

Skurcz mięśni dna miednicy: brakujące ogniwo w zespole bólowym miednicy mniejszej

ERIC SWISHER, MD, JENNIFER RICH, MS, PT, PATRICE M. WEISS, MD

Ostry lub przewlekły ból miednicy mniejszej jest często spowodowany zaburzeniami układu mięśniowo-szkieletowego, co może umknąć rozpoznaniu w trakcie normalnego badania miednicy. Właściwa ocena umożliwi identyfikację skurczu mięśnia lub punktów spustowych, a fizjoterapia często poprawia jakość życia kobiet cierpiących na tego typu dolegliwości.

Mięśniowo-szkieletowe zaburzenia miednicy występują u kobiet dosyć często, jednakże nazbyt często pozostają nierozpoznane w diagnostyce objawów bólowych w obrębie miednicy mniejszej. Mimo że zostały dobrze opisane w piśmiennictwie, zaburzenia te powodują różne objawy, które można przeoczyć w tradycyjnym badaniu ginekologicznym szyjki macicy, trzonu macicy i przydatków. Badanie mięśni dna miednicy w trakcie rutynowego badania miednicy jest bardzo użyteczne w identyfikacji ich napięcia i punktów spustowych, które przyczyniają się lub bywają

skutkiem bólu w miednicy mniejszej u pacjentki. Krótkie badanie palpacyjne tylnej i bocznej części miednicy w celu identyfikacji skurczu dźwigacza odbytu (mięśnia łonowo-guzicznego, m. biodrowo-guzicznego i m. łonowo-odbytniczego) pozwala często na wykrycie punktu wyjścia bólu w miednicy. W ustąpieniu tych dolegliwości może zdecydowanie pomóc fizjoterapia i inne metody interwencji. Przedstawiamy serię przypadków i przegląd piśmiennictwa, które opisują diagnostykę i postępowanie w przypadku ostrych i przewlekłych objawów.

Do zapamiętania

- Zasadnicze znaczenie ma edukacja pacjentek na temat mięśni dna miednicy i związanych z nim czynników ostrego i przewlekłego bólu.
- Zastosowanie fizjoterapii w celu zachęcenia kobiet do aktywnej samodzielnej opieki umożliwia poczucie kontroli i wpływu na własny stan zdrowia, co pozwoli im odnosić korzyści fizyczne i psychiczne.

Częstość występowania i przyczyny bólu miednicy mniejszej

Ból miednicy mniejszej występuje u kobiet stosunkowo często. Częstość występowania ocenia się przynajmniej na 3,8%.^{1,2} Ból miednicy może wymagać włączenia leczenia, w tym interwencji chirurgicznych. Ocenia się, że 40% zabiegów laparoskopii diagnostycznych i 12% histerektomii wykonuje się właśnie z powodu bólu w podbrzuszu.³ Niestety, u części pacjentek nie ma jednoznacznych wskazań do korekty chirurgicznej lub etiologia bólu ma charakter wieloczynnikowy, co powoduje, że ból nie ustaje mimo operacji.

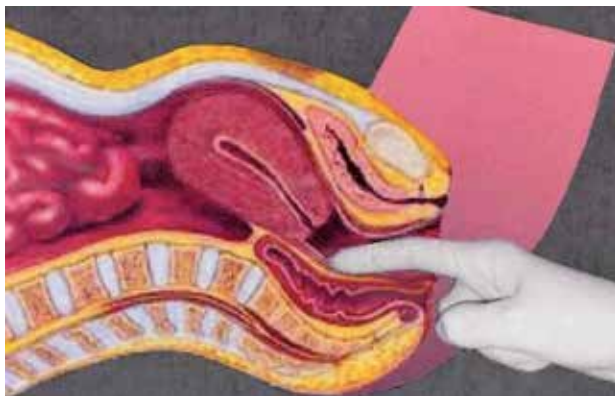
Mięśnie dna miednicy są słusznie uznawane za potencjalną przyczynę ostrego lub przewlekłego bólu miednicy mniejszej, ale bywają pomijane w diagnostyce bólu miednicy. We wstępnej ocenie takich pacjentek należy uwzględnić mięśniowo-szkieletowe przyczyny ostrego i przewlekłego bólu.¹ Kryteria diagnostyczne dotyczące mięśniowych i kostnych źródeł bólu podbrzusza nie zostały jednoznacznie określone.⁴

Dr Swisher, assistant professor, Virginia Tech Carilion School of Medicine, Roanoke, vice chief, service and assistant director of minimally invasive gynecologic surgery, Department of Obstetrics and Gynecology, Carilion Roanoke Memorial Hospital, w Roanoke, Wirginia.

