

# Syndrom chronické pánevní bolesti

**MUDr. Pavlína Nosková**

Centrum léčby bolesti KARIM VFN a 1. LF UK, Praha

Neléčený syndrom chronické pánevní bolesti je často spojován s negativními kognitivními, behaviorálními, sexuálními a emočními důsledky. Jeho léčba vyžaduje vždy multidisciplinární přístup, zahrnující spolupráci urologa, gynekologa, algeziologa, rehabilitačního lékaře a psychologa. Základem léčby je analgetická farmakoterapie, psychoterapie, fyzioterapie, případně užití invazivních a alternativních metod. Článek shrnuje poznatky o léčbě tohoto syndromu na podkladě posledních doporučení Evropské urologické společnosti.

**Klíčová slova:** chronická pánevní bolest, syndrom chronické pánevní bolesti, adjuvantní léčiva, fyzioterapie, intervenční algeziologie.

## Chronic pelvic pain syndrome

Untreated chronic pelvic pain syndrome is often associated with negative cognitive, behavioral, sexual and emotional consequences. The treatment of this syndrome requires multidisciplinary access with optimal use of pharmacotherapy, psychotherapy, invasive methods and physiotherapy resulting from cooperation of urologist, gynecologist, algesiologist, physiotherapist and psychologist. The article discusses treatment recommendations of European Association of Urology.

**Key words:** chronic pelvic pain, chronic pelvic pain syndrome, adjuvant analgetics, physiotherapy, invasive procedures.

## Úvod

Chronická pánevní bolest (CPP – chronic pelvic pain) je definována jako přetrvávající bolest nebo opakující se epizody bolestí anatomicky vnímaných v oblasti pánve. Stížnosti pacientů zahrnují symptomy odpovídající lokalizaci urogenitálního systému, gastrointestinálního traktu a pánevního dna (1). Nejčastějšími příčinami bolestí v pánvi jsou obecně záněty, infekce a nádory. Chronické bolesti vyžadují pečlivou diagnostiku, kdy je třeba odlišit nemoci gastrointestinálního systému, poškození periferních nervů (plexus lumbalis a nervus pudendus), patologie pohybového aparátu (degenerativní změny, traumata a anomálie lumbosakrální páteře, fibromyalgie, spasmus svalů dna pánevního), testikulární bolest po operaci inguinální hernie, dysfunkce močového měchýře při diabetu, roztroušenou sklerózu, změny po mozkové mrtvici

a systémová onemocnění. U žen je vždy nutné vyloučení gynekologické příčiny.

Chronická pánevní bolest, kde není prokázána žádná infekce nebo jiná zřejmá patologie se stává podkladem pro vznik syndromu chronické pánevní bolesti (CPPS – chronic pelvic pain syndrome), který je často spojován s negativními kognitivními, behaviorálními, sexuálními a emočními důsledky (1). Klasifikace (tabulka 1) a současná léčba tohoto syndromu vychází z Doporučení Evropské urologické společnosti (EAU – European Association of Urology) (1).

Syndrom chronické pánevní bolesti vyžaduje vždy multidisciplinární přístup zahrnující spolupráci urologa, gynekologa, algeziologa, rehabilitačního lékaře a psychologa. Základem léčby je analgetická farmakoterapie, psychoterapie, fyzioterapie, případně užití invazivních a alternativních metod.

## Patofyziologie a diagnostika pánevní bolesti

V patofyziologii pánevní bolesti se uplatňuje bolest nociceptivní, neuropatická a psychogenní. Pochopení typu bolesti hraje důležitou roli v diagnostice a ve výběru farmak. Bolest nasedající na akutní zánětlivou nebo infekční příčinu je většinou nociceptivní. Tato bolest vzniká podrážděním nociceptorů a v diagnostice se využívají dostupné zobrazovací metody (rtg, ultrazvuk, počítačová tomografie, nukleární magnetická rezonance), laboratorní parametry a vyšetření rehabilitačního lékaře. Farmakoterapie je vedena podle principu analgetického žebříčku WHO (World Health Organisation) dle stupně bolesti (tabulka 2).

