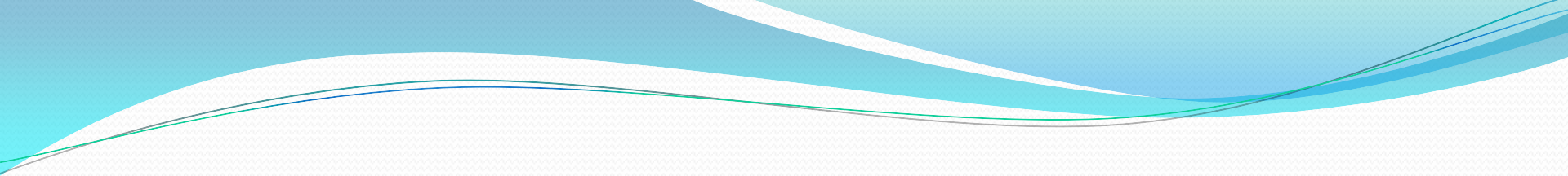


Zespół bólowy miednicy mniejszej

Grzegorz H. Bręborowicz
Klinika Perinatologii i Ginekologii
UM Poznań



Zespół bólowy miednicy mniejszej jest to zespół objawów o bardzo zróżnicowanej etiologii, charakteryzowany jako przynajmniej sześciomiesięczne występowanie dolegliwości bólowych zlokalizowanych w miednicy mniejszej (przedniej ścianie brzucha, poniżej pępka lub w okolicy krzyżowej)

Obserwowany u mężczyzn i kobiet.

Epidemiologia

Częstość zespołu:

od 3,8 do 39%

Kobiety w okresie rozrodczym:

- Dysmenorrhoea - 90%
- Dyspareunia - 46%
- ZBMM - 39%
- Zespół drażliwego jelita - 12%

ZBBM przyczyną 40% laparoskopii i 10-15%
hysterektomii (USA)

Etiologia

Przyczyny ZBMM

- Ginekologiczne
- Układ pokarmowy
- Układ moczowy
- Układ nerwowy
- Układ mięśniowo szkieletowy
- Przyczyny psychologiczne

Etiologia

- Endometrioza
- Zrosty w miednicy mniejszej
- Stany zapalne w miednicy mniejszej
- Śródmiąższowe zapalenie pęcherza moczowego
- Zaburzenia psychiczne
- Zespół przekrwienia miednicy
- Wulwodynia
- Guzy jajników
- Zespół cewki moczowej
-

Etiologia

W 61% nie znana

Czynnik ekonomiczny

**USA – +/- 1 miliard dolarów
rocznie**

Ocena stanu pacjentki w aspekcie ZBMM

- Lokalizacja i rozkład bólu
- Czas trwania bólu
- Czynniki które mogą wywołać lub zintensyfikować dolegliwości bólowe
- Czynniki , które mogą zmniejszyć dolegliwości lub zlikwidować ból
- Typ bólu
- Intensywność bólu w oparciu o odpowiednie skale

1. Sytuacja kliniczna

28 letnia nieródka z endometriozą w wywiadzie zgłosiła się z powodu cyklicznie dolegliwościami w podbrzuszu oraz w nadbrzuszu po stronie prawej

Dotychczas leczona niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi oraz lekami przeciwbólowymi - nieznaczna poprawa.

Przed 6 miesiącami laparoscopia w trakcie której usunięto endometroidalną torbiel jajnika.

Diagnostyka: usg – zmiany na wątrobie, w zatoce Duglasa.

