

Der Urologe

Organ der Deutschen Gesellschaft für Urologie
Organ des Berufsverbandes der Deutschen Urologen

Elektronischer Sonderdruck für S. Marx

Ein Service von Springer Medizin

Urologe 2013 · 52:384–390 · DOI 10.1007/s00120-012-3075-3

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

zur nichtkommerziellen Nutzung auf der
privaten Homepage und Institutssite des Autors

S. Marx · U. Cimniak · M. Rütz · K.L. Resch

Langzeiteffekte osteopathischer Behandlungen bei chronischer Prostatitis/chronischem Beckenschmerzsyndrom

5-Jahres-Follow-up einer randomisiert kontrollierten Studie und Überlegungen
zum pathophysiologischen Kontext

Urologe 2013 · 52:384–390
 DOI 10.1007/s00120-012-3075-3
 Online publiziert: 27. Januar 2013
 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

Redaktion

H. Rübber, Essen

S. Marx¹ · U. Cimniak² · M. Rütz³ · K.L. Resch⁴

¹ Praxis für Osteopathie und Naturheilkunde, Esslingen

² Praxis für Urologie, Esslingen

³ Forschungskommission der Akademie, Mönchengladbach

⁴ Deutsches Institut für Gesundheitsforschung, Bad Elster

Langzeiteffekte osteopathischer Behandlungen bei chronischer Prostatitis/chronischem Beckenschmerzsyndrom

5-Jahres-Follow-up einer randomisiert kontrollierten Studie und Überlegungen zum pathophysiologischen Kontext

Hintergrund und Fragestellung

Probleme des Urogenitalbereichs werden nach wie vor als peinlich empfunden, sodass viele Männer bevorzugt darüber schweigen. 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 [2, 11].

Sobald die Diagnose chronische Prostatitis/chronisches Beckenschmerzsyndrom (CP/CPPS) gestellt ist, beginnt ein weiterer mühsiger und meist unbefriedigender Weg, denn die Behandlung von CP/CPPS-Patienten scheint ein Dilemma zu sein [10]. Behandler und Patient sind frustriert und eingeschränkt in der Auswahl der Therapieoptionen, konventionelle Therapien scheinen kaum zu helfen [24], alternative Behandlungsmethoden scheinen Hoffnung zu erwecken [1, 4].

Da kein pathologischer Befund vorliegt [7], die Ätiologie immer noch unklar ist, [5, 6] ist es schwierig, eine adäquate Behandlung anzubieten. Die Diagnose CP/CPPS stellt im Wesentlichen eine Ausschlussdiagnose dar.

Die Klassifikation der verschiedenen Prostatitisarten wurde vom „National Institutes of Health“ (NIH) in 4 Kategorien eingeteilt [5], wobei die CP/CPPS Kategorie III zugeordnet wurde. Hierbei wird noch weiter differenziert in IIIa (entzündliches CP-CPPS) und IIIb (nicht entzündliches CP-CPPS).

Da man nur in ca. 5% der Betroffenen Bakterien als Verursacher finden kann, werden vermehrt multifaktorielle Ursachen diskutiert [2, 10, 13, 14, 18].

Funktionelle Störungen, sog. somatoforme Störungen, rücken in den Vordergrund [19], pathophysiologische Störungen von Blasen- und Beckenbodenmuskulatur [4, 20, 21, 24, 25, 30] als auch die enge Beziehung zu Zäkum, Sigmoid und Rektum [8, 26] rücken in den Fokus. Psychosomatische Störungen scheinen teilweise eine zusätzliche Rolle zu spielen [27].

Ergebnisse zu osteopathischen Behandlungen bei Prostata- und Blasenleiden außer meiner eigenen Studie [1] gibt es leider nur aus nicht veröffentlichten, dennoch teilweise randomisiert kontrollierten Studien des „osteopathic research web“. Viele Osteopathen berichten von sehr guten klinischen Erfolgen bei Pa-

tienten mit CP/CPPS. Viele Patienten geben positive Rückmeldungen, wenn sie an Blasen- oder Prostataproblemen litten und durch osteopathische Behandlung große Linderung erfahren haben. Einige berichten, dass sie froh sind zusätzlich ein Selbsthilfeprogramm durch erlernte Übungen und Verhaltensweisen zur Hand zu haben, welches ihnen Linderung verschafft oder zumindest hilft, die Zeit zu überbrücken, bis sie in osteopathische Behandlung kommen können. In dieser Studie sollte deshalb der Frage der Nachhaltigkeit meiner vor 5 Jahren vollendeten Studie nachgegangen werden, dass die durchaus guten Ergebnisse nach 5-maliger osteopathischer Behandlung sich noch 5 Jahre später positiv, im Sinne einer anhaltenden Verbesserung der spezifischen Symptome und der Lebensqualität, auswirken.

Patienten und Methode

Studiendurchführung

Befragt wurden diejenigen Probanden, die vor 5 Jahren an der Primärstudie teilnahmen. Die Befragung erfolgte schriftlich, per Post ohne persönliches Gespräch.