Druhým typem bolesti, často dominujícím u chronických pánevních bolestí je bolest neuropatická.



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:  
MUDr. Pavlína Nosková, pavlina.noskova@vfn.cz  
Centrum léčby bolesti KARIM VFN a 1. LF UK, U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2

Cit. zkr: Urol. praxi 2016; 17(3): 106–110  
Článek přijat redakcí: 1. 12. 2015  
Článek přijat k publikaci: 15. 2. 2016

**Tab. 1.** Klasifikace syndromu chronické pánevní bolesti (1, 2, 3)

Systém	Bolestivé syndromy
Urologická problematika	Syndrom bolestivé prostaty Syndrom bolestivého močového měchýře Syndrom bolestí skrota Syndrom bolestí varlat, syndrom bolestí epididymis Syndrom bolestí penisu Syndrom bolestí močové trubice Syndrom bolesti po vasektomii
Gynekologická oblast	Generalizovaná vulvální dysestezie Lokalizovaná vulvální dysestezie: ■ klitoridynie ■ vestibulodynie Syndrom bolestí souvisejících s endometriózou Dysmenorea
Gastrointestinální systém	Syndrom dráždivého tračníku Syndrom anorektální oblasti
Periferní nervový systém	Pudendální neuropatie
Sexuální oblast	Dyspareunie Sexuální dysfunkce
Psychologické aspekty	Není organický podklad
Muskuloskeletální příčiny	Svaly dna pánevního Břišní svaly Páteř, kostrč
Další příčiny	Kožní, psychiatrické

**Tab. 2.** Analgetický žebříček WHO (upraveno dle Metodických pokynů SSLB 2009)

		III. stupeň – silná bolest
<b>I. stupeň – mírná bolest</b>	<b>II. stupeň – středně silná bolest</b>	<b>Silné opioidy</b>
<b>Neopioidní analgetikum</b> Analgetika – antipyretika (paracetamol, metamizol) Nesteroidní antirevmatika	<b>Slabé opioidy</b> (tramadol, dihydrokodein, kodein)  + neopioidní analgetikum	(morfin, hydromorfon, buprenorfin, fentanyl, oxykodon)  +/- neopioidní analgetikum
+/- koanalgetika (antiepileptika, antidepresiva) a pomocná léčiva		

Tato bolest je generována neuroplastickým nervovým systémem a uplatňují se zde mechanismy centrální a periferní senzitivace. Z anamnézy vyplývá typický charakter bolesti: píchavá, bodavá, pálivá, šlehavá, ke zhoršení dochází v klidu a v noci, častý je i výskyt alodynie. Lékem volby jsou koanalgetika (adjuvantní léčiva). Klasická analgetika nedosahují běžného účinku. Součástí diagnostického postupu tvoří i neurologické vyšetření a EMG (elektromyografie).

Často bývá obtížné odlišit bolest psychogenní. U této bolesti dominuje psychická komponenta. Především u depresivních poruch a některých neuróz je pánevní bolest somatickou projekcí primárních obtíží. Základ terapie tvoří psychologické postupy (autogenní trénink, kognitivně behaviorální metody) a psychofarmaka po podrobném vyšetření psychiatrem.

Základem stanovení správné diagnózy a léčby pánevní bolesti je pečlivá anamnéza a cílené vyšetření. Komplexní vyšetření by mělo být prováděno multidisciplinárním přístupem (1):

