

B. Schwindl<sup>1</sup>, A. Meißner<sup>2</sup>, T. Klotz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Urologie der Kliniken Nordoberpfalz, Weiden; <sup>2</sup> UMC Amsterdam

## Chronische Penisschmerzen – Soma oder Psyche ?

**Definition:** Penisschmerz-Syndrom, das über mehr als 3 der letzten 6 Monate rezidivierend oder in wechselnder Stärke auftritt. Mannigfaltige Genese (organisch, psychisch bis hin zur artifiziellen Störung), oft idiopathisch; **Synonyme:** Urethral-Syndrom des Mannes, im weiteren Sinn anogenitales Syndrom, chronisches Beckenboden-Syndrom (CPPS), Adnexitis masculina, funktionelle Sexualstörungen, Beckenbodenmyalgie. **Lokalisation:** Häufig an der Penis-Spitze (ggf. Zielorgan eines fortgeleiteten Schmerzes aus den inneren Adnexen).

**Epidemiologie:** Lebenszeitprävalenz nicht systematisch untersucht, geschätzt 2-10/ auf 100 Männer

**Diskussion:** Begleitende Erektionsstörungen, Ejakulationsbeschwerden mit Vermeidungsstrategie haben auch Auswirkung auf die Fertilität. Antibiotische Stoßtherapie steht zumeist am Anfang des Krankheitsbildes. Häufiger Einsatz von Antibiotika führt zu Kollateralschäden und Reduktion der Spermienqualität.

In Ermangelung eines aktuellen Standards (EAU-Leitlinien 2014) für das chronische Geschehen –im Gegensatz zu akuten Erkrankungen- wird ein, in unserer andrologischen Sprechstunde gängiger, diagnostischer und therapeutischer **Algorithmus** aufgezeigt. Allgemein- und Sexual-Anamnese und exakte Befunderhebung. Ein Keimnachweis gelingt in der modifizierten 2(-4)-Gläserprobe oft nicht. Die Sonographie des Penis, der Urethra (mit Gel), der Prostata und des Unterbauchs sind durch Uroflowmetrie, retrograder Urethrographie, Zystoskopie und ggf. MRT Becken-Abdomen zu ergänzen. Organische Ursachen sind Infektion, inkl. STI, Harnröhren-Strikatur, -Divertikel, IPP, ausstrahlender Schmerzen durch Erkrankungen der proximalen Harnröhre etc. Tumorausschluss ist oberstes Gebot. Dennoch werden auch nach moderner Bildgebung, bakteriologischer und viraler, endokriner, immunologischer, genetischer und epigenetischer Diagnostik idiopathische Verlaufsformen resultieren. Differentialdiagnostik und konzertierte Therapie im Team unter bedarfsweisem Hinzuziehen von Neurologe, Psychiater, Psychologe, Proktologe, Dermatologe, Schmerztherapeut etc.) sind hilfreich. Aggravation, psychische Fixierung und Stigmatisierung gilt es zu verhindern. Vorbeugen (häufiger) Arzt-Wechsel durch realistische Zielsetzung. Psychisch stützende Gesprächsführung bei wechselnder Beschwerdeintensität und potentieller Selbstheilung beugt Engrammierung vor. Neben schulmedizinischer Therapie (Antiphlogistika, Analgetika, SSRI, Alpha-Blocker, ESWT, Elektrotherapie, Muskelrelaxation, Yoga, Psychotherapie, Lokalanästhesie, Neuraltherapie, antiseptische Spülung, selten Botox-Injektion) stehen ganzheitliche Therapie-Ansätze, Quercetin etc. zur Verfügung. Über allem steht das Gebot des nihil nocere.

**Methodik:** Datenbank-Recherche, Erhebung aus der andrologischen Sprechstunde

### Symptome:

Penisschmerz (verschiedener Lokalisation), Urethra-Schmerz
Ausstrahlung in Skrotum, Unterbauch, Scham, Perineum, Becken, Gesäß, OS, Rücken

Miktionsbeschwerden (Dysurie, Algurie, Pollakisurie, Harnstrahlreduktion,-Spaltung, Drehen), Fortgeleitet (Ursache Blasenhal, Prostata, Blase)?
Erektionsbeschwerden
Ejakulationsschmerzen
Befund: Rötung, Schwellung, Effloreszenz, Ekzem, Ulcus, Ausfluss
Subjektive Wahrnehmung (Kälteempfinden, Änderung der Schleimhaut-/Hautfarbe)
Angst, Depression