Dr Rich, physical therapist, specialist in pelvic floor rehabilitation, Roanoke, Wirginia.

Dr Weiss, chair, professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Carilion Clinic, Virginia Tech Carilion School of Medicine, Roanoke, Wirginia.

Autorzy składają podziękowania Elizabeth Rutrough za jej pracę i wsparcie w przygotowaniu niniejszej pracy do publikacji. Autorzy nie zgłaszają żadnego konfliktu interesów związanych z treścią tego artykułu.



RYCINA Badanie palpacyjne w diagnozowaniu przewlekłego bólu w obrębie miednicy.

Badanie palpacyjne w celu zdiagnozowania przewlekłego bólu w obrębie miednicy za pomocą jednego palca powinno obejmować co najmniej dźwigacz odbytu i mięsień gruszkowaty.

Dno miednicy składa się z mięśni poprzecznie prążkowanych, więzadeł i tkanki łącznej, która podtrzymuje narządy miednicy, przeciwdziałając grawitacji i ciśnieniu wewnątrzbrzuszemu. Przepona miednicy składa się z dwóch części: mięśnia kulszowego od tyłu i dźwigacza odbytu w położeniu przednio-bocznym. Choć komponenty te nie są w pełni odrębne, dźwigacz odbytu składa się z następujących grup mięśni: biodrowo-guziczowego (część tylna), łonowo-guziczowego i łonowo-odbytniczego (w części przedniej). Dno miednicy musi posiadać zdolność rozluźnienia tej podpory przy przeponie moczowo-płciowej w trakcie oddawania moczu i podczas porodu, przy jednoczesnym utrzymaniu anatomicznej konstrukcji struktur miednicy. Złożona mechanika jej podwójnej funkcji, a także częste zagrożenie integralności dna miednicy w wyniku działania grawitacji, codziennych czynności i porodu pochwowego przyczyniają się do podatności mięśni miednicy na uszkodzenia i urazy. W miednicy znajdują się także mięśnie gruszkowaty i zasłonowy, które nie są elementami dna miednicy, ale w razie ich uszkodzenia mogą być przyczyną bólu w miednicy mniejszej.⁵

Zwiększone napięcie mięśni dna miednicy może być pierwotną przyczyną bólu w dole brzucha u niektórych pacjentek. Z kolei u innych kobiet może być to tylko odpowiedź na istniejące wcześniejsze zaburzenia.⁶ Do skurczu mięśni dna miednicy dochodzi na skutek ich uszkodzenia w kilku mechanizmach. Należą do nich między innymi traumatyczny poród drogami natury, operacja w obrębie miednicy, wymuszona pozycja ciała, na przykład w trakcie prowadzenia samochodu przez dłuższy czas lub wykonywania zawodu w pozycji siedzącej, zaburzenia chodu, urazowe uszkodzenie okolicy lędźwiowej lub miednicy oraz wykorzystywanie seksualne. Zaburzenie zborności miednicy, szczególnie w obrębie stawu krzyżowo-biodrowego, spowodowane urazem, nieprawidłowa postawa ciała, spadek wydolności mięśni dna miednicy, asymetria mięśni lub

zbyt intensywne ćwiczenia fizyczne mogą także przyczynić się do dysfunkcji mięśniowej miednicy.

Uraz prowadzący do bólu mięśniowo-powięziowego zaczyna się od fazy ostrej, charakteryzującej się reakcją zapalną i immunologiczną. Uraz może się utrwalić przez dalsze zapalenie wywołane skurczem, uwolnienie neuroprzekazników i nadwrażliwość ośrodkowego układu nerwowego. W miarę ewoluowania urazu następuje drugi etap dystrofii mięśnia, w trakcie którego dochodzi do jego zwłóknienia, a proces ten prowadzi do występowania przewlekłych dolegliwości.

