Χρόνιο πυελικό άλγος

Εισαγωγή, Μεθοδολογία

Επιμέλεια μετάφρασης: Η. ΜΗΤΣΟΓΙΑΝΝΗΣ

Διαγνωστική εκτίμηση

Επιμέλεια μετάφρασης: Μ. ΣΑΜΑΡΙΝΑΣ

Αντιμετώπιση, Αξιολόγηση της θεραπείας

Επιμέλεια μετάφρασης: Κ. ΣΚΡΙΑΠΑΣ - Ζ. ΚΡΑΤΗΡΑΣ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ **4**
1.1 Σκοπός 4
1.2 Ιστορία της έκδοσης των κατευθυντηρίων οδηγιών 4
1.3 Διαθέσιμες δημοσιεύσεις 5
1.4 Σύνθεση της Επιτροπής (Panel) 5
1.5 Ορολογία 5

2 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ **12**
2.1 Μέθοδοι 12
2.2 Ανασκόπηση 12

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

4 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ 13

4.1 Γενική εκτίμηση 14
4.1.1 Ιατρικό ιστορικό 14
4.1.2 Φυσική εξέταση 16

4.2 Συμπληρωματική εκτίμηση 17
4.2.1 Αξιολόγηση του πόνου και των σχετικών συμπτωμάτων 17
4.2.2 Εστιασμένη εκτίμηση της μυϊκής περιτονίας 18
4.2.3 Νευρολογική εκτίμηση 18
4.2.4 Απεικόνιση 19
4.2.5 Εργαστηριακές εξετάσεις 19
4.2.6 Επεμβατικές δοκιμασίες 20

4.3 Διαγνωστικός αλγόριθμος 21

4.4 Άλλες επώδυνες καταστάσεις χωρίς ουρολογικη αιτία 22

4.5 Περίληψη των ενδείξεων και συστάσεων: διαγνωστική εκτίμηση 23
4.5.1 Διαγνωστική εκτίμηση του PPS 23
4.5.2 Διαγνωστική εκτίμηση του BPS 23
4.5.3 Διαγνωστική εκτίμηση του συνδρόμου πόνου του οσχέου 24
4.5.4 Διαγνωστική εκτίμηση του συνδρόμου ουρηθρικού πόνου 24
4.5.5 Διαγνωστική εκτίμηση του γυναικολογικού χρόνιου πυελικού πόνου 24
4.5.6 Διαγνωστική εκτίμηση του συνδρόμου ορθοπρωκτικού πόνου 24
4.5.7 Διαγνωστική εκτίμηση της αιδοιικής νευραλγίας 25
4.5.8 Διαγνωστική εκτίμηση της σεξουαλικής εωρίας στο CPP 25
4.5.9 Διαγνωστική εκτίμηση των ψυχολογικών θεωριών του CPP 26
4.5.10 Διαγνωστική εκτίμηση της λειτουργίας του πυελικού εδάφους 26

5 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ, ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ 27

5.1 Συντηρητική αντιμετώπιση 28
5.1.1 Εκπαίδευση περί άλγους 28
5.1.2 Φυσιοθεραπεία 28
5.1.3 Ψυχολογική υποστήριξη-θεραπεία 30
5.1.4 Διαιτολογική αντιμετώπιση 30

5.2 Φαρμακευτική Αντιμετώπιση 30
5.2.1 Φάρμακα για το σύνδρομο χρόνιου πυελικού άλγους 30
5.2.2 Αναλγητικά 35

5.3 Χειρουργική Θεραπεία 38
5.3.1 Χειρουργείο 38
5.3.2 Νευροτροποποίηση 39
5.3.3 Νευρικά μπλοκ 40

5.4 Περίληψη των στοιχείων και των συστάσεων: αντιμετώπιση 41
5.4.1 Αντιμετώπιση του πυελικού άλγους 41
5.4.2 Αντιμετώπιση του κυστικού άλγους 42
5.4.3 Αντιμετώπιση του συνδρόμου του οσχεϊκού πόνου 43
5.4.4 Αντιμετώπιση του συνδρόμου του ουρηθρικού πόνου 43
5.4.5 Αντιμετώπιση των γυναικολογικών πτυχών του χρόνιου πυελικού πόνου 44
5.4.6 Αντιμετώπιση του συνδρόμου του ορθοπρωκτικού πόνου 44
5.4.7 Αντιμετώπιση της αιδοιικής νευραλγίας 44
5.4.8 Αντιμετώπιση των σεξουαλικών πτυχών του CPP 45
5.4.9 Αντιμετώπιση της δυσλειτουργίας του πυελικού εδάφους 45
5.4.10 Αντιμετώπιση του χρόνιου/μη οξέος ουρογεννητικού πόνουμε οπιοειδή 45

6 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ 46

6.1 Αξιολόγηση της θεραπείας 46
6.1.1 Η θεραπεία δεν ήταν αποτελεσματική 46
6.1.2 Η θεραπεία ήταν αποτελεσματική 46

Χρόνιο πυελικό άλγος

Εισαγωγή, Μεθοδολογία

Επιμέλεια μετάφρασης: Η. ΜΗΤΣΟΓΙΑΝΝΗΣ

1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Σκοπός

Οι κατευθυντήριες οδηγίες (guidelines) διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην διαδικασία της ενοποίησης και βελτίωσης της θεραπείας των ασθενών με κοιλιακό και πυελικό άλγος. Από την βιβλιογραφία, αλλά και από την καθημερινή κλινική πράξη, προκύπτει ότι οι παθήσεις αυτές βρίσκονται ακόμη υπό εντατική μελέτη και οι παρούσες κατευθυντήριες οδηγίες αναγνωρίζονται ως ο ακρογωνιαίος λίθος για τις σημαντικές εξελίξεις της τελευταίας δεκαετίας.

Σκοπός των οδηγιών είναι να εμπλουτίσουν τις γνώσεις των ειδικών της υγείας στους τομείς του κοιλιακού και πυελικού άλγους και να συνδράμουν εκείνους που αντιμετωπίζουν καθημερινά ασθενείς με αυτές τις παθήσεις. Οι οδηγίες αποτελούν χρήσιμο εργαλείο όχι μόνο για τους Ουρολόγους, αλλά και τους Γυναικολόγους, τους Χειρουργούς, τους Φυσικοθεραπευτές, τους Ψυχολόγους και τους Ιατρούς του πόνου.

Πρέπει να τονιστεί ότι, παρότι οι κατευθυντήριες οδηγίες παραθέτουν την καλύτερη διαθέσιμη βιβλιογραφική τεκμηρίωση (evidence), εν τούτοις η συμμόρφωση με τις συστάσεις τους (recommendations) δεν εξασφαλίζει υποχρεωτικά και το βέλτιστο κλινικό αποτέλεσμα. Οι οδηγίες δεν μπορούν σε καμιά περίπτωση να αντικαταστήσουν την κλινική εμπειρία όταν απαιτείται η λήψη θεραπευτικών αποφάσεων για ένα συγκεκριμένο ασθενή, αλλά βοηθούν μάλλον στην εστίαση προς την κατεύθυνση αυτή, συνυπολογίζοντας και τις προσωπικές αξίες, τις προτιμήσεις αλλά και τις ιδιαίτερες συνθήκες κάθε ασθενούς.

Δομή και σκοπός

Η Επιτροπή επιθυμεί να εκμεταλλευτεί όλες τις σύγχρονες μεθόδους για την παροχή των πληροφοριών, μέσω των οδηγιών, στους κλινικούς που ασχολούνται με αυτούς τους ασθενείς. Έτσι, σχεδιάζουμε να δομήσουμε μία κλιμακωτή παράθεση τόσο των επιστημονικών πληροφοριών, όσο και των θεραπευτικών πρωτοκόλλων. Επιλογή της επιτροπής είναι να χρησιμοποιήσει τις νέες ψηφιακές πηγές πληροφοριών, όπως τις ιστοσελίδες (websites) και τις εφαρμογές (applications), ώστε να βοηθηθεί αυτή η διαδικασία. Επιπροσθέτως, η Επιτροπή επιθυμεί να διαμορφώσει τις οδηγίες σύμφωνα και με το πρότυπο που ακολουθείται στις άλλες μη ογκολογικές κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ουρολογικής Εταιρείας (EAU). Η δόμηση των κατευθυντηρίων οδηγιών για τον χρόνιο πόνο είναι τελείως διαφορετική από εκείνη για άλλα θέματα. Ιδιαίτερης σημασίας είναι η διεπιστημονική (multidisciplinary) προσέγγιση που απαιτεί ευρεία θεώρηση.

Περίληψη αλλαγών

Στην έκδοση του 2016 των κατευθυντήριων οδηγιών, η Επιτροπή πραγματοποίησε 2 σημαντικές αλλαγές. Η πρώτη ήταν η εκ νέου συγγραφή των οδηγιών, με τρόπο ώστε αυτές να επικεντρώνονται στο άλγος αντί στα πάσχοντα όργανα. Τα κεφάλαια στις προηγούμενες εκδοχές έλαβαν τους τίτλους τους από τα όργανα ή από τον ειδικό τον οποίο συμβουλεύεται ο ασθενής. Στην έκδοση του 2016, επίκεντρο είναι το άλγος και η παροχή όλων των άλλων πληροφοριών δομείται γύρω από αυτό το κεντρικό θέμα. Οι κατευθυντήριες οδηγίες είναι ως ένα βαθμό θεωρητικές, ώστε να καταδειχθεί η σημασία της χρήσης αυτής της «αλγο-κεντρικής» προσέγγισης. Το μεγαλύτερο μέρος, παρά ταύτα, πραγματεύεται την πρακτική προσέγγιση στην διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών με κοιλιακό και πυελικό πόνο. Στην παρούσα έκδοση η Επιτροπή μπορεί μόνο να παράσχει δεδομένα για την συχνότητα, το κόστος και την ποιότητα ζωής σε επιλεγμένα τμήματα κεφαλαίων.

Η δεύτερη αλλαγή, πάνω στην οποία εργάστηκε η Επιτροπή, αφορά τον τρόπο παρουσίασης διαφόρων πρακτικών ζητημάτων για το άλγος. Οι οδηγίες που έχουν ως επίκεντρο τον πόνο καθοδηγούν τον επαγγελματία της υγείας μέσα από διάφορα στάδια για την διάγνωση και αντιμετώπιση του κοιλιακού και πυελικού πόνου. Θα μπορούσε να ειπωθεί, ότι η όλη διαδικασία είναι επικεντρωμένη στον ασθενή παρά στο σύμπτωμα. Οι θεωρητικές πληροφορίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως βάση στην οποία μπορεί κανείς να ανατρέχει όποτε χρειάζεται.

Αυτή η δεύτερη αλλαγή είναι εξαιρετικής σημασίας για την δημιουργία ενός σύγχρονου τρόπου παράθεσης πληροφοριών για τους κλινικούς που βλέπουν ασθενείς με αυτό το πρόβλημα. Εμπεριέχει κόκκινες σημαίες, σχετιζόμενες καταστάσεις και διαθέσιμες πρώτης γραμμής θεραπείες. Οι οδηγίες δίνουν έμφαση στις αναγκαίες διαγνωστικές εξετάσεις και τις θεραπευτικές επιλογές, καθώς και στις αποφάσεις για την θεραπεία, αν πχ κάποια είναι ενδεδειγμένη ή αν ο ασθενής πρέπει να παραπεμφθεί σε εξειδικευμένο ιατρείο πόνου. Οι επαγγελματίες της υγείας που ασχολούνται με προβλήματα πόνου προερχόμενα από κάποια μυοσκελετική ή σεξουαλική δυσλειτουργία θα βοηθηθούν στο σχεδιασμό της θεραπείας, όπως και στον καθορισμό του χρόνου κατά τον οποίο θα πρέπει να παραπέμψουν τον ασθενή στους ειδικούς του πόνου. Οι κατευθυντήριες οδηγίες θα βοηθήσουν επίσης όσους εμπλέκονται στην εκπαίδευση ατομικής ή ομαδικής θεραπείας.

1.2 Ιστορία της έκδοσης των κατευθυντηρίων οδηγιών

Οι κατευθυντήριες οδηγίες της EAU για το χρόνιο πυελικό άλγος εκδόθηκαν για πρώτη φορά το 2003 και απετέλεσαν την βάση για την επιστημονική δημοσίευση στο European Urology το 2004. Στην αρχική αυτή έκδοση εισήχθη για πρώτη φορά ο όρος «Σύνδρομα Χρόνιου Πυελικού Άλγους, CPPS», ο οποίος τώρα αναφέρεται ως «ο πόνος ως

εξελικτική διαδικασία, pain as a disease process». Στην έκδοση του 2008, οι οδηγίες αναβαθμίστηκαν μερικώς και απετέλεσαν την βάση για μία δεύτερη επιστημονική δημοσίευση, στο European Urology, το 2010.
Την εποχή εκείνη προστέθηκαν 2 κεφάλαια: το κεφάλαιο 5 «Γαστρεντερολογική θεώρηση του χρόνιου πυελικού άλγους» και το κεφάλαιο 7: «Σεξουαλική προσέγγιση του χρόνιου πυελικού άλγους».
Στην έκδοση του 2014 έγιναν μικρές τροποποιήσεις στα κεφάλαια 5 (Γαστρεντερολογική θεώρηση του χρόνιου πυελικού άλγους) και 8 (Ψυχολογική προσέγγιση του χρόνιου πυελικού άλγους).
Στην έκδοση του 2015, η Επιτροπή αναθεώρησε το υποκεφάλαιο του Συνδρόμου Επώδυνης Κύστης (Bladder Pain Syndrome, BPS), το οποίο τώρα αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα των οδηγιών.

1.3 Διαθέσιμες δημοσιεύσεις

Εκτός από την πλήρη έκδοση, οι κατευθυντήριες οδηγίες είναι διαθέσιμες και στην συνοπτική μορφή (Pocket Guidelines), στην οποία παρατίθενται όλα τα σημεία-κλειδιά τους. Η συνοπτική έκδοση ακολουθεί και τις αναθεωρήσεις των πλήρων εκδόσεων. Όλο το επιστημονικό υλικό είναι προσβάσιμο για προσωπική χρήση στο site της EAU, στο οποίο επίσης περιέχονται ορισμένα άρθρα που σχετίζονται με τις κατευθυντήριες οδηγίες, όπως επίσης και μεταφράσεις εθνικών ουρολογικών εταιρειών: http://www.uroweb.org/guidelines/online-guidelines/.

1.4 Σύνθεση της Επιτροπής (Panel)

Η Επιτροπή που είναι υπεύθυνη για το παρόν κείμενο περιλαμβάνει 3 Ουρολόγους, 1 Νευρο-ουρολόγο, 3 Ειδικούς Ιατρούς του πόνου, 1 Γυναικολόγο, 1 Ψυχολόγο, 1 Γαστρεντερολόγο και 1 Σεξολόγο. Η Επιτροπή είναι ιδιαίτερα ευγνώμων για την υποστήριξη και συμμετοχή του Dr A. Cottrell (Guidelines Associate) στον μετασχηματισμό του παρόντος κειμένου στην μορφή του 2016, σύμφωνα και με το πρότυπο όλων των άλλων μη ογκολογικών κατευθυντηρίων οδηγιών. Η Επιτροπή εκφράζει επίσης ευγνωμοσύνη προς τον Dr N. Wood για τον χρόνο που διέθεσε, ώστε να επιμεληθεί μία ανασκόπηση των οδηγιών από την πλευρά του ασθενούς.

1.5 Ορολογία

ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΟΡΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΧΡΟΝΙΟ ΠΥΕΛΙΚΟ ΑΛΓΟΣ

Κατάταξη

Για την κατάταξη του χρόνιου πυελικού άλγους υπήρχε, υπάρχει και θα εξακολουθήσει να υπάρχει μεγάλη συζήτηση στο μέλλον. Η κατάταξη περιλαμβάνει 3 πτυχές καθορισμού μίας κατάστασης: ο φαινότυπος (phenotyping), την ορολογία (terminology) και την ταξινόμηση (taxonomy).

Φαινότυπος

Είναι η περιγραφή των ευρημάτων. Για παράδειγμα, ο χρόνιος κυστικός πόνος μπορεί να σχετίζεται με την παρουσία έλκους του Hunner ή πετεχειών, ή με τελείως φυσιολογικό βλεννογόνο στην κυστεοσκόπηση. Αυτοί είναι δύο διαφορετικοί φαινότυποι. 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 (λοίμωξη, ισχαιμία, αυτοάνοσο ή νευρολογικό νόσημα). Όταν αυτοί ελλείπουν, η περιγραφή της κατάστασης με βάση τα συμπτώματα, τα κλινικά σημεία και, όταν είναι εφικτό, τις διαγνωστικές εξετάσεις, είναι εξ ίσου έγκυρη σε πολλές περιπτώσεις. Όταν ο πόνος αποτελεί το κύριο σύμπτωμα αλλά και την αιτία της εξελικτικής κατάστασης, αυτή ορίζεται ως «σύνδρομο άλγους» (ένα σαφώς καθορισμένο σύνολο συμπτωμάτων, σημείων και αποτελεσμάτων διαγνωστικού ελέγχου που σχετίζονται με τους μηχανισμούς του πόνου και την αντίληψή του ως κύριου συμπτώματος.

Ορολογία

Είναι οι λέξεις που, στα πλαίσια της ταξινόμησης, χρησιμοποιούνται για την ονομασία και τον καθορισμό του φαινοτύπου. Παραδείγματα ονομάτων για φαινοτύπους που σχετίζονται με την ουροδόχο κύστη αποτελούν οι όροι ***διάμεση κυστίτιδα, σύνδρομο επώδυνης κύστης ή σύνδρομο κυστικού πόνου*** (BPS). Η EAU, η Διεθνής Εταιρεία μελέτης του BPS (ESSIC), η Διεθνής Εταιρεία μελέτης του πόνου (IASP) και πολλές άλλες ομάδες τώρα προτιμούν τον όρο BPS (bladder pain syndrome). Στα σύνδρομα του άλγους, ο ρόλος του νευρικού συστήματος στην γένεση των αισθήσεων είναι ζωτικός, όμως ο όρος σύνδρομο συμπεριλαμβάνει και τα συναισθηματικά, γνωσιακά, συμπεριφορικά, σεξουαλικά και λειτουργικά επακόλουθα του χρόνιου άλγους. Όταν καθορίζεται ο φαινότυπος, η ορολογία που χρησιμοποιείται πρέπει να είναι καθαρή και σαφής, είναι δε σημαντικό να αποφεύγονται οι παραπλανητικοί όροι. Ειδικότερα, θα πρέπει να μην χρησιμοποιούνται όροι που λήγουν σε –ίτις, εκτός εάν έχει πιστοποιηθεί η ύπαρξη κάποιας λοίμωξης ή φλεγμονής ως αιτίας του πόνου. Θα πρέπει να τονιστεί ότι η φλεγμονές των διαφόρων οργάνων μπορεί να είναι δευτεροπαθείς ή νευρογενούς αρχής και όχι η αρχική αιτία του άλγους.

Ταξινόμηση

Είναι η ιεραρχική τοποθέτηση των φαινοτύπων. Η EAU υποδιαιρεί το σύνδρομο χρόνιου πυελικού άλγους σε οντότητες που είναι σύνδρομα άλγους (pain syndromes) και σε άλλες που δεν είναι (non-pain syndromes). Οι τελευταίες έχουν αναγνωρισμένη παθολογία (λχ λοίμωξη, νευροπάθεια ή φλεγμονή), σε αντίθεση με τα σύνδρομα του άλγους τα οποία δεν έχουν και στα οποία ο πόνος αποτελεί την βάση της εξελικτικής διαδικασίας (pain as a disease progress). Άλλοι όροι που χρησιμοποιούνται για τις παθήσεις που δεν αποτελούν σύνδρομα άλγους είναι «επαρκώς καθορισμένες οντότητες» και «συγκεχυμένες παθήσεις». Αν και η προσέγγιση της EAU ασχολείται πρωταρχικά με ουρολογικές παθήσεις, αυτή η ταξινόμηση μπορεί να εφαρμοστεί σε όλες τις καταστάσεις που σχετίζονται με τον πυελικό πόνο. Η ταξινόμηση έχει σχεδιαστεί ώστε να συμπεριλάβει και τον μη ουρολογικό πόνο και έγινε αποδεκτή από την IASP για δημοσίευση το 2012.

ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΤΩΝ ΣΥΝΔΡΟΜΩΝ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΥΕΛΙΚΟΥ ΑΛΓΟΥΣ

Σημασία της ταξινόμησης

Είναι προφανές, ότι οποιαδήποτε κατάσταση δεν είναι δυνατόν να αντιμετωπιστεί εκτός εάν καθοριστεί επαρκώς. Παρά ταύτα, οι λόγοι για τους οποίους είναι απαραίτητη η ταξινόμηση του συνδρόμου χρόνιου πυελικού άλγους επεκτείνονται και πέραν αυτού.

Ενδείξεις για τον μηχανισμό

Αποτέλεσμα της συστηματικής ταξινόμησης των φαινοτύπων είναι η διαλεύκανση των ομοιοτήτων και διαφορών των παθολογικών καταστάσεων. Η μελέτη των φαινοτύπων διαφόρων παθήσεων, όπως τα σύνδρομα επώδυνης κύστης και ευερέθιστου εντέρου, επιτρέπει την σύγκριση μεταξύ τους και διευκολύνει την έρευνα και την θεραπευτική τους αντιμετώπιση.

Οδηγίες για την βέλτιστη θεραπευτική επιλογή

Η μελέτη και διευκρίνηση των μηχανισμών των παθολογικών καταστάσεων επιτρέπει την υιοθέτηση πλέον εξειδικευμένων θεραπευτικών επιλογών. Ειδικότερα, θα πρέπει να εγκαταλειφθούν αγωγές που βασίζονται σε ασαφείς ή πλαστές ενδείξεις (πχ η χρήση αντιβιοτικών και μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων για τις παθήσεις που λήγουν σε –ίτις). Οι γενικές θεραπείες, που στοχεύουν σε ομάδες παθήσεων, θα εφαρμόζονται συχνότερα ως αποτέλεσμα και των ερευνητικών ενδείξεων.

Ερευνητικό πρόγραμμα

Μόνο με τον πλήρη καθορισμό του υπό διερεύνηση φαινοτύπου καθίσταται δυνατή η εφαρμογή των ερευνητικών δεδομένων στην κλινική πράξη.

Ανάγκες των ασθενών

Η διάγνωση, ή ένα όνομα για το σύνολο των συμπτωμάτων που αναφέρει ο ασθενής, μπορούν αφ' ενός να δημιουργήσει την αίσθηση ότι αυτός γίνεται κατανοητός, αφ' ετέρου να παράσχει την ελπίδα ότι θα υπάρξει ανακούφιση από αυτά. Επιπροσθέτως, μπορεί να βοηθήσει ώστε να αποδεχθεί ο ασθενής την χρονιότητα της κατάστασή του, να ξεπεράσει τυχόν αβάσιμους φόβους και να συμμορφωθεί με τις θεραπευτικές προσπάθειες, συμπεριλαμβανομένης και της αυτοδιαχείρισης του προβλήματος. Από την άλλη, μπορεί να οδηγήσει στην αναζήτηση σχετικών με την πάθηση πληροφοριών αμφισβητούμενης ποιότητας, γεγονός που μπορεί να εγείρει αμφιβολίες για τυχόν μακροχρόνιες συνέπειες ή για την καταλληλότητα της θεραπείας.

ΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ IASP

Υποδιαίρεση των συνδρόμων άλγους

Για το ζήτημα αυτό γίνεται πολλή συζήτηση. Οι βασικές αρχές της EAU, που είναι πρωτοπόρος στο θέμα, είναι οι εξής:

1) Τα σύνδρομα του άλγους διαγιγνώσκονται εξ αποκλεισμού άλλων καταστάσεων. Ειδικότερα, δεν θα πρέπει να υπάρχει η παραμικρή ένδειξη λοίμωξης ή φλεγμονής. Ο στόχος, επομένως, των εξετάσεων είναι η διαφορική διάγνωση. Από την άλλη, μη αναγκαίες εξετάσεις είναι επιβλαβείς στην θεραπευτική διαδικασία των συνδρόμων του χρόνιου πόνου.

2) Η υποδιαίρεση των φαινοτύπων, στα πλαίσια της ταξινόμησής τους, πρέπει να γίνεται μόνον όταν υπάρχει η κατάλληλη τεκμηρίωση. Για παράδειγμα, στον μη ειδικό, διάχυτο πυελικό πόνο που δεν έχει εμφανή παθολογία, θα πρέπει να χρησιμοποιείται μόνον ο όρος «σύνδρομο χρόνιου πυελικού άλγους, chronic pelvic pain syndrome-CPPS». Αν ο πόνος εντοπίζεται σε ένα όργανο, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ο αντίστοιχος ειδικός όρος, όπως πχ σύνδρομο πόνου του ορθού (rectal pain syndrome). Αν ο πόνος εντοπίζεται σε πολλά όργανα, πρόκειται για σύνδρομο περιοχικού (regional) πόνου και θα πρέπει πάλι να χρησιμοποιείται ο όρος CPPS. Εκτός από τον καθορισμό του φαινοτύπου του πόνου σε κάθε ασθενή, υπάρχουν και άλλοι περιγραφικοί παράγοντες που πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψη. Αυτοί είναι κυρίως ψυχολογικοί (πχ γνωσιακοί ή συναισθηματικοί), σεξουαλικοί, συμπεριφορικοί και λειτουργικοί. Οι ψυχολογικοί και οι συμπεριφορικοί παράγοντες σχετίζονται με την ποιότητα ζωής και την πρόγνωση. Στην Βόρεια Αμερική, έχει σχεδιαστεί το ερευνητικό πρόγραμμα MAPP (Multi-disciplinary Approach to the Study of Chronic Pelvic Pain research), που εξετάζει την σπουδαιότητα αυτών των παραγόντων σε όλους τους τύπους πυελικού πόνου, ανεξάρτητα από την εντόπιση. Διερευνά, επίσης, την σχέση του πόνου με διάφορες συστηματικές διαταραχές, όπως η ινομυαλγία, ο προσωπικός πόνος και οι αυτοάνοσες διαταραχές.

2) Το 2004, η Επιτροπή των ειδικών εισήγαγε την ιδέα της διαχείρισης της πολυσυστηματικής φύσης του CPP, έκτοτε δε άλλοι ανέπτυξαν τα δικά τους σχήματα, όπως το Nickel's UPOINT, τροποποιημένο από τον Magri et al. Εν όψει όλων αυτών, αλλά και άλλων δημοσιεύσεων, ο πίνακας ταξινόμησης των συμπτωμάτων έχει τροποποιηθεί (Πίνακας 1).

Η συζήτηση για την υποδιαίρεση των συνδρόμων του πόνου συνεχίζεται μέχρι σήμερα. Επειδή τα δεδομένα συγκλίνουν προς την άποψη ότι το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ) εμπλέκεται σε πολλά σύνδρομα πυελικού άλγους, και μάλιστα πιθανόν είναι η κύρια αιτία πολλών από αυτά (πχ. κυστικού, έξω γεννητικών οργάνων, ορθοκολικού ή μυοσκελετικού), παρατηρείται μία γενικευμένη τάση αποφυγής των ειδικών για τα όργανα ονοματολογιών. Αν αυτή η πρακτική είναι η κατάλληλη μόνον ο χρόνος και η έρευνα θα το δείξει. Για να επιτευχθεί τέτοιου είδους έρευνα, είναι ουσιώδες να διαμορφωθεί ένα πλαίσιο ταξινόμησης μέσα στο οποίο θα εργασθεί κανείς. Οποιαδήποτε ταξινόμηση πρέπει να είναι ευέλικτη ώστε να επιτρέπει αλλαγές.

Στον Πίνακα 1 η ταξινόμηση έχει διαμορφωθεί σύμφωνα με το αξονικό σύστημα της IASP.

Πίνακας 1. Ταξινόμηση της ΕΑΥ των συνδρόμων χρόνιου πυελικού άλγους

Άξονας 1 ▶ Περιοχή
Χρόνιος πυελικός πόνος/πόνος σχετιζόμενος με συγκεκριμένη πάθηση ή σύνδρομο πυελικού πόνου

Άξονας 2 ▶ Σύστημα
Ουρολογικό, γυναικείο γεννητικό, γαστρεντερικό, περιφερικά νεύρα, σεξουαλικό, ψυχολογικό, μυοσκελετικό

Άξονας 3 ▶ Τελικό όργανο ως σύνδρομο πόνου, όπως αναγνωρίζεται από το Hx, Ex και Ix
Προστατικός, κυστικός, οσχεϊκός/ορχικός/επιδιδυμίδας, μετά βαζεκτομή, χειλέων αιδοίου, κολπικός, κλειτοριδικός, σχετιζόμενος με ενδομητρίωση, CPPS με περιοδικές εξάρσεις, δυσμηνόρροια, ευερέθιστο έντερο, χρόνιος πρωκτικός, διακοπτόμενος χρόνιος πρωκτικός, σύνδρομο αιδοιικού νεύρου, δυσπαρεύνια, πυελικός πόνος με σεξουαλική δυσλειτουργία, οποιοδήποτε πυελικό όργανο, μύες πυελικού εδάφους, κοιλιακοί μύες, σπονδυλική στήλη, κόκκυγας

Άξονας 4 ▶ Αντανάκλαση του πόνου
Υπερηβικός, βουβωνικός, ουρηθρικός, πεϊκός/κλειτοριδικός, περινεϊκός, ορθικός, ράχης, γλουτών, μηρών

Άξονας 5 ▶ Προσωρινά χαρακτηριστικά
ΕΝΑΡΞΗ οξεία χρόνια, ΣΥΝΕΧΕΙΑ σποραδικός κυκλικός συνεχής, ΧΡΟΝΙΚΗ ΣΤΙΓΜΗ πλήρωση/ κένωση/ αμέσως μετά την ούρηση/ αργότερα, ΠΥΡΟΔΟΤΗΣΗ προκλητός αυτόματος

Άξονας 6 ▶ Χαρακτήρες
Βύθιος καυστικός οξύς δίκην ηλεκτρικού ρεύματος

Άξονας 7 ▶ Συνοδά συμπτώματα
Ουρολογικά (συχνουρία, νυκτουρία, δυσχέρεια στην έναρξη της ούρησης, παθολογική ροή, επιτακτικότητα, ακράτεια), γυναικολογικά (έμμηνος ρύση, εμμηνόπαυση), γαστρεντερικά (δυσκοιλιότητα, διάρροια, μετεωρισμός, επιτακτικότητα, ακράτεια), νευρολογικά (δυσαισθησία, υπεραισθησία, αλλοδυνία, υπεραλγησία), σεξουαλικά (ικανοποίηση, δυσπαρεύνια, αποφυγή επαφής, στυτική δυσλειτουργία, φάρμακα), μυϊκά (επιδείνωση λειτουργίας, δεσμίδωση), δερματικά (τροφικές αλλαγές, αισθητικές αλλαγές)

Άξονας 8 ▶ Ψυχολογικά συμπτώματα
Άγχος (για τον πόνο ή για πιθανές αιτίες του, καταστροφικές σκέψεις για τον πόνο), κατάθλιψη (αποδιδόμενη στον πόνο ή στις επιπτώσεις του, αποδιδόμενη σε άλλες αιτίες, μη αποδιδόμενη), συμπτώματα PTSD (επανάληψη εμπειρίας, αποφυγή)

Σύνδρομα άλγους

Η αρχική ταξινόμηση της ΕΑΥ βασίστηκε σε εκείνη της IASP και στις επιστημονικές εργασίες γύρω από αυτό που σήμερα ονομάζεται «πόνος ως πάθηση» με τις ψυχολογικές, συμπεριφορικές, σεξουαλικές και λειτουργικές επιπτώσεις του. Μετά από 10 χρόνια, μια νέα επικαιροποιημένη έκδοση έγινε δεκτή για δημοσίευση από το συμβούλιο της IASP το 2012.

Ορισμός του χρόνιου πυελικού άλγους (CPP)

Το χρόνια πυελικό άλγος αποτελεί χρόνιο ή επιμένοντα πόνο που εντοπίζεται* στις δομές της ανδρικής ή γυναικείας πυέλου. Συχνά σχετίζεται με αρνητικά γνωσιακά, συμπεριφορικά, σεξουαλικά και συναισθηματικά επακόλουθα όπως και με συμπτώματα ενδεικτικά δυσλειτουργίας του κατώτερου ουροποιητικού, του γαστρεντερικού, του γυναικείου γεννητικού, των μυών του πυελικού εδάφους ή και με σεξουαλική δυσλειτουργία.

