

ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΧΡΟΝΙΟ ΠΥΕΛΙΚΟ ΠΟΝΟ

(Ενημέρωση κειμένου Απρίλιος 2010)

M. Fall (chairman), A.P. Baranowski, D. Engeler, S. Elneil,
J. Hughes, E. J. Messelink, F. Oberpenning,
A.C. de C. Williams

Eur Urol 2004;46(6):681-9
Eur Urol 2010;57(1):35-48

Εισαγωγή

Ο χρόνιος πόνος υφίσταται για τουλάχιστον 3 μήνες. Συσχετίζεται με αλλαγές στο ΚΝΣ που μπορεί να συντηρούν την αντίληψη του πόνου ενώ το οξύ αίτιο έχει παρέλθει. Αυτές οι αλλαγές μπορεί επίσης να μεγεθύνουν την αντίληψη του πόνου έτσι ώστε ένα ανώδυνο ερέθισμα να γίνεται αντιληπτό ως επώδυνο (αλλοδυνία) ή ένα ελάχιστο επώδυνο ερέθισμα να προκαλεί μεγαλύτερο πόνο από τον αναμενόμενο (υπεραλγησία). Μύες όπως οι πυελικοί μπορεί να γίνουν υπεραλγητικοί με πολλά σημεία πυροδότησης. Άλλα όργανα μπορεί επίσης να γίνουν ευαίσθητα όπως η μήτρα με δυσπαρέυνια και δυσμηνόρροια ή το έντερο με συμπτώματα ευερέθιστου εντέρου.

Οι αλλαγές στο ΚΝΣ συμβαίνουν σε όλον τον νευράξονα και μαζί με τις αισθητηριακές αλλαγές οδηγούν σε λειτουργικές (π.χ. συμπτώματα ευερέθιστου εντέρου) και δομικές (π.χ. νευρογενές οίδημα σε μερικά σύνδρομα επώδυνης κύστης) αλλοιώσεις. Κεντρικές αλλαγές μπορεί να είναι υπεύθυνες και για ορισμένες ψυχολογικές επιπτώσεις που κι αυτές με τη σειρά τους επηρεάζουν τους μηχανισμούς του πόνου.

Βασικές εξετάσεις γίνονται για να αποκλειστούν προφανείς παθολογίες. Τα αρνητικά αποτελέσματα αποκλείουν μια προφανή παθολογία. Περαιτέρω εξετάσεις γίνονται μόνο με συγκεκριμένες ενδείξεις (π.χ. για υποκατηγοριοποίηση του συνδρόμου).

Οι κατευθυντήριες οδηγίες της ευρωπαϊκής ουρολογικής εταιρίας αποφεύγουν ψευδείς διαγνωστικούς όρους που σχετίζονται με ακατάλληλες εξετάσεις, θεραπείες και προσδοκίες των ασθενών με αποτέλεσμα την κακή πρόγνωση της εξέλιξης της νόσου

Η κατάταξη του πίνακα 1 εστιάζεται στα ουρολογικά επώδυνα σύνδρομα. Αναγνωρίζει μια αλληλοεπικάλυψη των μηχανισμών και των συμπτωμάτων διαφορετικών καταστάσεων και την θεραπεία τους από μια πολυπαραγοντική σκοπιά. Ο γιατρός, χρησιμοποιώντας την κατάταξη του Πίνακα 1 πρέπει να ξεκινήσει από τα αριστερά και να κινηθεί προς τα δεξιά μόνο αν μπορεί με βεβαιότητα να αποδώσει τον πόνο στο κατάλληλο σύστημα ή όργανο. Συχνά μπορεί να είναι αδύνατο να χαρακτηριστεί μια κατάσταση πέραν του «συνδρόμου πυελικού πόνου»

Ο Πίνακας 2 ορίζει την ορολογία που χρησιμοποιείται στο CPP.

Η Εικόνα 1 παρέχει έναν αλγόριθμο για τη διάγνωση και την αντιμετώπιση του CPP. Ακολουθήστε τα βήματα 1 έως 6 (Πίνακας 3) με τη σωστή αναφορά στις σωστές στήλες του αλγόριθμου (Εικόνα 1).

Πίνακας Ι: Κατάταξη των συνδρόμων χρόνιου πυελικού πόνου

Αξονας Ι Περιοχή		Αξονας ΙΙ Σύστημα	Αξονας ΙΙΙ Τελικό όργανο του επώδυνου συνδρόμου όπως αναγνωρίζεται από Ηx, Εx και Ιx		
Χρόνιος πυελικός πόνος	Σύνδρομο πυελικού πόνου	Ουρολογικό	Σύνδρομο πόνου της κύστης	(Δες πίνακα 3 για την κατάταξη ESSIC)	
			Σύνδρομο πόνου της ουρήθρας		
			Σύνδρομο πόνου προστάτη	Τύπος Α: φλεγμονώδης Τύπος Β: μη φλεγμονώδης	
			Σύνδρομο πόνου πέους	Σύνδρομο πόνου των όρχεων Σύνδρομο πόνου μετά από διόρθωση κισσοκύλης	
		Γυναικολογικό	Σύνδρομο πόνου σχετικό με ενδομητρίωση		
			Σύνδρομο πόνου μήτρας		
			Σύνδρομο πόνου αιδοίου	Γενικευμένο Σύνδρομο πόνου αιδοίου	
				Εντοπισμένος πόνος αιδοίου vulvar pain syndrome	Σύνδρομο αιθουσαίου πόνου Πόνος κλιτορίδας
		Ορθοπρωκτικό	Νευρολογικό	Π.χ. σύνδρομο πόνου εφηβαίου	
			Μυϊκό		
	Π.χ. Νευρολογικό		Π.χ. νευραλγία εφηβαίου		
	Σύνδρομο μη πυελικού πόνου	Π.χ Ουρολογικό			

