

# Smernice európskej urologickej spoločnosti 2004 pre chronickú panvovú bolesť

J. Marenčák

## Súhrn:

Cieľ: Vypracovanie smerníc Európskej urologickej spoločnosti (EAU) pre diagnostiku, liečbu a sledovanie pacientov s chronickou panvovou bolesťou.

Metódy: Systematický prehľad aktuálnej literatúry s využitím MEDLINE® a odporúčania sformulované panelom expertov.

Výsledky: Zhrnutie hlavných záverov zo smerníc týkajúcich sa chronickej panvovej bolesti. Kompletný text smerníc je prístupný na internetovej stránke EAU ([www.uroweb.org](http://www.uroweb.org)).

Záver: Smernice sa týkajú viacerých kapitol chronickej panvovej bolesti (prostatická bolesť, syndróm bolestivého močového mechúra, uretrálna bolesť, skrotálna bolesť, panvová bolesť v gynekologickej praxi, úloha panvového dna a pudendálneho nervu pri vzniku a udržiavaní bolesti, všeobecná liečba chronickej panvovej bolesti, neuromodulácia). Smernice boli vypracované na zlepšenie starostlivosti pre veľkú (a často nie jednoducho riešiteľnú) skupinu pacientov trpiacich chronickou bolesťou v oblasti malej panvy.

## Kľúčové slová:

smernice – chronická panvová bolesť – diagnostika – liečba – sledovanie

## Summary:

Objectives: On behalf of the European Association of Urology (EAU) guidelines for diagnosis, therapy and follow - up of chronic pelvic pain patients were established.

Method: Guidelines were compiled by a working group and based on current literature following a systematic review using MEDLINE®. References were weighted by the panel of experts.

Results: The full text of the guidelines is available through the EAU website ([www.uroweb.org](http://www.uroweb.org)). This article is a short version of this text and summarises the main conclusions from the guidelines on management of chronic pelvic pain.

Conclusion: A guidelines text is presented including chapters on prostate pain and bladder pain syndromes, urethral pain, scrotal pain, pelvic pain in gynaecological practice, role of the pelvic floor and pudendal nerve, general treatment of chronic pelvic pain and neuromodulation. These guidelines have been drawn up to provide support in the management of the large and difficult group of patients suffering from chronic pelvic pain.

## Key words:

guidelines – chronic pelvic pain – diagnosis – treatment – follow-up

## I. ÚVOD

**Chronická panvová bolesť je „nemaligná“ (minimálne 6 mesiacov trvajúca, prípadne recidivujúca) bolesť vnímaná v štruktúrach súvisiacich s panvou.** Bolesť je považovaná za chronickú (bez ohľadu na dĺžku jej trvania) aj v tom prípade, keď je vyvolaná tzv. neakútnymi príčinami. Veľakrát je však nemožné zistiť pôvod (zdroj) bolesti. Samozrejme horeuvedená definícia chronickej panvovej bolesti nie je ideálna, napriek tomu, že využíva moderné odporúčania pre terminológiu podľa Medzinárodnej spoločnosti

pre kontinenciu (ICS - International Continence Society), ktoré sú založené na klasifikácii definovanej Medzinárodnou spoločnosťou pre výskum bolesti (IASP - International Association for the Study of Pain) (tab. 1). Niektoré chorobné stavy, ktoré môžu spôsobovať chronickú panvovú bolesť, sú ľahko identifikovateľné (tab. 2).

## II. SYNDRÓM PROSTATICKEJ BOLESTI

Definícia zápalu prostaty (prostatitídy) zahrňuje tri zložky: príznaky dolných močových ciest (LUTS - lower urinary tract symptoms), dôkaz zápalu a postihnu-

tie prostatickej žľazy. Pracovná skupina Európskej urologickej spoločnosti (EAU - European Association of Urology) rozlišuje štyri hlavné subtypy zápalu prostaty (tab. 3). Vyvolávajúci bakteriálny patogén je objektívne (kultiváciou) dokázateľný len pri malom počte (5 až 10 %) chronických zápalov prostaty (tzv. **chronická bakteriálna prostatitída**). **Zápalový syndróm chronickej panvovej bolesti** charakterizuje mikroskopický dôkaz zápalu (prítomnosť signifikantného množstva zápalových elementov - leukocytov: v sperme, v expri-

