

A krónikus kismedencei fájdalom okai

Szendei György

A krónikus kismedencei fájdalom hazai gyakoriságáról nem állnak rendelkezésre adatok. A nemzetközi adatok sem egyértelműek ennek megítélésében. A krónikus kismedencei fájdalom komoly erőpróba a betegségben szenvedők számára, de növekvő gyakorisága miatt kihívást jelent az ellátó egészségügyi hálózatnak is. Sok esetben keveset tudunk a kiváltó faktorokról és azok patomechanizmusáról. A kiváltó okok közül leggyakoribbak az endometriosis, a kismedencei gyulladáshoz vezető megbetegedések, a műtétek utáni összenövések. Hasonló tünetekkel járhat az irritábilis bél szindróma, az interstitialis húghólyaggyulladás, a csont- és izomrendszeri vagy az idegrendszeri megbetegedésből fakadó fájdalom is. A fájdalom képződésének és moderálásának idegrendszeri mechanizmusa ismert. A pszichológiai faktorok sem hagyhatók figyelmen kívül. A pszichés állapot egyrészt önmagában fájdalmat generálhat, másrészt befolyásolhatja a fájdalom megélését. Hasonlóan más krónikus megbetegedésekhez, a biopszichoszociológiai modell próbálja integrálni a fájdalom fizikai, pszichológiai és szociális faktorait.

krónikus kismedencei fájdalom, endometriosis, kismedencei gyulladáshoz vezető betegség, laparoszkópia, fájdalom mérése

THE FACTORS BEHIND CHRONIC PELVIC PAIN

There are no data available on the prevalence of chronic pelvic pain syndrome in Hungary. Even international literature provides an equivocal view of this disease. Dealing with the pelvic pain syndrome puts not only the patients in a challenging situation but the health care system as well. In many cases the etiology and the pathophysiology of the disease is not very well known. Endometriosis, pelvic inflammatory diseases and postoperative adhesions are the most frequent causes of the pelvic pain syndrome. However, irritable bowel syndrome, interstitial cystitis and the pain caused by diseases of the musculoskeletal or nervous systems can also be accompanied with similar symptoms. Although the organic mechanisms of the formation and the modulation of pain are well known, the psychological factors should also be taken account. Psychotic status may generate pain on its own, or may influence the experience of the pain. In case of pelvic pain syndrome, similarly to other chronic diseases, the biopsychosocial model tries to integrate the physical, psychological and social factors of the pain.

chronic pelvic pain, endometriosis, pelvic inflammatory disease, laparoscopy, measuring of the pain

dr. Szendei György (levelezési cím/correspondence): Semmelweis Egyetem,
Általános Orvostudományi Kar, I. Sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika/
Semmelweis University, Faculty of Medicine, 1st Department of Obstetrics and Gynecology;
H-1088 Budapest, Baross u. 28.
E-mail: szendei@noi1.sote.hu

Érkezett: 2004. június 7. Elfogadva: 2004. október 12.

A fájdalom az International Association for the study of Pain definíciója alapján kellemetlen szenzoros vagy emocionális élmény; aktuális vagy potenciális szövetkárosodás jellemezheti, vagy a szövetkárosodással egy időben említik (1). *Huskisson* megállapítása alapján a fájdalom egy, az azt megélő személyhez kötött pszichológiai élmény (2). „A fájdalmat értékelnünk kell, ha az azt megélő személy a jelenséget fájdalomként értékeli” (3).

Definíció

Az irodalomban számtalan meghatározás található a krónikus kismedencei fájdalomra. A definíciók az alábbi funkcionális meghatározásra épülnek.

McGurran és *O'Donovan* definíciója: A krónikus kismedencei fájdalom a hat hónapnál hosszabb ideje fennálló, az anatómiai értelemben vett medence területén lokalizálódó fájdalom, amely elég súlyos ahhoz, hogy a megélő funkcionális gyengeségét eredményezi, és sebészi vagy gyógyszeres kezelést igényel (4).

Moore és *Kennedy* a fentiekkel egyetértően hangsúlyozzák, hogy a fájdalom nem kizárólag menstruációhoz és a szexuális együttléthez kötött. A fájdalom a menstruáció után is érzékelhető, vagy a szexuális együttlétet a meglévő fájdalmat fokozhatja (5).

A definícióban való változatosság is jelzi, hogy a krónikus kismedencei fájdalom igen heterogén meghatározás; az egyértelmű, egyszerű diagnózis inkább kivétel, mint általános szabály. A betegség kialakulásában számos társadalmi, szociális és pszichés faktor játszik jelentős szerepet.

Gyakoriság

A krónikus kismedencei fájdalomban szenvedő betegek 60%-ánál nincs pontos diagnózis. Főként a reprodukív korban lévőknél fordul elő. *Steege* szerint e korosztály 16%-a érintett a betegségben (6). Az Egyesült Királyságban az orvosi megkeresések adatainak komputeres feldolgozása alapján a 17–73 év közötti női populációnál a krónikus kismedencei fájdalom prevalen-

ciája 38/1000 volt. Migrén esetében ez 21/1000, asztma bronchiale esetében 37/1000, míg hátfájadalomnál 41/1000-nek bizonyult.

Mathias vizsgálata alapján a 18–50 éves korosztályban a krónikus kismedencei fájdalom gyakorisága 147/1000-nek bizonyult, de a betegeknek csak 25%-a fordult panaszai miatt orvoshoz. A betegek többsége tehát önmaga próbál megbirkózni a betegséggel, az egészségügyi ellátást mellőzve (7, 8).

