



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΛΑΣΣΟΝΟΣ ΠΥΕΛΟΥ ΚΑΙ
ΠΕΡΙΝΕΟΥ»



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Παράγοντες εμφάνισης
χρόνιου πυελικού άλγους στις γυναίκες

Κουβελάς Σωτήριος
Μαιευτήρας- Γυναικολόγος

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Νταφόπουλος Κωνσταντίνος: Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας-Επιβλέπων
Καθηγητής

Δαπόντε Αλέξανδρος: Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας-Μέλος Τριμελούς
Επιτροπής

Μεσσήνη Χριστίνα: Επίκουρη Καθηγήτρια- Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2019



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΛΑΣΣΟΝΟΣ ΠΥΕΛΟΥ ΚΑΙ
ΠΕΡΙΝΕΟΥ»



Contributing factors of chronic pelvic pain in women

Larisa, 2019

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	4
Abstract	5
1.Εισαγωγή.....	6
1.1 Επιδημιολογία.....	6
1.2 Διάγνωση	8
2. Μεθοδολογία της παρούσας ανασκόπησης	13
3. Μηχανισμοί και αιτιολογία του χρόνιου πυελικού άλγους.....	15
3.1 Μηχανισμοί του επίμονου / χρόνιου πόνου.....	16
3.2 Γυναικολογικά αίτια χρόνιου πυελικού άλγους	19
3.3 Μη γυναικολογικά οργανικά αίτια χρόνιου πυελικού άλγους	22
4. Θεραπευτική αγωγή	26
5. Συμπεράσματα	29
Βιβλιογραφία.....	30

Περίληψη

Το χρόνιο πυελικό άλγος είναι από τις πιο συχνές αιτίες παραπομπής στο γυναικολόγο. Παθήσεις γυναικολογικής αιτιολογίας, αλλά και πολλές άλλες παθολογικές καταστάσεις μπορεί να ευθύνονται για το χρόνιο πυελικό άλγος. Συχνά συσχετίζεται με άλλα λειτουργικά σύνδρομα σωματικού πόνου (π.χ. σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, σύνδρομο χρόνιας κόπωσης) και διαταραχές ψυχικής υγείας (π.χ. διαταραχή μετατραυματικού στρες, κατάθλιψη). Ακόμα και σήμερα η διάγνωση παρουσιάζει δυσχέρειες και συχνά διενεργείται διαγνωστική λαπαροσκόπηση, ώστε να αποκλεισθεί κάποιο παθολογικό αίτιο. Συνιστάται μια ολιστική βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση, στο πλαίσιο μιας διεπιστημονική προσέγγισης, με επίκεντρο τις εξατομικευμένες ανάγκες του ασθενούς.

Λέξεις -κλειδιά: Χρόνιο Πυελικό Άλγος, αιτιολογία, γυναίκες

Abstract

Chronic pelvic pain is one of the most common causes of referral to gynecologist. Diseases of gynecological etiology, as well as many other pathological conditions may be responsible for chronic pelvic pain. It is often associated with other functional pain syndromes (eg irritable bowel syndrome, chronic fatigue syndrome) and mental health disorders (eg. post traumatic stress disorder, depression). Even today, diagnosis presents difficulties and diagnostic laparoscopy is often performed to rule out some pathological cause. A holistic biopsychosocial approach is recommended in the context of an interdisciplinary approach focusing on the individualized patient's needs.

Key words: Chronic Pelvic Pain, etiology, women

1.Εισαγωγή

1.1 Επιδημιολογία

Το χρόνιο πυελικό άλγος (Chronic Pelvic Pain-CPP) στις γυναίκες ορίζεται ως ο επίμονος, μη κυκλικός πόνος που θεωρείται ότι προέρχεται από ανατομικές δομές που σχετίζονται με την πύελο και διαρκεί περισσότερο από έξι μήνες. Συχνά δεν μπορεί να εντοπιστεί συγκεκριμένη αιτιολογία και μπορεί να θεωρηθεί ως σύνδρομο χρόνιου περιοχικού πόνου ή σύνδρομο λειτουργικού σωματικού πόνου. Το χρόνιο πυελικό άλγος έχει συχνότητα εμφάνισης 38/1.000 γυναίκες ηλικίας 15-73 ετών, ποσοστό παρόμοιο με αυτό του άσθματος (37/1.000) και της χρόνιας οσφυαλγίας (41/1.000), ενώ η συχνότητα του κυμαίνεται ευρέως μεταξύ 6 και 27%.

Εκτιμάται πάντως ότι το 3,8% των γυναικών ανεξαρτήτως ηλικίας και το 12% εκείνων σε αναπαραγωγική ηλικία αιτιώνται χρόνιο άλγος στην ελάσσονα πύελο.[1,2] Είναι μια από τις πιο συχνές αιτίες προσέλευσης στο γυναικολόγο με ποσοστό περίπου 20%. Συχνά συσχετίζεται με άλλα λειτουργικά σύνδρομα σωματικού πόνου (π.χ. σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, σύνδρομο χρόνιας κόπωσης) και διαταραχές ψυχικής υγείας (π.χ. διαταραχή μετατραυματικού στρες, κατάθλιψη).

Ο επιπολασμός του χρόνιου πυελικού άλγους είναι συγκρίσιμος με τον επιπολασμό του άσθματος (4,3% - 8,6%) και της οσφυαλγίας (επιπολασμός μηνός) ($23,2 \pm 2,9\%$). Είναι συνηθέστερος σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας (14% - 24%) και περίπου 14% των γυναικών θα εμφανίσουν χρόνιο πυελικό άλγος τουλάχιστον για μία φορά κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Συχνά συνυπάρχουν ψυχικές διαταραχές μεταξύ αυτών των γυναικών, όπως κατάθλιψη (25% - 50%), άγχος (10% - 20%), και σωματικές διαταραχές (10% - 20%)[3]. Στη Βραζιλία το άγχος ήταν παρόν στο 73% και η κατάθλιψη στο 40% [4]. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, το 31% των γυναικών με χρόνιο πυελικό άλγος εμφάνισε άγχος. Διαταραχές της σωματικής και ψυχικής υγείας και της ποιότητας του ύπνου αναφέρθηκε από το 32% αυτών των γυναικών [5].

Το χρόνιο πυελικό άλγος επηρεάζει σημαντικά τις καθημερινές δραστηριότητες σε ποσοστό 50% και 60% των γυναικών. Το οικονομικό βάρος της διαχείρισης του πόνου στις Ηνωμένες Πολιτείες (ΗΠΑ) εκτιμάται σε περίπου 881,5 εκατομμύρια δολάρια ετησίως. Οι επαναλαμβανόμενες απουσίες από την εργασία (13-32%) και η γονιμότητα (45-64%) είναι δυο βασικές παράμετροι της ζωής των γυναικών που επηρεάζονται δυσμενώς. Αλλά υπάρχουν και άλλες οικονομικές διαστάσεις που

πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, συμπεριλαμβανομένου του κόστους της μειωμένης ικανότητας των γυναικών να ανταποκριθούν στα καθήκοντά τους ως μητέρες και σύζυγοι, καθώς και τα έξοδα για την οικογένειά τους (1), των εξόδων για τη φαρμακευτική αγωγή και τις γυναικολογικές χειρουργικές επεμβάσεις των γυναικών (3 - 4 φορές υψηλότερο των υγιών γυναικών)[6-8]

Το 2006, οι Latthe et al. δημοσίευσαν τη συστηματική τους ανασκόπηση της εκτίμησης του παγκόσμιου επιπολασμού του χρόνιου πυελικού άλγους. Στο άρθρο τους, η παγκόσμια επικράτηση του μη κυκλικού πόνου ήταν 4% έως 43,4% , ενώ η 3 μηνών επικράτηση του άλγους στις ΗΠΑ μεταξύ των γυναικών ηλικίας 18 έως 50 ετών ήταν 15%, ενώ στο Ηνωμένο Βασίλειο μεταξύ των γυναικών ηλικίας 12 έως 70 ετών ήταν 24%. Ο επιπολασμός για την Ινδία, την Ταϊλάνδη και το Πακιστάν ήταν 5,2%, 43,2% και 8,8% αντίστοιχα.[9]

