

# Der Mann unter Druck

## Abakterielle Prostatitis/chronisches Beckenschmerzsyndrom (CBSS)

**Circa 5 bis 10 Prozent der Männer sind vom chronischen Beckenschmerz betroffen. Aufgrund der unklaren Ätiologie ist es häufig ein langer Leidensweg, den die Betroffenen hinter sich haben, wenn sie in der physiotherapeutischen Praxis erscheinen. Wie kann Physiotherapie helfen?**

Die abakterielle Prostatitis, auch Prostatitis Kategorie III genannt, wird in den letzten Jahren vermehrt mit dem Begriff chronisches Beckenschmerzsyndrom (CBSS – engl. Chronic pelvic pain syndrom CPPS) bezeichnet. Die neueren Erkenntnisse lassen vermuten, dass man die Beschwerden nicht auf die Prostata allein zurückführen kann, sondern es sich um ein weit komplexeres Bild handelt. Die Symptome sind vielfältig: Schmerzen in Damm, Hoden, Penis oder Unterbauch. Sie treten verstärkt auf bei der Miktion oder Ejakulation, unter Umständen auch beim Sitzen auf harter Unterlage, bei manch einem aber auch in Ruhe. Ferner gibt es Symptome einer überaktiven Blase wie Pollakisurie (= vermehrter Harndrang) sowie Restharngefühl. Obwohl per definitionem keine Erreger nachweisbar sind, ist die urologische Therapie der Wahl die Gabe von Antibiotika. Dieses Vorgehen ist sehr umstritten, doch weisen einzelne Studien auf Verbesserungen hin – angenommen wird, dass das Geschehen auf eine ursprüngliche Entzündung zurückzuführen sei. Ferner kommen vielfach NSAR, Schmerzmittel, Muskelrelaxanzien oder Psychopharmaka zum Einsatz. In der großen Metaanalyse von B.A. Erickson et al, USA 2008 konnten weder für die medikamentöse oder operative Therapie noch für die Maßnahmen der physikalischen Therapie eine nennenswerte Evidenz aufgefunden werden.

### Was können wir tun?

Zur Anamnese dient am besten der valide standardisierte Fragebogen »Chronische Prostatitis Symptom Index« (NIH-CPSI). Damit erhalten wir einen Überblick über die Symptome, aber auch eine Überprüfungsgrundlage für unsere Therapie. Bei der Untersuchung ist es wichtig, Beweglichkeit und Spannungsverhältnisse im Bauch-Becken-Bein-Bereich zu untersuchen. Am Abdomen (manchmal sogar im pectoralen Bereich) können sich schon Tonuserhöhungen finden. Ferner sind die Hüftgelenke, insbesondere bzgl. M. iliopsoas, M. obturatorius internus, M. gluteus maximus und M. pectineus zu untersuchen. Schließlich der M. levator ani, der meist auch schmerzhaft Stellen aufweist.

### Therapeutische Intervention

Alle Geweberestriktionen und hypertonen Zustände sind zu reduzieren: Massagen, Dehnungen, Manualtechniken kommen zum Einsatz. Umstritten ist die in früheren Jahren viel praktizierte Prostatamassage – der Physiotherapeut J.P. Barral empfiehlt diese Methode, bei der der Patient in Bauchlage von rektal sanft mobilisiert wird –, sie muss aber durch die Arbeit am gesamten Beckenboden ergänzt werden. Die Triggerpunkt-Behandlung des Beckenbodens weist in einigen – leider noch nicht mit hoher Qualität durchgeführten – Studien Erfolge auf: Vom Rektum als auch von außen sind die schmerzhaften

Verhärtungen der M. levator ani-Stränge aufzusuchen und mindestens für 90 Sekunden auf Druck zu bearbeiten. Hier tritt dann in der Regel ein »Wohl-weh-Gefühl« auf. Wichtig ist es, danach für mindestens zehn Minuten dehrende Techniken für das Gewebe durchzuführen und es mit entsprechenden Atemaktionen unterstützen zu lassen.

### Physikalische Maßnahmen

Die Effektivität von Wärmeanwendungen (Bestrahlung oder Sauna) ist genauso wenig belegt wie Elektrophysiotherapie. Einzig das Biofeedbackverfahren zur bewussten Spannungsreduktion lässt in nicht-randomisierten Studien geringer Fallzahl Wirksamkeit erwarten und sollte daher auch zum Einsatz kommen.

### Beratung und Anleitung

Der Patient muss von der ersten Sitzung an Lösungsübungen an die Hand bekommen, zur konsequenten täglichen Durchführung: Lagerungen, Dehnungen oder auch Übungen der Antagonistenteknik; gegebenenfalls auch Anleitung zur eigenen manuellen Lösung von Verspannungen wie das Sitzen auf den Fingerkuppen medial der Sitzbeinhöcker oder auf einem (anfangs weichen) faustgroßen Ball. Ganz wichtig ist es, entspannende Atemtechniken für den Beckenboden zu vermitteln, um den hohen Grundtonus zu senken. Nicht minder wichtig ist es, den Patienten aufzuklären: Eventuelle Tendenzen zum Pressen bei der Miktion oder beim Stuhlgang müssen angesprochen werden. Die Trinkmenge muss ausreichend (circa 1,5 – 2 l) trotz eventueller Drangbeschwerden beibehalten werden. Zum Sport ist eher anzuraten, wobei Radsport aufgrund der damit einhergehenden Minderdurchblutung eher kritisch einzuschätzen ist (zumindest ein Damm-entlastender Sattel sollte montiert werden, wenn es schon sein muss!). Ausdauer- und elastizitätsfördernde Bewegungsarten sind generell den Kraft- oder ehrgeizigen ergebnisorientierten Sportarten vorzuziehen.

### Dem Mann den Druck nehmen

Es sind so vielfältige Ursachen und entsprechend therapeutische Zugänge, die die Behandlung des von CBSS-Geplagten zu einer Herausforderung machen. Die große Dankbarkeit, die die Männer einem für jede Linderung dieser scheinbar unbeeinflussbaren Beschwerden entgegenbringen, muss Ansporn für jeden von uns auf diesem Gebiet Arbeitenden sein.



### Markus Martin

Physiotherapeut seit 1982, seit 1996 in eigener Praxis, seit 2006 in Wien Entwickler der Methode »BM Balance – Moderne Prävention und Rehabilitation für Blase, Beckenboden und Prostata« Seit 1994 Lehrtätigkeit verschiedener Fortbildungskurse, Mitglied Fachgruppe UPGG