**Urolog** – urodynamika, mikční deník, cystoskopie, ultrazvuk

**Psycholog** – anamnéza stresových událostí, rodinné a pracovní vztahy, psychiatrická anamnéza

**Ostatní specialisté** – gynekologické vyšetření, vyšetření anorektální oblasti

**Infekční vyšetření** – mikrobiologické vyšetření moči, stolice, poševní stěr

**Neurolog** – neurologické vyšetření

**Fyzioterapeut** – palpce svalů dna pánevního, břišních a gluteálních svalů

## Systémová farmakoterapie

Základ léčby chronické bolesti tvoří farmakoterapie. Klasickým a vžitým vodítkem je analgetický žebříček WHO (tabulka 2). V obecném schématu se také počítá s podáváním adjuvantních analgetik (koanalgetik), která příznivě ovlivňují některé typy bolesti, a pomocných léků určených k léčbě nežádoucích účinků farmak. Volba a vedení terapie vychází z pacientova údaje o intenzitě a charakteru

bolesti, konkrétního klinického stavu a přidružených chorob.

## Analgetika – antipyretika

Paracetamol má příznivý bezpečnostní profil, a proto představuje lék první volby u geriatrických pacientů a dle FDA i lék první volby během gravidity a laktace. Velkou výhodou paracetamolu, ve srovnání s nesteroidními antirevmatiky je nepřítomnost gastrointestinální toxicity. Proto se stává neopioidním analgetikem volby také u chronicky antikoagulovaných pacientů. Jen v případě dlouhodobého užívání vyšších dávek paracetamolu (více než 2 g denně) je doporučeno přísněji monitorovat INR a případně snížit dávku warfarinu. Poškození jater po terapeutických dávkách paracetamolu je výjimečné a přichází v úvahu spíše při stavech s nízkými hladinami glutathionu jako jsou kachexie při anorexii, hepatitida C a cirhóza jater (4).

Z nežádoucích účinků metamizolu je znám jeho negativní vliv na krvetvorbu. Poslední epidemiologické studie však ukazují, že toto riziko je velmi nízké (1 : 1 000 000). Agranulocytóza bývá reverzibilní a jejími klinickými projevy jsou horečka a pharyngitis (5). Je třeba se však obávat vzácné, ale těžké anafylaktoidní reakce, kterou tento lék může vyvolat. Proto by neměl být podáván u astma bronchiale a polyvalentních alergií.

Nesteroidní antirevmatika (NSA) představují silná analgetika a pro svůj volný prodej také velmi oblíbená, zároveň vyžadují opatrnost pro své významné nežádoucí účinky. Je třeba zdůraznit, že klasická NSA jsou farmaka pro dlouhodobé podávání naprosto nevhodná z důvodu svých závažných nežádoucích účinků na gastrointestinální trakt (GIT), kardiovaskulární systém, trombocyty a ledviny. Nadužívání klasických NSA vede ke klinickým jednotkám známým jako NSA indukovaná gastropatie, NSA enteropatie a kolopatie. Rizikovou skupinu představují pacienti nad 65 let věku, chronická kortikoterapie, warfarinizace a pozitivní GIT anamnéza. Pokud pacient profituje z dlouhodobého podávání NSA, doporučuje se podávání inhibitorů protonové pumpy.

## Analgetika II. stupně WHO – slabé opioidy

Tramadol, slabý  $\mu$ -agonista a inhibitor zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu, je velmi oblíbený pro svou rozmanitou škálu

**Tab. 3.** Úroveň důkazu a stupeň doporučení (podle 8)

Úroveň	Typ důkazu
1a	metaanalýza randomizovaných studií
1b	alespoň 1 randomizovaná studie
2a	1 dobře designovaná kontrolovaná studie bez randomizace
2b	jiný typ dobře designované kvaziexperimentální studie
3	neexperimentální studie
4	komise specialistů, názor specialisty
Stupeň	Základ pro doporučení
A	klinické studie dobré kvality a konzistence zahrnující alespoň jednu randomizovanou studii
B	dobře vedené klinické studie bez randomizace
C	absence přímo aplikovatelných klinických studií dobré kvality