1.2 Διάγνωση

Τα σύνδρομα του άλγους διαγιγνώσκονται εξ αποκλεισμού άλλων καταστάσεων και ειδικά λοίμωξης ή φλεγμονής. Οι διαγνωστικές εξετάσεις θα πρέπει να περιορίζονται στις απολύτως απαραίτητες, καθώς μη αναγκαίες εξετάσεις ενδέχεται να επιβαρύνουν περαιτέρω τη θεραπευτική διαδικασία των συνδρόμων του χρόνιου πόνου. Ο πόνος χαρακτηρίζεται από έναν «φαινότυπο», με βάση τα χαρακτηριστικά του και το ιστορικό, που κατευθύνει στην υποκείμενη παθολογία και στην τελική διάγνωση. Ο φαινότυπος αντιστοιχεί ουσιαστικά στην λεπτομερή περιγραφή των ευρημάτων, έτσι ώστε ένας χρόνιος πόνος με έδρα συγκεκριμένα όργανα να χαρακτηρίζεται από διαφορετικό φαινότυπο, ανάλογα με τα συνοδά ευρήματα: πχ ο χρόνιος κυστικός πόνος μπορεί να σχετίζεται με την παρουσία έλκους του Hunner ή πετεχειών, ή με τελείως φυσιολογικό βλεννογόνο στην κυστεοσκόπηση. Στην περίπτωση αυτή, πρόκειται για δύο διαφορετικούς φαινότυπους.

Το ίδιο ισχύει και για το Σύνδρομο Ευερέθιστου Εντέρου (IBS), το οποίο μπορεί να χαρακτηρίζεται πρωτοπαθώς είτε από διάρροια είτε από δυσκοιλιότητα. Ο φαινότυπος καθορίζεται με βάση τους υποκείμενους μηχανισμούς, όταν είναι γνωστοί (πχ λοίμωξη, ισχαιμία, αυτοάνοσο νόσημα), ενώ αν αυτοί απουσιάζουν, η περιγραφή της κατάστασης πραγματοποιείται αναγκαστικά με βάση τα συμπτώματα, τα κλινικά σημεία και τις διαγνωστικές εξετάσεις, όταν αυτές είναι διαθέσιμες.

Όταν ο πόνος αποτελεί το κύριο σύμπτωμα αλλά και την αιτία της εξελικτικής κατάστασης, αυτή ορίζεται ως «σύνδρομο άλγους». Μια σειρά παραγόντων διαμορφώνουν την κλινική εικόνα. Πρόκειται κυρίως για ψυχολογικούς παράγοντες (γνωσιακούς, συναισθηματικούς), σεξουαλικούς, συμπεριφορικούς και λειτουργικούς που συναρτώνται με την ποιότητα ζωής και την πρόγνωση. Στο πλαίσιο αυτό έχει αναπτυχθεί το πρόγραμμα MAPP (Multi-disciplinary Approach to the Study of Chronic Pelvic Pain Research), το οποίο και διερευνά την σπουδαιότητα αυτών των παραγόντων σε όλους τους τύπους πυελικού πόνου, ανεξάρτητα από την εντόπιση, καθώς και την σχέση του πόνου με διάφορες συστηματικές διαταραχές, όπως η ινομυαλγία, ο προσωπικός πόνος και οι αυτοάνοσες διαταραχές.[1,8,10,11]

Χρειάζεται να ληφθεί ένα λεπτομερές ιατρικό ιστορικό που να εστιάζει στη φύση, τη συχνότητα και την εντόπιση του πόνου.

Η συσχέτισή του πόνου με τυχόν εκλυτικούς παράγοντες και με τον εμμηνορρυσιακό κύκλο μπορεί να βοηθήσει στην αποσαφήνιση της αιτιολογίας.

Υποχρεωτικά λαμβάνεται το σεξουαλικό ιστορικό, συμπεριλαμβανομένων των σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών, της παρουσίας κολπικού εκκρίματος, καθώς και του προηγηθέντος σεξουαλικού τραυματισμού. Ιδιαίτερη σημασία έχουν οι χαρακτήρες του εμμηνορρυσιακού κύκλου και οι διαταραχές του, καθώς και ο έλεγχος για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις έχουν περιορισμένη αξία στην αξιολόγηση των γυναικών με χρόνια πυελικό άλγος. Η γενική αίματος, η ταχύτητα καθίζησης των ερυθρών, η ανάλυση ούρων, και η εξέταση για χλαμύδια και γονόκοκκο χρησιμοποιούνται για τον αποκλεισμό ή τη διάγνωση μιας χρόνιας φλεγμονώδους διεργασίας, ενώ πρέπει να αποκλείεται και η κύηση.

Η διακολπική υπερηχογραφία είναι χρήσιμη για τον εντοπισμό των πυελικών όγκων-μορφωμάτων. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμο για την ανίχνευση τους με διάμετρο μικρότερη από 4 cm, που συχνά δεν μπορούν να ανιχνευτούν με την αμφίχειρη ψηλάφηση, ενώ και η μαγνητική τομογραφία μπορεί να συμβάλλει στην περαιτέρω διερεύνηση.

Όταν ο πόνος είναι σοβαρός, η ασθενής θα πρέπει να παραπέμπεται για λαπαροσκόπηση εάν η διάγνωση παραμένει ασαφής μετά την αρχική αξιολόγηση. Η διαγνωστική λαπαροσκόπηση είναι η μέθοδος εκλογής για τον προσδιορισμό της αιτιολογίας του χρόνιου πυελικού άλγους και μπορεί να είναι πολύ αποτελεσματική στη διάγνωση των διαφόρων γυναικολογικών αιτιών της διαταραχής.[1,8]

Προκειμένου να καθοριστεί η σοβαρότητα της νόσου, η πρόοδός της και η διάγνωση, χρειάζεται η αξιολόγηση των συμπτωμάτων με αξιόπιστα εργαλεία - κλίμακες αυτοαναφοράς που συστήνονται για τη βασική εκτίμηση και τη θεραπευτική παρακολούθηση των ασθενών, στις οποίες και συστήνεται να καταγράφουν τη διακύμανση του πόνου (ημερολόγιο πόνου).

Πίνακας 1. Ταξινόμηση του χρόνιου πυελικού άλγους σύμφωνα με το σύστημα της IASP (International Association for the Study of Pain)

<p>Άξονας 1: Περιοχή Χρόνιος πυελικός πόνος/πόνος σχετιζόμενος με συγκεκριμένη πάθηση</p>
<p>Άξονας 2: Σύστημα Ουρολογικό, γυναικείο γεννητικό, γαστρεντερικό, περιφερικά νεύρα, σεξουαλικό, ψυχολογικό, μυοσκελετικό</p>
<p>Άξονας 3: Πάσχον τελικό όργανο-προέλευση πόνου Προστατικός, κυστικός, οσχικός/ορχικός/επιδιδυμίδας, μετά βαζεκτομή, χειλέων αιδοίου, κολπικός, κλειτοριδικός, σχετιζόμενος με ενδομητρίωση, CPPS με περιοδικές εξάρσεις, δυσμηνόρροια, ευερέθιστο έντερο, χρόνιος πρωκτικός, διακοπτόμενος χρόνιος πρωκτικός, σύνδρομο αιδουικού νεύρου, δυσπαρεύνια, πυελικός πόνος με σεξουαλική δυσλειτουργία, οποιοδήποτε πυελικό όργανο, μύες πυελικού εδάφους, κοιλιακοί μύες, σπονδυλική στήλη, κόκκυγας</p>
<p>Άξονας 4: Αντανάκλαση του πόνου Υπερηβικός, βουβωνικός, ουρηθρικός, πεικός/κλειτοριδικός, περινεϊκός, ορθικός, ράχης, γλουτών, μηρών</p>
<p>Άξονας 5: Αντανάκλαση του πόνου ΕΝΑΡΞΗ (οξεία / χρόνια), ΔΙΑΡΚΕΙΑ (σποραδικός, κυκλικός ,συνεχής), ΧΡΟΝΙΚΗ ΣΤΙΓΜΗ (πχ πλήρωση κύστης/ κένωση/ αμέσως μετά την ούρηση), ΕΚΛΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ (προκλητός /αυτόματος)</p>
<p>Άξονας 6: Χαρακτήρες Πχ Βύθιος, καυστικός, οξύς</p>
<p>Άξονας 7: Συνοδά σημεία και συμπτώματα Ουρολογικά (συχνουρία, νυκτουρία, δυσχέρεια στην έναρξη της ούρησης, παθολογική ροή, επιτακτικότητα, ακράτεια), γυναικολογικά (έμμηнос ρύση, εμμηνόπαυση), γαστρεντερικά (δυσκοιλιότητα, διάρροια, μετεωρισμός, επιτακτικότητα, ακράτεια), νευρικό σύστημα (δυσαισθησία, υπεραισθησία, αλλοδυνία, υπεραλγησία), σεξουαλική σφαίρα (ικανοποίηση, δυσπαρεύνια, αποφυγή επαφής, στυτική δυσλειτουργία, φάρμακα), μυϊκά, δερματικά</p>
<p>Άξονας 8: Ψυχικά συμπτώματα Άγχος (για τον πόνο ή για πιθανές αιτίες του), κατάθλιψη (αποδιδόμενη στον πόνο ή στις επιπτώσεις του, αποδιδόμενη σε άλλες αιτίες), συμπτώματα μετατραυματικής διαταραχής(επανάληψη εμπειρίας, αποφυγή) Πηγή: https://huanet.gr/wp-content/uploads/2017/08/01_XPONIO-ΠΥΕΛΙΚΟ-ΑΛΓΟΣ.pdf</p>