Άξονας IV Χαρακτηριστικά παραπομπής	Άξονας V Χρονικοί χαρακτηρισμοί	Άξονας VI Χαρακτηρισμός	Άξονας VII Σχετιζόμενα συμπτώματα	Άξονας VIII Ψυχολογικά συμπτώματα
Υπερβικό Βουβωνικό Ουρηθρικό Πείκο/κλειτορι- δικό Περινεϊκό Πρωκτικό Μέσσης Γλουτών	ΕΝΑΡΞΗ οξύ χρόνιο ΔΙΑΡΚΕΙΑ Σποραδικό Κυκλικό Συνεχόμενο ΧΡΟΝΟΣ Πλήρωσης κένωσης αμέσως μετά αργότερα μετά	Πόνος κάψιμο “μαχαίρια” Ρεύμα άλλο	ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΑ Συχνουρία Νυκτερινή ούρηση Διστακτικότητα Χαμηλή ροή Pis en deux Επιτακτικότητα Ακράτεια άλλο ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ π.χ. Εμμηνουσία ΣΧΕΤΙΚΟ ΜΕ ΕΡΩΤΙΚΗ ΕΠΑΦΗ Π.χ δυσπαρεύνια ανικανότητα γαστρεντερολογικά ΜΥΪΚΑ Υπεραλγσία ΔΕΡΜΑΤΙΚΑ Αλλοδυνία	ΑΓΧΟΣ Σχετικό με τον πόνο ή το δήθεν αίτιο του πόνου Άλλο ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ Που αποδίδεται στον πόνο ή επη- ρεάζεται από αυτόν Που αποδίδεται σε άλλα αίτια ή δεν μπορεί να αποδο- θεί κάπου ΝΤΡΟΠΗ, ΕΝΟΧΗ που σχετίζεται με σεξουαλικές εμπειρίες ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΜΕΤΑΤΡΑΥ- ΜΑΤΙΚΟ STRESS Επανάληψη του τραύματος, αποφυγή υπερδιέγερση

Πίνακας 2: Επεξήγηση των ορισμών του συνδρόμου πυελικού άλγους

Ορολογία	Περιγραφή
<i>Χρόνιος Πυελικός Πόνος</i>	Μη κακοήθης πόνος που γίνεται αντιληπτός σε δομές της πυέλου του άνδρα ή της γυναίκας. Στην περίπτωση καταγεγραμμένου συνεχούς πόνου που γίνεται χρόνιος, πρέπει να είναι συνεχής ή υποτροπιάζων για τουλάχιστον 6 μήνες. Εάν ο πόνος δεν είναι οξύς και ο αισθητηριακός μηχανισμός του πόνου είναι καλά καταγεγραμμένος, τότε ο πόνος μπορεί να χαρακτηριστεί χρόνιος άσχετα με τη χρονική περίοδο εμφάνισης. Σε κάθε περίπτωση συνυπάρχουν συχνά αρνητικές επιπτώσεις σε γνωστικό, σεξουαλικό, και συναισθηματικό επίπεδο (5,6).
<i>Σύνδρομο πυελικού πόνου</i>	Επίμονα ή υποτροπιάζοντα επεισόδια πυελικού πόνου που συνοδεύονται από συμπτώματα σχετικά με δυσλειτουργίες του κατώτερου ουροποιητικού, γεννητικές, εντερικές ή γυναικολογικές. Χωρίς αποδεδειγμένη λοίμωξη ή άλλη εμφανή αιτιολογία (από το ICS 2002 report) (1).
<i>Σύνδρομο πόνου της κύστης</i>	Υπερθιβικό άλγος που σχετίζεται με την πλήρωση της κύστης και συνοδεύεται από συμπτώματα όπως η συχνουρία κατά τη διάρκεια της ημέρας και της νύχτας. Υπάρχει απουσία αποδεδειγμένης ουρολοίμωξης ή άλλης εμφανούς παθολογίας. Αυτός ο όρος έχει υιοθετηθεί από το ICS 2002 report (1), όπου υπήρχε ο όρος «σύνδρομο επώδυνης κύστης», ο οποίος αντικαταστάθηκε για να συμβαδίζει με την

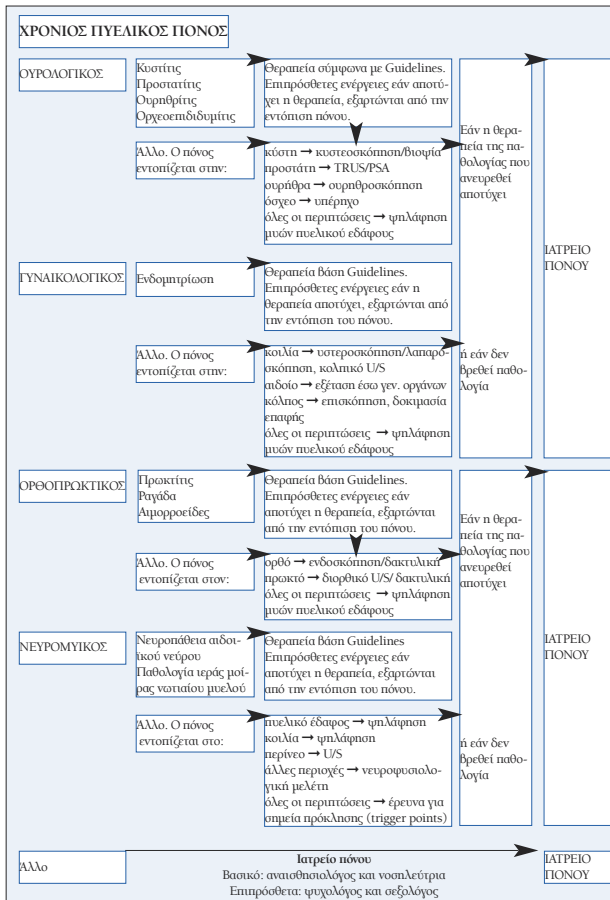
	<p>ορολογία των λοιπών συνδρόμων πόνου (5,6). Η βιβλιογραφία της Ευρωπαϊκής εταιρίας για τη μελέτη του συνδρόμου πόνου της κύστης/διάμεσης κυστίτιδας {BPS/IC (ESSIC)} δίνει μεγαλύτερη έμφαση στον πόνο που γίνεται αντιληπτός στην κύστη (4).</p>
<i>Σύνδρομο πόνου ουρήθρας</i>	<p>Υποτροπιάζων ουρηθρικός πόνος συνήθως κατά την ούρηση με συχνουρία κατά τη διάρκεια της ημέρας και νυκτουρία. Απουσία αποδεδειγμένης λοίμωξης ή άλλης εμφανούς παθολογίας. (1)</p>
<i>Σύνδρομο πόνου πέους</i>	<p>Πόνος στο πέος που δεν αφορά πρωταρχικά την ουρήθρα. Απουσία αποδεδειγμένης λοίμωξης ή άλλης εμφανούς παθολογίας (5,6).</p>
<i>Σύνδρομο πόνου προστάτη</i>	<p>Επίμονος ή υποτροπιάζων προστατικός πόνος συνοδευόμενος με συμπτώματα που υποδεικνύουν δυσλειτουργία του ουροποιητικού ή του γεννητικού. Απουσία αποδεδειγμένης λοίμωξης ή άλλης εμφανούς παθολογίας (5,6). Ο ορισμός υιοθετείται από τον ορισμό και κατάταξη της προστατίτιδας από το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας (NIH)(7) και περιλαμβάνει τις καταστάσεις που περιγράφονται ως «σύνδρομο χρόνιου πυελικού πόνου». Χρησιμοποιώντας την κατάταξη του NIH, το σύνδρομο πόνου του προστάτη μπορεί να διακριθεί σε τύπου Α (φλεγμονώδες) και τύπου Β (μη φλεγμονώδες).</p>