* *[ο καθορισμός της εντόπισης του πόνου γίνεται από τον κλινικό και τον ασθενή και βασίζεται στο ιστορικό , την κλινική εξέταση και τις κατάλληλες εργαστηριακές εξετάσεις]*

Για να χαρακτηριστεί χρόνιος ο αλγαισθητικός (nociceptive) πόνος θα πρέπει να επιμένει, ως συνεχής ή υποτροπιάζων, για χρονικό διάστημα τουλάχιστον 6 μηνών. Μπορεί πχ να εμφανίζεται κυκλικά μέσα σε μια περίοδο 6 μηνών, όπως ο πόνος της δυσμηνόρροιας. Η περίοδος των 6 μηνών είναι αυθαίρετη και επιλέχθηκε

επειδή οι 3 μήνες δεν θεωρήθηκαν επαρκές χρονικό διάστημα ώστε να συμπεριληφθούν και οι καταστάσεις με κυκλικά εμφανιζόμενο πόνο. Αν έχουν τεκμηριωθεί μηχανισμοί κεντρικής ευαισθητοποίησης και ο πόνος δεν είναι οξύς, τότε μπορεί να χαρακτηριστεί χρόνιος, ανεξάρτητα από την διάρκειά του. Στην ταξινόμηση περιλαμβάνεται και ο κυκλικός πόνος και, επομένως, η δυσμηνόρροια πρέπει να λογίζεται ως σύνδρομο χρόνιου πόνου εφ' όσον επιμένει και εφ' όσον σχετίζεται με αρνητικές γνωσιακές, συμπεριφορικές, σεξουαλικές και συναισθηματικές συνέπειες.

Το χρόνιο πυελικό άλγος μπορεί περαιτέρω να υποδιαιρεθεί σε καταστάσεις στις οποίες υπάρχει επαρκώς καθορισμένη κλασσική παθολογία (όπως φλεγμονή ή καρκίνος) και σε άλλες στις οποίες τέτοια παθολογία ελλείπει. Για τον σκοπό της παρούσας ταξινόμησης, ο όρος «σχετιζόμενος με συγκεκριμένη πάθηση πόνος, specific disease associated pelvic pain», προτείνεται για την πρώτη περίπτωση, ενώ ο όρος «σύνδρομο χρόνιου πυελικού άλγους, chronic pelvic pain syndrome-CPPS» για την δεύτερη. Η παρακάτω ταξινόμηση αφορά μόνο το CPPS.

Ορισμός του συνδρόμου χρόνιου πυελικού άλγους (CPPS)

Το CPPS ορίζεται ως η εμφάνιση χρόνιου πυελικού πόνου χωρίς αποδεδειγμένη λοίμωξη ή άλλη εμφανή παθολογία, στην οποία μπορεί αυτός να αποδοθεί. Συχνά σχετίζεται με αρνητικές γνωσιακές, συμπεριφορικές, σεξουαλικές ή συναισθηματικές επιπτώσεις, καθώς και με συμπτωματολογία που υποδηλώνει δυσλειτουργία του κατώτερου ουροποιητικού, του γαστρεντερικού και του γυναικείου γεννητικού συστήματος ή σεξουαλική δυσλειτουργία. Το CPPS αποτελεί υποκατηγορία του CPP.

Περαιτέρω υποδιαιρέσεις του CPPS

Η αντίληψη του πόνου στο CPPS μπορεί να επικεντρώνεται σε ένα ή περισσότερα πυελικά όργανα, ενώ είναι δυνατόν να σχετίζεται και με συστηματικά συμπτώματα, όπως το σύνδρομο χρόνια κόπωσης (CFS), η ινομυαλγία (FM) ή το σύνδρομο Sjogren. Πολλοί ειδικοί, όταν ο πόνος εντοπίζεται σε ένα όργανο, χρησιμοποιούν τον αντίστοιχο με το όργανο όρο, όπως σύνδρομο κυστικού πόνου (BPS). Η χρήση του όρου «σύνδρομο» υποδηλώνει ότι, παρά το γεγονός της ύπαρξης και περιφερικών μηχανισμών, η νευροτροποποίηση στο επίπεδο του ΚΝΣ μπορεί να είναι σημαντικότερη και ότι είναι δυνατό ο πόνος να συσχετιστεί και με άλλα συστήματα. Όταν ο πόνος εντοπίζεται σε περισσότερα του ενός όργανα, πρέπει να χρησιμοποιείται ο όρος CPPS. Πολλοί, συμπεριλαμβανομένων και μερικών συγγραφέων του παρόντος κειμένου, αποφεύγουν πάντα την ανατομική υποδιαίρεση και προτιμούν να αναφέρονται στους ασθενείς με πυελικό πόνο και χωρίς συγκεκριμένη πάθηση ως πάσχοντες από CPPS, υποδιαιρούμενο περαιτέρω με βάση τα ψυχολογικά και λειτουργικά συμπτώματα.

Ψυχολογικές θεωρήσεις για την ταξινόμηση

Πολλά CPPSs συνοδεύονται από συμπαρομαρτούσες αρνητικές ψυχολογικές, συμπεριφορικές και σεξουαλικές συνέπειες που πρέπει να περιγράφονται και να εκτιμώνται. Παραδείγματα αποτελούν η κατάθλιψη, το άγχος, οι φόβοι για τον πόνο και τις συνέπειές του και η ψυχολογική πίεση στις σχέσεις. Τόσο το άγχος, όσο και η κατάθλιψη, είναι σημαντικά συνακόλουθα συμπτώματα που σχετίζονται με τον πόνο, την αδυναμία και την κακή ποιότητα ζωής των ασθενών. Η μη ορθολογική (καταστροφική) ερμηνεία του πόνου έχει δειχθεί ότι αποτελεί εξέχουσα παράμετρο, η οποία προβλέπει την αναφορά των ασθενών για τον πόνο, την ανικανότητα και την πτωχή ποιότητα ζωής, σε βαθμό μεγαλύτερο τόσο από διάφορες ψυχολογικές παραμέτρους, όπως η κατάθλιψη, όσο και από συμπεριφορικούς παράγοντες, όπως η αυτοαναφερόμενη σεξουαλική δυσλειτουργία. Έχει αναφερθεί ότι το CPPS πολλές φορές δημιουργεί μία αίσθηση αδυναμίας, η οποία μπορεί να είναι και αφόρητη και η οποία μπορεί να σχετίζεται και με την ανθεκτική φύση των συμπτωμάτων. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι πολλές από αυτές τις ψυχολογικές συνέπειες απαντώνται συχνά και σε άλλα επώδυνες καταστάσεις, αλλά στους ασθενείς με CPPS η σημαντικότητά τους ποικίλλει. Σε όλους τους ασθενείς με CPPS, αυτές οι συνέπειες θα πρέπει να περιγράφονται σαφώς ως χαρακτηριστικά του φαινοτύπου (όπου ο όρος φαινότυπος χρησιμοποιείται για να ορίσει τα χαρακτηριστικά του συνδρόμου).

Λειτουργικές θεωρήσεις για την ταξινόμηση

Οι λειτουργικές διαταραχές, στο παρόν κείμενο, είναι παθολογικές καταστάσεις που αναπτύσσονται δευτερογενώς, μετά από αλλαγές στους μηχανισμούς ελέγχου ενός οργάνου ή συστήματος. Είναι, επομένως, καταστάσεις που χαρακτηρίζονται από διαταραχές της λειτουργίας. Για παράδειγμα, η αργή μεταβίβαση του περιεχομένου στο κόλον (slow colonic transit) αποτελεί λειτουργική διαταραχή του εντέρου- η φυσιολογική λειτουργία του εντέρου δεν είναι αποτέλεσμα αλλαγών στους μηχανισμούς που οδηγούν στην αφόδευση και επομένως ο έλεγχος του εντέρου είναι μη φυσιολογικός. Ο όρος δεν υποδηλώνει κάποια λειτουργική ψυχιατρική διαταραχή. Πολλά CPPSs συνδυάζονται με λειτουργικές ανωμαλίες σε τοπικό ή ακόμη και συστηματικό επίπεδο. Και αυτές επίσης πρέπει να περιγράφονται ως μέρος του φαινοτύπου.

Οι λειτουργικές διαταραχές που προκαλεί ο πόνος μπορεί να μην αφορούν τα υπεύθυνα για την αρχική συμπτωματολογία όργανα, αλλά να σχετίζονται με σημαντικές νευροβιολογικές, φυσιολογικές και πολλές φορές ανατομικές αλλαγές στο ΚΝΣ.

Πολυσυστηματική υποδιαίρεση

Το τελικό όργανο στο οποίο εντοπίζεται ο πόνος μπορεί να μην είναι και το κέντρο δημιουργίας του. Αυτή η ταξινόμηση εδράζεται στην πλέον αποδεκτή μέθοδο αναγνώρισης και ταξινόμησης διαφορετικών συνδρόμων άλγους, δηλαδή με την θέση εμφάνισης. Εκφράζεται η άποψη ότι η διατήρηση του ονόματος του πάσχοντος οργάνου στην ταξινόμηση

είναι ακατάλληλη, διότι στις περισσότερες περιπτώσεις υπάρχουν πολυσυστηματικές αιτίες και επακόλουθα με αποτέλεσμα τα συμπτώματα να γίνονται αντιληπτά σε πολλές περιοχές. Στο ζήτημα αυτό η συζήτηση εξακολουθεί και, παρότι υπάρχουν έντονες διαφωνίες για την διατήρηση ή μη της ταξινόμησης με βάση το τελικό όργανο, οι συγγραφείς δεν χρησιμοποιούν τον όρο CPPS σε όλες τις περιπτώσεις πυελικού άλγους.

Δυσπαρεύνια

Ορίζεται ως άλγος που γίνεται αντιληπτό στην πύελο κατά την διάρκεια της σεξουαλικής επαφής. Ο όρος δεν αναφέρεται στον μηχανισμό και μπορεί να χρησιμοποιηθεί, εκτός από τις γυναίκες, και στους άνδρες. Συνήθως αναφέρεται στην είσοδο του πέους στον κόλπο, αλλά είναι δυνατόν να παρατηρηθεί και με την είσοδο οποιουδήποτε αντικειμένου. Εξ άλλου, μπορεί να αφορά και την πρωκτική επαφή. Κλασσικά, ταξινομείται σε επιφανειακή και εν τω βάθει δυσπαρεύνια.

Σύνδρομο περινεϊκού πόνου

Αποτελεί τύπο νευροπαθητικού άλγους που εντοπίζεται στην περιοχή κατανομής του αιδοιικού νεύρου και που μπορεί να σχετίζεται με συμπτώματα και σημεία δυσλειτουργία του ορθού, του ουροποιητικού συστήματος ή σεξουαλική δυσλειτουργία. Δεν αναγνωρίζεται σαφής υποκείμενη παθολογία. Συχνά συνοδεύεται από αρνητικές γνωσιακές, συμπεριφορικές, σεξουαλικές και συναισθηματικές διαταραχές, καθώς και από συμπτώματα ενδεικτικά δυσλειτουργίας του κατώτερου ουροποιητικού, του εντέρου και του γυναικείου γεννητικού ή σεξουαλική δυσλειτουργία. Το σύνδρομο περινεϊκού πόνου πρέπει να διαχωρίζεται από την αιδοιική νευραλγία, η οποία αποτελεί ειδική οντότητα πυελικού άλγους, απότοκου νευρικής βλάβης.

Πίνακας 2. Ουρολογικά σύνδρομα πόνου

Ουρολογικά σύνδρομα πόνου | Κοιλιακά και πυελικά σύνδρομα πόνου | Σύνδρομο προστατικού πόνου

Το σύνδρομο προστατικού πόνου (PPS) ορίζεται ως η εμφάνιση επιμένοντος ή υποτροπιάζοντος επεισοδιακού πόνου (που αναπαράγεται σταθερά με την δακτυλική εξέταση του προστάτη). Δεν υπάρχει αποδεδειγμένη λοίμωξη ή άλλη εμφανής παθολογία. Το PPS συχνά συνοδεύεται από αρνητικές γνωσιακές, συμπεριφορικές, σεξουαλικές ή συναισθηματικές διαταραχές, καθώς και από συμπτώματα ενδεικτικά δυσλειτουργίας του κατώτερου ουροποιητικού ή από σεξουαλική δυσλειτουργία. Ο όρος «χρόνια προστατίτιδα» εξακολουθεί να χρησιμοποιείται εναλλακτικά, αλλά η άποψη των συγγραφέων (και άλλων) είναι ότι αυτός είναι ακατάλληλος, παρότι χρονολογείται από παλιά. Το συμβούλιο του National Institute of Health (NIH) περιλαμβάνει την λοίμωξη (τύποι I και II), η οποία σύμφωνα με την άποψη των συγγραφέων δεν πρέπει να ταξινομείται στο PPS, αλλά να θεωρείται ειδικός, σχετιζόμενος με πάθηση, πόνος. Ο όρος «προστατοδυνία» έχει επίσης χρησιμοποιηθεί στο παρελθόν αλλά πλέον δεν συνιστάται από την επιτροπή των ειδικών. Να σημειωθεί ότι μερικοί από τους συγγραφείς της IASP διαφωνούν με τον όρο PPS και προτείνουν τον «CPPS του άνδρα» (CPPS of the male), με τον οποίο, πάντως η πλειοψηφία διαφωνεί.

Σύνδρομο κυστικού πόνου

Το σύνδρομο κυστικού πόνου (BPS) ορίζεται ως η εμφάνιση επιμένοντος ή υποτροπιάζοντος πόνου στην περιοχή της ουροδόχου κύστης που συνοδεύεται από τουλάχιστον ένα ακόμη σύμπτωμα, όπως άλγος που επιδεινώνεται με την πλήρωση της κύστης και συχνουρία ή νυκτουρία. Δεν υπάρχει αποδεδειγμένη λοίμωξη ή άλλη εμφανής παθολογία. Το BPS συχνά συνοδεύεται από αρνητικές γνωσιακές, συμπεριφορικές, σεξουαλικές ή συναισθηματικές διαταραχές, καθώς και από συμπτώματα ενδεικτικά δυσλειτουργίας του κατώτερου ουροποιητικού ή από σεξουαλική δυσλειτουργία. Πιστεύεται ότι το σύνδρομο αυτό αντιπροσωπεύει ένα ετερογενές φάσμα παθήσεων και είναι πιθανό να υπάρχουν ειδικοί τύποι φλεγμονής σε ορισμένες υποομάδες ασθενών. Η ακριβής εντόπιση του πόνου μπορεί να είναι δύσκολη με την φυσική εξέταση, ενώ η κυστεοσκοπική υδροδιάταση της κύστης και η λήψη βιοψιών ενδείκνυται για τον καθορισμό του φαινοτύπου. Πρόσφατα, η ESSIC πρότεινε ένα τυποποιημένο σχήμα ταξινόμησης ώστε να αναγνωριστούν οι διαφορές και να καταστεί ευκολότερη η σύγκριση των διαφόρων μελετών. Άλλοι όροι που έχουν κατά καιρούς χρησιμοποιηθεί είναι οι «διάμεση κυστίτιδα», «σύνδρομο επώδυνης κύστης» και «PBS/IC" ή "BPS/IC", οι οποίοι πλέον δεν συνιστώνται.

Σύνδρομο οσχεϊκού πόνου

Το σύνδρομο οσχεϊκού πόνου ορίζεται ως η εμφάνιση επιμένοντος ή υποτροπιάζοντος πόνου στα όργανα του οσχέου και μπορεί να σχετίζεται με συμπτώματα ενδεικτικά δυσλειτουργίας του κατώτερου ουροποιητικού ή με σεξουαλική δυσλειτουργία. Δεν υπάρχει αποδεδειγμένη λοίμωξη ή άλλη εμφανής παθολογία. Το σύνδρομο οσχεϊκού πόνου συχνά συνοδεύεται από αρνητικές γνωσιακές, συμπεριφορικές, σεξουαλικές ή συναισθηματικές διαταραχές, καθώς και από συμπτώματα ενδεικτικά δυσλειτουργίας του κατώτερου ουροποιητικού ή από σεξουαλική δυσλειτουργία. Ο όρος είναι γενικός και χρησιμοποιείται όταν ο πόνος δεν προέρχεται σαφώς από τον όρχι ή την επιδιδυμίδα. Ο πόνος δεν είναι δερματικός αλλά εντοπίζεται στα περιεχόμενα όργανα του οσχέου, κατάσταση παρόμοια με τον ιδιοπαθή θωρακικό πόνο.

Σύνδρομο ορχικού πόνου

Το σύνδρομο ορχικού πόνου ορίζεται ως η εμφάνιση επιμένοντος ή υποτροπιάζοντος πόνου στους όρχεις και μπορεί να σχετίζεται με συμπτώματα ενδεικτικά δυσλειτουργίας του κατώτερου ουροποιητικού ή με σεξουαλική δυσλειτουργία. Δεν υπάρχει αποδεδειγμένη λοίμωξη ή άλλη εμφανής παθολογία. Το σύνδρομο ορχικού πόνου συχνά συνοδεύεται από αρνητικές γνωσιακές, συμπεριφορικές, σεξουαλικές ή συναισθηματικές διαταραχές, καθώς και από συμπτώματα ενδεικτικά δυσλειτουργίας του κατώτερου ουροποιητικού ή από σεξουαλική δυσλειτουργία. Παλαιότεροι όροι για το σύνδρομο, των οποίων η χρήση πλέον δεν ενδείκνυται, είναι οι «ορχίτις», «ορχιαλγία» και «ορχεοδυνία».

Σύνδρομο πόνου της επιδιδυμίδας

Το σύνδρομο αυτό ορίζεται ως η εμφάνιση επιμένοντος ή υποτροπιάζοντος πόνου στην επιδιδυμίδα και μπορεί να σχετίζεται με συμπτώματα ενδεικτικά δυσλειτουργίας του κατώτερου ουροποιητικού ή με σεξουαλική δυσλειτουργία. Δεν υπάρχει αποδεδειγμένη λοίμωξη ή άλλη εμφανής παθολογία. Το σύνδρομο πόνου της επιδιδυμίδας συχνά συνοδεύεται από αρνητικές γνωσιακές, συμπεριφορικές, σεξουαλικές ή συναισθηματικές διαταραχές, καθώς και από συμπτώματα ενδεικτικά δυσλειτουργίας του κατώτερου ουροποιητικού ή από σεξουαλική δυσλειτουργία.

Σύνδρομο πεϊκού πόνου

Ορίζεται ως η εμφάνιση επιμένοντος ή υποτροπιάζοντος πόνου στο πέος, του οποίου η κύρια εντόπιση δεν είναι στην ουρήθρα, απουσία αποδεδειγμένης λοίμωξης ή άλλης εμφανούς παθολογίας. Το σύνδρομο πεϊκού πόνου συχνά συνοδεύεται από αρνητικές γνωσιακές, συμπεριφορικές, σεξουαλικές ή συναισθηματικές διαταραχές, καθώς και από συμπτώματα ενδεικτικά δυσλειτουργίας του κατώτερου ουροποιητικού ή από σεξουαλική δυσλειτουργία.

Σύνδρομο ουρηθρικού πόνου

Το σύνδρομο ουρηθρικού πόνου ορίζεται ως η εμφάνιση επιμένοντος ή υποτροπιάζοντος πόνου στην ουρήθρα, απουσία αποδεδειγμένης λοίμωξης ή άλλης εμφανούς παθολογίας. Το σύνδρομο ουρηθρικού πόνου συχνά συνοδεύεται από αρνητικές γνωσιακές, συμπεριφορικές, σεξουαλικές ή συναισθηματικές διαταραχές, καθώς και από συμπτώματα ενδεικτικά δυσλειτουργίας του κατώτερου ουροποιητικού, του εντέρου και του γυναικείου γεννητικού ή από σεξουαλική δυσλειτουργία. Το σύνδρομο μπορεί να εμφανιστεί τόσο στους άνδρες όσο και στις και γυναίκες.

Σύνδρομο οσχεϊκού πόνου μετά βαζεκτομή

Ορίζεται ως ο οσχεϊκός πόνος που εμφανίζεται μετά από την απολίνωση της έσω σπερματικής φλέβας (βαζεκτομή). Το σύνδρομο συχνά συνοδεύεται από αρνητικές γνωσιακές, συμπεριφορικές, σεξουαλικές ή συναισθηματικές διαταραχές, καθώς και από συμπτώματα ενδεικτικά δυσλειτουργίας του κατώτερου ουροποιητικού ή από σεξουαλική δυσλειτουργία. Εμφανίζεται περίπου στο 1% των περιπτώσεων μετά βαζεκτομή, πιθανόν και συχνότερα. Οι μηχανισμοί δεν είναι πλήρως κατανοητοί και για αυτό ο πόνος αυτός θεωρείται ειδική μορφή οσχεϊκού πόνου.

Γυναικολογικά σύνδρομα πόνου: έξω γεννητικά όργανα | Σύνδρομο πόνου χειλέων αιδοίου (αιδοιικού)

Το σύνδρομο αυτό ορίζεται ως η εμφάνιση επιμένοντος ή υποτροπιάζοντος πόνου στα χείλη του αιδοίου. Δεν υπάρχει αποδεδειγμένη λοίμωξη ή άλλη εμφανής παθολογία. Συχνά το σύνδρομο συνοδεύεται από αρνητικές γνωσιακές, συμπεριφορικές, σεξουαλικές ή συναισθηματικές διαταραχές, καθώς και από συμπτώματα ενδεικτικά δυσλειτουργίας του κατώτερου ουροποιητικού, του γαστρεντερικού, του γυναικείου γεννητικού ή από σεξουαλική δυσλειτουργία. Συχνά σχετίζεται με συμπτώματα ενδεικτικά δυσλειτουργίας του κατώτερου ουροποιητικού ή με σεξουαλική δυσλειτουργία. Το σύνδρομο, στο σύστημα ταξινόμησης των ψυχιατρικών διαταραχών DSM-IV-R, είχε καταταγεί στις σεξουαλικές διαταραχές, παρά ταύτα δεν υπάρχει επιστημονική βάση για την ταξινόμηση αυτή και το σύνδρομο ερμηνεύεται καλύτερα αν θεωρηθεί πρόβλημα πόνου συνήθως με ψυχολογικές συνέπειες. Δεν υπάρχει τεκμηρίωση για την κατάταξή του στις ψυχιατρικές διαταραχές. Η International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD) χρησιμοποιεί και τον όρο αιδοιοδυνία (vulvodynia), αντί του «σύνδρομο αιδοιικού πόνου». Η αιδοιοδυνία ορίζεται από την ISSVD ως «η δυσφορία στα χείλη του αιδοίου, η οποία συχνά περιγράφεται ως καυστικό άλγος που εμφανίζεται χωρίς να υπάρχουν κλινικά ευρήματα στην περιοχή ή να αναγνωρίζεται κάποια ειδική νευρολογική διαταραχή». Αν υπάρχουν κλινικά ευρήματα, η ασθενής λέγεται ότι πάσχει από αιδοιικό πόνο που οφείλεται σε ειδική αιτία. Η ISSVD υποδιαιρεί την αιδοιοδυνία επί τη βάσει της εντόπισης του πόνου και των προσωρινών χαρακτηριστικών του (πχ προκλητός ή μη). Οι παρακάτω ορισμοί βασίζονται σε αυτήν την προσέγγιση.

Γενικευμένο σύνδρομο αιδοιικού πόνου

Αναφέρεται στο σύνδρομο του αιδοιικού πόνου, του οποίου η εντόπιση δεν μπορεί να καθοριστεί σαφώς με την πίεση της περιοχής με ειδική βαμβακοφόρο κεφαλή ή με παρόμοιο όργανο. Αντίθετα, ο πόνος είναι διάχυτος και προσβάλλει ολόκληρο το αιδοίο, μπορεί δε να επεκτείνεται και στον πρόδομο (την περιοχή μεταξύ των μικρών χειλέων όπου εντοπίζεται και το έξω στόμιο της ουρήθρας), χωρίς όμως να περιορίζεται σ' αυτόν. Το σύνδρομο αυτό σχετίζεται συχνά με αρνητικές γνωσιακές, συμπεριφορικές, σεξουαλικές ή συναισθηματικές διαταραχές. Παλαιότεροι όροι, που πλέον δεν συνιστώνται, είναι και οι «δυσαισθητική αιδοιοδυνία, dysesthetic vulvodynia» και «ουσιώδης αιδοιοδυνία, essential vulvodynia».

Εντοπισμένο σύνδρομο αιδοιικού πόνου

Αναφέρεται στον πόνο, του οποίου η εντόπιση στα χείλη του αιδοίου, μπορεί να καθοριστεί σαφώς με την πίεση σημείο προς σημείο της περιοχής. Κλινικά, ο πόνος συνήθως εμφανίζεται κατόπιν πρόκλησης (αφή, πίεση ή τριβή). Το σύνδρομο μπορεί περαιτέρω να διαιρεθεί σε «σύνδρομο πόνου του προδόμου, vestibule pain syndrome" και «σύνδρομο κλειτοριδικού πόνου, clitoral pain syndrome».

Σύνδρομο πόνου του προδόμου του κολεού

Αναφέρεται στον πόνο που μπορεί να εντοπιστεί ακριβώς με πίεση σημείο προς σημείο στον πρόδομο ή που γίνεται σαφώς αντιληπτός στην περιοχή του προδόμου.

Σύνδρομο κλειτοριδικού πόνου

Αναφέρεται στον πόνο που μπορεί να εντοπιστεί ακριβώς με πίεση σημείο προς σημείο στην κλειτορίδα ή που γίνεται σαφώς αντιληπτός στην περιοχή της κλειτορίδας.

Γυναικείο γεννητικό σύστημα: έσω γεννητικά όργανα | Σχετιζόμενο με ενδομητρίωση σύνδρομο πόνου

Ορίζεται ως ο χρόνιος ή υποτροπιάζων πυελικός πόνος στις ασθενείς με λαπαρασκοπικά επιβεβαιωμένη ενδομητρίωση. Ο όρος χρησιμοποιείται όταν η συμπτωματολογία επιμένει παρά την κατάλληλη αγωγή για την ενδομητρίωση. Συχνά το σύνδρομο συνοδεύεται από αρνητικές γνωσιακές, συμπεριφορικές, σεξουαλικές ή συναισθηματικές διαταραχές, καθώς και από συμπτώματα ενδεικτικά δυσλειτουργίας του κατώτερου ουροποιητικού, του γαστρεντερικού, του γυναικείου γεννητικού ή από σεξουαλική δυσλειτουργία. Πολλές ασθενείς αναφέρουν πόνο πάνω ή κάτω από τις βλάβες της ενδομητρίωσης και ο όρος χρησιμοποιείται για να καλύψει και αυτές τις γυναίκες. Να σημειωθεί ότι η ενδομητρίωση μπορεί να αποτελεί τυχαίο εύρημα και δεν πάντοτε επώδυνη. Εξ άλλου, το φορτίο της πάθησης, όπως διαπιστώνεται λαπαρασκοπικά, δεν σχετίζεται με την σοβαρότητα των συμπτωμάτων. Συχνά εμπλέκονται περισσότερα του ενός όργανα στην πάθηση. Έχει προταθεί η αφαίρεση αυτού του φαινοτύπου από την ταξινόμηση, διότι η ενδομητρίωση μπορεί να είναι άσχετη με τον πόνο.

Σύνδρομο χρόνιου πυελικού άλγους με κυκλικές παροξύνσεις

Ο όρος καλύπτει τον προερχόμενο από μη γυναικολογικά όργανα πόνο που συχνά εμφανίζεται με κυκλικές εξάρσεις (πχ το IBS ή το BPS), όπως και εκείνον που προσομοιάζει μεν με τον πόνο της ενδομητρίωσης/αδενομύωσης, χωρίς όμως την παρουσία παθολογικών βλαβών. Αυτή η κατάσταση είναι διαφορετική από την δυσμηνόρροια, όπου ο πόνος εμφανίζεται μόνο κατά την εμμηνορρυσία.

Δυσμηνόρροια

Εδώ ο πόνος εμφανίζεται κατά την έμμηνο ρύση, χωρίς να αναγνωρίζεται εμφανής παθολογία. Η δυσμηνόρροια κατατάσσεται στα σύνδρομα του χρόνιου πόνου όταν επιμένει και όταν σχετίζεται με αρνητικές γνωσιακές, συμπεριφορικές, σεξουαλικές ή συναισθηματικές διαταραχές.

Γαστρεντερικά σύνδρομα πυελικού πόνου | Σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (IBS)

Είναι η εμφάνιση χρόνιου ή υποτροπιάζοντος επεισοδιακού πόνου εντοπιζόμενου στο έντερο, επί απουσίας αποδεδειγμένης λοίμωξης ή άλλης εμφανούς παθολογίας. Συχνή είναι η συνύπαρξη δυσλειτουργίας του εντέρου. Το IBS πολλές φορές σχετίζεται με ανησυχία και άγχος για την λειτουργία του εντέρου, αλλά και με αρνητικές γνωσιακές, συμπεριφορικές, σεξουαλικές ή συναισθηματικές διαταραχές. Η παραπάνω ταξινόμηση βασίζεται στα κριτήρια Rome III: 3 μήνες συνεχούς ή υποτροπιάζοντος κοιλιακού άλγους ή ερεθισμού που μπορεί να υφίενται με τις κινήσεις του εντέρου, να συνδυάζονται με αλλαγή στη συχνότητα των κενώσεων ή να σχετίζονται με αλλαγή στην σύσταση των κοπράνων. Δύο ή περισσότερα χαρακτηριστικά υπάρχουν τουλάχιστον το 25% του χρόνου: αλλαγή στην συχνότητα της αφόδευσης (>3 κινήσεις/ημέρα ή <3/εβδομάδα), αξιοσημείωτη αλλαγή στην σύσταση των κοπράνων (σκληρά, μαλακά, υδαρή ή πτωχά σχηματισμένα), αποβολή βλέννας με τα κόπρανα, αίσθημα μετεωρισμού, ή αλλαγή στην αφόδευση (λχ. αίσθημα ατελούς κένωσης, χρήση των κοιλιακών τοιχωμάτων ή επιτακτικότητα). Στα μη εντερικά συμπτώματα περιλαμβάνονται η ναυτία, η κόπωση, το αίσθημα γαστρικής πληρότητας μετά από μικρό γεύμα και ο έμετος.

Σύνδρομο χρόνιου πρωκτικού πόνου

Είναι η εμφάνιση χρόνιου ή υποτροπιάζοντος επεισοδιακού πόνου εντοπιζόμενου στον πρωκτό, επί απουσίας αποδεδειγμένης λοίμωξης ή άλλης εμφανούς παθολογία τοπικά. Το σύνδρομο πολλές φορές σχετίζεται με αρνητικές γνωσιακές, συμπεριφορικές, σεξουαλικές ή συναισθηματικές διαταραχές, καθώς και με συμπτώματα ενδεικτικά δυσλειτουργίας του κατώτερου ουροποιητικού, του γαστρεντερικού, του γυναικείου γεννητικού ή από σεξουαλική δυσλειτουργία.

Σύνδρομο διαλείποντος χρόνιου πρωκτικού πόνου

Ο όρος αναφέρεται στον σοβαρό, επεισοδιακό πόνο, ο οποίος φαίνεται ότι εντοπίζεται στο ορθό ή τον πρωκτικό σωλήνα και ο οποίος εμφανίζεται σε μη τακτικά διαστήματα. Ο πόνος δεν σχετίζεται με την ανάγκη ή την διαδικασία της αφόδευσης. Μπορεί να θεωρηθεί υποομάδα του συνδρόμου του χρόνιου πρωκτικού άλγους. Ο προηγούμενο όρος «prostalgia fugax» πλέον δεν συνιστάται.

Μυοσκελετικό σύστημα | Σύνδρομο πόνου των μυών του πυελικού εδάφους

Είναι η εμφάνιση επιμένοντος ή επεισοδιακού πόνου στο πυελικό έδαφος. Δεν υπάρχει σαφής παθολογία τοπικά. Το σύνδρομο συχνά σχετίζεται με αρνητικές γνωσιακές, συμπεριφορικές, σεξουαλικές ή συναισθηματικές διαταραχές, καθώς και με συμπτώματα ενδεικτικά δυσλειτουργίας του κατώτερου ουροποιητικού, του γαστρεντερικού, του γυναικείου γεννητικού ή από σεξουαλική δυσλειτουργία. Πολλές φορές συνυπάρχει υπερδραστηριότητα των μυών του πυελικού εδάφους ή αναγνωρίζονται σημεία πυροδότησης (trigger points) στη μάζα τους. Τέτοια σημεία μπορούν να παρατηρηθούν σε πολλούς μυς, όπως οι κοιλιακοί, οι μηριαίοι και οι παρασπονδυλικοί, ακόμη και σε εκείνους που δεν σχετίζονται άμεσα με την πύελο.

Σύνδρομο κοκκυγικού πόνου

Είναι η εμφάνιση επιμένοντος ή επεισοδιακού πόνου που γίνεται αντιληπτός στην περιοχή του κόκκυγα, επί απουσίας αποδεδειγμένης λοίμωξης ή άλλης εμφανούς παθολογίας τοπικά. Το σύνδρομο συχνά σχετίζεται με αρνητικές γνωσιακές, συμπεριφορικές, σεξουαλικές ή συναισθηματικές διαταραχές, καθώς και με συμπτώματα ενδεικτικά δυσλειτουργίας του κατώτερου ουροποιητικού, του γαστρεντερικού, του γυναικείου γεννητικού ή από σεξουαλική δυσλειτουργία. Ο όρος «κοκκυγοδυνία, coccydynia» δεν συνιστάται πλέον.

