

# Wegweiser

## zur aktuellen Behandlung der Interstitiellen Cystitis

Mitglieder des Medizinischen Beirats des ICA-Deutschland e.V., ICA- Senior Consultants und IC-Experten aus Deutschland, den Vereinigten Staaten und Japan trafen sich im August 2006 in Köln zu einem Experten-Workshop, bei dem die derzeitigen Empfehlungen zur Behandlung der Interstitiellen Cystitis (IC) vorgestellt und diskutiert wurden. Initiatorin des gut besuchten Workshops war Bärbel Mündner-Hensen, die Bundesvorsitzende des ICA-Deutschland e.V. Die Diskussionsergebnisse können dem behandelnden Arzt als Arbeitsgrundlage dienen. Diskutiert wurden unter anderem die Vor- und Nachteile der oralen, der intravesikalen, der ganzheitlichen und der alternativen Behandlungsansätze sowie die Möglichkeiten und Grenzen der Kombinationstherapie. Hingewiesen wurde auch auf Therapieansätze, die heute als obsolet gelten und die daher nicht mehr zum Einsatz kommen sollten.

Da Ätiologie und Pathogenese der interstitiellen Cystitis (IC) klinisch noch nicht geklärt sind, ist eine kausale Behandlung dieser seltenen und komplexen Form der Harnblasenentzündung zurzeit nicht gezielt möglich. Die IC ist charakterisiert durch Pollakisurie, imperativen Harndrang und chronische Unterleibsschmerzen im Bereich der Harnblase, des Genitals und der Dammregion. Nur durch eine sorgfältige Anamnese kann das Krankheitsbild früh erkannt werden, was die Therapieaussichten verbessert.

Die Schutzschicht der Schleimhaut an der Oberfläche der Blase spielt offenbar eine wichtige Rolle in der Pathogenese der chronischen Blasenwandentzündung, die die Lebensqualität der Betroffenen erheblich beeinträchtigt. Man geht heute davon aus, dass ein Mangel an bestimmten Bestandteilen der Glycosaminoglycan-Schicht (GAG-Schicht)



*Interstitial Cystitis Association Deutschland*

**Gemeinnützige Gesellschaft mit dem Ziel, über Interstitielle Cystitis zu informieren und deren Erforschung zu fördern**

dazu führt, dass aggressive Stoffe aus dem Urin einen direkten Kontakt mit dem Urothel bekommen, sodass chronische Entzündungsprozesse in Gang gesetzt werden können. Die Patienten klagen dann über Schmerzen, einen extremen Harndrang und häufige Blasenentleerungen.

### **Oral-systemische und intravesikale Therapien in der Diskussion**

Zurzeit gibt es keine Therapiestrategien, die standardisiert und allgemein anerkannt sind. Da die meisten der bisher veröffentlichten Studien zur Therapie der IC weder randomisiert, noch plazebokontrolliert und doppel-

blind durchgeführt wurden, genügen sie nicht den Ansprüchen einer evidenzbasierten Medizin (EBM). Die in der Vergangenheit angewandten pharmakologischen Therapiestrategien zur Behandlung der IC waren entweder oral-systemisch (Analgetika, Anästhetika, Antiallergika, Antidepressiva, Anticholinergika, Natrium-Pentosanpolysulfat, Prostaglandine, L-Arginin, Kalzitonin, Immunsuppressiva) oder intravesikal (Natriumpentosanpolysulfat, Heparin, Dimethylsulfoxid, Bacillus Calmette-Guérin, Hyaluronsäure, Chondroitinsulfat, Hydrodistension der Blase mit Kochsalz).

Die so genannte GAG-Ersatztherapie beruht auf der Hypothese, dass die GAG-Schicht (Glykosaminoglykane und Glykoproteine im Urothel) eine Barriere gegen Kaliumionen, Proteasen, Mikroorganismen und andere schädliche Stoffe, die sich im Urin befinden, bildet. Natrium-Pentosanpolysulfat ist ein semisynthetisch hergestellter Polysaccharidester, der zur Restitution der zerstörten GAG-Schicht beitragen kann.

Im Rahmen der GAG-Ersatztherapie wird auch Chondroitinsulfat eingesetzt, ein polymeres Galaktosaminsulfat, das in der GAG-Schicht der Blase vorkommt. Bei Patienten mit IC wurde in der Blasenwand ein Defizit an Chondroitinsulfat nachgewiesen. Da Chondroitinsulfat auch die Mastzellensekretion im Bindegewebe inhibiert, könnte eine Behandlung mit diesem physiologisch vorkommenden Galaktosaminsulfat zu einer Reduktion des Entzündungsgeschehens beitragen. Ebenfalls zur Sanierung der GAG-Schicht eingesetzt wird Hyaluronsäure, deren Einsatz sich besonders nach vorherigem positiven Kalium-Test erfolgreich zeigt.

