzyms 5-alpha-Reduktase aus dem Serumtestosteron) für das Prostatawachstum verantwortlich sein. (Wie aber kann das sein, wenn das Testosteron im Alter stark absinkt?) Zum anderen wird diskutiert, ob die Erhöhung des Östrogenspiegels beim alternen Mann für das Prostatawachstum verantwortlich ist.

CP / CPPS

Das chronische Beckenschmerzsyndrom (CPPS) kommt bei ca. 10 % der männlichen Bevölkerung vor. [6] Auch hier ist die Ätiologie unbekannt. [7, 8] Vorrangig wird ein multifaktorielles Geschehen mit viszeralen, artikulären, neurologischen, endokrinen, immunologischen und vielleicht sogar psychologischen Aspekten diskutiert. [9]

Die Diagnose ist eine Ausschlussdiagnose [26]; d. h. sie wird allein aufgrund der Symptome, die der Patient beschreibt, gestellt. In vielen Studien wird die Krankheit als berührt, berüchtigt [10], kopfzerbrechend [11] und frustrierend [12] für Behandler

und Patient gleichermaßen bezeichnet. Eine Studie z. B. beginnt mit der passenden Überschrift: „more about what it is not, but what is it?“ [13] Dies beschreibt exakt den derzeitigen medizinischen Wissensstand auch hinsichtlich der Behandlung, denn wenn man nicht weiß, womit man es zu tun hat, fällt die Wahl der geeigneten Therapie schwer.

Symptome

Die vorherrschenden Probleme bei Prostatabeschwerden sind:

- Schmerzen oder Brennen beim Wasserlassen
- Schmerzen oder Missempfindungen während oder nach dem Orgasmus

Prostatitisformen

Das National Institute of Health (NIH) unterteilt die Prostatitis in vier Kategorien:

Kategorie I: akute bakterielle Prostatitis, bei der eine akute Infektion besteht mit akuten Schmerzen, Fieber bis hin zum Schüttelfrost.

Kategorie II: chronische bakterielle Prostatitis, bei der wiederholt Bakterien gefunden werden. Die Symptome sind dieselben wie bei I, aber meistens mehr abgeschwächt.

Kategorie III: chronische abakterielle Prostatitis, die weiterhin unterteilt wird in a) entzündlich und b) nicht entzündlich. Bakterien werden nicht gefunden wie auch sonst nichts Pathologisches.

Kategorie IV: asymptomatische entzündliche Prostatitis; ein Zufallsbefund, da der Patient keine Symptome verspürt.

- Schmerzen am Damm, Hoden, Penisspitze, im Nabel-Scham- oder Blasenbereich oder in die Leiste ziehend.
- Gehäuftes Wasserlassen
- Das Gefühl, die Blase nicht ganz entleert zu haben
- Gehäuftes Wasserlassen in der Nacht
- Drang, den Urin sofort entleeren zu müssen

Es müssen natürlich nicht alle Beschwerden gleichzeitig auftreten, die Probleme variieren von Patient zu Patient. Die Symptome sind jedoch oft stark ausgeprägt, so dass sich die Männer aus dem Lebensalltag zunehmend zurückziehen. Eine Umfrage [14] ergab:

- 58 % der Befragten vermeiden es, vor dem Schlafengehen noch etwas zu trinken.
- 41 % planen ihren gesamten Tagesablauf nach der Verfügbarkeit von Toiletten.
- 31 % machen wegen ihrer Beschwerden keine längeren Reisen.
- 20 % verzichten auf Theater- und Kinobesuch u. ä.
- 7 % gehen keine neue Beziehung ein.

Vorgehensweise in der Praxis

Wenn der Patient dann doch den Weg in die Praxis findet, ist es zunächst sehr wichtig, ihn ganz frei von seinen Beschwerden erzählen zu lassen, damit er Vertrauen fassen kann. Dabei ist es zunächst völlig unwichtig, woher, wann, wo etc. die Probleme auftauchen.

Jeder Patient soll individuell über die von ihm wahrgenommenen Schmerzen berichten.

Hiermit bringen wir ihm einerseits eine große Wertschätzung entgegen, und andererseits kann niemand anders als der Patient selbst die Beschwerden besser beschreiben.

Im Verlauf des Gesprächs können zielgerichtet Zusatzinformationen abgefragt werden, die für das Gesamtbild wichtig sind. So ist es meines Erachtens wichtig, ob der Patient seine Beschwerden seit einem bestimmten Zeitpunkt oder in einem bestimmten Zusammenhang wahrnimmt. Weiterhin ist auch eine mögliche Veränderung der Symptomqualität im Verlauf der Zeit festzuhalten. Schließlich sollte geklärt werden, wie stark die Lebensqualität des Patienten im Beruf, in der Familie und in der Beziehung eingeschränkt ist.



