Vulvodynie: multimodal gegen den Schmerz

Die Diagnose Vulvodynie bezeichnet chronische Schmerzen im Bereich der Vulva ohne feststellbare makroskopische Veränderungen, wodurch die Lebensqualität der Patientinnen z.T. massiv eingeschränkt sein kann. Neben der neuromuskulären Auffälligkeit spielen zentrale Schmerzmechanismen und die dadurch bedingten Veränderungen des Nervensystems eine wichtige Rolle in der Pathogenese dieses Schmerzsyndroms.

Von Mag.ª Heidi Halbedl

Das parallele Auftreten mehrerer Schmerzsyndrome bei Vulvodyniepatientinnen wurde 2012 in einer Studie bestätigt. Lamvu und Kollegen konnten bei 90 Prozent der untersuchten Patientinnen eine muskoskelettale Dysbalancen feststellen, weshalb die Autoren ein entsprechendes Screening bei Vulvodynie empfehlen. In den EAU-Guidelines zum chronischen Beckenschmerz wird Physiotherapie als eine der Disziplinen für einen multimodalen Behandlungsansatz bei Vulvodynie genannt.

Veränderung der kortikalen Repräsentation

Ein Kennzeichen der Vulvodynie ist eine gesteigerte Sensibilisierung. Diese kann sich darin äußern, dass Patientinnen auf Behandlungsmaßnahmen, die lediglich aufgrund von Gewebebefunden angelegt sind, nicht ansprechen oder Schmerzen schon bei Gedanken an das betroffene Körperareal ausgelöst werden. Aus der Schmerzphysiologie weiß man, dass chronische Schmerzen mit Veränderungen des Zentralnervensystems (ZNS) einhergehen. Da diese Modulationen den Erfolg einer Therapie behindern können, müssen Behandlung und Schmerzmanagement vermehrt auf das ZNS ausgerichtet werden. Dafür sind sowohl kognitive und verhaltenstherapeutische Maßnahmen sowie Strategien, um die sensorische und motorische kortikale Repräsentation zu normalisieren, notwendig.

Schmerzwissen. Schmerzen erfüllen in erster Linie eine Schutzfunktion, indem sie uns über Gewebszustände informieren. Im Rahmen chronischer Schmerzen ist es möglich, dass das Gehirn ungenau über die Gewebszustände informiert wird. Das Ziel der Vermittlung von Schmerzwissen ist der Aufbau von Schmerzkontrolle. Patientinnen und Therapeutinnen sollen lernen, den Schmerz nicht nur im vulvären Gewebe zu verorten, sondern als Aktion im Nervensystem und als Bewertung eines körperlichen Symptoms zu begreifen. Das bedeutet für die Patientinnen u.a. herauszufinden, wie ihr Verhalten die Schmerzen beeinflussen kann.

Sympathikusregulation. Neben einem sauren pH-Wert und Entzündungsmediatoren können die Nozizeptoren auch durch eine erhöhte Sympathikusaktivität sensibilisiert werden. Da es sich bei Vulvodynie um chronische Schmerzen handelt, muss die Sympathikusaktivität im physiotherapeutischen Befund zunächst eingeschätzt und in der Behandlung berücksichtigt werden.
Mögliche Ansätze sind u.a.: Manuelle Therapie an der Wirbelsäule (insbesondere die für eine vegetative Regulierung relevanten Bereiche), Atemtherapie, Viszeraltherapie und Körperwahrnehmungsschulung. Bei der Körperwahrnehmung geht es in erster Linie nicht um „Entspannung", sondern um aktives Spüren und die Ressourcenarbeit für einen Moduswechsel. Ziel ist die Zusammenstellung individuell angepasster Maßnahmen, um sympathikusregulierende Aktivitäten regelmäßig und selbstständig durchzuführen zu können.