Το «ημερολόγιο» μπορεί να περιλαμβάνει κι άλλες παραμέτρους, όπως η ούρηση, η σεξουαλική δραστηριότητα, τα επίπεδα ενεργητικότητας ή η χρήση αναλγητικών.

Οι περισσότερες κλίμακες που αφορούν στον περιορισμό της λειτουργικότητας είναι σχεδιασμένες κυρίως για τον μυοσκελετικό πόνο και δίνουν έμφαση σε κινητικά προβλήματα, παρά στις δυσκολίες του ατόμου με πυελικό ή ουρογεννητικό πόνο.

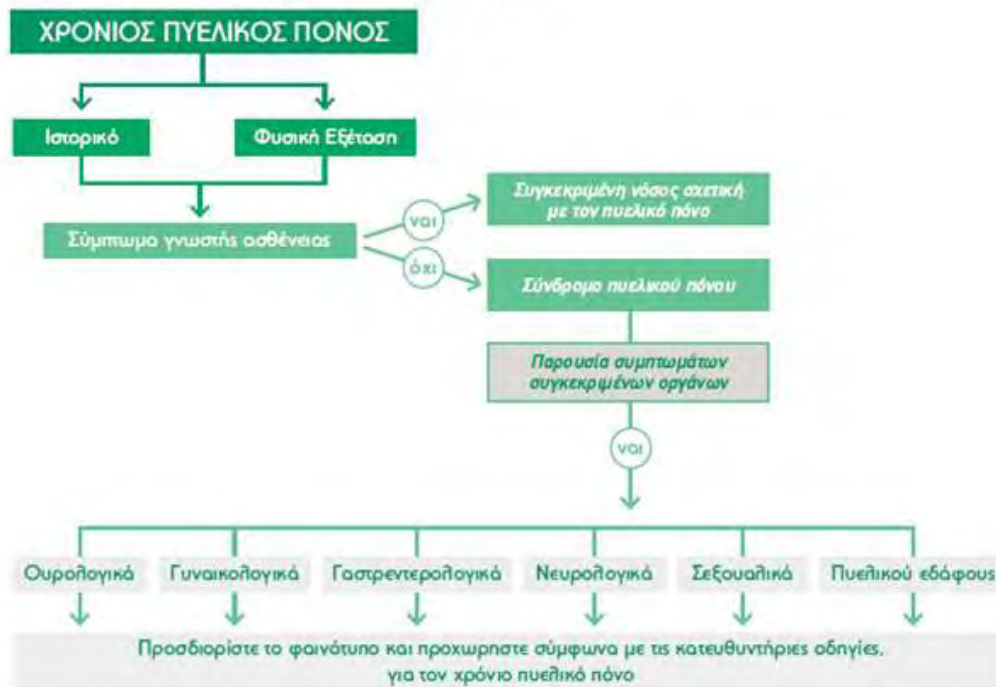
Μια υποσχόμενη ειδική κλίμακα, η UPOINT, είναι διαθέσιμη, ενώ κλίμακες που αφορούν τη γενική ποιότητα ζωής χρησιμοποιούνται επικουρικά. Επίσης, το Brief Pain Inventory (Σύντομη Καταγραφή Πόνου) συνοψίζει την επίδραση του πόνου σε διάφορες εκφάνσεις της ζωής.

Πίνακας 2. Διαγνωστική εκτίμηση του χρόνιου πυελικού άλγους γυναικολογικής αιτιολογίας

Περίληψη των ενδείξεων	(Επίπεδο τεκμηρίωσης- Level of evidence-LE)
Το ιστορικό και η κλινική εξέταση είναι υποχρεωτικά για να τεθεί η διάγνωση.	2a
Η λαπαροσκόπηση είναι καλά ανεκτή και δε φαίνεται να έχει αρνητικές ψυχολογικές επιδράσεις.	1b
Συστάσεις	Βαθμονόμηση συστάσεων (Grade Rating)
Όλες οι γυναίκες με πυελικό πόνο πρέπει να εκτιμώνται πλήρως γυναικολογικό με ιστορικό και εξέταση, συμπεριλαμβανομένης και της λαπαροσκόπησης, ώστε να αποκλειστεί κάποια άλλη θεραπεύσιμη αιτία (πχ. ενδομητρίωση)	A

Διαγνωστικός αλγόριθμος

Σχήμα 1. Η διάγνωση του χρόνιου πυελικού άλγους



Σχήμα 2. Η ταυτοποίηση του φαινοτύπου στο χρόνιο πυελικό άλγος

ΦΑΙΝΟΤΥΠΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
Ουρολογικός	Διάγραμμα ούρησης, ημερολόγιο ούρησης, υπερχογραφήμα, ουρομετρία
Ψυχολογικός	Έγχος για τον πόνο, κατάθλιψη και απώλεια λειτουργικότητας, ιστορικό αρνητικών σεξουαλικών εμπειριών.
Συγκεκριμένων οργάνων	Ρωτήστε για γυναικολογικά, γαστρεντερικά, ορθοπρωκτικά, σεξουαλικά προβλήματα. Γυναικολογική, διορθική εξέταση.
Λοίμωξης	Καλλιέργεια σπέρματος και ούρων, κοιλιακό επίχρισμα, καλλιέργεια κοπράνων.
Νευρολογικός	Ρωτήστε για νευρολογικά προβλήματα (ελάττωση αισθητικότητας, δυσαισθησία). Νευρολογικός έλεγχος κατά τη φυσική εξέταση: προβλήματα αισθητικότητας, ιερό αντανακλαστικά και μυϊκή λειτουργία.
Μυϊκής ευαισθησίας	Ψηλάφηση των μυών του πυελικού εδάφους, των κοιλιακών μυών και των γιγλουαίων.

Πηγή: https://huanet.gr/wp-content/uploads/2017/08/01_XPONIO-ΠΥΕΛΙΚΟ-ΑΛΓΟΣ.pdf

2. Μεθοδολογία της παρούσας ανασκόπησης

Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης ήταν η διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με την εμφάνιση του χρόνιου πυελικού άλγους στις γυναίκες. Τα κύρια ερευνητικά ερωτήματα αφορούσαν στα γυναικολογικά αίτια του χρόνιου πυελικού άλγους, στα συνοδά λειτουργικά σωματικά σύνδρομα και στους ψυχολογικούς παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση του χρόνιου πυελικού άλγους.

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε στη συγκεκριμένη εργασία ήταν η ηλεκτρονική αναζήτηση σε βάσεις δεδομένων PUBMED/MEDLINE & GOOGLESCHOLAR, με λέξεις-κλειδιά στο κείμενο της περίληψης Chronic pelvic pain, women, factors, disease, prevalence, etiology, σε ποικίλους συνδυασμούς.