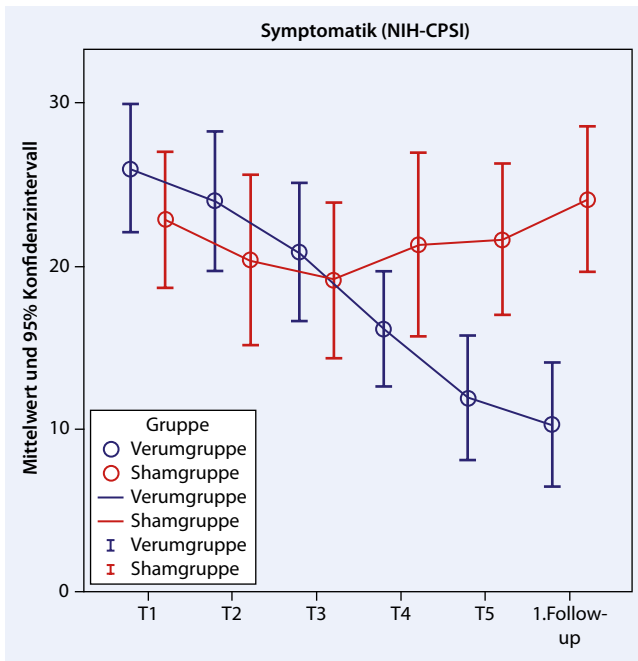


Abb. 1 ◀ Intergruppenvergleich des Zielparameters „Symptome der chronischen Prostatitis“

Da es ethisch nicht vertretbar war, die Shamgruppe 5 Jahre keiner „echten“ Behandlung unterziehen zu lassen, haben wir es vorgezogen, nur die Verumgruppe auszuwerten, da die Patienten der Shamgruppe sich sicherlich anderweitig verschiedenen Therapien (wie auch der Osteopathie) unterzogen haben und die Ergebnisse somit nicht mehr valide wären.

Ein- und Ausschlusskriterien

Zur Studienteilnahme waren diejenigen Patienten zugelassen, die nach dem 1,5-jährigen Follow-up keine andere Medikation bzw. eine andere Therapie für ihre urologischen Beschwerden zu Hilfe nahmen. Medikamente, die für nicht urologische Beschwerden eingenommen werden mussten, waren erlaubt. Osteopathische Behandlungen für rezidivierende Beschwerden im Urogenitalbereich waren ebenso erlaubt.

Ausschlusskriterien waren die medikamentösen Einnahmen, die spezifisch für die Beschwerden des Urogenitalbereichs eingenommen wurden, Operationen des Urogenitaltrakts, sowie andere Therapien für diesen Bereich.

Zielparameter

Die Schmerzen und deren Lokalisation innerhalb des Urogenitaltrakts wurden

mit dem NIH-Fragebogen (NIH-CPSI, „chronic prostatitis symptom index“), der von den US-amerikanischen „National Institutes of Health“ entwickelt wurde, abgefragt. Zu 3 verschiedenen Bereichen (Schmerz, Wasserlassbeschwerden und Lebensqualität) müssen 9 Fragen beantwortet werden. Eine Gesamtpunktzahl von 0–43 ist möglich. Je niedriger die Gesamtpunktzahl, desto geringer sind die Beschwerden.

Zusätzlich zum NIH-CPSI wurde der Internationale Prostatasymptomenscore (IPSS) zur Beurteilung der Beschwerden herangezogen. Dieser Fragebogen beinhaltet eher Fragen, die die „lower urinary tract symptoms“ (LUTS) betreffen und umfasst deshalb 7 Fragen zu Miktionsproblemen. Die Symptomatik wurde mit einer Likert-Skala erfasst, die von 0 (nie) bis 5 (fast immer) Punkten reicht.

Der Gesamtscore konnte mit maximal 35 Punkten erreicht werden. Die Einteilung in Schweregrade erfolgt von zunächst leichtgradig (0–7 Punkte), mittel- bzw. mäßiggradig (8–19 Punkte) und hochgradig symptomatisch (20–35 Punkte). Die erweiterte Ausführung des IPSS, welche identisch ist mit der letzten Frage des NIH, wurde gesondert ausgewertet. Hierbei handelt es sich um die Frage zur Lebensqualität („quality of life“, QOL). Es sind 0–6 Punkte möglich (ausgezeichnet bis sehr schlecht).

Studienverlauf

Die Patienten der Interventionsgruppe wurden in der Primärstudie zunächst 5-mal osteopathisch behandelt und die Fragebögen NIH-CPSI vor der 1. Behandlung also zum Zeitpunkt t0 als auch nach jeder Behandlung also t1–t5 ausgefüllt. Der IPSS und QOL wurden nur zum Zeitpunkt t0 und nach der letzten Behandlung zum Zeitpunkt t5 gemessen.

Beim Kurzzeit-Follow-up 6 Wochen (t6) nach der letzten Behandlung wurden sowohl der NIH –CPSI, IPSS und QOL abgefragt. Nach 1,5 Jahren (2. Follow-up) zum Zeitpunkt t7 wurden nochmals alle Fragebögen ohne erneute Behandlung ausgefüllt.

Da wir immer wieder von Patienten, die an „Prostatabeschwerden“ litten, hörten, dass große anhaltende Erfolge durch osteopathische Behandlungen erreicht wurden, war das Ziel dieses 5-jährigen Follow-up t8 zu erfahren, ob diese positive Entwicklung, die sich von t0–t7 gehalten hatte, noch 5 Jahre später zu belegen ist. Deshalb wurden zum Zeitpunkt t8 (3. Follow-up) sämtliche Fragebögen (NIH-CPSI, IPSS, QOL) nochmals von den Patienten ausgefüllt, ohne in bestimmtem Rhythmus osteopathisch behandelt worden zu sein.

In einer gesonderten Frage haben wir nachgefragt, ob und wie oft sich die Patienten seit dem Zeitpunkt t7 (2. Follow-up) einer osteopathischen Behandlung unterzogen haben.

Statistik

Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass sich die Symptomatik der chronischen Prostatitis (NIH-CPSI) sowohl während der Studienphase (Intergruppendifferenz t0–t5 12,8 Punkte; 95%-Konfidenzintervall (-KI): 7,9–17,6; $p < 0,001$) als auch im Zeitraum bis zum 1. Follow-up (Intergruppendifferenz t5–t6 4,1 Punkte; 95%-KI: 1,9–6,3; $p = 0,001$) zugunsten der osteopathisch behandelten Gruppe statistisch signifikant verbesserte (■ **Abb. 1**).