**Tab. 1. Klasifikácia syndrémov chronickej panvovej bolesti.****► 1. UROLOGICKÉ:**

- syndróm mechúrovej bolesti (intersticiálna cystitída)
- syndróm uretrálnej bolesti
- syndróm penilnej bolesti
- syndróm prostatickej bolesti
- syndróm skrotálnej bolesti (syndróm testikulárnej bolesti, syndróm bolesti po vazektómii, syndróm bolesti nadsemenníkov)

**► 2. GYNEKOLOGICKÉ:**

- bolestivý syndróm spojený s endometriózou
- syndróm vaginálnej bolesti
- bolestivý syndróm vulvy (syndróm všeobecnej vulvárnej bolesti, lokalizovaný vulvárny bolestivý syndróm, syndróm vestibulárnej bolesti, bolestivý syndróm klitoris)

**► 3. REKTOANÁLNE:**

- „prchavá“ proktalgia
- anorektálny bolestivý syndróm
- anizmus

**► 4. NEUROLOGICKÉ:**

- syndróm pudendálnej bolesti

**► 5. SVALOVÉ:**

- syndróm perineálnej bolesti
- bolestivý syndróm svalstva panvového dna

**Tab. 2. Chorobné stavy, ktoré môžu viesť k chronickej panvovej bolesti.****► 1. UROLOGICKÉ:**

infekčná cystitída, infekčná prostatitída, infekčná uretritída, infekčné epididymo - orchitída

**► 2. GYNEKOLOGICKÉ:**

endometrióza

**► 3. REKTOANÁLNE:**

proktitída, hemoroidy, análna fisúra

**► 4. NEUROLOGICKÉ:**

pudendálna neuropatia, ochorenia sakrálnej miechy

**► 5. INÉ:**

cievne príčiny, kožné choroby, psychiatrické ochorenia

máte z prostatickej žľazy a v tretej vzorke moču získaného po masáži prostaty).

**Nezápalový syndróm chronickej panvovej bolesti** je známy aj pod ďalšími názvami: chronická nonbakteriálna prostatitída, prostatodýnia alebo chronická prostatitída spojená so syndrómom chronickej bolesti. Diagnóza sa stanoví z anamnézy, zo zhodnotenia klinických príznakov, z vyšetrenia a analýzy moču a vzoriek špecifických pre prostatickú žľazu (sperma, prostatický sekret, moč získaný po masáži prostaty). Vcelku bežne

sa diagnosticky hodnotí aj výsledok testu využívajúceho prípadný liečebný efekt aplikácie jedného cyklu antibiotickej terapie. Postihnutí muži majú okrem iného aj bolesti v oblasti panvy pri negatívnych kultivačných nálezoch a pri náleze nevýznamného množstva zápalových elementov v biologických vzorkách špecifických pre prostatu. Etiológia a patogenéza je u tejto skupiny pacientov veľmi „špekulatívna“, a preto sa pre nich zdá byť vhodný a primeraný termín „syndróm prostatickej bolesti“. Jednoznačne by však mali byť vylúčené iné ochorenia (choroby zápalové, nádorové, urogenitálneho traktu, neurologické ochorenia a pod. ).

**Ciele medikamentózneho liečby (alfablokátory, svalové relaxanciá a antibiotiká)** sú: (1) zvládnutie príznakov (vrátane potlačenia bolesti) a (2) zvýšenie kvality života postihnutého muža. Dlhodobejšia (najmenej 6-týždňová) antibiotická liečba je odporúčaná u pacientov, ktorí priaznivo reagujú na túto formu terapie. V prípade relapsu ochorenia je vhodná trvalá aplikácia antimikrobiálnych liekov v nízkych dávkach. Napriek častému používaniu analgetík objektívne údaje o ich účinnosti zatiaľ chýbajú. Nesteroidné protizápalové lieky (NSAID - non-steroidal anti-inflammatories), imunoterapia, inhibítory 5 $\alpha$ -reduktázy a anticholinergiká potrebujú potvrdiť účinnosť v klinických kontrolovaných štúdiách.

**Intervenčná liečba:** rôzne fyzikálne postupy (napr. liečba teplom /mikrovlnová termoterapia aplikovaná transuretrálne alebo transrektálne) má síce priaznivé účinky (zlepšenie príznakov) u niektorých mužov, ale dlhodobé údaje z veľkých randomizovaných štúdií zatiaľ tiež chýbajú. Chirurgická liečba je indikovaná výnimočne - väčšinou u mužov, ktorí majú súčasne aj iné ochorenia dolných močových ciest.