<p><i>Σύνδρομο πόνου οσχέου</i></p>	<p>Επίμονος ή υποτροπιάζων οσχεϊκός πόνος συνοδευόμενος από συμπτώματα που υποδεικνύουν δυσλειτουργία του ουροποιητικού ή του γεννητικού. Απουσία αποδεδειγμένης ορχεοεπιδιδυμίτιδας ή άλλης εμφανούς παθολογίας (1).</p>
<p><i>Σύνδρομο πόνου όρχεων</i></p>	<p>Επίμονος ή υποτροπιάζων πόνος εντοπιζόμενος στον όρχι κατά την εξέταση, συνοδευόμενος από συμπτώματα που υποδεικνύουν δυσλειτουργία του ουροποιητικού ή του γεννητικού. Απουσία αποδεδειγμένης ορχεοεπιδιδυμίτιδας ή άλλης εμφανούς παθολογίας. Αυτός είναι πιο ειδικός ορισμός από το σύνδρομο πόνου οσχέου (1).</p>
<p><i>Σύνδρομο πόνου μετά από βασεκτομή</i></p>	<p>Σύνδρομο πόνου όρχεων μετά από βασεκτομή (1).</p>
<p><i>Σύνδρομο πόνου επιδιδυμίδας</i></p>	<p>Επίμονος ή υποτροπιάζων πόνος εντοπιζόμενος στην επιδιδυμίδα κατά την εξέταση, συνοδευόμενος με συμπτώματα που υποδεικνύουν δυσλειτουργία του ουροποιητικού ή του γεννητικού. Απουσία αποδεδειγμένης ορχεοεπιδιδυμίτιδας ή άλλης εμφανούς παθολογίας. Αυτός είναι πιο ειδικός ορισμός από το σύνδρομο πόνου οσχέου (5,6).</p>
<p><i>Σύνδρομο πόνου σχετιζόμενο με ενδομπτρίωση</i></p>	<p>Επίμονος ή υποτροπιάζων πόνος στις περιοχές που υπάρχει ενδομπτρίωση αλλά δεν εξηγεί πλήρως όλα τα συμπτώματα. (5,6).</p>

<i>Σύνδρομο πόνου του κόλπου</i>	Επίμονος ή υποτροπιάζων πόνος του κόλπου που σχετίζεται με συμπτώματα ενδεικτικά ουρολοίμωξης ή δυσλειτουργίας του γεννητικού. Απουσία αποδεδειγμένης εμφανούς παθολογίας.
<i>Σύνδρομο πόνου του αιδοίου</i>	Επίμονος ή υποτροπιάζων πόνος του αιδοίου που σχετίζεται με την έμμηνο ρήση ή με συμπτώματα που ενδεικτικά ουρολοίμωξης ή δυσλειτουργίας του γεννητικού. Απουσία αποδεδειγμένης εμφανούς παθολογίας ή λοίμωξης (1).
<i>Σύνδρομο γενικευμένου πόνου του αιδοίου</i>	Καύσος ή πόνος της περιοχής που δεν μπορεί να αποδοθεί σημειακά (π.χ. με το άγγιγμα βαμβακοφόρου στείλεου). Κλινικά ο πόνος μπορεί να εμφανίζεται με ή χωρίς πρόκληση (επαφή, πίεση ή τριβή).
<i>Εντοπισμένος πόνος του αιδοίου.</i>	Πόνος που εντοπίζεται και επαναλαμβάνεται σε συγκεκριμένες σημειακές περιοχές του αιδοίου. Κλινικά ο πόνος συνήθως είναι αποτέλεσμα επαφής, τριβής ή πίεσης.
<i>Πόνος προδρόμου του αιδοίου</i>	Πόνος που εντοπίζεται σημειακά σε περιοχές του προδρόμου του αιδοίου.
<i>Σύνδρομο πόνου της κλειτορίδας</i>	Πόνος που εντοπίζεται σημειακά στην περιοχή της κλειτορίδας.

<p><i>Σύνδρομο ορθοπρωκτικού πόνου</i></p>	<p>Επίμονος και επαναλαμβανόμενος πόνος με σχετικά σημεία πρόκλησης στο ορθό, που συσχετίζεται με συμπτώματα δυσλειτουργίας του εντέρου. Χωρίς αποδεδειγμένη μόλυνση ή άλλη εμφανή παθολογία.</p>
<p><i>Σύνδρομο πόνου του εφηβαίου</i></p>	<p>Νευροπαθητικού τύπου πόνος στις περιοχές κατανομής του αιδοϊκού νεύρου. Χωρίς εμφανή παθολογία. (Δεν είναι το ίδιο με την νευραλγία του αιδοϊκού νεύρου).</p>
<p><i>Σύνδρομο πόνου του περινέου</i></p>	<p>Επίμονος ή περιοδικός πόνος του περινέου που σχετίζεται είτε με την ούρηση ή με συμπτώματα ενδεικτικά δυσλειτουργίας σεξουαλικής ή του ουροποιητικού. Χωρίς αποδεδειγμένη μόλυνση ή άλλη εμφανή παθολογία.</p>
<p><i>Σύνδρομο πόνου του πυελικού εδάφους</i></p>	<p>Επίμονος ή περιοδικός πόνος του πυελικού εδάφους με σημεία πρόκλησης που σχετίζεται είτε με την ούρηση ή με συμπτώματα ενδεικτικά δυσλειτουργίας σεξουαλικής ή του ουροποιητικού. Χωρίς αποδεδειγμένη μόλυνση ή άλλη εμφανή παθολογία.</p>

Εικόνα 1: Αλγόριθμος για τη διάγνωση και διαχείριση του χρόνιου πυελικού πόνου.