2 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

2.1 Μέθοδοι

Οι αναφορές στο παρόν κείμενο παρατίθενται ανάλογα με το Επίπεδο Τεκμηρίωσής τους (Level of Evidence, LE) και οι κατευθυντήριες οδηγίες λαμβάνουν έναν Βαθμό Σύστασης (Grade of Recommendation, GR), ανάλογα με το σύστημα ταξινόμησης, όπως τροποποιήθηκε από το Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence. Επιπρόσθετες πληροφορίες για την μεθοδολογία μπορούν να βρεθούν στο τμήμα γενικής μεθοδολογίας του παρόντος κειμένου και στην ιστοσελίδα της EAU http://www.uroweb.org/guideline/. Στην ίδια σελίδα μπορεί κανείς να δει και τον κατάλογο των Επιστημονικών Εταιρειών που προσυπογράφουν τις κατευθυντήριες οδηγίες της EAU.

Η αναθεώρηση του κειμένου του 2012 βασίζεται σε μία συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, με την χρήση των βάσεων δεδομένων Embase και Medline, της Cochrane Central Register of controlled trials και των βάσεων Psycinfo και Bandolier, ώστε να αναγνωριστεί η καλύτερη δυνατή τεκμηρίωση από τις υπάρχουσες τυχαιοποιημένες μελέτες (RCTs), με επίπεδο τεκμηρίωσης 1 (LE:1), σύμφωνα και με το σχήμα κατάταξης Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence. Στην περίπτωση μη ανεύρεσης μελετών με επίπεδο LE:1 η αναζήτηση μετακινείτο ένα επίπεδο πιο κάτω. Η εκτεταμένη χρήση ελεύθερου κειμένου εξασφάλισε την ευαισθησία των αναζητήσεων, γεγονός που κατέληξε σε ένα σημαντικό όγκο βιβλιογραφικών κειμένων για την αναζήτηση. Οι αναζητήσεις κάλυψαν την χρονική περίοδο από τον Ιανουάριο του 1995 έως τον Ιούλιο του 2011 και περιορίστηκαν στις δημοσιεύσεις στην αγγλική γλώσσα.

Οι ενημερώσεις (updates) του Κεφαλαίου 5 «Γαστρεντερολογικές θεωρήσεις του χρόνιου πυελικού άλγους» και του Κεφαλαίου 8 «Ψυχολογικές θεωρήσεις του χρόνιου πυελικού άλγους» στην έκδοση του 2014, βασίστηκαν στις συστηματικές ανασκοπήσεις της βιβλιογραφίας των προαναφερθέντων βάσεων, συμπεριλαμβανομένης και της Psycinfo.

2.2 Ανασκόπηση

Το παρόν κείμενο υποβλήθηκε σε ανασκόπηση (peer review) πριν την δημοσίευση του 2015. Η απόφαση για νέα ανασκόπηση βασίζεται στην έκταση της αναθεώρησης. Μία εκτεταμένη αναθεώρηση, που θα οδηγήσει σε σημαντικές αλλαγές των κλινικών συστάσεων στο κείμενο, δικαιολογεί την νέα ανασκόπηση (re-review).

Χρόνιο πυελικό άλγος

Διαγνωστική εκτίμηση

Επιμέλεια μετάφρασης: Μ. ΣΑΜΑΡΙΝΑΣ

4 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

4.1 Γενική εκτίμηση

4.1.1 ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Το ιατρικό ιστορικό είναι πολύ σημαντικό στην εκτίμηση των ασθενών με χρόνιο πυελικό άλγος. Τα σύνδρομα του πόνου αποτελούν συμπτωματικές διαγνώσεις, οι οποίες προκύπτουν μέσω του ιστορικού του πόνου, που εντοπίζεται στην περιοχή της πυέλου – χωρίς λοιπή παθολογία – για διάστημα τουλάχιστον 3 μηνών το τελευταίο 6μηνο. Αυτό υπονοεί, ότι συγκεκριμένες παθήσεις σχετιζόμενες με πυελικό άλγος, όπως βακτηριακή λοίμωξη, καρκίνος, πρωτοπαθής ανατομική ή λειτουργική διαταραχή των πυελικών οργάνων, καθώς και η νευρογενής νόσος πρέπει να αποκλειστούν.

4.1.1.1 Άγχος, κατάθλιψη και συνολική λειτουργικότητα

Η θλίψη είναι απόλυτα κατανοητή στα γενικότερα πλαίσια του πόνου και η έννοια του πόνου σε ατομικό επίπεδο αξιολογείται καλύτερα ιδεογραφικά, παρά κανονιστικά. Σχεδόν όλα τα διαγνωστικά μέσα και τυποποιημένα εργαλεία για το άγχος και την κατάθλιψη έχουν σχεδιαστεί για ανθρώπους χωρίς σημαντικά σωματικά προβλήματα, οπότε είναι δύσκολο να ερμηνεύσουν το χρόνιο πυελικό άλγος.

Το άγχος για το φόβο συνήθως αναφέρεται στο φόβο για κάποια νόσο που διαφεύγει (ιδιαίτερα τον καρκίνο), η οποία και προκαλεί τον πόνο ή στην αβεβαιότητα για τη θεραπεία και την πρόγνωση. Η ερώτηση «Τι πιστεύετε ή φοβάστε ότι προκαλεί τον πόνο σας;» έχει προταθεί. Το άγχος μπορεί, επίσης, να αφορά την επιτακτικότητα και τη συχνουρία, ως πιθανά προβλήματα στην κοινωνικότητα.

Η κατάθλιψη ή η καταθλιπτική συμπεριφορά είναι συχνές στο χρόνιο άλγος, συχνά σχετιζόμενες με επιπτώσεις επακόλουθες του χρόνιου πόνου (στην εργασία, της δραστηριότητες χαλάρωσης, τις κοινωνικές σχέσεις κλπ.). Λόγω της έλλειψης κατάλληλα τυποποιημένων εργαλείων, είναι προτιμότερη μια απλή ερώτηση, όπως «Πώς ο πόνος σας επηρεάζει συναισθηματικά;». Αν η απάντηση δημιουργεί ερωτήματα για τη συναισθηματική κατάσταση του ασθενή, απαιτείται περεταίρω εκτίμηση από συνάδελφο κατάλληλα καταρτισμένο.

Οι περισσότερες κλίμακες περιορισμένης 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. Κλίμακες που αφορούν τη γενική ποιότητα ζωής είναι βοηθητικές. Εφόσον ένα τέτοιο εργαλείο δε χρησιμοποιείται ήδη στην κλινική πράξη, το Brief Pain Inventory (Σύντομη Καταγραφή Πόνου) παρέχει μια ευρεία και οικονομική εκτίμηση της αλληλεπίδρασης του πόνου με διάφορες στάσεις ζωής σε ποικίλες γλώσσες. Σε μια μελέτη, ο περισσότερος πόνος, η ανάπαυση λόγω πόνου και τα συμπτώματα από το ουροποιητικό συσχετίστηκαν με φτωχότερη λειτουργικότητα.

4.1.1.2 Η ουρολογική άποψη

Ο πόνος μπορεί να συσχετίζεται με ουρολογικά συμπτώματα. Λεπτομερές ιστορικό για το κατώτερο ουροποιητικό πρέπει να λαμβάνεται. Οι δυσλειτουργίες του κατώτερου ουροποιητικού μπορεί να οξύνουν τα συμπτώματα, καθώς ο πόνος μπορεί να επιδρά στη λειτουργικότητα του κατώτερου ουροποιητικού. Η ούρηση σε όλες τις εκφάνσεις της πρέπει να ελέγχεται. Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δίνεται στην επίδραση της ούρησης στην εμπειρία του πόνου.

Σύνδρομο προστατικού άλγους (PPS)

Το PPS διαγιγνώσκεται από το ιστορικό του πόνου εντοπισμένου στην περιοχή του προστάτη (πειστικά αναπαραγόμενου μετά από μάλαξη του προστάτη) και απουσία άλλης παθολογίας από το κατώτερο ουροποιητικό, για τουλάχιστο 3 μήνες το τελευταίοι 6μηνο. Όπως έχει προαναφερθεί, νόσοι που σχετίζονται ειδικά με τον πόνο πρέπει να αποκλειστούν.

Ένα πλήρες ιστορικό είναι το σημαντικό πρώτο βήμα στην εκτίμηση του PPS. Πρέπει να περιλαμβάνει το είδος του άλγους και την εντόπισή του. Ο πόνος συχνά περιγράφεται σε άλλες πυελικές περιοχές εκτός του προστάτη, όπως το περίνεο, το ορθό, το πέος και η κοιλιά. Επιπλέον, σχετικά συμπτώματα από το κατώτερο ουροποιητικό, η σεξουαλική λειτουργία, ψυχολογικοί, κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες πρέπει να αναφέρονται. Ο προσδιορισμός της σοβαρότητας της νόσου, της προόδου της και της απάντησης στη θεραπεία μπορούν να εκτιμηθούν μόνο μέσω πιστοποιημένων εργαλείων, που βαθμολογούν τα συμπτώματα (βλέπε ενότητα 4.2.3). Αυτές οι υποκειμενικές κλίμακες συστήνονται για τη βασική εκτίμηση και τη θεραπευτική παρακολούθηση των ασθενών στην ουρολογική κλινική πράξη.

Σύνδρομο πόνου ουροδόχου κύστης (BPS)

Το BPS πρέπει να διαγιγνώσκεται στη βάση του πόνου, της πίεσης ή δυσανεξίας που σχετίζονται με την ουροδόχο κύστη, συνοδευόμενα από τουλάχιστον ακόμη ένα σύμπτωμα, όπως ημερήσια ή νυχτερινή αυξημένη συχνότητα

ούρησης, αποκλείοντας ασθένειες που μπορούν να προκαλέσουν σύγχυση στην αιτία των συμπτωμάτων, αν υπάρχει ένδειξη, με κυστεοσκόπηση και βιοψία (Πίνακας 4).

Η φύση του πόνου είναι σημαντική για τον προσδιορισμό της νόσου:

1) Ο πόνος, η πίεση ή η δυσανεξία γίνονται αντιληπτά ως σχετιζόμενα με την ουροδόχο κύστη και αυξάνονται με την αύξηση του ενδοκυστικού περιεχομένου.

2) Εντοπίζεται υπερηβικά, μερικές φορές ανακλώντας στους μηρούς, τον κόλπο, το ορθό ή το όσχεο.

3) Υποχωρεί μετά από ούρηση, αλλά σύντομα επανέρχεται.

4) Επιδεινώνεται με την τροφή ή το ποτό.

Το BPS τύπου 3 μπορεί να οδηγήσει σε ινώδη ουροδόχο κύστη μικρής χωρητικότητας με ή χωρίς απόφραξη του ανώτερου ουροποιητικού.

4.1.1.3 Η γυναικολογική άποψη

Ένα λεπτομερές ιατρικό ιστορικό ξεχωρίζοντας τη φύση, τη συχνότητα και την εντόπιση του πόνου απαιτείται. Η συσχέτισή του με παράγοντες που τον επιταχύνουν και με τον εμμηνορρυσιακό κύκλο μπορεί να βοηθήσει στην αποσαφήνιση της αιτιολογίας. Το εμμηνορρυσιακό και σεξουαλικό ιστορικό, συμπεριλαμβανομένων των σεξουαλικώς μεταδιδόμενων ασθενειών, της παρουσίας κολπικού εκκρίματος, καθώς και προηγηθέντος σεξουαλικού τραυματισμού είναι υποχρεωτικά, όπως επίσης και ο έλεγχος για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

4.1.1.4 Η γαστρεντερολογική άποψη

Τα κυρίαρχα συμπτώματα, που αναφέρονται από τους ασθενείς είναι η δυσανεξία ή ο πόνος σχετιζόμενα με τις συνήθειες του εντέρου, τις καθημερινές δραστηριότητες και την τροφή. Λεπτομερές ιστορικό για τη δυσλειτουργία της ούρησης και της αφόδευσης θα πρέπει να λαμβάνεται, ιδεατά χρησιμοποιώντας ερωτηματολόγια για συμπτώματα από το ουροποιητικό και τον ορθοπρωκτικό σωλήνα (πχ κριτήρια Rome III για τον ορθοπρωκτικό πόνο). Παρατεταμένη άσκηση πίεσης στις περισσότερες αφοδεύσεις, δακτυλοειδής πρωκτός στις δυσυνεργικές αφοδεύσεις και αίσθηση απόφραξης του πρωκτού μπορούν να βρεθούν σε ασθενείς με χρόνιο πρωκτικό άλγος. Το ιστορικό άγχους και κατάθλιψης με επίδραση στην ποιότητα ζωής συνήθως απαντάται σε δυσλειτουργείες του ορθοπρωκτικού σωλήνα και πρέπει να συνεκτιμάται.

Τα διαγνωστικά κριτήρια για το χρόνιο πρωκτικό άλγος (χρόνια πρωκταλγία) συμφωνά με τα κριτήρια Rome III έχουν ως ακολούθως και περιλαμβάνουν όλα τα παρακάτω: χρόνιο ή υποτροπιάζον άλγος στο ορθό, τα επεισόδια να διαρκούν τουλάχιστον 20 λεπτά και να αποκλείονται άλλες αιτίες ορθικού άλγους, όπως ισχαιμία, φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου, κρυπτίτιδα, ενδομυϊκό απόστημα ή ραγάδα, αιμορροΐδες, προστατίτιδα και κοκκυγοδυνία. Αυτά τα κριτήρια πρέπει να ισχύουν τους τελευταίους 3 μήνες, με την έναρξη των συμπτωμάτων να είναι τουλάχιστον 6 μήνες πριν τη διάγνωση.

Το σύνδρομο χρόνιου πρωκτικού άλγους περιλαμβάνει τα παραπάνω κριτήρια και επιπλέον παρουσιάζεται ιδιαίτερη ευαισθησία κατά την οπίσθια έλξη του ηβοορθικού μυός (ως τώρα καλούμενου και «Σύνδρομο Ανελκτήρα). Η παθοφυσιολογία του πόνου πιστεύεται ότι βασίζεται στην υπερδαστηριότητα των μυών του πυελικού εδάφους.

Το σύνδρομο του διαλείποντος χρόνιου πρωκτικού άλγους (πρωκταλγία fugax) αποτελείται από τα παρακάτω διαγνωστικά κριτήρια, τα οποία πρέπει να πληρούνται για διάστημα τριών μηνών: επαναλαμβανόμενα επεισόδια πόνου εντοπισμένου στον πρωκτό ή το κατώτερο ορθό, τα οποία διαρκούν από λίγα δευτερόλεπτα έως λεπτά, χωρίς να παρεμβάλλεται ορθοπρωκτικός πόνος μεταξύ των επεισοδίων. Στερεσσογόνα γεγονότα ή και άγχος μπορεί να προϋπάρχουν της εμφάνισης του συνδρόμου διαλείποντος χρόνιου πρωκτικού άλγους. Τα επεισόδια του πόνου μπορεί να διαρκούν από λίγα δευτερόλεπτα έως 30 λεπτά. Ο πόνος μπορεί να έχει τη μορφή κράμπας, νυγμού ή να είναι διαξιφιστικός και πιθανόν αν μην είναι υποφερτός. Παρόλα αυτά, οι περισσότεροι ασθενείς δεν τον αναφέρουν στους γιατρούς τους και τα επεισόδια του πόνου φαίνεται να συμβαίνουν λιγότερο από πέντε φορές το χρόνο στο 51% των ασθενών.

4.1.1.5 Η θεωρία του περιφερικού νεύρου

Ένα ποσοστό των ασθενών μπορεί να συσχετίσει την έναρξη του πόνου με ένα οξύ γεγονός, όπως ένα χειρουργείο, η σήψη ή το τραύμα και κάποιες φορές η παρατεταμένη ανακύκλωση των γεγονότων. Η χρόνια βλάβη είναι πιο συχνή και σχετίζεται με την καθιστική ζωή για μακροχρόνια περίοδο. Αρκετές περιπτώσεις είναι ιδιοπαθείς.

Ο πόνος συχνά εντοπίζεται στο περίνεο από τον πρωκτό έως την κλειτορίδα ή το πέος. Όμως, μια λιγότερο τυπική κατανομή του πόνου μπορεί να παρατηρηθεί κι αυτό μπορεί να οφείλεται στην ανατομική ποικιλομορφία, στην παρεμβολή νευρικών κλάδων παρά στην επίδραση του κυρίως νεύρου, στην αισθητικότητα από το ΚΝΣ και τελικά στην επίδραση άλλων οργάνων και συστημάτων σε ένα σύνδρομο περιοχικού άλγους. Άλλα γειτονικά νεύρα μπορεί να εμπλέκονται, για παράδειγμα το κάτω ισχιακό νεύρο και περινεϊκοί κλάδοι του οπισθίου

μηροδερματικού νεύρου. Το μυοσκελετικό σύστημα μπορεί να εμπλακεί, συγχέοντας την εικόνα του πόνου, καθώς η ανάπτυξη του άλγους των μυών λόγω ακινησίας και δυσκινησίας, πιθανόν να μεγεθύνεται από τις αλλαγές στο ΚΝΣ.

Το αίσθημα καύσου είναι το κυρίαρχο για να περιγράψει τον πόνο. Το αίσθημα σύνθλιψης ροής ηλεκτρικού ρεύματος μπορεί επίσης να χρησιμοποιούνται, δηλώνοντας δύο συνιστώσες – ένα επίμονο άλγος συχνά συσχετιζόμενο με οξέα επεισόδια. Πολλοί ασθενείς μπορεί να έχουν το αίσθημα του οιδήματος ή του ξένου σώματος στο ορθό ή το περίνεο, και συχνά το περιγράφουν σα μπαλάκι του τένις ή του γκολφ. Ο όρος πόνος έχει διαφορετική έννοια ανά ασθενή και αρκετοί προτιμούν να χρησιμοποιούν τον όρο δυσανεξία ή μούδιασμα.

Οι επιβαρυντικοί παράγοντες περιλαμβάνουν κάθε αιτία που μπορεί να ασκεί πίεση είτε απευθείας στο νεύρο ή εμμέσως σε άλλον ιστό, έχοντας ως αποτέλεσμα την έλξη του αιδοιικού νεύρου. Η αλλοδυνία είναι ο πόνος σε ελαφρύ άγγιγμα, λόγω της εμπλοκής του ΚΝΣ και μπορεί να δυσκολέψει τη σεξουαλική επαφή και το φόρεμα των ρούχων. Αυτοί οι ασθενείς συχνά μένουν όρθιοι και συνεπώς αναπτύσσουν ένα μεγάλο εύρος πόνου. Τα μαλακά καθίσματα είναι συνήθως λιγότερο ανεκτά, σε αντίθεση με το κάθισμα σε μια λεκάνη τουαλέτας. Αν ο πόνος είναι μονόπλευρος, το κάθισμα στον ένα γλουτό είναι συχνό. Ο πόνος μπορεί να επιδεινωθεί με την κένωση του εντέρου ή της ουροδόχου κύστης.

Η βλάβη του αιδοιικού νεύρου μπορεί να οφείλεται σε μια ποικιλία αισθητικών φαινομένων. Στην κατανομή του ιδίου του νεύρου, καθώς και στον απρόκλητο πόνο. Ο ασθενής μπορεί να έχει παραισθησία (αίσθημα καρφίτσας και βελόνας), δυσαισθησία (δυσάρεστη αισθητηριακή αντίληψη, αλλά όχι απαραίτητα μετά από πρόκληση, όπως η αίσθηση του τρέχοντος κρύου νερού), αλλοδυνία (πόνος στο ελαφρύ άγγιγμα) ή υπεραλγησία (αυξημένη αντίληψη του πόνου μετά από επώδυνο ερέθισμα, συμπεριλαμβανομένου του κρύου και ψυχρού ερεθισμού). Παρόμοιες αισθητικές διαταραχές μπορεί να βρεθούν και εκτός της περιοχής που νευρώνεται από το κατεστραμμένο νεύρο, ιδίως στη σπλαχνική και τη μυϊκή υπεραλγησία.

Η δυσλειτουργία της δερματικής αισθητικότητας μπορεί να σχετίζεται με επιφανειακή δυσπαρεύνια, αλλά ο πόνος μπορεί να προέρχεται ακόμη και από την επαφή με τα ρούχα. Επίσης, μπορεί να υπάρχει έλλειψη αισθητικότητας και ο πόνος μπορεί να συνυπάρχει με την εμφάνιση αιμμωδίας. Η σπλαχνική υπερευαισθησία μπορεί να οδηγήσει σε έπειξη για κένωση ή ούρηση. Αυτό συνήθως συνδυάζεται με συχνουρία, με αποβολή μικρής ποσότητας ούρων. Μπορεί να υπάρχει και πόνος κατά την πλήρωση των σπλάχνων. Το πρωκτικό άλγος και η απώλεια του κινητικού ελέγχου μπορεί να οδηγήσουν σε κακή λειτουργικότητα του εντέρου με δυσκοιλιότητα ή/ και ακράτεια. Η εκσπερμάτιση και ο οργασμός μπορεί να είναι επώδυνα ή μειωμένα.

Πολλοί από αυτούς που πάσχουν από αιδοιική νευραλγία παραπονιούνται για κακουχία και γενικευμένες μυϊκές κράμπες, αδυναμία και πόνο. Η αδυναμία τους να καθίσουν αποτελεί σημαντική ανικανότητα και συν τω χρόνω οι ασθενείς δυσκολεύονται να σταθούν και καταλήγουν κλινήρεις. Η ακινησία επιφέρει γενικευμένη μυϊκή αδυναμία και ακόμη και η μικρή δραστηριότητα είναι επώδυνη. Κατά συνέπεια του πόνου και της αναπηρίας, οι ασθενείς έχουν συχνά συναισθηματικά προβλήματα και ειδικότερα κατάθλιψη. Οι ασθενείς με CPP είναι επίσης αγχώδεις με τάση καταστροφισμού. Η κατάθλιψη, ο καταστροφισμός και η αναπηρία είναι κακοί προγνωστικοί παράγοντες. Το χρώμα του δέρματος μπορεί να αλλάξει, λόγω των μεταβολών στη νεύρωση και του νευρογενούς οιδήματος. Ο ασθενής περιγράφει την περιοχή ως οιδηματώδη λόγω αυτού του οιδήματος, αλλά και λόγω της έλλειψης προσαγωγού ερεθίσματος.

4.1.1.6 Θεωρία της μυϊκής περιτονίας

Παίρνοντας το ιστορικό από έναν ασθενή με πυελικό άλγος είναι σημαντικό να επισημάνουμε τη λειτουργικότητα όλων των οργάνων στην πυελική περιοχή. Τα παρακάτω πρέπει οπωσδήποτε να επισημανθούν: η σεξουαλική λειτουργία, τα γυναικολογικά εξαρτήματα, η παρουσία του πόνου και ψυχοκοινωνικές θεωρίες. Κανείς δεν μπορεί να βασίσει τη δυσλειτουργία του πυελικού εδάφους μόνο στο ιστορικό. Όμως, υπάρχει η υποψία της δυσλειτουργίας των μυών του πυελικού εδάφους, όταν δύο ή περισσότερα πυελικά όργανα δυσλειτουργούν, για παράδειγμα ο συνδυασμός προβλημάτων ούρησης και αφόδευσης.

4.1.2 ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Η κλινική εξέταση συχνά βοηθάει στην επιβεβαίωση ή τη διάψευση των αρχικών εντυπώσεων, οι οποίες προέκυψαν από τη λήη του ιστορικού Η εξέταση πρέπει να στοχεύει σε συγκεκριμμένες ερωτήσεις και το αποτέλεσμά της μπορεί να αλλάξει τη διαχείριση. Πριν την εξέταση, η τέλεια πρακτική απαιτεί ο ιατρός να εξηγήσει στον ασθενή το τι πρόκειται να συμβεί και ποιος είναι ο σκοπός της κλινικής εξέτασης. Χρειάζεται η συγκατάθεση του ασθενούς μετά από αυτή τη συζήτηση και επιπλέον η κατάλληλη διακριτικότητα και, αν είναι απαραίτητο, η επεξήγηση της αναγκαιότητας της δακτυλικής εξέτασης του ορθού ή/ και του κόλπου. Ο κίνδυνος επιδείνωσης του πόνου θα πρέπει να τονιστεί. Τα πρακτικά της συζήτησης οφείλουν να καταγράφονται. Η δυνατότητα παρουσίας ενός συνοδού πρεέπει να συζητάται με τον ασθενή. Παράλληλα με την τοπική εξέταση, μια γενικότερη μυοσκελετική και νευρολογική εξέταση θα πρέπει να θεωρείται αναπόσπαστο κομμάτι της συνολικής εκτίμησης και οφείλει να γίνεται, αν θεωρείται αναγκαία. Μετά την κλινική εξέταση, καλό θα ήταν ο ασθενής να ερωτάται αν είχε ανησυχίες για τη διεξαγωγή της και αυτή η συζήτηση να καταγράφεται.

Δεν υπάρχει ειδική διαγνωστικη δοκιμασία για το σύνδρομο χρόνιου πυελικού άλγους και έτσι οι διεργασίες είναι από τη μία στοχευμένες στην αναγνώριση και τον αποκλεισμό συγκεκριμένων νόσων, που σχετίζονται με πυελικό πόνο και από την άλλη χρησιμοποιούνται για τον προσδιορισμό του φαινοτύπου. Η κοιλικακή και πυελική εξέταση για να αποκλειστεί σημαντική παθολογία της πυέλου, καθώς και για να αναδειχθεί το σημείο της ευαισθησίας, είναι σημαντικές. Διαταραχές στη λειτουργικότητα των μυών πρέπει να αποκαλυφθούν. Η εξέταση των έξω γεννητικών οργάνων αποτελεί τμήμα της εκτίμησης. Σε ασθενείς με πόνο στο όσχεο, ήπια ψηλάφηση κάθε συστατικού του οσχέου πρέπει να διενεργάται, αναζητώντας όγκους και επώδυνα σημεία. Παρομοίως, πρέπει να ψηλαφώνται το πέος και η ουρήθρα. Πολλοί συγγραφείς συνιστούν, ότι πρέπει να εκτιμάται η δερματική αλλοδυνία κατά μήκος των κοιλιακών δερμοτομίων (Θ11-01) και του περινέου (I3) και να καταγράφεται ο βαθμός της ευαισθησίας. Το βολβοσπραγγώδες αντανακλαστικό στους άντρες μπορεί να παρέχει σημαντικές πληροφορίες σχετικά με την ακαιρεότητα των αιδοιικών νεύρων. Η κλινική εξέταση της πυέλου οφείλει να περιλαμβάνει μια δακτυλική εξέταση, αν είναι δυνατό. Η συνήθης αμφίχειρη εξέταση μπορεί να αναπαράγει σημαντικό άλγος, οπότε ο εξεταστής πρέπει να προχωρά με προσοχή. Η διορθική εξέταση γίνεται για την ανεύρεση ανωμαλιών του προστάτη στους άντρες, περιλαμβάνοντας πόνο κατά την ψηλάφηση, και για να εξεταστεί το ορθό και οι μύες του πυελικού εδάφους σχετικά με την ευαισθησία τους και τα εκλυτικά σημεία πόνου.

Στην κλινική εξέταση, μπορεί να βρεθεί περινεϊκή δερματίτιδα, ως ένδειξη ακράτειας κοπράνων ή διαρροιών. Οι ραγάδες μπορεί εύκολα να παραβλεφθούν και θα πρέπει να αναζητούνται ενδελεχώς σε ασθενείς με πρωκτικό άλγος. Τα ευρήματα από τη δακτυλική εξέταση του ορθού μπορεί να αναδείξουν υψηλή ή χαμηλή πίεση χαλάρωσης του σφιγκτήρα, ευαίσθητο ηβοορθικό μυ σε ασθενείς με Σύνδρομο Ανελκτήρα και κάποιες φορές αυξημένη περινεϊκή χαλάρωση. Η ευαισθησία κατά την οπίσθια έλξη του ηβοορθικού μυός διαφοροδιαγνώσκει το Σύνδρομο Ανελκτήρα από τον μη ταυτοποιημένο λειτουργικό ορθοπρωκτικό πόνο και χρησιμοποιείται στις περισσότερες μελέτες ως κύριο κριτήριο εισαγωγής. Δυσυνερική (παράδοξη) σύσπαση των πυελικών μυών, όταν δίνεται οδηγία για ασκηση πίεσης κατά την αφόδευση, απαντάται συχνά σε ασθενείς με πυελικό άλγος. Προσοχή θα πρέπει να δίνεται σε πρωκτική ή ορθική πρόπτωση κατά την άσκηση πίεσης και ιδιαίτερα κατά τη συνδυασμένη ορθική και κολπική εξέταση, για να διαγνωστεί η πρόπτωση των πυελικών οργάνων.

Μία πλήρης κλινική εξέταση της σπονδυλικής στήλης, του μυϊκού, νευρικού και ουρογεννητικού συστήματος είναι απαραίτητη για τη διάγνωση της αιδοιικής νευραλγίας, ιδιαίτερα για την αποκάλυψη σημείων που αναδεικνύουν άλλη παθολογία. Συχνά τα ευρήματα για την αιδοιική νευραλγία είναι λίγα και μη ειδικά. Τα κύρια παθογνωμονικά χαρακτηριστικά είναι σημεία τραυμαισμού του νεύρου στην ανάλογη νευρολογική του κατανομή, όπως αλλοδυνία ή αιμμωδίες. Η ευαισθησία ως απάντηση στην πίεση του αιδοιικού νεύρου μπορεί να συνεισφέρει στη διάγνωση. Αυτή μπορεί να προκληθεί από την διορθική ή κολπική εξέταση και ψηάφηση της περιοχής των ισχιακού σκελετού ή/ και του καναλιού του Alcock. Η μυϊκή ευασθησία και η παρουσία εκλυτικών σημείων πόνου στους μύες μπορεί να μπερδέψει την εικόνα. Τα εκλυτικά σημεία μπορεί να υπάρχουν σε διάφορους μύες και στην πύελο (ανελκτήρας και έσω θυροειδής μυς) ή εξωτερικά (πχ απιοειδής, προσαγωγοί, ορθός κοιλιακός ή παρασπονδυλικοί μύες).

4.2 Συμπληρωματική εκτίμηση

Εάν το ιστορικό υποδηλώνει νόσο του κατώτερου ουροποιητικού, γυναικολογική, ορθοπρωκτική ή άλλη γνωστή αιτιολογία, η διαγνωστική προσέγγιση πρέπει να ακολούθει τις αντίστοιχες κατευθυντήριες οδηγίες.

4.2.1 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ

Ο καθορισμός την σοβαρότητας της νόσου, της προόδου της και της απάντησης στη θεραπεία μπορεί να εκτιμηθεί μόνο μέσω αξιόπιστων εργαλείων, που βαθμολογούν τα συμπτώματα. Αυτές οι υποκειμενικές κλίμακες συστήνονται για τη βασική εκτίμηση και τη θεραπευτική παρακολούθηση των ασθενών. Ο πόνος πρέπει πάντα να εκτιμάται (δες πιο κάτω), ώστε να αναγνωρίζεται η πρόοδος και η θεραπευτική απάντηση. Καθώς αυτό γίνεται στην κλινική πράξη, ο ασθενής μπορεί να διατηρεί μια καταγραφή (ημερολόγιο πόνου). Κάτι τέτοιο μπορεί να περιλαμβάνει κι άλλες παραμέτρους, όπως η ούρηση, η σεξουαλική δραστηριότητα, τα επίπεδα ενεργητικότητας ή η χρήση αναλγητικών.

Η αυξημένη προσοχή στα αποτελέσματα που καταγράφονται από τους ασθενείς προσδίδει έμφαση στην άποψη του ασθενή για τη νόσο του και τα ημερολόγια πόνου, στο περιβάλλον των ασθενών και βελτιώνει την ποιότητα των δεδομένων.

Η ποιότητα ζωής πρέπει να μετράται, καθώς μπορεί η σύγκριση με άλλες χρόνιες νόσους να είναι φτωχή. Σε μια μελέτη, ο περισσότερος πόνος, η ανάπαυση λόγω του πόνου και συμπτώματα από το ουροποιητικό συσχετίστηκαν με μεγαλύτερη ανικανότητα (επίσης καταμετρημένη με προσωπική αναφορά) και ο πόνος προβλέφθηκε μέσω της κατάθλιψης και του καταστροφισμού (υποκλίμακα ανικανότητας).