Az USA-ban minden tizedik hysterectomiát a krónikus kismedencei fájdalom miatt végzik. A krónikus kismedencei fájdalom egészségügyi ellátásának költségeit 88 millió dollár/évre becsülik (4).

A fájdalomérzet patomechanizmusa

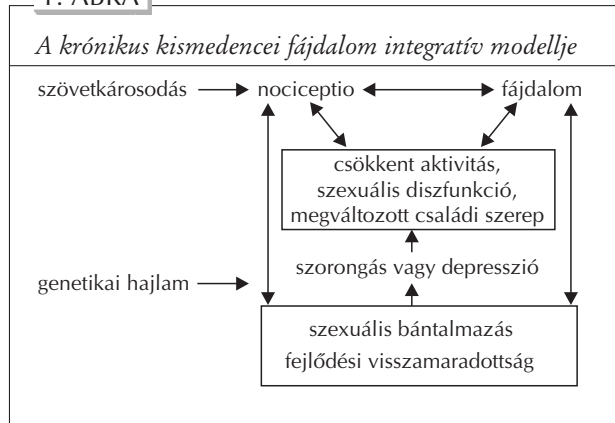
A legelfogadottabb patomechanizmus a *Melzack* által ismertett *fájdalomkapu-elmélet* (9). A fájdalom megélésében különböző típusú idegrostokon keresztül oda-vissza áramló információ játszik szerepet. A fájdalompercepció (megélés) minősége, nagysága számos motivációs és affektív folyamat eredményeként jelentkezik. A fájdalomkapu-elmélet alapján a krónikus kismedencei fájdalom integratív modelljét az 1. ábra ismerteti. A modell alapján a fájdalom kialakulása során különböző fizikai és pszichológiai faktorok korai egymásra hatása feltételezhető. Szinte lehetetlen ezek különválasztása és egy okra való lebontása. A krónikus kismedencei fájdalomra általánosan jellemző, hogy a szövetkárosodás és a krónikus fájdalom mértéke nincs arányban egymással. Végül, de nem utolsósorban, ahol összetett faktorok szerepelnek okként, az egyiknek a kezelése csak részleges javulást eredményez. A részleges javulás viszont úgy a beteg, mint az orvos frusztráltságát idézheti elő.

Hogyan korrelálnak a klinikai vizsgálatok adatai a fájdalomkapu-elmélettel?

Walker adatai alapján krónikus kismedencei fájdalomban szenvedő betegeknél magas incidenciával fordulnak elő párkapcsolati gondok és szexuális diszfunkció; ezeket általánosságban a krónikus kismedencei fájdalom következményeiként értékeljük. A *Melzack* által ismertett fájdalomkapu-elmélethez hasonlóan más klinikai vizsgálatok is bizonyítják, hogy a különböző krónikus fájdalom szindrómákban a kiváltó ok már a krónikus kismedencei fájdalom kezdetén jelen van (10, 11).

Gyakran felvetődik a kérdés, hogy a talált elváltozás okozta szövetkárosodás arányban áll-e a krónikus kismedencei fájdalom mértékével? Vizsgálatok támasztják alá, hogy a krónikus kismedencei fájdalomban szenvedő betegeknél az endometriosisnak és az adhaesiónak nagyobb a prevalenciája, mint más csoportokban. Azonban a betegség kiterjedtsége és az okozott panaszok nincsenek arányban egymással (12, 13). A fájdalomkapu-elmélet – a fájdalomkeltő szövetkárosodások mellett – hangsúlyozza a motivációs és affektív állapotok moduláló szerepét a krónikus kismedencei fájdalom kialakulásában és mértékében.

1. ÁBRA



Okok

A nőgyógyászati szakambulancián megjelenő betegek harmadik leggyakoribb panasa – a hüvelyi folyás és a vérzési rendellenesség után – a krónikus kismedencei fájdalom. A fájdalomkapu-elmélet alapján a krónikus kismedencei fájdalom szövetszövetkárosodás, genetikai, pszichológiai, gazdasági és szociális tényezők önálló vagy különböző arányú részvételével kialakuló megbetegedés. Az említett tényezők kedvezőtlen alakulása objektív kiváltó ok nélkül is képes krónikus kismedencei fájdalmat előidézni.

Tekintsük végig, hogy jelen ismereteink alapján mely tényezők képezhetik a krónikus panasz objektív alapját. Az okok között nőgyógyászati, gastrointestinalis, urogenitalis, neurológiai, a váz- és izomrendszert érintő, továbbá néhány ritka, egyéb kategóriába sorolt betegségek tartoznak. Mindezeket a 1. táblázat foglalja össze.

A jó anamnézis fél diagnózis. A minden részletre kiterjedő kórelőzmény egyben a beteg bizalmának és további együttműködő képességének megnyerésében is segít. Tájékozódni kell, hogy a krónikus kismedencei fájdalom milyen hatást gyakorol a beteg életvitelére. Fel kell tárnai a beteg esetleges aggodalmait, meglévő panaszának kihatásait a munkahelyi és a családi élet dinamizmusára. A beszélgetés során kifejezetten fontos az orvos kiemelten körültekintő érdeklődése, empátiás képessége.