Πίνακας 3. Οδηγός για τη χρήση του αλγόριθμου στην εικόνα I για τη διάγνωση και διαχείριση του χρόνιου πνευλικού πόνου

Βήμα	Πράξη	Αλγόριθμος
1	Ξεκινήστε σκεπτόμενοι σε ποιο σύστημα γίνονται περισσότερο αντιληπτά τα συμπτώματα.	Πρώτη στήλη
2	«Καλά προσδιορισμένες καταστάσεις» όπως η κυστίτιδα πρέπει να διαγιγνώσκονται και να θεραπεύονται βάση εθνικών ή διεθνών guidelines.	Δεύτερη στήλη και άνω μέρος της τρίτης στήλης.
3	Όταν η θεραπεία δεν έχει αποτέλεσμα, πρέπει να γίνονται επιπλέον έλεγχοι (π.χ. κυστεοσκόπηση ή υπέρηχος).	Κάτω μέρος τρίτης στήλης
4	Εάν αυτοί οι έλεγχοι αναδείξουν κάποια παθολογία, πρέπει να δίνεται η κατάλληλη θεραπεία.	Τέταρτη στήλη
5	Εάν η θεραπεία δεν έχει αποτέλεσμα, ο ασθενής πρέπει να παραπέμπεται στο ιατρείο πόνου.	Πέμπτη Στήλη
6	Εάν δεν υπάρχει «καλά προσδιορισμένη» κατάσταση ή δεν ανευρίσκεται παθολογία στον επιπλέον έλεγχο, ο ασθενής πρέπει να παραπέμπεται στο ιατρείο πόνου.	Πέμπτη Στήλη

Σύνδρομο πόνου του προστάτη (PPS)

Ο όρος «σύνδρομο πόνου του προστάτη» που βασίζεται σε πιο γενικούς ορισμούς (βλ. Πίνακα 2), αντικατέστησε τον όρο χρόνια προστατίτιδα/σύνδρομο χρόνιου πυελικού πόνου του NIDKK (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases).

Το PPS είναι επίμονη ενόχληση ή πόνος στην περιοχή της πυέλου, με στειρές καλλιέργειες και σημαντικές ή ασήμαντες συγκεντρώσεις λευκοκυττάρων σε δείγματα σχετικά με τον προστάτη (π.χ. σπέρμα, προστατικές εκκρίσεις ή ούρα που ελήφθησαν μετά από μάλαιξη του προστάτη). Μια και δεν υπάρχουν διαφορές στη διαγνωστική ή θεραπευτική προσέγγιση μεταξύ του φλεγμονώδους και του μη φλεγμονώδους τύπου, το PPS μπορεί να θεωρείται μια οντότητα.

Η διάγνωση βασίζεται στο ιστορικό τριών μηνών ουρογεννητικού πόνου, απουσία άλλης παθολογίας από το κατώτερο ουροποιητικό. Μπορεί να επιβεβαιωθεί με χαμηλό κόστος με τη δοκιμασία των δύο ποτηριών ή τη δοκιμασία προ και μετά μάλαιξης του προστάτη, που ανιχνεύουν του 96% των ασθενών).

Η άγνωστη αιτιολογία του PPS σημαίνει ότι η θεραπεία είναι συχνά εμπειρική. Οι περισσότεροι ασθενείς απαιτούν πολυπαραγοντική θεραπεία με σκοπό την ύφεση των συμπτωμάτων και λαμβάνοντας υπόψη τη γενική κατάσταση του ασθενούς. Πρόσφατα αποτελέσματα τυχαιοποιημένων μελετών έχουν οδηγήσει σε πρόοδο όσον αφορά τις διαφορετικές θεραπευτικές επιλογές (Πίνακας 4).

Σύνδρομο πόνου της κύστης/Διάμεση κυστίτιδα (BPS/IC)

Αυτό το τετρογενές φάσμα ανωμαλιών δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς. Η φλεγμονή είναι ένα σημαντικό στοιχείο μόνο σε μια μερίδα των ασθενών. Το BPS αναφέρεται σε πόνο που γίνεται αντιληπτός στην περιοχή της κύστης, ενώ η IC αναφέρεται σε μια ειδική χρόνια φλεγμονή της κύστης.

Πίνακας 4: Θεραπεία του συνδρόμου πόνου του προστάτη (PPS)

Φάρμακο	LE	GR	Σχόλιο
Άλφα- αποκλειστές		Δεν συ- στήνο- νται	Αναποτελεσματικοί σύμφωνα με μια πρόσφατη μεγάλη τυχαιοποιημένη μελέτη
Μυοχαλαρωτικά	3	C	Περιορισμένα δεδομένα
Αντιβιοτικά	3	B	Κινολόνες μόνο εάν δεν έχει δοθεί άλλη αντιβιοτική αγωγή. Επανεκτίμηση μετά από 2-3 εβδομάδες. Διάρκεια θεραπείας 4-6 εβδομάδες
Οπιοειδή	3	C	Σαν μέρος πολυφαρμακευτικής θεραπείας για επίμονο άλγος σε συνεργασία με ιατρεία πόνου
ΜΣΑΦ	1b	B	Οι παρενέργειες από τη μακρόχρονη χρήση πρέπει να ληφθούν υπόψη.
Αναστολείς της 5-α-ρεδοουκίτασης	1b	B	Εάν συνυπάρχει και ΚΥΠ
Φυτοθεραπεία	1b-3	B	
Βιοανάδραση Ασκήσεις χαλάρωσης Αλλαγές τρόπου ζωής Μασάζ Χειροπρακτική θεραπεία Βελονισμός Διαλογισμός	2a-3	B	Σαν υποστηρικτικές θερα- πείες 2ης γραμμής
<p><i>LE = level of evidence(επίπεδο τεκμηρίωσης), GR = grade of recommendation(βαθμός σύστασης),NIHCPSI = NIH Prostatitis Symptom Index (NIH δείκτης συμπτωμάτων προστατίτιδας).</i></p>			

Εξαιτίας της δυσκολίας ορισμού του συνδρόμου, υπάρχει και μεγάλη ποικιλία διαγνωστικών κριτηρίων, όπως αυτά που καθορίστηκαν από το NID-DKK στο τέλος της δεκαετίας του 80. Η ευρωπαϊκή Εταιρία για τη μελέτη της IC/PBS (ESSIC) πρότεινε πρόσφατα τον καθορισμό διαγνωστικών κριτηρίων για να είναι ευκολότερη η σύγκριση των διαφόρων μελετών. Συστήνεται να τίθεται η διάγνωση του συνδρόμου πόνου της κύστης, όταν υπάρχει πόνος που γίνεται αντιληπτός στην κύστη, συνοδευόμενος από τουλάχιστον ένα ακόμα σύμπτωμα όπως η συχνουρία κατά τη διάρκεια της ημέρας ή/και κατά τη διάρκεια της νύχτας. Άλλες παθολογίες πρέπει να αποκλείονται από πιθανές αιτίες των συμπτωμάτων. Κυστεοσκόπηση με υδροδιάταση της κύστης και βιοψίες μπορεί να ενδείκνυνται. (Πίνακας 5).