Die Follow-up-Messungen in der osteopathisch behandelten Gruppe zeigten, dass sich die Symptomatik weiter verbesserte, sowohl nach 1,5 Jahren (Intragruppendifferenz –1,8 Punkte; 95%-KI: –3,8–

S. Marx · U. Cimniak · M. Rütz · K.L. Resch

Langzeiteffekte osteopathischer Behandlungen bei chronischer Prostatitis/chronischem Beckenschmerzsyndrom. 5-Jahres-Follow-up einer randomisiert kontrollierten Studie und Überlegungen zum pathophysiologischen Kontext**Zusammenfassung**

Hintergrund. Die Ätiologie von chronischer Prostatitis/chronischem Beckenschmerzsyndrom (CP/CPSS) ist immer noch unklar. Da kein pathologischer Befund vorliegt stellt die Diagnose CP/CPSS im Wesentlichen eine Ausschlussdiagnose dar. Funktionelle Störungen, sog. somatoforme Störungen, rücken in den Vordergrund. Die Osteopathie behandelt funktionelle Störungen des Bewegungsapparats samt seiner inneren Organe. Bislang wurde dieser Behandlungsmethode wenig Beachtung geschenkt. Deshalb sollte mit dem 5-jährigen Follow-up gezeigt werden, wie nachhaltig diese Therapieform bei ausschließlich manueller und sanfter Techniken, geringem Behandlungsumfang und somit überschaubaren Kosten wirkt.

Material und Methode. Das Ziel dieser Studie bestand darin zu untersuchen, ob eine Nachhaltigkeit osteopathischer Behandlungen selbst nach 5 Jahren nachzuweisen ist. Es handelt sich um eine randomisiert kontrollierte Studie von zunächst 5 Behandlungen, Follow-up nach 6 Wochen ohne Behandlung, Follow-up 1,5 Jahre später und nun Follow-up 5 Jahre später. Beim 5-jährigen Follow-up nahmen 19 von 20 Patienten der Verumgruppe teil. Die Kontrollgruppe wurde nicht befragt, da es unzumutbar wäre, Patienten 5 Jahre keine Therapie unterziehen zu lassen. Die Männer waren im Alter von 29–70 Jah-

ren. Die Patienten wurden schriftlich aufgefordert die Fragebögen IPSS, NIH-CPSI und QOL nochmals auszufüllen und gesondert anzugeben, ob sie speziell für ihr Prostataproblem in osteopathischer Behandlung waren und wie oft sie sich haben behandeln lassen.

Ergebnisse. Die Follow-up-Messungen der Symptomatik der chronischen Prostatitis (NIH-CPSI), zeigten, dass diese sich weiter verbesserten, sowohl nach 1,5 Jahren (Intragruppendifferenz –1,8 Punkte; 95%-KI: –3,8–0,3), als auch nach 5 Jahren (Intragruppendifferenz –1,3 Punkte; 95%-KI: –3,4–0,8). Die Harntraktsymptomatik (IPSS) verbesserte sich statistisch signifikant (Intergruppendifferenz 8,9 Punkte; 95%-KI: 4,7–13,1; $p < 0,0005$). Zum 2. Follow-up nach 1,5 Jahren kam es zu einer weiteren Verbesserung (Intragruppendifferenz –2,2 Punkte; 95%-KI: –3,9–0,4; $p = 0,02$). Dieses Ergebnis zeigte sich im 5-Jahres-Follow-up als konstant (Intragruppendifferenz 0,2 Punkte). Die Lebensqualität (QoL) der Symptome verbesserte sich im Vergleich der beiden Gruppen während der Studienphase statistisch signifikant (Intergruppendifferenz χ^2 : $p < 0,005$). Beim Follow-up nach 5 Jahren beantworteten 15 der 19 Patienten die Frage: „Wie würden Sie sich fühlen, wenn sich Ihre jetzigen Symptome beim Wasserlassen in Ihrem weiteren Leben nicht mehr ändern würden?“

mit „ausgezeichnet“ oder „zufrieden“. 11 Patienten hatten keine weitere osteopathische Behandlung in Anspruch genommen; 8 Patienten berichteten, dass sie 1- bis 8-mal seit dem 2. Follow-up (also innerhalb 3,5 Jahren) in osteopathischer Behandlung waren, teilweise jedoch eher prophylaktisch als durch Schmerzen bedingt.

Schlussfolgerung. Aufgrund der Nachhaltigkeit osteopathischer Behandlungen und deren geringen zeitlichen Aufwand sollte die Osteopathie als ernstzunehmende Therapie bei Patienten mit CP/CPSS gesehen werden. Die Patienten haben über die osteopathischen Behandlungen hinaus gelernt, in Eigenbehandlung ihre Symptome zu lindern oder gar zu eliminieren. Um auch vielen weiteren Betroffenen aus ihrem Dilemma zu helfen, wäre es wünschenswert, wenn mehr Urologen/Internisten die Osteopathie kennen würden, um sie den Patienten rechtzeitig anbieten zu können. Weitere Studien mit größeren Fallzahlen sollten folgen, um diese Ergebnisse zu erhärten.

Schlüsselwörter

Osteopathische Behandlungen · Randomisierte kontrollierte Studie · Chronisches Beckenschmerzsyndrom · Nachhaltigkeit

Long-term effects of osteopathic treatment of chronic prostatitis with chronic pelvic pain syndrome. A 5-year follow-up of a randomized controlled trial and considerations on the pathophysiological context**Abstract**

Background. The etiology of chronic prostatitis chronic pelvic pain syndrome (CP/CPSS) is still unclear. As no pathological findings exist the diagnosis of CP/CPSS is essentially a diagnosis by exclusion and functional disorders, so-called somatoform disorders play a more important role. Osteopathy treats functional disorders of the musculoskeletal system including all associated internal organs but little attention has so far been paid to this treatment method. Therefore, the 5-year follow-up period was intended to show that this is a sustainable form of therapy using exclusively manual and gentle techniques and simple treatment procedures resulting in manageable costs.