Természetesen nélkülözhetetlen a beteg részletes fizikális vizsgálata. Különleges figyelmet érdemelnek a külső és belső nemi szervek, a lumbosacralis régió, továbbá a has fizikális vizsgálata. A hasi sérvkapuk – inguinalis, femoralis – mellett külön figyelmet igényel a kismedencei descensus – cystokele, rectokele – vizsgálata. A lehetséges kiváltó okok ismeretében az anamnézis alapján szükségessé váló szakkonzíliumok eredménye segít a hatékony terápia megválasztásában és a beteg eredményes kezelésében.

Nőgyógyászati okok

Endometriosis

Endometriosisnak nevezzük a méh üregén kívül elhelyezkedő, a női hormonokra csaknem azonosan reagáló méhnyálkahártya-szigeteket. Leggyakrabban a méhizomzat rostjai között (adenomyosis), a hashártyán, a petefészkek csokoládécisztájaként, továbbá a méh mögött, a rectovaginalis térben (deep endometriosis) fordul elő. A bélrendszerben a sigma-rectum területén a leggyakoribb, de a szervezetben bárhol – a vizeletkiválasztó rendszerben, a tüdőben, az agyban stb. – előfordulhat. Az általa okozott tünetekre a menstruációs ciklustól függő, úgynevezett catamenialis jelleg jellemző, de a panaszok ciklusfüggetlenek is lehetnek.

Az endometriosis okozta fájdalmat a patomechanizmus alapján két csoportra – szomatikus és visceralis fájdalomra – oszthatjuk. A felosztás másik szempontja

1. TÁBLÁZAT

A krónikus kismedencei fájdalom lehetséges objektív okai

*Nőgyógyászati okok**

Ciklikus fájdalom:

- primer dysmenorrhoea;
- szekunder dysmenorrhoea: Asherman-szindróma, cervicalis stenosis, hymen imperforatus, uterovaginalis anomália, endometriosis, adenomyosis, krónikus kismedencei pangás, visszamaradt ovarium szindróma, krónikus funkcionális cysta;
- középidős fájdalom.

Folyamatos fájdalom:

- adhaesio,
- krónikus kismedencei gyulladások,
- endometriosis,
- visszamaradt ovarium szindróma,
- krónikus kismedencei pangás,
- kismedencei szervek prolapsusa,
- tumor (myoma, cysta stb.).

Gastrointestinalis okok

- irritabilis colon szindróma,
- gyulladásos bélbetegség,
- obstipatio,
- diverticulitis,
- hernia,
- hasi angina,
- visszatérő parciális obstrukció,
- malabszorpciós szindróma,
- visszatérő appendixcolica,
- carcinoma,
- felső hasúri fájdalom kisugárzása.

Urogenitalis okok

- recidív vizeletinfekció,
- interstitialis cystitis,
- urethraszindróma,
- kiáramlási obstrukció,
- atópiás vese,
- carcinoma.

Váz- és izomrendszeri okok

- arthritis és degeneratív gerincelváltozások,
- osteoporosis,
- coccygodynia,
- scoliosis/kyphosis – congenitalis anomáliák
- neoplasia

Neurológiai okok

- ideggyökök gerincoszlopi szűkületei,
- neurinoma,
- neurofibromatosis.

Egyéb okok

- abominalis migrén,
- akut intermittáló porphyria,
- aneurysma,
- herpes zooster,
- sarlósejtes anaemia,
- fertőző betegségek okozta hasmenés.

**A nőgyógyászati okok közül az endometriosis, az ovarian remnant (visszamaradt ovarium) szindróma és a krónikus kismedencei pangás ciklikus és folyamatos fájdalmat a legváltozatosabb formában képes kiváltani.*

az endometrioticus felrakódások által direkt okozott korai fájdalom, és az endometriosis következtében kialakult következményes hegesedés és fibroticus reakció miatti, késői fájdalom.

Gyermekkorokban vagy felnőttkorokban fizikai vagy szexuális túlkapásnak kitett embereken a krónikus kismedencei fájdalom mint védekező-mechanizmus nagyobb valószínűséggel fordul elő.

Szomatikus afferens rostok a bőrben, az izomzatban és a parietális peritoneumban is találhatóak. Szimpatikus és paraszimpatikus idegvégződések a visceralis peritoneumot és valamennyi kismedencei szervet innerválják.

Az endometriosis okozta kismedencei fájdalom leginkább a következő mechanizmusok révén alakul ki:

– Az endometrioid szövet peritoneumon történő megtapadása során lezajló „steril gyulladós” folyamat során, kémiai mediátoranyagok (prostaglandin, hisztamin, kinin) felszabadulásával.

– A rectovaginalis mély endometriosis szövet- és idegkárosodást okoz.

– Az endometrioma (csokoládéciszta) rupturája akut hasi fájdalmat és kémiai peritonitist okozhat. Az endometrioma lassú szivárgása krónikus fájdalomhoz vezet.

– A fibrosis, a zsugorodás és a hegesedés, illetve az adhaesiók – a szöveti

felszín megkisebbedése miatt kialakuló szöveti feszülés révén – mozgáskor, álláskor vagy ovulációkor okozhatnak fájdalmat.

– A bél retractiója, hegesedése vagy adhaesio miatti fixáltsága béldistenziót, székeléskor fájdalmat (dyschesia), a bél fixáltsága dyspareuniás fájdalmat is okozhat.

Az endometriosis súlyossága és az általa okozott krónikus kismedencei fájdalom nincs egyenes arányban egymással (13–15). A nők 30–40%-ánál igazolható adenomyosis a primer dysmenorrhoea elsődleges oka, ez kifejezett ciklusfüggő fájdalommal járhat együtt.