### III. SYNDRÓM MECHÚROVEJ BOLESTI (INTERSTICIÁLNA CYSTITÍDA)

Komplexný názov „intersticiálna cystitída“ (IC) zahŕňa rôzne chorobné stavy, častejšie zistené na základe príznakov. Klasická „vredová choroba“ močového mechúra (tzv. Hunnerov vred) sa zistí v 10–50 % prípadov. Diagnostické kritériá boli formulované pre výskumné účely a dnes už vcelku nevyhovujú potrebám bežnej klinickej praxe (potvrdenie diagnózy IC vylúčením iných chorôb) [tab. 4].

Prevalencia syndrómu mechúrovej bolesti je udávaná v rozmedzí 5–16/ 100 000 ľudí. Etiopatogenéza nie je známa. Viaceré hypotézy (aktivácia mastocytov, defekty v uroteliálnom glykosaminoglykáne, teória autoimúneho ochorenia, vplyv toxických činiteľov a pod.) boli síce vyslovené, ale zatiaľ neboli jednoznačne dokázané.

Syndróm mechúrovej bolesti je diagnostikovaný na základe príznakov (najmä bolesť, polakizúria, nyktúria) analýzy moču, cystoskopie s tzv. hydrodistenziou a na základe histologického zhodnotenia biopticky odobratého materiálu. **Bolesť, ktorá je niekedy extrémna, sa zvyšuje so zväčšujúcou sa náplňou močového mechúra a je lokalizovaná suprapubicky. Bolesť môže vyžarovať do rôznych orgánov (vaginý, klitoris, penisu, konečníka, ale aj do slabín alebo do krížovej oblasti) a väčšinou sa typicky zmierni pri močení, aj keď sa väčšinou čoskoro „vracia“ v pôvodnej intenzite.**

Klasická „vredová forma“ IC a syndróm mechúrovej bolesti majú rozdielnu histopatológiu, imunológiu, neurobiológiu, rovnako ako klinickú manifestáciu a tiež vekovú distribúciu. Ulcerózna forma sa prejavuje „začervenanými“ okrskami mechúrovej sliznice s viditeľnými drobnými cievami, ktoré sa lúčovito zbiehajú k centrálnej jazve, často pokrytej malou krvnou zrazeninou, prípadne fibrínovými nánosmi. Pri rozťahnutí močového mechúra (zvýšenou náplňou) dochádza k trhlinám mechúrovej sliznice a k vzniku charakteristických „vodopádovitých“ typov krvácania. Klasická vredová forma IC je deštruktívny zápal s možnými závažnými následkami: vznik zmenšeného (kontrahovaného) fibrotického močového mechúra (so značne zníženou kapacitou aj pri celkovej anestézii) a dokonca až obštrukcia horného močového traktu (so zlyhaním obličiek).

Neulcerózna forma je charakterizovaná nálezom normálnej sliznice močového mechúra (prípadne dôkazom „kľbiek“ tzv. glomerulácií pri hydrodistenzii mechúra a po nej) pri úvodnej cystoskopii.

Bioptické vyšetrenie odobratého materiálu pomáha podporiť klinickú diagnózu klasickej vredovej formy IC najmä vylúčením iných ochorení močového mechúra (hlavne carcinoma in situ a tbc cystitídy). Používajú sa aj ďalšie vyšetrenia (napr. meranie priepustnosti KCL a pod.), ale bez väčšieho praktického diagnostického

**Tab. 3. Klasifikácia prostatitídy.**

- I. Akútna bakteriálna prostatitída
- II. Chronická bakteriálna prostatitída
- III. Syndróm chronickej panvovej bolesti: 1. zápalový  
2. nezápalový
- IV. Asymptomatická zápalová prostatitída  
(histologická prostatitída)

**Tab. 4. Definícia intersticiálnej cystitídy určená na výskumné účely (1987).****▶ AUTOMATICKÉ POTVRDENIE IC:**

- Hunnerov vred

**▶ POZITÍVNE FAKTORY dokazujúce IC:**

- bolesť pri naplnení močového mechúra, ústup (úľava) bolesti pri vyprázdnení mechúra
- bolesť (suprapubická, panvová, uretrálna, vaginálna alebo perineálna)
- nálež „glomerulácií (kľbičky)“ pri cystoskopii
- znížená „compliance (poddajnosť, rozťažnosť)“ dokázaná na cystometrograme