Dysfunkcja mięśni dna miednicy może także powstać w reakcji na inne zespoły przewlekłego bólu, takie jak endometrioza, zespół jelita drażliwego, wulwodynia czy śródmiąższowe zapalenie pęcherza moczowego. Prospektywne badanie pacjentek z przewlekłym bólem w okolicy miednicy o różnej etiologii dowiodło występowania nieprawidłowości mięśniowo-szkieletowych u 37 vs 5% w grupie kontrolnej.⁷ Biorąc to pod uwagę, mięśnie dna miednicy należy objąć badaniem niezależnie od podejrzanego źródła bólu miednicy.

Jak wskazują trzy przypadki opisane na dalszych stronach, aby ustalić właściwe rozpoznanie, lekarze muszą wykazywać czujność związaną z potencjalną możliwością mięśniowo-szkieletowego pochodzenia bólu w miednicy. Mialgia oraz inne zaburzenia mięśni, jak na przykład zespół mięśnia gruszkowatego (piriformis syndrome), są często rozpoznawane na podstawie historii choroby oraz badania dna miednicy za pomocą badania jednym palcem. Odwrócenie badającego palca w celu oceny tylnych i bocznych części miednicy pozwala często od razu ustalić rozpoznanie kliniczne. Trzy przypadki opisane na końcu artykułu ilustrują różnorodne oblicza tych dolegliwości oraz prostotę uzyskania rozpoznania, jeśli zwraca się odpowiednio uwagę na mięśnie miednicy.

Ocena zespołu przewlekłego bólu w obrębie miednicy

Kluczowe znaczenie w postępowaniu z pacjentkami z przewlekłym bólem w obrębie miednicy ma identyfikacja lokalizacji bólu mięśniowo-powięziowego jako jego przyczyny lub czynnika inicjacyjnego.⁸ Nierozpoznanie dysfunkcji mięśni dna miednicy może się z pewnością przyczyniać do 24-40% negatywnych wyników laparoskopii u pacjentek z przewlekłym zespołem bólowym miednicy. Szczegółowa historia choroby często wskazuje, że ból ma podłoże m.in. w mięśniach dna miednicy, a pacjentki uskarżają się głównie na ucisk, uczucie ciężkości i ból. Ból może się nasilać przy wysiłku, defekacji, siedzeniu i stosunkach płciowych. Ból po stosunku może utrzymywać się przez kilka godzin lub dni. Nierzadko występuje też ból promieniujący do biodra lub dolnej części pleców, choć takie dolegliwości nie wynikają wyłącznie z dysfunkcji mięśni dna miednicy.

Badanie miednicy w celu zdiagnozowania ostrego lub przewlekłego bólu w podbrzuszu powinno zawsze obejmować badanie jednym palcem przynajmniej mięśnia dźwigacza odbytu i mięśni gruszkowatych (rycina). Należy zacząć od palpacyjnego badania przedsiionka pochwy, w celu wykluczenia pochwy, a następnie powoli przesunąć palec obustronnie w kierunku mięśni biodrowo-guzicznych i łonowo-guzicznych, zwracając szczególną uwagę na to, czy przy palpacji występuje stwardnienie, nagły silny skurcz mięśnia, czy ból.^{1,9} Silny skurcz fragmentu dźwigacza odbytu jest wyczuwany jako strunowe napięcie wąskiego pasma mięśnia lub ogniskowe stwardnienie (punkty spustowe). Mięsień gruszkowaty należy zbadać palcem położonym tylnobocznie, nad kolcem kulszowym.¹ U pacjentki z prawidłowymi mięśniami dna miednicy badanie palpacyjne dźwigacza odbytu i mięśnia gruszkowatego zazwyczaj wywołuje uczucie ucisku, natomiast u pacjentki z mialgią wywołuje znaczny ból. Dyskomfort odczuwany w czasie badania przypomina ból, który dolega poza badaniem. Innym objawem w czasie badania jest wyraźna asymetria między prawymi i lewymi częściami przepony miednicy. Takie skrócenie lub przykurcz będą występowały po tej samej stronie, po której odczuwany jest ból.