Η αναζήτηση κάλυψε την δεκαετία 2009-2019 και απέδωσε συνολικά 1109 άρθρα. Στη συνέχεια, αποκλείστηκαν άρθρα που δεν περιείχαν αναφορές στην αιτιολογία οπότε η αναζήτηση περιορίστηκε σε 539 άρθρα.

Αποκλείστηκαν επίσης άρθρα με αριθμό συμμετεχόντων στην έρευνα μικρότερο των 25 ατόμων, καθώς οι δημοσιεύσεις σε άλλη γλώσσα πλην της αγγλικής.

Από τα εναπομείναντα 462 άρθρα, η περίληψη του κάθε άρθρου μελετήθηκε προσεκτικά για να εντοπιστούν οι κατάλληλες δημοσιεύσεις, συμπεριλαμβανομένων ανασκοπήσεων και μετα-αναλύσεων.

Αν υπήρχε οποιαδήποτε θετική ένδειξη αξιοποίησης του άρθρου για το σκοπό της παρούσας εργασίας γινόταν ανάκτηση του πλήρους κειμένου, ενώ παραπομπές των άρθρων που ελήφθησαν, τέθηκαν προς αναζήτηση για τον εντοπισμό περαιτέρω σχετικών αναφορών.

Με βάση τα παραπάνω αξιοποιήθηκαν τελικά 4 ερευνητικά άρθρα και 4 ανασκοπήσεις, που αποτέλεσαν και τον κύριο κορμό της παρούσας εργασίας, τα οποία και αναφέρονται με έντονη γραφή στον κατάλογο των βιβλιογραφικών αναφορών στο τέλος της παρούσας εργασίας.

Συμπεριελήφθησαν επίσης επικουρικά άρθρα που βοηθούν στην πληρέστερη κατανόηση της παθοφυσιολογίας του πυελικού πόνου, αλλά και παλαιότερων ετών σχετικά με το θέμα, προκειμένου να παρουσιαστεί διαχρονικά η εξέλιξη της μελέτης της συγκεκριμένης κλινικής οντότητας και να τονιστεί η κλινική και επιδημιολογική-κοινωνική της σημασία. Συνολικά στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκαν 28 άρθρα.

3. Μηχανισμοί και αιτιολογία του χρόνιου πυελικού άλγους

Τα αίτια του χρόνιου πυελικού άλγους μπορεί να ταξινομηθούν σε τέσσερις αδρές κατηγορίες:

- α) λανθάνουσες εξεργασίες που όμως διαφεύγουν της διάγνωσης,
- β) γυναικολογικής φύσεως αίτια,
- γ) μη γυναικολογικά αίτια,
- δ) ψυχογενής συμπτωματολογία.

Η διάγνωση βασίζεται κυρίως σε ευρήματα από το ιστορικό και τη φυσική εξέταση.

Ωστόσο, η διαγνωστική λαπαροσκόπηση είναι η μέθοδος εκλογής για τον προσδιορισμό της αιτιολογίας του χρόνιου πυελικού άλγους, ενώ η υπερηχογραφία της πυέλου ενδείκνυται προκειμένου να αποκλειστούν ανατομικές ανωμαλίες.

Η παραπομπή για διαγνωστική αξιολόγηση πιθανής ενδομητρίωσης με λαπαροσκόπηση συνήθως ενδείκνυται σε σοβαρές περιπτώσεις. Στο 60% περίπου των περιπτώσεων δεν ανευρίσκεται κάποιο οργανικό αίτιο, ενώ μπορεί να συνυπάρχει οργανικό αίτιο και ψυχολογικός παράγοντας.

Δεν υπάρχει καθορισμένη θεραπευτική αγωγή και οι θεραπείες που βασίζονται σε ενδείξεις είναι περιορισμένες.

Η υστερεκτομή έχει αμφιλεγόμενα αποτελέσματα.[1,8,12]

3.1 Μηχανισμοί του επίμονου / χρόνιου πόνου

Οι μηχανισμοί στους οποίους βασίζεται η εμφάνιση και η εμμονή του πυελικού πόνου, συνδέονται με την ύπαρξη ενός σύνθετου δικτύου, που περιλαμβάνει περιφερικές νευρικές οδούς, το νωτιαίο μυελό, και περιοχές του εγκεφάλου.

Υπάρχουν πολλές διασυνδέσεις μεταξύ του νευρικού συστήματος και των ανατομικών δομών της πυέλου, αλλά και μέσω των ίδιων των διαφορετικών πυελικών οργάνων. Η μελέτη αυτού του εκτεταμένου δικτύου επικοινωνίας και οι μηχανισμοί της αντίληψης του πόνου έχει γοητεύσει πολλούς επιστήμονες και κλινικούς γιατρούς, παρά το γεγονός ότι οι σχετικοί παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί παραμένουν σε μεγάλο βαθμό ανεξήγητοι.

Όταν ένα επιβλαβές ή δυνητικά επιβλαβές ερέθισμα ιστών, οδηγεί σε βλάβη των ιστών, διεγείρονται εξειδικευμένες δεκτικές τελικές νευρικές απολήξεις πόνου. Αυτά τα ερεθίσματα μετατρέπονται σε ηλεκτρικές ώσεις που μεταδίδονται μέσα από A-δ (ταχείας μεταβίβασης-εμμυελος ίνες) και ίνες C (βραδεία, αμύελος) και οδηγούνται σε συνάψεις στο ραχιαίο κέρασ του νωτιαίου μυελού, κυρίως μέσω του υπογαστρίου και ηβικού πλέγματος. Αυτά τα νεύρα μεταφέρουν αισθητηριακές πληροφορίες από τα κύρια όργανα της πυέλου: κόλον, ορθό, ουροδόχο κύστη και μήτρα [13].

Η πλειονότητα των προσαγωγών νευρώνων προβάλλει ετερόπλευρα στο ΝΜ και οι ίνες τους ανεβαίνουν με το νωτιαίο-θλαμικό δεμάτιο προς το θάλαμο και από εκεί στον πρωτογενή και τον δευτερογενή αισθητικό φλοιό, τον προμετωπιαίο, τη νήσο, την αμυγδαλή και την παρεγκεφαλίδα.

Αυτές οι περιοχές ευθύνονται για την αντίληψη του πόνου, την αποκωδικοποίηση των πληροφοριών που δημιουργούν στις αισθητικές εμπειρίες του ατόμου. Κατιόντα δεμάτια μπορούν να τροποποιήσουν την αισθητηριακή πληροφορία και να διαφοροποιήσουν την αίσθηση του πόνου. Στο πλαίσιο αυτό ο πόνος μπορεί είτε να αμβλυνθεί, είτε να μεγεθυνθεί, οπότε υφίσταται τη λεγομένη υπεραλγησία.

Διασταυρούμενες, σπλάγχο-σπλαχνικές αλληλεπιδράσεις.

Η ορολογία αυτή αναφέρεται στη μετάδοση ενός επιβλαβούς ερεθίσματος από ένα πάσχον πυελικό όργανο σε ένα υγιές γειτονικό, με αποτέλεσμα λειτουργικές αλλαγές στο τελευταίο.

Αποτελεί έναν από τους κύριους παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη του χρόνιου πυελικού πόνου. Αυτές οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ γαστρεντερικού, ουροποιητικού και αναπαραγωγικού διαμεσολαβούνται από τη σύγκλιση των αισθητηριακών πληροφοριών μέσω τόσο των περιφερειακών όσο και των κεντρικών μηχανισμών επεξεργασίας του ερεθίσματος. Σημαντικοί περιφερειακοί μηχανισμοί περιλαμβάνουν τους νευρώνες που εντοπίζονται στα νωτιαία γάγγλια, ενώ στο κεντρικό νευρικό σύστημα εμπλέκονται δομές στον νωτιαίο μυελό και στον εγκέφαλο[14,15].

Νευρογενής φλεγμονή και περιφερειακή ευαισθητοποίηση.

Ο Bayliss είναι ο πρώτος που κατέδειξε την ύπαρξη αντίδρομης αγωγής σε προσαγωγές ίνες [16]. Σε αυτήν την περίπτωση οι αισθητήριες ώσεις δεν μετακινούνται προς το νωτιαίο μυελό, αλλά κατευθύνονται στην αντίθετη κατεύθυνση. Όταν φτάνουν στην περιφέρεια της περιοχής του βλάβο-υποδοχέα, εμφανίζεται «νευρογενής φλεγμονή» με αποκοκκίωση των μαστοκυττάρων [17], αρτηριακή αγγειοδιαστολή και εξαγγείωση πλάσματος.