**▶ AUTOMATICKÉ VYLÚČENIE IC:**

- vek < 18 rokov
- nádory močového mechúra (maligné, benígne)
- cystitída (radiočná, tbc, bakteriálna, cyklofosamidová)
- vaginitída
- symptomatické divertikulum močovej uretry
- rakovina (maternice, krčka maternice, vagíny, močovej rúry)
- aktívna herpetická infekcia
- kamene (močový mechúr, dolný močovod)
- frekvencia mikcie (polakizúria < 5-krát/12 hodín, nyktúria < 2x)
- zlepšenie príznakov (po antibiologickej liečbe, po liečbe močovými antiseptikami alebo močovými analgetikami (napr. fenazopyridín hydrochlorid))
- trvanie príznakov menej ako 12 mesiacov
- nechcené (neželané, nevôľové) kontrakcie detruzora močového mechúra zaznamenané pri urodynamickom vyšetrení
- kapacita močového mechúra > 400 ml, neprítomnosť senzorickej urgencyie

IC - intersticiálna cystitída, Tbc - tuberkulóza

kého dôkazu. Príznakový index (O'Leary Sant) pomáha nielen v diagnostike, ale slúži aj na sledovanie pacientov s IC.

**Liečba syndrómu mechúrovej bolesti** bola už definovaná podľa úrovne typu dôkazu a na základe stupňa odporúčania (tab. 5). Napriek tomu je **medikamentózna, intravezikálna**, prípadne **chirurgická** liečba IC v odborných kruhoch neustále diskutovaná .

**IV. SYNDRÓM URETRÁLNEJ BOLESTI**

Syndróm uretrálnej bolesti je diagnostikovaný u pacientov s dyzúriou s alebo bez polakizúrie, nyktúrie, urgencyie a urgentnej inkontinencie moču, pri chýbaní objektívneho dôkazu infekcie močových ciest (IMC). Je potrebné uvedomiť si, že nielen klasické, ale aj moderné automatizované laboratórne metódy nie sú vždy dostatočne citlivé na identifikáciu IMC, a preto **mnohé genuínne infekcie zostanú nerozpoznané**. Primeraná hranica diagnostickej rozlíšiteľnosti IMC by mala byť  $10^2$  kolónií tvoriacich jednotky/ml moču - a to najmä u symptomatických pacientov. Viacerí autori dokázali, že temer tretina akútne (krátkodobo) dyzurických žien má IMC zapríčinenú mikroorganizmami (*E. coli*, *Staf. saprophyticus*, *Proteus sp.* a pod. ) s dokázaným počtom kolónií v rozmedzí  $10^2$  až  $10^3$  kolónií v strednom prúde moču.

Bolesť a dyzúriu môže zapríčiniť tiež trauma močovej rúry vzniknutá pri pohlavnom styku. Pacientky s dysfunkciou panvového dna majú podobné príznaky, aké udávajú ženy v postmenopauze.

**V. SYNDRÓM SKROTÁLNEJ BOLESTI**

Náhla bolesť v miešku vyvolaná torziou semenníka a jeho príveskov vyžaduje bezprostrednú rýchlu diagnostiku a okamžité operačné riešenie. Naopak **chronická bolesť v skrôte (jednostranná, obojstranná, trvalá, prerušovaná)** je **príznak, ktorý bol prítomný najmenej 6 mesiacov**. Palpačné vyšetrenie (s presnou lokalizáciou bolestivého miesta) každej zložky skróta je mimoradne dôležité pre urobienie správnej diagnózy. Rovnako povinné je digitálne rektálne vyšetrenie (DRV) a kontrola „celistvosti“ panvy a chrbtice. Ultrasonografické (USG) vyšetrenie skrotálneho obsahu môže zistiť intraparenchymatózne poranenia semenníkov, alebo nadsemenníkov. Odporúča sa súčasne USG zhodnotiť aj prostatu, močový mechúr a horný močový trakt. Vždy je potrebné vyšetriť a analyzovať aj vzorku moču. Magnetická rezonancia a počítačová tomografia (CT) sú metódou voľby.

**Diferenciálne diagnosticky** treba odlíšiť chronickú epididymitídu, bolestivé cystické lézie v skrôte, dôsledky po traume orgánov skróta, následky po orchitíde, bolesti súvisiace s prostatitídou, prípadne s karcinómom prostaty, zmeny v oblasti konečníka, alebo konkrementy v distálnom močovode. Často nie je možné nájsť príčinu chronickej skrotálnej bolesti.