**Tab. 4.** Syndrom chronické pánevní bolesti v urologii a jeho analgetická léčba

Bolestivý syndrom	Stupeň A	Stupeň B	Stupeň C
syndrom bolesti prostaty	pregabalin není doporučován	NSA fytoterapie elektroakupunktura stimulace n. tibialis post. rázová vlna	
syndrom bolestivého močového měchýře	amitriptylin	neuromodulace fyzioterapie psychoterapie	duloxetin ne zvážit gabapentin akupunktura ne
syndrom bolestivého skrota	analgetika dle charakteru bolesti		
syndrom bolestivé močové trubice	analgetika dle charakteru bolesti	psychoterapie	

NSA – nesteroidní antirevmatika

lékových forem vhodných k řešení akutní i chronické bolesti. Toho času je v České republice registrováno asi 400 různých balení a forem přípravků s obsahem tramadolu. Nejčastějšími nežádoucími účinky jsou nauzea a zvracení na počátku léčby a výskyt zácpy při dlouhodobém podávání.

Dihydrokodein je u nás dostupný v tabletové retardované formě.

Samotný kodein má sám o sobě slabou analgetickou potenci, jeho využití spočívá v kombinaci s paracetamolem.

### Analgetika III. stupně WHO – silné opioidy

Při velmi silné, neztížitelné bolesti se využívají silné opioidy. Opioidy mají na lidský organismus komplexní vliv. V dnešní době zaznamenáváme již ústup od tzv. „opiofobie“, kdy tyto léky byly určeny pouze pro oblast onkologie k řešení terminálních stavů. Opioidy mohou sice způsobit různé nežádoucí účinky – NÚ (nevolnost, zvracení, dezorientace, zácpa), ale téměř žádný z nich při adekvátním terapeutickém postupu neohrožuje život pacienta. Riziko vzniku psychické závislosti u pacientů bez anamnézy abúzu je nízké. Každý nemocný dlouhodobě léčený opioidy však musí být považován za fyzicky závislého a při náhlém vysazení je nutno

počítat s rizikem vzniku abstinenčního syndromu. Nejčastěji používaná farmaka jsou dostupná v perorálních retardovaných formách: morfin, oxykodon, hydromorfon, tapentadol, která se podávají 2x denně s výjimkou další formy hydromorfonu, která působí 24 hodin. Velkým krokem jsou transdermální formy v matrixových systémech: buprenorfin a fentanyl, které zajišťují 72–84 hodinové působení a velký komfort pro pacienta.

Je důležité při této léčbě dodržovat důsledně pravidla pro léčbu silnými opioidy dle Metodických doporučení pro léčbu chronické nenádorové bolesti (2009) Společnosti pro studium a léčbu bolesti (SSLB) (6). Léčba se zahajuje co nejnižšími dávkami, k zachycení nežádoucích účinků a pacient je vždy vybaven pro toto období pomocnými léky (antiemetika). Vždy je kladen důraz na zvýšený pitný režim a úpravu stravovacích návyků vzhledem k zácpě, která terapii většinou doprovází.

### Adjuvantní léčiva

V systémové terapii jsou dnes běžně používána adjuvantní léčiva (koanalgetika), která jsou lékem první volby u neuropatické bolesti. Tato farmaka primárně nepatří mezi analgetika, ale svými účinky příznivě ovlivňují vedení bolesti nervovými vlákny. Bývají také označována jako

modulátory bolesti. Ataky šlehavých, bodavých nebo pálivých pocitů, které mohou být zaměňovány za průlomovou bolest, jsou tlumeny užíváním koanalgetik v pravidelných intervalech. Lékem první volby podle doporučení EFNS (Evropská federace neurologických společností) 2009 a České neurologické společnosti (7) jsou antiepileptika a tricyklická antidepresiva.