Όπου το πρωτεύον αποτέλεσμα της θεραπείας είναι η ανακούφιση από τον πόνο, είναι χρήσιμο πριν την έναρξη της θεραπείας να συμφωνηθεί ένα κλινικά χρήσιμο επίπεδο ανακούφισης. Οι πιο αξιόπιστες μέθοδοι είναι:

Μια προφορική κλίμακα 5 βαθμίδων: καθόλου, ήπιος, μέτριος, σοβαρός, πολύ σοβαρός πόνος

Η εκτίμηση του πόνου δεν είναι ανεξάρτητη από γνωσιακές και συναισθηματικές παραμέτρους [10]. Τα αποτελέσματα για την σοβαρότητα του πόνου, τη θλίψη και την ανικανότητα συνδιακυμαίνονται μόνο μερικώς και η βελτίωση του ενός δε συνεπάγεται απαραίτητα και τη βελτίωση των άλλων. Όταν το πρωταρχικό αποτέλεσμα είναι ο πόνος, η σημασία του θα πρέπει να μένει σταθερή στη συζήτηση της κλινικά σημαντικής διαφοράς.

Σύνδρομο προστατικού πόνου

Αξιόπιστοι, έγκυροι δείκτες των συμπτωμάτων και της ποιότητας ζωής είναι το NIH-CPSI και το International Prostate Symptom Score (I-PSS).

Σύνδρομο πόνου ουροδόχου κύστης

Τα σκορ συμπτωμάτων μπορεί να βοηθήσουν στην εκτίμηση του ασθενούς και να λειτουργήσουν ως μετρητές αποτελεσμάτων. Το O'Leary-Sant Symptom Index, επίσης γνωστό ως Interstitial Cystitis Symptom Index (ICSI) έχει επικυρωθεί από μια μεγάλη μελέτη.

Γαστρεντερολογικά ερωτηματολόγια

Οι λειτουργικές ορθοπρωκτικές διαταραχές λόγω του πόνου (ορθοπρωκτικός πυελικός πόνος) χαρακτηρίζονται από τη διάρκεια, τη συχνότητα και την ποιότητα του πόνου. Πιο πολύπλοκα ερωτηματολόγια χρησιμοποιούνται για τον καθορισμό του IBS. Το επικυρωμένο IBS-Symptom Severity Scale (IBS-SSS) περιλαμβάνει την πιο ευρεία μέτρηση παραμέτρων σχετιζόμενων με τον πόνο. Όμως, επειδή κάθε εργαλείο έχει διαφορετικά καταληκτικά σημεία για τον χρόνιο κοιλιακό πόνο στο IBS, η σύγκριση των δημοσιευμένων μελετών είναι συχνά αδύνατη.

Εκτίμηση της σεξουαλικής λειτουργίας

Στους άντρες οι πιο συχνές επιδράσεις στη σεξουαλικότητα είναι η στυτική δυσλειτουργία και η πρόωρη εκσπερμάτιση. Αυτά μπορούν να εκτιμηθούν με κατάλληλα ερωτηματολόγια όπως το IIEF (International Index of Erectile Function) και το PEDT (Premature Ejaculation Diagnostic Tool). Σε σύγκριση με τα κοντρόλ γκρουπ, οι γυναίκες με CPP ανέφεραν σημαντικά περισσότερη αποστροφή προς το σεξ, ένιωθαν μη ποθητές και παραπονιόταν για «vaginismus». Ο δείκτης γυναικείας σεξουαλικής λειτουργίας (FSFI) έχει αναπτυχθεί ως σύντομο, πολυδιάστατο και εργαλείο αυτοαναφοράς για την εκτίμηση των σημαντικών παραμέτρων της σεξουαλικής λειτουργίας στις γυναίκες, όπως η επιθυμία, η υποκειμενική διέγερση, η ύγρανση, ο οργασμός, η ικανοποίηση και ο πόνος.

4.2.2 ΕΣΤΙΑΣΜΕΝΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΜΥΪΚΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΙΑΣ

Ο έλεγχος των μυών του πυελικού εδάφους μπορεί να πραγματοποιηθεί από τον ιατρό, αλλά η εκτίμηση ενός εξειδικευμένου φυσιοθεραπευτή είναι μια καλή εναλλακτική. Η κολπική ή διορθική εξέταση πραγματοποιείται για να εκτιμηθεί η λειτουργία των μυών του πυελικού εδάφους, συμφώνα με την αναφορά της International Continence Society (ICS). Αυτή η θεώρηση έχει ελεγχθεί και παρουσιάζει ικανοποιητική αξιοπιστία και εγκυρότητα. Μπορεί, επίσης, να θεωρηθεί κατάλληλη για χρήση στην κλινική πρακτική. Η εξέταση του ορθού είναι ένας καλός τρόπος να αξιολογηθεί η λειτουργία του πυελικού εδάφους στους άντρες. Σε μια ομαδική μελέτη 72 αντρών με CPP, εξετάστηκε η συσχέτιση μεταξύ του εντοπισμού των εκλυτικών σημείων και του αναφερόμενου πόνου. Το 90% των ασθενών εμφάνισαν ευαισθησία στον ηβοορθικό μυ και το 55% στους μύες του κοιλιακού τοιχώματος. Μεταξύ των ασθενών που τα εκλυτικά σημεία ήταν στον ηβοορθικό μυ, το 93% ανέφερε πόνο στην πύελο και το 57% στην υπερηβική περιοχή. Οι ασθενείς με εκλυτικό σημείο στους κοιλιακούς μύες ανέφεραν πόνο στο πέος (74%), το περίνεο (65%) και το ορθό (46%).

4.2.3 ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Ενέσιμα

Η ένεση τοπικού αναισθητικού και στεροειδούς στην εμφάνιση νευρικής βλάβης μπορεί να είναι διαγνωστική. Ο διαφορικός αποκλεισμός του αιδοιικού νεύρου μπορεί να παρέχει πληροφορίες σε σχέση με το σημείο, όπου το νεύρο είναι εγκλωβισμένο. Η διήθηση στον ισχιακό σκελετό απαιτεί τη χρήση νευροδιεγέρτη. Τα κινητικά (σύσπαση του πρωκτού) και τα αισθητικά αποτελέσματα πρέπει να καταγράφονται. Το ανατομικό καταληκτικό σημείο μπορεί να εντοπίζεται με ακτινοσκόπηση, αξονική τομογραφία (CT) ή τη χρήση του υπερήχου (US). Το υπερηχογράφημα βοηθά στην αποφυγή της ακτινοβολίας, ενώ η CT περιλαμβάνει αρκετή από αυτή. Πλέον η ακτινοσκόπηση είναι η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη μέθοδος, καθώς είναι διαθέσιμη στους περισσότερους αναισθησιολόγους, που πραγματοποιούν τον

αποκλεισμό. Η έγχυση στο αιδοιικό νεύρο μέσω του καναλιού του Alcock γίνεται κυρίως με την καθοδήγηση της CT. Καθώς γίνεται η ένεση πέριξ του αιδοιικού νεύρου, ειδικά blocks άλλων νεύρων που ξεκινούν από την πύελο μπορούν, επίσης, να πραγματοποιηθούν.

Ηλεκτρομυογραφικές μελέτες

Αυτές μπορούν να αποκαλύψουν σημεία απονεύρωσης του περινέου, αυξημένη αδηλία του αιδοιικού νεύρου ή μειωμένο βολβοσπραγγώδες αντανακλαστικό. Παρόλα αυτά, για να αναδειχθεί μια ανωμαλία, είναι απαραίτητο να υπάρχει σημαντική νευρική βλάβη. Ο πόνος μπορεί να σχετίζεται με περιορισμένη νευρική βλάβη, οπότε συχνά αυτές οι μελέτες είναι φυσιολογικές.

4.2.4 ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ

Επιπλέον εξετάσεις θα πρέπει να γίνουν σύμφωνα με τα σχετικά guidelines για να αποκλειστούν ασθένειες με γνωστή αιτιολογία, οι οποίες παρουσιάζονται με συμπτώματα ίδια με αυτά του CPP. Από τη στιγμή που η τελική διάγνωση τίθεται, οι εξετάσεις είναι χρήσιμες για να εκτιμηθούν λειτουργικές ανωμαλίες και φαινοτυπικές καταστάσεις, όπως το BPS και το σύνδρομο χρόνιου πρωκτικού άλγους.

Υπερηχογράφημα

Έχει περιορισμένη αξία, αλλά μπορεί να καθησυχάσει τους ασθενείς. Παρόλα αυτά, η υπερβολική διερεύνηση μπορεί να είναι επιζήμια.

MRI

Η μαγνητική νευρογραφία χρησιμοποιείται ιδιαίτερα σε εξειδικευμένα κέντρα, για τη διάγνωση του εντοπισμού (κεντρικού ή περιφερικού) και του βαθμού (ολικού ή μερικού) του νευρικού τραυματισμού στο περιφερικό νευρικό σύστημα, εγκαίρως και με πιο υψηλή ειδικότητα από τις εξετάσεις αγωγιμότητας.

MR πρωκτόγραμμα αφόδευσης

Η MRI σε συνδυασμό με το MR πρωκτόγραμμα είναι πλέον η πιο αξιόπιστη τεχνική απεικόνισης για την αξιολόγηση της δυναμικής της ορθοπρωκτικής λειτουργίας. Οι μελέτες με MRI σκιαγραφούν ταυτόχρονα την ανατομία του πυελικού εδάφους και απεικονίζουν διαφορετικές ανατομικές και λειτουργικές παθολογίες, εφαρμόζοντας δυναμικές ακολουθίες, αφού το ορθό πληρωθεί με παχύρευστο μέσο αντίθεσης (πχ γέλη υπερήχων). Οι παρακάτω παθολογικές καταστάσεις μπορούν να απεικονιστούν: πρόπτωση του πυελικού εδάφους, ανώμαλη ορθοπρωκτική γωνία στη φάση της άσκησης πίεσης, εγκολεασμός του ορθού, ορθοκήλη, εντεροκήλη και κυστεοκήλη. Παρόλα αυτά, οι περιορισμοί για την MR αφόδευσης είναι η αριστερή πλάγια θέση και ο περιορισμένος χώρος για τον ασθενή, τα οποία μπορεί να μειώσουν τη δυνατότητα άσκησης πίεσης και παράλληλα την ευαισθησία της μεθόδου, υποεκτιμώντας το μέγεθος των εντερο- ορθοκηλών, καθώς και τον αριθμό των παύσεων.

4.2.5 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Μικροβιολογικές εξετάσεις

Σύνδρομο προστατικού πόνου

Η εργαστηριακή διάγνωση έχει κλασσικά βασιστεί στη δοκιμασία των τεσσάρων ποτηριών για την εντόπιση των βακτηρίων. Εκτός από τα στείρα ούρα πριν τη μάλαξη (αποβαλλόμενα ούρα-2), στο PPS υπάρχουν <10,000 cfu από ουροπαθογόνα μικρόβια σε προστατικές εκκρίσεις και μη σημαντικός αριθμός λευκοκυττάρων σε καλλιέργεια μετά από εκσπερμάτιση. Παρόλα αυτά, η δοκιμασία είναι αρκετά περίπλοκη για να εφαρμόζεται από τους ουρολόγους. Η διαγνωστική της δυνατότητα μπορεί να αυξηθεί και με μικρότερο κόστος με μια απλή εξέταση επιλογής των ασθενών, δηλαδή με τη δοκιμασία των δύο ποτηριών ή δοκιμασία πριν τη μάλαξη (PPMT). Γενικά, αυτές οι δοκιμασίες λίγο συνεισφέρουν στη διάγνωση του PPS, καθώς μόνο το 8% των ασθενών με υποτιθέμενο PPS βρίσκονται να έχουν θετική καλλιέργεια με εντόπιση στον προστάτη, ποσοστό παρόμοιο με αυτό των ασυμπτωματικών αντρών.

Σύνδρομο πόνου της ουροδόχου κύστης

Το stick ούρων και η καλλιέργεια ούρων (περιλαμβάνοντας καλλιέργεια για TB σε περίπτωση άσηπτης πυουρίας) συστήνονται για όλους του ασθενείς, οι οποίοι είναι ύποπτοι για BPS. Η κυτταρολογική εξέταση ούρων, επίσης, συστήνεται σε ομάδες υψηλού κινδύνου.

Γυναικολογική άποψη του χρόνιου πυελικού πόνου

Το κολπικό και το ενδοτραχηλικό επίχρισμα, για να αποκλειστεί η λοίμωξη, συστήνονται.

4.2.6 ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ

Ορθοπρωκτικς πόνος

Η ορθοπρωκτική μανομετρία με δοκιμασία αισθητικότητας (μέτρηση πίεσης: βαροστάτης) μπορεί να είναι χρήσιμη για τη διάγνωση δυσυνεργικής αφόδευσης και υπερευαισθησίας του ορθού, τα οποία είναι τυπικά σε ασθενείς με χρόνιο πυελικό πόνο και IBS. Η εύκαμπτη ορθοσιγμοειδοσκόπηση ή ή κολονοσκόπηση θα πρέπει να εξετάζονται για ασθενείς με ορθοπρωκτικό πόνο, ώστε να αποκλείεται συνυπάρχουσα παθολογία του εντέρου.

Λαπαροσκόπηση για γυναίκες

Η λαπαροσκόπηση είναι, ίσως, η πιο χρήσιμη επεμβατική μέθοδος διερεύνησης, ώστε να αποκλειστεί η γυναικολογική παθολογία και να βοηθηθεί η διαφορική διάγνωση του CPP στις γυναίκες. Συχνά συνδυάζεται με την κυστεοσκόπηση ή και πρωκτοσκόπηση, ώστε να αναγνωριστεί το σημείο του πολυεστιακού πόνου.

Ψυχολογικές σκέψεις για τη λαπαροσκόπηση

Τρεις πολύ διαφορετικές μελέτες για τη λαπαροσκόπηση συστήνουν, ότι μπορεί να βελτιώσει τον πόνο λύνοντας τις ανησυχίες για κάποια πολύ σοβαρή νόσο, αν και μόνο δείχνοντας στις γυναίκες τη φυτογραφία των περιεχομένων της πυέλου τους δε φαίνεται να βοηθά στην επεξήγηση. Ενσωματώνοντας από την αρχή τη σωματική και τη ψυχολογική εκτίμηση είναι προτιμότερο από το να ασχολείται κανείς με τις ψυχολογικές ανησυχίες μετά τον αποκλεισμό των οργανικών αιτιών.

Κυστεοσκόπηση και βιοψίες ουροδόχου κύστης

Παρά τις διαφωνίες για την αξία της κυστεοσκόπησης στη διάγνωση και την παρακολούθηση του BPS, το πάνελ πιστεύει ότι τα αντικειμενικά ευρήματα είναι σημαντικά για τη διάγνωση, την πρόγνωση και τον αποκλεισμό άλλων θεραπεύσιμων καταστάσεων (ένα τυποποιημένο σχήμα διαγνωστικών κριτηρίων θα μπορούσε να συμβάλλει στην ομοιομορφία και τη συμβατότητα διαφορετικών μελετών). Ενδοσκοπικά, το BPS τύπου 3 εμφανίζεται με ερυθρές περιοχές του βλεννογόνου συχνά σχετιζόμενες με μικρά αγγεία, που συρρέουν σε μια κεντρική ουλή, μερικές φορές καλυπτόμενα από ένα μικρό πήγμα ή δίκτυο ινικής – έλκος Hunner. Η εσχάρα ρηγνύεται στη αυξανόμενη υδροδιάταση της ουροδόχου κύστης, παράγοντας ένα χαρακτηριστικό καταρράκτη αίματος. Υπάρχει ισχυρή συσχέτιση του BPS τύπου 3 και της μειωμένης χωρητικότητας της ουροδόχου κύστης, υπό αναισθησία. Η νόσος χωρίς βλάβες αναδεικνύει φυσιολογικό βλεννογόνο κύστης στην αρχική κυστεοσκόπηση. Η ανάπτυξη πετεχειών μετά την υδροδιάταση θεωρείται ότι έχει διαγνωστική αξία, αν και αυτά μπορεί να παρατηρηθούν και χωρίς το BPS. Οι βιοψίες είναι χρήσιμες στην υποστήριξη της κλινικής διάγνωσης και για τον κλασσικό τύπο της νόσου, αλλά και σε αυτόν χωρίς βλάβες. Είναι σημαντικό να αποκλειστούν διαφοροδιαγνωστικά, με ιστολογική εξέταση, το καρκίνωμα in situ και η φυματιώδης κυστίτιδα.

Πίνακας 4: Ταξινόμηση κατά ESSIC του BPS σύμφωνα με τα αποτελέσματα της κυστεοσκόπησης με υδορδιάταση και τις βιοψίες [11]

ΚΥΣΤΕΟΣΚΟΠΗΣΗ ΜΕ ΥΔΡΟΔΙΑΤΑΣΗ				
	Μη γενόμενη	**Φυσιολογική**	**Πετέχειες**[a]	**Έλκος Hunner**[b]
Βιοψία				
Μη γενόμενη	XX	1X	2X	3X
Φυσιολογική	XA	1A	2A	3A
Μη ολοκληρωμένη	XB	1B	2B	3B
Θετική[c]	XC	1C	1C	3C

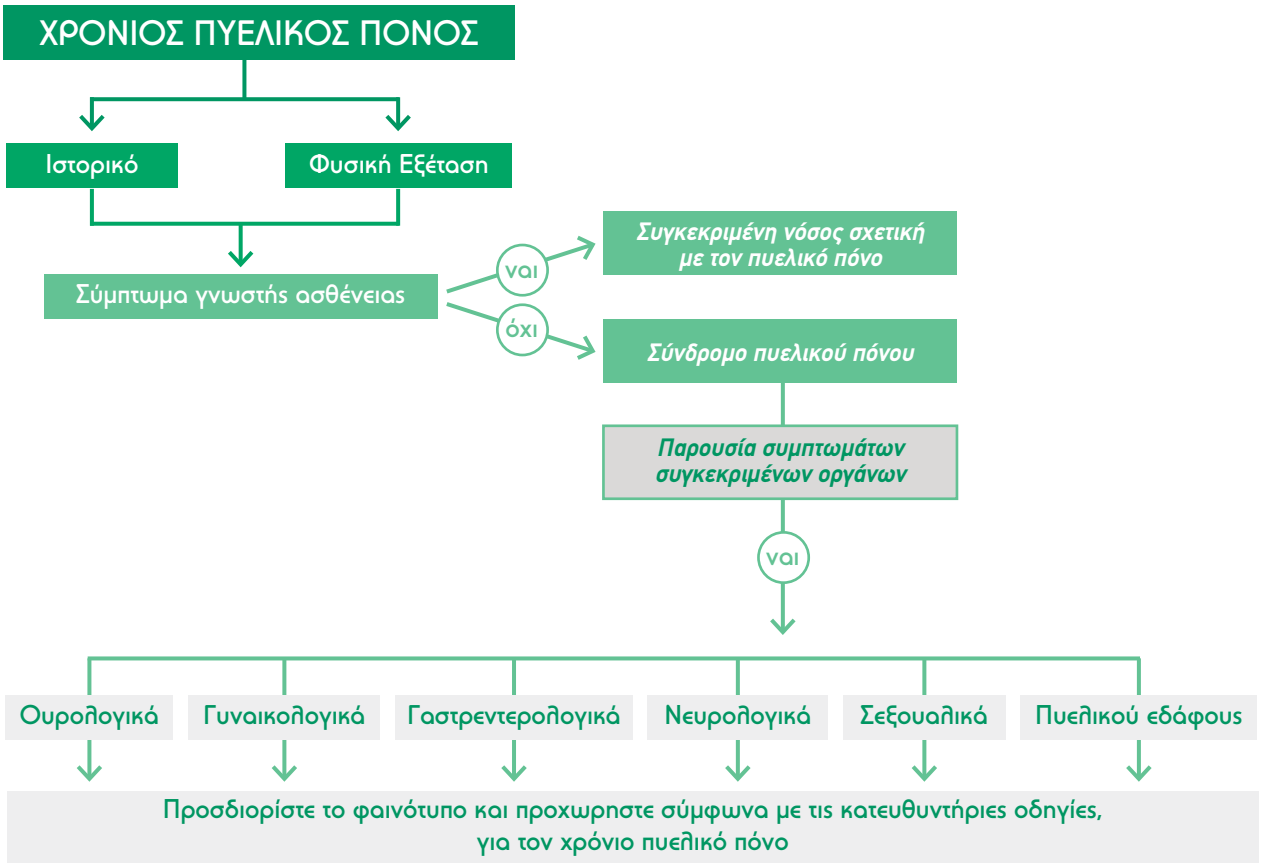
a) Κυστεοσκόπηση: πετέχειες βαθμού 2-3.

b) Βλάβες κατά τον ορισμό του Fall με/ χωρίς πετέχειες.

c) Η ιστολογική εξέταση αναδεικνύει φλεγμονώδεις διηθήσεις ή/ και μαστοκύττωση του εξωστήρα ή/ και κοκκιωματώδη ιστό ή/ και ενδοδεσμιδική ίνωση.

4.3 Διαγνωστικός αλγόριθμος

Διάγραμμα 1: *Η διάγνωση του χρόνιου πυελικού άλγους*



Διάγραμμα 2: *Η ταυτοποίηση του φαινοτύπου στον πυελικό πόνο – η ταξινόμηση UPOINT*

ΦΑΙΝΟΤΥΠΟΣ	→	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
Ουρολογικός	→	Διάγραμμα ούρησης, ημερολόγιο ούρησης, υπερηχογράφημα, ουροομετρία
Ψυχολογικός	→	Άγχος για τον πόνο, κατάθλιψη και απώλεια λειτουργικότηττας, ιστορικό αρνητικών σεξουαλικών εμπειριών.
Συγκεκριμμένων οργάνων	→	Ρωτήστε για γυναικολογικά, γαστρεντερικά, αρθοπρωκτικά, σεξουαλικά προβλήματα. Γυναικολογική, διορθική εξέταση.
Λοίμωξης	→	Καλλιέργεια σπέρματος και ούρων, κολπικό επίχρισμα, καλλιέργεια κοπράνων.
Νευρολογικός	→	Ρωτήστε για νευρολογικά προβλήματα (ελάττωση αισθητικότητας, δυσαισθησία). Νευρολογικός έλεγχος κατά τη φυσική εξέταση: προβλήματα αισθητικότητας, ιερά αντανακλαστικά και μυϊκή λειουργία.
Μυϊκής ευαισθησίας	→	Ψηλάφηση των μυών του πυελικού εδάφους, των κοιλιακών μυών και των γλουτιαίων.

4.4 Άλλες επώδυνες καταστάσεις χωρίς ουρολογική αιτία

Δυσμηνόρροια

Ο καταμήνιος πόνος ή «δυσμηνόρροια» μπορεί να είναι πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής. Η πρωτοπαθής δυσμηνόρροια κλασσικά ξεκινά στην έναρξη του καταμήνιου κύκλου ωοθηλακιορηξίας και τελειώνει μετά τη γέννηση ενός παιδιού. Η δευτεροπαθής δυσμηνόρροια υποδηλώνει την ανάπτυξη παθολογικής κατάστασης, όπως η ενδομητρίωση, η αδενομύωση ή η πυελική λοίμωξη, τα οποία και πρέπει να αποκλειστούν.

Λοιμωξη

Στις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, το ιστορικό πυελικής φλεγμονώδους νόσου (PDI) πρέπει να αποκλειστεί. Το σεξουαλικό ιστορικό πρέπει να λαμβάνεται, παράλληλα με επιχρίσματα, ώστε 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/ κολπικό/ αιδοιικό 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.

Ενδομητρίωση και αδενομύωση

Η επίπτωση της ενδομητρίωσης αυξάνεται στον αναπτυγμένο κόσμο. Η ακριβής αιτιολογία είναι άγνωστη, αλλά μια συσχέτιση με την ατοκία είναι αρκετά κατανοητή. Η διάγνωση τίθεται συνήθως, όταν υπάρχει ιστορικό δευτεροπαθούς δυσμηνόρροιας ή/ και δυσπαρεύνειας. Στην κλινική εξέταση, υπάρχει συχνά ευαισθησία στα πλάγια κολπικά τοιχώματα, μειωμένη κινητικότητα της μήτρας, ευαισθησία στο ορθοκολπικό διάφραγμα και κάποιες φορές, εξαρτηματικές μάζες. Η λαπαροσκόπηση είναι το πιο χρήσιμο διαγνωστικό εργαλείο.

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

Γυναικολογική κακοήθεια

Η επέκταση της γυναικολογικής κακοήθειας από τον τράχηλο, το σώμα της μήτρας ή τις ωοθήκες θα προκαλέσει πυελικό πόνο, που εξαρτάται από την εντόπιση της επέκτασης.

Τραυματισμοί σχετιζόμενοι με τη γέννηση

Το τραύμα που συμβαίνει κατά τη διαδικασία της γέννησης μπορεί να οδηγήσει σε CPP σχετικό με την εντόπιση του τραυματισμού. Η γυναικεία σεξουαλική δυσλειτουργία είναι, ίσως, το συχνότερα εμφανιζόμενο πρόβλημα. Υπάρχει συχνά ένα παροδικό πρόβλημα με την ανεπάρκεια των οιστρογόνων στην περίοδο μετά τον τοκετό και κατά το θηλασμό, τα οποία ίσως να επιβαρύνουν την κατάσταση. Η απονεύρωση του πυελικού εδάφους μαζί με την επανανεύρωση μπορούν να οδηγήσουν στη δυσλειτουργία και τον πόνο.

Ο πόνος που σχετίζεται με πρόπτωση πυελικού οργάνου και χειρουργείου πρόπτωσης

Η πρόπτωση πυελικού οργάνου είναι συχνά ασυμπτωματική, εκτός αν είναι τόσο σημαντική που να προκαλεί οπίσθια τάση, κολπικό 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 επιφέρει τη χρήση μη απορροφήσιμου πλέγματος (συνήθως με τη μορφή των «mesh kits»). Αν και μάλλον έχουν ένα ρόλο στην υποστήριξη του κόλπου, σχετίζονται με διάφορες επιπλοκές περιλαμβάνοντας κυστικό, εντερικό και κολπικό τραυματισμό. Σε μια υποομάδα με τέτοιους ασθενείς, ο χρόνιος πόνος μπορεί να επακολουθήσει, γιατί η εισαγωγή του πλέγματος 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.

Αιμορροΐδες

Το χρόνιο πυελικό άλγος είναι σπάνιο στην αιμορροϊδοπάθεια, αφού η ενδοσκοπική και χειρουργική θεραπεία είναι πολύ αποτελεσματικές στην οξεία φάση. Η πιο συχνή αιτιολογία του πυελικού πόνου χωρίς αιμορραγία είναι οι θρομβωμένες εξωτερικές αιμορροΐδες ή η ραγάδα πρωκτού. Ο αιμορροϊδικός πόνος κατά την αφόδευση σχετίζεται με την αιμορραγία και συχνά οφείλεται σε πρόπτωση ή εξέλκωση των εσωτερικών αιμορροΐδων. Η αναιμία από αιμορροϊδική αιμορραγία είναι σπάνια, αλλά μπορεί να προκύψει σε ασθενείς υπό αντιπηκτική αγωγή ή εκείνους με διαταραχές πήξης.

Ραγάδα πρωκτού

Οι ραγάδες του πρωκτού είναι σχισμές στον άπω πρωκτικό σωλήνα και προκαλούν πόνο κατά τη διάρκεια και μετά την αφόδευση. Ο πόνος μπορεί να διαρκεί για λίγα λεπτά έως ώρες. Η επιμονή των συμπτωμάτων πέρα των 6 εβδομάδων ή εμφανείς εγκάρσιες ίνες του πρωκτικού σφιγκτήρα προσδιορίζουν τη χρονιότητα. Οι ραγάδες, που εντοπίζονται πέραν της μέσης γραμμής, συχνά σχετίζονται με ειδικές ασθένειες, όπως η νόσος του Crohn ή ο πρωκτικός καρκίνος. Οι σπασμοί του έσω πρωκτικού σφιγκτήρα και η ισχαιμία σχετίζονται με χρόνιες ραγάδες.

Πρωκτίτιδα

Ο κοιλιακός και ο πρωκτικός πόνος σε ασθενείς με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου και πρωκτίτιδα είναι συχνά δύσκολο να ερμηνευτεί. Η καλπροτεκτίνη των κοπράνων μπορεί να βοηθήσει στη διαφορική διάγνωση μεταξύ φλεγμονώδους και λειτουργικού πόνου, ώστε να αποφευχθούν τα στεροειδή.

Σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου

Αν και το IBS μπορεί να σχετίζεται με τον πυελικό πόνο, οι συγγραφείς αυτών των οδηγιών θεωρούν, ότι μια πλήρης ανάπτυξη αυτού του θέματος, είναι πέραν του σκοπού αυτών των guidelines. Ένας αριθμός κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών υψηλής ποιότητας αφορούν αυτό το ζήτημα.