Πίνακας 5: Κατάταξη κατά ESSIC του συνδρόμου πόνου της κύστης βασισμένη στην κυστεοσκόπηση με υδροδιάταση της κύστης και τη βιοψία

Κυστεοσκόπηση με υδροδιάταση της κύστης

Βιοψία	Δεν έγινε	Φυσιολογική	Στικτές πετέχειες βαθμού 2-3	Έλκος του Hunner με ή χωρίς στικτές πετέχειες
• Δεν έγινε	XX	1X	2X	3X
• Φυσιολογική	XA	1A	2A	3A
• Μη διαγνωστική	XB	1B	2B	3B
• Θετική*	XC	1C	2C	3C

**Ιστολογικά παρατηρείται φλεγμονώδης διήθηση και/ή μαστοκύτωση του εξωστήρα και/ή κοκκιοματώδη ιστό και/ή ίνωση του χορίου.*

Η διάγνωση τίθεται βάση συμπτωμάτων, κλινικής εξέτασης, ανάλυσης ούρων, κυστεοσκόπησης και βιοψίας (Εικόνα 2). Οι ασθενείς προσέρχονται αιτούμενοι χαρακτηριστικό πόνο και συχνουρία, που ορισμένες

φορές είναι έντονη και συνυπάρχει νυκτουρία. Το βασικό σύμπτωμα είναι ο πόνος. Σχετίζεται με τον βαθμό πλήρωσης της κύστης και αυξάνεται όσο αυξάνει ο όγκος των ούρων της κύστης. Εντοπίζεται υπερηβικά, κάποιες φορές με αντανάκλαση στις βουβώνες, τον κόλπο, το ορθό και το ιερό. Αν και ο πόνος υποχωρεί με την ούρηση, επιστρέφει πολύ σύντομα.

Οι δύο κύριες οντότητες, η κλασική (Hunner) και η μη ελκωτική, έχουν διαφορετική ηλικιακή κατανομή και κλινικές. Επίσης έχουν διαφορετική απόκριση στη θεραπεία και διαφορετικά ιστοπαθολογικά, ανοσολογικά και νευροβιολογικά χαρακτηριστικά. Οι συστάσεις για τη θεραπεία του BPS/IC παραθέτονται στους Πίνακες 6 και 7.

Πίνακας 6: Φαρμακευτική θεραπεία BPS/IC			
Φάρμακο	LE	GR	Σχόλιο
Αναλγητικά	2b	C	Ένδειξη μόνο σε ασθενής που περιμένουν περαιτέρω θεραπεία
Υδροξυζίνη	1b	A	Καθιερωμένη θεραπεία αν και έδειξε ελλιπή αποτελεσματικότητα σε RCT
Αμιτριπτυλίνη	1b	A	Καθιερωμένη θεραπεία
Pentosanpolysulphate Sodium (PPS)	1a	A	Καθιερωμένη θεραπεία, αντιφαιφικά δεδομένα
Κυκλοσπορίνη A	1b	A	RCT: καλύτερο του PPS αλλά με περισσότερες παρενέργειες.
<p><i>LE = level of evidence(επίπεδο τεκμηρίωσης) ; GR = grade of recommendation(βαθμός σύστασης) RCT = randomized controlled trial (τυχαιοποιημένη μελέτη); IC = interstitial cystitis (διάμεση κυστίτις); PPS = pentosanpolysulphate sodium.</i></p>			

Πίνακας 7: Ενδοκυστικές, επεμβατικές, εναλλακτικές και χειρουργικές θεραπείες του BPS/IC

Θεραπεία	LE	GR	Σχόλιο
Ενδοκυστικό PPS	1b	A	
Ενδοκυστικό Υαλουρονικό οξύ	2b	B	
Ενδοκυστικά θειική χονδροϊτίνη	2b	B	
Ενδοκυστικά DMSO	1b	A	
Διάταση της κύστης	3	C	
Ηλεκτροδιεγερτική χορήγηση φαρμάκων	3	B	
Διουρηθρική εκτομή	NA	NA	Μόνο σε έλκος του Hunner
Αποκλεισμοί νεύρων. Επισκληρίδιος έγχυση με αντλία Συμπτωματική ανακούφιση του πόνου	3	C	Σε περίπτωση κρίσης
Εξάσκηση ουροδόχου κύστης	3	B	Ασθενής με λίγο πόνο
Φυσιοθεραπεία	3	B	
Ψυχοθεραπεία	3	B	
Χειρουργική θεραπεία	NA	NA	Αντικρουόμενα στοιχεία. Καλά αποτελέσματα μόνο από έμπειρους χειρουργούς. Δες το πλήρες κείμενο

LE = level of evidence(επίπεδο τεκμηρίωσης) ; GR = grade of recommendation (βαθμός σύστασης); PPS = pentosanpolysulphate sodium; DMSO = dimethyl sulphoxide; NA = δεν υπάρχει τεκμηρίωση για και οι τυχαίοποιημένες μελέτες σε τέτοιες επεμβάσεις δεν εμπίπτουν στους κανόνες ιατρικής ηθικής.

λοίμωξης προκαλεί διαγνωστικό πρόβλημα, μια και οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση της ουρολοίμωξης δεν είναι ευαίσθητες. Δεν υπάρχει συμφωνία για τη θεραπεία. Η διαχείριση ίσως απαιτεί πολύπλευρη προσέγγιση.

Πυελικός πόνος στην γυναικολογία

Ένα πλήρες ιστορικό, κλινική εξέταση και οι κατάλληλες εξετάσεις, είναι απαραίτητες για να διαπιστωθεί εάν υπάρχει αίτιο που μπορεί να θεραπευτεί. Παρόλα αυτά, σε 30% των ασθενών δεν θα βρεθεί αίτιο.