Z perspektywy fizjoterapeuty szczegółowe badanie obejmuje wywiad ortopedyczny dotyczący kręgosłupa, miednicy i stawów biodrowych, badanie przez pochwę w celu oceny napięcia spoczynkowego mięśni dna miednicy i stawów biodrowych, a także ocenę biologicznego sprzężenia zwrotnego (biofeedback) mięśni dna miednicy. Fizjoterapeuta dąży do oceny stopnia dysfunkcji oraz identyfikacji mięśniowo-szkieletowych lub nerwowo-mięśniowych czynników wpływających na stan pacjentki, takich jak m.in. pochylenie miednicy, rozbieżność w długości kończyn, brak równowagi w ruchomości stawu biodrowego, zwłknięcie stawu krzyżowo-biodrowego czy rwa kulszowa. Po zidentyfikowaniu tych zmiennych, podstawową składową fizjoterapii jest edukacja pacjentki. Większość kobiet nie rozumie lub ma znikomą wiedzę na temat funkcjonowania mięśni dna miednicy. Edukacja pacjentek na temat dna miednicy i związanych z nim czynników ostrego i przewlekłego bólu ma zasadnicze znaczenie.

Postępowanie w przypadku zespołu przewlekłego bólu miednicy

Leczenie objawowego nadmiernego napięcia mięśni dna miednicy zaczyna się od rehabilitacji jednostki nerwowo-mięśniowej lub reedukacji nerwowo-mięśniowej za pomocą biofeedbacku, technik relaksacji mięśni i palpacji tkanek miękkich objętych dysfunkcją. Dotykając przez terapeutę mięśni dna miednicy, pacjentka jest proszona o napinanie i rozluźnianie mięśni. O tym, że pacjentka prawidłowo kontroluje mięśnie miednicy terapeuta informuje ją werbalnie lub naciskiem. Możliwe jest zastosowanie elektrod zewnętrznych lub dopochwowych w celu moni-

Kluczowe zagadnienia

- W terapii mięśni dna miednicy nie ma żadnej pojedynczej metody leczenia. Większość fizjoterapeutów stosuje wielopłaszczyznowe podejście do tej złożonej dolegliwości.
- W postępowaniu z pacjentkami z przewlekłym bólem miednicy kluczowe znaczenie ma identyfikacja zespołu bólu mięśniowo-powięziowego jako jego przyczyny.
- Lekarze powinni większą uwagę zwracać na potencjalne mięśniowo-szkieletowe pochodzenie bólu w miednicy mniejszej.
- Z perspektywy fizjoterapeuty gruntowne badanie obejmuje wywiad ortopedyczny dotyczący kręgosłupa, miednicy i stawów biodrowych, badanie przez pochwę w celu oceny napięcia spoczynkowego mięśni miednicy oraz stawów biodrowych, a także zastosowanie biofeedbacku mięśni dna miednicy.

torowania czynności elektrycznej mięśni miednicy oraz wizualizacja lub pokazanie dźwiękiem (biofeedback) w miarę, jak pacjentka napina lub rozluźnia mięśnie. Kluczowym celem reedukacji nerwowo-mięśniowej jest doskonalenie proprioceptywnej świadomości mięśni dna miednicy. Gdy kobieta umie rozpoznawać napięcie i rozluźnienie mięśni miednicy, potrafi je lepiej kontrolować.

Fizjoterapeutyczne metody leczenia zespołu przewlekłego bólu w obrębie miednicy obejmują także masaż, ultradźwięki i techniki rozluźniania mięśniowo-powięziowego. Terapeuci mogą wykonywać zabiegi w obrębie tkanek miękkich pochwy lub masaże polegające na manualnym rozciąganiu, choć techniki te przynoszą najlepsze rezultaty w obecności badanych punktów spustowych, napiętych wiązek mięśniowych czy podczas skurczu mięśnia. Przyrządy do masażu pozwalają na stosowanie samodzielnej terapii w warunkach domowych. Kryształowa pałeczka jest jednym z najczęściej stosowanych przyrządów do samodzielnej terapii mięśni dna miednicy. W niektórych przypadkach ćwiczenia terapeutyczne mogą być także stosowane w przypadku dysfunkcji mięśniowo-szkieletowej, a stymulację nerwowo-mięśniową stosuje się w celu przyniesienia ulgi pacjentkom z przewlekłym skurczem.