4.5 Περίληψη των ενδείξεων και συστάσεων: διαγνωστική εκτίμηση

4.5.1 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ PPS

Περίληψη των ενδείξεων	LE
Το PPS σχετίζεται με αρνητικές γνωσιακές, συμπεριφορικές, σεξουαλικές ή συναισθηματικές συνέπειες, καθώς και με συμπτώματα, που υπαινίσσονται σεξουαλική δυσλειτουργία ή δυσλειτουργία του κατώτερου ουροποιητικού.	2b
Το PPS δεν έχει μοναδική γνωστή αιτιολογία.	3
Ο πόνος στο PPS περιλαμβάνει μηχανισμούς νευροπλαστικότητας και νευροπαθητικού πόνου.	2a
Το PPS έχει σημαντική επίδραση στην ποιότητα ζωής.	2b
Η κατάθλιψη και η καταστροφική σκέψη σχετίζονται με περισσότερο πόνο και φτωχότερη προσαρμογή.	3
Η κυριαρχία των συμπτωμάτων τύπου PPS είναι υψηλή σε πληθυσμιακές μελέτες (>2%).	2b
Υπάρχουν αξιόπιστα εργαλεία για την αξιολόγηση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων και των φαινοτυπικών διαφορών.	2b

Συστάσεις	GR
Προσαρμόστε τις διαγνωστικές διαδικασίες στον ασθενή. Ειδικές ασθένειες με παρόμοια συμπτώματα πρέπει να αποκλειστούν.	A
Χρησιμοποιείστε ένα έγκυρο βαθμολογητή συμπτωμάτων και ποιότητας ζωής, όπως το NIH-CPSI, για την αρχική εκτίμηση και την παρακολούθηση.	B
Εκτιμήστε ότι το σύνδρομο προστατικού πόνου σχετίζεται με αρνητικές γνωσιακές, συμπεριφορικές, σεξουαλικές ή συναισθηματικές συνέπειες, καθώς και με συμπτώματα, που υπαινίσσονται σεξουαλική δυσλειτουργία ή δυσλειτουργία του κατώτερου ουροποιητικού.	B

4.5.2 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ BPS

Περίληψη των ενδείξεων	LE
Το BPS δεν έχει μια και μοναδική γνωστή αιτιολογία.	3
Ο πόνος στο BPS δε σχετίζεται με τα κυστεοσκοπικά και ιστοπαθολογικά ευρήματα.	2a
Το BPS τύπου 3 μπορεί να διαγνωστεί, μόνο με κυστεοσκόπηση και ιστοπαθολογική εξέταση.	2a
Οι αναλογίες της νόσου με ή χωρίς βλάβες ποικίλουν σημαντικά μεταξύ των μελετών.	2a
Η κυριαρχία των συμπτωμάτων τύπου BPS είναι υψηλή σε πληθυσμιακές μελέτες.	2a
Το BPS συμβαίνει σε υψηλότερα ποσοστά, από ό,τι τα υπόλοιπα σύνδρομα του πόνου.	2a
Το BPS έχει αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής.	2a
Υπάρχουν αξιόπιστα εργαλεία για την εκτίμηση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων, καθώς και των φαινοτυπικών διαταραχών.	2a

Συστάσεις	GR
Οι ασθενείς με κυστικό πόνο, θα πρέπει να υποβληθούν σε άκαμπτη κυστεοσκόπηση υπό αναισθησία, σύμφωνα με τα ESSIC guidelines.	A
Μετά τον πρώιμο αποκλεισμό των ειδικών νόσων, οι ασθενείς με συμπτώματα σύμφωνα με τον παραπάνω ορισμό θα πρέπει να διαγνωστούν με BPS, ανάλογα με τον υπότυπο και φαινότυπο.	A
Εκτιμήστε τις κυστικές νόσους, που δε σχετίζονται με το BPS συστηματικά.	A
Εκτιμήστε τις αρνητικές γνωσιακές, συμπεριφορικές, σεξουαλικές ή συναισθηματικές διαταραχές, που σχετίζονται με το BPS.	A
Χρησιμοποιείστε ένα έγκυρο βαθμολογητή των συμπτωμάτων και της ποιότητας ζωής για την αρχική εκτίμηση και την παρακολούθηση.	B

BPS = Bladder pain syndrome

4.5.3 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΠΟΝΟΥ ΤΟΥ ΟΣΧΕΟΥ

Περίληψη των ενδείξεων	LE
Τα νεύρα του σπερματικού τόνου παίζουν σημαντικό ρόλο στον ορχικό πόνο.	2b
Το υπερηχογράφημα των περιεχομένων του οσχέου δε βοηθά στη διάγνωση ή τη θεραπεία του ορχικού πόνου.	2b
Ο πόνος μετά βαζεκτομή εμφανίζεται σε σημαντικό αριθμό ανδρών, υποβάλλονται στην επέμβαση.	2b
Ο ορχικός πόνος παρατηρείται περισσότερο μετά από λαπαροσκοπική παρά μετά από ανοιχτή αποκατάσταση βουβωνοκήλης.	1b

4.5.4 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΟΥΡΗΘΡΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ

Περίληψη των ενδείξεων	LE
Το σύνδρομο του ουρηθρικού πόνου μπορεί να είναι μέρος του BPS.	2a
Ο ουρηθρικός πόνος εμπλέκει μηχανισμούς νευροπλαστικότητας και νευροπαθητικού πόνου.	2b

4.5.5 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΥΕΛΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ

Περίληψη των ενδείξεων	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	GR
Όλες οι γυναίκες με πυελικό πόνο πρέπει να εκτιμώνται πλήρως γυναικολογικά με ιστορικό και εξέταση, συμπεριλαμβανομένης και της λαπαροσκόπησης, ώστε να αποκλειστεί κάποια άλλη θεραπεύσιμη αιτία (πχ. ενδομητρίωση)	A

4.5.6 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΟΡΘΟΠΡΩΚΤΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ

Περίληψη των ενδείξεων	LE
Η ευαισθησία κατά την έλξη είναι το κύριο διαγνωστικό κριτήριο για το σύνδρομο χρόνιου πρωκτικού πόνου.	1a

Συστάσεις	GR
Η δοκιμασία λειτουργικότητας συστήνεται για ασθενείς με ορθοπρωκτικό πόνο.	A

4.5.7 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΑΙΔΟΙΙΚΗΣ ΝΕΥΡΑΛΓΙΑΣ

Περίληψη των ενδείξεων	LE
Πολλαπλές αισθητικές και λειτουργικές διαταραχές στην περιοχή του πυελικού/ ουρογεννητικού συστήματος μπορεί να συμβούν, ως αποτέλεσμα τραυματισμού ενός οι πολλών από τα πολλά νεύρα. Η ανατομία είναι περίπλοκη.	2
Δεν υπάρχει μοναδική αιτία για την καταστροφή των νεύρων και τα συμπτώματα και σημεία μπορούν να είναι λίγα ή πολλαπλά.	1
Η διερεύνηση είναι συχνά φυσιολογική.	2
Τα σύνδρομα περιφερικού νευρικού πόνου σχετίζονται συχνά με αρνητικές γνωσιακές, συμπεριφορικές, σεξουαλικές ή συναισθηματικές διαταραχές.	1

Συστάσεις	GR
Αποκλείστε ασθένειες, που προκαλούν σύγχιση στη διάγνωση.	A
Αν υποψιάζεστε σύνδρομο περιφερικού νευρικού πόνου, χρειάζεται άμεση αναφορά σε ειδικό στον τομέα αυτό, δουλεύοντας σε διεπιστημονικό ομαδικό περιβάλλον.	B
Η απεικόνιση και η νευροφυσιολογία βοηθούν στη διάγνωση, όμως η αναισθητική ένεση με τη βοήθεια απεικονιστικού και νευρικού τοποθετητή είναι προτιμητέα.	B

4.5.8 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ ΣΤΟ CPP

Περίληψη των ενδείξεων	LE
Ο χρόνιος πυελικός πόνος μπορεί να οδηγήσει σε άρνηση για σεξουαλική δραστηριότητα και μείωση της ικανοποίησης της σχέσης.	2a
Οι ασθενείς, που ανέφεραν να έχουν σεξουαλική, φυσική ή συναισθηματική κακομεταχείριση, εμφανίζουν υψηλά ποσοστά συμπτώματων του PPS.	2b
Οι σεξουαλικές διαταραχές είναι κυρίαρχες σε ασθενείς με PPS.	2b
Σε άνδρες με PPS, τα κυρίαρχα σεξουαλικά παράπονα είναι η στυτική και εκσπερματική δυσλειτουργία.	3
Σε γυναίκες με CPPS όλες οι σεξουαλικές λειτουργίες είναι μειωμένες. Οι πιο συχνά αναφερόμενες δυσλειτουργίες είναι η σεξουαλική αποφυγή, η δυσπαρεύνια και ο «vaginismus».	2a
Το σύνδρομο πόνου του αιδοίου σχετίζεται με το BPS.	3
Οι γυναίκες με BPS υποφέρουν περισσότερο από το φόβο του πόνου, της δυσπαρεύνιας και της μειωμένης επιθυμίας.	2a
Η λειτουργία των μυών του πυελικού εδάφους εμπλέκεται στις φάσεις της έξαψης και του οργασμού στη σεξουαλική απάντηση.	3
Ο χρόνιος πόνος μπορεί να προκαλέσει διαταραχές σε κάθε φάση του κύκλου της σεξουαλικής απάντησης.	2b

Συστάσεις	GR
Οι ασθενείς, που εμφανίζονται με συμπτώματα ύποπτα για σύνδρομο χρόνιου πυελικού πόνου, θα πρέπει να διερευνώνται για κακομεταχείριση, ακόμη και χωρίς αυτή να υπαινίσσεται τη σχέση του αιτίου του πόνου	B
Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο θα πρέπει να εφαρμόζεται στην εκτίμηση της επίδρασης του χρόνιου πυελικού πόνου στη σεξουαλική λειτουργία του ασθενή.	B
Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο θα πρέπει να ενσωματώνεται στη διερεύνηση του ρόλου του χρόνιου πυελικού πόνου στη σεξουαλική διαταραχή.	B

4.5.9 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΘΕΩΡΙΩΝ ΤΟΥ CPP

Περίληψη των ενδείξεων	LE
Δεν υπάρχει ένδειξη ότι η θλίψη προκαλεί παράπονα για πυελικό πόνο ή ότι τα πολλαπλά συμπτώματα υπαινίσσονται αβασιμότητα του πόνου.	2b
Η τρέχουσα ή η πρόσφατη σεξουαλική κακομεταχείριση είναι παράγοντες που συμβάλλουν στο χρόνιο πυελικό πόνο.	2a

Συστάσεις	GR
Η ψυχολογική θλίψη είναι συχνή στον πυελικό πόνο των γυναικών, αλλά θα πρέπει να ερμηνεύεται στο πλαίσιο του πόνου.	A
Ρωτήστε τους ασθενείς, τι πιστεύουν ότι προκαλεί τον πόνο τους, ώστε να τους δίνεται η ευκαιρία για πληροφόρηση και επιβεβαίωση, όπως απαιτείται.	B

4.5.10 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΠΥΕΛΙΚΟΥ ΕΔΑΦΟΥΣ

Περίληψη των ενδείξεων	LE
Η ταξινόμηση της ICS είναι κατάλληλη για την κλινική πράξη.	2a
Η υπερδραστηριότητα των μυών του πυελικού εδάφους σχετίζεται με τον χρόνιο πυελικό πόνο, τον προστατικό, κυστικό και αιδοιικό πόνο.	2a
Η υπερδραστηριότητα των μυών του πυελικού εδάφους είναι μια εισαγωγή στο κεντρικό νευρικό σύστημα, προκαλώντας κεντρική ευπάθεια.	2b
Δεν υπάρχει αποδεκτή σταθερά για τη διάγνωση των εκλυτικών σημείων πονου της μυϊκής περιτονίας.	2a
Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της εντόπισης του εκλυτικού σημείου και της περιοχής, όπου ο πόνος γίνεται αντιληπτός.	3

Συστάσεις	GR
Χρησιμοποιείστε την ταξινόμηση της ICS για τη λειτουργία και τη δυσλειτουργία του πυελικού εδάφους.	A
Στους ασθενείς με σύνδρομο χρόνιου πυελικού πόνου συστήνεται η ενεργός παρακολούθηση της παρουσίας εκλυτικών σημείων πόνου της μυϊκής περιτονίας.	B

Χρόνιο πυελικό άλγος

Αντιμετώπιση, Αξιολόγηση της θεραπείας

Επιμέλεια μετάφρασης: Κ. ΣΚΡΙΑΠΑΣ - Ζ. ΚΡΑΤΗΡΑΣ

5 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Αντιμετώπιση

Η φιλοσοφία της αντιμετώπισης του χρόνιου πυελικού άλγους στηρίζεται σε ένα βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο. Αποτελεί μια ολιστική προσέγγιση όπου ο ασθενής συμμετέχει ενεργά. Οι μεμονωμένες παρεμβάσεις σπάνια φέρουν αποτέλεσμα και χρειάζεται να εντάσσονται σε μια ευρύτερη εξατομικευμένη θεραπευτική στρατηγική.
Η αντιμετώπιση μπορεί να περιλαμβάνει και στοιχειά αυτοδιαχείρισης. Οι παρεμβάσεις, φαρμακολογικές και μη, θα πρέπει να γίνονται με πλήρη κατανόηση των πιθανών αποτελεσμάτων και των καταληκτικών σημείων. Σε αυτές μπορεί να περιλαμβάνονται: ψυχολογικές, φυσιοθεραπευτικές, φαρμακευτικές και επεμβατικές παρεμβάσεις.

Φιλοσοφία της Θεραπείας

Η παροχή εξατομικευμένων πληροφοριών περί του προβλήματος και η επίδειξη ενεργού ενδιαφέροντος είναι ένας τρόπος κατευνασμού της ανησυχίας των ασθενών. Η παροχή επιπλέον γραπτών πληροφοριών και η παραπομπή σε αξιόπιστες πηγές είναι χρήσιμη. Οι θεραπευτές συχνά στηρίζονται σε τοπικώς παραγόμενα υλικά ή φαρμακευτικά προϊόντα αμφιβόλου ποιότητας, υποστηρίζοντας ταυτόχρονα την ανάγκη υπάρξεως ανεξάρτητων υλικών για τους ασθενείς.

5.1 Συντηρητική αντιμετώπιση

5.1.1 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΠΕΡΙ ΑΛΓΟΥΣ

Είναι χρήσιμο η αντιμετώπιση να περιλαμβάνει και εκπαίδευση σχετικά με τις αιτίες του άλγους. Σημαντική είναι και η εκμαίευση από τους ασθενείς πιθανής ανησυχίας περί μη διαγνωσμένης υποκείμενης παθολογίας. Η επαρκής πληροφόρηση βελτιώνει την συμμόρφωση των ασθενών στην θεραπεία και υποστηρίζει την αυτοδιαχείριση, γεγονός το οποίο έχει καταδειχτεί σε πολλές άλλες διαταραχές, επώδυνες ή μη, αλλά όχι στο πυελικό/κοιλιακό άλγος.

5.1.2 ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο φυσιοθεραπευτής αποτελεί μέλος της θεραπευτικής ομάδας, μαζί με τον γιατρό και τον ψυχολόγο. Οι θεραπευτικές επιλογές των φυσιοθεραπευτών μπορεί να διαφέρουν από χώρα σε χώρα. Οι φυσιοθεραπευτές μπορούν είτε να θεραπεύσουν άμεσα την παθολογία των μυών του πυελικού εδάφους είτε να αντιμετωπίσουν γενικά τον μυοπεριτονιακό πόνο, εφόσον αυτός αποτελεί μέρος του χρόνιου πυελικού άλγους. Στις περισσότερες μελέτες που αναζήτησαν την επίδραση της φυσιοθεραπείας στο πυελικό άλγος, αυτή αποτελούσε μέρος μόνο της συνολικής θεραπείας. Σε μια ανασκόπηση σε γυναίκες με πυελικό άλγος, οι συγγραφείς κατέληξαν ότι η σύσταση για φυσιοθεραπεία θα πρέπει να γίνεται με προσοχή. Συμπεριλήφθηκαν 6 τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές, οι τρεις εκ των οποίων παρείχαν αποτελέσματα με επίπεδο απόδειξης 1b και μικρό κίνδυνο συστηματικού σφάλματος. Μια εκ των τριών έδειξε ότι η σωματοπνευματική θεραπεία Mensendleck οδήγησε σε μείωση του άλγους της τάξεως του 64% μετά από ένα έτος παρακολούθησης. Η προσέγγιση αυτή περιλαμβάνει διαδοχική μυοπεριτονιακή χαλάρωση και τάση, βελτιώνοντας την στάση και την κίνηση του σώματος σε συνδυασμό με την γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία (CBT).

Άλγος μυών πυελικού εδάφους

Η θεραπεία της υπερδραστηριότητας του πυελικού εδάφους και των μυοπεριτονιακών σημείων πυροδότησής θα πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν στην αντιμετώπιση του χρόνιου πυελικού άλγους. Η θεραπεία θα πρέπει να γίνεται από φυσιοθεραπευτές, εξειδικευμένους όχι μόνο στην αντιμετώπιση του μυοσκελετικού άλγους αλλά και στους υποβόσκοντες ψυχολογικούς μηχανισμούς και τον ρόλο του Κ.Ν.Σ. στο χρόνιο άλγος.

Είναι πολύ χρήσιμο οι ασθενείς με χρόνιο πυελικό άλγος και δυσλειτουργία των μυών του πυελικού εδάφους, να γνωρίζουν πώς να χαλαρώνουν τους μύες τους όταν αρχίζει το άλγος. Με αυτόν τον τρόπο θα μπορούσε να διακοπεί ο κύκλος πόνος-σπασμός-πόνος. Στην περίπτωση μυών με μειωμένο μήκος, η χαλάρωση μόνο δεν αρκεί και χρειάζεται και η διάταση τους ώστε να αποκτήσουν ξανά το μήκος και την λειτουργία τους. Οι μελέτες για τη χρήση της φυσιοθεραπείας στο χρόνιο πυελικό άλγος είναι σποραδικές. Μια τυφλή τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή που διεξήχθη συνέκρινε την μυοπεριτονιακή φυσιοθεραπεία και το μασάζ σε ασθενείς με προστατικό ή κυστικό πόνο. Το ποσοστό ανταπόκρισης στη θεραπεία με μασάζ ήταν σημαντικά μεγαλύτερο στους ασθενείς με προστατικό πόνο (57% vs 21%) σε σχέση με αυτούς με κυστικό. Στην ομάδα των ασθενών με προστατικό πόνο, δεν υπήρξε σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δυο θεραπευτικά σκέλη. Στην ομάδα των ασθενών με κυστικό άλγος, η μυοπεριτοναϊκή φυσιοθεραπεία έχει σημαντικά καλύτερα αποτελέσματα από το μασάζ, ενώ από την άλλη το μασάζ βελτίωσε τα συμπτώματα μόνο των ασθενών με προστατικό άλγος. Τέλος, το γεγονός ότι η ομάδα με προστατικό άλγος αποτελούνταν μόνο από άνδρες αποτελεί έναν πιθανό συγχυτικό παράγοντας της μελέτης.

Απελευθέρωση μυοπεριτονιακών σημείων πυροδοτήσεως του άλγους

Η θεραπεία των μυοπεριτονιακών σημείων πυροδοτήσεως του άλγους μπορεί να γίνει είτε με χειροπρακτική, είτε με βελονισμό με ή χωρίς συμπληρωματική έγχυση ουσιών. Το αποδεικτικό επίπεδο όλων αυτών των θεραπευτικών χειρισμών όμως είναι χαμηλό, με τις περισσότερες μελέτες να μην καταδεικνύουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των τεχνικών, περιλαμβάνοντας μικρούς και ετερογενείς πληθυσμούς. Δεν υπάρχει καμία απόδειξη ότι οι χειροπρακτικές τεχνικές προσφέρουν κάποιο αποτέλεσμα. Διάφορες συστηματικές ανασκοπήσεις έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι παρότι ο βελονισμός επιφέρει ένα κάποιο αποτέλεσμα επί του άλγους, άγνωστο παραμένει εάν είναι αποτελεσματικότερος από τη θεραπεία με το εικονικό φάρμακο. Σε αντίστοιχο συμπέρασμα κατέληξαν και οι ανασκοπήσεις μελετών που συνέκριναν τον απλό βελονισμό και τον βελονισμό με συμπληρωματική έγχυση ουσιών.

Φυσιοθεραπεία σε ασθενείς με σύνδρομο κυστικού άλγους

Η μυϊκή άσκηση μπορεί να είναι ωφέλιμη σε κάποιους ασθενείς με σύνδρομο κυστικού άλγους. Η διακολπική χειροπρακτική θεραπεία των μυών του πυελικού εδάφους (Thiele μασάζ) σε ασθενείς με σύνδρομο κυστικού άλγους και υψηλού τόνου δυσλειτουργία του πυελικού εδάφους, βελτίωσε σημαντικά τις διάφορες κλίμακες εκτίμησης. Ο ρόλος της έγχυσης ουσιών σε συγκεκριμένα σημεία πυροδοτήσεως του ανελκτήρα του ορθού έχει μελετηθεί σε γυναίκες με χρόνιο πυελικό άλγος. Το κάθε σημείο πυροδοτήσεως εντοπίστηκε με ενδοκολπική ψηλάφηση και έγινε έγχυση με Μπουπιβακαϊνη, Λιδοκαΐνη και Τριαμκινολόνη. 72% των γυναικών βελτιώθηκαν με την πρώτη έγχυση, με το 33% να είναι τελείως ελεύθερο πόνου. Η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια της μυοπεριτονιακής φυσιοθεραπείας έχει συγκριθεί με το θεραπευτικό μασάζ σε γυναίκες με σύνδρομο κυστικού άλγους και τα ποσοστά ανταπόκρισης στις δύο θεραπείες ήταν 59% και 26% αντίστοιχα. Ο πόνος, η συχνοουρία, η επιτακτικότατα και ο δείκτης O'Leary-Sant IC μειωθήκαν και στα δυο γκρουπ κατά την παρακολούθηση χωρίς όμως να διαφέρουν σε βαθμό στατιστικά σημαντικό. Αυτό συνιστά ότι η μυοπεριτονιακή φυσιοθεραπεία είναι ωφέλιμη για τις γυναίκες με σύνδρομο κυστικού άλγους.

Σύνδρομο πρωκτικού άλγους

Σε μια πρόσφατα δημοσιευμένη τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή αποδείχθηκε πως η θεραπεία βιοανάδρασης ήταν ανώτερη από την ηλεκτρική διέγερση και το μασάζ στην αντιμετώπιση του συνδρόμου χρόνιου πρωκτικού άλγους. Στην μελέτη συμπεριλήφθηκαν 157 ασθενείς που εμφάνιζαν τουλάχιστον 1 επεισόδιο πρωκτικού άλγους εβδομαδιαίως, αλλά μόνο οι ασθενείς με ευαισθησία ή αίσθημα έλξης του πυελικού εδάφους παρουσίασαν σημαντική βελτίωση από τη θεραπεία. Σε ασθενείς με ευαισθησία του ηβοπρωκτικού μυός (ROME II: Υψηλή πιθανότητα συνδρόμου ανελκτήρα του ορθού) 87% ανέφεραν επαρκή ανακούφιση μετά από 1 μήνα θεραπείας με βιοανάδραση σε αντίθεση με 45% με ηλεκτροδιέγερση και 22% με μασάζ. Αυτά τα αποτελέσματα διατηρήθηκαν για 12 μήνες, με επαρκή ανακούφιση στο 58% του συνόλου των ασθενών μετά από 9 συνεδρίες βιοανάδρασης (ROME II: Υψηλής πιθανότητας συνδρόμου ανελκτήρα του ορθού), στο 27% μετά από ηλεκτρική διέγερση και στο 21% μετά από μασάζ. Όπως προαναφέρθηκε στη δυσενέργεια αφόδευσης, η δυνατότητα αποβολής 1 μπαλονιού με 50ml νερού και χάλασης των μυών του πυελικού εδάφους μετά από θεραπεία βιοανάδρασης ήταν προγνωστικός παράγοντας υπέρ επιτυχούς θεραπευτικού αποτελέσματος. Η παθοφυσιολογία του συνδρόμου χρόνιου πρωκτικού άλγους είναι ως εκ τούτου παρόμοια με αυτή της δυσενέργειας αφόδευσης. Αυτό αναδεικνύει τον ρόλο των μυών του πυελικού εδάφους στην παθοφυσιολογία και των δύο νοσολογικών οντοτήτων. Άλλες θεραπείες παρουσίασαν χαμηλότερα ποσοστά επιτυχίας.

Θεραπεία σεξουαλικής δυσλειτουργίας και χρόνιου πυελικού άλγους

Τα ζευγάρια συχνά ωφελούνται από σεξουαλική συμβουλευτική στα πρώιμα στάδια της θεραπευτικής τους πορείας. Συγκεκριμένες συμπεριφορικές στρατηγικές για γυναίκες που πάσχουν από ουρογεννητικά προβλήματα και σεξουαλική δυσλειτουργία συχνά περιλαμβάνουν διερεύνηση εναλλακτικών τρόπων συνουσίας (π.χ. στοματικό), διαφορετικές στάσεις (π.χ. σε πλάγια θέση) και «σταδιακή» συνουσία, όπως περιορισμένη διείσδυση ώστε να προκαλείται λιγότερο άλγος. Ο προγραμματισμός του χρόνου της συνουσίας είναι σημαντικός και μια επίσκεψη στον ιατρό μετά τη συνουσία μπορεί να φανεί χρήσιμη για την αναγνώριση συγκεκριμένων σημείων και αιτιών μετασυνουσιακού αλγους.

Άλλες συμπεριφορικές αλλαγές περιλαμβάνουν την κένωση της ουροδόχου κύστης προ και μετά τη συνουσία, την εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων στα γεννητικά όργανα ή υπερηβικά και την χρήση αιδοϊϊκών διαστολέων πριν από τη διείσδυση του πέους. Μια ακόμη εναλλακτική είναι η χρήση φυσικών διαστολέων όπως διαφορετικά δάκτυλα ή ερωτικά βοηθήματα. Υποαλλεργικά, μη ερεθιστικά λιπαντικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να μειώσουν την τριβή στο αιδοίο, τον κόλπο και την ουρήθρα. Γυναίκες με αιδοιοκολπική ατροφία μπορεί να επωφεληθούν από ενδοκολπική εφαρμογή κρέμας οιστρογόνων ελάχιστης συστηματικής απορρόφησης. Η φυσιοθεραπεία, η μυοπεριτονιακή απελευθέρωση και το εσωτερικό μασάζ των μυών του πυελικού εδάφους ασθενών με υπερδραστήριο πυελικό έδαφος μπορεί να προσφέρουν ανακούφιση.

Άλλες φυσιοθεραπευτικές επεμβάσεις

Σε μια μικρή διπλή τυφλή ελεγχόμενη με εικονική παρέμβαση έρευνα 4 εβδομάδων, η ηλεκτρομαγνητική θεραπεία επέδειξε ένα σημαντικό αποτέλεσμα στο χρόνιο πυελικό άλγος, παρατεινόμενο μάλιστα και για μια περίοδο ενός έτους. Σε μη ελεγχόμενες μελέτες έχει αναφερθεί σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων από θερμοθεραπεία, όπως για παράδειγμα η διαπρωκτική και η διουρηθρική.

Μια μικρή διπλή τυφλή, ελεγχόμενη με εικονική θεραπεία μελέτη για τη χρήση της περινεϊκής εξωσωματικής θεραπείας με κύματα κρούσης (n=30) τέσσερις φορές εβδομαδιαίως σε άνδρες με σύνδρομο χρόνιου πυελικού άλγους ανέδειξε σημαντική βελτίωση του άλγους, της ποιότητας ζωής και της ούρησης, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (n=30) για ένα διάστημα 12 εβδομάδων. Λόγω της απουσίας του φαινόμενου εικονικού φαρμάκου, το οποίο είναι εξαιρετικά ασυνήθιστο σε μελέτες ασθενών με σύνδρομο προστατικού άλγους, επιβεβαιωτικές μελέτες αναμένονται.

Σε μια μικρή τυχαιοποιημένη δοκιμή με τρία θεραπευτικά σκέλη για το σύνδρομο χρόνιου πυελικού άλγους στους άνδρες, ο ηλεκτρικός βελονισμός ήταν ανώτερος της εικονικής θεραπείας και της συμβουλευτικής με αυτό-εξάσκηση. Σε μια πρόσφατη προοπτική σειρά ασθενών οι οποίοι υποβλήθηκαν σε εβδομαδιαίο ηλεκτροβελονισμό για 6 εβδομάδες, από τους 97 ασθενείς με σύνδρομο προστατικού άλγους το 92% έδειξε σημαντική βελτίωση στο NIH-CPSI σκορ. Βασιζόμενοι σε αυτές τις μελέτες, κανένα οριστικό συμπέρασμα δεν μπορεί να εξαχθεί.

Μια μετρίου μεγέθους ελεγχόμενη με εικονικη θεραπεια μελέτη (n=89) ανέδειξε σημαντική βελτίωση του συνολικού NIH-CPSI σκορ και της οπτικής αναλογικής κλίμακας πόνου σε άνδρες με χρόνια προστατίτιδα/χρόνιο πυελικό άλγος κατηγορίας IIIB. Παρά την δημοφιλία του διαδερμικού ηλεκτρικού νευροερεθισμού (TENS) και του αριθμού των μελετών που έχουν διεξαχθεί, η συστηματική ανασκόπηση δεν κατέδειξε ισχυρές αποδείξεις υπέρ ή κατά της χρήσης του στην διαχείριση του χρόνιου άλγους. Αυστηρές μελέτες πρέπει να διεξαχθούν για να υπάρξει κάποια σαφής απάντηση για μια τόσο συχνά χρησιμοποιούμενη παρέμβαση.

5.1.3 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ-ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι ψυχολογικές παρεμβάσεις μπορούν να έχουν στόχο το άλγος αυτό καθ' εαυτό ή τη ρύθμιση του πως αυτό γίνεται αντιληπτό, μέσω καλύτερης λειτουργίας και θυμικού και μειωμένης ανάγκης θεραπευτικής φροντίδας. Ιδανικά, στο πεδίο του χρόνιου άλγους η αντιμετώπιση οφείλει να ακολουθεί τις γενικές αρχές και πρακτικές, οι οποίες όμως έχουν παραμεληθεί στην αντιμετώπιση του πυελικό άλγος. Μια πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση της βάσης δεδομένων Cochrane και μετά-ανάλυση των μη επεμβατικών θεραπειών του πυελικού άλγους, εξαιρουμένης της ενδομητρίωσης, του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου και της χρόνιας φλεγμονώδους νόσου της πυέλου, ανακάλυψε 5 μελέτες που είχαν ως αντικείμενο την ψυχοθεραπεία, οι οποίες όμως εμφάνιζαν μεγάλη ποικιλομορφία για να αναλυθούν. Παραδόξως, παρουσίασαν βελτίωση του χρόνιου πυελικού άλγους οι μονοθεραπείες όπως η συμβουλευτική συζήτηση για τα αποτελέσματα των υπερήχων και η αποκάλυψη συναισθημάτων, ενώ δεν παρουσίασαν βελτίωση τρεις πολυπαραγοντικές θεραπείες, που περιλάμβαναν και ψυχοθεραπεία. Η ανακούφιση του άλγους στο 50% των ασθενών περίπου, είναι συγκρίσιμη με αυτή της φαρμακευτικής αγωγής, χωρίς όμως να υπάρχει επαρκής παρακολούθηση. Μόνο 2 από αυτές τις 5 τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές εκτίμησαν τη βελτίωση του θυμικού και δεν ανέδειξαν υπεροχή της ψυχοθεραπείας και της φυσιοθεραπείας σε σχέση με τη γυναικολογική συμβουλευτική. Η σημασία της διεπιστημονικής θεραπείας έχει τονιστεί από διάφορες ανασκοπήσεις όπου έχει υπογραμμιστεί ταυτόχρονα η ανάγκη ύπαρξης υψηλής ποιότητας ψυχολογικής υποστήριξης-θεραπείας. Στους λιγότερο δυστυχείς και καταθλιπτικούς ασθενείς αυτό μπορεί να επιτευχθεί εν μέρει και μέσω του διαδικτύου. Διάφορες άλλες ανασκοπήσεις παρουσιάζουν θετικά σχόλια για την ψυχολογική εμπλοκή και συνιστούν την αντιμετώπιση των ψυχολογικών ανησυχιών εξ αρχής, στοχεύοντας είτε στο άλγος αυτό καθ' εαυτό έχοντας ως προσδοκώμενο αποτέλεσμα τη μείωση του αντίκτυπου του στην καθημερινή ζωή, είτε στη ρύθμιση του πως αυτό γίνεται αντιληπτό, μέσω καλύτερης λειτουργίας και θυμικού και μειωμένης ανάγκης θεραπευτικής φροντίδας με ή χωρίς μείωση του άλγους.

5.1.4 ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Τα επιστημονικά στοιχεία είναι περιορισμένα και μόνον οι διαιτητικοί περιορισμοί δεν προσφέρουν σημαντική ανακούφιση από τα συμπτώματα. Παρόλα αυτά το ενδεχόμενο συμμετοχής ενός διαιτολόγου μπορεί να εξεταστεί.

5.2 Φαρμακευτική Αντιμετώπιση

5.2.1 ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΥΕΛΙΚΟΥ ΑΛΓΟΥΣ

Σε αυτό το τμήμα των οδηγιών παρατίθενται οι διαθέσιμες αποδείξεις για συγκεκριμένα σύνδρομα χρόνιου πυελικού άλγους. Όπου δεν υπάρχουν διαθέσιμες αποδείξεις ο αναγνώστης παραπέμπεται στο εδάφιο με τα αναλγητικά (5.2.3) όπου συζητείται η γενική χρήση τους. Υπάρχει μεγάλη ασυμφωνία μεταξύ των δημοσιευμένων αποτελεσμάτων, είτε από σειρές περιστατικών είτε από ελεγχόμενες κλινικές μελέτες, εξαιτίας του φαινόμενου εικονικού φαρμάκου και των συστηματικών σφαλμάτων δημοσίευσης. Ως αποτέλεσμα της πολυπαραγοντικής αιτιολογίας του συνδρόμου προστατικού άλγους, η ετερογένεια του πληθυσμού των ασθενών που συμπεριλήφθηκαν σε κάποιες μεγάλες τυχαιοποιημένες κλινικές δόκιμες με εικονικό φάρμακο μπορεί να είναι ένας πιθανός λόγος αποτυχίας της θεραπείας. Μια καλή στρατηγική για την βελτίωση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων θα ήταν η διαστρωμάτωση των ασθενών ανάλογα με τον κλινικό φαινότυπο τους. Μια προοπτική σειρά ασθενών με σύνδρομο προστατικού άλγους, όπου χορηγήθηκε στοχευμένη αγωγή με βάση τον φαινότυπο αυτών, κατέδειξε σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων και της ποιότητας ζωής. Οι μονοθεραπείες στο σύνδρομο προστατικού άλγους μπορεί να αποτύχουν, ως εκ τούτου,

οι περισσότεροι ασθενείς χρειάζονται πολυπαραγοντική θεραπεία η οποία να στοχεύει στα κύρια συμπτώματα λαμβάνοντας υπ' όψιν την συνοσηρότητα. Τα αποτελέσματα των διαφόρων τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών την τελευταία δεκαετία, οδήγησαν στην εξέλιξη των κλασσικών αλλά και νέων θεραπευτικών επιλογών.

5.2.1.1 Μηχανισμοί Δράσης

Οι μηχανισμοί δράσεως του κάθε φαρμάκου αναπτύσσονται κάτωθεν, στα αντίστοιχα εδάφια.

5.2.1.2 Σύγκριση των διαφόρων φαρμακευτικών παραγόντων που χρησιμοποιούνται στα σύνδρομα πυελικού άλγους

▶ Σύνδρομο προστατικού άλγους (PPS)

Αντιφλεγμονώδη φάρμακα

Σε μια μελέτη όπου χρησιμοποιήθηκε η σελεκοξίμπη (celecoxib), αναφέρθηκε βελτίωση στα επιμέρους σκόρ του πόνου και της ποιότητας ζωής αλλά και του συνολικού NIH-CPSI σκορ των ασθενών που έλαβαν την ουσία σε σύγκριση με αυτούς που έλαβαν το εικονικό φάρμακο, αλλά τα αποτελέσματα αυτά περιορίστηκαν χρονικά μόνο όσο διήρκησε η θεραπεία. Σε μια πρόσφατη μετανάλυση, 2 μελέτες με χρήση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων και μια με χρήση πρεδνιζόνης ομαδοποιήθηκαν. Τα αντιφλεγμονώδη ήταν 80% πιθανότερο να εμφανίσουν θετική ανταπόκριση σε σχέση με το εικονικό φάρμακο. Μια ανανεωμένη μετανάλυση που θα περιλάμβανε και έμμεσα στατιστικά στοιχεία, με πιο αυστηρά κριτήρια επιλογής ως προς τα καταληκτικά σημεία αλλά με ευρύτερο φάσμα σκευασμάτων, θα μπορούσε να αναδείξει μια σημαντική επίδραση της θεραπείας και στο NIH-CPSI σκορ αλλά και στα ποσοστά ανταπόκρισης σε αυτήν. Συνολικώς, ένα μέτριο θεραπευτικό αποτέλεσμα έχει αναδειχθεί με τη χρήση αντιφλεγμονωδών, αλλά μεγαλύτερες μελέτες χρειάζονται προς επιβεβαίωση αυτού, λαμβάνοντας υπ΄ όψιν και τις μακροχρόνιες παρενέργειες της αγωγής.