Antiepileptika snižují spontánní neuronální výboje účinkem na iontové kanály nebo neurotransmitery a mohou tak mít obdobný efekt na abnormální výboje bolestivých vláken. V poslední době byl prokázán i příznivý efekt některých antiepileptik III. generace a ta se stala běžnou součástí léčby neuropatické bolesti. Gabapentin inhibuje napětově řízené vápníkové kanály a zesiluje GABA (kyselina gamaaminomáselná) – ergní tlumivé účinky. Začíná se dávkou 300 mg na noc (v geritrii 100 mg) a opatrně se v průběhu několika dnů až týdnů podle snášenlivosti titruje do analgeticky účinné dávky. Denní dávkovací rozmezí je 900–3600 mg, rozdělené do 3 dávek. Mezi nejčastější nežádoucí účinky patří somnolence, závratě a někdy ataxie. Pregabalin je nově vyvinutý nástupce gabapentinu se silnější afinitou k podjednotce kalciového kanálu. Jednou z jeho výhod oproti gabapentinu je výborná biologická dostupnost, takže nevyžaduje delší titrační období. Příznivě ovlivňuje i poruchy spánku a deprese. V psychiatrii je indikován k terapii afektivně úzkostné poruchy. Podle efektu a tolerance se užívá 100–600 mg/den, ve 2 denních dávkách. Má poměrně více nežádoucích účinků, z nichž nejčastější jsou: sucho v ústech, poruchy vidění, ospalost, otoky (zejména periferní), přírůstek hmotnosti. V praxi se běžně používá také pomalá titrace léku, která přispívá k lepší toleranci. Výhodné je začít dávkou 50–75 mg na noc a teprve po 5–7 dnech přidat i ranní dávku. V současné době je novinkou na trhu i pregabalin ve formě roztoku, výhodný u pacientů, kteří mají problémy s polykáním tablet. Nevýhodou antiepileptik je jejich omezená preskripce na neurologa, algeziologa, diabetologa a geriatrického lékaře.

Hlavní skupinou psychofarmak, která příznivě působí na bolest zejména pálivého charakteru, zůstávají tricyklická antidepresiva (TCA). Mechanismus jejich analgetického účinku spočívá v potenciaci noradrenergní a serotoninergní neurotransmise na úrovni descendentního tlumivého systému míšního. Lékem první volby, schváleným i Českou neurologickou společností je amitriptylin. Začíná se opět malými dávkami

**Tab. 5.** Souhrnné doporučení pro léčbu syndromu chronické pánevní bolesti (podle 1)

Léčba	Typ bolesti	Úroveň důkazu	Stupeň doporučení	Komentář
Paracetamol	somatická bolest	1a	A	vhodné u bolestí pohybového systému
NSA	přítomný zánětlivý proces (dysmenorea)	1a	A	účinné
Antidepresiva: TCA, duloxetin, venlafaxin	neuropatická bolest	1a	A	účinné, není evidence pro chronickou pánevní bolest
Antikonvulziva: gabapentin, pregabalin	neuropatická bolest, fibromyalgie	1a	A	účinné
Gabapentin	ženy s chronickou pánevní bolestí	2b	B	účinné
Kapsaicin lokálně	neuropatická bolest	1a	A	výhodné v určitých případech
Opioidy	chronická, nenádorová bolest	1a	A	výhodné u malého počtu pacientů
Nervové blokády		3	C	součást komplexní léčby
TENS		1b	B	nedostatečný dlouhodobý efekt
Neuromodulace	pánevní bolest	3	C	potřeba dalších studií

NSA – nesteroidní antirevmatika; TCA – tricyklická antidepresiva; TENS – transkutánní elektrická nervová stimulace

25 mg na noc pro jeho tlumivý účinek až do maximální analgetické dávky 150 mg/den. Jeho podání je kontraindikováno u pacientů s kardiologickou anamnézou (arytmogenní účinek), s glaukomem a v kombinaci s IMAO (inhibitory monoaminoxidázy). U pacientů s onemocněním kardiovaskulárního aparátu bývá lépe tolerován nortriptylin.

