

SCHMERZEN IN DER GYNÄKOLOGISCHEN PRAXIS

Dr. med. Timo Brausch

Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie
Universitätsklinikum des Saarlandes

Dr. med. Pascal Schwarz

Klinik für Frauenheilkunde, Geburtshilfe und Reproduktionsmedizin
Universitätsklinikum des Saarlandes

VNR: 2760909013875330013 | Gültigkeit: 14.10.2024 – 14.10.2025

1 EINLEITUNG

Beschwerden, die mit Schmerzen einhergehen, sind ein häufiger Konsultationsgrund in der gynäkologischen Praxis. Die Symptomatik kann sich je nach ursächlicher Grunderkrankung präsentieren und sich beispielsweise in Form von Dysmenorrhö, stechenden oder diffusen Schmerzen, Dyspareunie etc. äußern. Die Ursachen für die Schmerzen können vielfältig sein und mögliche gynäkologisch bedingte Auslöser reichen von Menstruationsbeschwerden, Ovarialzysten, Entzündungen, Myomen, Endometriose und Vulvodynie bis hin zu tumorbedingten Schmerzen. Akut auftretende Schmerzen sollten grundsätzlich kurzfristig abgeklärt und behandelt werden. Werden die Schmerzen nicht angemessen behandelt, können biochemische und physiologische Veränderungen im Zentralnervensystem (ZNS) auftreten, die die Schmerzwahrnehmung, die Reizweiterleitung und die Schmerzverarbeitung beeinflussen (Schmerzgedächtnis). Es kommt zu einer Chronifizierung der Schmerzen. Dies zeigt sich z. B. bei Patientinnen, die trotz wiederholter ärztlicher Konsultationen bei Haus- und Fachärzt*innen und umfassender diagnostischer Maßnahmen keine Ursache für ihre Schmerzen diagnostiziert bekommen bzw. eine falsche Diagnose erhalten [Siedentopf et al. 2022]. Speziell Endometriose oder Vulvodynie werden häufig mit anderen Diagnosen (Pilz/bakterielle Infektion) „verwechselt“ oder teils als „normal“ abgestempelt

(z. B. Dysmenorrhö). Um der Chronifizierung von Schmerzen entgegenzuwirken, ist eine frühzeitige Diagnose und Therapie von hoher Bedeutung.

Es ist zu beachten, dass chronische Schmerzen in der Gynäkologie häufig mit anderen funktionellen somatischen Schmerzsyndromen (z. B. Reizdarmsyndrom) und psychischen Gesundheitsstörungen (z. B. Angst, Depression) einhergehen. Derzeit wird davon ausgegangen, dass sowohl biologische und psychische als auch soziale Einflüsse bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Schmerzen dynamisch miteinander interagieren (bio-psycho-soziales Schmerzmodell). So können z. B. Depression, Angst, schlechter Schlaf sowie soziale Bedingungen sowohl die Folge als auch Ursache von chronischem Schmerz sein [Cohen et al. 2021]. Insbesondere psychologische Faktoren spielen bei der Aufrechterhaltung der chronischen Schmerzen eine wesentliche Rolle. Angst, Depression, Hilflosigkeit sowie das Gefühl des Kontrollverlustes verstärken die Konzentration auf den Schmerz und stehen damit häufig proaktiven Schmerzbewältigungsstrategien im Weg, was mit Verunsicherung und Frustration auf Seiten der Frauen einhergehen und sich negativ auf deren Lebensqualität auswirken kann. Sozialer Rückzug, geringere Aktivität und vermehrte ärztliche Konsultationen können die Folge sein. Und auch auf Seiten

der Ärzteschaft können anfangs empathische Bemühungen in Frustration und Hilflosigkeit resultieren, wenn keine Ursache der chronischen Schmerzen gefunden bzw. keine Verbesserung dieser erreicht werden kann. Diese Dynamik kann zu einer Beeinträchtigung der Arzt/Ärztin-Patientin-Beziehung führen und mit sich bringen, dass Patientinnen häufig zwischen Ärzt*innen wechseln. Dabei ist eine gute Beziehung von zentraler Bedeutung bei der Behandlung von Patientinnen mit chronischen Schmerzen und es sollten von Anfang an körperliche und psychosoziale Aspekte gleichzeitig betrachtet werden. Hier ist ein integriertes psychosomatisches Vorgehen sinnvoll, das sowohl den Ausschluss bzw. den Nachweis spezieller organischer Erkrankungen als auch psychogene und soziale Faktoren berücksichtigt [Siedentopf et al. 2022].

Die nach einer Diagnosestellung erfolgte Therapie kann zunächst im Rahmen einer psychosomatischen Grundversorgung in der gynäkologischen Praxis erfolgen. Stellt sich hier jedoch kein Erfolg ein oder kann keine Ursache der Beschwerden festgestellt werden, kann eine Überweisung in eine interdisziplinäre Schmerzprechstunde mit multimodalem Behandlungskonzept indiziert sein. Diese zertifizierte Fortbildung gibt Ihnen einen Überblick über häufige Ursachen von insbesondere chronischen Schmerzen in der gynäkologischen Praxis, die oftmals fehldiagnostiziert oder übersehen werden, mit dem Fokus auf Endometriose und Vulvodynie. Die CME-Fortbildung soll zudem vermitteln, ab welchem Punkt eine Überweisung in eine spezialisierte Schmerzprechstunde sinnvoll sein kann.

2 SCHMERZANAMNESE IN DER GYNÄKOLOGISCHEN PRAXIS

Eine sorgfältige Befragung der Patientin hinsichtlich Art, Dauer, Lokalisation und Intensität von Schmerzen ist essenziell, um mögliche Ursachen identifizieren zu können – sowohl bei akut auftretendem als auch chronischem Schmerz. Bei Patientinnen mit chronischen oder auch wiederauftretenden Schmerzen empfiehlt sich eine ausführliche Schmerzanamnese, die ohne Zeitdruck durchgeführt werden kann. Dabei gilt es, die Bedürfnisse der Patientinnen, wie persön-

liche Zuwendung, Verständnis und Ernstnehmen der Beschwerden, zu berücksichtigen [Price et al. 2006].

Einen Überblick über die wesentlichen Punkte der Schmerzanamnese gibt Tabelle 1. Die Verwendung einer Schmerzskala bzw. das kurzzeitige Führen eines Schmerztagebuchs können bei der Diagnosestellung und beim späteren Therapie-Monitoring hilfreich sein.

Tabelle 1: Schmerzanamnese; modifiziert nach [Weidner et al. 2015].

Schmerzlokalisierung (Verwendung der Schmerzskizze nach der Deutschen Gesellschaft für Schmerzmedizin)	Bitte beschreiben Sie mir, wo genau Sie den Schmerz empfinden. Haben Sie das Gefühl, dass der Schmerz ausstrahlt?
Schmerzintensität (visuelle Analogskala [VAS])	Stellen Sie sich eine Skala von 0 bis 10 vor (0 = kein Schmerz; 10 = stärkster, eigentlich unerträglicher Schmerz) – wo würden Sie den Schmerz einordnen?
Einflussfaktoren	Gibt es Aktivitäten oder Einflüsse, die den Schmerz verstärken oder verbessern? Wie ist der Schmerz dann auf dieser Skala? Können Sie selbst etwas tun, um den Schmerz zu verbessern? Was lindert diesen?
Zeitpunkt und -dauer	Wann tritt der Schmerz auf? Gibt es einen Zusammenhang mit der Menstruation? Wie lange hält der Schmerz an? Beschreiben Sie bitte den zeitlichen Ablauf!
Schmerzqualität	Bitte beschreiben Sie mir, wie sich der Schmerz anfühlt! (ggf. Beispiele nennen: stechend, dumpf)
Beginn der Symptomatik, auslösende Situation	Können Sie sich erinnern, wann der Schmerz begonnen hat? Wann war das? Bitte beschreiben Sie diese Lebenssituation. Können Sie den Schmerzbeginn vielleicht sogar mit einer auslösenden Situation in Verbindung bringen?
Biografischer Verlauf des Schmerzes	Ich würde gern den Verlauf des Schmerzes über Ihr Leben verstehen. Bitte erinnern Sie sich, wann dieser stärker oder besser war. (Lebenszeitkurve des Schmerzes)
Soziale Konsequenzen und Lebensqualität (Partnerschaft, Sexualität, Arbeit, Freizeit)	Wobei werden Sie im Alltag durch die Schmerzen behindert? Wie reagiert Ihr*e Partner*in und wie reagieren Ihre Kinder/Kolleg*innen? Wie geht es Ihnen im Alltag damit?
Subjektive Krankheitstheorie	Wodurch – denken Sie – ist Ihr Schmerz verursacht?

Neben dem Schmerz muss die umfassende Anamnese auch die weiteren medizinischen Aspekte (Vorerkrankungen, Operationen, zugrundeliegende Erkrankung etc.) sowie psychische, soziale, familiäre und sexuelle Aspekte (u. a. auch Traumata) berücksichtigen [Weidner et al. 2015].

Basierend auf der Anamnese sowie der allgemeinen körperlichen und gynäkologischen Untersuchung (umfangreiche abdominale und pelvine Examination sowie vaginaler Ultraschall) können weitere diagnostische

Maßnahmen notwendig sein, die sich an der Verdachtsdiagnose orientieren [Siedentopf et al. 2022]. Wenn keine klare somatische Ursache für die Beschwerden festgestellt werden kann, ist für die weitere Behandlung eine interdisziplinäre Zusammenarbeit erforderlich, die eine frühzeitige konsiliarische Untersuchung der Patientin einschließt [Gätje 2013]. In diesem Fall sowie auch bei Patientinnen, bei denen die Behandlung in der gynäkologischen Praxis nicht ausreichend ist, ist die Überweisung in eine gynäkologisch-schmerzmedizinische Schmerzsprechstunde sinnvoll.