W terapii mięśni dna miednicy nie jest preferowana żadna pojedyncza metoda leczenia, co można tłumaczyć tym, że większość fizjoterapeutów stosuje wieloaspektowe podejście do tej złożonej dolegliwości. Choć większość opcji terapeutycznych można zastosować u prawie każdej pacjentki, z naszych doświadczeń wynika, że uogólnione zwiększone napięcie mięśni zazwyczaj najlepiej odpowiada na terapię wszystkich mięśni miednicy (kurczenie i rozkurczanie mięśni, biofeedback, ultradźwięki), natomiast punkty spustowe i inne anomalie ogniskowe w obrębie mięśnia częściej wymagają terapii manualnej (techniki mięśniowo-powięziowego rozluźniania, manipulacja pałeczką kryształową czy ostrzykiwanie punktów spustowych). Metody te w znacznym stopniu się pokrywają, dlatego najczęściej stosuje się podejście wielopłaszczyznowe. Niektóre opcje te-

Trzy oblicza przewlekłego bólu w obrębie miednicy

PRZYPADEK 1: POOPERACYJNY BÓL W OBRĘBIE MIEDNICY U 38-LETNIEJ PACJENTKI

Przypadek 1 to 38-letnia kobieta rasy białej poddana histerektomii laparoskopowej z powodu nieprawidłowych krwawień z dróg rodnych i mięśniakowatej macicy, bez powikłań operacyjnych. Rutynowa cystoskopia śródoperacyjna w celu sprawdzenia drożności moczowodów wykazała obecność w pęcherzu podejrzanego struktury, później zdiagnozowanej jako rak urotelialny. Zmiana została usunięta w trakcie drugiego zabiegu operacyjnego, a następnie pacjentka została poddana chemioterapii. Po operacji odczuwała silny ból w obrębie miednicy. Początkowa ocena za pomocą diagnostyki obrazowej i przeprowadzone badania nie wskazały konkretnej przyczyny, dlatego skierowano ją na powtórny laparoskopię, aby wykluczyć zrosty lub urazy pooperacyjne. Badanie przed zabiegiem ujawniło silny skurcz mięśnia biodrowo-guzicznego, który powodował podawane objawy. Operacja została odwołana, a objawy w pełni ustąpiły po zastosowaniu fizjoterapii.

PRZYPADEK 2: JEDNOSTRONNY BÓL W OKOLICY BIODRA U 32-LETNIEJ PACJENTKI

Pacjentka 2 to 32-letnia kobieta rasy białej, cierpiąca od 12 lat na jednostronny ból biodra. Zgłaszała codzienny ból w okolicy miednicy i dyspareunię o znacznym nasileniu. Objawy zaostrzały się przy wysiłku. Pacjentka poddawana była masażom ogólnym, przyjmowała leki przeciwbólowe, a obrazowe i przedmiotowe badania ortopedyczne nie wykazały przyczyn dolegliwości. W badaniu miednicy stwierdzono odpowiedzialną za podawane objawy bolesność mięśnia biodrowo-guzicznego i gruszkowatego ze skurczem w odpowiedzi na ucisk oraz wyczuwalnymi twardymi wiąztkami w przebiegu mięśni. Fizjoterapia obejmowała biofeedback, zabiegi manualne w zakresie pochwy i edukację pacjentki. Według pacjentki amitryptylina zmniejszyła dolegliwości o 60% i przyniosła zdecydowaną poprawę w jej codziennej aktywności.

PRZYPADEK 3: BÓL PO WYPADKU U 40-LETNIEJ PACJENTKI

Pacjentka 3, 40-letnia kobieta rasy czarnej, która zgłosiła się po wypadku na motocyklu. W wyniku uderzenia od tyłu cierpiała na ostry ból szyi i w okolicy miednicy. Pacjentka była poddana szczegółowej diagnostyce obrazowej i rutynowej fizjoterapii, stosowanej w przypadku urazu narządów poza miednicą. W wyniku badania ginekologicznego stwierdzono silny skurcz dźwigacza odbytu z typowym uformowaniem w kształcie litery V. Skurcz i skrócenie mięśnia zmieniły ramiona mięśnia do postaci wąskiej litery V, co nieomal zacisnęło przeponę moczowo-płciową. Przy badaniu palpacyjnym mięśni pacjentka odczuwała silny ból i niepokój. Dzięki rehabilitacji mięśni dna miednicy oraz fizjoterapii kobieta zaczęła ponownie normalnie funkcjonować, a większość jej objawów w obrębie miednicy ustąpiła.

rapeutyczne, takie jak manualna terapia w obrębie pochwy, mogą nie być akceptowane przez wszystkie pacjentki.