Wlew kontrastowy bz

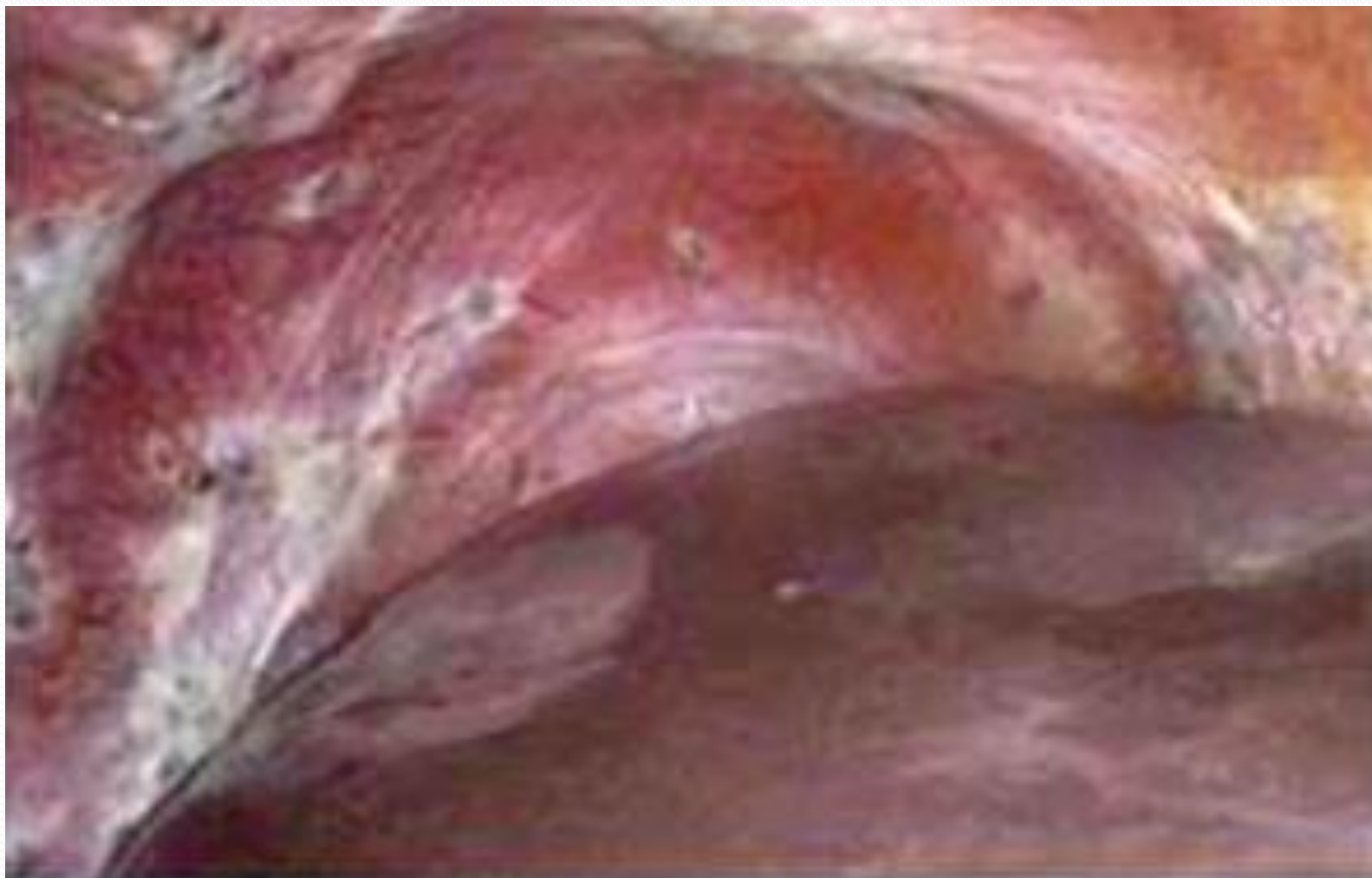
1. Sytuacja kliniczna

Wstępne rozpoznanie: rozlana endometrioza jamy brzusznej.

Decyzja o leczeniu operacyjnym – laparoscopia.

- Usunięcie zmian na przeponie;
- Uwolnienie zrostów, zmian na jelitach;
- Wycięcie zmian w zatoce Douglasa, na więzadłach obłych i szerokich.

1. Sytuacja kliniczna



1. Sytuacja kliniczna



1. Sytuacja kliniczna



1. Sytuacja kliniczna



1. Sytuacja kliniczna

Przebieg pooperacyjny

- Przez 3 miesiące terapia analogami-GnRH (Decapeptyl 3,75mg)
- Kontynuacja terapii estrogenami i gestagenami.
- Po 6 miesiącach terapii ocena satysfakcji w aspekcie układu oddechowego, układu oddechowego, pokarmowego i pęcherza moczowego bardzo wysoka (1 pkt w 10 stopniowej skali oceny satysfakcji z jakości życia).

1/1. Sytuacja kliniczna

46 letnia kobieta zgłaszała dolegliwości bólowe w podbrzuszu oraz w trakcie stosunków płciowych które utrzymują się przez okres od ponad 6 miesięcy.

W badaniu ginekologicznym stwierdzono tkliwość w jamie Douglasa oraz pogrubienie więzadeł maciczo krzyżowych.

Wykonano laparoskopię: usunięto zmianę, która w badaniu histopatologicznym okazała się endometriozą.

Po operacji terapia gestagenami.

1/1. Sytuacja kliniczna

W przebiegu pooperacyjnym po przejściowej poprawie nawrót dolegliwości – dwukrotnie hospitalizowana.