α-αδρενεργικοί αποκλειστές

Τα θετικά αποτελέσματα που ανέδειξαν οι τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές για τη χρήση των α-αδρενεργικών αποκλειστών, όπως η τεραζοσίνη, η αλφουζοσίνη, η δοξαζοσίνη, η ταμσουλοσίνη και η σιλοδοσίνη, οδήγησαν στην ευρύτατη χρήση των φαρμάκων αυτών στη θεραπεία του συνδρόμου προστατικού άλγους τα τελευταία χρόνια. Η πλέον πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση και μετανάλυση κατέδειξε σημαντική βελτίωση του συνόλου των συμπτωμάτων, αλλά και των επιμέρους σκορ άλγους, ούρησης και ποιότητας ζωής με τη χρήση των α-αποκλειστών. Επιπρόσθετα, εμφάνισαν υψηλότερο ποσοστό θετικής ανταπόκρισης σε σχέση με το εικονικό φάρμακο [σχετικός κίνδυνος (RR): 1,4; 95% διαστήματα αξιοπιστίας (confidence interval-CI) 1,1-1,8, P=0.013]. Παρόλα αυτά, η πραγματική ανταπόκριση στη θεραπεία μπορεί να είναι χαμηλότερη από την προσδοκώμενη βάση της παρατηρούμενης μεταβολής στα σκορ των ερωτηματολογίων. Συνολικά, οι α - αποκλειστές φαίνεται να εμφανίζουν μέτρια αλλά ευεργετικά αποτελέσματα. Αυτό πιθανότατα όμως δεν ισχύει στους χρονίως πάσχοντες από σύνδρομο προστατικού άλγους. Μελλοντικές μελέτες θα καταδείξουν εάν η μεγαλύτερη σε διάρκεια ή η στοχευόμενη βάση φαινοτυπικών χαρακτηριστικών θεραπεία θα βελτιώσουν τα θεραπευτικά αποτελέσματα.

Αντιβιοτικά

Η εμπειρική αντιβιοτική αγωγή χρησιμοποιείται ευρύτατα επειδή κάποιοι ασθενείς βελτιώθηκαν με αυτήν. Οι ασθενείς που ανταποκρίθηκαν στη χορήγηση αντιβιοτικών θα πρέπει να συνεχίσουν την αγωγή για 4-6 εβδομάδες η ακόμη και περισσότερο. Δυστυχώς, η καλλιέργεια, τα πυοσφαίρια και τα αντισώματα των προστατικών δειγμάτων δε μπορούν να προβλέψουν την ανταπόκριση στα αντιβιοτικά των ασθενών με σύνδρομο προστατικού άλγους, ενώ οι καλλιέργειες του προστατικού βιοπτικού υλικού των ασθενών αυτών δε διέφεραν από τις αντίστοιχες των υγιών μαρτύρων. Στις μόνες τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο ικανοποιητικής ποιότητας για τη χρήση από του στόματος αντιβιοτικών που διεξήχθησαν, χρησιμοποιήθηκε η σιπροφλοξασίνη (για 6 εβδομάδες), η λεβοφλοξασίνη (6 εβδομάδες) και η τετρακυκλίνη (12 εβδομάδες). Οι 3 αυτές μελέτες συμπεριλήφθησαν σε πρόσφατα δημοσιευμένες μεταναλύσεις. Παρόλο που η άμεση μετανάλυση δεν κατέδειξε σημαντικές διαφορές στα μετρούμενα αποτελέσματα, η μετανάλυση με χρήση έμμεσων στατιστικών δεδομένων (network metanalysis) υποδήλωσε τη σημαντική επίδραση της αντιβιοτικής αγωγής στην μείωση του σκορ στα ερωτηματολόγια συμπτωμάτων, πόνου, ούρησης και ποιότητας ζωής σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο. Η συνδυαστική θεραπεία με αντιβιοτικά και α-αποκλειστές κατέδειξε ακόμη καλυτέρα αποτελέσματα στις network μεταναλύσεις. Παρόλη τη σημαντική βελτίωση του σκορ στα διάφορα ερωτηματολόγια, η αντιβιοτική αγωγή δεν οδήγησε σε σημαντικά αυξημένα ποσοστά ανταπόκρισης στη θεραπεία. Επιπρόσθετα, οι πληθυσμοί των μελετών ήταν σχετικά μικροί και τα θεραπευτικά αποτελέσματα δεν έφτασαν το όριο της στατιστικής σημαντικότητας. Θα μπορούσαμε να υποθέσουμε ότι οι ασθενείς, οι οποίοι επωφεληθήκαν από τα αντιβιοτικά είχαν πιθανώς κάποια μη αναγνωρισμένα ουροπαθογόνα. Εάν και εφόσον τα αντιβιοτικά χρησιμοποιηθούν ως θεραπευτικό μέσο, οι λοιπές θεραπευτικές επιλογές θα πρέπει να προσφερθούν μετά από έναν αποτυχημένο κύκλο θεραπείας με κινολόνη ή τετρακυκλίνη, διάρκειας μεγαλύτερης των 6 εβδομάδων.

Αναστολείς της 5-αλφα-ρεδουκτάσης

Παρότι κάποιες μικρές πιλοτικές μελέτες υποστήριξαν την άποψη ότι η φιναστερίδη μπορεί να βελτιώσει την ούρηση και το άλγος, η πρώτη τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή που δημοσιεύτηκε σε επιστημονικό περιοδικό δεν κατέληξε σε αντίστοιχα αποτελέσματα, χωρίς όμως να έχει επαρκή στατιστική ισχύ. Σε μια άλλη τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή, η φιναστερίδη οδήγησε σε μεγαλύτερη ανακούφιση των συμπτωμάτων σε σύγκριση με το Serenoa serrulata για χρονική περίοδο μεγαλύτερη του έτους, αλλά η μελέτη δεν περιείχε σκέλος ελέγχου με εικονικό φάρμακο. Μια ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο 6μηνης διάρκειας μελέτη έδειξε μια τάση προς καλυτέρα αποτελέσματα στο σκέλος της φιναστερίδης, χωρις αυτή να φτάσει το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας πιθανώς εξαιτίας ελλιπούς στατιστικής ισχύς. Σε μια πρόσφατα δημοσιευμένη μελέτη μείωσης του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του προστάτη με τη χρήση ντουνταστερίδης, τα NIH-CPSI σκορ των ασθενών που την έλαβαν μειωθήκαν σε βαθμό στατιστικά σημαντικό, συγκρινόμενα με αυτά των ασθενών που έλαβαν εικονικό φάρμακο. Οι ασθενείς (n=427, ηλικία 50 με 75, αυξημένο PSA) συμπεριλήφθησαν στη μελέτη εάν εμφάνιζαν συμπτώματα παρόμοια με αυτά της προστατίτιδος. Βασιζόμενοι στις αποδείξεις, οι αναστολείς της 5-αλφα-ρεδουκτάσης δε μπορεί να προταθούν για χρήση σε όλους γενικά τους ασθενείς με σύνδρομο προστατικού άλγους, αλλά το σκορ των ερωτηματολογίων μπορεί να μειωθούν με τη χρήση της σε μια συγκεκριμένη ομάδα ηλικιωμένων ασθενών με αυξημένο PSA.

Φυτοθεραπεία

Μια τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο και με επαρκή ισχύ κατέδειξε ότι η χρήση Cernilton οδήγησε σε σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων ασθενών με φλεγμονώδες σύνδρομο προστατικού άλγους (NIH κατηγορία IIIA) για μια χρονική περίοδο 12 εβδομάδων. Το αποτέλεσμα βασίστηκε κυρίως στη σημαντική βελτίωση του άλγους. Το Quercetin, ένα πολυφαινολικό βιοφλαβινοειδές με διαπιστωμένη αντιοξειδωτική και αντιφλεγμονώδη δράση, βελτίωσε σημαντικά το NIH-CPSI σκορ σε μια μικρή τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή. Αντίθετα, η θεραπεία με saw palmetto το οποίο χρησιμοποιείται κυρίως στην καλοήθη υπερπλασία του προστάτη, δε βελτίωσε τα συμπτώματα σε μια χρονική περίοδο ενός έτους. Σε μια συστηματική ανασκόπηση και μετανάλυση βρέθηκε ότι οι ασθενείς που λάμβαναν φυτοθεραπεία είχαν χαμηλότερα σκορ σχετιζόμενα με τον πόνο σε σχέση με αυτούς που λάμβαναν εικονικό φάρμακο. Επιπρόσθετα, σε μια μετανάλυση, η φυτοθεραπεία είχε συνολικά υψηλότερο ποσοστό ανταπόκρισης στην αγωγή (RR: 1.6; 95% CI: 1.1-1.6).

Η **πρεγκαμπαλίνη** είναι ένα αντιεπιληπτικό φάρμακο του οποίου η χρήση έχει εγκριθεί στον νευροπαθητικό πόνο. Σε μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο κλινική δοκιμή με επαρκή ισχύ, ένα σχήμα χορήγησης πρεγκαμπαλίνης για εξι εβδομάδες (n=218) δε μείωσε σημαντικά το συνολικό NIH-CPSI σκορ συγκρινόμενο με το εικονικό φάρμακο (n=106). Η συγκεκριμένη μελέτη ήταν και η μοναδική που συμπεριλήφθηκε σε μια πρόσφατα δημοσιευμένη συστηματική ανασκόπηση της βάσης δεδομένων Cochrane.

Η **πολυθειική πεντοζάνη** (Pentosan polysulphate**)** είναι ένα ημισυνθετικό φάρμακο το οποίο παρασκευάζεται από την ημικυτταρίνη της οξιάς. Μια μελέτη κατά την οποία χρησιμοποιήθηκαν μεγάλες από του στόματος δόσεις αυτού (3x300 mg/ημέρα) κατέδειξε σημαντική βελτίωση της κλινικής εκτίμησης και της ποιότητας ζωής σε σχέση με το εικονικό φάρμακο σε άνδρες πάσχοντες από σύνδρομο προστατικού άλγους.

Τα **Μυοχαλαρωτικά** (διαζεπάμη, μπακλοφένη) θεωρούνται χρήσιμα στη σφιγκτηριακή δυσλειτουργία ή στους σπασμούς των μυών του περινέου/πυελικού εδάφους, αλλά υπάρχουν λίγες προοπτικές μελέτες που να υποστηρίζουν αυτή τη θεώρηση. Σε μια τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή, ο τριπλός συνδυασμός ενός μυοχαλαρωτικού (θειοκολχικοσίδη), ενός αντιφλεγμονώδους (ιβουπροφαίνη) και ενός α-αποκλειστή (δοξαζοσίνη) ήταν μεν αποτελεσματικός σε ασθενείς που δεν είχαν λάβει νωρίτερα κάποια θεραπεία, αλλά όχι ανώτερος από την μονοθεραπεία με τον α-αποκλειστή.
Σε μια μικρή ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη η έγχυση αλλαντικής τοξίνης (100U) στους περινεϊκούς σκελετικούς μύες ανέδειξε κάποια αποτελέσματα στην εκτίμηση της συνολικής ανταπόκρισης και στο NIH-CPSI σκορ. Παρόλα αυτά, ο αριθμός των ασθενών ήταν μικρός (13 στην ομάδα που έλαβαν αλλαντική τοξίνη τύπου A και 16 στην ομάδα του εικονικού φαρμάκου) και η περίοδος παρακολούθησης πολύ μικρή για να μπορέσουμε να βγάλουμε οριστικά συμπεράσματα. Οι παρενέργειες είναι ακόμα ασαφείς.

Η **Ζαφιρλουκάστη**, ένας ανταγωνιστής λευκοτριενίων, και η πρεδνιζόνη απέτυχαν να δείξουν κάποιο όφελος με τη χρήση τους σε δυο ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο μελέτες, χαμηλής ισχύος. Πρόσφατα, μια ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο μελέτη φάσεως IIa απέτυχε να αναδείξει κάποιο σημαντικό αποτελέσματα από την χρήση της Τανεζουμάμπης, ενός μονοκλωνικού αντισώματος έναντι των νευροτροφινών και του νευρικού αυξητικού παράγοντα.

Η **Τανεζουμάμπη** είναι ένα μονοκλωνικό αντίσωμα έναντι του νευρικού αυξητικού παράγοντα (NGF) και θα πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο στο πλαίσιο κλινικών δοκίμων.

Αλλοπουρινόλη

Δεν υπάρχουν επαρκείς αποδείξεις για την χρήση της αλλοπουρινόλης στο σύνδρομο προστατικού άλγους.

► Σύνδρομο Κυστικού Άλγους - *Σημαντικές θεραπείες του συνδρόμου κυστικού άλγους*

Αντισταμινικά

Τα μαστικά κύτταρα παίζουν μεγάλο ρόλο στο σύνδρομο κυστικού άλγους. Η ισταμίνη είναι μια από τις ουσίες που απελευθερώνεται από τα μαστικά κύτταρα. Οι ανταγωνιστές των υποδοχέων της ισταμίνης έχουν χρησιμοποιηθεί για να μπλοκάρουν τους H1 και H2 υποτύπους του υποδοχέα , με διάφορα αποτελέσματα. Μια προοπτική ελεγχόμενη

με εικονικό φάρμακο τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή για τη χρήση της υδροξυζίνης ή το νάτριο της πολυθειϊκής πεντοζάνης δεν ανέδειξε σημαντικά αποτελέσματα .

Αμιτριπτιλίνη

Η αμιτριπτιλίνη είναι ένα τρικυκλικό αντικαταθλιπτικό. Διάφορες δημοσιεύσεις υπέδειξαν βελτίωση των συμπτωμάτων του συνδρόμου κυστικού άλγους μετά από την από του στόματος χορήγηση αμιτριπτιλίνης. Η αμιτριπτιλίνη φαίνεται να είναι ωφέλιμη συγκρινόμενη και με το εικονικό φάρμακο και με την συμπεριφορική θεραπεία. Η υπνηλία είναι ένας περιοριστικός παράγοντας όσον αφορά την χρήση της και για αυτό τον λόγο μπορεί να χρησιμοποιηθεί η νοριτριπτιλίνη αντί αυτής.
Η νατριούχα πολυθειϊκή πεντοζάνη (pentosan polysulphate sodium), είναι ένα ημισυνθετικό φάρμακο κατασκευασμένο από ημικυτταρίνη ξύλου οξιάς. Έχει αναφερθεί υποκειμενική βελτίωση του άλγους, της επιτακτικότητας, της συχνοουρίας, αλλά όχι της νυκτουρίας. Το φάρμακο εμφάνισε ένα ευνοϊκότερο αποτέλεσμα σε σύνδρομο κυστικού άλγους τύπου 3C σε σχέση με την χωρίς εμφανείς βλάβες ασθένεια. Η ανταπόκριση δεν ήταν δοσοεξαρτώμενη αλλά συσχετιζόταν περισσότερο με τη διάρκεια της θεραπείας. Σε 32 εβδομάδες, περίπου οι μισοί ασθενείς ανταποκρίθηκαν. Το ποσοστό ανταπόκρισης στην συνδυασμένη θεραπεία ήταν 40% ενώ στο εικονικό φάρμακο 13% αντίστοιχα. Στους ασθενείς με μικρή αρχική ανταπόκριση στην θεραπεία, η επιπλέον χορήγηση υποδόριας ηπαρίνης ήταν βοηθητική.

Ανοσοκατασταλτικά

Η θεραπεία με αζαθειοπρίνη είχε ως αποτέλεσμα την εξάλειψη του άλγους και της συχνοουρίας. Η αρχική αξιολόγηση της κυκλοσπορίνης Α (CyA) και της μεθοτρεξάτης κατέδειξε ένα καλό αναλγητικό αποτέλεσμα αλλά περιορισμένη αποτελεσματικότητα στην επιτακτικότητα και τη συχνότητα. Τα κορτικοστεροειδή δεν συνιστώνται για τη αντιμετώπιση των ασθενών με σύνδρομο κυστικού άλγους λόγω της έλλειψης αποδείξεων. Φάρμακα που εμφανίζουν φτωχή βιοδιαθεσιμότητα με την από του στόματος χορήγηση, χορηγούνται ενδοκυστικά επιτυγχάνοντας μεγάλες συγκεντρώσεις μέσα στην κύστη με λίγες συστηματικές παρενέργειες. Τα μειονεκτήματα περιλαμβάνουν την ανάγκη διαλείποντος καθετηριασμού, ο οποίος μπορεί να είναι επώδυνος σε ασθενείς με σύνδρομο κυστικού άγους, το υψηλό κόστος και τον κίνδυνο λοιμώξεως.

Τοπικά Αναισθητικά

Υπάρχουν σποραδικές αναφορές επιτυχημένης αντιμετώπισης του συνδρόμου κυστικού άλγους με ενδοκυστική λιδοκαΐνη. Η αλκαλοποίηση της λιδοκαΐνης βελτιώνει την φαρμακοκινητική της. Ο συνδυασμός ηπαρίνης, λιδοκαΐνης και διττανθρακικού νατρίου προσέφερε άμεση ανακούφιση των συμπτωμάτων στο 94% των ασθενών, με διατήρηση αυτής για 2 εβδομάδες στο 80%. Ενδοκυστική ενστάλαξη αλκαλοποιημένης λιδοκαΐνης ή εικονικού φαρμάκου για 5 συνεχόμενες ημέρες είχε ως αποτέλεσμα την σημαντική ανακούφιση των συμπτωμάτων ως και για 1 μήνα.
Το **Υαλουρονικό Οξύ** και η **Θειϊκή Χονδροιτίνη** έχουν περιγραφεί οτι αποκαθιστούν φθορές στην στοιβάδα των γλυκοζαμινογλυκανών της ουροδόχου κύστεως. Παρά το γεγονός ότι η ενδοκυστική αναπλήρωση της γλυκοζαμινογλυκάνης χρησιμοποιείται για περίπου 20 χρόνια στο σύνδρομο κυστικού άλγους /διάμεση κυστίτιδα, οι περισσότερες από τις μελέτες ήταν μη ελεγχόμενες και με μικρό αριθμό ασθενών. Βασιζόμενοι στις υπάρχουσες μελέτες υπάρχουν σημαντικές διαφορές στις τάξεις της ουσίας αλλά και στην αποτελεσματικότητα. Μόνο για την θειϊκή χονδροϊτίνη, τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές που περιλαμβάνουν συνδυασμό θειϊκής χονδροϊτίνης, υαλουρονικού οξέος και πολυθειϊκής πεντοζάνης έχουν δημοσιευθεί. Είναι καλά τεκμηριωμένο ότι οι ενδοκυστικές εγχύσεις είναι μια πολύτιμη και ευεργετική θεραπεία, αλλά διακριτές ομάδες ασθενών με βάση σαφή διαγνωστικά ευρήματα πρέπει να δημιουργηθούν.

Ενδοκυστική Ηπαρίνη

Πάνω από τους μισούς ασθενείς με σύνδρομο κυστικού άλγους που αντιμετωπίσθηκαν με ηπαρίνη για 3 μήνες, εμφάνισαν έλεγχο των συμπτωμάτων με συνεχιζόμενη μάλιστα βελτίωση μετά από 1 χρόνο θεραπείας. Ο Κυο ανέφερε άλλη μια μελέτη έγχυσης ενδοκυστικής ηπαρίνης για 3 μήνες σε γυναίκες με σύνδρομο συχνοουρίας και επιτακτικότητας και θετικό τεστ καλίου. Συμπτωματική βελτίωση αναφέρθηκε στο 80% των ασθενών με σύνδρομο κυστικού άλγους. Η ενδοκυστική έγχυση ηπαρίνης και η διέγερση του οπίσθιου κνημιαίου νεύρου σε ασθενείς με ανθεκτικό σύνδρομο κυστικού άλγους διερευνήθηκε και ανέδειξε ότι η συχνότητα ούρησης, το σκορ στην κλίμακα πόνου και η μέγιστη κυστεομετρική χωρητικότητα βελτιώθηκαν σημαντικά μετά από 2 και 12 μήνες.
Το **Υπερβαρικό Οξυγόνο** είχε μέτρια αποτελεσματικότητα σε μια μικρή υποομάδα ασθενών με σύνδρομο κυστικού άλγους. Στα μειονεκτήματα περιλαμβάνονται το υψηλό κόστος, η περιορισμένη διαθεσιμότητα των χώρων θεραπείας και το γεγονός ότι πρόκειται για μια χρονοβόρα θεραπεία.

Θεραπείες περιορισμένης αξίας για το σύνδρομο κυστικού άλγους.

Σιμετιδίνη

Υπάρχουν περιορισμένα δεδομένα που δείχνουν ότι βραχυπρόθεσμα η σιμετιδίνη βελτιώνει τα συμπτώματα του χρόνιου πόνου της ουροδόχου κύστης. Συγκρινόμενη σε μελέτες με το εικονικό φάρμακο για τρείς μήνες, η χορήγησή της έδειξε ότι βελτιώνει σημαντικά τις βαθμολογίες συμπτωμάτων για τον πόνο και την νυκτουρία, ενώ δεν φαίνεται να υπήρχαν ιστολογικές διαφορές στον βλεννογόνο της κύστης σε καμία από τις ομάδες.

Προσταγλαδίνες
Η μισοπροστόλη είναι μια προσταγλαδίνη που ρυθμίζει διάφορες ανοσολογικές αλληλουχίες. Μετά από τρείς μήνες θεραπείας με μισοπροστόλη, 14/25 ασθενείς είχαν βελτιωθεί σημαντικά, με 12 από αυτούς να εμφανίζουν παρατεταμένη ανταπόκριση μετά από 6 επιπλέον μήνες, ενώ η συχνότητα των ανεπιθύμητων ενεργειών του φαρμάκου ήταν 64%.

L-Αργινίνη
Η από του στρώματος θεραπεία για το μονοξείδιο του αζώτου NO, συνθέτει υπόστρωμα l-αργινίνης, μειώνοντας τα συμπτώματα που σχετίζονται με το σύνδρομο πόνου της ουροδόχου κύστης, διότι το μονοξείδιο του αζώτου είναι αυξημένο σε αυτούς τους ασθενείς. Ωστόσο, αρκετοί δεν έδειξαν συμπτωματική ανακούφιση ή αλλαγές στην παραγωγή του NO.

Οξυβουτυνίνη
Η οξυβουτυνίνη είναι ένα αντιχολινεργικό φάρμακο, που χρησιμοποιείται στην θεραπεία του υπερλειτουργικού εξωστήρα. Η ενδοκυστική οξυβουτυνίνη σε συνδυασμό με την εκπαίδευση της ουροδόχου κύστης βελτιώνει την λειτουργική χωρητικότητα της κύστης, τον όγκο στην πρώτη αίσθηση αλλά και την κυστεομανομετρική χωρητικότητα της κύστης. Ωστόσο, επίδραση του φαρμάκου στον πόνο δεν έχει αναφερθεί.

Δουλοξετίνη
Η δουλοξετίνη (μια σεροτονίνη-αντικαταθλιπτικό που αναστέλλει την επαναπρόσληψη της νορεπινεφρίνης και μπορεί χρησιμοποιηθεί στην αντιμετώπιση του νευροπαθητικού πόνου), δεν βελτιώνει σημαντικά τα συμπτώματα του κυστικού άλγους. Η χορήγηση ήταν ασφαλής αλλά η ανεκτικότητα δεν ήταν καλή λόγω της ναυτίας. Με βάση αυτά τα προκαταρκτικά στοιχεία, η δουλοξετίνη δεν συνιστάται για την θεραπεία της νόσου.

Κλορπακτίνη
Η κλορπακτίνη είναι ένα παράγωγο του υποχλωρικού οξέος που χρησιμοποιήθηκε για την θεραπεία του κυστικού άλγους. Εξαιτίας του υψηλού ποσοστού επιπλοκών, οι εγχύσεις με κλορπακίνη δεν συνιστώνται.

▶ Διμεθυλοσουλφοξείδιο (ΔΜΣΟ) και βάκιλος του Calmette Guérin (BCG)
Το Διμεθυλοσουλφοξείδιο και ο βάκιλος του Calmette Guérin έχουν χρησιμοποιηθεί κατά το παρελθόν. Δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να συνιστούν την χρήση του ενός ή του άλλου.

▶ Σύνδρομο χρόνιου οσχεϊκού πόνου
Η θεραπεία του συνδρόμου του χρόνιου οσχεϊκού πόνου, βασίζεται στις αρχές θεραπείας των συνδρόμων χρόνιου πόνου, όπως περιγράφεται στις κατευθυντήριες οδηγίες.

▶ Χρόνιος γυναικολογικός πόνος
Είναι δύσκολο να συγκριθεί η ευρεία διακύμανση των φαρμάκων από την άποψη της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας καθώς έχουν πολλές ποικίλες χρήσεις/ενδείξεις.

Σε αυτές τις γυναικολογικές ασθενείς όπου ο πόνος δεν είναι σχετιζόμενος με μια σαφή παθολογική κατάσταση, είναι συχνά δύσκολο να καθοριστεί ένα συγκεκριμένο θεραπευτικό μονοπάτι, εκτός ίσως από ένα κοινό διεπιστημονικό σχέδιο αντιμετώπισης του κοιλιο-πυελικού πόνου. Μια ανασκόπηση της βάσης Cochrane έδειξε ότι υπάρχουν κάποια στοιχεία που υποστηρίζουν την χρήση προγεσταγόνων. Αν και αποτελεσματικά, οι γιατροί πρέπει να γνωρίζουν τις παρενέργειες των προγεσταγόνων (π.χ. αύξηση του σωματικού βάρους, οιδήματα που είναι οι πιο συνηθισμένες παρενέργειες) διότι μπορεί να ωθήσουν κάποιες ασθενείς στην διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής. Οι γοναδοτροπίνες, όπως η γκοσερελίνη μπορεί να βοηθήσει στην καταπολέμηση αυτού του πόνου. Ωστόσο, όταν συγκρίνεται με τα προγεσταγόνα η αποτελεσματικότητα τους παραμένει περιορισμένη, όπως συμβαίνει και στην περίπτωση σύγκρισης της γκαπαπεντίνης με την αμιτριπτυλίνη. Η ποιότητα των ενδείξεων είναι γενικά χαμηλή και προέρχεται από μεμονωμένες μελέτες.

Τα σύγχρονα ορμονικά αντισυλληπτικά (π.χ. το συνδυασμένο αντισυλληπτικό χάπι και το χάπι που περιέχει μόνο προγεστερόνη), αλλά και οι ενδομήτριες συσκευές αντισύλληψης (Mirena IUS ™) έχουν πολλαπλές βιολογικές επιδράσεις. Ο μηχανισμός της δράσης τους είναι μέσω πρωτοβάθμιας ή δευτεροβάθμιας αντισυλληπτικής δράσης. Για τα συνδυασμένα από του στόματος αντισυλληπτικά χάπια αλλά και αυτά που περιέχουν μόνο προγεστερόνη, οι κύριοι μηχανισμοί είναι η αναστολή της ωορρηξίας και οι αλλαγές στην αυχενική βλέννα που αναστέλλουν την διείσδυση του σπέρματος. Οι ορμονικές μέθοδοι, ειδικότερα τα χαμηλής περιεκτικότητας προγεστίνης χάπια αλλά και τα έκτακτης ανάγκης αντισυλληπτικά, έχουν επιπτώσεις στο ενδομήτριο που θεωρητικά, θα μπορούσαν να επηρεάσουν την εμφύτευση. Η αποτελεσματικότητά τους ως αντισυλληπτικά κυμαίνεται 92 έως 99,9%. Ο ακριβής μηχανισμός των ενδομήτριων αντισυλληπτικών συσκευών είναι σχετικά ασαφής. Τρέχοντα στοιχεία δείχνουν ότι ασκούν την πρωταρχική τους ενέργεια πριν από την γονιμοποίηση, μειώνοντας έτσι την δυνατότητα του σπέρματος για να γονιμοποιήσει αποτελεσματικά το ωάριο. Η αποτελεσματικότητα τους προσεγγίζει το 99%.

Η εκλυτική ορμόνη των γοναδοτροπινών (GnRH), συνδέεται με ειδικούς υποδοχείς στους γοναδοτρόφους της

υπόφυσης. Παρατεταμένη ενεργοποίηση των GnRH υποδοχέων από την GnRH, οδηγεί σε απευαισθητοποίηση και κατά συνέπεια την καταστολή της έκκρισης της γοναδοτροπίνης. Από την άλλη, οι ανταγωνιστές της GnRH ανταγωνίζονται με την GnRH για τους υποδοχείς στις κυτταρικές μεμβράνες των γοναδοτρόφων αναστέλλοντας την προκαλούμενη από την GnRH μεταγωγή σήματος και την έκκριση των γοναδοτροπινών. Αυτές οι ενώσεις είναι απαλλαγμένες από τις δράσεις των αγωνιστών, οι οποίες όμως μπορεί να είναι ευεργετικές σε ορισμένες κλινικές εφαρμογές, όπως μειώνοντας το μέγεθος των ινομυωμάτων, την αιμορραγία του ενδομήτριου αλλά και την ενδομητρίωση.

▶ Πυελικό έδαφος και χρόνιο πρωκτικό άλγος

Αλλαντική τοξίνη για το πυελικό έδαφος (Botulinum A, BTX-A)

Η αλλαντική τοξίνη εγχύεται σε συγκεκριμένα σημεία. Είναι πιο ακριβή από την λιδοκαΐνη ενώ ανασκοπήσεις έδειξαν ότι δεν είναι πιο αποτελεσματική. Φαίνεται ότι η υπερδραστηριότητα των του πυελικού εδάφους παίζει ρόλο στον χρόνιο πυελικό πόνο. Η αλλαντική τοξίνη θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως μυοχαλαρωτικό και να ελαττώσει έτσι την πίεση που ασκείται στους μύες του πυελικού εδάφους. Σε γυναίκες με υψηλή πίεση ηρεμίας στους μύες του πυελικού εδάφους,
έχει βρεθεί ότι το BTX-A μπορεί να μειώσει σημαντικά αυτήν την πίεση. Μελέτη έδειξε ότι το εύρος της μείωσης ήταν σημαντικά υψηλότερο από ότι στην ομάδα του εικονικού φαρμάκου. Από την άλλη, σε αυτή την σχετικά μικρή τυχαιοποιημένη μελέτη δεν βρέθηκαν διαφορές στην κλίμακα του πόνου (VAS). Το BTX-A μπορεί επίσης να εγχυθεί στο ύψος του σφιγκτήρα για τη βελτίωση της ούρησης
ή την αφόδευση. Η χάλαση του σφιγκτήρα της ουρήθρας ανακουφίζει τα προβλήματα της κύστης αλλά και τον σπασμό δευτερευόντως. Σε μελέτη που έλαβαν μέρος 13 ασθενείς με χρόνιο πυελικό άλγος, έγινε έγχυση του BTX-A μέσα στον έξω σφιγκτήρα της ουρήθρας. 11 ασθενείς ανέφεραν σημαντική αλλαγή και πτώση στην κλίμακα πόνου από 7,2 σε 1,6 (VAS).

Αλλαντική τοξίνη για το χρόνιο πρωκτικό άλγος (Botulinum A, BTX-A)

Ο χρόνιος πυελικός πόνος μπορεί να συνδέεται με τον σπασμό των μυών του ανελκτήρα και με την θεραπεία των ηβοορθικών και ηβοκοκκυγικών μυών με BTX-A όπως φάνηκε σε μια πιλοτική μελέτη με 12 γυναίκες ασθενείς. Τα κριτήρια ένταξης στην μελέτη ήταν η υπερδραστηριότητα των μυών του πυελικού εδάφους με πίεση κόλπου > 40 cmH2O. Αν και η δυσπαρεύνια με την δυσμηνόρροια βελτιώθηκαν, στις μετα-εμμηνοπαυσιακές γυναίκες τα συμπτώματα δεν παρουσίασαν σημαντική βελτίωση. Σε μια άλλη διπλή τυφλή, τυχαιοποιημένη, με εικονικό φάρμακο
μελέτη που περιλάμβανε 60 γυναίκες, όρισαν ως πυελικό πόνο την ευαισθησία στην περιοχή σε συνδυασμό με την αυξημένη πίεση του κόλπου (> 40 cmH2O). Οι μετα-εμμηνοπαυσιακές ασθενείς ανέφεραν ότι τα συμπτώματα τους βελτιώθηκαν σημαντικά σε σύγκριση με αυτές που έλαβαν εικονικό φάρμακο (VAS σκορ 51 έναντι 22, P=0,009). Φάνηκε λοιπόν ότι η BTX-A είναι αποτελεσματική για τη μείωση του πόνου που σχετίζεται με την πίεση των μυών του πυελικού εδάφους με αποδεκτές ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως η περιστασιακή ακράτεια ούρων και κοπράνων. Ωστόσο, πρόσφατα μια μικρή τυχαιοποιημένη μελέτη δεν έδειξε ότι υπάρχει κάποιο όφελος από την χρήση του BTX-A.