Materials and methods. The aim of this study was to investigate whether sustainability of osteopathic treatment could be demonstrated even after 5 years. This was a randomized controlled study initially involving 5 treatment sessions, a follow-up without treatment after 6 weeks and further follow-up after 1.5 and 5 years. Of the 20 patients 19 in the test group participated in the 5-year follow-up. The control group were not asked because it would have been unacceptable to expect the patients to refrain from having treatment for as long as 5 years. The men were aged between 29 and 70 years. The

patients were asked to complete the international prostate symptom score (IPSS), the National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index (NIH-CPSI) and the quality of life (QOL) questionnaires once again and in particular to state whether they had received osteopathic treatment specifically for the prostate problem and how often they had been treated.

Results. The follow-up assessment of the symptoms of chronic prostatitis (NIH-CPSI) showed that they had further improved after 1.5 years (intragroup difference -1.8 points, 95 % confidence interval CI=-3.8 to 0.3) and also after 5 years (intragroup difference -1.3 points 95 % CI=-3.4 to 0.8). The urinary tract symptoms (IPSS) showed a statistically significant improvement (intergroup difference 8.9 points, 95 % CI=4.7-13.1, $p < 0.0005$). At the second follow-up after 1.5 years there was a further improvement (intragroup difference -2.2 points, 95% CI=-3.9 to -0.4, $p = 0.02$) which was found to remain constant after 5 years (intragroup difference 0.2 points). The quality of life (QOL) with respect to the symptoms showed a statistically significant improvement in comparing both groups during the study phase (intergroup difference χ^2 : $p < 0.005$). At follow-up after 5 years out of 19 patients 15 answered the question "how would

you feel if the symptoms currently present would not change in the future?" with excellent or satisfactory and 11 patients would not have wanted further osteopathic treatment. Of the patients 8 reported that since the second follow-up (within 3.5 years) they had received osteopathic treatment one to eight times; however, this was partially more prophylactic than due to pain.

Conclusions. Due to the sustainability of osteopathic treatment and the low amount of time involved, osteopathy should be taken seriously as a treatment for patients with CP/CPSS. Furthermore, due to the osteopathic treatment the patients learnt to alleviate or even eliminate their own symptoms in treating themselves. In order to help many other affected persons out of their dilemma it would be desirable if more urologists and internists would become acquainted with osteopathy in order to be able to offer this to patients at an early stage. Further studies with larger numbers of patients should be carried out to confirm these results.

Keywords

Osteopathic treatment · Randomized controlled trial · Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome · Sustainability

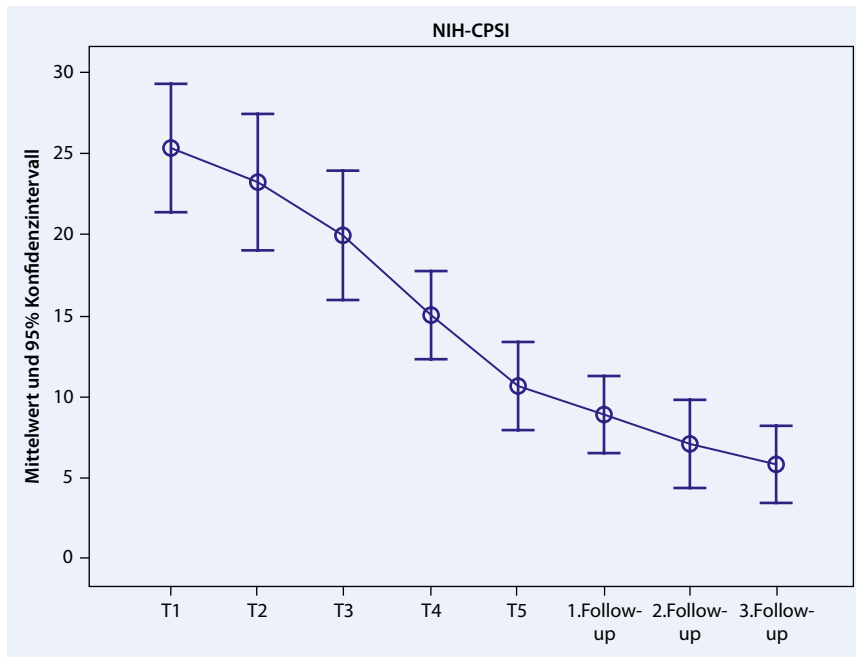


Abb. 2 ▲ Intragruppenergebnisse des Zielparameters „Symptome der chronischen Prostatitis“

0,3), als auch nach 5 Jahren (Intragruppendifferenz $-1,3$ Punkte; 95%-KI: $-3,4-0,8$; ■ **Abb. 2**).

Die Harntraktsymptomatik (IPSS) verbesserte sich in der osteopathisch behandelten Gruppe statistisch signifikant (Intergruppendifferenz $8,9$ Punkte; 95%-KI: $4,7-13,1$; $p < 0,0005$). Die Resultate blieben zum 1. Follow-up (t6) weitgehend konstant. Zum 2. Follow-up (t7) nach 1,5 Jahren kam es zu einer weiteren Verbesserung (Intragruppendifferenz $-2,2$ Punkte; 95%-KI: $-3,9-0,4$; $p = 0,02$). Dieses Ergebnis zeigte sich im 5-Jahres-Follow-up als konstant (Intragruppendifferenz $0,2$ Punkte; ■ **Abb. 3**).