3 POTENZIELLE SCHMERZURSACHEN

Schmerzen können durch eine Vielzahl von organischen Erkrankungen verursacht sein, die oft auch in Kombination miteinander auftreten können. In dieser Fortbildung beschränken wir uns auf häufige gynäkologische Ursachen von chronischen Schmerzen.

3.1 CHRONISCHE UNTERBAUCHSCHMERZEN

Chronische Unterbauchschmerzen (CPP, *Chronic Pelvic Pain*) sind häufige Vorstellungsgründe in der gynäkologischen Praxis und können die Lebensqualität von Frauen deutlich einschränken. Epidemiologische Daten sind spärlich und Angaben zur weltweiten Prävalenz von CPP schwanken je nach Literaturquelle zwischen 5,7 und 26,6 % [Ahangari 2014]. Allerdings wird davon ausgegangen, dass die tatsächliche Verbreitung von CPP in der Praxis wesentlich höher ist als aus den

Daten von Studien ersichtlich. Ein Problem bei der Ermittlung der Prävalenz besteht darin, dass es aufgrund der Komplexität des Krankheitsbildes derzeit keine einheitliche, international anerkannte Definition von CPP gibt. Laut deutscher S2k-Leitlinie zeichnet sich CPP durch eine anhaltende Dauer von mindestens sechs Monaten aus und kann in zyklischer, intermittierend-situativer und/oder nichtzyklischer Form auftreten. Biologische und psychosoziale Faktoren spielen eine Rolle bei der Anfälligkeit, Auslösung und Chronifizierung dieses Zustands [Siedentopf et al. 2022].

CPP können auf eine Vielzahl organischer Ursachen zurückzuführen sein, insbesondere auf verschiedene gynäkologische Erkrankungen (siehe Kasten). Aber auch gastroenterologische, urologische, orthopädische, muskuläre, neurologische und psychiatrische Ursachen sind in Betracht zu ziehen [Gätje 2013].

- Endometriose
- Endosalpingiose
- *Adenomyosis uteri*
- Myome
- Polypen
- Intrauterinpeppar
- Chronische Entzündungen
- Adhäsionen
- Adnextumor
- *Ovarian-Remnant-Syndrom*
- *Varicosis pelvis*
- Fehlbildungen des inneren Genitals
- Zervikalstenosen
- *Retroversio uteri*
- Deszensus
- Neoplasie



Eine der häufigsten Ursachen für CPP ist die Endometriose, eine Erkrankung, bei der es zur Ansiedlung von endometriumartigen Läsionen außerhalb des *Cavum uteri* kommt. Obwohl die Endometriose zu den häufigsten gynäkologischen Erkrankungen zählt, liegen derzeit keine verlässlichen Daten zur Verbreitung und Häufigkeit dieser Erkrankung in Deutschland vor [DGGG et al. 2020]. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass sich die Krankheit durch verschiedene Symptome äußern kann. Häufig manifestieren sich die Beschwerden in Verbindung mit dem Menstruationszyklus, insbesondere bei fortgeschrittener Endometriose können jedoch auch Symptome auftreten,

die nicht zyklusabhängig sind. In der frühen Phase präsentiert sich die Erkrankung typischerweise als eine Kombination aus zyklischen Unterbauchschmerzen/Dysmenorrhö und Dyspareunie. Diese Symptome werden oft von eher unspezifischen Beschwerden wie Rücken- oder Flankenschmerzen begleitet und bei starken Schmerzen können auch vegetative Begleitreaktionen wie Übelkeit und Erbrechen auftreten [Becker et al. 2022, DGGG et al. 2020]. Werden die starken, wiederkehrenden Schmerzen nicht ausreichend behandelt, so kann es im Verlauf der Erkrankung zu Veränderungen in der spinalen Schmerzmodulation kommen, einhergehend mit weiteren Symptomen wie

Dysurie und/oder Dyschezie. Es tritt eine spinale Hyperalgesie auf, wobei die Schmerzschwelle herabgesetzt ist und Schmerzen bereits bei leichten Reizen, wie z. B. Berührungen, wahrgenommen werden. Die aufgrund der Schmerzen häufig von den betroffenen Frauen eingenommenen Fehl- und Schonhaltungen können zu einer Dysfunktion des Beckenbodens führen, was die Schmerzen weiter verstärkt. In diesem Stadium der Erkrankung sind die Symptome nicht mehr nur zyklisch bedingt, sondern dauerhaft [Mechsner 2021].

Um einer Chronifizierung der Schmerzen vorzubeugen, ist eine frühe Diagnosestellung mit einhergehender adäquater Therapie (medikamentös/operativ) von großer Bedeutung. Da es sich bei der Endometriose um eine hormonabhängige Erkrankung handelt, ist eine Hormontherapie als Basistherapie anzusehen [Mechsner 2021]. Ziel der Hormontherapie ist eine therapeutische Amenorrhö; andernfalls ist keine adäquate Symptomkontrolle bzw. Beurteilung der Therapie möglich. Hier steht mit Dienogest ein Gestagen für die Erstlinientherapie zur Verfügung. Ist mit diesem Wirkstoff keine ausreichende Schmerzlinderung zu erreichen, so steht mit der Relugolix-Kombinationstherapie seit 2023 ein neues Medikament zur Verfügung, welches in Studien gute Ergebnisse bezüglich der Symptomreduktion aufzeigen konnte [Giudice et al. 2022]. Auch kombinierte orale Kontrazeptiva im Langzyklus werden als alternative Therapien eingesetzt, ihre Anwendung zur Behandlung Endometriose-bedingter Symptome erfolgt jedoch *off-label* [DGGG et al. 2020]. Durch eine frühzeitige adäquate Therapie verbessern sich häufig die Schmerzen und der Bedarf an Schmerzmitteln verringert sich, wodurch der Chronifizierung von Schmerzen vorgebeugt werden kann.

Allerdings vergehen vom Auftreten der ersten Symptome bis zur Diagnosestellung im Mittel zehn Jahre [Hudelist et al. 2012]. Diese Verzögerung hat vielfältige Gründe, wie z. B. die Stigmatisierung und auch Trivialisierung von Menstruationsbeschwerden. So wird von der Gesellschaft häufig suggeriert, dass Schmerzen während der Menstruation normal sind. Mädchen/Frauen, die von starken Schmerzen betroffen sind, versuchen diese dann durchzustehen und holen sich häufig erst zu spät professionelle Hilfe [Seear 2009]. Leider werden Endometriose-bedingte Symptome

auch im medizinischen Umfeld häufig als normal angesehen. In einer Umfrage unter mehr als 4.000 Frauen, bei denen Endometriose diagnostiziert wurde, berichteten beinahe zwei Drittel (63 %), dass sie vor ihrer Diagnose mindestens einmal die ärztliche Aussage erhalten hatten, dass mit ihnen alles in Ordnung sei [Greene et al. 2009]. Auch Fehldiagnosen sind keine Seltenheit: In einer zwischen 2010 und 2012 durchgeführten Umfrage berichteten 74 % der befragten Frauen, dass sie vor ihrer korrekten Endometriose-Diagnose mindestens eine Fehldiagnose erhalten hatten [Hudelist et al. 2012]. Viele der Symptome können auch bei anderen gynäkologischen Erkrankungen auftreten, was das Stellen einer Diagnose häufig erschwert. Früher galt die Laparoskopie als Goldstandard. Heutzutage ist sie für die Diagnose standardmäßig jedoch nicht mehr erforderlich und dies hat auch schon Einzug in die europäischen Leitlinien gehalten. Die deutsche Endometriose-Leitlinie wird zurzeit aktualisiert und vermutlich im Herbst 2024 veröffentlicht. Dann wird die Laparoskopie nicht mehr als Goldstandard/Voraussetzung für die Diagnose angesehen. Stattdessen kann die Diagnose auf Basis klinischer Symptome und bildgebender Diagnostik erfolgen. Klinische Beschwerden wie Dysmenorrhö, Dyspareunie, Dysurie, Dyschezie etc. können auf Endometriose hinweisen und diagnostisch durch eine gynäkologische Untersuchung sowie bildgebende Verfahren wie transvaginale Sonografie oder Magnetresonanztomografie (MRT) ergänzt werden. Bei Verdacht auf Endometriose kann zunächst eine empirische medikamentöse Therapie (meist hormonell; s. oben) angeboten werden. Verbessern sich die Symptome durch die Behandlung, lässt sich annehmen, dass die Endometriose die Hauptursache der Beschwerden ist. Eine Laparoskopie wird nur noch für Patientinnen mit negativer Bildgebung und/oder solche Patientinnen empfohlen, bei denen eine empirische Behandlung nicht erfolgreich war bzw. nicht angemessen ist [Becker et al. 2022]. Dieser Paradigmenwechsel zielt darauf ab, die Zeit bis zur Diagnose und adäquaten Therapie zu verkürzen und damit einer Chronifizierung der Schmerzen vorzubeugen.

CPP kann auch eine Folge von Entzündungen im Beckenraum sein. So wird geschätzt, dass ca. 30 % der Frauen nach einer akuten Adnexitis CPP, Adhäsionen oder chronisch-rezidivierende Adnexitiden entwickeln.