**Medikamentózna liečba:** liečbou prvej línie pri chronickej epididymitíde sú antibiotiká a nesteroidné protizápalové lieky. Pacienti s extragenitálnou príčinou bolesti sú liečení kauzálné. Pacienti bez dokázateľnej príčiny bolesti by mali byť liečení konzervatívne (s využitím antibiotík a rôznych metód analgézie). Muži s dokázanými mikrokalcifikáciami v semenníkoch sú dlhodobo sledovaní pre možnosť (i keď malú) vývoja karcinómu testis.

**Chirurgická liečba:** je použitá u približne 50 % pacientov s dokázateľnou intratestikulárnou léziou - dobré výsledky sú najmä u mužov s bolestivou hydrokélou, spermatokélou alebo s varikokélou. Chirurgický postup je metódou voľby aj pri chronickej epididymitíde spojennej s recidivujúcou IMC a tiež pri striktúre močovej rúry. Operačne sa tiež môže riešiť bolesť (podobná bolesti pri chronickom zápale nadsemenníka) vzniknutá po vazektómii (následkom vytvorenia tzv. spermatického granulómu). Nie zriedkavým javom je orchialgia, ktorá vzniká po operačnej úprave hernie v dôsledku poškodenia príslušných nervových štruktúr. Chirurgický zásah je indikovaný v prípade zlyhania všetkých ostatných, menej invazívnych prostriedkov. Všeobecne boli zaznamenané (doteraz) zlé výsledky operácií u mužov s chronickou orchialgiou bez zistenia evidentnej príčinnej súvislosti. Perspektívnejšie sa zatiaľ javí snáď len použitie mikrochirurgickej testikulárnej denervácie.

**VI. PANVOVÁ BOLEŠŤ V GYNEKOLOGICKEJ PRAXI**

Liečiteľnú príčinu chronickej panvovej bolesti má približne 70 % žien, ktoré pre tieto ťažkosti navštívia svojho gynekológa. V diagnostickej rozvahe je významná presná anamnéza (vrátane zistenia povahy, frekvencie a miesta bolesti, identifikácie vyvolávajúcich faktorov bolesti, zistenia prípadného vplyvu menštruačného cyklu na charakter bolesti, informácie o vaginálnom výtoku, poraneniach pri pohlavnom styku a tiež o prekonaných pohlavne prenosných ochoreniach). Abdominálne a panvové vyšetrenie pomôže nielen vylúčiť tzv. „hrubú patológiu“, ale umožní presnejšie lokalizovať miesto bolestivosti (prípadne len citlivosti). Kultivačné vyšetrenia sterov z vagíny, prípadne z krčka maternice často identifikujú zápal vyvolávajúce mikroorganizmy. Z onkologického hľadiska je odporúčaný cervikálny cytolo-

Tab. 5. Liečba intersticiálnej cystitídy

	typ dôkazu	stupeň odporúčania	poznámka (komentár)
<b>► MEDIKAMENTÓZNA LIEČBA:</b>			
Analgetiká	4	C	indikácia v prípadoch, kde je plánovaná ďalšia liečba
Kortikosteroidy	3	C	neodporúčané ako dlhodobá liečba
<b>Hydroxyzín</b>	2b	B	štandardná liečba
<b>Cimetidín</b>	1b	A	zaťiaľ len predbežné údaje
<b>Amitriptylín</b>	1b	B	štandardná liečba
<b>Sodium PPS</b>	1a	A	štandardná liečba
<b>Antibiotiká</b>	1b	A	limitované v liečbe IC
Prostaglandíny	3	C	nedostatočné údaje pre liečbu IC, vedľajšie účinky
L-arginín	1b	C	neistý účinok pri IC
Imunosupresíva	3	C	nedostatočné údaje pre liečbu IC, vedľajšie účinky
Oxybutynín	3	C	limitovaná indikácia pri IC
Tolterodín	3	C	limitovaná indikácia pri IC
Gabapentín	3	C	zaťiaľ len predbežné údaje
Suplatast tosilát	3	C	zaťiaľ len predbežné údaje
Quercetín	3	C	zaťiaľ len predbežné údaje
<b>► INTRAVEZIKÁLNA, CHIRURGICKÁ a ALTERNATÍVNA LIEČBA:</b>			
Intravezikálne anestetiká	3	C	
<b>Intravezikálny PPS</b>	1b	A	
Intravezikálny heparín	3	C	
Kyselina hyalurónová (intravezikálna)	3	C	
<b>Intravezikálny DMSO</b>	1b	A	
<b>Intravezikálny BCG</b>	1b	neodporúčaný okrem klinických štúdií	protichodné údaje
Clorpactin (intravezikálny)	3	neodporúčaný	
<b>Vaniloidy (intravezikálne)</b>	1b	neodporúčaný okrem klinických štúdií	nedostatočné údaje o IC
Distenzia močového mechúra	3	C	
Elektroforetické podanie liečiva	3	B	
<b>TUR, TUC, Laser</b>	nepoužiteľný	A/B	indikácia: len Hunnerov vred
Blokády nervov/Epidurálne analgetické pumpy	3	C	účinnosť len na bolesť (napr. pri zlyhaní intervenčnej terapie)
<b>Neuromodulácia (sakraálna)</b>	3	B	neodporúčané (okrem klinických štúdií)
<b>Tréning močového mechúra</b>	3	B	pacienti bez bolesti
Fyzikálna terapia (aj manuálna)	3	B	
Dieta	3	C	
Akupunktúra	3	C	protichodné údaje
Hypnóza	?	?	nie sú údaje
Psychologická liečba	3	B	
Chirurgická liečba	nepoužiteľný	A	skúsený chirurg, posledný prostriedok (ultima ratio)