Z moderních antidepresiv se v léčbě neuropatické bolesti uplatňuje také venlafaxin a duloxetin. Venlafaxin (SNRI Serotonin – Norepinephrine Reuptake Inhibitors) patří v denních dávkách 150–225 mg do první linie léčby periferní neuropatické bolesti (7). Současně je využíván jeho antidepresivní efekt. U duloxetinu je zatím hlavní schválenou indikací terapie diabetické polyneuropatie. Ostatní moderní antidepresiva, zejména skupiny SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) se jako koanalgetika v léčbě bolesti neuplatňují, ale mají své významné místo v léčbě doprovodné deprese. Pro minimální množství lékových interakcí a dobrou snášenlivost se nejčastěji používá citalopram.

Určitým omezením farmakoterapie je užívání koanalgetik u mladých pacientů. Antiepileptika spolu s TCA mohou způsobit útlum a k nežádoucím účinkům SNRI patří negativní vliv na libido.

## Syndrom chronické pánevní bolesti v urologii

V oblasti urologie se nejčastěji vyskytují pánevní bolesti u syndromu bolesti prostaty, syndromu bolestivého močového měchýře, syndromu bolestivého skrota a močové trubice. Současná

léčebná doporučení podle úrovně důkazu a stupně doporučení zobrazují tabulky 3 a 4.

## Syndrom chronické pánevní bolesti v gynekologii

V gynekologii jsou nejčastějšími bolestivými syndromy endometrióza, vulvodynie a mezi chronickou epizodickou bolest se řadí dysmenorea. U dysmenorey mají největší efekt nesteroidní antirevmatika analgetika – antipyretika, zejména kombinace metamizolu se spazmolytikem pitofenonem. Specifický a individuální přístup s důrazem na psychoterapii vyžaduje vulvodynie, u které jsou základem analgetické léčby koanalgetika a lokální terapie lidokainem nebo magistraliter připravovanými složenými mastmi a gely (9).

## Syndrom chronické pánevní bolesti v gastroenterologii a pudendální neuropatie

Bolestivým pánevním syndromem zasahujícím do oblasti gastroenterologie je chronický anogenitální syndrom. K jeho potvrzení je nutná negativní rektoskopie a kolonoskopie a nepřítomnost citlivosti (tender pointů) puborektálního svalu. Management léčby bolesti je potom veden podle klinického charakteru bolesti. V případě dysfunkce puborektálního svalu je základem léčby fyzioterapie, perkutánní stimulace zadního tibiálního nervu a sakrální nervová stimulace.

V případě pudendální neuropatie se ve farmakoterapii bolesti postupuje podle doporučení léčby neuropatické bolesti (7) a v případě

úžinového syndromu (pudendal nerve entrapment) je na místě operační řešení. V diferenciální diagnostice u pudendální neuralgie se bolesti zhoršují v sedu, naopak pokud pacient stojí nebo leží, dochází k úlevě (10). Cílená blokáda pudendálního nervu lokálním anestetikem přináší pouze krátkodobou úlevu a je pro pacienty většinou bolestivá. Užití alkoholu a fenolu se standardně nepoužívá z důvodu možných nevratných komplikací (inkontinence, sexuální dysfunkce).

## Syndrom chronické pánevní bolesti a muskuloskeletální příčiny

Základem multidisciplinární spolupráce u syndromu chronické pánevní bolesti je spolupráce s fyzioterapeutem, ideálně zaměřeným na pánevní dno. Vyšetření svalů dna pánevního patří podle současných doporučení mezi vyšetření první linie (1) zejména u žen. Nesprávná funkce svalů pánevního dna vzniká v souvislosti s porodem u mladé populace a s menopauzou u starších pacientek. Cílená fyzioterapie vedla ke zlepšení příznaků až o 50 % u 71 % pacientek s vulvodynií (11). Patofyziologickým podkladem pro pánevní bolesti jsou často také poruchy myoskeletálního aparátu. Mezi nejčastější patří blokáda sakroiliakálního skloubení, poruchy thorakolumbálního přechodu a spasmus musculus (m.) iliopsoas. Pomůckou v diagnostice syndromu chronické pánevní bolesti může být i palpce trigger pointů (spouštěče bolesti) v oblasti břišních, gluteálních svalů a m. piriformis. Také v souvislosti s bolestmi ledvin existují zajímavé vertebroviscerální vztahy. Zde nacházíme blokády v oblasti Th – L přechodu. Organicky podmíněná bolest je pak pravidelně provázena spazmy vzpřimovačů trupu, adduktorů stehien, m. piriformis a m. quadratus lumborum (12).