Krónikus kismedencei gyulladás

Krónikus kismedencei gyulladós megbetegedéseknek (pelvic inflammatory disease, PID) nevezzük a belső nemi szervek rekurrens gyulladós megbetegedéseit, vagy az utolsó gyulladós megbetegedés okozta végleges károsodásokat. A végleges károsodás megjelenhet adhaesio, idegi károsodás formájában, vagy a kórokozó által kibocsátott toxikus anyag károsító hatása révén. Az inadekvát módon kezelt akut kismedencei gyulladások növelik a recidíva és a krónikus panaszok kialakulásának valószínűségét.

A jórészt szexuális úton terjedő megbetegedések közül napjainkban a *Chlamydia trachomatis*-fertőzés a leggyakoribb. A 25 év alatti korosztály fertőzöttsége 20–25%-ra tehető (16). A kialakuló krónikus kismedencei gyulladós megbetegedés pedig – 11–25%-ban tubaris károsodás miatt – meddőség vagy méhen kívüli terhesség oka lehet (16, 17).

Adhaesio

A krónikus kismedencei fájdalom hátterében peritonealis összenövés is állhat. Ennek egyik klasszikus példája a visszamaradt ovarium szindróma (ovarian remnant syndrome): az oophorectomia során részlegesen visszahagyott ovariumdarabhoz a bél szívóosan letapad, s azt irritálva fájdalmat okoz. A visszamaradt ovariumszövet eltávolítását követően a panaszok megszűnnek (18). Természetesen más nőgyógyászati és nem nőgyógyászati hasi műtétek után is kialakulhatnak összenövések. Elkerülésükre egyetlen mód a sebészeti technikák körültekintő alkalmazása.

Nem nőgyógyászati okok

Gastrointestinalis okok

A női reprodukív kor leggyakoribb betegsége – a populáció 10–20%-át érintő – irritábilis bél szindróma (IBS) (19). Más gyulladós bélbetegségek is okozhatnak fájdalmat, azonban ezekben az esetekben egyéb tünetek is észlelhetők, például véres széklet (20). Irritábilis bél szindrómában jellemző a constipatio-obstipatio rendszer nélküli váltakozása, amely a krónikus kismedencei fájdalom fő oka.

Az irritábilis bél szindrómában szenvedő betegeknél gyakrabban fordul elő hólyagdiszfunkció, dyspareunia és keresztcsonttáji fájdalom (21). Az irritábilis bél szindrómában szenvedő betegek 50%-ánál a panaszok a perimenstrumban fokozódnak (5).

Urogenitalis betegségek

A krónikus kismedencei fájdalmat okozó leggyakoribb urológiai megbetegedés az interstitialis cystitis és az urethraszindróma. Az interstitialis cystitis ismeretlen eredetű gyulladós megbetegedés, az irodalmi adatok alapján 10–500/100 000 nőt érint (22). A diagnózis felállításában a cisztoszkópia során észlelt petechiák és a submucosalis oedema meglelte segít. A Nemzetközi Cystitis Társaság adatai alapján az interstitialis cystitisben szenvedő betegek 38%-ának irritábilis bél szindrómája is van, 45%-uk allergiás megbetegedésben is szenved (23). Az interstitialis cystitises betegeknél a dyspareunia gyakrabban fordul elő, míg a dysmenorrhoea előfordulása változatlan (24). A húgyhólyag-endometriosis interstitialis cystitishoz hasonló tünetekkel jár, de a panaszok a menzesz idején kulminálnak.

Az urethraszindróma – irritatív tünetcsoport – etiológiája ismeretlen. Leggyakrabban vulvairritációval, vulvodyniával, dyspareuniával és coitus utáni fájdalommal társul. Az urethraszindrómás betegeknél a hypoestrogen állapot és a lezajlott Chlamydia-fertőzés mint feltételezett kórok szerepelhet (25).

Váz- és izomrendszeri okok

Trauma vagy terhesség során a symphysisben vagy a sacroiliacalis ízületben krónikus kismedencei fájdalom-

hoz vezető változások következhetnek be. A fájdalom képződhet magában az ízületben, de gyakrabban az ízületet körülvevő izomzatból ered. Az ízületeket fedő ligamentumokból vagy a környező vázizomzatból eredő fájdalom sokszor évekkel később, egy rossz mozdulat kapcsán realizálódik (26).

A média diktálta divatirányzatok miatt időnként megváltoztatott előnytelen testtartás olyan ízületi és izomrost-átrendeződést eredményez, amely hosszú távon krónikus kismedencei fájdalomhoz vezethet. *Slocumb* myofascialis ingerpontokat is tudott igazolni (27, 28). E betegeknél a fájdalom megfelelő tornagyakorlatokkal 70%-ban megszüntethető (29).

Neurológiai okok

Amennyiben az idegszál körül zajló szövetkárosodás okozta idegsérülésből fakad a fájdalom, *neuropathiás fájdalomról* beszélünk. Az idegek sérülhetnek például a peritonealis endometriosis során fibroticus elváltozás miatt, s ez az adott ideg szenzációs és motoros diszfunkcióját eredményezheti. Feltehetően hasonló patomechanizmus alapján alakul ki több – az urogenitalis traktust és a rectumot érintő – fájdalomszindróma, például a vulvodynia, orchalgia, prostatodynia, coccydynia és prostalgia fugax (30).