1a - metaanalýza randomizovaných štúdií, 1b - najmenej jedna randomizovaná štúdia, 2a - jedna dobre vypracovaná kontrolovaná štúdia bez randomizácie, 2b - jedna dobre vypracovaná štúdia iného typu ("akoby" experimentálna štúdia), 3 - neexperimentálna štúdia (porovnávacia štúdia, korelačná štúdia, kazuistika), 4 - komisia odborníkov, názor odborníkov, A - klinické štúdie dobrej kvality a „dôslednosti“ vrátane najmenej jednej randomizovanej štúdie, B - klinické štúdie dobrej kvality („dobre vedené“) bez randomizácie, C - chýbanie hodnotiteľných klinických štúdií dobrej kvality, IC - intersticiálna cystitída, PPS - pentosanpolysulfát, DMSO - dimetylsulfoxid, BCG - Bacillus Calmette-Guérin, TUR - transuretrálna resekcia, TUC - transuretrálna koagulácia (transurethral coagulation)

gický skrining. Pri chronickej panvovej bolesti by mala byť vždy urobená USG panvových orgánov. MRI má svoje presné indikácie. Laparoscopia je najčastejšie používané invazívne vyšetrenie - najmä u tých 30 % žien, u ktorých zostáva príčina

bolestí neobjasnená aj po horeuvedených diagnostických postupoch.

Primárna dysmenorea sa začína prejavovať už od začiatku ovulačných menštruačných cyklov a intenzita bolesti klesá následnými pôrodmi. Sekundárna dysmenorea je spojená s dokázateľným pato-

logickým procesom (napr. s endometriózou alebo s panvovou infekciou a pod.). Podozrenie na endometriózu vzniká pri anamnéze sekundárnej dysmenorey a často tiež dyspareunie, ďalej pri zistení zníženej pohyblivosti maternice a niekedy aj adnexitných „mäs“. Často bývajú súčasne postihnuté aj ďalšie orgány - močový mechúr, močovody, črevo a pod. Aplikáciou hormonálnej liečby možno endometriózu „zastaviť“, ale nie vyliečiť. Najlepšie chirurgické výsledky liečby sa dosahujú pomocou laparoskopickej techniky v špecializovaných centrách so skúsenosťami na väčších súboroch pacientiek.

Príčinou chronickej panvovej bolesti môže byť aj gynekologická malignita alebo poranenie v súvislosti s pôrodom (väčšinou komplikovaným). Vždy je potrebné vylúčiť bolesť spojenú s ochoreniami močového, prípadne gastrointestinálneho traktu.

## VII. PANVOVÉ DNO A PUDENDÁLNY NERV

**Panvové dno má tri základné funkcie: podpornú, kontrakčnú a relaxačnú.** Znížená aktivita (hypoaktivita) svalstva panvového dna má zväčša za následok vznik inkontinencie moču alebo i stolice. Naopak hyperaktívna svalovina panvového dna môže spôsobiť (zvýšením odporu) sťažené močenie (slabý prúd moču a pod.), „ťažké“ vyprázdňovanie stolice a u žien aj dyspareuniu. **Zvýšená aktivita panvového dna je považovaná za jeden z hlavných faktorov prispievajúcich k vzniku a udržiavaniu chronickej panvovej bolesti.** Dlhodobá bolesť vyvoláva u pacienta pocity strachu až úzkosti, čo spätne udržuje a zhoršuje kontrakciu svalstva panvového dna.