Σύνδρομο διακοπτόμενου πρωκτικού άλγους

Λόγω της μικρής διάρκειας των επεισοδίων, η ιατρική περίθαλψη και η πρόληψη συχνά δεν είναι εφικτή. Η εισπνεόμενη σαλβουταμόλη ήταν αποτελεσματική σε μια τυχαιοποιημένη μελέτη σε ασθενείς με συχνά συμπτώματα για να μειωθεί η διάρκεια του πόνου. Άλλες θεραπευτικές επιλογές είναι η διλτιαζέμη και το BTX-A. Παρόλα αυτά, εξακολουθεί να υπάρχει κάποια διαμάχη όσον αφορά τη διάρκεια του πόνου στο σύνδρομο διακοπτόμενου πρωκτικού πόνου και στον χρόνιο πρωκτικό πόνο. Τυχαιοποιημένες μελέτες συχνά χρησιμοποιούν διαφορετικούς ορισμούς για την παράταση της διάρκειας του πόνου (με στροφή προς τον χρόνιο πόνο), ώστε να συμπεριληφθούν περισσότεροι ασθενείς και να αξιολογηθεί καλύτερα η δράση του φαρμάκου της μελέτης.

5.2.2 ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΑ

Εάν η χρήση απλών αναλγητικών αποτύχει να παράσχει επαρκή οφέλη, τότε θα πρέπει εξετάσουμε την χρησιμοποίηση νευροπαθητικών παραγόντων και αν και πάλι δεν υπάρχει βελτίωση, ίσως θα πρέπει να αποταθούμε σε ειδικό κέντρο διαχείρισης πόνου με εξειδίκευση στον πυελικό πόνο. Το χρόνιο πυελικό άλγος είναι μια σαφώς καθορισμένη νόσος και περιλαμβάνει πολλούς μηχανισμούς όπως περιγράφεται στα προηγούμενα κεφάλαια, η διαχείριση της οποίας απαιτεί μια ολιστική προσέγγιση με βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές συνιστώσες. Λίγες μελέτες έχουν εξετάσει συγκεκριμένα τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στο ΧΠΠ, ως εκ τούτου, χρειάστηκε μια ευρύτερη ματιά στην βιβλιογραφία ενώ απαιτήθηκε περαιτέρω ειδική έρευνα. Τα εν λόγω σκευάσματα διαιρέθηκαν για την ευκολία της περιγραφής. Από την άλλη, οι συνδυασμοί φαρμάκων συχνά παρέχουν ένα μεγαλύτερο όφελος ενώ μπορούν επίσης να επιτρέψουν χαμηλότερες δοσολογίες και έτσι την ελαχιστοποίηση των παρενεργειών. Ο σκοπός της χρήσης αυτών των φαρμάκων είναι να επιτρέψει στους ασθενείς να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους.Αυτό θα μπορούσε να υπολογιστεί καλύτερα με αξιολόγηση της λειτουργικότητας τους, καθώς και της σοβαρότητας του πόνου. Εάν η χρήση αυτών των παραγόντων δεν μας

βοηθήσει σε αυτό, τότε θα πρέπει να αποσυρθούν. Δυστυχώς, αδυναμία του ενός παράγοντα να παράξει όφελος δεν σημαίνει ότι υπάρχει άλλη εναλλακτική λύση. Αν το όφελος αυτό περιορίζεται από παρενέργειες, τότε η χαμηλότερη αποτελεσματική δόση θα πρέπει να βρεθεί (με τιτλοποίηση της δόσης). Μερικές φορές, υπάρχουν ασθενείς που θα προτιμούσαν ένα υψηλότερο επίπεδο πόνου αρκεί να έχουν λιγότερες παρενέργειες.

5.2.2.1 Μηχανισμοί Δράσης

Οι μηχανισμοί δράσης θα συζητηθούν κατά περίπτωση, σύμφωνα με τους τίτλους των φαρμάκων παρακάτω.

5.2.2.2 Οι συγκρίσεις έγιναν εντός των ομάδων αλλά και μεταξύ αυτών από την άποψη της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας

Παρακεταμόλη (Ακεταμινοφαίνη)

Η παρακεταμόλη είναι ένα καλά ανεκτό αντιπυρετικό αναλγητικό με κεντρικό μηχανισμό δράσης. Είναι συχνά διαθέσιμο χωρίς ιατρική συνταγή, ενώ υπάρχουν ενδείξεις ότι η παρακεταμόλη είναι ευεργετική στη διαχείριση του σωματικού και αρθριτικού πόνου.

Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ)

Τα ΜΣΑΦ δρουν αναστέλλοντας το ένζυμο κυκλοοξυγενάση και έχουν αντι-φλεγμονώδη, αντιπυρετική και αναλγητική δράση. Λόγω της περιφερικής αντιφλεγμονώδης δράσης τους μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τον πυελικό πόνο, χωρίς για πολλά από αυτά να χρειάζεται ιατρική συνταγή ενώ συνήθως είναι καλά ανεκτά. Δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να υποδηλώνουν ότι ένα ΜΣΑΦ είναι καλύτερο από ένα άλλο για το πυελικό άλγος ενώ για την χρήση των ΜΣΑΦ και των εκλεκτικών αναστολέων της COX-2 υπάρχουν κατευθυντήριες οδηγίες. Από την άλλη, φαίνεται ότι έχουν περισσότερες παρενέργειες από ότι η παρακεταμόλη, συμπεριλαμβανομένων δυσπεψία, πονοκέφαλο και υπνηλία ενώ τα στοιχεία που υποδηλώνουν το όφελός τους στο χρόνιο πυελικό άλγος δεν είναι επαρκή και συχνά περιορίζονται από τις παρενέργειες.
Τα ΜΣΑΦ στον πυελικό πόνο που συνδέεται με φλεγμονώδεις διεργασίες όπως η δυσμηνόρροια, είναι πιο αποτελεσματικά από το εικονικό φάρμακο και την παρακεταμόλη, αλλά με υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης παρενεργειών. Για τον πυελικό πόνο που μπορεί να ενοχοποιηθεί ένας κεντρικός μηχανισμός όπως η ενδομητρίωση, τα στοιχεία για τα ΜΣΑΦ παρά την κοινή τους χρήση είναι ελλειπή.
Σε πρακτικό επίπεδο, αν θέλουμε να χρησιμοποιήσουμε ΜΣΑΦ, θα πρέπει να το κάνουμε (έχοντας υπόψη τις ενδείξεις και τις αντενδείξεις) επανεξετάζοντας τον ασθενή για το αποτέλεσμα της λειτουργικότητας του καθώς και την αναλγησία. Αν αυτά δεν επιτυγχάνονται ή υπάρχουν πολλές παρενέργειες, τότε θα πρέπει να τα αποσύρουμε.

Νευροτροποποιητές

Αυτοί οι παράγοντες δεν είναι απλά αναλγητικά αλλά μπορούν χρησιμοποιηθούν για να τροποποιήσουν έναν νευροπαθητικό ή κεντρικό πόνο. Υπάρχουν διάφορες κατηγορίες που χρησιμοποιούνται συνήθως με αναγνωρισμένα οφέλη στην ιατρική πόνου, αλλά η χρήση τους σε τακτική βάση μπορεί να εμφανίσει παρενέργειες που μπορεί να περιορίσουν τη χρήση τους σε ορισμένους ασθενείς. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας και Κλινικής Αριστείας έχει αναθεωρήσει την φαρμακολογική διαχείριση του νευροπαθητικού πόνου. Δεν μπορούν όλοι οι νευροτροποποιητές να χρησιμοποιηθούν στην διαχείριση του πόνου εάν δεν έχει αποδειχθεί η χρησιμότητά τους, ενώ από την άλλη τα στοιχεία που έχουμε για την χρήση τους στο χρόνιο πυελικό άλγος προέρχονται από άλλες επώδυνες καταστάσεις. Σε γενικές γραμμές η χρήση τους γίνεται με συγκεκριμένη δόση η οποία εξαρτάται από την χρησιμότητα της αλλά και από τις παρενέργειες θέτοντας σαν στόχο την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Τέλος, είναι συνήθης η πρακτική να χρησιμοποιούνται αυτοί οι παράγοντες συνδυαστικά αλλά μελέτες που να επιβεβαιώνουν την χορήγηση τους μαζί ή ξεχωριστά δεν υπάρχουν ενώ μερικοί από τους νευροτροποποιητές χρησιμοποιούνται μόνο σε συγκεκριμένες παθήσεις.

Αντικαταθλιπτικά

Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά

Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά παρουσιάζουν πολλαπλούς μηχανισμούς δράσης που συμπεριλαμβάνουν αποκλεισμό των υποδοχέων της ακετυλοχολίνης, την αναστολή επαναπρόσληψης της σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης και αποκλεισμό των υποδοχέων Η1 ισταμίνης. Έχουν επίσης αγχολυτική δράση η οποία συχνά περιορίζεται από τις παρενέργειές τους. Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά έχουν μια μακρά ιστορία στην αντιμετώπιση του πόνου, και μετά από ανασκόπηση της βάσης Cochrane φαίνεται ότι μπορεί να είναι αποτελεσματικά στον νευροπαθητικό πόνο. Η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη ουσία είναι η αμιτριπτυλίνη σε δόσεις από 10 έως 75 mg/ημέρα ενώ η δόση μπορεί να αυξηθεί μέχρι τα 150 mg/ημέρα. Αυτό εξαρτάται από τις παρενέργειες του φαρμάκου και μπορεί η λήψη του να γίνει το βράδυ. Η νορτριπτυλίνη και ιμιπραμίνη μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν ως εναλλακτικές λύσεις.

Άλλα αντικαταθλιπτικά

Η ντουλοξετίνη είναι ένας αναστολέας επαναπρόσληψης της σεροτονίνης-νορεπινεφρίνης (SNRI) που μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως αντικαταθλιπτικό, για την καταπολέμηση της ακράτειας ούρων από προσπάθεια αλλά και του νευροπαθητικού πόνου. Υπάρχει μετρίως ισχυρή απόδειξη του οφέλους της στην διαβητική νευροπάθεια και την

ινομυαλγία σε δόση 60 mg/ημέρα. Όμως οι παρενέργειες είναι συχνές και μπορούν να οδηγήσουν στη διακοπή της. Τέλος, οι εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs) είναι αντικαταθλιπτικά με λιγότερες παρενέργειες. Είναι αποτελεσματικοί για την κατάθλιψη, αλλά υπάρχουν ανεπαρκείς μελέτες που να αποδεικνύουν το όφελος τους στην καταπολέμηση του πυελικού ή του νευροπαθητικού πόνου.

Αντιεπιληπτικά

Τα αντιεπιληπτικά χρησιμοποιούνται συνήθως στη διαχείριση του νευροπαθητικού πόνου. Υπάρχουν μελέτες που συστηματικά έχουν επικεντρωθεί στην χρησιμοποίησή τους στην καταπολέμηση του πυελικού πόνου, ενώ η χρήση τους ορίζεται από τις κατευθυντήριες οδηγίες του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Φροντίδας (NICE) για τον νευροπαθητικό πόνο.
Η καρβαμαζεπίνη έχει μια μακρά ιστορία χρήσης στον νευροπαθητικό πόνο. Υπάρχουν ενδείξεις για το όφελος της, αλλά οι μελέτες ήταν μικρής διάρκειας με μέτρια αποτελέσματα και παρενέργειες μερικές από τις οποίες μπορεί να είναι σοβαρές. Δεν αποτελεί πλέον μια πρώτη θεραπευτική επιλογή, ενώ άλλα αντιεπιληπτικά φάρμακα είναι διαθέσιμα με λιγότερο σοβαρές παρενέργειες.
Η γκαμπαπεντίνη (Gabapentin) χρησιμοποιείται ευρέως για τον νευροπαθητικό πόνο και έχει συστηματικά μελετηθεί. Ανακουφίζει από τα συμπτώματα με NNT (Number-Needed-to-Treat) περίπου έξι. Οι παρενέργειες είναι συχνές, κυρίως υπνηλία, ζάλη και περιφερικό οίδημα. Μεγαλύτερα επίπεδα δόσης, θα μπορούσαν να δοθούν, αν και πολλοί κλινικοί γιατροί δεν υπερβαίνουν συνήθως τα 2,4 g/ημέρα σε διαιρεμένες δόσεις (συνήθως τρεις φορές την ημέρα). Μια μελέτη γυναικών με χρόνιο πυελικό πόνο έδειξε ότι η γκαμπαπεντίνη μόνη ή σε συνδυασμό με αμιτριπτυλίνη παρέχει καλύτερη αναλγησία από ότι η αμιτριπτυλίνη μόνη της.
Η πρεγκαμπαλίνη είναι ένας ευρέος χρησιμοποιούμενος νευροτροποποιητής με καλή αποτελεσματικότητα σε κάποιες νευροπαθητικές παθήσεις, αλλά με NNT που ποικίλλει ανάλογα με την κατάσταση. Δόσεις από 300 έως 600 mg / ημέρα φαίνεται ότι έχουν κάποιο όφελος για τον ασθενή, ενώ η ίδια ανασκόπηση έδειξε ότι δόσεις κάτω των 150 mg/ημέρα είναι απίθανο να παρέχουν κάποιο όφελος. Όπως και με την γκαμπαπεντίνη, οι παρενέργειες είναι σχετικά κοινές και δεν μπορεί να γίνει καλά ανεκτή από τους ασθενείς. Άλλα αντιεπιληπτικά είναι διαθέσιμα αλλά δεν χρησιμοποιούνται συνήθως για τη διαχείριση του πόνου.
Άλλοι φαρμακευτικοί παράγοντες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην αντιμετώπιση του νευροπαθητικού πόνου είναι καλύτερα να χορηγούνται μόνο από ειδικούς στη διαχείριση του πόνου και που είναι εξοικειωμένοι με τη χρήση τους. Έχουν την τάση να δίνονται όταν οι βασικές επιλογές έχουν εξαντληθεί. Όπως συμβαίνει πάντα για την καλή διαχείριση του πόνου, χρησιμοποιούνται ως μέρος ενός ολοκληρωμένου πολυδιάστατου σχεδίου.

Τα οπιοειδή

Τα οπιοειδή χρησιμοποιούνται για τον χρόνιο μη κακοήθη πόνο και μπορεί να είναι ευεργετικά για ένα μικρό αριθμό ασθενών. Συχνά οι ασθενείς σταματούν να παίρνουν από του στόματος οπιοειδή λόγω των παρενεργειών ή της ανεπαρκής αναλγησίας. Θα πρέπει μόνο να χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με ένα σχέδιο διαχείρισης και με συνεννόηση μεταξύ των κλινικών ιατρών με εμπειρία στη χρήση τους. Συνιστάται σε μια μονάδα διαχείρισης του πόνου, να συμμετέχει μαζί με τον ασθενή και ο γιατρός της πρωτοβάθμιας φροντίδα τους.
Υπάρχουν συγκεκριμένες κατευθυντήριες γραμμές για τη χρήση των οπιοειδών για την αντιμετώπιση του πόνου, λαμβάνοντας υπόψη τους πιθανούς κινδύνους. Υπάρχουν επίσης διαθέσιμες πληροφορίες στο διαδίκτυο για τους ασθενείς. Σε αυτή την ομάδα υπάρχουν πολλά φάρμακα που μπορούν να χωριστούν σε λιγότερο ισχυρά (π.χ. κωδεΐνη, διυδροκωδεΐνη και τραμαδόλη) ή ισχυρά οπιοειδή (π.χ. μορφίνη, οξυκωδόνη, η φαιντανύλη και υδρομορφόνη). Η από του στόματος χορήγηση είναι προτιμότερη, αλλά αν δεν καλά ανεκτή, η διαδερμική χορήγηση μπορεί να προσφέρει κάποια πλεονεκτήματα. Οι πιο επεμβατικές προσεγγίσεις χρησιμοποιούνται λιγότερο συχνά και μόνο εντός εξειδικευμένων μονάδων. Οι παρενέργειες είναι συχνές, συμπεριλαμβάνουν δυσκοιλιότητα, ναυτία, μειωμένη ποιότητα ζωής, ανοχή στα οπιοειδή, ορμονικές και ανοσολογικές επιδράσεις μαζί με ψυχολογικές αλλαγές που απαιτούν ενεργή και συγκεκριμένη διαχείριση. Υπάρχει μια αυξανόμενη κατανόηση της υπεραλγησίας που προκαλείται από τα οπιοειδή και είναι μια κατάσταση στην οποία οι ασθενείς λαμβάνοντας οπιοειδή, παραδόξως γίνονται πιο ευαίσθητοι σε επώδυνα ερεθίσματα. Αυτός είναι ένας άλλος λόγος για το ότι αυτά τα φάρμακα πρέπει να χρησιμοποιούνται με ελεγχόμενο τρόπο για τη μακροπρόθεσμη διαχείριση του πόνου που δεν οφείλεται σε κακοήθεια.
Τέλος, η μορφίνη είναι το συνηθέστερο οπιοειδές με την οποία πολλοί γιατροί είναι εξοικειωμένοι. Ο στόχος είναι να χρησιμοποιηθεί ένα σκεύασμα με βραδεία ή παρατεταμένη αποδέσμευση, ξεκινώντας με μια χαμηλή δόση και τιτλοδότηση της δόσης κάθε 3 ημέρες έως 1 εβδομάδα, με γνώμονα την βελτίωση τόσο της λειτουργικότητας όσο και το πόνου. Οι παρενέργειες θα πρέπει να παρακολουθούνται και να αντιμετωπίζονται αναλόγως ενώ ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στη διαχείριση της δυσκοιλιότητας.

Υπάρχει μια ποικιλία άλλων φαρμάκων διαθέσιμα και μερικά από αυτά αναφέρονται κατωτέρω:

- Η χορήγηση διαδερμικής φαιντανύλης είναι δυνατή όταν η από του στόματος χορήγηση είναι περιορισμένη (π.χ., ειλεοστομία). Μπορεί επίσης να είναι ευεργετική όταν υπάρχουν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες από άλλα οπιοειδή.
- Η μεθαδόνη έχει μια μακρά ιστορία χρήσης ως οπιοειδές. Υπάρχει ένα θεωρητικό πλεονέκτημα χορήγησης της, λόγω της δραστηριότητας του N-μεθυλο-D-ασπαρτικού υποδοχέα ως ανταγωνιστή. Αυτό μπορεί να είναι σχετικό με τον νευροπαθητικό πόνο.

– Η οξυκωδόνη μπορεί να έχει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα από τη μορφίνη σε ορισμένες περιπτώσεις, συμπεραμβαλομένης της υπεραλγησίας και του σπλαχνικού πόνου.
– Η τραμαδόλη είναι ένα καθιερωμένο αναλγητικό με διπλή δράση στους υποδοχείς των οπιοειδών αλλά και την απελευθέρωση της σεροτονίνης. Τέλος, χρησιμοποιείται η ταπενταδόλη με διπλό μηχανισμό δράσης, δηλαδή ενεργοποιεί τον υποδοχέα οπιοειδών και αναστέλλει την επαναπρόσληψη της νοραδρεναλίνης. Είναι πολύ νωρίς όμως να εκτιμήσουμε την πραγματική της αξία στο οπλοστάσιο που έχουμε για την αντιμετώπιση του πόνου.

5.3 Χειρουργική Θεραπεία

5.3.1 ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ

▶ Σύνδρομο κυστικού άλγους

Διάταση της κύστης

Παρά το γεγονός ότι η διάταση της κύστης ουροδόχου κύστης είναι μια κοινή θεραπεία για το επώδυνο σύνδρομο της ουροδόχου κύστης, η επιστημονική αιτιολόγηση είναι σπάνια. Μπορεί να είναι μέρος της διαγνωστικής αξιολόγησης, αλλά έχει περιορισμένο θεραπευτικό ρόλο.

Διάταση και αλλαντική τοξίνη Α (BTX-A)

Η αλλαντική τοξίνη μπορεί να έχει επίδραση κατά του πόνου στα προσαγωγά νεύρα της κύστης με βελτίωση των συμπτωμάτων αλλά και των ουροδυναμικών ευρημάτων. Μελέτες συνέκριναν την διάταση της κύστης ως μονοθεραπεία αλλά και με την πρόσθεση της αλλαντικής τοξίνης. Το αποτέλεσμα ήταν ότι οι ασθενείς και στις δύο ομάδες ανέφεραν βελτίωση των συμπτωμάτων. Όμως ενώ στην ομάδα της διάτασης της κύστης το 70% των ασθενών επανήλθε στην προηγούμενη κατάσταση μετά από ένα μήνα, στην ομάδα που προστέθηκε η αλλαντική τοξίνη τα συμπτώματα, τα αποτελέσματα των κλιμάκων του πόνου και η χωρητικότητα της κύστης βελτιώθηκαν για τουλάχιστον τρείς μήνες.
Φαίνεται ότι μια ένεση αλλαντικής τοξίνης είναι αποτελεσματική με μακρά διάρκεια αφού ως και 87% των ασθενών ανέφερε βελτίωση μετά από 3 μήνες παρακολούθησης, ενώ πάνω από το 50% ανέφερε συνεχιζόμενο όφελος 9 μήνες μετά την πρώτη θεραπεία. Όταν χρειάστηκε επανάληψη της θεραπείας τα αποτελέσματα ήταν παρόμοια. Έτσι, οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι αυτή η θεραπεία είναι ασφαλής, αποτελεσματική και μπορεί να επαναληφθεί.

Διουρηθρική εκτομή (TUR), καυτηρίαση, λέιζερ

Η ενδοσκοπική 'καταστροφή' της κύστης έχει ουσιαστικά σαν στόχο την εξάλειψη των βλαβών του Hunner. Μελέτες από το 1970 ακόμη έδειξαν ότι η εκτομή και η ηλεκτροκαυτηρίαση επέφεραν ανακούφιση των συμπτωμάτων συχνά για περισσότερο από 3 χρόνια, ενώ η χρήση των λέιζερ φαίνεται ότι προσφέρει και αυτή παρατεταμένη ανακούφιση από την έπειξη και τον πόνο.

Ανοιχτή χειρουργική προσπέλαση για το σύνδρομο επώδυνης κύστης

Το σύνδρομο επώδυνης κύστης είναι μια καλοήθης κατάσταση που δεν προκαλεί μείωση της συνολικής επιβίωσης του ασθενούς, έτσι οι επεμβατικές προσεγγίσεις κατατάσσονται τελευταίες στον θεραπευτικό μας αλγόριθμο, ενώ δεν υπάρχουν αποδείξεις ότι ανακουφίζουν τον πόνο. Το χειρουργείο πρέπει να είναι η τελευταία μας λύση και αν χρειάζεται να προχωρήσουμε σε μια μεγάλη χειρουργική επέμβαση, χρειάζεται διεξοδική προεγχειρητική αξιολόγηση, με έμφαση στον υπότυπο και την θέση της νόσου. Εάν τέλος θεωρείται η χειρουργική επέμβαση τελευταία λύση, η συμβουλή μας είναι η παραπομπή του ασθενούς σε ειδικό κέντρο με εμπειρία στη διαχείριση του χρόνιου πυελικού πόνου και με μια συλλογική διεπιστημονική προσέγγιση.

Τέσσερις μεγάλες τεχνικές είναι οι πιο κοινές:

1) Εκτροπή των ούρων χωρίς κυστεκτομή. Ήδη από το 1967, αναφέρθηκε ότι η αύξηση της ουροδόχου κύστης χωρίς αφαίρεση του παθολογικού ιστού δεν είναι κατάλληλη. Αναφορές ότι η μη εκτομηθέντες κύστεις σε ασθενείς με σύνδρομο επώδυνης κύστης παύουν να προκαλούν συμπτώματα μετά την απώλεια της επαφής με τα ούρα είναι λιγοστές.

2) Κυστεκτομή με διατήρηση του ουρητηρικού τριγώνου και επακόλουθη αύξηση της ουροδόχου κύστης, αποτελεί την καλύτερη χειρουργική τεχνική για την διατήρηση της εγκράτειας, ενώ για την αύξηση έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορα τμήματα του εντέρου.

3) Κυστεκτομή με αφαίρεση του ουρητηρικού τριγώνου. Έχει το πλεονέκτημα αφαίρεσης του τριγώνου ως πιθανή εστία της ασθένειας, αλλά με κόστος την επανεμφύτευση των ουρητήρων. Στο 50% των ασθενών το τρίγωνο αναφέρεται ως αιτία της νόσου και θεωρείται χειρουργική αποτυχία όταν το τρίγωνο αφήνεται στη θέση του. Από την άλλη, μια άλλη μελέτη αναφέρει ότι έξι από τους 17 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε εκτομή του τριγώνου θεραπεύτηκαν πλήρως. Μια πρόσφατη μελέτη σχετικά με την γυναικεία σεξουαλικότητα και ορθότοπη νεοκύστη από τμήμα ειλεού μετά από κυστεκτομή, έδειξε ότι όλες οι ασθενείς ανακουφίστηκαν από τον πόνο, αλλά μόνο μία ανέκτησε φυσιολογική σεξουαλική δραστηριότητα.

4) Τέλος, η κυστεκτομή με χρήση ειλεού κατέχει ως πρακτική ακόμα και σήμερα την πρώτη θέση στις τρέχουσες τάσεις των ΗΠΑ ως χειρουργική επέμβαση για το σύνδρομο επώδυνης κύστης. Για αισθητικούς λόγους, η εγκρατής εκτροπή προτιμάται ιδιαίτερα στους νεότερους ασθενείς. Μετά από ορθότοπη αύξηση της ουροδόχου κύστης και ιδιαίτερα με την αφαίρεση του τριγώνου, η ούρηση μπορεί να είναι ελλιπής και χρειάζονται διαλείποντες αυτο-καθετηριασμούς. Οι ασθενείς λαμβάνοντας υπόψη αυτές τις διαδικασίες πρέπει να είναι σε θέση για την εκτέλεση, την αποδοχή και την ανοχή του αυτο-καθετηριασμού. Για ασθενείς με υποτροπιάζοντα πόνο μετά από τις παραπάνω επεμβάσεις, προτείνεται η επανα-σωληνοποίηση του τμήματος εντέρου που χρησιμοποιήθηκε. Επίσης γεννήσεις με καισαρική τομή, έχουν αναφερθεί μετά από ειλεοπλαστική.

▶ Σύνδρομο προστατικού άλγους

Δεν υπάρχουν ενδείξεις για χειρουργική αντιμετώπιση, συμπεριλαμβανομένης της διουρηθρική εκτομής του αυχένα της ουροδόχου κύστης, της ριζικής διουρηθρικής εκτομής του προστάτη, ή ειδικότερα της ριζικής προστατεκτομής στη διαχείριση του χρόνιου πόνου σε ασθενείς με σύνδρομο πόνου του προστάτη.

▶ Σύνδρομο ουρηθρικού άλγους

Δεν υπάρχει κάποια ειδική θεραπεία που συνιστάται. Η αντιμετώπιση πρέπει να είναι διεπιστημονική και πολυπαραγοντική. Έχει προταθεί ως ειδική θεραπεία χρήση του λέιζερ στην περιοχή του τριγώνου. Μια μελέτη που συνέκρινε δύο μορφές λέιζερ έχει αναφέρει καλά αποτελέσματα, χωρίς όμως ομάδα ελέγχου. Η πλειοψηφία των δημοσιευμάτων σχετικά με την θεραπεία του συνδρόμου πόνου της ουρήθρας έχουν έρθει από ψυχολόγους.

Πιθανές ενδοκοιλιακές συμφύσεις

Σε γυναικολογικούς ασθενείς με χρόνιο πυελικό πόνο και πιθανές συμφύσεις, δεν υπάρχει ομοφωνία για το αν η λύση των συμφύσεων έχει αποτέλεσμα στην ελάττωση του πόνου. Επίσης, μια εκτεταμένη χειρουργική επέμβαση για την ενδομητρίωση είναι πρόκληση και εξακολουθεί να θεωρείται αμφιλεγόμενη, καθώς υπάρχει τουλάχιστον μία τυφλή τυχαιοποιημένη μελέτη που δείχνει ότι, δεν υπάρχει κανένα όφελος στην ανακούφιση του πόνου από την απομάκρυνση της πρώιμης εκτεταμένης ενδομητρίωσης συγκρινόμενη με την ομάδα ελέγχου. Σε ασθενείς με αδενομύωση, η μόνη θεραπευτική χειρουργική επέμβαση είναι η υστερεκτομή, αλλά οι ασθενείς μπορούν να επωφεληθούν και από την ορμονική θεραπεία και τα αναλγητικά (βλέπε 5.2.1)

Νευραλγία αιδοιικού νεύρου και χειρουργείο

Η αποσυμπίεση ενός εγκλωβισμένου ή τραυματισμένου νεύρου είναι μια συνηθισμένη προσέγγιση και μάλλον θα πρέπει να εφαρμόζεται και στο αιδοϊικό νεύρο όπως ισχύει για όλα τα άλλα νεύρα. Υπάρχουν διάφορες προσεγγίσεις και η προσέγγιση εκλογής πιθανώς εξαρτάται από τη φύση της παθολογίας. Η πλέον παραδοσιακή προσέγγιση είναι η διαγλουτιακή, ωστόσο, μια διαπερινεϊκή προσέγγιση μπορεί να αποτελεί μια καλή εναλλακτική λύση, ιδιαίτερα αν η βλάβη των νεύρων πιστεύεται ότι σχετίζεται με προηγούμενη χειρουργική επέμβαση στην πύελο. Έως τώρα, υπήρξε μόνο μία προοπτική, τυχαιοποιημένη μελέτη. Αυτή η μελέτη δείχνει ότι, εάν ο ασθενής είχε τον πόνο για λιγότερο από 6 χρόνια, το 66% των ασθενών θα παρουσιάσουν κάποια βελτίωση με τη χειρουργική επέμβαση (σε σύγκριση με 40%, εάν ο πόνος υφίστατο για περισσότερο από 6 χρόνια). Η χειρουργική επέμβαση δεν είναι η απάντηση για όλους τους ασθενείς. Μιλώντας με ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση και δεδομένου ότι τη διάγνωση ήταν σαφής, οι περισσότεροι ασθενείς είναι ευγνώμονες που είχαν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, αλλά πολλοί εξακολουθούν να έχουν συμπτώματα που πρέπει να αντιμετωπισθούν.

5.3.2 ΝΕΥΡΟΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ

Ο ρόλος της νευροτροποποίησης στη διαχείριση του πυελικού πόνου θα πρέπει να εξετάζεται μόνο από ειδικούς στην διαχείριση του πυελικού άλγους. Οι τεχνικές αυτές χρησιμοποιούνται μόνο ως μέρος ενός ευρύτερου σχεδίου διαχείρισης και απαιτούν τακτική παρακολούθηση. Η ερευνητική βάση αναπτύσσεται και οι τεχνικές διευρύνονται (πχ., διέγερση του νωτιαίου μυελού (SCS), διέγερση ιερών ριζών, διέγερση ραχιαίων γαγγλίων νευρικών ριζών ή διέγερση περιφερικών νεύρων). Πρόκειται για ακριβές παρεμβατικές τεχνικές για ασθενείς ανθεκτικούς σε άλλες θεραπείες. Ως εκ τούτου, είναι σκόπιμο να παρασχεθεί μια λεπτομερής ανασκόπηση σε αυτή την δημοσίευση. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι κατευθυντήριες οδηγίες έχουν δημοσιευθεί για την SCS στον νευροπαθητικό πόνο [444]. Αυτό τονίζει τα ανωτέρω σχόλια. Αυτές οι οδηγίες προτείνουν μια δοκιμαστική περίοδο διέγερσης πριν την πλήρη εφαρμογή.

Η νευροτροποποίηση εξακολουθεί να αναζητά τον ρόλο της στην διαχείριση του πυελικού πόνου. Υπάρχουν προοδευτικά αυξανόμενες ενδείξεις σε μελέτες με μικρές σειρές περιστατικών ή πιλοτικές, αλλά απαιτείται πιο λεπτομερής έρευνα.Ο ρόλος της στην υπερλειτουργική ουροδόχο κύστη και την ακράτεια κοπράνων είναι πιο ισχυρός, αλλά είναι περιορισμένος όσον αφορά τον πόνο.