Spinale Sensibilisierung. Die Vulvodynie in ihrer schmerzhaftesten Ausprägung zeigt eine zentrale, spinale Sensibilisierung. Diese kennzeichnet sich durch eine Senkung der Reizschwelle spinaler Neurone: Ungefährliche Reize lösen Schmerzen aus (Allodynie) und es kommt zu einer überschießenden Schmerzantwort (Hyperalgesie). In einer hoch sensibilisierten Phase ist daher von einer lokalen intravaginalen Behandlung der Beckenbodenmuskulatur im Schmerzgebiet abzuraten.
Die schmerzhemmende Wirkung der manuellen Therapie an der Wirbelsäule oder andere inhibitorische Techniken können hingegen genützt werden.

Kortikale Normalisierung. Die Repräsentation der Peripherie im ZNS zeigt aufgrund der Plastizität des Gehirns eine enorme Dynamik; diese kann therapeutisch genutzt werden. Durch gezielte Impulse auf das rezeptive Feld der Beckenbodenmuskulatur kann die Reaktion auf Berührungsreize normalisiert werden. Zusätzliche mentale Körperübungen für den „virtuellen Körper" können diesen Prozess unterstützen. Diese Sensorikschulung wirkt kortikalen Veränderungen, die durch die Ausblendungs- •••

Anzeige

••• strategie im Rahmen chronischer Schmerzerfahrungen entstehen können, entgegen.

Entkoppelung: Berührung und Schmerz. Neben der Behandlung der Muskulatur geht es bei intravaginalen Behandlungen darum, das Schmerzgedächtnis zu beeinflussen. Der Versuch, Berührung von Schmerz und Spüren von Spannung zu entkoppeln, soll die Patientin dabei unterstützen, Schmerzen „zu verlernen". Eine Möglichkeit ist die intravaginale Bearbeitung der rezeptiven Felder der Beckenbodenmuskulatur. Ziel ist es, den Schmerzautomatismus zu unterbrechen. Mechanischer Input kann wieder als das wahrgenommen werden, was er ist: Druck oder Zug. Der Aufbau einer differenzierteren Wahrnehmung bedeutet, dass nicht jeder Reiz als Schmerz verbucht wird. Die Voraussetzung hierfür ist eine vertrauensvolle Zusammenarbeit von Therapeutin und Patientin. Dabei ist es wesentlich, dass die Patientin ihre (Schmerz-) Grenzen spürt und kommuniziert und diese „therapeutisch gehört" werden.

Die Physiotherapie konzentriert sich in der Behandlung chronischer Vulvasyndrome auf den gesamten Körper und betrachtet die Muskeln und faszialen Strukturen als „Sinnesorgane".

Myofasziale Schmerzen durch Hypertonus. Ein Hypertonus der Beckenbodenmuskulatur kannSchmerzen verursachen und steht mit sexuellen Dysfunktionen in Verbindung bzw. kann diese auslösen. Die Rolle myofaszialer Syndrome bei urogenitalen Problemen wurde erkannt und in den Guidelines zur Behandlung sexueller Dysfunktionen in Form der internen Behandlung der Beckenbodenmuskulatur berücksichtigt. In einer Follow-up-Studie wurde der Effekt eines multidisziplinären Programms (u.a. Physiotherapie) auf sexuellen Stress und Dyspareunie bei Frauen mit Vulvaerkrankungen untersucht. Es ergab sich eine signifikante Verbesserung (p=0,001) durch das Behandlungsprogramm in allen untersuchten Faktoren.

Triggerpunkte. Es gibt Evidenz für die Triggerpunkttherapie beim chronischen Beckenschmerzsyndrom.
Langzeitige Erhöhung der Muskelaktivität aufgrund neurogener, viszerogener oder psychischer Faktoren kann die Entstehung von Triggerpunkte fördern, die zu Schmerzen und Dysfunktionen führen können. Triggerpunkte entstehen infolge ischämischer Zustände im Gewebe, auf die der Körper mit Entzündung reagiert. Ein Andauern der hypoxischen Entzündungszustände verschiebt die Reizschwelle der Nozizeptoren, erhöht ihre Innervationsdichte, aktiviert anatomisch präformierte stumme Sensoren und übersensibilisiert die Neuronen auf Ebene des Hinterhorns. Da periphere Mechanismen wie diese zu einer Zentralisierung führen können, sind eine manuelle Triggerpunkttherapie sowie die Behandlung der hohen Muskelaktivität angezeigt.