## Sexuologické a psychologické aspekty syndromu chronické pánevní bolesti

Nezbytnou součástí multidisciplinárního přístupu v léčbě pánevních bolestí je zapojení psychologa, psychiatra a v případě potřeby i sexuologa. V současné době je kladen důraz zejména na biofeedback a kognitivně behaviorální terapii. Je však třeba říci, že tyto metody vyžadují především spolupráci pacienta. V oblasti psychoterapie se popisují i zkušenosti s hypnó-



zou. Často je nutná i párová terapie a vstřícnost k řešení otázek sexuálního života.

## Intervenční algeziologie

Po vyčerpání všech možností farmakoterapie bez dosažení efektivní analgezie se přistupuje k invazivním technikám. Pokud používáme intervenční algeziologické postupy, je třeba znát dokonale inervaci příslušných orgánů. Somatická inervace pochází z nervu pudendálního (S2–4), ilioinguinálního (L1) a genitofemorálního (L1–2). Sympatikus jde cestou lumbálního a sakrálního plexu a parasympatikus z ganglion impar. Nejrozšířenější metodou jsou nervové blokády na úrovni míšní (epidurální, spinální, kaudální), nervových pletení či blokády vegetativních ganglií. Z farmak nejčastěji aplikujeme k nervovým strukturám směs lokálního anestetika a opioidu, v případě periferních nervů lze použít i depotní kortikoidy. Místy zásahu v pánevní problematice jsou nervus (n.) genitofemoralis, n. ilioinguinalis a zejména n. pudendus. V mnoha případech lze také blokádu provést jako diagnostickou před dalšími plánovanými intervenčními metodami. Další možností jsou blokády ganglion impar s použitím lokálního anestetika, u onkologických pacientů nereagujících na systémovou léčbu opioidy se u nádorů v oblasti pánve provádějí ireverzibilní neurolytické blokády alkoholem nebo fenolem. V případě syndromu bolestivého močového měchýře se v literatuře popisuje také možnost suprapubické transkutánní elektrické nervové stimulace (TENS) (1).

Neuromodulační techniky jsou metody, ke kterým přistupujeme až po vyčerpání farma-

koterapeutických postupů. Jde o nově používané analgetické metody k léčbě jinak neovlivnitelných chronických bolestí. Při těchto aplikacích dochází k nedestruktivnímu a reverzibilnímu ovlivnění nervové tkáně. V terapii syndromu bolestivého močového měchýře a vulvodynie je teoreticky možné použít metodu sakrální neurostimulace, kdy se stimulují sakrální nervové kořeny, nejčastěji S3 permanentní elektrodou. Parametry stimulace jsou programovány sofistikovaným externím zařízením a pomocí definovaného elektrického proudu dochází k bloádě přenosu nervových signálů bolesti do mozku (princip vrátkové teorie Melzacka – Walla). Jde však zatím o metody velmi nákladné a právě otázka financí omezuje počet pacientů, kteří by z těchto metod mohli profitovat. Navíc v současné době (listopad 2015) tato metoda není v naší republice schválena v této indikaci. Mezi neuromodulační metody patří i pulzní radiofrekvenční terapie, kterou je možné u pánevních bolestí použít k zásahům na ganglion impar a plexus hypogastricus inferior.

Souhrnné doporučení pro léčbu syndromu pánevní bolesti zobrazuje tabulka 5.