Οι πιο κοινές γυναικολογικές καταστάσεις που σχετίζονται με πόνο είναι η δυσμηνόρροια, οι πυελικές φλεγμονές και η ενδομητρίωση. Οι πυελικές φλεγμονές συνήθως θεραπεύονται με αντιβιοτικά, αλλά σε χρόνιες καταστάσεις, ίσως απαιτείται και χειρουργική παρέμβαση. Οι γυναικολογικές κακοήθειες συχνά εμφανίζονται με συμπτώματα που προσομοιάζουν το σύνδρομο πόνου της κύστης.

Η σεξουαλική δυσλειτουργία που σχετίζεται με τον πυελικό πόνο χρήζει ιδιαίτερης προσοχής. Η σεξουαλική δυσλειτουργία στον άνδρα αναλύεται σε άλλο κεφάλαιο. Η σεξουαλική δυσλειτουργία στη γυναίκα είναι δυσκολότερο να αντιμετωπιστεί και επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από πιθανά προβλήματα του συντρόφου. Συνιστάται οι γυναίκες να αντιμετωπίζονται σε ειδικές κλινικές και πάντα πρέπει να ελέγχεται και ο σύντροφος και το πρόβλημα να αντιμετωπίζεται από κοινού.

Νευρογενείς καταστάσεις

Όταν ο χρόνιος πυελικός πόνος δεν μπορεί να αποδοθεί σε τοπική παθολογία της πυέλου, πρέπει να πραγματοποιείται νευρολογική εκτίμηση για να αποκλειστεί κάποιο πρόβλημα στην ιερή μοίρα του νωτιαίου μυελού ή της ιπιουρίδας. Η μαγνητική τομογραφία είναι η εξέταση εκλογής για την απεικόνιση τόσο του νευρικού ιστού, όσο και των

γειτονικών δομών. Εάν όλες οι εξετάσεις είναι αρνητικές πρέπει να εξετάζεται το ενδεχόμενο συνδρόμου εστιακού πόνου, π.χ παγίδευση αιδοϊκού νεύρου. Η θεραπεία είναι διαφορετική για κάθε περίπτωση.

Λειτουργία και δυσλειτουργία του πυελικού εδάφους

Το πυελικό έδαφος έχει 3 λειτουργίες: Στήριξη, σύσπαση και χάλασα. Η δυσλειτουργία του πυελικού εδάφους πρέπει να ταξινομηθεί σύμφωνα με το «Καθιέρωση της ορολογίας για τη λειτουργία και δυσλειτουργία του πυελικού εδάφους» (‘The standardisation of terminology of pelvic floor muscle function and dysfunction’), που δημοσιεύτηκε από τη διεθνή επιτροπή εγκράτειας {International Continence Society (ICS)}. Όπως και σε όλα τα κείμενα ICS, η ταξινόμηση βασίζεται στην κλασική τριάδα, σύμπτωμα, σημείο και κατάσταση. Σύμπτωμα είναι ότι αναφέρει ο ασθενής και σημείο είναι αυτό που προκύπτει από την κλινική εξέταση. Η ψηλάφηση πραγματοποιείται για να εκτιμηθεί η σύσπαση και η χάλασα του πυελικού εδάφους. Βάση των αποτελεσμάτων, η λειτουργία των μυών του πυελικού εδάφους κατατάσσεται σε φυσιολογική, υπερδραστήρια και υποδραστήρια ή μη λειτουργική. Η υπερδραστηριότητα των μυών του πυελικού εδάφους, μπορεί να προκαλέσει χρόνιο πυελικό πόνο.

Η επαναλαμβανόμενη ή χρόνια καταπόνηση ενός μυός μπορεί να ενεργοποιήσει σημεία πυροδότησης στον μυ. Τα σημεία πυροδότησης είναι υπερευαίσθητα σημεία που σχετίζονται με ψηλαφητά οζίδια στους τένοντες των μυών. Ο πόνος που ξεκινά από τέτοια σημεία αναπαράγεται με συγκεκριμένες κινήσεις και στάσεις του σώματος. Ο πόνος επίσης αναπαράγεται με την πίεση στο σημείο πυροδότησης (όπως π.χ. στον πόνο που σχετίζεται με τη σεξουαλική επαφή) καθώς και με τις επαναλαμβανόμενες ή μη συσπάσεις του μυός (π.χ. πόνος κατά την ούρηση ή την απόδευση). Στην κλινική εξέταση, τα σημεία πυροδότησης είναι

ψηλαφητά και με την πίεσή τους αναπαράγεται ο πόνος. Σε ασθενείς με χρόνια πυελικό πόνο τέτοια σημεία βρίσκονται συχνά σε μυς που σχετίζονται με την πύελο όπως οι κοιλιακοί, οι γλουτιαίοι και άλλοι.

Η υπερδραστηριότητα του πυελικού εδάφους πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στον χρόνια πυελικό πόνο. Εξειδικευμένη φυσιοθεραπεία μπορεί βελτιώσει τη μυϊκή λειτουργία και το συντονισμό των μυών του πυελικού εδάφους.

Ψυχολογικοί παράγοντες στον χρόνια πυελικό πόνο

Διάφοροι ψυχολογικοί παράγοντες επηρεάζουν την πρόκληση και τη συντήρηση του επίμονου πυελικού πόνου, καθώς και το αποτέλεσμα της θεραπείας. Ο πόνος προκαλεί άγχος και απώλεια δραστηριοτήτων. Οι ασθενείς ανησυχούν για την εξέλιξη της νόσου ή την παράταση των συμπτωμάτων. Υπάρχουν επαρκή στοιχεία για την επιρροή των ψυχολογικών διεργασιών στον πόνο. Δεν υπάρχουν επαρκή τεκμήρια για το εναλλακτικό μοντέλο της σωματοποίησης του πόνου.

Στις γυναίκες, το άγχος, η κατάθλιψη και τα σεξουαλικά προβλήματα είναι κοινά σε γυναίκες με σύνδρομο χρόνιου πυελικού πόνου και πρέπει να εκτιμώνται και να θεραπεύονται. Επίσης συχνά συνυπάρχει ιστορικό σωματικής ή σεξουαλικής κακοποίησης, αλλά σπάνια αποτελεί αίτιο του πόνου.

Στους άνδρες η κατάθλιψη σχετίζεται με ουρολογικά συμπτώματα και μπορεί να οδηγήσει σε αποχή από φυσιολογικές δραστηριότητες. Συχνά υπάρχουν και σεξουαλικά προβλήματα.

Η ψυχολογική προσέγγιση (Πίνακας 8) είναι ευκολότερη εάν ο κλινικός συνεργάζεται με κάποιο ψυχολόγο ή ανάλογο ειδικό. Οι απευθείας ερωτήσεις στον ασθενή είναι πιο αποτελεσματικές από τα ερωτηματολόγια.