Για παράδειγμα, έχει δειχθεί τετραπλασιασμός του αριθμού των μαστοκυττάρων στην ουροδόχο κύστη και τριπλασιασμό τους στο παχύ έντερο, σε βιοψίες ασθενών που έχουν διαγνωσθεί με αμφότερα: σύνδρομο κυστίτιδας / πόνου κύστης (IC / PBS) και φλεγμονώδες ασθένειες του εντέρου (IBS).[18]

Κεντρική ευαισθητοποίηση.

Η κεντρική ευαισθητοποίηση ορίζεται ως «αύξηση της διέγερσης του ΚΝΣ», έτσι ώστε φυσιολογικά ερεθίσματα πυροδοτούν υπερβολικές αντιδράσεις. Κεντρική ευαισθητοποίηση συμβαίνει όταν ένα βλαπτικό ερέθισμα πυροδοτεί μια ευαισθητοποίηση διαρκείας του υποδεκτικού νευρώνα στο ΝΜ, που παρατείνεται και μετά την αποδρομή της προκληθείσας βλάβης.

Η περιφερειακή ευαισθητοποίηση αντιπροσωπεύει την εκκίνηση της κεντρικής ευαισθητοποίηση που διατηρείται με επίμονη διέγερση του ΚΝΣ από ευαισθητοποιημένες αισθητικές προαγωγές ίνες.

Συνηθέστερα, η εξάλειψη του αλγογόνου ερεθίσματος προκαλεί την λύση της αντίληψης του πόνου. Ωστόσο, λιγότερο συχνά, ο πόνος επιμένει μετά την απομάκρυνση της αιτίας του πόνου.

Νευρικοί μηχανισμοί παρόμοιοι με εκείνους που εμπλέκονται στη μνήμη, πιθανόν προκαλούν μια διαδικασία κεντρικής ευαισθητοποίησης, ανεξάρτητη από την περιφερειακή ευαισθητοποίηση [15,19].

3.2 Γυναικολογικά αίτια χρόνιου πυελικού άλγους

Τα πιο συνήθη γυναικολογικά αίτια χρόνιου πυελικού άλγους είναι η ενδομητρίωση, οι συμφύσεις και η φλεγμονώδης νόσος της πυέλου. Η διάγνωση αυτών και όλων των άλλων γυναικολογικών παθήσεων που μπορεί να προκαλέσουν χρόνια πυελικό άλγος, γίνεται με ασφάλεια, με την λαπαροσκόπηση.

Σε ποσοστό περίπου 15-40% των ασθενών με χρόνια πυελικό άλγος μπαίνει η διάγνωση της ενδομητρίωσης μετά από διαγνωστική λαπαροσκόπηση.[8,20]

Αναφορικά με την ενδομητρίωση, δεν υπάρχει συσχέτιση ούτε της θέσης της βλάβης, αλλά ούτε και του βαθμού της ενδομητρίωσης με την ένταση και διάρκεια του πυελικού άλγους. Οι συμφύσεις που ανευρίσκονται κατά τη διάρκεια της διαγνωστικής λαπαροσκόπησης εδράζονται συνήθως σύστοιχα προς την περιοχή του έντονου άλγους. Το χρόνια πυελικό άλγος λόγω συμφύσεων οφείλεται κατά κύριο λόγο στη μειωμένη κινητικότητα του εντέρου και στη διάτασή του. (πίνακας 3)

Λοιμώξεις

Κατά τη λαπαροσκόπηση διαπιστώνεται ενδομητρίωση σε περίπου 25% (16-33%) των ασθενών και συμφύσεις σε περίπου 30% (24-40%). Αυτό σημαίνει ότι περίπου στο 60% όλων των περιπτώσεων μπορεί να γίνει έγκαιρη διάγνωση με τη λαπαροσκόπηση, η οποία ενέχει και θεραπευτικό ρόλο. Η φλεγμονώδης νόσος της πυέλου περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα φλεγμονωδών διαταραχών του ανώτερου γυναικείου γεννητικού συστήματος όπως η ενδομητρίτιδα, η σαλπινγίτιδα, το σάπλιγγο-ωοθηκικό απόστημα και η πυελική περιτονίτιδα.

Στις περισσότερες περιπτώσεις εμπλέκονται σεξουαλικά μεταδιδόμενοι οργανισμοί όπως *N.gonorrhoea* και *C.trachomatis* και λιγότερο συχνά μικροοργανισμοί της φυσιολογικής κολπικής χλωρίδας.[1,8,21].

Το Σύνδρομο Πυελικής Συμφόρησης

Πρόκειται για ένα κλινικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από χρόνια πυελικό πόνο και παρουσία κισμών στην πύελο. Συχνά συνοδεύεται από κισσοειδείς φλέβες σε άτυπες θέσεις (αιδοίο, γλουτός, οπίσθια άνω-έσω επιφάνεια μηρού).

Πρόκειται για συχνή αιτία χρόνιου πυελικού πόνου στις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας μετά την ενδομητρίωση και σημαντικό αίτιο υποτροπής των κισμών των κάτω άκρων.

Η δυσκολία αναγνώρισής του καταλήγει συνήθως σε καθυστερημένη διάγνωση με μεγάλο οικονομικό κόστος (λόγω των πολλαπλών διαγνωστικών εξετάσεων που υποβάλλονται οι ασθενείς ή/και λόγω λανθασμένης ιατρικής αγωγής, π.χ. αποτυχημένες προσπάθειες εξάλειψης φλεβικών κισμών) καθώς και σε μεγάλη ψυχολογική καταπόνηση των ασθενών.[22]

Δυσμηνόρροια

Ο καταμήνιος πόνος ή «δυσμηνόρροια» μπορεί να είναι πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής. Η πρωτοπαθής δυσμηνόρροια κλασικά ξεκινά στην έναρξη του καταμήνιου κύκλου (εμμηνορυσία) και τελειώνει μετά τη γέννηση ενός παιδιού. Η δευτεροπαθής δυσμηνόρροια υποδηλώνει την ανάπτυξη παθολογικής κατάστασης, όπως η ενδομητρίωση, η αδενομύωση, η πυελική λοίμωξη.

Στις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, πρέπει να εξετάζεται η πιθανότητα πυελικής φλεγμονώδους νόσου. Λαμβάνονται επιχρίσματα, προκειμένου να αποκλειστεί η λοίμωξη από χλαμύδια και γονόκοκκο.

Βακτηριακές και ιογενείς παθογένειες της γεννητικής οδού πρέπει επίσης να αποκλειστούν, καθώς μπορούν να προκαλέσουν σοβαρό πυελικό πόνο και σχετίζονται με ελκωτικές βλάβες και φλεγμονή, τα οποία ίσως οδηγήσουν και σε επίσχεση ούρων.

Αν υπάρχει αμφιβολία για τη διάγνωση, η λαπαροσκόπηση μπορεί να βοηθήσει, καθώς μια από τις πιθανές διαγνώσεις είναι η ενδομητρίωση.

Η διάγνωση της ενδομητρίωσης και της αδενομύωσης τίθεται συνήθως, όταν υπάρχει ιστορικό δευτεροπαθούς δυσμηνόρροιας ή/ και δυσπαρεύνειας.

Στην κλινική εξέταση, διαπιστώνεται συχνά ευαισθησία στα πλάγια κοιλικά τοιχώματα, μειωμένη κινητικότητα της μήτρας, ευαισθησία στο ορθοκολπικό διάφραγμα και κάποιες φορές διαπιστώνονται εξεργασίες στα εξαρτήματα. Η λαπαροσκόπηση είναι το πιο χρήσιμο διαγνωστικό εργαλείο.

Ενδομητριοσικές βλάβες που επηρεάζουν την ουροδόχο κύστη ή προκαλούν ουρητηρικές αποφράξεις μπορεί να υπάρχουν, καθώς και βλάβες που επηρεάζουν το έντερο, οι οποίες ίσως προκαλούν και αιμορραγία από το ορθό σε συνδυασμό με την εμμηνορροσία.