Abb. 1: ???

Die Erfahrung hat gezeigt, dass man somatische Probleme nicht von emotionalen und / oder sozialen Problemen trennen sollte.

Viele Männer trauen sich gar nicht, darüber zu sprechen, und empfinden es als Erleichterung, direkt gefragt zu werden und vermittelt zu bekommen, dass es nicht abnorm ist, wenn z. B. Partnerschaftsprobleme bestehen, und dass man es vorziehen sollte, offen über die Beschwerden zu reden oder professionelle Hilfe anzunehmen.

Psychosomatiker

In seltenen Fällen – ich möchte hier „selten“ betonen – handelt es sich um psychosomatische Probleme [11, 15, 16, 17, 18, 19], die also weder pathologisch noch funktionell sind. Diese Patienten gehören dringend psychologisch betreut. Sie fallen bereits im Erstgespräch auf: Ihnen tut eigentlich alles weh, sie sind hypersensibel und sehr verunsichert; es fällt ihnen schwer, ihre Schmerzen und deren Lokalisation präzise zu beschreiben. Oft klingen die Erzählungen sehr „exotisch“ und können logisch nicht abgeleitet werden. Bei der Untersuchung darf man diese Patienten kaum anfassen – egal, in welcher Region. Trotz Behandlung verbessert sich das Beschwerdebild nicht; die Patienten rufen aber regelmäßig wegen neuer Termine in der Praxis an und kommen immer wieder, obwohl zum x-ten Mal bestätigt wurde, dass nichts Ungewöhnliches vorliegt.

Leider werden Männer mit Prostatabeschwerden zu schnell als Psychosomatiker abgestempelt, da häufig kein Befund erhoben werden kann, obwohl eindeutig (funk-

tionelle) Beschwerden vorliegen. Man sollte sich vor Augen führen, dass wohl jeder Mensch zum Psychosomatiker oder gar depressiv würde bei rezidivierenden Schmerzen, die nicht gedeutet bzw. gemessen werden können und wonach keine adäquate Therapie angeboten werden kann, der Patient also seinem Zustand überlassen wird.

Jeder Therapeut sollte zunächst all sein Wissen ausschöpfen und abklären, ob eine Diagnose „durch die Lappen“ ging, bevor nur annähernd an ein psychosomatisches Geschehen gedacht wird – davon gibt es wie gesagt wirklich nur sehr wenige (nicht nur bei Prostatabeschwerden). Zunächst gilt es also, sämtliche Verdachtsmomente diagnostisch abzuklären, Anamnese, Palpation und funktionelle Tests individuell auszuwerten.

Der Mensch als Ganzes

Neben dem Gespräch und dem Studium etwaiger Befunde sind auch andere Erkrankungen, die bereits aufgetreten sind, Operationen oder andere Probleme, die wiederholt auftreten, von großer Wichtigkeit. Der Mensch bildet eine „Einheit“ mit fein aufeinander abgestimmten Teilbereichen, die nur gemeinsam funktionieren; es sind mitschmerzenden problembehaftete „Einzelteile“, die lediglich „repariert“ werden müssen.

Es ist immer daran zu denken, dass Symptome oft mit anderen Unregelmäßigkeiten in u. U. weit entfernten Körperarealen zusammenhängen können. Um die Behandlung individuell gestalten zu können, ist das Wissen um das „Gesamtpaket Patient“ essentiell.



Sylvia Marx D.O. ®M.R.O.®

seit 1992 in eigener Physiotherapiepraxis. Osteopathie-Studium am College Sutherland und Heilpraktiker-Ausbildung. Seit 2002 Praxis für Osteopathie und Naturheilkunde. 2005 klinisch-wissenschaftliche Studie über das chronische Beckenschmerzsyndrom. Von 2010 bis 2012 im Vorstand der Akademie für Osteopathie (AFO). Buchautorin (Prostata).

Kontakt:

Alte Talstraße 74, D-73732 Esslingen
Tel.: 0711 / 3705808
info@osteopathie-marx.de,
www.osteopathie-marx.de

Untersuchung

Im Anschluss an die Anamnese wird dem Patienten die weitere Vorgehensweise erklärt, vor allem, dass nach vorausgegangener „externer“ Analyse die Prostata von innen (rektal) untersucht werden sollte.

Wichtig zu erwähnen ist, dass dem Patient jederzeit die Möglichkeit geboten wird, zu unterbrechen, falls er sich nicht mehr wohlfühlen sollte und dass der Therapeut nichts unternimmt, was der Patient nicht zulassen möchte.