Sollte ein chronisch-entzündlicher Prozess als Schmerzursache vermutet werden, ist es ratsam, diese Verdachtsdiagnose frühzeitig durch eine Laparoskopie zu bestätigen und anschließend eine medikamentöse Behandlung einzuleiten [Gätje 2013]. Es besteht noch Unsicherheit darüber, welche Rolle Adhäsionen spielen, da bisher kein evidenzbasierter Zusammenhang zwischen Adhäsionen und der Entstehung von CPP nachgewiesen werden konnte. Viele Frauen bleiben trotz des Vorhandenseins von Verwachsungen beschwerdefrei und es ließ sich auch keine Korrelation zwischen der Ausprägung der Adhäsionen und der Stärke der empfundenen Schmerzen nachweisen [Siedentopf et al. 2022]. Trotzdem lässt sich nicht ausschließen, dass Adhäsionen in einzelnen Fällen CPP verursachen können. Wird ein potenzieller Zusammenhang zwischen dem Schmerz und Adhäsionen angenommen, so kann unter Umständen eine laparoskopische Adhäsiole in Betracht gezogen werden [Gätje 2013], wobei deren Wirksamkeit in den meisten Fällen nur von kurzer Dauer ist und daher keine langfristige Lösung darstellt [van den Beukel et al. 2017].

3.2 VULVODYNIE

Der Begriff Vulvodynie bezeichnet Schmerzen im Bereich der Vulva, die ohne erkennbare Ursache sind und seit mindestens drei Monaten bestehen. Die Schmerzen treten dabei in Verbindung mit verschiedenen anderen Faktoren auf, wie z. B. muskuloskelettalen und neurologischen Einflüssen, begleitenden Schmerzsyndromen wie das Fibromyalgie-Syndrom und das Reizdarmsyndrom sowie psychosozialen Faktoren [Bornstein et al. 2016]. Das Hauptsymptom ist ein brennender Schmerz, es werden jedoch auch viele andere Empfindungen berichtet, wie z. B. Stechen, Jucken, Trockenheits- oder Wundgefühl [van der Meijden et al. 2017]. Dabei wird zwischen generalisierter (an der gesamten Vulva und Perianalregion) oder lokalisierter Form (z. B. Vestibulodynie, Klitoridynie) sowie zwischen provozierte (nur nach einer Berührung) bzw. spontaner Vulvodynie unterschieden, wobei auch Mischformen auftreten können [Bornstein et al. 2016, Siedentopf et al. 2022, van der Meijden et al. 2017].

Obwohl Schmerzen das Hauptmerkmal der Vulvodynie sind, wirkt sich die Störung weitreichend aus. Penetrierender Geschlechtsverkehr ist oft unmöglich, sodass die Erkrankung mit einer Verringerung des sexuellen Verlangens, der Erregung und der Zufriedenheit einhergeht und sich negativ auf Intimität und Partnerschaft auswirkt [Bergeron et al. 2014]. Die genaue Ursache der Erkrankung ist bisher nicht vollständig verstanden, es wird jedoch davon ausgegangen, dass eine Kombination verschiedener Faktoren, sowohl biologischer als auch psychosozialer Natur, zur Entwicklung und Aufrechterhaltung der Erkrankung beiträgt. Demnach handelt es sich um eine somatoforme Schmerzstörung als Folge eines komplexen Zusammenspiels von peripheren und zentralen Schmerzmechanismen mit erhöhter Muskelspannung im Beckenbereich sowie affektiven und interpersonellen Faktoren [Siedentopf et al. 2022]. Fast immer sind starke psychosoziale Faktoren (z. B. Gewalterfahrung) beteiligt, welche sowohl in der jüngsten Vergangenheit als auch seit langer Zeit bestehen oder bestanden haben [Mendling 2019].

Es wird geschätzt, dass etwa 8 – 10 % der Frauen an Vulvodynie leiden, wobei die Mehrheit dieser Gruppe von provozierte Vestibulodynie betroffen ist [Bergeron et al. 2020]. In den meisten Fällen haben betroffene Frauen bereits eine langwierige Leidensgeschichte durchgemacht und es dauert in der Regel mehrere Jahre, bis eine korrekte Diagnose gestellt wird, wenn dies überhaupt geschieht. Fehldiagnosen sind nicht selten und die Betroffenen werden aufgrund dessen häufig falsch und unnötig behandelt. So fällt in der Anamnese oft auf, dass Frauen mit Vulvodynie häufig über wiederholte antibiotische Therapien aufgrund von Harnwegsinfekten berichten. Das anhaltende Brennen wird fälschlicherweise als bakterielle Infektion diagnostiziert und anschließend erfolglos mittels Antibiotika therapiert. Nicht selten wird auch eine Pilzinfektion angenommen und eine Behandlung mit lokalen Antimykotika durchgeführt – häufig sogar mehrfach, obwohl die Beschwerden dadurch nicht verschwinden [Mendling 2019]. Insbesondere die medizinische Vorgeschichte kann daher dabei helfen, Vulvodynie bei Frauen mit entsprechenden Symptomen

zu identifizieren. Entscheidend für die Diagnosestellung ist eine ausführliche allgemeine und gynäkologische Anamnese, die speziell Aspekte zu Schmerzentstehung und -verlauf, Sexualität und Partnerschaft, psychosozialen Faktoren und Komorbiditäten berücksichtigt. Viele Frauen mit Vulvodynie leiden auch unter anderen, möglicherweise verwandten Schmerz- oder Überempfindlichkeitszuständen. Das gezielte Befragen von Frauen, die Symptome von Vulvodynie aufweisen, hinsichtlich dieser Störungen kann die Genauigkeit der Diagnose erhöhen. So leiden Frauen mit Vulvodynie häufiger auch an chronischer Fatigue, Migräne, Rückenschmerzen, Spannungskopfschmerzen, Endometriose, Fibromyalgie, interstitieller Zystitis, Reizdarm und/oder temporomandibulärer Dysfunktion. Zusätzlich sind psychische Erkrankungen wie Depression

und Angstzustände bei Frauen mit Vulvodynie häufiger vorzufinden [Bergeron et al. 2020]. Neben der Anamnese beinhaltet die Diagnostik noch die gynäkologische Untersuchung und die Untersuchung verschiedener Laborparameter. Im Rahmen der gynäkologischen Examination ist der Wattestäbchentest durchzuführen, um so die schmerzsensiblen Areale zu lokalisieren. Dabei werden vorsichtig, mit einem Wattestäbchen, einzelne Bereiche/Stellen der Vulva berührt und die Patientin gibt ihre schmerzempfindlichen Regionen an. Die Ergebnisse der Untersuchungen können dazu beitragen, andere potenzielle Ursachen von Vulvaschmerzen auszuschließen, wie z. B. Infektionskrankheiten oder genitale Symptome der Menopause. In Abbildung 1 ist ein Algorithmus zur diagnostischen Abklärung dargestellt.

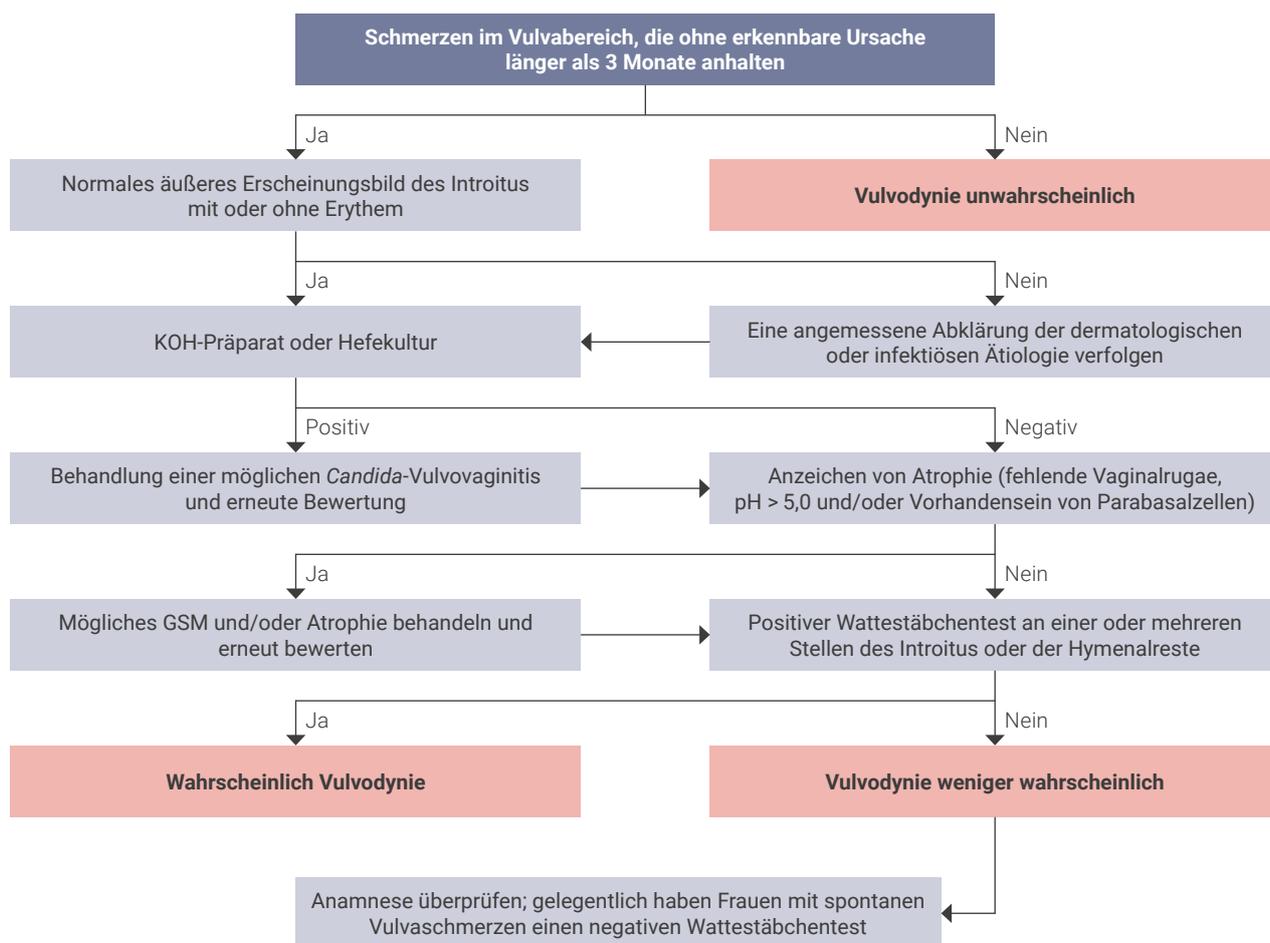


Abbildung 1: Diagnostischer Algorithmus für Vulvodynie; modifiziert nach [Bergeron et al. 2020]. GSM: Genitourinäres Syndrom der Menopause; KOH: Kaliumhydroxid.