Amennyiben az ideggyök szűk nyíláson halad keresztül, a lokális elváltozás ideg eredetű krónikus fájdalmat okozhat. A sacralis idegek kompressziója, a lumbalis csigolyákból való kilépésnél hólyag-, bél- vagy szexuális diszfunkcióhoz vezethet (31).

Ismert, hogy bizonyos visceralis fájdalmak adott bőrfelületen kisugárzó fájdalomként jelezhetik a belső szerv megbetegedését. Az uterust a Th11-L1-es szakasz idegzi be, az ennek megfelelő felületet az alhas és a felső comb bőrfelülete képezi (32).

Pszichoszociális faktorok

A biofizikális modell

A fájdalomérzet megélését a beteg fizikai, pszichológiai és szociális állapota egyaránt képes befolyásolni. Az egyes tényezők aránya betegenként változhat. Egy mechanikai úton elszennvedett fájdalom a későbbiekben az attól való ismételt félelem miatt krónikus fájdalomérzetet válthat ki.

Más krónikus fájdalom szindrómák vizsgálati eredményei – mint például a gerincfájdalom – azt támasztják alá, hogy bizonyos embertípusok, társadalmi hovatartozásuk függvényében, hajlamosabbak adott tünetegyüttes megélésére.

A krónikus kismedencei fájdalomban szenvedő betegek között a depresszió és a különböző alvási zavarok magasabb prevalenciával fordulnak elő (33, 34).

Pusztán a depresszió és az alvási zavar kezelése is megszüntetheti a krónikus kismedencei fájdalmat (30). A depresszió és az alvászavar felismerése és kezelése önmagában nem zárja ki a krónikus kismedencei fájdalom élettani okait, de segít annak elviselésében.

Gyermekkorukban vagy felnőttkorukban fizikai

vagy szexuális túlkapásnak kitett embereken a krónikus kismedencei fájdalom mint védekezőmechanizmus nagyobb valószínűséggel fordul elő (35).

Pszichológiai fájdalom

Nap mint nap arra törekszünk, hogy a körülöttünk zajló világot felfogjuk és magunk számára értelmezhetővé tegyük. Amennyiben e képesség nem lakozik az illetőben, fizikailag és mentálisan beteggé válhat (36). Ezeknek az okoknak a feltárása és pszichológiai kezelése jelentősen segíthet, például a krónikus kismedencei fájdalom okozta panaszok megszüntetésében.

A fájdalom mérése

Huskisson megállapítása szerint a fájdalom személyhez kötött pszichológiai élmény, mérésében egyetlenegy külső vizsgáló sem képes legitim módon részt venni. Tehát a módszerek többsége a fájdalmat megélt személy értékítéletén alapszik, s nem a vizsgálóban a fájdalom következtében kialakuló viselkedésminták objektív interpretációján (1, 2).

Az aktuális vagy lehetséges szöveti károsodás okozta fájdalom fizikailag és emocionálisan is kellemetlen élmény. Krónikus kismedencei fájdalomnál kevésbé a tényleges szöveti károsodás dominál, mint inkább az élménytől való félelem. Ritkán vagy sohasem mondhatjuk egy fájdalomra, hogy az egyértelműen pszichogén vagy organikus eredetű. Jól tudott, hogy a fájdalom megélése az emocionális állapot függvénye. Félelem és depresszióra való hajlam fokozhatja vagy kiújíthatja a fájdalomérzetet. Ez fordítva is igaz: a krónikus kismedencei fájdalom fokozhatja a beteg félelmét, illetve depresszióhajlamát.

Különbséget kell tenni akut és krónikus fájdalom között, mert az idegrendszer különbözőképpen reagál rá. Akut fájdalom inkább a szövetkárosodás mértékével függ össze, és annak gyógyulását igyekszik elősegíteni. A szövetkárosodás mértéke általában arányban áll az akut fájdalom mértékével. Krónikus fájdalomnál más különböző neurológiai tényezők közvetítik, generálják vagy átalakítják a fájdalomérzetet. Számtalan tényező – hormonok, kemikáliák és gyulladásos faktorok stb. – befolyásolja az idegingerületi átvitelt. Ezek a tényezők előtérbe kerülhetnek a krónikus fájdalom kialakulásában (37–39).

A fájdalom mérésére számtalan módszer terjedt el, a legegyszerűbb verbális értékelési rendszertől a vizuális értékelési rendszerekig, a különböző multidimenzionális fájdalomérték-rendszerekig, amelyek kiegészültek a személyiség értékelésére a pszichológiai állapotot felmérő és a depressziót értékelő kérdőívekkel. Az utóbbiak nagyon hasznosak a beteg pszichés állapotának, a depressziós állapot és fájdalom kölcsönös egy-

A krónikus kismedencei fájdalomnál inkább az élménytől való félelem dominál, mint a tényleges szöveti károsodás.