Ο ασθενής που παραδέχεται καταθλιπτική διάθεση και την αποδίδει στον πόνο, μπορεί να βοηθηθεί από μια θεραπεία του πόνου βασισμένη στην ψυχολογία. Εάν αναδειχθεί σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία δεν αλλάζει τη θεραπεία του πόνου. Η ανάδειξη πρόσφατης ή σύγχρονης κακοποίησης πρέπει να καταγγέλλεται στις αρμόδιες υπηρεσίες. Κάθε θεραπεία πρέπει να αξιολογείται βάσει της επίπτωσής της στην ποιότητα ζωής του ασθενούς. Υπάρχουν λίγες μελέτες σχετικά με την ψυχοθεραπεία. Ο γυναικίος πνευλικός πόνος παρουσιάζει υψηλά ποσοστά αυτόματης υποστροφής των συμπτωμάτων. Ο συνδυασμός σωματικής και ψυχολογικής θεραπείας έχει τις μεγαλύτερες πιθανότητες για ένα θετικό αποτέλεσμα, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες (Πίνακας 9).

Πίνακας 8: Ψυχολογικοί παράγοντες στην εκτίμηση του χρόνιου πνευλικού πόνου

Εκτίμηση	LE	GR	Σχόλιο
Άγχος για το αίτιο του πόνου. Ρωτήστε: «Αντισυχείτε για το τι σας προκαλεί τον πόνο;»	1a	C	Μελέτες μόνο σε γυναίκες: Δεν μελετήθηκε το άγχος των ανδρών
Κατάθλιψη που αποδίδεται στον πόνο: Πώς έχει επηρεάσει ο πόνος τη ζωή σας;» Ρωτήστε «πώς σας κάνει ο πόνος να νιώθετε συναισθηματικά;»	1a	C	Μελέτες μόνο σε γυναίκες: Δεν μελετήθηκε το άγχος των ανδρών
Πολλαπλά σωματικά συμπτώματα/γενική κατάσταση	1a	C	

Ιστορικό σεξουαλικής ή σωματικής κακοποίησης	Ia	C	Πρόσφατη ή σύγχρονη κακοποίηση είναι σημαντικότερη
<i>LE = level of evidence (επίπεδο τεκμηρίωσης); GR = grade of recommendation (βαθμός σύστασης)</i>			

Πίνακας 9: Σωματική και Ψυχολογική θεραπεία στην αντιμετώπιση του χρόνιου πυελικού πόνου.

Θεραπεία	LE	GR	Σχόλιο
Μείωση τάσης, χαλάρωση για ύφεση του πόνου	Ib	C	Χαλάρωση+/- βιοανάδραση+/- φυσιοθεραπεία, κυρίως πυελικός πόνος σε άνδρες
Πολυπειθαρχική διαχείριση του πόνου για ευεξία.	(Ia)	(A)	Ασθενείς με πυελικό πόνο που θεραπεύονται με διαχείριση του πόνου βασισμένη στην ψυχολογία; Λίγες μελέτες σχετικές με πυελικό πόνο
<i>LE = level of evidence (επίπεδο τεκμηρίωσης); GR = grade of recommendation (βαθμός σύστασης)</i>			

Γενική θεραπεία του χρόνιου πυελικού πόνου

Τα δεδομένα κλινικών δοκιμών σε αυτόν τον τομέα είναι ανεπαρκή. Οι συστάσεις που παραθέτονται προκύπτουν από τη βιβλιογραφία του χρόνιου πόνου μια και ο χρόνιος πυελικός πόνος πιθανά ρυθμίζεται από παρόμοιους μηχανισμούς με τον σωματικό και νευροπαθητικό πόνο. Ο πίνακας 10 συνοψίζει τη γενική θεραπεία.

Απλά αναλγητικά

Η παρακεταμόλη είναι καλά ανεκτή και με λίγες παρενέργειες. Μπορεί να είναι εναλλακτική ή να χορηγείται με ΜΣΑΦ. Υπάρχουν όμως πολύ λίγα δεδομένα για τη χρήση των ΜΣΑΦ στον χρόνιο πυελικό πόνο. Οι περισσότερες μελέτες σχετικά με τα αναλγητικά αφορούν τη δυσμηνόρροια στην οποία τα ΜΣΑΦ είναι καλύτερα από το placebo και πιθανόν από την παρακεταμόλη.

Νευροπαθητικά αναλγητικά και τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά

Εάν πιθανολογείται νευρική κάκωση ή κεντρική ευαισθητοποίηση, χρησιμοποιείστε τον αλγόριθμο της Εικόνας 3. Τα τρικυκλικά είναι αποτελεσματικά στον νευροπαθητικό πόνο. Υπάρχουν λίγα τεκμηριωμένα στοιχεία για τους εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και ανεπαρκή στοιχεία για άλλα.

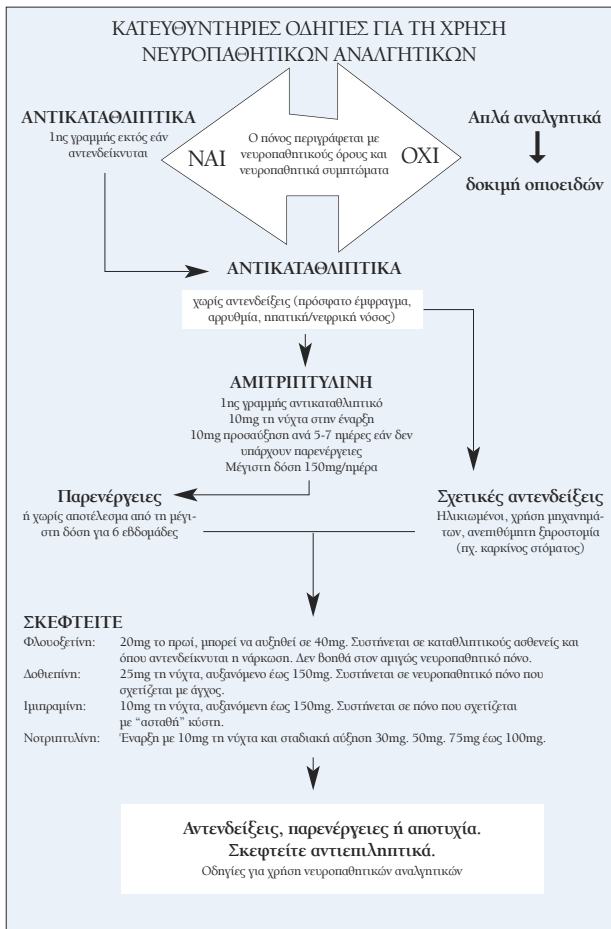
Αντισπασμωδικά

Τα αντισπασμωδικά χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία του πόνου εδώ και πολλά χρόνια. Ίσως φανούν χρήσιμα σε νευροπαθητικό πόνο. Η γκαμπαπεντίνη (Gabapentin) έχει έγκριση σε μερικές χώρες για τον χρόνιο νευροπαθητικό πόνο. Έχει λιγότερες παρενέργειες από τα παλαιότερα αντισπασμωδικά. Τα αντισπασμωδικά δεν έχουν καμία θέση στον οξύ πόνο.