Es besteht kein allgemeiner Konsens über die Behandlung der Vulvodynie, sodass evidenzbasierte Therapieempfehlungen fehlen. Im Allgemeinen erfordert die Vulvodynie jedoch eine multimodale Behandlungsstrategie, die für verschiedene Patientinnen unterschiedlich aussehen kann. Zu den Haupttherapiemaßnahmen gehören Psychoedukation, Verhaltenstherapie sowie das Erkennen von Ressourcen und Stressoren. Ein wesentlicher Aspekt ist, dass

die Patientin sich ernst genommen fühlt und über ihre Erkrankung aufgeklärt wird. Die Patientin leistet durch eigenes Arbeiten an Stressoren bzw. Auslösern die Hauptarbeit; entsprechende Selbsthilfemaßnahmen mit praktischen Tipps, die oft dazu beitragen, die Beschwerden zu verringern, sind in Tabelle 2 aufgeführt. Zur Beibehaltung der Maßnahmen und Motivation der Patientin ist wiederum oft eine multimodale Unterstützung durch Fachpersonal notwendig.

Tabelle 2: Tipps zur Selbsthilfe bei Vulvodynie; modifiziert nach [NVA 2024].

Kleidung und Wäsche	Hygiene	Geschlechtsverkehr	Körperliche Aktivität
<ul style="list-style-type: none"> • Weiße Baumwollunterwäsche • Lockere Hosen oder Röcke • Keine Strumpfhosen • Nasse Badeanzüge und Sportkleidung sofort ersetzen • Dermatologisch getestete Waschmittel (keine Weichspüler für Unterwäsche) 	<ul style="list-style-type: none"> • Weiches, unparfümiertes Toilettenpapier • Lauwarme oder kühle Sitzbäder • Schaumbäder, Seifen, parfümierte Cremes etc. vermeiden • Reinigung der Vulva nur mit Wasser • Miktion, bevor Blase vollständig gefüllt ist • Spülen nach Miktion • Binden oder Tampons aus 100 % Baumwolle 	<ul style="list-style-type: none"> • Wasserbasiertes Gleitmittel • Lokalanästhetika • 15 Minuten lang gefrorenes Gel-Pack in einem Handtuch auf Vulva auflegen, um Brennen nach Geschlechtsverkehr zu lindern • Spülen der Vulva nach Geschlechtsverkehr • Vermeidung von Verhütungscremes 	<ul style="list-style-type: none"> • Übungen vermeiden, die direkten Druck auf Vulva ausüben (z. B. Fahrradfahren) • Stark chlorhaltige Pools vermeiden • Whirlpools vermeiden • Fitnesskurs wie Yoga nutzen, um Dehnungs- und Entspannungsübungen zu erlernen

Neben dem Besprechen allgemeiner Verhaltensanpassung zählen nichtmedikamentöse Maßnahmen, wie physiotherapeutische Übungen zur Entspannung der Beckenmuskulatur, zu den wesentlichen Behandlungselementen. Die Schmerztherapie nimmt vor allem eine stützende Rolle ein, bis die Umsetzung der konservativen Maßnahmen fruchtet. So kann z. B. die transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS) erwogen werden (s. Kapitel 4.5). Medikamentös können lokale Behandlungen wie die Anwendung von Lokalanästhetika oder topischen Cremes mit z. B. Amitriptylin, Baclofen, Phenytoin oder Ketamin versucht werden, auch wenn die Evidenz derzeit gering ist. Ähnlich ist die Situation bei der systemischen Therapie: Hier können u. a. Neuroleptika wie Gabapentin und Pregabalin ausprobiert werden, allerdings werden auch hier mehr klinische Studien zur Bewertung der Evidenz benötigt [Siedentopf et al. 2022].

3.3 SCHMERZEN BEI ONKOLOGISCHEN ERKRANKUNGEN

Schmerzen sind bei onkologischen Erkrankungen ein häufiges Symptom und können je nach Tumorart bereits in frühen Stadien auftreten. Je weiter fortgeschritten die Erkrankung ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit für eine Schmerzsymptomatik. Über alle Stadien hinweg liegt die Schmerzprävalenz bei onkologischen Erkrankungen laut einer populationsbasierten Studie aus den Niederlanden bei 53 % [van den Beuken-van Everdingen et al. 2007]. Schmerzen können sowohl durch den Tumor selbst als auch durch die onkologische Therapie bedingt sein. Tumorbedingte Schmerzen können durch direkte Schädigung von Nervenstrukturen durch den Primärtumor oder Metastasen auftreten, beispielweise nach Infiltration oder Kompression von Nerven-, Blut- und Lymphgefäßen [Zimmermann 2013].

Auch die onkologische Behandlung kann zu Schmerzen führen, hauptsächlich die durch Strahlentherapie verursachte Neuropathie, die postoperative Neuralgie und die durch Chemotherapie ausgelöste Polyneuropathie. So können fibrotische Veränderungen, die durch eine Strahlentherapie ausgelöst werden, zu Schäden an den peripheren Nerven führen und neuropathische Schmerzen verursachen. Diese Schmerzen können sich teilweise erst Monate oder sogar Jahre nach der Bestrah-

lung manifestieren [Delanian et al. 2012]. Tumorbedingte Operationen können durch Nervenläsion, Ödem, Vernarbung etc. zu Schmerzen führen und auch im Rahmen einer Chemotherapie können mehrere schmerzauslösende Mechanismen auftreten (Entzündung, Paravasat, Mukositis, Neuropathie) [Zimmermann 2013]. Die Behandlung von tumorbedingten bzw. therapiebedingten Schmerzen sollte interdisziplinär unter Einbeziehung von Schmerztherapeut*innen erfolgen.

4 SCHMERZTHERAPIE IN DER GYNÄKOLOGISCHEN PRAXIS

Die medizinische Behandlung sollte sich mit der zugrundeliegenden Ursache der Schmerzen befassen und, wo möglich, sollte in jedem Fall eine Kausaltherapie durchgeführt werden. Wenn die Behandlung unzureichend oder die Ursache der Schmerzen unklar ist, kann eine Linderung der Symptome mittels medikamentöser Schmerztherapie versucht werden. Häufig ist die Kombination mehrerer Therapieansätze sinnvoll. Zudem sollte in bestimmten Fällen eine Überweisung zu einer Schmerzsprechstunde in Betracht gezogen werden (s. Kapitel 6).

4.1 NICHT-OPIOIDANALGETIKA

Nicht-Opioidanalgetika stellen gemäß des Stufenschemas der *World Health Organization* (WHO) in der symptomatischen Behandlung von Schmerzen die erste Stufe dar. Das Schmerzmedikament kann dabei mit einem anderen Wirkstoff kombiniert werden, wie beispielsweise Antidepressiva oder Antikonvulsiva. Die Analgetika können bei richtiger Anwendung und Dosierung eine sehr gute Analgesie bewirken. Die Subgruppe der nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR) ist allerdings in der Langzeittherapie häufig mit gastrointestinalen Nebenwirkungen verbunden. Eine Ausnahme davon sind die Coxibe, welche sich in der Gruppe der NSAR durch ein geringeres Risiko für gastrointestinale Nebenwirkungen auszeichnen [Zimmermann 2013]. Ein weiteres Risiko bei einer jahrelangen Einnahme von Nicht-Opioidanalgetika ist die Entwicklung einer Analgetikanephropathie [Keen und Aeddula 2023].

Daher sollten diese Wirkstoffe möglichst nicht dauerhaft eingesetzt werden und eine Langzeittherapie sollte nur in Einzelfällen in Betracht gezogen werden. Bei Patientinnen mit CPP kann bei Schmerzexazerbation eine zeitlich befristete (1 – 8 Tage) symptomatische Therapie mit Metamizol, Paracetamol oder NSAR inkl. Coxibe erwogen werden [Siedentopf et al. 2022]. Es ist jedoch anzumerken, dass Paracetamol in mehreren Placebo-kontrollierten Studien keine oder keine klinisch relevante Wirksamkeit zur Behandlung chronischer Schmerzen zeigte [Ennis et al. 2016]. Obwohl die Anzahl an Studien zur Behandlung von Endometriosebedingten Schmerzen begrenzt ist [Brown et al. 2017], deutet einiges darauf hin, dass nozizeptive Schmerzen, die zu Beginn der Endometriose auftreten, wahrscheinlich effektiv mit Nicht-Opioidanalgetika behandelt werden können. Dies könnte möglicherweise dazu beitragen, Komplikationen im Zusammenhang mit chronischen Schmerzen zu verhindern. Als mögliche Optionen kommen Ibuprofen, Metamizol und/oder Naproxen in Betracht, wobei sich letzteres insbesondere dadurch auszeichnet, dass es unter den NSAR mit den geringsten kardiovaskulären Nebenwirkungen verbunden ist [Bhala et al. 2013]. Die infrage kommenden Nicht-Opioidanalgetika sollten frühzeitig in geringer Dosierung, dafür aber regelmäßig nach einem festen Schema über die Schmerztage genommen werden. Es ist nicht ratsam, darauf zu warten, bis der Schmerz unerträglich wird. Dies führt dazu, dass betroffene Frauen hohe Dosierungen einnehmen müssen, bevor eine Linderung der Schmerzen erreicht werden kann [Mechsner 2021].