Ich arbeite in meiner Praxis osteopathisch und beurteile zunächst die Statik im Stehen und Sitzen, funktionelle Tests schließen sich in diesen Positionen an. Im Anschluss daran werden in Rückenlage, vorerst unabhängig von der Anamnese, funktionelle Tests des Bewegungsapparates von den Füßen bis zum Kopf durchgeführt. Sollten während der Anamnese bereits Hinweise auf Schmerzen in bestimmten Arealen gegeben worden sein, werden diese genauer untersucht. Wichtig für den urologischen Bereich sind vor allem der LWS-Becken-Pubis-ISG- und Hüftbereich. [29] Dasselbe Vorgehen

gilt für die Untersuchung der Viszera. Ansonsten ist vor allem das Abdomen mit Darm (Jejunum, Colon, vor allem Caecum und Sigmoid), Niere, Harnleiter, Blase und, soweit möglich, Prostata zu beurteilen.

Nach osteopathischem Verständnis sind Erkrankungen, Symptome und Syndrome die Folge von so genannten „Dysfunktionen“ einer eingeschränkten Beweglichkeit jeglichen Gewebes auf viszeraler (z. B. Rectum, Blase, Prostata) parietaler (z. B. Beckentorsion, Wirbelblockierungen, Fehlstellung des Femurs) und / oder kraniosakraler Ebene (z. B. Protrusionen, die die Dura einengen). [21] Häufig bestehen Fehlspannungen wie Hypo- oder Hypertension von quergestreiften und / oder glatten Muskeln.

Durch Gärung und Fäulnis des Darmes bei Störungen der Darmflora oder der Erschlaffung des Gewebes im zunehmenden Alter, wodurch die Organe ptosieren (tiefer treten), entsteht eine Druckveränderung auf die am tiefsten gelegenen Organe des Bauchraumes wie Blase und Prostata, welche eine so genannte Kompensation suchen müssen und dadurch selbst in Dysfunktion gelangen können. [24] Vor allem der muskuläre Beckenboden wird reflektorisch in Hypertonie bzw. Reflexspasmus gehen.

Auch Verklebungen und Verwachsungen innerhalb der Bauchorgane bzw. deren Umhüllungen (Faszien) oder zu angrenzenden Muskeln können größte Probleme erzeugen. Darüber hinaus interessiert den Osteopathen die Position eines Gewebes innerhalb des Ganzen, also in Beziehung zur Schwerkraft und zu seinen Nachbarorganen oder -gelenken.

Jedes Organ muss sich innerhalb seines Raumes frei gegenüber seinen Nachbarorganen bewegen können.

Die Blase muss sich füllen und dadurch vor allem nach cranial weiten können, der Darm bewegt durch Peristaltik, das Herz pumpt und muss sich verschiedenen Füllungszuständen anpassen, die Lunge erweitert und verkleinert sich anschließend, angepasst an Ein- und Ausatmung. Würden angrenzende Flächen diese Bewegungen nicht zulassen, gerät der Körper mehr und mehr in Fehlfunktion, und im Laufe der Zeit wird Krankheit entstehen. Ein Osteopath versucht diese Dysfunktionen zu korrigieren (osteopathische Behandlung), die freie Beweglichkeit wieder herzustellen oder zumindest zu verbessern. Dadurch wird vor allem die Vaskula-

risation (Zu- und Abfluss) des Gewebes verbessert, welche Voraussetzung für eine bessere Elastizität, verminderte nervale Irritation und somit Abnahme jeglichen Schmerzes ist.

Wenn „äußerlich“ alles abgeklärt ist, beginnt der interne Check.

Der Patient muss der rektalen Untersuchung zustimmen. Niemals sollte er hierzu überredet werden.

Um sich abzusichern, kann vorher eine schriftliche Einverständniserklärung eingeholt werden; aber ich bin davon überzeugt, dass nichts passieren kann, wenn man den Patienten richtig einweist und sich nicht ohne Aufklärung plötzlich schmerzhaft am „Genital“ vergreift.

Der Patient sollte über die genaue Vorgehensweise unterrichtet und darüber aufgeklärt werden, dass aufgrund der Untersuchungstechniken Harn abgehen kann. Es ist in meiner Praxis zwar noch niemandem passiert, dennoch beruhigt allein das Wissen darüber, dass es normal und nicht schlimm ist, so dass der Patient im Fall der Fälle angepasst reagieren kann.