Die Lebensqualität (QoL) verbesserte sich im Vergleich der beiden Gruppen während der Studienphase statis-

tisch signifikant (Intergruppendifferenz χ^2 : $p < 0,005$). Beim Follow-up nach 5 Jahren beantworteten 15 der 19 Patienten die Frage: „Wie würden Sie sich fühlen, wenn sich Ihre jetzigen Symptome beim Wasserlassen in Ihrem weiteren Leben nicht mehr ändern würden?“ mit „ausgezeichnet“ oder „zufrieden“.

Auf die Frage „wie oft waren Sie in osteopathischer Behandlung seit dem 2. Follow-up“ antworteten 11 Patienten mit niemals und die restlichen 8 Patienten mit 1- bis 8-mal, teilweise aber eher prophylaktisch als durch Schmerzen bedingt.

Ursachen

Die Erforschung des Symptomenkomplexes der Patienten mit CP/CPPS stellt

für die Urologen nach wie vor eine große Herausforderung dar. Die Patienten werden meist als „Problempatienten“ angesehen, die die Zeit und das Budget angreifen [23]. Die Ätiologie bleibt unbekannt [5, 6], eine Pathologie ist nicht nachzuweisen [7]. Mittlerweile entfernt man sich zunehmend der Annahme, dass es sich um Bakterien, Viren oder sonstigen nicht nachweisbaren Mikroorganismen handelt. Die Einen glauben, in der Annahme eines „tension disorder“ (Verspannungskrankheit) des Beckenbodens die Ursache gefunden zu haben [4, 20, 21, 24, 25], die Anderen glauben, die Schmerzen seien psychosomatischen Ursprungs, da insbesondere Somatisierung und Depression aber auch Ängstlichkeit, Hypochondrie und abgeschwächte männliche Identität eine wesentliche Rolle bei diesen Patienten spielen dürfte [12].

Weiterhin wird eine „funktionelle Detrusor-Sphinkter-Dysfunktion“ [5] diskutiert, die kein koordiniertes An- und Entspannen beteiligter glatter und quergestreifter Muskulatur ermöglicht und sogar Muskelspastiken entstehen können [2]. Außerdem ist man sich nicht sicher, ob die Prostata alleinig als Verursacher der Schmerzen beteiligt ist, ob es sich um ausstrahlende Schmerzen handelt oder die Prostata gar nicht beteiligt sein muss [1, 14, 18]. Letztendlich bleiben die Ansätze Vermutungen, die Diagnose eines CP/CPPS bleibt eine Verlegenheitsdiagnose, die in der Zukunft weiter erforscht werden muss. Was aber deutlich zu erkennen ist, ist die Tendenz nicht isoliert auf die Prostata zu schauen, sondern vermehrt die Umgebung mit einzubeziehen und die Möglichkeit einer Mitbeteiligung angrenzender Strukturen zu diskutieren. Prostata, Blase und Rektum lie-

Hier steht eine Anzeige.

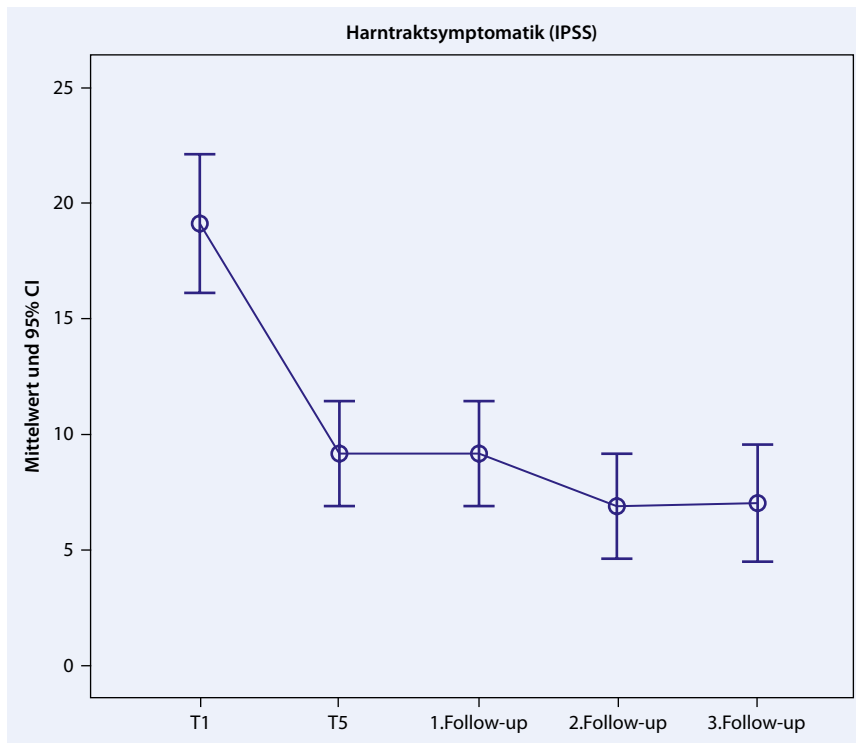


Abb. 3 ▲ Intragruppenergebnisse der Harntraktsymptomatik (IPSS)

gen auf engstem Raum aneinander, umgeben vom knöchernen Becken, eingengt durch die schwere Masse des darüberliegenden Darms, getragen von Muskeln und Bändern, die sich dem Tonus der Umgebung anpassen müssen.

Hinzu sei die komplizierte nervale Verschaltung des Urogenitaltrakts samt seiner unterschiedlich innervierten Muskeln erwähnt. Wie kaum ein anderes Organ ist der Kontinenzmechanismus sowohl autonom sympathisch und parasympathisch als auch somatisch motorisch und somatisch sensibel verschaltet. Supraspinale Verschaltungs- und Kontrollzentren mit hemmenden und bahnenden Funktionen kommen hinzu.

Das bedeutet, dass die Verschaltung der Afferenzen und Efferenzen sich sowohl am sympathischen Grenzstrang, im Abdomen selbst (z. B. Plexus hypogastricus) als auch in der Wirbelsäule (intraspinal) abspielen. Viszeraler Schmerz wird oft durch die Wechselwirkung zwischen viszeralem Schmerz sowie somatischem und vegetativen Nervensystem vermischt.