Η αδενομύωση σχετίζεται με αυξημένο πόνο κατά την έμμηνο ρύση. Διαγιγνώσκεται με υπερηχογράφημα της μήτρας, το οποίο δείχνει κυστική διάταση του μυομητρίου.

Πυελικός πόνος μπορεί να προέλθει και από την επέκταση της γυναικολογικής κακοήθειας από τον τράχηλο, το σώμα της μήτρας ή τις ωοθήκες

Το τραύμα που συμβαίνει κατά τη διαδικασία της γέννησης μπορεί να οδηγήσει σε χρόνια πυελικό πόνο, ενώ η γυναικεία σεξουαλική δυσλειτουργία είναι ίσως το συχνότερα εμφανιζόμενο πρόβλημα.

Παροδική ανεπάρκεια των οιστρογόνων στην περίοδο μετά τον τοκετό και κατά το θηλασμό, ίσως επιβαρύνει την κατάσταση. Η βλάβη της απονεύρωσης του πυελικού εδάφους πιθανόν ευθύνεται για τη δυσλειτουργία και τον πόνο.

Αν και η πρόπτωση πυελικού οργάνου είναι συχνά ασυμπτωματική, σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να προκαλεί κοιλικό πόνο και δερματικές εκδορές. Η πρόπτωση είναι συχνά νόσος των γηραιότερων γυναικών και σχετίζεται με τη μετεμμηνοπαυσιακή ανεπάρκεια οιστρογόνων, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε πόνο σχετιζόμενο με τη συνουσία.

Το χειρουργείο της πρόπτωσης ίσως απαιτήσει τη χρήση πλέγματος, το οποίο σε κάποιους ασθενείς μπορεί να προκαλέσει ερεθισμό των νεύρων και των μυών. Οι ασθενείς πρέπει να έχουν πλήρως εκτιμηθεί κλινικά και πιθανόν να απαιτούν ειδική απεικόνιση, με τη χρήση σκιαγραφικών αν είναι απαραίτητο, ώστε να τεθεί η διάγνωση.[23-26]

3.3 Μη γυναικολογικά οργανικά αίτια χρόνιου πυελικού άλγους

Η μήτρα, ο τράχηλος και τα εξαρτήματα λαμβάνουν την ίδια αισθητική συμπαθητική νεύρωση με το ορθοσιγμοειδές (Θ10-O1), γεγονός που συχνά δημιουργεί σύγχυση σχετικά με την προέλευση των συμπτωμάτων.

Το γαστρεντερικό σύστημα, το ουροποιητικό, αλλά και προβλήματα από το μυοσκελετικό και το νευρικό σύστημα μπορεί να ευθύνονται για τη συμπτωματολογία του χρόνιου πυελικού άλγους (πίνακας 3).

Οι συμφύσεις είναι επίσης σημαντική αιτία, είτε λόγω γυναικολογικών επεμβάσεων, είτε όχι (πχ χρόνια σκωληκοειδίτιδα, άλλες επεμβάσεις). Εκτιμάται ότι το 20-50% όλων των γυναικών με συμφύσεις υποφέρουν από χρόνια πυελικό άλγος.

Φαίνεται ότι ορισμένοι άνθρωποι έχουν ισχυρότερη προδιάθεση από άλλους για την ανάπτυξη συμφύσεων. Συνήθως οι συμφύσεις είναι αποτέλεσμα προηγούμενης χειρουργικής επέμβασης. Όπως και με την ενδομητρίωση, η τελική διάγνωση γίνεται πιο συχνά με λαπαροσκόπηση και θα πρέπει να πραγματοποιηθεί συμφυσιόλυση.

Ωστόσο, η χειρουργική επέμβαση ακολουθείται από σχετικά πολλές υποτροπές και επίσης υψηλό ποσοστό επιπλοκών. Ειδικά, μια μεταναστευτική περιτονίτιδα που συμβαίνει με την λέπτυνση του εντερικού τοιχώματος κατά τη διάρκεια της συμφυσιόλυσης, μπορεί να είναι ακόμη και απειλητική για τη ζωή [23].

Ψυχογενή αίτια χρόνιου πυελικού άλγους

Η ψυχογενής φύση των συμπτωμάτων αναδεικνύεται εξ αποκλεισμού, όταν δεν διαπιστώνεται οργανικό αίτιο για το χρόνια πυελικό άλγος, μετά από τη διαγνωστική λαπαροσκόπηση (περίπου 60% των περιπτώσεων)

Όσο περισσότερο χρονίζει το πρόβλημα, τόσο πιο δύσκολη γίνεται η διαφορική διάγνωση, ενώ το ίδιο το χρόνια άλγος μπορεί να επιδεινώσει μια ψυχική διαταραχή, προκαλώντας σεξουαλική δυσλειτουργία, κοινωνική απόσυρση, άγχος και κατάθλιψη.

Έως και 2% των ασθενών παρουσιάζει σωματοποίηση των συμπτωμάτων, ενώ αναφέρεται σε αρκετές περιπτώσεις ιστορικό κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία.

Η θλίψη είναι αναμενόμενη στο πλαίσιο του πόνου και η προσέγγιση της ψυχικής δυσφορίας λόγω του πόνου πρέπει να εξατομικεύεται.

Επειδή σχεδόν όλα τα τυποποιημένα διαγνωστικά εργαλεία για το άγχος και την κατάθλιψη έχουν σχεδιαστεί για ανθρώπους χωρίς σημαντικά σωματικά προβλήματα, είναι δύσκολο να εφαρμοστούν αξιόπιστα στο χρόνια πυελικό άλγος, το οποίο μπορεί να υποκρύπτει σημαντική παθολογία.

Το άγχος συνήθως σχετίζεται με την πιθανότητα να διαφύγει της διάγνωσης κάποια νόσος (ιδιαίτερα ο καρκίνος), η οποία και προκαλεί τον πόνο ή στην αβεβαιότητα για τη θεραπεία και την πρόγνωση. Το άγχος μπορεί, επίσης, να αφορά στην επιτακτικότητα και τη συχνουρία, που μπορεί να επηρεάζουν την κοινωνικότητα. Η κατάθλιψη ή η εν γένει καταθλιπτική συμπεριφορά συναντάται συχνά στο χρόνια άλγος ανεξαρτήτως αιτιολογίας και εντόπισης και συχνά σχετίζεται με επιπτώσεις του χρόνιου πόνου στη λειτουργικότητα του πάσχοντος (στην εργασία, στις δραστηριότητες του ελεύθερου χρόνου, στις κοινωνικές σχέσεις κλπ.).

Επειδή κατάλληλα τυποποιημένα εργαλεία δεν είναι διαθέσιμα, προτιμώνται απλές, αλλά στοχευμένες ερωτήσεις: όπως «Πώς ο πόνος επηρεάζει τη διάθεσή σας;». Αν η απάντηση δημιουργεί προβληματισμούς για τη συναισθηματική κατάσταση του ασθενή, πιθανόν να ζητηθεί περαιτέρω εκτίμηση από ειδικό.[1,4,12]

Σε ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών δεν μπορεί να γίνει σαφής διάγνωση. Διαφορετικοί νευροφυσιολογικοί μηχανισμοί εμπλέκονται στην παθοφυσιολογία του χρόνιου πυελικού άλγους.

Ο πόνος μπορεί να ταξινομηθεί ως βλαβοδεκτικός ή μη βλαβοδεκτικός.

Στην πρώτη περίπτωση το σύμπτωμα προέρχεται από διέγερση μιας ανατομικής δομής ευαίσθητης στον πόνο, ενώ στη δεύτερη, ο πόνος θεωρείται νευροπαθητικός ή ψυχογενής.