2. TÁBLÁZAT

A fájdalomérzet pontozása endometriosisban		
Fájdalomérzet	Klinikai jellemző	Pontszám
<i>Mély dyspareunia</i>		
Nincs		0
Enyhe	a fájdalom jelen van, de még elviselhető	1
Közepes	a fájdalom olyan mérvű, hogy a szexuális interkurzus megszakításához vezet	2
Súlyos	a fájdalom a szexuális interkurzus mellőzését eredményezi	3
<i>Dysmenorrhoea</i>		
Nincs		0
Enyhe	csökkenti a munkavégzés hatékonyságát	1
Közepes	a nap során a beteg ágyba kényszerül, munkáját elvégezni nem képes	2
Súlyos	a beteg egy vagy több napra ágyba kényszerül, munkaképtelen	3
<i>Kismedencei fájdalom</i>		
Nincs		0
Enyhe	alkalomszerű kismedencei diszkomfort vagy premenstruális fájdalom	1
Közepes	a ciklus során mindvégig jellemző a kismedencei fájdalom	2
Súlyos	a ciklus során mindvégig jellemző, erős fájdalomcsillapítókat igénylő a fájdalom	3
A pontszámok összeadása után három csoportba sorolhatjuk a betegeket a fájdalom súlyossága szerint:		
I. Enyhe	1–3 pont	
II. Közepes	4–6 pont	
III. Súlyos	7–9 pont	

másra hatásának meghatározására és értékelésére, azonban túl bonyolultak ahhoz, hogy széles körben alkalmazhatók legyenek. Ezek inkább tudományos kutatások céljaira alkalmasak, rutin klinikai alkalmazásuk bonyolult.

Az egyszerűbb módszerek közül: a verbális, a numerikus és a vizuális analóg értékelőrendszerek használatosak. Az összetett értékelőmódszerek közül a McGill-fájdalomskála érdemel említést. A McGill-fájdalomskálát *Melzack* és *Torgerson* állította össze (14). A skála a fájdalom szenzoros jellegének kvalitatív mérésére alkalmas. A kérdőív jelöli a fájdalom helyét is, illetve az „egyéb” rovatában különleges megjegyzések rögzíthetők. A kérdőív külön jelzi a fájdalom intenzitását és specifikus jellegét, ezért a fájdalomdiagnosztika során kifejezetten hasznos segítség. *Leavitt* és *Garron* a módosított McGill-kérdőív segítségével igyekeztek megkülönböztetni az organikus fájdalmat a funkcionális fájdalomtól. Alapos kivizsgálás után a módosított kérdőív alapján kapott eredmények 87%-ban fedték a végleges diagnózist (40).

Az endometriosis kiváltotta mély dyspareunia, dysmenorrhoea és kismedencei fájdalom mérésére javasolt értékelőrendszert a rövidített McGill-kérdőív alapján a 2. táblázat tartalmazza (41).

Differenciáldiagnosztika a nőgyógyászatban

A krónikus kismedencei fájdalom kialakulásában objektív okok, valamint pszichés és szociális tényezők is szerepet játszanak. Minél korábban sikerül a kiváltó

okot a megfelelő szakember segítségével tisztáznunk, annál könnyebbé válik annak kezelése. A krónikus kismedencei fájdalom kóreredete miatt tehát multidiszciplináris szakmai együttműködést igényel. Nem véletlen, hogy a fejlett országokban sorra nyitják meg kapukat az úgynevezett fájdalomklinikák.

A betegség pontos okának megállapításában elengedhetetlen a belgyógyász, gasztroenterológus, sebész, szülész-nőgyógyász, urológus, reumatológus, neurológus, pszichológus, pszichiáter – és szükség esetén más társszakmák képviselőinek – hatékony együttműködése.

Vizsgálóeljárások: rutin nőgyógyászati-onkológiai vizsgálat, laboratóriumi vizsgálatok, kismedencei ultrahangvizsgálat, CT, MRI, diagnosztikus és operatív laparoszkópia-laparotomia.

Amennyiben a felsorolt vizsgálóeljárások során operatív megoldást igénylő nőgyógyászati elváltozást találunk, annak haladéktalan elvégzése javasolt. Ha a krónikus panaszok hátterében kézzelfogható okot nem találunk, továbbá az alkalmazott gyógyszeres kezelés ellenére a panaszok nem szűnnek, kiújulnak vagy rosszabbodnak, diagnosztikus laparoszkópia végzése mérlegelendő. A diagnózis birtokában lehetővé válik a szükséges operatív ellátás – az endometriosisgócok koagulációja, adhaesiolysis, endometriomareszekció stb. –, továbbá a hosszú távú célzott gyógyszeres kezelés. A késedelmes diagnózis vagy az ex juvantibus gyógyszeres kezelés csökkenti a fertilis korú nők reprodukciós képességét, és ronthatja a krónikus kismedencei panaszok végleges gyógyításának esélyeit. A nőgyógyászati eredetű kórképek főbb gyógyszeres terápiás lehetőségeit a 3. táblázat foglalja össze.

3. TÁBLÁZAT

Terápiás lehetőségek a nőgyógyászatban

A primer (szekunder) dysmenorrhoea kezelése

Orális antikonceptívek
Nem szteroid gyulladáscsökkentők
Prostaglandin antagonisták

Az endometriosis gyógyszeres kezelése

Danazol
GnRH-agonisták, -antagonisták
Gesztagének

Orális antikonceptívek
Nem szteroid gyulladáscsökkentők
Aromatázblokkolók

A kismencedei gyulladások kezelése

Céltzott antibiotikus kezelés (chlamydiasis, anaerob kórokozók lehetősége)