Einfluss der Muskulatur. Die Muskeln des Beckens und des Beckenbodens können eine Vielzahl an Symptomen der Vulvodynie auslösen. Dem M. obturatorius internus beispielsweise kommt in der Behandlung der Vulvodynie große Bedeutung zu. Der Zustand des M. obturatorius internus kann sich durch viszero-somatische Interaktionen in den Bereichen der Urethra, der Blase, der Vagina und der Vulva manifestieren.
Eine Irritation des N. pudenus durch eine verdickte Faszie des M. obturatorius internus kann sich ähnlich manifestieren wie die unprovozierte Form der Vulvodynie (Brennen, Jucken, Stechen). Im Zusammenhang mit dem M. obturatorius internus wurden auch Symptome im Bereich des Steißbeins beschrieben („Golfball im Rektum"). Des Weiteren können der M. levator ani superior, der mittlere M. levator ani, der M. illiococcygeus, der M. coccygeus/Ischio-coccygeus und der M. adductor magnus zu Beschwerden im Bereich der Vagina und des Rectums führen und sollten daher in der Befundung berücksichtigt werden.

Neurodynamik. Der N. pudendus kann durch Restriktionen im Bindegewebe irritiert werden. Umgekehrt kann eine vorangegangene Pudendusneuralgie oder Enzündungen im Becken die Bindegewebssymptomatik verursachen. Ein irritierter N. pudendus kann sich in stechenden, brennenden Sensationen vaginal, urethral und vulvär manifestieren. Daher ist bei Vulvodynie-Patientinnen ein Screening des Becken-Bindegewebes angezeigt. Bei positivem physiotherapeutischem Befund zeigt sich an spezifischen Stellen eine erhöhte Empfindlichkeit bei reduzierter Beweglichkeit, was auch die Neurodynamik und somit die Schmerzsymptomatik negativ beeinflussen kann.
Schmerzhafte Adhäsionen infolge von Entzündungen oder vegetativer Anspannung können durch entsprechende Behandlung der Aufhängungen und Gleitflächen der Beckenorgane, wie etwa das Ligamentum sacrouterinum, gelöst werden.

Fazit

Trotz der Evidenz für die hier vorgestellten Ansätze, existieren keine Studien, die die alleinige Wirksamkeit physiotherapeutischer Interventionen bei Vulvodynie bzw. dem chronischen Beckenschmerzsyndrom bestätigen. Hierzu wären interdisziplinäre Studien, die Physiotherapie nicht nur als Anwendung einzelner Maßnahmen aufgreifen, notwendig. Aktuelle Studien zur Vulvodynie betonen die Bedeutung des Schmerzmanagements in der Therapie und evaluieren die Effekte eines multimodalen Behandlungsprogramms auf die Wiederherstellung von Funktionen. Auch Therapieziele der Physiotherapie sind nicht auf Schmerzen, sondern auf Funktionen ausgerichtet. Die Physiotherapie konzentriert sich in der Behandlung chronischer Vulvasyndrome auf den gesamten Körper und betrachtet die Muskeln und faszialen Strukturen als „Sinnesorgane", die das ZNS mit einer Fülle an Informationen versorgen.
Mit dem vorgestellten Behandlungsspektrum kann die Physiotherapeutin auf die vielen Ebenen der hochkomplexen Schmerzsymptomatik bei Vulvodynie und sexuellen Dysfunktionen einwirken. Für die Zukunft wäre eine Enttabuisierung der Thematik wünschenswert, damit eine Behandlung frühzeitig einsetzen und eine Chronifizierung von Vulvaschmerzen verhindert werden kann. ▮

Literatur bei der Autorin

Mag.ª Heidi Halbedl
Physiotherapeutin, Wien

Foto: Privat