Unter den bisher eingesetzten Medikamenten ist Natrium-Pentosanpolysulfat (PPS, SP54) die wissenschaftlich am besten untersuchte Substanz. Die Studienlage ist umfangreich. Für Natrium-Pentosanpolysulfat liegt inzwischen auch eine Metaanalyse vor, in der gezeigt wurde, dass PPS wirksamer ist als Placebo (Zieldosis 300 mg) eingesetzt wird. Die gelegentlich auftretende Alopezie,

was vor allem für weibliche IC-Patienten von Bedeutung sein kann, ist reversibel

Nach Einschätzung der Workshop-Teilnehmer haben Antidepressiva (wie zum Beispiel Amitriptylin) eine Bedeutung in der oralen Therapie der IC. Unter den Antihistaminika scheint mit Hydroxyzin am ehesten ein Behandlungserfolg möglich zu sein. Diskutiert wurde auch die Kombination von Antidepressivum und Antihistamin.



#### **Workshop-Teilnehmer**

*Dr. med. Olaf Dilk, Homburg/Saar*

*Prof. Dr. med. Ragi Doggweiler, Knoxville (USA)*

*Dr. med. Elke Heßdörfer, Berlin*

*Bärbel Mündner-Hensen, Euskirchen*

*Dr. med. Madlen Oemler, Berlin*

*Dr. med. Rudolf Stratmeyer, Köln-Rodenkirchen*

*Prof. Dr. Tomohiro Ueda, Kyoto, Japan*

*Priv.-Doz. Dr. med. Arndt van Ophoven, Münster*

*Dr. med. Alois Würdehoff, Euskirchen*

#### **Akut- und Erhaltungstherapie mit intravesikaler Applikation der Wirkstoffe**

Ziele der intravesikalen Therapie sind unter anderem die Schmerzreduktion, die Dehnung der Blasenwand, die Regeneration der Blasenwandoberfläche und die Blockierung von Signalwegen. Sie kann sowohl in der Akutphase als auch im Rahmen einer Erhaltungstherapie eingesetzt werden. In der wissenschaftlichen Literatur wird über die intravesikale Applikation von Dimethylsulfoxid (DMSO), Lidocain, Kortikosteroiden, GAG-Analoga (Heparin, Chondroitin, Hyaluronsäure, Pentosanpolysulfat), Silbernitrat, Chlor-

pactin, Resiniferatoxin, Botulinumtoxin A und Bacillus Calmette-Guérin berichtet.

Eine besondere intravesikale Therapievariante ist die elektromotorische Medikamentenapplikation (Electro Motive Drug Administration) EMDA (Uromed®), die das Prinzip der Ionto- und Elektrophorese nutzt, also die passive und aktive Diffusion geladener Teilchen. Sie ermöglicht einen gezielten Medikamententransport direkt in das erkrankte Gewebe (Blasenschleimhaut), eine gleichmäßig hohe Konzentration des Wirkstoffes im gesamten Behandlungsgebiet.

Bei der EMDA von Lidocain, Dexamethason setzt (und ggf. Beigabe von Pentosanpolysulfat) die erwünschte schmerzlindernde, krampflösende und örtlich betäubende Wirkung schnell ein. Dies wirkt sich positiv auf die psychische Situation der IC-Patienten aus. Die EMDA wird auch empfohlen in der Frühphase der Therapie bei Patienten mit einer starken IC-Symptomatik, um die Zeit der begleitenden oralen Medikation zu verkürzen. **Nicht** empfohlen wird die intravesikale Gabe von Silbernitrat, Chlorpactin oder Capsaicin.

### Die Schmerztherapie wird oft vernachlässigt



Prof. Tomohiro Ueda, Kyoto, Japan,  
Prof. Ragi Doggweiler, Knoxville, USA

Da zur Schmerztherapie bei der IC derzeit noch kein einheitliches Behandlungskonzept vorliegt, wird auf den WHO-Stufenplan zur chronischen Schmerztherapie verwiesen.