#### Ursachen des Penis Schmerzes:

Chronische Prostatitis, chronisches Beckenbodensyndrom (CP/CPPS)
Benigne Prostatahyperplasie (BPH), Blasenhalssklerose, Urolithiasis, Prostata-Steine Anomalie, Utriculus-Zyste,
Sexuell übertragbare Erkrankung (STI): Chlamydien, Myko-, Ureaplasmen, Garnerella vag., Pilze, Viren (HSV I+II, HPV), Condylomata accuminata, Gonorrhoe, Syphilis, Ulcus molle
Erosion, , Abszess, Phlegmone, Karbunkel des Penis
Peniskarzinom, Präkanzerosen, Harnblasenkarzinom, Prostatakarzinom
Urethritis, Harnröhren-Strikatur, -Divertikel, Urethra-Stein
Balanitis, M. Zoon, Lichen sclerosus, chron. Lymphödem, Phimose
Medikamentös (z.B. Infekt-Auslösung SGLT-2-Inhibitoren)
Cavernitis, Schwellkörperthrombose, Penisfraktur
Venen-Thrombose, Lymphangitis (Mondor Erkrankung) , sklerosierende Lymphangitis
Harnwegsinfekt, Tbc, Bilharziose
Priapismus, erektile Dysfunktion
Induratio penis plastica (Peyronie)
Postoperativ (Circumcision, Prostataektomie, TUR, Zystektomie, Rektum-Chirurgie etc.)
Ausstrahlung bei WS-Syndrom, neurologische Erkrankung, neurogene Blase
Autoerotik, masochistischer Urethralismus, artifiziell, iatrogen, Katheter, Corpus alienum
Larvierte Depression, Angststörung
Symphysitis, Tendopathie (Ligamentum suspensorium penis), Leistenerkrankung

#### Diagnostik:

Anamnese, inkl. Sexualanamnese; Psyche (Konflikte, Belastungen)
Schmerz: Sporadisch, dauernd, wellenförmig; Auslöser? Nur bei/nach Miktio? Charakter: Juckend, stechend, brennend, bitzelnd, Kribbeln, Wärme/Hitze-oder Kälte-Parästhesie VAS-Schmerzskala, CPS-Fragebogen (NIH-CPSI), Lebensqualitäts-Fragebogen SF 8/SF36, Stress-Thermometer (0-10)
Befund: Äußeres und inneres Genitale, Penispalpatio, Beckenboden, rektale Trigger Punkte, neurologisch orientierend, Leiste, Rücken
Urin, Urinkultur, 2 bis (modifizierte) 4-Gläser-Probe, Prostatamassage-Sekret (<10.000 KBE ), Spermabakteriologie: Enterobakterien, Streptokokken B, Anaerobier, STI (Chlamydien, Go, Mykoplasmen, Ureaplasmen, Trichomonaden), Lues-Screening, HSV (1+2), (CMV; HPV), ggf. Spermogramm
Labor: Blutbild, CRP, PSA, Testosteron
Sonographie des Penis, der Urethra (Gel), Genitale, Blase, Prostata, Samenblase
Uroflowmetrie, Restharn
Retrogrades Urethrogramm
Urodynamik
Urethozystoskopie, Zytologie
Ggf. CT(Strahlenbelastung!) bzw. MRT Genitale, LWS, kleines Becken (Kosten, Verfügbarkeit)

**Therapie** (Selektion nach UPOINT-S-Kriterien):

Antibiose(4-6 Wochen Doxycyclin, Fluorchinolone umstritten), Virostatika, Antimykotika
Analgetika (Novaminsulfonat, Morphine mit Suchtpotential, Cannabidiol?), Antiphlogistika (Herz?), Antiepileptika (Pregabalin etc.), Pentosanpolysulfat
Alpha-Blocker
5-Alpha-Reduktase-Inhibitoren (Cave: Post-Finasterid-Syndrom)
PDE-V-Inhibitor
Psychopharmaka, Antidepressiva (Amitriptylin, SSRI)
Phytotherapeutika (Gräser-Pollen-Extrakt, Sägepalmen-Extrakt, Kürbissamen)
Ernährung, Nahrungsergänzungsmittel, Antioxidantien (Quercetin etc.)
Externa (Dexapanthenol, Clotrimazol, Cortison), Urethra-Instillation (Lidocain, Hydrogel), -desinfizientien (Natriumhypochlorit 0,08%)
Homöopathika, Placebo, Droge Arzt
Enzymtherapie(Bromelain, Chymotrypsin)
Neuraltherapie, Penisswurzel-Blockade, Pudendus-Blockade, Akupunktur
Physiotherapie, Muskelrelaxation nach Jacobson, autogenes Training, Atemtherapie, Yoga
Physikalische Therapie, Elektrotherapie, Kälte bzw. Wärme-Therapie, TUMT (Mikrowelle), ESWT (Stoßwelle)
Manuelle Therapie, Osteopathie; Manuelles Dehnen; Expander
Stuhlregulation, Enddarmreinigung
Psychisch stützende Gesprächsführung, körperorientierte Therapie, mind-body-Therapie, kognitive Verhaltenstherapie, Coping-Strategien
Vakzine (Urovaxom etc.)
Injektion (Lidocain, Kollagenase)
Gleitmittel, Kondom
Operativ (Circumcision, Frenulotomie, Neurotomie; Penis-Tumorchirurgie, Penisbegradigung: modif. Nesbit, Grafting; Botox Blasenhal, TW, TUR-P bei Obstruktion)

**Praxisbezogener Algorithmus:** So einfach wie möglich, so viel als nötig!

- Infektion? Urin, 2-Gläserprobe, Abstrich auch auf STI; CRP, PSA
- Miktionsbeschwerden? Urin, Sonographie, Restharn, Zystoskopie
- Sexualstörung? Anamnese, Hormone, PDE-V-Hemmer-Test
- Lebensqualität, Allgemeinbefinden, Umgebungsdiagnostik (MRT, Neurologie, Darm)