Konsultacje ginekologiczne, chirurgiczne oraz gastroenterologiczne – brak ewidentnej przyczyny pogorszenia.

Po 3 miesiącach ponowna laparoscopia.

Sieć oraz część jelita cienkiego w płaszczyznowym zroście z otrzewną, w miejscu poprzedniego nakłucia troakarem.

Uwolnienie zrostu.

Ustąpienie objawów.

Endometrioza

Jest odpowiedzialna za 1/3 przypadków ZBMM; występuje tylko u 5% kobiet które nie mają objawów ZBMM.

Objawy: ból, dysmenorrhea, dyspareunia, dyschezja, nie związane z cyklem miesięczkowym bóle mięśni powłok brzusznych.

Dolegliwości ulegają nasileniu w sytuacji wielonarządowych zmian.

Zmiany w OUN biorą udział w ekspresji bólu związanego z ZBMM – zmniejszenie istoty szarej regionów mózgu odpowiedzialnych za odczuwanie bólu.

Endometrioza

Rozpoznanie: MRI, laparoscopia, badanie histopatologiczne

ZBMM jest spowodowany przez głęboko naciekającą postać endometriozy.

Bezpośrednią przyczyną dolegliwości bólowych jest ucisk, naciekanie, wzmożone unerwienie (*neural sprouting*) i unaczynienie ognisk endometriozy.

Wzrost stężenia NGF (*nerve growth factor*), VEGF (*vascular endothelial growth factor*).

2. Sytuacja kliniczna

48 letnia wieloródka zgłosiła się z powodu dolegliwości bólowych w podbrzuszu występujących od 3 lat

Wywiad:

- 2 ciążę donoszone ukończone cięciem cesarski – ostatnia przez 15 laty;
- Przed dwoma laty histerektomia z powodu mięśniaków macicy;
- Brak innych istotnych elementów

Dolegliwości bólowe nasilają się w ostatnim okresie a odczucie bólu wynosi 8 w 10. punktowej skali odczuwania bólu.

2. Sytuacja kliniczna

Po wykluczeniu innych potencjalnych przyczyn dolegliwości bólowych jako najbardziej prawdopodobną przyjęto powstanie zrostów w jamie brzusznej po wcześniejszych operacjach chirurgicznych.

Decyzja wykonania laparoskopii.

W trakcie laparoskopii stwierdzono bardzo liczne zrosty o różnym charakterze, które uwolniono w trakcie operacji.

2. Zrosty

Zrosty wewnątrz jamy brzusznej są w 1/3 odpowiedzialne za objawy ZBMM

3. Sytuacja kliniczna

57 kobieta, nałogowa palaczka z cukrzycą typu 2. rozpoznaną przed 15 laty zgłosiła się do szpitala z powodu stałego, dokuczliwego bólu w podbrzuszu, który nasilał się po wypiciu płynu i spożyciu pokarmów. Dolegliwości bólowe tego typu utrzymywały się od 5 lat. W trakcie wcześniejszych badań diagnostycznych nie stwierdzono przyczyny dolegliwości.

Stan pacjentki: od kilku miesięcy stała utrata masy ciała – kacheksja.

W trakcie badania stwierdzono rozlany powierzchowny oraz głęboki ból w podbrzuszu.

3. Sytuacja kliniczna

Pod względem metabolizmu glukozy pacjentka w stanie wyrównanym co wyklucza pseudo cukrzycowe zapalenie otrzewnej.

Wykluczono dolegliwości związane z układem nerwowym – zapalenie korzonków nerwowych.

Endoskopia wykluczyła olegliwości związane z przewodem pokarmowym.

Badanie treści żołądkowe ujemne – wykluczenie *Helicobacter Pylori*.

Badanie układu moczowego – bz.

USG, tomografia komputerowa oraz rezonans magnetyczny jamy brzuszne – bz.

Wykluczenie zapalenia wątroby, tętniaka, zapalenia woreczka żółciowego, zmian w śledzionie....

3. Sytuacja kliniczna

Podejrzanie choroby zatorowej naczyń trzewnych.

Wykonanie angiografii.

Stwierdzono 90% stenozę tętnicy trzewnej oraz całkowitą stenozę tętnicy krezkowej dolnej.

Wykonano przezskórną angioplastykę oraz założono stent do tętnicy krezkowej.

Brak możliwości angioplastyki tętnicy krezkowej.

1 tydzień po operacji dolegliwości bólowe zaczęły ustępować.

Po 2-ch miesiącach przybór masy ciała i ustąpienie dolegliwości.