Dabei kommen – je nach Schweregrad der Schmerzsymptomatik und dem individuellem Ansprechen der Patienten – die orale Gabe nicht steroidaler Analgetika (NSAR) und Morphinderivate, die Instillation von Lokalanästhetika oder bestimmte Verfahren der Regional- und Leitungsanästhesie zum Einsatz. Weitere schmerzlindernde Verfahren, die von der Schulmedizin noch nicht übernommen wurden, sind die Akupunktur und die Neuraltherapie.

Wichtig ist, dass die sehr oft unter unerträglichen Schmerzen leidenden IC-Patienten möglichst schnell in einen Zustand versetzt werden, der es ihnen ermöglicht, wieder größere Wegstrecken zurückzulegen und damit auch wieder ihren Alltag zu meistern. Zu Beginn wird eine orale Gabe von Metamizol (Synonym: Novaminsulfon) oder Butylscopolamin empfohlen. Um eine Schmerzchronifizierung zu vermeiden, wird bei stärkeren Schmerzen auch die Verordnung von Tilidin oder Oxycodon empfohlen. Nach erfolgreicher Schmerztherapie muss dann nach den Ursachen für die Schmerzsymptomatik gesucht werden. Auslösende Faktoren können Stress, Kälte und/oder eine große körperliche Anstrengung sein.

### Moderne Therapieansätze pro und contra

Ob die Hoffnung auf eine vollständige Heilung der IC durch gentherapeutische Therapiestrategien berechtigt ist, bleibt abzuwarten. Weitere innovative Therapieansätze, deren praktischer Nutzen in größeren plazebo-kontrollierten Studien noch bestätigt werden muss, sind die Behandlung mit dem Immunregulator Suplatast Tosilat, Leukotrienantagonisten Montelukast, dem rekombinanten humanen Nervenwachstumsfaktor (rh-NGF) und dem Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer Duloxetine.

Die lokale Immuninduktion mit BCG sowie die Verwendung von L-Arginin, Kalzitonin, Resiniferatoxin und Duloxetine können aufgrund der Datenlage und den Erfahrungen der Workshop-Teilnehmer **nicht** (mehr) empfohlen werden.

## **Die Patienten müssen in den Heilungsprozess mit einbezogen werden**

Wie die Psyche im ganzen Leben einen großen Einfluss hat, so beeinflusst sie auch das Krankheitsbild der IC oder des IC-Syndroms. Der Patient muss in den Heilungsprozess mit einbezogen werden und lernen, dass er selbst etwas dazu beitragen kann. Wenn er die Diagnose „IC“ erhält hat er in der Regel bereits über einen langen Zeitraum die Symptome und die IC befindet sich in einem fortgeschrittenem Stadium. Es muss vorrangiges Ziel sein, den Patienten von seinen starken Schmerzen und Symptomen zu befreien. Dabei sollte zügig nach dem WHO-Schmerz-Schema vorgegangen werden. Der Patient gewinnt Zutrauen und ist erst dann für kausale Therapien bereit. Hierfür ist eine gründliche Ursachenforschung erforderlich. Dazu gehört auch eine Untersuchung des Bewegungsapparates. Sehr hilfreich ist es die Vorfälle genau zu untersuchen, die zu einem IC-Schub führen, um die Zusammenhänge zwischen Blase ⇔ Stress, Blase ⇔ Kälte, Blase ⇔ Wirbelsäule, Blase ⇔ Darm heraus zu finden.

## **Ganzheitliche Therapie**

Ganzheitlich betrachtet ist die Blase das Endorgan, das die Schädigung aufzeigt. Die Blase ist in der Regel nicht unbedingt Verursacher der Problematik. Die Frage nach einer einzigen Ursache stellt sich insofern nicht, denn die Ursachen sind vielfältig und unterschiedlich. Der Begriff der IC ist klinisch demnach viel zu eng gefasst. Allerdings ist es sinnvoll den Begriff „IC“ beizubehalten, da er verdeutlicht dass es sich um eine spezielle Symptomatische Erkrankung im Becken-Blasenbereich mit den Symptomen einer schweren chronischen Cystitis handelt

Wenn der schulmedizinische Part in der Therapie eingesetzt wurde, um die Beschwerden zu lindern, sollten Therapieformen angewendet werden, die in der Schulmedizin durchaus bekannt sind, aber wenig genutzt werden. Dazu gehören die Neuraltherapie, Reflextherapie und Störfeldtherapie, die einen Übergang zur reinen „alternativen“ Therapie darstellen und teilweise selbst von den Patienten erlernt und durchgeführt werden können

Die Akupunktur erfordert genaue Kenntnisse über die Grundstörungen. Physiotherapie sollte einfühlsam und nicht Schmerz auslösend ausgeführt werden. Ziel muss sein, die Muskulatur zu lockern.