Fizjoterapia jest zazwyczaj skuteczna u pacjentek z zespołem przewlekłego bólu w obrębie miednicy na tle dysfunkcji mięśni dna miednicy, szczególnie jeśli bierze się pod uwagę długoterminowe wyniki terapii i częstotliwość utrzymywania się objawów w całej populacji pacjentek cierpiących na te dolegliwości. Przeprowadzono jedynie kilka perspektywnych, randomizowanych badań. FitzGerald i wsp. wykazali korzystną odpowiedź na fizjoterapię mięśniowo-powięziową u 57% kobiet z urologiczną przyczyną zespołu bólowego miednicy, u pacjentek zgłaszających tkliwość mięśni dna miednicy w badaniu palpacyjnym.¹⁰ Ta sama wielośrodkowa grupa badawcza potwierdziła później te wyniki i wskaźnik odpowiedzi na poziomie 59% u kobiet poddawanych fizjoterapii mięśniowo-powięziowej w związku ze śródmiąższowym zapaleniem pęcherza moczowego (zespołem bolesnego pęcherza).¹¹ W badaniu przeprowadzonym przez Głazera i wsp., wskaźnik odpowiedzi na fizjoterapię i biofeedback u pacjentek z zespołem

zapalenia przedsionka pochwy (westibulodynią) i zwiększonym napięciem mięśni dna miednicy wynosił 50% po 2 latach obserwacji.¹²

Znalezienie fizjoterapeuty z odpowiednimi umiejętnościami i specjalizującego się w dysfunkcji mięśni dna miednicy może w niektórych regionach stanowić prawdziwe wyzwanie. Dane terapeutów znających się problemami zdrowotnymi kobiet z przewlekłym bólem miednicy można znaleźć na stronie internetowej American Physical Therapy Association APTA (<http://www.apta.org>). Herman & Wallace Pelvic Rehabilitation Institute, specjalizujący się w przygotowaniu fizjoterapeutów do rehabilitacji mięśni dna miednicy, posiada bazę danych osób zajmujących się tym problemem.

Postępowanie farmakologiczne w przypadku dysfunkcji mięśni dna miednicy zaczyna się od podania niesteroidowych leków przeciwzapalnych, cyklobenzapryny (lek niedostępny w Polsce – przyp.red.), amitryptyliny lub baklofenu. Leki narkotyczne są dość interesującą alternatywą u pacjentek odczuwających bardzo silny ból, ale w dłuż-

szej perspektywie nie stanowią one korzystnego rozwiązania. Obiecujące rezultaty u pacjentek z mialgią mięśni dna miednicy dają gabapentyna i pregabalina (lek niedostępny w Polsce – przyp.red.).^{8,13} Ostrzykiwanie punktów spustowych lidokainą z lub bez hydrokortyzonu jest także skuteczną metodą leczenia w przypadku bólu na tle mięśniowo-powięziowym.⁸ Ostatnio w terapii skurczu mięśni dna miednicy z powodzeniem stosuje się oczyszczoną toksynę botulinową (Botox) (rzadko stosowany, objawy niepożądane – przyp. red).^{8,12} Stymulacja nerwu krzyżowego, nerwu sromowego oraz tylnej części nerwu piszczelowego są obecnie rozwijanymi metodami terapeutycznymi, których zastosowanie przynosi obiecujące rezultaty.⁸

Podsumowanie

Nawet doświadczeni lekarze mogą błędnie zdiagnozować pacjentkę z bólem w podbrzuszu, jeśli nie zbadają dokładnie mięśni przepony moczowo-płciowej. Poświęcenie większej uwagi mięśniom dna miednicy w trakcie badania jest skuteczną i niedrogą strategią diagnostyczną, która może zdecydować o zmianie jakości życia pacjentki z bólem miednicy, a jednocześnie wymaga minimalnych nakładów czasowych i wysiłku. Jeśli zwiększone napięcie mięśni dna miednicy pozostanie nierozpoznane, u pacjentek tych stosuje się z reguły standardowy algorytm diagnozowania i postępowania w przypadku przewlekłego bólu miednicy i nie są one poddawane fizjoterapii. Fizjoterapia z lub bez leczenia farmakologicznego przynosi wielu pacjentkom znaczną ulgę, a nawet ustąpienie dolegliwości. Edukacja pacjentek i zastosowanie fizjoterapii w celu zachęcenia kobiet z przewlekłym bólem miednicy do aktywnej samodzielnej terapii umożliwi kontrolowanie funkcji mięśni i wpływ na własny stan zdrowia, co pozwoli im odnosić korzyści fizyczne i emocjonalne. Choć badanie

jednym palcem mięśni dna miednicy jest dobrze opisane w piśmiennictwie, należy ponownie podkreślić znaczenie tej metody jako rutynowego elementu oceny dna miednicy. Ta prosta technika pozwala na obniżenie kosztów i zmniejszenie cierpienia w populacji pacjentek cierpiących na tego typu dolegliwości przy minimalnym zaangażowaniu diagnostycznym.