Badania dopplerowskie układu naczyniowego (tętnica szyjna oraz naczynia kończyn dolnych) nie wykazały zmian obturacyjnych.

4. Sytuacja kliniczna

Wieloródka (3 porody o czasie w tym 1. ukończony cięciem cesarskim; ostatni poród przed 11 laty) skarży się na bóle w prawym podbrzuszu utrzymujące się z przerwami od kilku miesięcy.

Badania laboratoryjne w normie.

Badanie ultrasonograficzne: w rzucie prawych przydatków zmiana cystyczno-lita rozciągająca się do Zatoki Douglasa (6x3x5cm).

W związku z podejrzeniem przewlekłego stanu zapalnego przez kilka tygodni leczona antybiotykami

4. Sytuacja kliniczna

W związku z brakiem poprawy po terapii zachowawczej decyzja o wykonaniu laparoskopii.

W trakcie operacji stwierdzono zmianę, która wyglądem przypominała „starą” ciążę ektopową.

Usunięcie prawych przydatków.

Histopat: w preparacie widoczne martwiczo zmienione kosmki

Przebieg pooperacyjny prawidłowy; ustąpienie dolegliwości bólowych w podbrzuszu. Po 6 miesiącach kolejna ciąża.

5. Sytuacja kliniczna

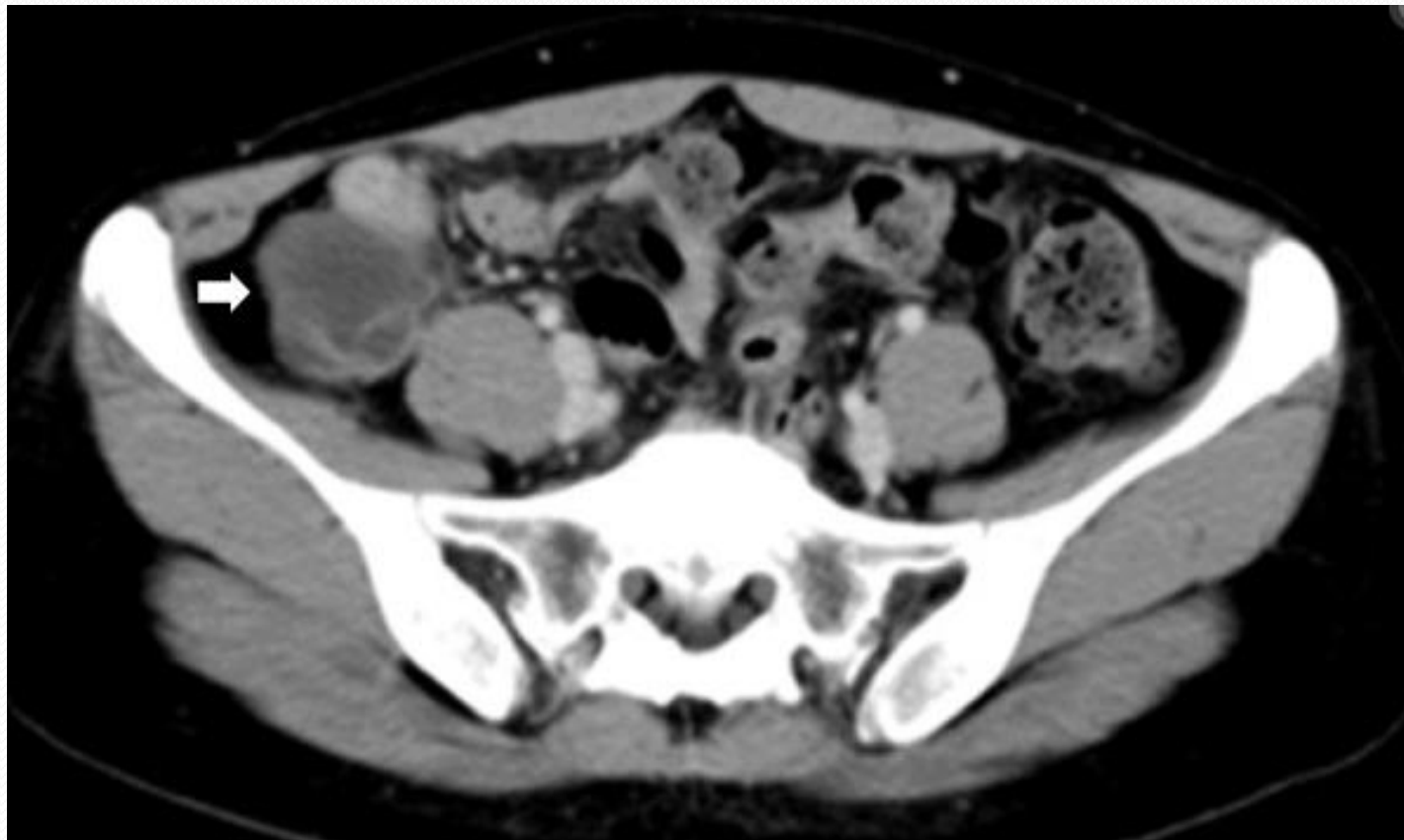
41 letnia nieródka cierpiała od kilku lat na dolegliwości bólowe w prawym podbrzuszu, którym towarzyszyły częste dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego (diarrhea).