Komplexe anatomische Verhältnisse bieten die Möglichkeit von Cross-Talk zwischen somatischem und vegetativen Nervensystem auf mehreren peripheren

und zentralen Ebenen [22]. Dadurch wird der Schmerz schwer lokalisierbar, mit diffuser somatosensorischer Übertragung und daraus resultierendem erhöhtem Tonus der Muskulatur sowie Schonhaltungen [31]. Das klinische Bild eines tiefen somatischen Gewebeschmerzes ist leicht mit einem viszeralem Schmerz zu verwechseln [15].

Zusammenfassend stellt sich dar, dass derzeit nicht feststeht, woher die Beschwerden kommen, die Ursachen wahrscheinlich multifaktoriell sind und Schmerzen in verschiedenste Areale getriggert werden können, da der Bereich des kleinen Beckens sowohl autonom, als auch somatisch innerviert ist und deshalb die Möglichkeit besteht, dass durch das Zusammenspiel hemmender und bahnender Impulse peripherer Nerven, spinaler Verschaltung und Beteiligung des ZNS Fehlinterpretationen entstehen können [3, 17]. Es ist denkbar, dass ein „mixed pain“ durch Mischung von Nozizeptorschmerz und neuropathischem Schmerz entsteht [16].

Der osteopathische Ansatz besteht darin, sämtliches sich in Dysfunktion befindliches Gewebe in die Behandlung mit einzubeziehen. Die Osteopathie beinhaltet

die Untersuchung und Behandlung aller Systeme, nämlich des

- parietalen Systems, d. h. Bewegungsapparat mit all seinen muskulären und ligamentären Verbindungen.
- des viszeralen Systems, also sämtliche inneren Organe von sowohl Thorax, Abdomen und Urogenitaltrakt. Hinzu kommt
- die Untersuchung und Behandlung des Kraniosakralsystems, welches sich aus Gehirn, Rückenmark, den peripheren Nerven und dem vegetativen Nervensystem zusammensetzt.

Dabei werden sowohl das autonome wie zentrale Nervensystem begutachtet und wichtige Umschaltstellen in den Fokus genommen, um eine ungehinderte nervale Versorgung des jeweiligen Gewebes zu gewährleisten.

Die Osteopathie geht davon aus, dass sämtliches Gewebe frei beweglich innerhalb eines Ganzen sein muss, also sowohl Organ zu Organ, Organ zu angrenzenden Muskeln und Bändern – dies wiederum in Bezug zu anliegenden oder umgebenden Knochen und Gelenken. Hinzu kommt die freie Beweglichkeit bzw. der ungehinderte Zu- und Abfluss von Gefäßen wie Arterien, Venen und Lymphen und der freie Weg für die Nerven. Da Gefäße und Nerven oft einen langen Weg zurücklegen, bis sie ihr Ziel erreichen, bis dorthin durch Engpässe hindurch müssen, Verwachsungen, Verklebungen umgebenen Fehlspannungen ausgesetzt sein können, da sie meist zwischen Muskeln laufen, durch Tunnel, Durchtrittsstellen, um Ecken und vielen anderen Hindernissen entlanglaufen müssen, besteht die Möglichkeit einer Irritation bzw. einer funktionellen Störung. Deshalb sollte sämtliches Gewebe mobil, elastisch, spannungsfrei (normoton) ohne Verklebung, Vernarbung sein und auch keinen falschen Druckverhältnissen ausgesetzt sein.

Verändertes Gewebe äußert sich nach osteopathischem Verständnis in einer sog. Dysfunktion, das kann ein blockierter Wirbel sein, ein hypertensiver Magen mit Tendenz zum Reflux oder z. B. eine gestaute Prostata, wodurch der intraprostatiche Druck steigt und vieles mehr. Bereits in anderen Studien wurde vermutet, dass Entzündungsfaktoren wie Ödem,

Mikrozirkulationsstörungen durch Hypoxie einschließlich späterer Gewebeverdichtungen oder Narbenbildung bei der Druckerhöhung dafür verantwortlich sein können [30]. Auch ein spastischer oder im Tonus verminderter dilatierter Detrusor kann Schmerzen im Unterbauch auslösen.

Deshalb sucht ein Osteopath palpatrisch mit seinen geschulten Händen Dysfunktionen auf. Das Schöne daran ist, dass der Patient während der Palpation seine Schmerzen erkennt, er spürt oft zum ersten Mal während der Untersuchung, dass in seinem Körper wirklich etwas nicht stimmt, er also kein Simulant ist. Meist ist die Schmerzwahrnehmung und -ausstrahlung exakt diese, die er sonst bei seinem Beckenschmerzsyndrom wahrnimmt. Dies mag daran liegen, dass „funktionell“ erkranktes Gewebe hypoxisch ist, also minderversorgt und deshalb bei Palpation- und Mobilitätstest die Nozizeptoren auf Druck frühzeitig reagieren.

Überlegungen zur Pathophysiologie und die Möglichkeit des therapeutischen Effekts der Osteopathie bei CP/CPPS

Eine dauerhafte schädigende Reizung der Nozizeptoren lässt dessen Reizschwelle sinken, d. h. schon geringe Unannehmlichkeiten, die sich im Körper abspielen, werden als Schmerz wahrgenommen. Dadurch kann eine Hyperalgesie entstehen. Dauerhaft hypoxisches Gewebe reagiert mit Abwehrspannung und wird hyperten bzw. hypertensiv. Lang anhaltender viszeraler Schmerz kann daher zu bleibenden Veränderungen im somatischen System führen wie z. B. erhöhtem Muskeltonus und erhöhter Empfindlichkeit [8].