4.2 OPIOIDE

Wenn Medikamente der Stufe 1 gemäß dem WHO-Schema nicht mehr ausreichend sind, kann in bestimmten Fällen die Anwendung von Opioiden zur Schmerzbehandlung in Erwägung gezogen werden. Grundsätzlich sollten Opioide mit einem Analgetikum der Stufe 1 (NSAR oder Metamizol) kombiniert werden, um das Nebenwirkungsrisiko durch die hohen benötigten Dosen einer Monotherapie zu reduzieren. Als Monotherapie kommen Opioide nur in Ausnahmefällen zum Einsatz. Es wird zwischen schwach wirksamen (wie Codein, Tramadol und Tilidin/Naloxon) und stark wirksamen Opioiden (wie Morphin, Oxycodon und Hydromorphon) unterschieden. Zusätzlich zur agonistischen Wirkung auf den μ -Opioidrezeptor fungiert Tramadol im Unterschied zu Tilidin auch als Wiederaufnahmehemmer von Serotonin und Noradrenalin und ist zur Therapie von *Mixed Pain*, also gemischten nozizeptiven und neuropathischen Schmerzen geeignet [Subedi et al. 2019]. Es besteht daher ein entscheidender Unterschied in der Wirkweise beider Substanzen, den es zu berücksichtigen gilt, je nachdem welche Art von Schmerzen behandelt werden soll. Eine ausführliche Anamnese hilft, Fehler in der Anwendung zu vermeiden und darauffolgende Frustration zu verhindern. Der Einsatz von Opioiden spielt besonders in der Therapie von tumorbedingten Schmerzen eine entscheidende Rolle [Horlemann und Schürmann 2022]. Hingegen sollte die kurz-, mittel- und langfristige Anwendung opioidhaltiger Analgetika bei Patientinnen mit nicht tumorbedingten Schmerzen auf solche mit einem nach ärztlicher/psychologischer/physiotherapeutischer Einschätzung relevanten somatischen Anteil an der Schmerzentstehung und -aufrechterhaltung sowie unzureichendem Ansprechen auf andere Therapien beschränkt werden [Häuser et al. 2022]. Daher kann bei Patientinnen mit CPP, deren Erkrankung relevante somatische Krankheitsfaktoren aufweist, ein individueller Therapieversuch mit Opioiden erwogen werden [Siedentopf et al. 2022]. Laut Leitlinie zur Endo-

metriose kann eine Therapie mit Opioiden bei einer ausgeprägten nozizeptiven Schmerzkomponente in Erwägung gezogen werden, wie es z. B. bei tief infiltrierender Endometriose der Fall sein kann [DGGG et al. 2020]. Grundsätzlich sollte jedoch beachtet werden, dass eine Behandlung mit Opioiden bei chronischen nicht tumorbedingten Schmerzsyndromen nicht als Monotherapie durchgeführt wird. Selbsthilfeangebote und physikalische und/oder physiotherapeutische und/oder psychotherapeutische Verfahren (einschließlich Aufklärung der Patientinnen) und/oder Lebensstilmodifikation sollen die medikamentöse Schmerztherapie ergänzen [Häuser et al. 2022]. Aufgrund der potenziellen Risiken einer Langzeittherapie mit Opioiden ist es ratsam, eine schmerztherapeutischen Begleitung in Betracht zu ziehen.

4.3 CANNABINOIDE

Cannabinoide haben zunehmendes Interesse als Therapieoption für chronische Schmerzen geweckt, insbesondere bei neuropathischen Schmerzen, die sich scheinbar gut mit Cannabinoiden behandeln lassen [Horlemann und Schürmann 2024]. Allerdings gibt es bisher keine randomisierten klinischen Studien, die die Wirksamkeit von Cannabinoiden bei der Behandlung von Frauen mit gynäkologisch bedingten chronischen Schmerzen untersucht haben [Mistry et al. 2022]. Basierend auf Umfragen unter Patientinnen mit Endometriose-bedingten Schmerzen zeigt sich, dass Cannabisgebrauch Schmerzen reduzieren und auch Endometriose-assoziierte Schlaf- und Stimmungssymptome beeinflussen kann [Sinclair et al. 2023, Sinclair et al. 2021]. Aufgrund des Mangels an klinischen Studien kann bisher jedoch keine allgemeine Empfehlung zur Schmerztherapie für Frauen mit CPP ausgesprochen werden. Dennoch wird in den Leitlinien darauf hingewiesen, dass ein individueller Therapieversuch mit cannabisbasierten Arzneimitteln in Betracht gezogen werden kann [Siedentopf et al. 2022].

FALLBERICHT 1: 29-JÄHRIGE PATIENTIN MIT BEKANNTER ENDOMETRIOSE

Die in dem Fallbericht beschriebenen Behandlungen können *Off-Label*-Therapien enthalten, die jedoch der gängigen Praxis entsprechen.



Es bestanden seit der Menarche perimenstruelle Unterbauchschmerzen, welche sich über die Jahre auch außerhalb der Periodenblutung zeigten. Mittlerweile treten die Schmerzen täglich auf, während der Periode oder des Eisprungs jedoch deutlich verstärkt. **Auf der numerischen Analogskala gab die Patientin für den krampfartigen Schmerz während der Periode 9/10 an**, für den Dauerschmerz mit eher brennendem Charakter 5/10. Wegen bestehender Dyspareunie sei das Sexualleben aktuell komplett zum Erliegen gekommen. Die in mehreren Kliniken ausgedehnten Endometriosesanierungen hatten teils kurzzeitig Linderung verschafft, jedoch nie langfristig. Eine symptomatische Therapie der Endometriose wurde mittels Dienogest versucht, jedoch nicht vertragen, daher nutzt die Patientin eine Kombinationspille im Langzyklus. Hierunter seien die Periodenschmerzen wegen des Langzyklus gebessert, nicht jedoch während der Pillenpause alle drei Monate.

In der gynäkologischen Untersuchung zeigten sich bis auf ein negatives *Sliding Sign* sowie starke Darm- und Luftüberlagerung keine Auffälligkeiten. Die psychische und Sozialanamnese ergab abgesehen von der Erkrankung keine Auffälligkeiten. In Bezug auf Schmerzmittel hatte die Patientin bisher folgende

Präparate frustrierend versucht: Ibuprofen, Paracetamol, Buscopan, Naproxen, Oxycodon und Novalgin. Anamnestisch zeigte sich jedoch lediglich eine bedarfsweise Einnahme dieser Medikamente mit unzureichender Schmerzlinderung. Eine Umstellung der symptomatischen Therapie wurde vorgeschlagen, jedoch von der Patientin abgelehnt. Stattdessen wurde eine Dauerschmerztherapie mittels Metamizol-Tabletten 500 mg (dreimal täglich) und Tramadol-Retardtabletten 50 mg (zweimal täglich) empfohlen. **Während der Periode sollten bei Bedarf Metoclopramid/Buscopan eingenommen und die Metamizol-Dosis bedarfsweise auf bis zu sechs Tabletten angepasst werden. Zusätzlich wurden das Führen eines Ernährungstagebuchs und eine an Endometriose angepasste Ernährung sowie regelmäßige Entspannungs- und Bewegungsverfahren empfohlen.**

In den Folgeterminen zeigten sich die Schmerzen jeweils deutlich gebessert, durch Tramadol konnte vor allem der reißende brennende Schmerz deutlich gelindert werden. Dies ermöglichte es, mit Rehasport zu beginnen, welcher der Patientin ebenfalls sehr gut geholfen hat. In weiteren Folgeterminen zeigte sich eine adäquate Schmerzkontrolle (Dauerschmerz 1 – 2/10, Periodenschmerz 3 – 5/10).

4.4 LOKALTHERAPIEN

Wirkstoffe, die topisch angewendet werden, bieten klare Vorteile hinsichtlich systemischer Nebenwirkungen. Neuropathische Schmerzen lassen sich mit ihnen gut behandeln. Dazu gehört beispielsweise die topische Anwendung einer „Ambroxol 20 % Vaginalcreme“ auf Basis einer verdünnten Creme, wobei es wichtig ist, dass die Basiscreme die Schleimhäute nicht austrocknet. Weitere Wirkstoffe sind individuell denkbar, hierzu zählen z. B. Amitriptylin, Baclofen, Gabapentin, Lidocain und Ketamin [Kocot-Kępska et al. 2021]. Auch bei der Behandlung der Vulvodynie können diese verschiedenen topischen Präparate und Präparatkombinationen zum Einsatz kommen, wobei immer darauf geachtet werden muss, dass diese potenziell auch Irritationen hervorrufen können.