Το ιστορικό των ασθενών είναι ζωτικής σημασίας για μια ορθή διάγνωση. Εξαιρουμένης της ενδομητρίωσης, οι συχνότερες αιτίες του χρόνιου πυελικού άλγους είναι: μετεγχειρητικές συμφύσεις, πυελικές κακώσεις, διάμεση κυστίτιδα και το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου. Το χρόνια πυελικό άλγος είναι ένα σύμπτωμα, όχι μια ασθένεια και σπάνια αντανakλά μία και μόνη παθολογική διεργασία. [8,25]

Πίνακας 3. Αίτια χρόνιου πυελικού άλγους

Γυναικολογικά αίτια
Ενδομητρίωση/αδενομύωση
Συμφύσεις (μετεγχειρητικές/μετα-φλεγμονώδεις)
Σύνδρομο πυελικής συμφόρησης
Ινομώματα
Όγκοι ωοθήκης
Χρόνιες λοιμώξεις-φλεγμονώδης νόσος της πύελου
Μη γυναικολογικά αίτια
Χειρουργικά (χρόνια σκωληκοειδίτιδα, συμφύσεις)
Παθήσεις ουροδόχου κύστης
Παθήσεις εντέρου (πχ ευρέθιστο έντερο, φλεγμονώδης νόσος του εντέρου)
Νευρομυικές παθήσεις (νευροπάθειες, πρόπτωση πηκτοειδούς πυρήνα, εκφυλιστικά νοσήματα)
Ψυχοσωματικές παθήσεις κατάθλιψη, ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης, διαταραχές ύπνου, άγχος)

Πίνακας 4. Συχνότητα των κυριότερων λαπαροσκοπικών ευρημάτων στο χρόνια πυελικό άλγος

Ενδομητρίωση	16-33%
Συμφύσεις	24-40%
Κανένας λόγος	30-35%

Στη μελέτη των Santosh et al., συμμετείχαν πενήντα ασθενείς. Είκοσι εννιά ασθενείς ήταν ηλικίας 25-34 ετών και είχαν από 1 έως 5 παιδιά, ενώ το 56% των ασθενών ανήκαν σε χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Η φλεγμονώδης νόσος της πυέλου ανιχνεύθηκε ως η συχνότερη αιτία του CPP (20% των ασθενών) και ακολουθούνταν από την ενδομητρίωση (14%) και το σύνδρομο πυελικής συμφόρησης (12%).[27]

Στη μελέτη των Hooker et al., από τις 89 γυναίκες με CPP που αναλύθηκαν, η πλειονότητα είχε ποικίλες χειρουργικές παρεμβάσεις. Το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, η δυσλειτουργία του μυοσκελετικού συστήματος, του πυελικού εδάφους και η σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση ήταν οι πιο κοινές διαγνωσθείσες αιτιολογίες. Η αξιολόγηση αποκάλυψε επίσης αυξημένη συχνότητα ψυχικών διαταραχών. [28]

Στη μελέτη των Yosef et al., η οποία περιελάμβανε 656 γυναίκες οι ακόλουθοι παράγοντες συσχετίστηκαν σημαντικά με το χρόνιο πυελικό άλγος: άλγος κοιλιακού τοιχώματος, ευαισθησία πυελικού εδάφους, σύνδρομο επώδυνης κύστης, συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους, σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, συμφύσεις, σοβαρή δυσμηνόρροια, ιστορικό καισαρικής τομής και χειρουργικής επέμβασης για κήλη, αντίστοιχο οικογενειακό ιστορικό, σωματική κακοποίηση στην παιδική ηλικία ή σεξουαλική κακοποίηση στην ενήλικη ζωή, το κάπνισμα και η ανεργία.

Από αυτούς, στο τελικό μοντέλο ως ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη CPP, αναδείχθηκαν οι ακόλουθοι: άλγος κοιλιακού τοιχώματος, ευαισθησία πυελικού εδάφους, σύνδρομο επώδυνης κύστης, σεξουαλική κακοποίηση στην ενήλικη ζωή, το κάπνισμα και το οικογενειακό ιστορικό.[25]

Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν σε γενικές γραμμές με την παλαιότερη μετα-ανάλυση του Latthe, όπου ως παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη CPP αναφέρονταν η δυσμηνόρροια σε γυναίκες ηλικίας μικρότερης των 30 ετών, ΔΜΣ<20, κάπνισμα, εμμηναρχή σε ηλικία κάτω των 12 ετών, μεγάλοι εμμηνορυσιακοί κύκλοι, ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης, μηνορραγίες και ψυχικές διαταραχές. [10]

4. Θεραπευτική αγωγή

Ο στόχος της θεραπείας είναι να μεγιστοποιηθεί η ποιότητα ζωής του ασθενούς και η συνολική λειτουργικότητά του, με έμφαση στην αυτοδιαχείριση. Η θεραπεία με βάση τις ενδείξεις για το CPP παραμένει ατελής και επικεντρώνεται συχνά στην ανακούφιση των συμπτωμάτων.

Οποιαδήποτε προφανής ασθένεια θα πρέπει να αντιμετωπίζεται, αν και η στοχευμένη θεραπεία μπορεί να μην έχει ως αποτέλεσμα την λύση του πόνου. Η αιτιολογία του πόνου μπορεί να είναι πολυπαραγοντική, οπότε απαιτείται και αντίστοιχη θεραπευτική προσέγγιση, με φαρμακευτική και ψυχολογική-συμπεριφορική συνιστώσα.

Εάν η θεραπεία είναι ανεπαρκής ή η αιτία του πόνου δεν είναι γνωστή, η φαρμακευτική αγωγή στοχεύει στην ανακούφιση των συμπτωμάτων.

Τα αναλγητικά όπως τα ακεταμινοφαίνη και τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα είναι συνήθως καλά ανεκτά, αν και τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα δεν είναι αποτελεσματικά για τη θεραπεία του χρόνιου πυελικού πόνου που σχετίζεται με την ενδομητρίωση.

Εάν υπάρχει υπόνοια για νευροπαθητικό πόνο, μπορεί να είναι χρήσιμα τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης-νορεπινεφρίνης ή σπασμολυτικά.[8]

Χειρουργικές παρεμβάσεις

Η χειρουργική επέμβαση θα πρέπει να καθοδηγείται από την υποκείμενη διάγνωση, αν και ορισμένες επιλογές μπορεί να είναι διαγνωστικές. Ο πόνος είναι πιθανό να βελτιωθεί μετά από λαπαροσκοπική χειρουργική επέμβαση για ενδομητρίωση.

Η υστερεκτομή είναι μια τελευταία λύση λόγω της υψηλής νοσηρότητάς της και του περιορισμένου οφέλους. Η διάγνωση και η θεραπεία της συνοδού κατάθλιψης είναι σημαντικές για τη θεραπευτική επιτυχία.

Οι γυναίκες με κατάθλιψη έχουν τρεις έως πέντε φορές περισσότερες πιθανότητες να έχουν επίμονο πόνο μετά από χειρουργική παρέμβαση. [8,12]

Γενικά, συνιστάται μια ολιστική βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση, στο πλαίσιο μιας διεπιστημονική προσέγγισης, με επίκεντρο τις ανάγκες του ασθενούς. Οποιασδήποτε αναγνωρίσιμη ασθένεια, όπως είναι η ενδομητρίωση, η κυστίτιδα ή η κατάθλιψη θα πρέπει να αντιμετωπίζεται αναλόγως.

Οι ψυχοκοινωνικές συνθήκες είναι σημαντικές, καθώς το ήμισυ των γυναικών που αναζητούν φροντίδα για χρόνια πυελικό πόνο αναφέρουν στο ιστορικό τους σεξουαλικό, σωματικό ή συναισθηματικό τραύμα και περίπου το ένα τρίτο έχουν κριτήρια για διαταραχή μετατραυματικού στρες. [8]

Πίνακας 5. Αντιμετώπιση των γυναικολογικών πτυχών του χρόνιου πυελικού άλγους

Περίληψη των αποδεικτικών στοιχείων	Επίπεδο τεκμηρίωσης- Level of evidence-LE
Θεραπευτικές επιλογές που περιλαμβάνουν τη φαρμακοθεραπεία και τη χειρουργική επέμβαση, μπορούν να αντιμετωπίσουν την ενδομητρίωση αποκλειστικά.	1b
Η ψυχολογική θεραπεία (γνωσιακή συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία) μπορεί να βελτιώσει τον πόνο, τη σεξουαλική και τη συναισθηματική λειτουργία στο σύνδρομο πόνου του κόλπου και του αιδοίου.	1b
Όλες οι άλλες γυναικολογικές καταστάσεις (συμπεριλαμβανομένης της δυσμηνόρροιας, του γυναικολογικού τραύματος, της της πρόπτωσης πυελικού οργάνου και της γυναικολογικής κακοήθειας) μπορεί να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά με τη χρήση φαρμακοθεραπείας.	3
Συστάσεις	Βαθμονόμηση συστάσεων (Grading)
Παροχή θεραπευτικών επιλογών, όπως η ορμονοθεραπεία ή η χειρουργική επέμβαση σε σαφώς καθορισμένες παθολογικές καταστάσεις.	B
Παροχή διεπιστημονικής προσέγγισης για τη διαχείριση του πόνου σε εμμένουσες παθολογικές καταστάσεις.	B

5. Συμπεράσματα

Συμπερασματικά, το χρόνιο πυελικό άλγος είναι μια πολυπαραγοντική ασθένεια. Συχνά δεν μπορεί να εντοπιστεί συγκεκριμένη αιτιολογία και μπορεί να θεωρηθεί ως σύνδρομο χρόνιου περιοχικού πόνου ή σύνδρομο λειτουργικού σωματικού πόνου.