Auf knöcherner bzw. artikulärer Ebene ist bei CP/CPPS-Patienten v. a. der thorakolumbale Übergang zu bewerten, da sich hier wichtige Umschaltstellen des autonomen sympathischen Nervengeflechts befinden.

Bei vorhandener Dysfunktion wird dieser manuell mobilisiert, manipuliert und Dehntechniken erlernt, damit die segmentale Wirbelsäulenmobilität wieder hergestellt wird. Weiterhin ist das Sakrum samt Iliosakralgelenk zu nennen, welches die parasymphatische und somatische

Verschaltung repräsentiert. Eine freie Beweglichkeit des Sakrums innerhalb der beiden Ilii ist wünschenswert. Der lumbosakrale Übergang und das Koxofemoralgelenk sind wegen ihrer engen Beziehung zum kleinen Becken, v. a. durch muskuläre und ligamentäre Verbindungen, mit einzubeziehen [5].

Auf viszeraler Ebene behandeln wir gehäuft Adhäsionen oder gar Verwachsungen zwischen der Fascia pelvis von Blase und dem inferioren Blatt des Peritoneums. Die peritonealen Reservefalten können verkleben, die Blase kann sich nicht mehr ungehindert nach kranial ausdehnen, der Druck wird nach kaudal auf die Prostata abgeleitet. Hierfür gibt es manuelle Separationstechniken, Unterdrucktechniken, Technik mit Rebound, Release-Techniken, Verschiebetechniken, Dehntechniken und Vieles mehr [28].

Da die Prostata das am tiefsten gelegene Organ im männlichen Bauchraum darstellt, kann diese nicht ausweichen, sie wird komprimiert. Chronische Kompression kann mechanische Reibung verursachen, die Prostata kann sich entzünden, der venöse Rückfluss wird gestört und der prostatistische Druck wird steigen.

Dies sehen wir gehäuft bei Patienten, deren Darm ptosiert ist. Dies findet in fortgeschrittenem Alter durch Elastizitätsverlust und bindegewebigen Umbau statt und dies beginnt bereits mit ca. 40 Jahren.

Aber auch ein chronisch überblähter Bauch drückt auf Blase und Prostata, denn durch Gärung und Fäulnis bei z. B. ungesunder Ernährung breiten sich die Gase nach allen Seiten aus. Es kommt zu bindegewebigen Lockerungen von viszerale Ligamenten und Faszien bis hin zu Nabel- und Leistenbrüchen, welche gehäuft bei Patienten mit Prostatabeschwerden vorzufinden sind [26].

Durch diese Fehlfunktion werden Gefäße und nervale Strukturen tangiert, die vaskuläre Zufuhr wird gedrosselt, der venöse Abfluss wird gehindert, die Prostata wird zunehmend in venösem Blut baden und durch Anhäufung von Toxinen zusätzlich gereizt. Die Nozizeptoren werden überreagieren, sämtliche umgebende Muskulatur wird in Abwehrspannung übergehen (z. B. der Beckenboden). Diese reflektorische Anspannung der umgebenden Muskeln ist aus Sicht der Osteopathen

sekundär und daher nicht die Primärursache des CP/CPPS. Deshalb kann eine alleinige Behandlung der hypertonen Beckenbodenmuskeln nur vorübergehend eine Linderung erzielen, da die Ursache nicht behandelt wurde. Für eine dauerhafte Verbesserung der Symptome sollten alle Dysfunktionen in der Behandlung integriert sein.

Fazit für die Praxis

Das 5-Jahres-Follow-up zeigt die starke Verbesserung der Symptome bei Patienten mit CP/CPPS durch osteopathische Behandlungen gegenüber dem Ausgangspunkt. Da nur wenige Behandlungen (ca. 2–8/Jahr) erforderlich sind, halten sich Kosten und Zeit, die man dafür aufbringen muss, relativ gering, und es wäre schön, wenn Urologen über diese patientenfreundliche Art der Therapie besser Bescheid wüssten, um bei Bedarf die osteopathische Behandlung in Erwägung zu ziehen. Da die Behandlung relativ schonend und individuell ausgeführt wird, vorausgesetzt, dass es sich um einen gut ausgebildeten, kompetenten und erfahrenen Osteopathen handelt, v. a. auf dem Gebiet der Urologie, wäre es schön, wenn zunehmend mehr Patienten davon profitieren könnten. Folgestudien müssten folgen, um die Ergebnisse zu erhärten.

Korrespondenzadresse

S. Marx

Praxis für Osteopathie und Naturheilkunde,
Alte Talstraße 74, 73732 Esslingen
info@osteopathie-marx.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt für sich und seine Koautoren an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Marx S, Cimniak R, Beckert F et al (2009) Chronische Prostatitis/chronisches Beckenschmerzsyndrom Einfluss osteopathischer Behandlungen eine randomisiert kontrollierte Studie. *Urologe* 48:1339–1345
2. Westesson KE, Shoskes DA (2010) Chronic Prostatitis pelvic pain syndrome and pelvic floor spasm: can we diagnose and treat? *Curr Urol Rep* 11(4):261–262