4.5 TRANSKUTANE ELEKTRISCHE NERVENSTIMULATION (TENS)

Die TENS ist eine nichtpharmakologische Schmerztherapie, bei der elektrische Impulse durch die Haut geleitet werden. Neben der transkutanen Anwendung mittels Klebeelektroden stehen auch vaginale Sonden in verschiedenen Größen zur Verfügung. Das Ziel ist die Beeinflussung der Schmerzwahrnehmung und die Modulation von Schmerzsignalen. Grundsätzlich sollte die TENS nicht als alleinige Therapie, sondern als Bestandteil einer multimodalen Therapie verstanden werden. So konnte in einer randomisierten klinischen Studie mit 101 Frauen, die an tief infiltrierender Endometriose litten, gezeigt werden, dass die TENS in Kombination mit einer Hormontherapie eine effektive ergänzende Option zur Schmerzkontrolle darstellt. Die

Ergebnisse dieser Studie deuten auf eine signifikante Reduktion von CPP und tiefergehender Dyspareunie hin. Zudem wurde eine Verbesserung der Lebensqualität und der sexuellen Funktion bei den Patientinnen festgestellt [Mira et al. 2020]. Die aktuelle deutsche Leitlinie zur Endometriose rät dazu, die TENS als Therapieoption bei Beckenbodendysbalance zu erwägen [DGGG et al. 2020]. Mehrere klinische Studien haben zudem

gezeigt, dass eine TENS hilft, Schmerzen im Zusammenhang mit Vulvodynie zu lindern [Murina et al. 2008, Murina et al. 2018, Vallinga et al. 2015], wobei das Ausmaß der Schmerzverbesserung vermutlich von den ausgewählten Stimulationsparametern (Frequenz und Pulsdauer) abhängt [Murina et al. 2023]. Weitere Studien sind daher notwendig, um das optimale Protokoll zu identifizieren.

FALLBERICHT 2: 22-JÄHRIGE PATIENTIN MIT VESTIBULODYNIE

Die in dem Fallbericht beschriebenen Behandlungen können *Off-Label*-Therapien enthalten, die jedoch der gängigen Praxis entsprechen.



Die Patientin stellte sich in der Notfallambulanz mit Verdacht auf Vulvodynie nach wiederkehrender Vulvovaginitis vor, wobei gynäkologische Untersuchungen und Abstriche keine pathologischen Befunde ergaben. **Bei Erstvorstellung in der Schmerzsprechstunde berichtete die Patientin über seit zwei Jahren bestehende brennende, einschießende Schmerzen, welche deutlich progredient seien.** Mehrfache Antibiotika- und Lokalthapien bei Verdacht auf Pilzinfektion seien erfolglos durchgeführt worden. Geschlechtsverkehr sei aktuell wegen der Schmerzen und konsekutivem Verkrampfen im Beckenbodenbereich nicht mehr möglich. Die Beckenbodenmuskulatur zeigte sich palpatorisch insgesamt stark verhärtet und deutlich druckdolent. Im Wattestäbchentest konnten Schmerzpunkte im Bereich der Beckenbodenmuskulatur sowie des *Vestibulum vaginae* rechts wie links lokalisiert werden. Primär wurde mit der Patientin eine Dauermedikation bei starkem Leidensdruck und dem Verdacht auf nicht provozierte lokalisierte Vestibulodynie besprochen. **Es wurde mit Amitriptylintropfen (drei zur Nacht) sowie Pregabalin (25 mg; 1 – 0 – 1) begonnen. Weiterhin wurden das biopsychosoziale Schmerzmodell und die Schmerzentstehung sowie -chronifizierung mit der Patientin besprochen. Regelmäßige Bewegung, Entspannungsverfahren sowie Beckenbodendehnübungen wurden empfohlen.**

Beim Folgetermin berichtete die Patientin, dass sie die Entspannungs- und Bewegungsübungen bisher nicht durchgeführt habe, da die medikamentöse Therapie eine geringe Besserung zeigte. Daher wurde

die Pregabalin-Dosis gesteigert. Es erfolgte erneut eine Empfehlung zu Entspannungs- und Bewegungsverfahren sowie Beckenbodenübungen. Zum nächsten Termin zeigte sich, dass die Dosissteigerung von Pregabalin ohne Wirkung geblieben war, weswegen die Medikation wieder reduziert wurde. Eine Lokalthapie bei Schmerzexazerbation sowie das Weiterführen der Dauermedikation und das Durchführen der nichtpharmakologischen Maßnahmen wurden empfohlen. Die Patientin stellte sich in den nächsten Monaten in verschiedenen anderen Zentren vor. Dort wurden eine Vestibulektomie, eine Lokalthapie mittels einer Salbe aus Baclofen/Phenytoin sowie lokale Kortikosteroide empfohlen. Bei der Vorstellung in der Schmerzsprechstunde berichtete die Patientin über diese frustranen Therapien. Von der Vestibulektomie wurde deutlich abgeraten. Der Zusammenhang zur bestehenden Beckenbodenproblematik wurde erneut besprochen und **es wurde eine TENS-Therapie verordnet.** Im TENS-Versuch zeigte sich ein Ansprechen der Schmerzen auf eine Frequenz von 25 Hz und eine Stromstärke von 20 – 25 mA. Es wurden erneut Beckenbodenübungen sowie Entspannungsverfahren empfohlen.

Beim nächsten Termin zeigte sich die Patientin weitgehend schmerzfrei. TENS sowie Beckenbodenübungen wurden seitdem regelmäßig angewendet. Auch in den Folgekontrollen zeigte sich eine adäquate Schmerzkontrolle, bis sich nach sechs Monaten TENS-Anwendung eine komplette Schmerzfreiheit erreichen ließ.

5 MULTIMODALE THERAPIE

Bei der Behandlung von Frauen mit chronischen Schmerzen ist häufig ein multimodales, interdisziplinäres Vorgehen indiziert. Neben der Basistherapie der Erkrankung und einer Schmerztherapie können je nach Art der Erkrankung und je nach Erkrankungsstadium verschiedene Optionen infrage kommen, die individuell auf die Patientin und deren Schmerzprofil abgestimmt werden. So sollte die multimodale Behandlung von Frauen mit Vulvodynie gleichzeitig mindestens drei der folgenden Therapieverfahren beinhalten: Psychotherapie, spezielle Physiotherapie, Entspannungsverfahren, Ergotherapie, medizinische Trainingstherapie, sensomotorisches Training, Arbeitsplatztraining, Kunst- und Musiktherapie oder sonstige übende Therapien sowie Biofeedbacktherapie [Mendling 2014]. Und auch bei Frauen mit CPP ist eine multimodale Vorgehensweise anzuraten. Da chronische Schmerzen oft Auswirkungen auf den Bewe-

gungsapparat haben, kann hier auf Maßnahmen wie Physiotherapie, Entspannungstechniken und Osteopathie zurückgegriffen werden. Dabei ist insbesondere eine Beckenboden-spezifische Physiotherapie zu empfehlen, vor allem wenn ein veränderter Muskeltonus und/oder schmerzhafte Triggerpunkte im Bereich der Beckenmuskulatur vorliegen. Psychologische Intervention, kognitive Verhaltenstherapie, Schmerzmanagement, Sexualtherapie und Psychoedukation sind insbesondere bei Frauen mit Vulvodynie indiziert, aber auch Frauen mit CPP können von einer psychologischen Begleitung profitieren. So kann eine Psychotherapie dabei helfen, die Schmerzen besser zu bewältigen und komorbide Störungen wie Angststörungen sowie Depression zu verbessern [Siedentopf et al. 2022]. Eine multimodale Therapie kann auch im Rahmen einer interdisziplinären Schmerzsprechstunde umgesetzt werden.

6 BEISPIELHAFTE INTERDISZIPLINÄRE SCHMERZSPRECHSTUNDE

In Deutschland gibt es derzeit keine einheitlich standardisierten Schmerzsprechstunden, wodurch sich die Angebote und Konzepte von Einrichtung zu Einrichtung stark unterscheiden können. Durch die Kombination verschiedener medizinischer Fachrichtungen können Patient*innen umfassender behandelt werden, was zu einer Verbesserung der Versorgung und einer effektiveren Schmerztherapie führen kann. Die im Folgenden beschriebene interdisziplinäre Schmerzsprechstunde, die aus einem Gynäkologen und einem Schmerztherapeuten besteht, kann beispielhaft verdeutlichen, welche möglichen Vorteile diese Zusammenarbeit bieten kann.

Im Rahmen der interdisziplinären gynäkologischen Schmerzsprechstunde wird eine strukturierte Evaluation durchgeführt. Die Schwerpunkte liegen in der

Abklärung der häufigsten gynäkologischen Ursachen mit spezifischer Expertise in der Therapie der Endometriose, Vulvodynie, Lichen und anderen Erkrankungen. Parallel dazu erfolgt eine umfassende Abklärung weiterer, nicht gynäkologischer Schmerzsyndrome, die oft als Komorbiditäten auftreten, wie beispielsweise Migränekopfschmerzen und Rückenschmerzen.