Nie zriedkavo sa vyskytuje chronické stlačenie n. pudendalis v dôsledku rôznych anomálií panvového dna. Klinicky sa takáto kompresia nervu prejaví perineálnou bolesťou, ktorá môže vyžarovať buď dopredu (do vagíny a vulvárnej oblasti), alebo dozadu (do anorektálnej oblasti). Samozrejme vždy je potrebné uviesť si, že bolesť spojená s denerváciou alebo renerváciou môže byť zapríčinená aj organickým poškodením často viacerých orgánov malej panvy.

MRI nám pomôže znázorniť tak nervové tkanivo, ako aj okolité panvové orgány. Vyšetrenie pomocou MRI by malo preto vždy zhodnotiť najmä anatomické štruktúry pozdĺž priebehu n. pudendalis.

**Zlepšenie funkcie svalstva panvového dna je možné dosiahnuť okrem iného aj pomocou využitia rôznych techník cvičenia** (napr. relaxačné cvičenia, použitie techniky tzv. spätnej väzby - „biofeedbacku“ a pod.).

Psychologické faktory a psychiatrické poruchy sa môžu niekedy uplatniť v patofyziológii chronickej panvovej bolesti. Je známe, že fyzické / sexuálne zneužitie sú úzko spojené s neskoršou „somatizáciou“ - vrátane chronických bolestí v oblasti panvy. V anamnéze je potrebné odhaliť aj tieto „menej nápadné“ príčiny ťažkostí pacienta. Subklinická depresia (často prehliadnutá) môže zhoršiť alebo predĺžiť trvanie chronickej panvovej bolesti.

## VIII. VŠEOBECNÁ LIEČBA CHRONICKEJ PANVOVEJ BOLESTI

### 1. Analgétia

Účinok *rôznych analgetík*, používaných pri chronickej panvovej bolesti, bol doteraz zhodnotený len malým počtom randomizovaných klinických štúdií. *Paracetamol* síce potvrdil dobrý efekt pri tlmení miernej bolesti, ale je potrebné klinicky definovať jeho úlohu pri chronickej panvovej bolesti. Všeobecne je tiež málo vedecky podložených údajov o použití nesteroidných protizápalových analgetík alebo tzv. COX2 selektívnych liekov.

*Slabšie* („menej potentné“) *neselektívne nesteroidné protizápalové analgetiká* by sa mali použiť v prvej línii najmä u tých pacientov s chronickou panvou bolesťou, kde sa aspoň predpokladá zápalová etiológia. *Silnejšie* lieky by sa mali použiť len v prípade, ak tie „menej potentné“ zlyhali. Nesteroidné protizápalové analgetiká by sa mali užívať vždy s jedlom a najlepšie súčasne s prostriedkami, ktoré chránia žalúdok. Prospech liečby musí vždy „vyvážiť“ potencionálne riziko aplikovanej terapie. Nesteroidné protizápalové analgetiká sú kontraindikované u pacientov s aktívnou ulceráciou / krvácaním GIT-u a pri poškodení obličiek. Táto skupina analgetík môže vyprovokovať astmatické ťažkosti a tiež spôsobiť retenciu tekutín v organizme. Nesteroidné protizápalové lieky možno aplikovať súčasne s opioidnými medikamentami (pre ich synergický účinok pri kontrole bolesti) u pacientov vyžadujúcich silnejšiu analgéziu.

*COX2 selektívne lieky* sú výhodnejšie využiteľné u pacientov so zvýšeným rizikom žalúdočných komplikácií (starší

pacienti (> 65 r.), anamnéza GIT ťažkostí, súčasné užívanie inej medikácie, ktorá môže vyvolať krvácanie z GIT-u a pod.).

*Opioidné analgetiká* majú dokázaný účinok u pacientov s chronickou nemalígnou bolesťou, ale nie je dostatočne preskúmané ich použitie pri bolesti vychádzajúcej z močovo-pohlavného systému. Dlhodobé použitie opiátov je potrebné indikovať uvažene (po vyčerpaní ostatných možností liečby chronickej panvovej bolesti) pre možnosť vytvorenia návyku pri pravidelnej aplikácii liekov z tejto skupiny. *Morfín* (najlepšie vo forme, ktorá pomaly uvoľňuje analgeticky pôsobiacu substanciu) je liekom prvej línie pri chronickej panvovej bolesti v tom prípade, ak nie sú prítomné kontraindikácie jeho podania alebo nie sú indikácie na aplikáciu iného (menej návykového) lieku.