3. Beutel ME, Weidner W, Brähler E (2004) Der chronische Beckenschmerz und seine Komorbidität. *Urologe A* 43:261–267
4. Suh LK, Lowe FC (2011) Alternative therapies for the treatment of chronic prostatitis. *Curr Urol Rep* 12(4):284–287
5. Wagenlehner FME, Naber KG, Bschiepfer T et al (2009) Prostatitis und männliches Beckenschmerzsyndrom. *Dtsch Arztebl* 106(11)
6. Konkle KS, Clemens JQ (2011) New paradigms in understanding chronic pelvic pain syndrome. *Curr Urol Rep* 12(4):278–283
7. Kogan MI, Belousov II, Bolotskov AS (2011) Arterial blood flow in the prostate in the syndrome of chronic pelvic pain/chronic prostatitis. *Urologia* 3:22–28
8. Häbler HJ, Jänig W (2003) Reflexes in sympathetic vasoconstrictor neurones arising from urinary bladder afferents are not simplified early after inflammation in the anaesthetized cat. *Pain* 101(3):251–257
9. Meert GF (2004) Das Becken aus osteopathischer Sicht. Urban & Fischer, München
10. Potts JM (2002) Diagnosing the prostatitis patient: the dilemma continues. *Curr Urol Rep* 3(4):319–323
11. Doggweiler-Wiygul R, Wiygul JP (2002) Interstitial cystitis, pelvic pain and the relationship to myofascial pain and dysfunction: a report on four patients. *World Urol* 20(5):310–314
12. Berberich HJ, Ludwig M (2004) Psychosomatische Aspekte des chronischen Beckenschmerzsyndroms *Urologe A* 43:254–260
13. Pontari MA, Ruggieri MR (2004) Mechanismus in prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *J Urol* 172:839–845
14. Bernal RM, Pontari MA (2009) Evaluation of chronic pelvic pain syndrome in men: is it chronic prostatitis? *Curr Urol Rep* 10(4):295–301
15. Van den Berg F (2003) *Angewandte Physiologie, Schmerzen verstehen und beeinflussen*. Thieme, Stuttgart, S 166
16. Baron F (2006) Diagnostik und Therapie neuropathischer Schmerzen. *Dtsch Arztebl* 103(41)
17. Foster R, Jung J, Farrooq A et al (2011) Sciatic nerve injury induces functional pro-nociceptive chemokine receptors in bladder-associated primary afferent neurons in the rat. *Neuroscience* 183:230
18. Delavierre D, Rigaud J, Sibert L, Labar JJ (2010) Definitions, classifications and terminology of chronic pelvic and perineal pain. *Prog Urol* 20(12):853–864
19. Csef H, Rodewig K, Sökelland J (2000) Somatoforme (funktionelle) Störungen des Urogenitalsystems. *Dtsch Arztebl* 97(23)
20. Anderson RU, Sawyer T, Wise D et al (2009) Painful myofascial trigger points and pain sites in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *J Urol* 182(6):2753–2758
21. Davis SN, Morin M, Binik YM et al (2011) Use of pelvic floor ultrasound to assess pelvic floor muscle function in urological chronic pelvic pain syndrome in men. *J Sex Med* 8(11):3173–3180, doi 10.1111/j.1743-6109.02452x
22. Jänig W (1993) Sympathetic nervous system and pain: ideas, hypotheses, models. *Schmerz* 7(4):226–240
23. Bernady K, Köllner V (2004) Urologie und Psychosomatik *Urologe A* 43:250–253
24. Anderson RU, Wise D, Sawyer T et al (2011) 6-day intensive treatment protocol for refractory chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome using myofascial release and paradoxical relaxation training. *J Urol* 185(4):1294–1299
25. FitzGerald MP, Anderson RU, Potts J et al (2009) Urological pelvic pain collaborative research network. Randomized multicenter feasibility trial of myofascial physical therapy for the treatment of urological chronic pelvic pain syndromes. *J Urol* 182(2):570–580
26. Marx S (2008) Gutartige Prostataprobleme/Hilfe durch Osteopathie. Andrea Schmitz, Toppenstedt
27. Berghuis JP, Heimann JR, Rothmann I, Berger RE (1996) Psychological and physical factors involved in chronic prostatitis. *J Psychosom Res* 41:313–325
28. Barral JP (2004) Osteopathie für die Prostata. Urban und Fischer, München
29. Methik A, Hellström P, Nickel JC et al (2002) The chronic prostatitis – chronic pelvic pain syndrome can be characterized by prostatic tissue pressure measurements. *J Urol* 167(1):137–140
30. Shoskes DA, Berger R, Elmi A et al (2008) Muscle tenderness in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: the chronic prostatitis cohort study. *J Urol* 178:556
31. FitzGerald MP et al (2012) Randomized multicenter clinical trial of myofascial physical therapy in women with interstitial cystitis/painful bladder syndrome and pelvic floor tenderness. *J Urol* 187:2113–2118

Medizinstudenten üben künftig Patientengespräche

In Zukunft sollen angehende Ärzte Patientengespräche schon ab dem ersten Semester üben. Das sieht ein deutschlandweites Kommunikationscurriculum für Medizinstudenten vor, das derzeit erarbeitet wird. Studien zeigen: Wenn Arzt und Patient zwar dieselbe Sprache sprechen, einander aber nicht verstehen, kann dies zu falschen Diagnosen und Fehlbehandlungen führen. Ein „guter Draht“ zwischen Arzt und Patient fördert hingegen die Therapietreue. Denn nur wenn der Patient sich verstanden fühlt und seinem Arzt vertraut, kooperiert er auch bei der Therapie.

Vertreter aller deutschen medizinischen Fakultäten tragen jetzt die besten Übungen und Trainingsmöglichkeiten zusammen, um gemeinsam ein Kommunikationscurriculum für alle Studierenden zu entwickeln. Die Patientengespräche sollen Studenten ihr ganzes Studium hindurch begleiten, wobei die Gesprächssituationen im Laufe der Zeit immer komplexer werden. Das Spektrum reicht von diagnostischen Übungen über Gespräche mit Eltern, deren Kinder behandelt werden, bis hin zum Überbringen schlechter Nachrichten und Gesprächen mit nicht-therapietreuen Patienten.

Im Herbst 2014 soll das Kommunikationscurriculum verabschiedet werden. Das kommt dann nicht nur den Patienten zugute, sondern auch den Ärzten. Denn wenn die Kommunikation mit den Patienten „rund läuft“, entwickeln sie seltener ein Burnout-Syndrom.

Quelle: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), www.awmf.org