Eine interdisziplinäre Schmerzsprechstunde kann entscheidende Vorteile bieten, die zur Verbesserung der Patientinnenversorgung beitragen können. So ist im Vergleich zu niedergelassenen Praxen mehr Zeit vorhanden, um Patientinnen zu betreuen. Durch die Anwendung eines neuen Blickwinkels auf bereits bekannte Patientinnen kann zudem eine umfassendere Bewertung ihrer Situation erfolgen, wodurch potenziell neue Behandlungsansätze entdeckt werden

können. Schmerztherapeut*innen verfügen über Expertise im Umgang mit hochpotenten Schmerzmitteln und können diese entsprechend verschreiben, um eine effektive Schmerzlinderung zu gewährleisten. Darüber hinaus können invasiv tätige Schmerztherapeut*innen durch die diagnostische oder therapeutische Blockade von Geweben oder Nerven (z. B. Pudendusblockaden) bei der Behandlung unterstützen. Zudem bieten die Integration neuer Therapieverfahren und die aktive Teilnahme an klinischen Studien Patientinnen Zugang zu innovativen Behandlungsmöglichkeiten. Häufig haben Patientinnen mehrere „Baustellen“, die Aufmerksamkeit erfordern und ein multimodales Konzept sowie möglicherweise die Inanspruchnahme weiterer Fachbereiche notwendig machen. In einer Klinik, die Zugang zu allen Fachrichtungen bietet, können diese Bedürfnisse schnell erfüllt werden („kurzer Dienstweg“). So stehen in der Schmerzprechstunde umfassende Ressourcen zur Verfügung, die eine ganzheitliche Betreuung ermöglichen, was in der niedergelassenen Praxis häufig nicht in diesem Ausmaß möglich ist. Die enge Zusammenarbeit mit verschiedenen Fachdisziplinen erleichtert die Integration von unterschiedlichen Therapieansätzen. So umfasst das Spektrum der therapeutischen Maßnahmen nicht nur die Medika-

mentengaben, sondern auch Empfehlungen zur physiotherapeutischen oder psychotherapeutischen Behandlung.

In der medizinischen Versorgung spielt die gezielte Überweisung von Patientinnen eine entscheidende Rolle. Oft erfolgen bereits in der Praxis eine spezifische Abklärung der Schmerzursachen und entsprechende Therapiemaßnahmen. Sollte jedoch keine angemessene Linderung der Beschwerden erzielt werden oder kein organisches Korrelat gefunden werden können, kann eine Vorstellung in der Schmerzprechstunde empfohlen werden. Generell ist in Situationen von Therapiefrustration und ungünstigen Verläufen, die sich durch wiederholte Vorstellungen ohne Besserung trotz verschiedener Therapieansätze oder das Fehlen somatischer Ursachen auszeichnen, eine Überweisung zur interdisziplinären Schmerzprechstunde sinnvoll. Dabei werden auch bereits abgeklärte Krankheitsbilder, selbst ohne sichere Diagnose oder nach multidisziplinärer Abklärung (z. B. Gastroenterologie, Allergologie, Dermatologie), berücksichtigt. Für Patientinnen mit chronischen Schmerzen, wie bei langjährigem CPP oder Vulvodynie, besteht die Möglichkeit einer direkten Vorstellung in der Schmerzprechstunde.

7 FAZIT

Schmerzen, insbesondere chronische, stellen in der gynäkologischen Praxis häufig sowohl für die betroffenen Frauen als auch deren behandelnde Ärzt*innen eine Herausforderung dar. Nicht selten kehren die Patientinnen immer wieder mit den gleichen Anliegen zurück oder wechseln sogar die Praxis. Der Umgang mit Patientinnen, die unter chronischen Schmerzen leiden, erfordert eine psychosomatische Herangehensweise, die häufig auch eine multidisziplinäre Zusammenarbeit verlangt. Insbesondere bei komplexen Schmerzsyndromen spielt eine genaue Evaluation gynäkologischer und schmerzmedizinischer Aspekte eine entscheidende Rolle und eine

strukturierte Schmerzanamnese kann helfen, potenzielle Ursachen zu identifizieren. Gerade Frauen mit Endometriose und Vulvodynie haben häufig einen langen Leidensweg hinter sich und werden häufig fehldiagnostiziert oder nicht erkannt. Oftmals fehlt in der gynäkologischen Praxis die Zeit für eine ausführliche Schmerzanamnese. Hierbei kann eine interdisziplinäre Schmerzprechstunde in der Klinik maßgeblich unterstützen. Die Schmerzprechstunde kann als Schnittstelle zwischen spezialisierten Fachrichtungen dienen und zur Optimierung der Versorgung von Patientinnen beitragen, die mit Schmerzen konfrontiert sind.

8 LITERATUR

- Ahangari A.** Prevalence of chronic pelvic pain among women: an updated review. *Pain Physician* 2014;17(2):E141 – 7
- Becker CM, Bokor A, Heikinheimo O, et al.** ESHRE guideline: endometriosis. *Hum Reprod Open* 2022;2022(2):hoac009
- Bergeron S, Likes WM und Steben M.** Psychosexual aspects of vulvovaginal pain. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2014;28(7):991 – 9
- Bergeron S, Reed BD, Wesselmann U, et al.** Vulvodinia. *Nat Rev Dis Primers* 2020;6(1):36
- Bhala N, Emberson J, Merhi A, et al.** Vascular and upper gastrointestinal effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs: meta-analyses of individual participant data from randomised trials. *Lancet* 2013;382(9894):769 – 79
- Bornstein J, Goldstein AT, Stockdale CK, et al.** 2015 ISSVD, ISSWSH, and IPPS consensus terminology and classification of persistent vulvar pain and vulvodinia. *J Low Genit Tract Dis* 2016;20(2):126 – 30
- Brown J, Crawford TJ, Allen C, et al.** Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for pain in women with endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;1(1):Cd004753
- Cohen SP, Vase L und Hooten WM.** Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *Lancet* 2021;397(10289):2082 – 97
- Delanian S, Lefaix JL und Pradat PF.** Radiation-induced neuropathy in cancer survivors. *Radiother Oncol* 2012;105(3):273 – 82
- DGGG, OEGGG und SGGG.** S2k-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Endometriose. 2020. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-045>. Abgerufen am 04.09.2024
- Ennis ZN, Dideriksen D, Vægter HB, et al.** Acetaminophen for chronic pain: a systematic review on efficacy. *Basic Clin Pharmacol Toxicol* 2016;118(3):184 – 9
- Gätje R.** Chronisches Unterbauchschmerzsyndrom. In: Kaufmann M, Costa SD und Scharl A (Hrsg.), *Die Gynäkologie*. Springer Medizin, Berlin Heidelberg, 2013;343 – 51
- Giudice LC, As-Sanie S, Arjona Ferreira JC, et al.** Once daily oral relugolix combination therapy versus placebo in patients with endometriosis-associated pain: two replicate phase 3, randomised, double-blind, studies (SPIRIT 1 and 2). *Lancet* 2022;399(10343):2267 – 79
- Greene R, Stratton P, Cleary SD, et al.** Diagnostic experience among 4,334 women reporting surgically diagnosed endometriosis. *Fertil Steril* 2009;91(1):32 – 9
- Häuser W, Ziegler D, Viniol A, et al.** Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen. 2022. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/145-003>. Abgerufen am 04.09.2024
- Horlemann J und Schürmann N.** DGS-PraxisLeitlinie Cannabis in der Schmerzmedizin V2.0. 2024. <https://dgs-praxisleitlinien.de/>. Abgerufen am 04.09.2024
- Horlemann J und Schürmann N.** DGS-PraxisLeitlinie Tumorschmerz V3.0. 2022. <https://dgs-praxisleitlinien.de/>. Abgerufen am 04.09.2024
- Hudelist G, Fritzer N, Thomas A, et al.** Diagnostic delay for endometriosis in Austria and Germany: causes and possible consequences. *Hum Reprod* 2012;27(12):3412 – 6
- Keen MU und Aeddula NR.** Analgesic nephropathy. *StatPearls Publishing Copyright* 2023, StatPearls Publishing LLC., Treasure Island (FL), 2023;1 – 10
- Kocot-Kępska M, Zajączkowska R, Mika J, et al.** Topical treatments and their molecular/cellular mechanisms in patients with peripheral neuropathic pain-narrative review. *Pharmaceutics* 2021;13(4)
- Mechsner S.** Endometrioseschmerz beherrschen – Stufenschema und klinische Erfahrungen. *Schmerz* 2021;35:159 – 71
- Mendling W.** Vestibulodynie – Teil 2: Therapie. *Frauenarzt* 2014;55(6):564 – 9
- Mendling W.** Vulvodynie – eine diagnostische und therapeutische Herausforderung. *Gynäkologische Praxis* 2019;45(02):277 – 88
- Mira TAA, Yela DA, Podgaec S, et al.** Hormonal treatment isolated versus hormonal treatment associated with electrotherapy for pelvic pain control in deep endometriosis: randomized clinical trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2020;255:134 – 41
- Mistry M, Simpson P, Morris E, et al.** Cannabidiol for the management of endometriosis and chronic pelvic pain. *J Minim Invasive Gynecol* 2022;29(2):169 – 76
- Murina F, Bianco V, Radici G, et al.** Transcutaneous electrical nerve stimulation to treat vestibulodynia: a randomised controlled trial. *BJOG* 2008;115(9):1165 – 70
- Murina F, Felice R, Di Francesco S, et al.** Vaginal diazepam plus transcutaneous electrical nerve stimulation to treat vestibulodynia: a randomized controlled trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2018;228:148 – 53
- Murina F, Recalcati D, Di Francesco S, et al.** Effectiveness of two transcutaneous electrical nerve stimulation (tens) protocols in women with provoked vestibulodynia: a randomized controlled trial. *Med Sci (Basel)* 2023;11(3)
- NVA.** Self-help tips. 2024. <https://www.nva.org/for-patients/self-help-tips/>. Abgerufen am 04.09.2024
- Price J, Farmer G, Harris J, et al.** Attitudes of women with chronic pelvic pain to the gynaecological consultation: a qualitative study. *BJOG* 2006;113(4):446 – 52
- Seear K.** The etiquette of endometriosis: stigmatisation, menstrual concealment and the diagnostic delay. *Soc Sci Med* 2009;69(8):1220 – 7
- Siedentopf F, Weidner K, Klose P, et al.** Chronischer Unterbauchschmerz der Frau – Leitlinie der Entwicklungsstufe 2k. 2022. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/016-001>. Abgerufen am 04.09.2024
- Sinclair J, Abbott J, Proudfoot A, et al.** The place of cannabinoids in the treatment of gynecological pain. *Drugs* 2023;10.1007/s40265 – 023 – 01951-z
- Sinclair J, Collett L, Abbott J, et al.** Effects of cannabis ingestion on endometriosis-associated pelvic pain and related symptoms. *PLoS One* 2021;16(10):e0258940
- Subedi M, Bajaj S, Kumar MS, et al.** An overview of tramadol and its usage in pain management and future perspective. *Biomed Pharmacother* 2019;111:443 – 51
- Vallinga MS, Spoelstra SK, Hemel IL, et al.** Transcutaneous electrical nerve stimulation as an additional treatment for women suffering from therapy-resistant provoked vestibulodynia: a feasibility study. *J Sex Med* 2015;12(1):228 – 37
- van den Beukel BA, de Ree R, van Leuven S, et al.** Surgical treatment of adhesion-related chronic abdominal and pelvic pain after gynaecological and general surgery: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update* 2017;23(3):276 – 88
- van den Beuken-van Everdingen MHJ, de Rijke JM, Kessels AG, et al.** High prevalence of pain in patients with cancer in a large population-based study in The Netherlands. *Pain* 2007;132(3):312 – 20
- van der Meijden WI, Boffa MJ, Ter Harmsel WA, et al.** 2016 European guideline for the management of vulval conditions. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2017;31(6):925 – 41
- Weidner K, Neumann A, Siedentopf F, et al.** Chronischer Unterbauchschmerz: Die Bedeutung der Schmerzanamnese. *Frauenarzt* 2015;56(11):982 – 8
- Zimmermann M.** Schmerztherapie, Palliativmedizin und Hospizbetreuung bei gynäkologischen Malignomen. In: Kaufmann M, Costa SD und Scharl A (Hrsg.), *Die Gynäkologie*. Springer Medizin, Berlin Heidelberg, 2013;730 – 7