W trakcie kolonoskopii jedyną obserwacją było uwypuklenie jelita na wysokości wyrostka robaczkowego

Tomografia komputerowa – 6cm zmiana wychoząca z okolicy wyrostka robaczkowego z gęstą treścią (śluz?).

MRI potwierdziło powyższe badanie.

5. Sytuacja kliniczna



Tomografia jamy brzusznej

5. Sytuacja kliniczna

Rozpoznanie wstępne: guz okolicy wyrostka robaczkowego.

Badania laboratoryjne: CEA oraz inne ujemne

Wykonano laparotomię: stwierdzono zmianę o średnicy 2 cm w odległości 7 cm od zastawki zastawki krętniczo-kątniczej; usunięcie zmiany wraz z wyrostkiem robaczkowym (zaopatrzenie jelita koniec do końca. Węzły chłonne bz.

5. Sytuacja kliniczna



5. Sytuacja kliniczna

5. Sytuacja kliniczna

Badanie histopatologiczne:

- Torbiel śluzowa
- Małe stopnia dysplazja wyrostka robaczkowego
- Endometrioza końcowego fragmentu jelita krętego. Zmiany sięgały do kątnicy bez zajęcia wyrostka robaczkowego.

Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Dolegliwości bólowe ustąpiły.

6. Sytuacja kliniczna

48 letnia pacjentka zgłosiła się do gabinetu lekarskiego z powodu utrzymujących się od 20 lat dolegliwości bólowych w podbrzuszu oraz zaburzeń ze strony układu pokarmowego (wzdęcia, zaparcia) trwające po kilka dni.

W ostatnich 6 miesiącach dołączyły się nudności i dolegliwości bólowe, które budziły ją w ciągu nocy.

Wywiad gin-poł. Prawidłowy

Nie podaje zaburzeń natury psychicznej:
decesja/niepokój.

6. Sytuacja kliniczna

Wywiad ogólny bz.

Stresująca praca – nieregularna o różnej intensywności.

Nie pali; alkohol okazjonalnie (lampka wina).

Badanie fizykalne:

Badania laboratoryjne prawidłowe

Badanie ginekologiczne – polip szyjkowy, wielkość lewego jajnika nieznacznie większa od prawego, cytologia, wymaz z pochwy – bz.

- Usunięcie polipa

Włączenie inhibitorów pompy protonowej oraz objawowego leczenia zespołu drażliwego jelita – brak istotnej poprawy.

6. Sytuacja kliniczna

Diagnostyka w kierunku zespołu drażliwego jelita – kolonoskopia, gastroskopia. Wyniki negatywne.

Powtórzenie badań po kilku tygodniach – brak istotnych zmian.

Po kilku tygodniach w wyniku konsultacyjnych spotkań z psychologiem, który zalecił normalizację warunków pracy oraz unikanie stresów, samoistna poprawa stanu zdrowia.

Przedstawiony przykład jest typowy dla psychologiczno-socjalnej etiologii ZBMM.

Sytuacja kliniczna

- Adenomyosis
- Przewlekłe stany zapalne w miednicy mniejszej
- Nowotwory
- Zaburzenia psychiczne
- Zmiany w układzie nerwowym (rdzeń kręgowy)
- Choroby układu moczowego
- Zmiany w układzie pokarmowym
- Przepukliny
- Choroby pasożytnicze
-

Podsumowanie

Zespół bólowy miednicy mniejszej jest bardzo często spotykanym schorzeniem stanowiącym obecnie bardzo istotny problem kliniczny.

Etiologia ZBMM jest złożona i może dotyczyć różnych narządów kobiety jednocześnie.

ZBMM stanowi problem społeczny i ekonomiczny.

Rozpoznanie może wymagać wielodyscyplinarnych konsultacji oraz zastosowania nowoczesnych narzędzi diagnostycznych.