



## **Przewlekłe zespoły bólowe miednicy u mężczyzn**

### **Definicja**

Przewlekłe zespoły bólowe miednicy u mężczyzn są definiowane jako ból przewlekły, ucisk lub dyskomfort, zlokalizowane są w miednicy, okolicy krocza lub genitaliów, trwające dłużej niż 3 miesiące, które występują bez wyraźnej przyczyny (np. infekcja, nowotwór, wady strukturalne). Inne określenia tej dolegliwości to prostatodynia i przewlekłe niebakteryjne (bezbakteryjne) zapalenie prostaty, choć nie do końca jest wyjaśnione jaki związek mają te objawy z prostatą.

### **Objawy kliniczne**

Jak wynika z definicji, objawy te występują tylko u mężczyzn. Częstym objawem jest ból lub dyskomfort w okolicy krocza, okolicy nadłonowej, penisa, jąder, a także trudności z oddawaniem moczu, ból przy ejakulacji. Pacjenci mogą ponadto mieć problemy ze strony dróg moczowych, zarówno obturacyjne (powolny, przerywany strumień), jak też objawy podrażnienia (zwiększenie częstości oddawania moczu, parcie na mocz). Często współwystępuje dysfunkcja seksualna. Objawy uogólnione obejmują bóle mięśni, stawów, objawy niewyjaśnionego zmęczenia. U niektórych pacjentów może współistnieć rodzaj śródmiąższowego zapalenia pęcherza/zespołu bólowego pęcherza z dominującym bólem pęcherza w czasie mikcji.

### **Epidemiologia**

Prowadzone przez autorów badania wskazują na występowanie dolegliwości u 0,5% mężczyzn; ocena oparta na występowaniu objawów w ogólnej populacji wskazuje na częstość występowania tych dolegliwości u 2,7% do 6,3% mężczyzn. Zespół ten jest często rozpoznawany u mężczyzn w młodym i średnim wieku, ale może występować w każdym wieku. Zaostrzenie objawów jest częstym zjawiskiem, z nasileniem objawów trwającym godziny, dni, lub tygodnie. Często współwystępuje depresja, stres i zaburzenia lękowe.

### **Patofizjologia**

Przyczyna schorzenia nie do końca jest wyjaśniona i jest prawdopodobnie złożonym, wieloczynnikowym procesem chorobowym, który powoduje przewlekły zespół bólu neuropatycznego lub/i zespoły bólu mięśniowego. Za czynniki wywołujące ten zespół bólowy uważa się infekcje ( w tym przenoszone drogą płciową i inne nieokreślone drobnoustroje i wirusy), uraz (krocza, cewki moczowej), aktywacja układu nerwowego, nie związany z infekcją proces zapalny (schorzenia autoimmunologiczne lub neurogenne), dysfunkcja mikcji, dysfunkcja dna miednicy/przykurcz mięśni. U mężczyzn z predyspozycjami genetycznymi lub/i anatomicznymi te czynniki inicjujące mogą wywołać przewlekły ból neuropatyczny i nerwowo-mięśniowy.

### **Diagnostyka**

W celu wykluczenia innych przyczyn powinno się wykonać dokładny wywiad, badanie fizykalne, badania laboratoryjne. Przydatne badania : ogólne badanie moczu, badanie bakteriologiczne, dla wybranych pacjentów badanie urodynamiczne, cystoskopia, badanie obrazowe miednicy/dróg moczowych.

### **Opcje terapeutyczne**

Leczenie jest z reguły wielokierunkowe i powinno być dobierane indywidualnie, w zależności od fenotypu klinicznego pacjenta. Wpływ bólu i jego leczenia na funkcje seksualne powinny być oceniane i modyfikowane. Można zastosować leczenie zachowawcze z rozgrzewaniem miejscowym, mało forsowne ćwiczenia fizyczne (spacerowanie, pływanie,

rozciąganie, joga), dieta i modyfikacja stylu życia, fizjoterapia. W celu leczenia można próbować zastosować antybiotyki, blokery receptora alfa adrenergicznego, leki przeciwzapalne, leki rozluźniające napięcie mięśniowe, leki ziołowe. Leczenie bólu obejmuje leki stosowane w bólu neuropatycznym takie jak trójcykliczne leki przeciwdepresyjne, czy gabapentynoidy. Interwencje takie jak wstrzykiwanie środka znieczulenia miejscowego mogą być pomocne u pacjentów ze zlokalizowanym bólem. Ukierunkowane na pęcherz moczowy leczenie jest właściwe dla pacjentów z objawami śródmiąższowego zapalenia pęcherza/zespołu bólowego pęcherza. Psychoterapia (w szczególności terapia poznawczo behawioralna) może być przydatna w nauce technik radzenia sobie w życiu codziennym. Leczenie chirurgiczne nie powinno być stosowane, chyba że są specyficzne wskazania (np. zwężenie cewki moczowej, szyi pęcherza moczowego).

#### **Piśmiennictwo**

- [1] Anothaisintawee T, Attia J, Nickel, JC, Thammakraisorn S, Numthavaj P, McEvoy M, Thakkinstian A. Management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a systematic review and network meta-analysis. *JAMA* 2011;305:78–86.
- [2] Fall M, Baranowski AP, Elneil S, Engeler D, Hughes J, Messelink EJ, Oberpenning F, Williams ACdeC. EAU guidelines on chronic pelvic pain. *Eur Urol* 2010;57:35–48.
- [3] Nickel JC. Prostatitis. *Can Urol Assoc J* 2011;5:306–15.
- [4] Nickel JC, Shoskes D. Phenotypic approach to the management of the chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *BJU Int* 2010;106:1252–63.
- [5] Strauss AC, Dimitrakov JD. New treatments for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Nat Rev Urol* 2010;7:127–35.
- [6] Wagenlehner FM, Naber KG, Bschiepfer T, Brähler E, Weidner W. Prostatitis and male pelvic pain syndrome. *Dtsch Arztebl Int* 2009;106:175–83.