Οπιοειδή

Η χρήση των οπιοειδών στον ουρογεννητικό πόνο δεν είναι καλά μελετημένη. Η χρήση τους στον νευροπαθητικό πόνο δεν είναι ξεκάθαρη αλλά μια πρόσφατη μετα-ανάλυση δείχνει κλινικά σημαντικά οφέλη.

Εικόνα 3: Οδηγίες για νευροπαθητικά ατικαταθλιπτικά



Πίνακας 10: Φαρμακευτική θεραπεία χρόνιου πυελικού πόνου

Φάρμακο	Τύπος πόνου	LE	GR	Σχόλιο
Παρακεταμόλη	Για σωματικό πόνο	1b	A	Όφελος περιορισμένο στον αρθρικό πόνο
COX-2 ανταγωνιστές		1b	A	Αποφυγή σε ασθενείς με παράγοντες κινδύνου από το καρδιαγγειακό
ΜΣΑΦ	Δυσμηνόρροια	1a	B	Καλύτερα από placebo αλλά δεν διαχωρίζει τους διάφορους ΜΣΑΦ
Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά	Νευροπαθητικός πόνος	1a	A	
	Πυελικός πόνος	3	C	Στοιχεία υποδεικνύουν ότι ο πυελικός πόνος είναι παρόμοιος με τον νευροπαθητικό
Αντισπασμωδικά γκαμπαπεντίνη (Gabapentin)	Νευροπαθητικός πόνος	1a	A	
Οπιοειδή	Για χρόνια Μη καρκινικό πόνο	1a	A	Περιορισμένα στοιχεία για μακροχρόνια αποτελέσματα. Χρήση μόνο από έμπειρους ιατρούς
	Νευροπαθητικό πόνο	1a	A	Πιθανά σημαντικά κλινικά οφέλη. Προσοχή στη χρήση όπως πιο πάνω
<p>LE = level of evidence (επίπεδο τεκμηρίωσης); GR = grade of recommendation (βαθμός σύστασης), COX = (κυκλοοξυγενάση) cyclo-oxygenase; ΜΣΑΦ= Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη.</p>				

Αποκλεισμοί νεύρων

Οι αποκλεισμοί νεύρων πραγματοποιούνται για διαγνωστικούς ή και θεραπευτικούς σκοπούς, από έναν ειδικό αναισθησιολόγο με ειδικευση στη διαχείριση πόνου. Οι διαγνωστικοί αποκλεισμοί είναι δύσκολοι στην ερμηνεία λόγω των πολλών πιθανών μηχανισμών με τους οποίους μπορεί να δρα ο αποκλεισμός. Όλοι οι αποκλεισμοί νεύρων πρέπει να γίνονται με απόλυτη ασφάλεια από εκπαιδευμένο προσωπικό σε χώρο με δυνατότητα Monitor και ανάνηψης. Ο σωστός εξοπλισμός πρέπει να χρησιμοποιηθεί, συμπεριλαμβανομένων των σωστών βελονών και του απεικονιστικού εξοπλισμού (CT, υπέρηχο ή ακτινολογικό)

Υπερηβική διαδερμική ηλεκτρική νευροδιέγερση (TENS)

Στην τελευταία μεγάλη μελέτη της TENS σε 60 ασθενείς (33 με κλασική διάμεση κυστίτιδα και 27 με μη ελκωτική νόσο) το 54% των ασθενών με κλασική διάμεση κυστίτιδα βοηθήθηκαν από την TENS. Λιγότερο ενθαρρυντικά αποτελέσματα υπήρχαν στην ομάδα με μη ελκωτική διάμεση κυστίτιδα. Είναι δύσκολο να εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητα της TENS στο σύνδρομο πόνου της κύστης/διάμεση κυστίτιδα με ακρίβεια. Οι μελέτες είναι δύσκολες στο σχεδιασμό γιατί η διέγερση μπορεί να περιλαμβάνει διάφορα σημεία σε μεγάλο χρονικό διάστημα.

Διέγερση του ιερού νεύρου σε σύνδρομο πυελικού πόνου

Ο νευροπαθητικός πόνος και άλλα σύνδρομα πόνου έχουν αντιμετωπιστεί με επιτυχία με τη μέθοδο της διέγερσης των ραχιαίων δερματίων και των περιφερικών νεύρων. Η νευροδιαμόρφωση (neuromodulation) ίσως έχει ρόλο στον χρόνιο πυελικό πόνο.

Σύνοψη

Ο χρόνιος πυελικός πόνος περιλαμβάνει μεγάλο αριθμό κλινικών εκδηλώσεων και παθήσεων. Η αιτιολογία και η παθογένειά του είναι συχνά άγνωστες. Για την επιτυχή αντιμετώπιση απαιτείται λεπτομερές ιστορικό, προσεκτική φυσική εξέταση και η διενέργεια του κατάλληλου εργαστηριακού ελέγχου. Η θεραπευτική αντιμετώπιση γίνεται με την εφαρμογή αρχικά πιο ήπιων θεραπευτικών τακτικών και στη συνέχεια περισσότερο επιθετικών μεθόδων, σύμφωνα με καθιερωμένους αλγόριθμους, ενώ η χειρουργική επέμβαση επιλέγεται μόνο όταν αποτύχουν όλες οι άλλες επιλογές.

Αυτό το σύντομο φυλλάδιο βασίζεται στις αναλυτικές κατευθυντήριες οδηγίες της EAU (ISBN 978-90-79574-70-0), που είναι διαθέσιμες σε όλα τα μέλη της Ευρωπαϊκής Εταιρείας της Ουρολογίας στην ιστοσελίδα: <http://www.uroweb.org/guidelines/online-guidelines>