Es ist durchaus okay, erst während des zweiten oder dritten Termins „handgreiflich“ zu werden, wenn es der Patient so wünscht. Das sollte absolut toleriert werden; wichtig ist, dass der Patient Vertrauen fasst.

Während der Untersuchung lasse ich meine Patienten auf dem Bauch liegen, damit sie mich nicht anschauen müssen, die Genitale „versteckt“ sind und somit die Intimsphäre etwas gewahrt bleibt. Den Patienten im Stand vornüberbeugen oder im Vierfüßlerstand vor sich knien zu lassen, halte ich für respektlos; er fühlt sich dann – in meinen Augen zu Recht – ausgeliefert.

Während der Untersuchung sollte die Vorgehensweise Schritt für Schritt kommentiert werden.

Um Schmerzen zu vermeiden, sollte der Patient wiederholt den Hinweis erhalten, seinen Po weitestgehend zu entspannen. Sobald es schmerzt, kurz innehalten. Beim Eindringen kann es durchaus vorkommen, dass der Therapeut sich mit dem Finger in einer Schleimhautfalte verfängt und nicht weiter vordringen kann. Dann sollte er den Finger etwas zurückziehen und es sozusagen „um die Ecke“ nochmals versuchen.



Abb.2:

Erklären Sie bei jedem Handgriff, was Sie nun tun werden, damit der Patient abgelenkt ist und nicht plötzlich erschrickt, wenn Sie den Finger anders positionieren.

Geben Sie dem Patienten nie das Gefühl, dass Sie einfach „drin herumwühlen“, und lassen Sie ihm immer auch Zeit, sich an die Situation zu gewöhnen.

Ich habe mir angewöhnt, zuerst das Coccyx hinsichtlich Position, Schmerzhaftigkeit und Beweglichkeit zu untersuchen. Seitlich davon können Ligamente und Muskeln auf ihren Tonus hin überprüft werden. Danach erst drehe ich den Finger (nach vorheriger Ansage) um, um die Prostata und Teile von Blase und Harnröhre zu beurteilen. Die Prostata wird auf Form, Größe, Konsistenz und Oberflächenbeschaffenheit und im Anschluss daran hinsichtlich ihrer Mobilität cranio-caudal, latero-lateral und anterior-posterior bzw. anterior und Rebound bewertet.

Die rektale Behandlung sollte nur wenige Minuten dauern und immer erst am Schluss einer Sitzung erfolgen. Eventuell kann sie, falls sie von primärer Wichtigkeit wäre und somit mehr Zeit beansprucht, in zwei Etappen während einer Behandlung aufgeteilt werden.

Die Behandlung ähnelt den Techniken der Untersuchung, dies sind beinahe ausschließlich manuelle Handgriffe an und um die Prostata. [22] Zu einem kleinen Teil werden rektale Techniken angewendet. Die meiste Zeit wird aber von extern am Abdo-

men gearbeitet. Vor allem Blase und Darm werden manuell bearbeitet.

Zur Vertiefung verweise ich auf meinen Artikel in der D.O. Zeitschrift, worin ich hauptsächlich auf die Behandlung eingehe; die einzelnen Techniken zu benennen, würde den Rahmen dieses Artikels sprengen. [23]

Zusätzlich werden Übungen gezeigt, die zu Hause allein vom Patienten absolviert werden können.

Das regelmäßige selbständige Ausfüllen von Fragebögen (IPSS und / oder NIH-CPSI) durch die Patienten ermöglicht darüber hinaus eine adäquate Verlaufskontrolle.

Schlussfolgerung

Durch ca. fünfmalige osteopathische Behandlung im Abstand von 14 Tagen bis vier Wochen kann den Patienten enorm geholfen werden. Vor allem Patienten mit CP / CPPS können die Beschwerden erfahrungsgemäß komplett genommen oder zumindest stark gebessert werden.

Patienten mit bereits vergrößerter Prostata sollten regelmäßig in größeren Abständen (ca. alle acht Wochen) behandelt werden. Da es nicht möglich ist, hyperplastisches Gewebe zu reduzieren, geht es in der Behandlung vielmehr darum, dass die Prostata nicht weiter wächst und vor allem das Muskel- und Drüsengewebe elastisch bleibt, damit der Harn ungehindert abfließen kann. Erst eine periurethral verhärtete Prostata zieht Miktionsprobleme nach sich.

Am wichtigsten ist jedoch, dass Sie durch eine sensible Vorgehensweise sowohl im Gespräch als auch bei der rektalen Untersuchung den Patienten ermutigen sollten, weitere Behandlungen und regelmäßige Untersuchungen zuzulassen.

Literaturhinweis

Bei der Autorin oder über die CO'MED-Redaktion