Von großer Bedeutung ist die Ordnungstherapie, die das innere Ungleichgewicht, sei es Ernährungs- oder Stress bedingt wieder in ein Gleichgewicht bringt.

Darüber hinaus gehören die Osteopathie, die organfern arbeitet sowie energetische Verfahren, mentalenergetische Verfahren und Wärmebehandlungen zu den Therapieoptionen.

## Quelle

IC-Experten-Workshop zur zeitgemäßen Therapie der IC (IC expert workshop on contemporary treatment of IC) Köln, 5. August 2006

ICA-Deutschland e.V.  
Förderverein Interstitielle Cystitis  
Untere Burg 21  
53881 Euskirchen  
Germany

E-Mail: [info@ica-ev.de](mailto:info@ica-ev.de)  
Internet: [www.ica-ev.de](http://www.ica-ev.de)

## Behandlungsoptionen

# Interstitielle Cystitis

- Ernährung:  
Säurearme Nahrungsmittel können bei IC Patienten die starken Schmerzen einschränken oder lindern. Der Patient sollte zunächst nur bedenkenlose Nahrungsmittel essen, ein Diättagebuch führen und erst nach zwei Wochen so genannte "Risiko-nahrungsmittel" hinzufügen. Hierzu gehören Speisen, die die Aminosäuren Trypsin, Tyramin, Tryptophan oder Aspartat enthalten oder sehr sauer sind wie zum Beispiel reifer Käse, Joghurt, Mayonnaise, Sojasauce, Tomaten, Zwiebeln, Nüsse, Ananas, Bananen, Pfirsiche, Preiselbeeren, Trauben, Rosinen, Roggenbrot, saurer Hering, saure Sahne, Schokolade, Saccharin, Sekt, Wein.  
Positive Berichte liegen über Anwendung von Kombucha, Kefir, Weihrauch, Olivenblätterextrakte vor
- Stressvermeidung durch Yoga, Biofeedback, Meditation, Entspannungsübungen
- Blasenentspannung und Beckenbodengymnastik
- Gesprächstherapie zur Beseitigung der inneren Spannung und Erleichterung der Gefühle
- Schmerztherapie nach dem WHO-Schema in zügiger Vorgehensweise unter Berücksichtigung von Nozizeptorschmerzen und neuropathischen Schmerzen
  - Novaminsulfon, Buscopan
  - Telidin , Valoron (vorsichtig einschleichen)
  - Opiate (Oxigesik, Lyrika, Phentanyl)
- Die orale Therapie der IC kann systemisch erfolgen mit:
  - Pentosanpolysulfat 3x 100 mg (SP-54®, Elmiron®)
  - Antidepressiva (Amitriptylin)
  - Antihistaminika (Zyrtec)
  - Schmerzmittel nach WHO Schema
  - Immunsuppressiva
- Die intravesikal symptomatische Therapie kann erfolgen mit  
Pentosanpolysulfat: Sp-54-liquid®

Hyaluronsäure: Cystistat®  
Chondroitinsulfat: Uropol-S®  
DMSO- 25 %iger Lösung

Bei der Anwendung sind Qualitätskatheter (z. Bsp. Lofric® oder SafetyCat®) dringend empfehlenswert sowie eine vorherige lokale Anästhesie (Lidocain)

- E.M.D.A. (Electro Motive Drug Administration) Durch das Zusammenwirken von Iontophorese und Elektrophorese wird mittels eines elektrischen Feldes eine gezielte Abgabe von Medikamenten durch eine Elektrode in tief liegende Gewebeschichten ermöglicht
- Neuraltherapie  
Reflextherapie  
Störfeldtherapie
- Ordnungstherapie  
um das innere Ungleichgewicht –sei es Ernährungs- oder Stress bedingt – wieder ins Gleichgewicht zu bringen
- - Kuren  
- Massagen  
- Physiotherapie (nicht Schmerz auslösend ausgeführt, einfühlsam)
- Biofeedback
- Psychotherapie zur Erlangung innerer Stärke zum Aufbau der Selbstheilungskräfte  
Erforschung psychosomatischer Ursachen
- Akupunktur (nachdem genaue Kenntnisse über Grundstörungen ermittelt wurden)
- TENS
- Osteopathie
- Homöopathie
- Orgontherapie
- Ajurveda
- Yoga
- Meditation