## Chirurgická léčba

Po neúspěšné konzervativní terapii zůstávají metody chirurgické, které spadají do kompetencí chirurga. V oblasti urologie je možné operační řešení u syndromu bolestivého močového měchýře (supratrigonální cystektomie, subtrigonální cystektomie, radikální cystektomie), a u skrotálního syndromu (mikrochirurgická testikulární denervace, epididymektomie, orchiektomie) (1). V případě vulvodynii mezi tyto

postupy řadíme lokální excizi, totální vestibulektomii a perineoplastiku (9). Tyto zásahy jsou vhodné pouze pro malou část pacientek a je před jejich užitím nutné vyloučit zánětlivou etiologii a dermatózu. V případě úžinového syndromu (pudendal nerve entrapment) lze chirurgicky provést uvolnění pudendálního nervu (13).

## Alternativní postupy

Většina pacientů se syndromem chronické pánevní bolesti vyhledává i alternativní možnosti léčby. Mezi nejčastější postupy patří akupunktura a relaxační techniky. Jsou vhodným doplňkem komplexního přístupu k léčbě a zvyšují opět spoluúčast pacientů na řešení bolestivého stavu, což se příznivě projevuje v oblasti psychiky.

## Závěr

Pacienti s chronickou pánevní bolestí vyžadují specifický a individuální přístup. Léčba je komplexní a základem léčby je multidisciplinární přístup s aktivní účastí pacienta. Je třeba využít všech současných dostupných metod, které by zmírnily klinické příznaky a vedly ke zlepšení kvality života.

*Autorka prohlašuje, že zpracování článku nebylo podpořeno žádnou společností.*

Komentář urologa k tomuto článku bude zveřejněn v příštím čísle.

## LITERATURA

- Engeler D, Baranowski AP, Borovicka J, Cottrell A, Dinis-Oliveira P, Elneil S, Hughes J, Messelink EJ, van Ophoven A, Reisman Y, de C Williams AC. Guidelines on Chronic Pelvic Pain – updated April 2014. European Association of Urology; <http://uroweb.org/guideline/chronic-pelvic-pain/>.
- Francesca F, Bader P, Echte D, Giuinta F, Williams J. Guidelines EAU pro zvládání chronické pánevní bolesti. Urologické Listy 2007; 5(2): 65–107.
- Edwards A, Bowen M. Vulval Pain. Medicine 2010; 38(6): 318–321.
- Lauterburg BH. Analgesics and glutathione. American Journal of Therapeutics. 2002; 9: 225–233.
- Kršiak M. Farmakoterapie bolesti zad. Bolest 2007; 10(1): 14.
- Doležal T, Hák M, Kozák J, Kršiak J, Lejčko J, Skála B, Sláma O, Ševčík P, Vorlíček J. Metodické pokyny pro farmakoterapii akutní a chronické nenádorové bolesti SSLB, update 2009.
- Ambler Z. Farmakoterapie neuropatické bolesti – současná doporučení. Farmakoterapie-reprint. 2011; 7(6).
- Agency for Health Care Policy and Research. Clinical Practice Guidelines Development, Methodological Perspectives. US Department of Health and Human Services. Washington DC: Public Health Service 1992: 115–127.
- Haefner HK, Collins ME, Davis GD, et al. The vulvodynia guideline. J Low Genit Tract Dis. 2005;9(1): 40–51.
- Labat JJ, Riant T, Robert R, et al. Diagnostic Criteria for Pudendal Neuralgia by Pudendal Nerve Entrapment (Nantes Criteria). Neurourologic Urodynamics 2007([www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com)) DOI 10.1002/nau.20505.
- Hartman EH, Nelson C. The perceived effectiveness of physical therapy treatment of woman complaining of vulvodynia. Journal of Women's Health Physical Therapy 2001; 25: 13–8.
- Jandová J. Vertebroviscerální stavy. Doporučené postupy pro praktické lékaře ČLS JEP 2001.
- Shafik A. Pudendal canal syndrome as a cause of vulvodynia and its treatment by pudendal nerve decompression. European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology. 1998; 80: 215–220.