Nem szteroid gyulladáscsökkentők
Fájdalomcsillapítók

Összegzés

A krónikus kismencedei fájdalom összetett – objektív okok, pszichikai és szociális tényezők miatt kialakuló – tünetegyüttes. A pszichikai és szociális tényezők felismerésében elsőrangú szerepet játszik az orvos-pszichológus. Mindez feltételezi a beteget vizsgáló orvos megfelelő empátiás képességét. A betegség pontos kóreredetének megállapításában elengedhetetlen a hatékony interdiszciplináris együttműködés. A nőgyógyászati objektív okok tisztázásában napjainkban előtérbe lépett az operatív laparoszkópia alkalmazása. A civilizált országokban az endometriosis és a krónikus kis-

medencei gyulladással megbetegedések prevalenciája emelkedő tendenciát mutat. A minél korábban felállított diagnózis teszi lehetővé a célirányos gyógyszeres kezelés beállítását. Az időben elvégzett diagnosztikus és operatív laparoszkópia, majd az ezt követő gyógyszeres terápia hatékony eszköz a reproduktív korban élők fertilitásának megőrzésében vagy helyreállításában, a beteg panaszainak megszüntetésében. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár számára is jelentős költségcsökkenést eredményezhet például az in vitro fertilizációs kezelésre várók számának csökkenése. Mérsékelhető a krónikus kismencedei fájdalom miatt időlegesen vagy tartósan betegállományban lévő társadalombiztosítási költsége, vagy a krónikus kismencedei fájdalom kapcsán manifesztálódó pszichiátriai kórképek miatt tartós betegállományba vagy idő előtti nyugdíjazásra kerülő, egyébként „egészséges betegek” társadalmi rehabilitációjának költsége is. A beteg számára minimális megterhelést jelentő operatív laparoszkópia számos esetben eredményezheti – a krónikus kismencedei fájdalmat kiváltó jelenleg ismert okok hiányában is – a panaszok megszűnését. Negatív – minden feltételezett elváltozás nélküli – laparoszkópos lelet birtokában a beteg mélyebb társadalmi és szociális explorációja javasolt. A beteg panaszát az orvosnak mindig komolyan kell vennie, napjaink rohanó világában is. Az ismertetett kiváltó okok kizárása után, minden lehetséges diagnosztikai lehetőség birtokában, gondoskodnunk kell a beteg lelkéről is.

A betegség pontos kóreredetének megállapításában elengedhetetlen a hatékony interdiszciplináris együttműködés.

IRODALOM

- Mersky H. Taxonomy of pain. *Pain* 1987;6:249-52.
- Huskisson EC. Measurement of pain. *Lancet* 1974;II:1127.
- Ballet ML. The endometriosis sourcebook. The definitive guide to current treatment options, the latest research, common myths about the disease, and copint strategies – both physical and emotional. Chicago: Contemporary Books Inc.; 1995.
- McGurgan P, O'Donovan. Chronic pelvic pain – presentation, investigation and management. In: Advances in Obstetrics and Gynecology. Report on new development in obstetrics and gynaecology. Oxfordshire: TMG Healthcare Communications Ltd.; 1999. p. 2-8.
- Moore J, Kennedy S. Causes of chronic pelvic pain. *Baillière's Clin Obstet Gynaec* 2000;14:389-402.
- Steege JF, Metzger DA, Levy BS. Chronic pelvic pain an integrated approach. Philadelphia: WB Saunders Company; 1998. p. 1-4.
- Mathias SD, Kuppermann M, Liberman RF. Chronic pelvic pain: health-related quality of life, and economic correlates. *Obstet Gynec* 1996;87:321-7.
- Office for Population Censuses and Statistics. Morbidity Statistics from General Practice. Fourth national study 1991-1992. In: McCormick A, Fleming D, Chariton J (eds). London: HMSO; 1995. p. 24-78.
- Melzack R. Neurophysiologic foundations of pain. In: Sternbach RA (ed.). The Psychology of Pain. New York: Raven Press; 1986. p. 1-24.
- Walker E, Katon W, Harrop-Griffiths J. Relationship of chronic pain to psychiatric diagnosis and childhood sexual abuse. *Am J Psychiatry* 1988;145:75-80.
- Schaffer CB, Donlon PT, Bittle RM. Chronic pain and depression: a clinical and family history survey. *Am J Psychiatry* 1980;137:118-20.
- Stout AL, Steege JF, Dodson WC, Hughes CL. Relationship of laparoscopic findings to self-report of pelvic pain. *Am J Obstet Gynecol* 1991;164:73-9.
- Szendei Gy, Hernádi Zs, Dévényi N, Csapó Zs. Található-e összefüggés az endometriosis stádiumbeosztása és a kismencedei fájdalom súlyossága között? A kezelés lehetőségei. *Magy Nőorv L* 2003;66:365-72.
- Melzack R. The McGill pain questionnaire? Major properties and scoring methods. *Pain* 1975;1:275-99.
- Balach J, Creus M, Fabregeus F. Visible and non-visible endometriosis et laparoscopy in fertile and infertile women and in patients with chronic pelvic pain: A prospective study. *Hum Reprod* 1996;11:387-91.
- Sziller I, Ujházy A, Bardóczy Zs, Szendei Gy, Papp Z. A méhen kívüli terhesség gyakoriságának és mortalitásának alakulása Magyarországon (1931–1995). *Orv Hetil* 1998;139:493-8.
- Wenstroem L, Joesoef R, Reynold G. Pelvic inflammatory disease and fertility. A cohort study of 1844 women with laparoscopically verified disease and 657 control women with normal laparoscopic results. *Sexually Transmitted Disease* 1992;19:185-92.
- Siddall-Allum J. The ovarian remnant syndrome. *J Royal Soc Med* 1994;87:375-6.
- Lynn RB, Friedman LS. Irritable bowel syndrome: managing the patient with abdominal pain and altered bowel habit. *Med Clin North Amer* 1995;79:373-89.
- Moore J, Barlow DH, Jewell D, Kenedy S. Do gastrointestinal