<https://cmemedipoint.de/gynaekologie/schmerzen-gynpraxis/>

LERNKONTROLLFRAGEN

Die Lernkontrollfragen lassen sich **online** beantworten.

Bitte kreuzen Sie jeweils nur **eine** Antwort an.

1. Welche Aussage zu Schmerzen in der gynäkologischen Praxis ist **falsch**?
 - A) Zu den gynäkologisch bedingten Auslösern für Schmerzen gehören u. a. Ovarialzysten, Entzündungen, Myome, Endometriose und Vulvodynie.
 - B) Akut auftretende Schmerzen sollten kurzfristig abgeklärt und behandelt werden.
 - C) Eine Chronifizierung der Schmerzen kann u. a. auftreten, wenn keine Ursache der Schmerzen diagnostiziert werden kann.
 - D) Chronische Schmerzen in der Gynäkologie gehen häufig mit anderen funktionellen somatischen Schmerzsyndromen einher.
 - E) Psychische Faktoren spielen keine Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Schmerzen.

2. Welches der folgenden Instrumente wird verwendet, um die **Schmerzintensität** von 0 bis 10 zu bewerten?
 - A) McGill Pain Questionnaire
 - B) Visuelle Analogskala
 - C) SF-36-Gesundheitsfragebogen
 - D) Oswestry Disability Index
 - E) Schmerzskizze

3. Wie lange müssen Unterbauchschmerzen anhaltend bestehen, damit sie laut der deutschen S2k-Leitlinie als **chronische Unterbauchschmerzen** (CPP, *Chronic Pelvic Pain*) gelten?
 - A) Mindestens zwei Monate
 - B) Mindestens vier Monate
 - C) Mindestens sechs Monate
 - D) Mindestens zwölf Monate
 - E) Mindestens 24 Monate

4. Welche Aussage zur Schmerzsymptomatik und Therapie der Endometriose ist **falsch**?
 - A) Die Symptome treten im gesamten Verlauf der Erkrankung zyklusabhängig auf.
 - B) Bei starken Schmerzen können vegetative Begleitreaktionen wie Übelkeit und Erbrechen auftreten.
 - C) Aufgrund der Schmerzen eingenommene Fehl- und Schonhaltungen können zu einer Dysfunktion des Beckenbodens führen.
 - D) Für die Erstlinientherapie steht das Gestagen Dienogest zur Verfügung.
 - E) Für die Zweitlinientherapie steht seit 2023 mit der Relugolix-Kombinationstherapie ein neues Medikament zur Verfügung.

5. Was ist nach einem aktuellen Paradigmenwechsel **keine** Voraussetzung mehr für die standardmäßige Diagnose der Endometriose?
 - A) Anamnese der klinischen Symptome
 - B) Gynäkologische Untersuchung
 - C) Bildgebende Verfahren
 - D) Empirische medikamentöse Therapie
 - E) Laparoskopie

6. Welche Aussage zur Vulvodynie ist **richtig**?
 - A) Hauptsymptom ist ein Trockenheits- oder Wundgefühl.
 - B) Es wird geschätzt, dass etwa 1 % der Frauen an Vulvodynie leidet.
 - C) Es dauert in der Regel mehrere Jahre, bis eine korrekte Diagnose gestellt wird.
 - D) Die Symptome einer Vulvodynie lassen sich gut mit Antibiotika behandeln.
 - E) Im Rahmen der gynäkologischen Examination werden durch Berührungen mit dem Zeigefinger schmerz sensible Areale lokalisiert.

7. Was ist **keine** geeignete Selbsthilfemaßnahme für Frauen mit Vulvodynie?
- A) Tragen von lockeren Hosen oder Röcken
 - B) Verwendung von weichem, unparfümiertem Toilettenpapier
 - C) Regelmäßige Reinigung der Vulva mit Seifen oder Schaumbädern
 - D) Benutzung von Lokalanästhetika beim Geschlechtsverkehr
 - E) Erlernen von Dehnungs- und Entspannungsübungen
8. Welche Aussage zu Nicht-Opioidanalgetika ist **falsch**?
- A) Sie stellen gemäß dem Stufenschema der *World Health Organization* (WHO) in der symptomatischen Behandlung von Schmerzen die erste Stufe dar.
 - B) Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) sind in der Langzeittherapie häufig mit gastrointestinalen Nebenwirkungen verbunden.
 - C) Bei jahrelanger Einnahme besteht das Risiko, eine Analgetikanephropathie zu entwickeln.
 - D) Nozizeptive Schmerzen, die zu Beginn der Endometriose auftreten, können wahrscheinlich effektiv mit Nicht-Opioidanalgetika behandelt werden.
 - E) Ibuprofen ist unter den NSAR mit den geringsten kardiovaskulären Nebenwirkungen verbunden.
9. Wobei handelt es sich um ein **schwach wirksames Opioid**, das gut zur Behandlung von **Mixed Pain** geeignet ist?
- A) Tramadol
 - B) Tilidin
 - C) Morphin
 - D) Oxycodon
 - E) Hydromorphon
10. Welche Aussage zu Medikamenten und Methoden der Schmerztherapie in der gynäkologischen Praxis ist **richtig**?
- A) Opioide sollten grundsätzlich als Monotherapie verabreicht und nicht mit anderen Wirkstoffen kombiniert werden.
 - B) Der Einsatz von Opioiden spielt in der Therapie von CPP eine entscheidende Rolle.
 - C) Die Wirksamkeit von Cannabinoiden bei der Behandlung von Frauen mit gynäkologisch bedingten chronischen Schmerzen wurde in zahlreichen klinischen Studien gezeigt.
 - D) Topische Präparate eignen sich grundsätzlich nicht für die Behandlung der Vulvodynie, da sie Irritationen hervorrufen können.
 - E) Die transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS) hat zum Ziel, die Schmerzwahrnehmung und Modulation von Schmerzsignalen zu beeinflussen.

IMPRESSUM

AUTOR

Dr. med. Timo Brausch

Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie
Universitätsklinikum des Saarlandes
66421 Homburg (Saar)

INTERESSENKONFLIKTE

Erhalt eines Honorars für die Erstellung der CME durch Gedeon Richter

AUTOR

Dr. med. Pascal Schwarz

Klinik für Frauenheilkunde, Geburtshilfe und Reproduktionsmedizin
Universitätsklinikum des Saarlandes
66421 Homburg (Saar)

INTERESSENKONFLIKTE

Gedeon Richter, Grünenthal GmbH, RG Gesellschaft für Information und Organisation mbH

REDAKTION & LAYOUT

Dr. Maren Klug & Christian Adler
KW MEDIPOINT, Bonn

Die Zertifizierung dieser Fortbildung durch die Bayerische Landesärztekammer wurde von CME MEDIPOINT, Neusäß organisiert.

Diese Fortbildung wurde von der Gedeon Richter Pharma GmbH mit insgesamt 22.860 € finanziert. Die Ausarbeitung der Inhalte der Fortbildung wird dadurch nicht beeinflusst.

BEGUTACHTUNG

Diese Fortbildung wurde von zwei unabhängigen Gutachter*innen auf wissenschaftliche Aktualität, inhaltliche Richtigkeit und Produktneutralität geprüft. Jede*r Gutachter*in unterzeichnet eine Konformitätserklärung.

Diese Fortbildung ist auf www.cmemedipoint.de online verfügbar.