Είναι σημαντικό λόγω της συχνότητας και των επιπτώσεων του στη λειτουργικότητα της γυναίκας, αλλά και λόγω πιθανώς σοβαρής υποκείμενης παθολογίας.

Ωστόσο, παρά τις δυσχέρειες στη διαγνωστική του προσέγγιση, παρατηρείται έλλειψη ικανού αριθμού μελετών πάνω στην αιτιολογία του, καθώς και έλλειψη διεπιστημονικής προσέγγισης.

Επιπλέον, χρησιμοποιώντας περιορισμένα σε έκταση ή ειδικά περιβάλλοντα, μπορεί ο ερευνητής να οδηγηθεί σε μια εσφαλμένη εκτίμηση της επικράτησης και του ψυχοκοινωνικού φορτίου της νόσου.

Φαίνεται ότι δεν έχει δοθεί προτεραιότητα στον τομέα της έρευνας πάνω στην συγκεκριμένη κλινική οντότητα.

Υπάρχουν πολλά εμπόδια που εμποδίζουν η εκτίμηση του επιπολασμού του χρόνιου πυελικού άλγους και της ακριβής του αιτιολογίας, συμπεριλαμβανομένων της έλλειψης διεπιστημονικών μελετών, έλλειψη στατιστικών στοιχείων και σύστημα καταχώρισης, έλλειψης χρήσης κοινά αποδεκτού ορισμού για το χρόνιο πυελικό άλγος και της έλλειψης εκπαίδευσης και ενημέρωσης τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους θεραπευτές.

Η ενασχόληση με το παρόν θέμα έδωσε την ευκαιρία να αναδειχθούν οι εξελίξεις και οι σύγχρονοι προβληματισμοί που έχουν προκύψει στην κλινική οντότητα του χρόνιου πυελικού άλγους, ιδίως δε προς την κατεύθυνση της ταυτοποίησης των παραγόντων που ευνοούν την εμφάνισή του.

Οι πληροφορίες αυτές θα επιτρέψουν την πρωιμότερη ανίχνευση των αιτιολογικών παραγόντων από τους ιατρούς και την έγκαιρη και κατάλληλη θεραπευτική παρέμβαση.

Βιβλιογραφία

1.Wozniak S. Chronic pelvic pain. Ann Agric Environ Med. 2016, 23:223-226.

2.Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, et al. Prevalence and incidence of chronic pelvic pain in primary care: evidence from a national general practice database. Br J Obstet Gynecol. 1999, 106:1119-1155.

3.Ahangari A. Prevalence of chronic pelvic pain among women: an updated review. Pain Physician. 2014, 17:E141-7.

4.Romao AP, Gorayeb R, Romao GS, et al. High levels of anxiety and depression have a negative effect on quality of life of women with chronic pelvic pain. International Journal of Clinical Practice 2009; 63:707-711.

5.Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, et al. The community prevalence of chronic pelvic pain in women and associated illness behaviour. The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners 2001, 51:541-547.

6.Stein SL. Chronic pelvic pain. Gastroenterol Clin North Am. 2013, 42:785-800.

7.Mathias SD, Kuppermann M, Lieberman RF, LipSchutz R, et al. Chronic Pelvic pain prevalence, health- related quality of life and economic correlates. Obstet Gynecol. 1996, 87:321-327.

8.Speer LM, Mushkbar S, Erbele T. Chronic Pelvic Pain in Women. Am Fam Physician. 2016, 93:380-387.

9.Latthe P, Latthe M, Say L, et al. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. BMC Public Health. 2006, 6:177.

10. Latthe P, Mignini L, Gray R, et al. Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. *BMJ*. 2006, 332:749–755.
11. Walling MK, Reiter RC, Ottare MW, et al. Abuse history and chronic pain in women. Prevalence of sexual abuse and physical abuse. *Obstet Gynecol*. 1994, 84:193-199.
12. Δανηλίδης Α, Καραγιάννης Θ, Καραγιάννης Β. Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία. Χρόνιο Πυελικό Άλγος. 2007, 19:405-408.
13. Gebhart GF. Pathobiology of visceral pain: molecular mechanisms and therapeutic implications. IV. Visceral afferent contributions to the pathobiology of visceral pain. *American Journal of Physiology: Gastrointestinal and Liver Physiology*. 2000, 278:G834–G838.
14. Hellman KM, Patanwala IY, Pozolo KE, et al. Multimodal nociceptive mechanisms underlying chronic pelvic pain. *Am J Obstet Gynecol*. 2015, 213:827e1-829.
- 15. Origoni M, Leone Roberti Maggiore U, Salvatore S, et al. Neurobiological mechanisms of pelvic pain. *Biomed Res Int*. 2014, 2014:903848.**
16. Bayliss WM. On the origin from the spinal cord of the vasodilator fibres of the hind-limb, and on the nature of these fibres. *The Journal of Physiology*. 1901, 26:173–209.
17. Jasmin L, Janni G, Ohara PT, S. D. Rabkin SD. CNS induced neurogenic cystitis is associated with bladder mast cell degranulation in the rat. *The Journal of Urology*. 2000, 164:852–855.
18. Pang X, Boucher W, Triadafilopoulos G, et al. Mast cell and substance P-positive nerve involvement in a patient with both irritable bowel syndrome and interstitial cystitis. *Urology*. 1996, 47:436-8.

19.Ji RR, Kohno T, Moore KA, et al. Central sensitization and LTP: do pain and memory share similar mechanisms? Trends in Neurosciences. 2003, 26:696–705.

20.Vercellini P, Fedele L, Molteni P, et al. Laparoscopy in the diagnosis of gynaecologic chronic pelvic pain. Int J Gynecol Obstet. 1990, 32:261-267.

21.ΕΜΓΕ. Φλεγμονώδη νόσος πυέλου (Φ.Ν.Π.) Κατευθυντήρια Οδηγία Νο 1 Ιούλιος 2013.

22. Durham JD, Machan L. Pelvic congestion syndrome. Semin Intervent Radiol. 2013,30:372–380.

23.Neis KJ, Neis F. Chronic pelvic pain: cause, diagnosis and therapy from a gynaecologist's and an endoscopist's point of view. Gynecol Endocrinol. 2009, 25:757-61.

24.Triolo O, Laganà AS, Sturlese E. Chronic pelvic pain in endometriosis: an overview. J Clin Med Res. 2013, 5:153-63.

25.Yosef A, Allaire C, Williams C, et al. Multifactorial contributors to the severity of chronic pelvic pain in women, Am J Obstet and Gynecol 2016,215:760.e1-760

26.Ayorinde AA, Bhattacharya S, Druce KL, et al. Chronic pelvic pain in women of reproductive and post-reproductive age: a population-based study.Eur J Pain. 2017, 21:445-455.

27.Santosh A, Liaquat HB, Fatima N, et al. Chronic pelvic pain: a dilemma. J Pak Med Assoc. 2010, 60:257-260.

28.Hooker AB, van Moorst BR, van Haarst EP, et al. Chronic pelvic pain: evaluation of the epidemiology, baseline demographics, and clinical variables via a prospective and multidisciplinary approach. Clin Exp Obstet Gynecol. 2013, 40:492-498.