▶ Σύνδρομο κυστικού άλγους

Μια συγκριτική μελέτη της νευροτροποποίησης του ιερού νευρικού πλέγματος έναντι της νευρικής διέγερσης

του αιδοιικού νεύρου, έδειξε ότι συνολική βελτίωση παρουσίασαν 44% και 59% των ασθενών αντίστοιχα. Οι περισσότεροι ασθενείς που εξετάστηκαν και στις επιλογές επέλεξε την νευρική διέγερση του αιδοιικού νεύρου ως καλύτερη λύση. Κατά την παρακολούθηση έδειξαν σημαντική βελτίωση στην ούρηση αλλά και στα επικυρωμένα ερωτηματολόγια για το χρόνιο κυστικό άλγος.
Πάνω από το 90% των ασθενών που υποβλήθηκε σε νευροτροποποίηση θα επέλεγε και πάλι την επανεμφύτευση.
Τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα επιβεβαιώθηκαν σε μια αναδρομική μελέτη ασθενών από το 1994 έως το 2008. Μόνιμη εμφύτευση νευροτροποποίησης του ιερού νευρικού πλέγματος διεξήχθη σε ασθενείς που εμφάνισαν τουλάχιστον 50% βελτίωση των συμπτωμάτων σε μια προσωρινή δοκιμασία περιφερειακής αξιολόγησης των νεύρων. Η μέση παρακολούθηση ήταν 61,5 μήνες. Καλή μακροπρόθεσμη επιτυχία παρατηρήθηκε στο 72%, με ποσοστό εκφύτευσης 28%. Η πιο συχνή αιτία για την εκφύτευση ήταν η κακή έκβαση (54% των αποτυχόντων ασθενών), ενώ τα ποσοστά αναθεώρησης έφτασαν το 50%. Σε μια μελέτη γυναικών ασθενών που υποβλήθηκαν σε μόνιμη εμφύτευση συσκευής από το 2002 έως το 2004, η μέση τιμή του προ/μετεγχειρητικού πυελικού πόνου και της έπειξης / συχνότητας ήταν 21,61 ± 8,6 / 9,22 ± 6,6, ενώ στην μέση προ- / μετεγχειρητική οπτική αναλογική κλίμακα πόνου ήταν 6.5 ± 2.9 / 2.4 ± 1.1. ο μέσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 86 ± 9,8 μήνες. Η νευροτροποποίηση του ιερού νευρικού πλέγματος έδειξε επαρκή βελτίωση για τα συμπτώματα του εμμένοντος κυστικού άλγους, ενώ το ποσοστό επανεπέμβασης ήταν 25%.

▶ Νευραλγία αιδοιικού νεύρου

Η νευραλγία του αιδοιικού νεύρου, αντιπροσωπεύει μια περιφερειακή νευρική βλάβη και ως τέτοια θα πρέπει να ανταποκριθεί στις νευροτροποποιήσεις από εμφυτεύματα που παράγουν ερεθίσματα. Ωστόσο, είναι σημαντικό η διέγερση να γίνεται αντιληπτή στην ίδια θέση με τον πόνο. Η διέγερση του νωτιαίου μυελού μπορεί να είναι αποτελεσματική για τα θωρακο-οσφυϊκά προσαγωγά μονοπάτια. Ωστόσο, είναι
δύσκολο να ληφθούν τα κατάλληλα ερεθίσματα από την διέγερση του νωτιαίου μυελού για τα ιερά νεύρα συμπεριλαμβανομένου του αιδοιικού. Υπάρχει περιορισμένη εμπειρία με την διέγερσης της ρίζας του ιερού και έτσι, η διέγερση για την νευραλγία του αιδοιικού θα πρέπει να πραγματοποιείται μόνο σε εξειδικευμένα κέντρα και σε κέντρα που μπορεί να προσφέρουν διεπιστημονική φροντίδα.

▶ Σύνδρομο χρόνιου πρωκτικού πόνου

Σε μια μεγάλη ομάδα με 170 ασθενείς με λειτουργικό πρωκτικό πόνο από το Νοσοκομείο του Αγίου Μάρκου (Harrow, Middlesex, Ηνωμένο Βασίλειο), η νευρική διέγερση του ιερού χρησιμοποιήθηκε σε 3 ασθενείς (2 βελτιώθηκαν), ενώ η βιοανάδραση που ήταν η πλέον χρησιμοποιούμενη, εμφάνισε το καλύτερο αποτέλεσμα σε ασθενείς με δυσλειτουργία στην κένωση (29 ασθενείς, 17 βελτιώθηκαν). Η νευροτροποποίηση του ιερού, έχει αναφερθεί ότι είναι κάπως ευεργετική σε δύο μη ελεγχόμενες μελέτες, που δείχνουν βελτίωση στο ήμισυ περίπου των ασθενών. Φαίνεται ότι μπορεί να είναι μια επιλογή σε ασθενείς με χρόνιο πυελικό άλγος που απέτυχαν να ανταποκριθούν στην βιοανάδραση και στην φαρμακευτική θεραπεία.
Η λιγότερο επεμβατική διαδερμική νευρική διέγερση του κνημιαίου νεύρου δοκιμάστηκε σε 12 γυναίκες με χρόνιο πυελικό άλγος διάρκειας τουλάχιστον 6 μηνών και έδειξε μια βελτίωση στον πόνο, στην ποιότητα ζωής και τη σεξουαλική ζωή. Δεν χρησιμοποιήθηκαν ομάδες ελέγχου σε καμία από τις δύο αναφερθείσες μελέτες, περιορίζοντας έτσι την αξία τους διότι ένα σημαντικά εικονικό αποτέλεσμα δεν μπορεί να αποκλειστεί.

5.3.3 ΝΕΥΡΙΚΑ ΜΠΛΟΚ

Τα μπλοκ των νεύρων για την αντιμετώπιση του πόνου συνήθως πραγματοποιούνται από ειδικούς στον τομέα του πόνου ως μέρος μιας ευρύτερης διαχείρισης του πόνου. Μπορούν να έχουν διαγνωστικό ή θεραπευτικό ρόλο. Έχουν γραφτεί εγχειρίδια για το θέμα και οι επαγγελματίες θα πρέπει να εκπαιδεύονται σε επιλεγμένους ασθενείς, με τις σωστές ενδείξεις, σταθμίζοντας τους κινδύνους και τα οφέλη. Πολλές τέτοιες παρεμβάσεις απαιτούν επίσης την κατανόηση και την τεχνογνωσία στη χρήση απεικονιστικών τεχνικών για την εκτέλεση των μπλοκ με ακρίβεια. Είναι δύσκολο να ερμηνεύσουμε διαγνωστικά μπλοκ λόγω των πολύπλοκων μηχανισμών που το σύνδρομο. Το συνεχόμενο αλλά περιορισμένο όφελος μπορεί να μας οδηγήσει σε πιο μόνιμες διαδικασίες (π.χ., διαδικασίες ραδιοσυχνότητας), ενώ υπάρχει μια μικρή βάση δεδομένων για τις παρεμβάσεις αυτές σε χρόνιο πόνο που δεν οφείλεται σε κακοήθεια.

▶ Νευραλγία αιδοιικού νεύρου

Ο ρόλος των ενέσεων μπορεί να χωριστεί στα δύο. Αρχικά, μια ένεση τοπικού αναισθητικού και στεροειδούς στη νευρική βλάβη μπορεί να παράξει μια θεραπευτική δράση. Οι πιθανοί λόγοι για αυτό σχετίζονται με το γεγονός ότι τα στεροειδή μπορεί να μειώσουν οποιαδήποτε φλεγμονή και οίδημα στο σημείο του ερεθισμού των νεύρων, αλλά και επειδή τα στεροειδή μπορεί να εμποδίσουν την δίαυλο νατρίου και την μείωση του ερεθισμού από το νεύρο. Το δεύτερο πιθανό όφελος είναι διαγνωστικό. Έχει ήδη αναφερθεί ότι το αιδοιικό νεύρο μπορεί να τραυματιστεί σε πολλές διαφορετικές θέσεις. Διαφορετικά μπλοκ στο γεννητικό νεύρο βοηθούν στην παροχή πληροφοριών σχετικά με την θέση όπου το νεύρο μπορεί να είναι εγκλωβισμένο.
Διείσδυση στο ισχιακό πλέγμα απαιτεί τη χρήση ενός διεγέρτη/εντοπιστή νεύρου, ενώ μπορεί να σημειωθούν τόσο σωματικές (πρωκτική σύσπαση) αλλά και αισθητικές παράμετροι. Ανατομικά μπορεί να γίνει με ακτινοσκόπηση, CT καθοδήγηση, ή με την χρήση υπερήχων. Με τους υπερήχους αποφεύγετε οποιαδήποτε ακτινοβολία, ενώ η CT

καθοδήγηση περιλαμβάνει μια σημαντική ποσότητα ακτινοβολίας. Επί του παρόντος, η ακτινοσκόπηση είναι ίσως η τεχνική απεικόνισης που χρησιμοποιείται πιο συχνά, διότι είναι ευκόλως διαθέσιμη στους περισσότερους αναισθησιολόγους που εκτελούν τα μπλοκ. Σήμερα, η διήθηση του αιδοιικού νεύρου εντός του σωλήνα του Alcock γίνεται με τη χρήση CT. Επίσης, λόγω της έγχυσης γύρω από το αιδοιικό νεύρο, μπορεί να γίνουν μπλοκ και άλλων νεύρων που έρχονται από τη λεκάνη. Τέλος, η διέγερση με παλμικές ραδιοσυχνότητες έχει επίσης προταθεί ως θεραπεία.

5.4 Περίληψη των στοιχείων και των συστάσεων: αντιμετώπιση

5.4.1 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΥΕΛΙΚΟΥ ΑΛΓΟΥΣ

Περίληψη των στοιχείων	**LE**
Η κατευθυνόμενη θεραπεία φαινοτύπων μπορεί να βελτιώσει την επιτυχία της θεραπείας.	3
Οι α-αποκλειστές έχουν μέτρια θεραπευτική δράση στον συνολικό πόνο, την ούρηση και την ποιότητα ζωής στο πυελικό άλγος.	1a
Η αντιμικροβιακή θεραπεία έχει μέτρια δράση στον συνολικό πόνο, την ούρηση και την ποιότητα ζωής στο πυελικό άλγος.	1a
Τα ΜΣΑΦ έχουν μέτρια συνολική θεραπευτική δράση στο πυελικό άλγος.	1a
Η φυτοθεραπεία παρουσίασε κάποιες ευεργετικές επιδράσεις στον πόνο και στη γενική θεραπευτική ανταπόκριση στο πυελικό άλγος.	1a
Η πολυθειική πεντοσάνη (pentosan polysulphate) βελτιώνει τη συνολική εκτίμηση και τη βαθμολογία της ποιότητας ζωής στο πυελικό άλγος.	1b
Δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα για την αποτελεσματικότητα των μυοχαλαρωτικών στο πυελικό άλγος.	2b
Η πρεγκαμπαλίνη (pregabalin) δεν είναι αποτελεσματική για τη θεραπεία του πυελικού άλγους.	1b
Οι ενέσεις BTX-A στο πυελικό έδαφος μπορεί να έχει μέτρια επίδραση στο πυελικό άλγος.	2b
Η διέγερση του οπίσθιου κνημιαίου νεύρου είναι πιθανόν αποτελεσματική στη θεραπεία του πυελικού άλγους.	1b
Δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα που να υποστηρίζουν τη χρήση άλλων χειρουργικών θεραπειών, όπως η διουρηθρική τομή του κυστικού αυχένα, η διουρηθρική εκτομή του προστάτη, ή η ριζική προστατεκτομή σε ασθενείς με πυελικό άλγος.	3
Η σχεδιασμένη για το πυελικό άλγος γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία μπορεί να βελτιώσει τον πόνο και τη ποιότητα ζωής.	3

Συστάσεις	**GR**
Προσφέρονται πολυπαραγοντικές και φαινοτυπικά κατευθυνόμενες θεραπευτικές επιλογές για το πυελικό άλγος	A
Η μεμονωμένη χρήση αντιμικροβιακής θεραπείας (κινολόνες ή τετρακυκλίνες) συνιστάται σε ασθενείς που δεν είχαν λάβει θεραπεία ξανά για τουλάχιστον 6 εβδομάδες και διάρκεια πυελικού άλγους < 1έτους.	A
Οι α-αποκλειστές συνιστώνται στους ασθενείς με διάρκεια του πυελικού άλγους < 1 έτους.	A
Η υψηλή δόση πολυθειικής πεντοσάνης συνιστάται στο πυελικό άλγος.	A
Η χρήση των ΜΣΑΦ συνιστάται στο πυελικό άλγος, αλλά πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι παρενέργειές τους κατά τη μακροχρόνια χρήση τους.	B
Για το πυελικό άλγος με σημαντική ψυχολογική καταπόνηση, συνιστάται η ψυχολογική θεραπεία που επικεντρώνεται στο πυελικό άλγος.	B

5.4.2 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΥΣΤΙΚΟΥ ΑΛΓΟΥΣ

Περίληψη των αποδεικτικών στοιχείων	LE
Δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα για τη μακροχρόνια χρήση κορτικοστεροειδών.	3
Περιορισμένα δεδομένα υπάρχουν για την αποτελεσματικότητα της σιμετιδίνης στο κυστικό άλγος.	2b
Η αμιτριπτυλίνη είναι αποτελεσματική στον πόνο και στα συμπτώματα που σχετίζονται με το κυστικό άλγος.	1b
Η θεραπεία από το στόμα με νατριούχα πολυθειική πεντοσάνη είναι αποτελεσματική για το πόνο και τα σχετιζόμενα με το κυστικό άλγος συμπτώματα.	1a
Η χορήγηση νατριούχας πολυθειικής πεντοσάνης από το στόμα μαζί με υποδόρια ηπαρίνη είναι δραστική στο πόνο και στα συμπτώματα που σχετίζονται με το κυστικό άλγος, ειδικότερα σ' αυτούς που αρχικά έχουν χαμηλή ανταπόκριση στη μονοθεραπεία με νατριούχο πολυθειική πεντοσάνη.	1b
Η ενδοκυστική λιδοκαΐνη μαζί με διττανθρακικό νάτριο είναι δραστική βραχυπρόθεσμα.	1b
Η ενδοκυστική χορήγηση νατριούχας πολυθειικής πεντοσάνης είναι αποτελεσματική, βασίζεται σε περιορισμένα στοιχεία, και μπορεί να ενισχύει τη θεραπεία από το στόμα.	1b
Υπάρχουν περιορισμένα δεδομένα για την αποτελεσματικότητα της ηπαρίνης ενδοκυστικά.	3
Η ενδοκυστική χορήγηση χονδροϊτίνης μπορεί να είναι αποτελεσματική	2b
Υπάρχουν ανεπαρκή στοιχεία για τη χρήση της κυστικής διάτασης ως θεραπευτικής παρέμβασης.	3
Η υδροδιάταση μαζί με BTX-A είναι ανώτερη από την υδροδιάταση μόνο.	1b
Η ενδοκυστική έγχυση BCG δεν είναι αποτελεσματική στο κυστικό άλγος.	1b
Η διουρηθρική εκτομή (πήξη και λέιζερ) μπορεί να είναι αποτελεσματική στο κυστικό άλγος τύπου 3C.	3
Η νευροδιέγερση του ιερού πλέγματος μπορεί να είναι αποτελεσματική στο κυστικό άλγος.	3
Η διέγερση του αιδοιικού νεύρου είναι ανώτερη της διέγερσης του ιερού για τη θεραπεία του κυστικού άλγους.	1b
Η αποφυγή ορισμένων τροφών και ποτών ίσως ελαττώνει τα συμπτώματα.	3
Τα αποτελέσματα της κυστεκτομής για το κυστικό άλγος ποικίλουν.	3

Συστάσεις	GR
Προσφέρονται πολυπαραγοντικές και φαινοτυπικά κατευθυνόμενες θεραπευτικές επιλογές για το κυστικό άλγος.	A
Οι πολύτροπες συμπεριφορικές, φυσικές και ψυχολογικές τεχνικές, θα πρέπει πάντα να λαμβάνονται υπόψη παράλληλα με τις από το στόμα ή τις επεμβατικές θεραπείες για το κυστικό άλγος .	A
Χορήγηση αμιτριπτυλίνης για το κυστικό άλγος.	A
Χορήγηση από του στόματος νατριούχας πολυθειικής πεντοσάνης για τη θεραπεία του κυστικού άλγους.	A
Η θεραπεία με από του στόματος νατριούχας πολυθειικής πεντοσάνης μαζί με ηπαρίνη υποδορίως ενδείκνυται σε αυτούς ειδικότερα που ανταποκρίθηκαν λίγο στη νατριούχα πολυθειική πεντοσάνη.	A
Χορήγηση λιδοκαΐνης ενδοκυστικά μαζί με διττανθρακικό νάτριο πριν από τις πιο επεμβατικές μεθόδους.	A
Χορήγηση ενδοκυστικά νατριούχας πολυθειικής πεντοσάνης πριν τις πιο επεμβατικές θεραπείες μόνη ή σε συνδυασμό με νατριούχας πολυθειικής πεντοσάνης από το στόμα.	A
Χορήγηση υποβλεννογόνιας ένεσης BTX-A μαζί με υδροδιάταση της κύστης, εάν οι θεραπείες με ενδοκυστικές εγχύσεις αποτύχουν.	A
Όλες οι επεμβάσεις αφαίρεσης του οργάνου πρέπει να αποτελούν την έσχατη λύση για έμπειρους καταρτισμένους χειρουργούς με το κυστικό άλγος.	A
Προτείνεται η ενδοκυστική έγχυση υαλουρονικού οξέος πριν από πιο επεμβατικές λύσεις.	B
Προτείνεται την ενδοκυστική έγχυση θειϊκής χονδροϊτίνης πριν από πιο επεμβατικές λύσεις.	B

Προτείνεται η διουρηθρική εκτομή (πήξη ή λέιζερ) βλαβών της ουροδόχου κύστης, αλλά μόνο στο τύπο 3C του κυστικού άλγους.	B
Προτείνεται η νευροδιέγερση πριν τις περισσότερο επεμβατικές παρεμβάσεις.	B
Προτείνονται οι διαιτητικές συμβουλές.	C
Προτείνεται η χορήγηση ενδοκυστικά ηπαρίνης πριν τα πιο επεμβατικά μέτρα μόνη ή σε συνδυασμένη θεραπεία.	C
Προτείνεται ενδοκυστική ένεση BTX-A στο κυστικό τοίχωμα και στο τρίγωνο εάν οι θεραπείες με ενδοκυστικές εγχύσεις έχουν αποτύχει.	C
Τα κορτικοστεροειδή δε συνιστώνται για μακροχρόνια θεραπεία.	C
Η διάταση της ουροδόχου κύστης δε συνιστάται ως θεραπεία του κυστικού άλγους.	C

5.4.3 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΤΟΥ ΟΣΧΕΪΚΟΥ ΠΟΝΟΥ

Περίληψη των αποδεικτικών στοιχείων	**LE**
Η μικροχειρουργική απονεύρωση του σπερματικού τόνου είναι μια αποτελεσματική θεραπεία του συνδρόμου οσχεϊκού πόνου.	2b
Η αναστόμωση των σπερματικών πόρων είναι αποτελεσματική στον μετά την απολίνωσή τους πόνο.	2b
Η ορχεκτομή είναι η έσχατη λύση στη θεραπεία του συνδρόμου του οσχεϊκού πόνου.	4

Συστάσεις	**GR**
Έναρξη με τις γενικές θεραπευτικές επιλογές για το χρόνιο πυελικό πόνο	A
Ενημερώνουμε σχετικά για τον κίνδυνο του πόνου μετά την βαζεκτομη όταν ενημερώνουμε τους ασθενείς που προγραμματίζονται για την απολίνωση των σπερματικών πόρων .	A
Για να μειώσουμε το κίνδυνο οσχεϊκού πόνου, συνιστάται η ανοιχτή αντί της λαπαροσκοπικής αποκατάστασης της κήλης.	A
Συνιστάται κατά τη διάρκεια αποκατάστασης της βουβωνοκήλης να εντοπίζονται όλα τα νεύρα του σπερματικού τόνου.	A
Για τους ασθενείς που θεραπεύονται χειρουργικά, έχει ένδειξη η μικροχειρουργική απονεύρωση του σπερματικού τόνου.	A
Συνιστάμε να μη γίνεται ορχεκτομή, εκτός αν όλες οι άλλες θεραπείες, συμπεριλαμβανομένου και της αξιολόγησης αντιμετώπισης του πόνου έχουν αποτύχει.	C

5.4.4 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΤΟΥ ΟΥΡΗΘΡΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ

Περίληψη των αποδεικτικών στοιχείων	**LE**
Δεν υπάρχει ειδική θεραπεία για το σύνδρομο του ουρηθρικού πόνου	
Στους ασθενείς με σημαντική ψυχική ένταση που συνδέεται με κυστικά ή ουρηθρικά συμπτώματα, η ψυχολογική θεραπεία ίσως αξίζει να πραγματοποιείται για να μειώσει την δυσφορία και ως εκ τούτου να βελτιώσει τη λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής.	

Συστάσεις	**GR**
Έναρξη με τις γενικές θεραπευτικές επιλογές για τον πυελικό πόνο.	<
Συνιστάται στους ασθενείς με σύνδρομο ουρηθρικού πόνου να αντιμετωπίζονται με ένα διεπιστημονικό και πολύπλευρο πρόγραμμα.	B
Όταν οι ασθενείς είναι ψυχικά επιβαρυμένοι, συνιστάται η παραπομπή τους για την θεραπεία του ψυχολογικά σχετιζόμενου πόνου για να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους.	B

5.4.5 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΤΥΧΩΝ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΥΕΛΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ

Περίληψη των αποδεικτικών στοιχείων	LE
Θεραπευτικές επιλογές που περιλαμβάνουν τη φαρμακοθεραπεία και τη χειρουργική επέμβαση, μπορούν να αντιμετωπίσουν την ενδομητρίωση αποτελεσματικά.	1b
Η ψυχολογική θεραπεία (γνωσιακή συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία ή υποστηρικτική 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 πρόπτωσης πυελικού οργάνου και της γυναικολογικής κακοήθειας) μπορεί να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά με τη χρήση φαρμακοθεραπείας.	3

Συστάσεις	GR
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

5.4.6 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΤΟΥ ΟΡΘΟΠΡΩΚΤΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ

Περίληψη των αποδεικτικών στοιχείων	LE
Η βιοανάδραση είναι η προτιμώμενη θεραπεία για το σύνδρομο χρόνιου πρωκτικού πόνου.	1a
Η ηλεκτρο-γαλβανική διέγερση είναι λιγότερο αποτελεσματική από τη βιοανάδραση.	1b
Η αλλαντική τοξίνη είναι αποτελεσματική.	1b
Η διαδερμική διέγερση του κνημιαίου νεύρου είναι αποτελεσματική στο πρωκτικό πόνο.	1b
Η ιερή νευροτροποποίηση είναι αποτελεσματική στο πρωκτικό πόνο.	3
Η εισπνεόμενη σαλβουταμόλη είναι αποτελεσματική στο σύνδρομο διαλείποντος χρόνιου πρωκτικού πόνου.	3

Συστάσεις για τον λειτουργικό ορθοπρωκτικό πόνο	GR
Η θεραπεία με βιοανάδραση συνιστάται σε ασθενείς με πυελικό πόνο και δυσσυνεργική αφόδευση.	A
Προτείνεται η αλλαντική τοξίνη και η ηλεκτρο-γαλβανική διέγερση στο σύνδρομο χρόνιου πρωκτικού πόνου.	B
Προτείνεται η διαδερμική διέγερση του κνημιαίου νεύρου στο σύνδρομο χρόνιου πρωκτικού πόνου.	B
Προτείνεται η ιερή νευροτροποποίηση στο σύνδρομο χρόνιου πρωκτικού πόνου.	C
Προτείνεται η εισπνεόμενη σαλβουταμόλη στο σύνδρομο διαλείποντος χρόνιου πρωκτικού πόνου.	C

5.4.7 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΙΔΟΙΙΚΗΣ ΝΕΥΡΑΛΓΙΑΣ

Περίληψη των αποδεικτικών στοιχείων	LE
Υπάρχουν πολλές θεραπευτικές επιλογές με διαφορετικά επίπεδα αποδεικτικών στοιχείων.	3

Συστάσεις	GR
Οι κατευθυντήριες οδηγίες του νευροπαθητικού πόνου είναι καλά καθορισμένες. Πρέπει να χρησιμοποιούνται συγκεκριμένες προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση του νευροπαθητικού πόνου.	A

5.4.8 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΝ ΠΤΥΧΩΝ ΤΟΥ CPP

Περίληψη των αποδεικτικών στοιχείων	LE
Η φυσιοθεραπεία των μυών του πυελικού εδάφους μπορεί να προσφέρει ανακούφιση από το πόνο και να ελαττώσει τα σεξουαλικά παράπονα.	2b

Συστάσεις	GR
Προτείνεται στρατηγική αλλαγής συνηθειών στον ασθενή και στον/στην σύντροφό του για την αντιμετώπιση των σεξουαλικών δυσλειτουργιών.	B
Συνιστάται άσκηση των μυών του πυελικού εδάφους για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και της σεξουαλικής λειτουργίας.	B

5.4.9 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΠΥΕΛΙΚΟΥ ΕΔΑΦΟΥΣ

Περίληψη των αποδεικτικών στοιχείων	LE
Η μυοπεριτονιακή θεραπεία είναι αποτελεσματική.	1b
Η βιοανάδραση βελτιώνει τα αποτελέσματα της μυοπεριτονιακής θεραπείας.	1a
Η ενεργοποίηση του σημείου έκλυσης είναι αποτελεσματική στη θεραπεία των μυών και στον αναφερόμενο πόνο.	1a

Συστάσεις	GR
Εφαρμογή της μυοπεριτονιακής θεραπείας ως θεραπεία πρώτης γραμμής.	A
Σε ασθενείς με υπερλειτουργικό πυελικό έδαφος, η βιοανάδραση ενδείκνυται ως επικουρική θεραπεία της μυϊκής άσκησης.	A
Όταν ανευρεθεί το μυοπεριτονιακό σημείο έκλυσης, συνιστάται η θεραπεία με πίεση ή με βελονισμό.	A

5.4.10 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ/ΜΗ ΟΞΕΟΣ ΟΥΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ ΜΕ ΟΠΙΟΕΙΔΗ

Συστάσεις	GR
Όλες οι άλλες συντηρητικές θεραπείες πρέπει να έχουν δοκιμαστεί και αποτύχει.	A
Η απόφαση για την έναρξη μακροχρόνιας θεραπείας με οπιοειδή θα πρέπει να λαμβάνεται από κατάλληλα εκπαιδευμένο ειδικό, σε συνεννόηση με άλλο γιατρό (συμπεριλαμβανομένου του ασθενή και του οικογενειακού του γιατρού).	A
Σε περίπτωση που υπάρχει ιστορικό ή υποψία κατάχρησης ναρκωτικών, ένας ψυχίατρος ή ψυχολόγος με εξειδίκευση στη διαχείριση του πόνου και της εξάρτησης από τα ναρκωτικά πρέπει να εμπλακεί.	A

6 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

6.1 Αξιολόγηση της θεραπείας

Για τους ασθενείς με χρόνιο σπλαχνικό πόνο, μια επίσκεψη στο κλινικό είναι σημαντική επειδή μπορεί να κάνει ερωτήσεις, να συζητήσει σχετικά για την διαδικασία της θεραπείας του, αλλά και να περάσει λίγο χρόνο με τον θεράποντα ο οποίος μπορεί και καταλαβαίνει τη φύση του πόνου τους. Για να δούμε αν η θεραπεία ήταν επιτυχής ή όχι, η πρώτη αξιολόγηση θα πρέπει να πραγματοποιηθεί μετά από περίπου έξι εβδομάδες. Από την άλλη, όταν έχουν γίνει περαιτέρω προσαρμογές μπορεί να προγραμματιστεί μια περαιτέρω αξιολόγηση.

6.1.1 Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΕΝ ΗΤΑΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ

6.1.1.1 Εναλλακτική θεραπεία

Σε περιπτώσεις που η αρχική θεραπεία δεν ήταν αρκετά αποτελεσματική, συνιστάται μια εναλλακτική θεραπευτική προσέγγιση. Ένα από τα πρώτα πράγματα που πρέπει να γίνουν είναι η αξιολόγηση των ασθενών, αλλά και της θεραπευτικής αγωγής που αρχικά προτάθηκε. Θα πρέπει να ρωτήσουμε τους ασθενείς για το αν λάμβαναν την θεραπεία σύμφωνα με την συνταγή, αν υπήρχαν παρενέργειες και αν υπήρχαν κάποιες αλλαγές στον πόνο αλλά και την λειτουργία τους. Η προσαρμογή στα θεραπευτικά σχήματα και στην δοσολογία θα μπορούσε να βοηθήσει. Ένα επίσης σημαντικό πράγμα που θα πρέπει να γίνει είναι να ενημερωθούμε για την θεραπεία που προηγήθηκε από τους προηγούμενους θεράποντες (π.χ. ψυχολόγο). Ήταν η θεραπεία αποτελεσματική; Σημειώθηκαν ή παρατηρήθηκαν κάποιες αλλαγές; Από την άλλη, εάν και εφόσον οι ασθενείς σταμάτησαν την θεραπεία μόνοι τους, θα μπορούσαμε να ρωτήσουμε το σκεπτικό αυτής της απόφασης.

6.1.1.2 Παραπομπή σε άλλο θεραπευτικό κέντρο

Εάν οι ασθενείς και οι θεράποντες φτάσουν στο συμπέρασμα ότι καμία από τις θεραπείες που προτάθηκαν και εφαρμόστηκαν δεν έφερε αποτέλεσμα, συνιστάται η παραπομπή του ασθενούς σε άλλο θεραπευτικό κέντρο. Δυστυχώς, η ορολογία που χρησιμοποιείται για να περιγράψει τη φύση και το επίπεδο των κέντρων που παρέχουν εξειδικευμένη φροντίδα σε ασθενείς με σπλαχνικό τύπου πόνο, δεν είναι τυποποιημένη και εξαρτάται από την κάθε χώρα. Αυτό δεν διευκολύνει τον τρόπο παραπομπής. Συνιστάται, οι ασθενείς να παραπέμπονται σε αναγνωρισμένα εθνικά κέντρα που εξειδικεύονται στον πυελικό πόνο και που θα μπορούν να επαναξιολογήσουν τις προηγούμενες θεραπευτικές προσεγγίσεις παρέχοντας ακόμη πιο εξειδικευμένη θεραπεία.

6.1.1.3 Αυτό-διαχείριση και φροντίδα

Οι ασθενείς που βρίσκονται αντιμέτωποι με χρόνιο πυελικό πόνο για τον οποίο δεν υπάρχει κάποια συγκεκριμένη θεραπευτική επιλογή διαθέσιμη, θα πρέπει να μάθουν να συμβιώνουν με το πρόβλημα τους. Θα πρέπει από μόνοι τους να μάθουν να διαχειρίζονται τον πόνο τους, πράγμα που σημαίνει ότι θα πρέπει να βρούνε ένα τρόπο να διαχειριστούν την επίδραση που μπορεί να έχει ο πόνος στις καθημερινές τους ασχολίες αλλά και σε όλους τους τομείς της ζωής τους. Έτσι, μπορεί κάποιος να συστήσει προγράμματα ενημέρωσης και αυτό-βοήθειας. Αυτοί οι ασθενείς μπορούν επίσης να ωφεληθούν από προγράμματα κοινής φροντίδας, πράγμα που φυσικά σημαίνει ότι ένας από τους θεράποντες πρέπει να είναι διαθέσιμος για την υποστήριξη των στρατηγικών αυτό-διαχείρισης. Μαζί με αυτόν τον θεράποντα, ο ασθενής μπορεί να βελτιστοποιήσει την χρήση των στρατηγικών διαχείρισης.

6.1.2 Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΗΤΑΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ

Σε περιπτώσεις που η θεραπεία ήταν αποτελεσματική, ο θεράποντας θα πρέπει να είναι προσεκτικός στην πρόληψη της υποτροπής. Εάν οι ασθενείς αισθανθούν τον ίδιο πόνο πάλι, οι στρατηγικές αυτοδιαχείρισης που έχουν διδαχθεί στην προηγούμενη θεραπεία, σίγουρα μπορεί να βοηθήσουν σε ένα πρώιμο στάδιο. Με αυτόν τον τρόπο, σίγουρα θα έχουν μια καλή ευκαιρία για πρόληψη αναφορικά με την εμφάνιση του συνδρόμου του χρόνιου πυελικού πόνου.