- symptoms vary with the menstrual cycle? *Brit J Obstet Gynaec* 1998;105:1322-5.
21. Whorwell PJ, McCullum M, Creed FH, Roberts CT. Non-colonic features of irritable bowel syndrome. *Gut* 1986;27:37-40.
 22. Jones VA, Nyberg L. Epidemiology of interstitial cystitis. *Urology* 1997;49:2-9.
 23. Alagiri M, Chottiner S, Ratner V. Interstitial cystitis: unexplained associations with other chronic disease and pain syndromes. *Urology* 1997;49:52-7.
 24. Summitt RL. Urogynaecological causes of chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol Clin North Amer* 1993;20:685-98.
 25. Wilkins EGL, Payne SR, Pead J. Interstitial cystitis and the urethral syndrome: a possible answer. *Brit J Urology* 1989;64:39-44.
 26. Baker PK. Musculoskeletal origins of chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol Clin North Amer* 1993;20:719-42.
 27. Slocumb JC. Chronic somatic, myofascial and neurogenic abdominal pelvic pain. *Clin Obstet Gynec* 1990;33:145-53.
 28. Slocumb JC. Neurogenic factors in chronic pelvic pain: trigger point. *Amer J Obstet Gynec* 1984;149:536.
 29. King PM, Myers CA, Ling FW, Rosenthal RH. Musculoskeletal factors in chronic pelvic pain. *J Psychosomat Obstet Gynaec* 1991;22:365-9.
 30. Wesselmann U, Burnett AL, Heinberg JJ. The urogenital and rectal pain syndrome. *Pain* 1997;73:269-94.
 31. Browning J. The mechanically induced pelvic pain and organic dysfunction syndrome: an often overlooked cause of bladder, bowel, gynecologic and sexual dysfunction. *J Neuromusc Syst* 1996;4:52-66.
 32. Koninckx PR, Renaer M. Pain sensitivity of and pain radiation from the internal female genital organs. *Hum Reprod* 1997;12:1785-8.
 33. Nolan TE, Metheny WP, Smith RP. Unrecognised association of sleep disorders and depression with chronic pelvic pain. *South Med J* 1992;85:1181-3.
 34. McGowan LPA, Clark-Carter DD, Pitts MK. Chronic pelvic pain: a meta-analytic review. *Psychol Health* 1998;13:937-51.
 35. Jamieson DJ, Steege JF. The association of sexual abuse with pelvic pain complaints in a primary care population. *Amer J Obstet Gynecol* 1997;177:1408-12.
 36. Donald A, Greenhalg T, Hurwitz B (eds.). *The words we live in. Narrative Based Medicine.* 1st edn. London: BMJ Books; 1998. p. 17-28.
 37. Giamberardino MA, Berkley KJ, Lezzi S. Pain threshold variations in somatic wall tissues as a function of menstrual cycle, segmental site and tissue depth in non-dysmenorrhoeic women, dysmenorrhoeic women and men. *Pain* 1997;71:187-97.
 38. Jaggard SI, Habib S, Rice ASC. The modulatory effect of bradykinin N1 és B2 receptor antagonists upon viscerovisceral hyper-reflexia in a rat model of visceral hyperalgesia. *Pain* 1998;75:169-76.
 39. Steen KH, Steen AE, Kreysel HW, Reeh PW. Inflammatory mediators potentiate pain induced by experimental tissue acidosis. *Pain* 1996;66:163-70.
 40. Leavitt F, Garron DC. Validity of a back pain classification scale for detecting psychological disturbance as measured by MMPI. *J Clin Psych* 1980;36:186-9.
 41. Melzack R. The short-form McGill pain questionnaire. *Pain* 1987;30:191-7.



MUNKÁBA ÁLLÁST SEGÍTŐ KÉPZÉS

A Csupaszívek Társasága és a Sorstárs Alapítvány ingyenes képzést szervez a fogyatékkal és krónikus betegséggel élők, családjaik és segítők számára.

Magyarországon 800 000 rokkant embert tartanak nyilván. Közülük 480 000 még aktív életkorú, nagy részük beszűkült életlehetőségekkel küszködik. Az ő számukra próbál segítséget nyújtani az álláskeresést segítő tréning. A képzés célja, hogy a résztvevők minél hamarabb és sikeresen munkához jussanak. A tréning tematikájában a munkaerőpiac és az álláskeresés követelményei, a munkaügyi központ lehetőségei, az elhelyezkedési problémák, a célok meghatározása, a lehetséges állásforrások is szerepelnek. Részletesen szólnak az önéletrajz, a kísérőlevél, a bemutatkozó kártya írásáról, szerepel a telefonálástechnika és a felvételi beszélgetés, az álláskeresési stratégiák és az állás megtartása.

A munkába állást segítő képzés kis csoportos, kétszer hatórás, ingyenes.

A helyszínt az igények függvényében döntenek el. Minden részt venni kívánó személytől kéri, hogy jelölje meg igényüket, mozgáskorlátozottságukat, illetve egyéb speciális igényüket jelezzék.

További információ:

Csató Zsuzsa, Csupaszívek Társasága (a Down Egyesület jogutódja):

telefon: (1) 341-0675, fax: (1) 413-1939, mobil: (30) 274-8578, e-mail: downe@axelero.hu