Tzv. *neuropatické analgetiká (tricyklické antidepresíva)* alebo *protikrčové lieky (antikonvulzíva)* sú účinné u pacientov s poškodením nervových (periférnych i centrálnych) štruktúr. *Inhibítory reabsorpcie serotonínu* sú menej účinné než tricyklické antidepresíva. V niektorých krajinách je *gabapentín* povolený na použitie u pacientov s chronickou panvou bolesťou aj preto, že je schopný „navodiť“ oveľa prirodzenejší nočný spánok než napr. antidepresíva. Naopak karbamazepín (pre možné vážne vedľajšie účinky) sa predpisuje v čoraz menšej miere.

N - methyl - D - asparátový (NMDA) receptorový komplex má veľký význam pre vznik a udržanie chronickej bolesti. *Antagonisti NMDA (napr. ketamín)* môžu mať priaznivý analgetický efekt u pacientov s poškodením (poranením) nervových (periférnych i centrálnych) štruktúr, pri neustupujúcej (inak nezvládnuteľnej) panvovej (aj malígnej) bolesti. Ketamín je vysoko návykový liek, a preto je potrebné starostlivé sledovanie pacienta najmä pri jeho opakovanej parenterálnej aplikácii.

Je známe, že zmena v počte, rozmiestnení (distribúcii) a v type sodíkových (Na<sup>+</sup>) kanálov môže navodiť zmenený stav tak mechano-, ako aj termo- a tiež chemosenzitivity. Preto *blokátory Na<sup>+</sup> kanálov (napr. lidokaín aj pri nízkej koncentrácii v sére)* znižujú neuropatickú bolesť a potlačujú sensorické fenomény bez škodlivých vedľajších účinkov. Niekedy jednoduchá infúzia môže mať priaznivý efekt aj na niekoľko mesiacov. Perorálny

analog *mexilitín* je rovnako účinný v podobných situáciách.

### 2. Nervová blokáda

Nervová blokáda sa môže urobiť na **objasnenie diagnózy** chronickej panvovej bolesti, ale aj pre **očakávaný analgetický efekt**. Nervové blokády by sa nemali robiť izolovane, ale v rámci komplexnej starostlivosti o pacientov s chronickou panvou bolesťou. Nervová blokáda je len vzácne indikovaná pri tzv. benígnych príčinách, podmieňujúcich vznik a udržiavanie algických stavov.

### 3. Transkutánná elektrická nervová stimulácia (tens)

Stimulácia myelinizovaných aferentných nervov a tým umožnená aktivácia segmentálnych inhibičných nervových okruhov má za následok zníženie vnímanej bolesti. Súčasne môže byť znížená aj frekvencia močenia. **Trvalá TENS** (0, 5 až 2 hod. 2x denne) s použitím maximálne tolerovateľnej intenzity prúdu (tesne pod prahom bolesti) a s aplikáciou vyšších frekvencií (tesne pod 100 Hz) sa zdá byť výhodnejšia a klinicky účinnejšia u pacientov s chronickou panvou bolesťou. Pri syndróme mechúrovej bolesti boli zaznamenané lepšie výsledky pri klasickej vredovej forme IC (aplikácia TENS do rôznych miest: suprapubicky, vaginálne, oblasť lýtka - n. tibialis).

### 4. Sakrálna neuromodulácia

Je známe, že elektrická stimulácia sakrálnych nervov „moduluje“ nervové reflexy v panvovej oblasti. To môže byť liečebne využité u viacerých pacientov trpiacich chronickou panvou bolesťou (napr. pacienti s refraktérnou [na nič neodpovedajúcou] motorickou urgentnou inkontinenciou moču, pacienti s retenciou moču, postihnutí s tzv. neuropatickou bolesťou a s komplexom regionálnych bolestivých syndrómov, rovnako ako pacienti so syndrómom bolestivého močového mechúra a tiež pri refraktérnej dysfunkcii panvového dna a s tým spojenou panvou bolesťou).

### Literatúra

1. Fall M, Baranowski A, Fowler C et al. EAU guidelines on chronic pelvic pain. Eur Urol 2004; 46(6): 681 - 689.

**doc. MUDr. Jozef Marenčák, PhD.**

Urologické oddelenie NsP Skalica