Contemporary OB/GYN, Vol. 57, No. 10, 2012, p. 39. Pelvic floor spasm. The missing link in chronic pelvic pain.

Piśmiennictwo

- Howard FM. Chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol.* 2003;101(3):594-611.
- Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Dawes MG, Barlow DH, Kennedy SH. Prevalence and incidence of chronic pelvic pain in primary care: evidence from a national general practice database. *Br J Obstet Gynaecol.* 1999;106(11):1149-1155.
- Howard FM. The role of laparoscopy in chronic pelvic pain: promise and pitfalls. *Obstet Gynecol Surv.* 1993;48(6):357-387.
- Tu FF, As-Sanie S, Steege JF. Musculoskeletal causes of chronic pelvic pain: a systematic review of diagnosis: part I. *Obstet Gynecol Surv.* 2005;60(6):379-385.
- Hollinshead WH, Rosse C. *Textbook of Anatomy.* 4th ed. Philadelphia, PA: Harper & Row; 1985:740-742.
- Butrick CW. Pathophysiology of pelvic floor hypertonic disorders. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2009;36(3):699-705.
- Tu FF, Holt J, Gonzales J, Fitzgerald CM. Physical therapy evaluation of patients with chronic pelvic pain: a controlled study. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;198(3):272.e1-272.e7.
- Butrick CV. Pelvic floor hypertonic disorders: identification and management. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2009;36(3):707-722.
- Prendergast SA, Weiss JM. Screening for musculoskeletal causes of pelvic pain. *Clin Obstet Gynecol.* 2003;46(4):773-782.
- FitzGerald MP, Anderson RU, Potts J, et al; Urological Pelvic Pain Collaborative Research Network. Randomized multicenter feasibility trial of myofascial physical therapy for the treatment of urological chronic pelvic pain syndromes. *J Urol.* 2009;182(2):570-580.
- Payne C, Fitzgerald MP, Burks D, et al. Randomized multicenter clinical trial shows efficacy of myofascial physical therapy in women with interstitial cystitis/painful bladder syndrome (IC/PBS). *J Urol.* 2010;183(4 suppl):e402-e403.
- Glazer HI, Rodke G, Swencionis C, Hertz R, Young AW. Treatment of vulvar vestibulitis syndrome with electromyographic biofeedback of pelvic floor musculature. *J Reprod Med.* 1995;40(4):283-290.
- Prather H, Spitznagle TM, Dugan SA. Recognizing and treating pelvic pain and pelvic floor dysfunction. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 2007;18(3):477-496.ix.

KOMENTARZ

Dr n. med. Ewa Baszak-Radomańska,
III Katedra i Klinika Ginekologii Uniwersytetu
Medycznego w Lublinie

Przewlekły, nadmierny skurcz mięśni dna miednicy jest odkryciem w ginekologii. Pojawia się coraz więcej doniesień w piśmiennictwie, prowadzone są obserwacje kliniczne, co widać także w najnowszym numerze *Contemporary OB/GYN*. Praca napisana jest z punktu widzenia fizjoterapeuty dla ginekologa, mimo że dwóch współautorów jest ginekologami. Kluczowym zagadnieniem w tym temacie jest fakt, że diagnostyka należy do ginekologa. Fizjoterapeuci

nie mają prawa ani umiejętności, aby przez pochwę zbadać pacjentkę z bólem podbrzusza czy bólem krzyża. Diagnoza tymczasem powinna być ustalana na podstawie badania ginekologicznego. Dlatego też do standardu badania ginekologicznego powinno należeć palpacyjne badanie tkanek miękkich miednicy, także w przebiegu cewki moczowej, na przedniej ścianie pochwy, jako pierwszy etap badania przed wzziernikowaniem. Jeśli pacjentka podaje ból w czasie współżycia, nawrotowy lub stały świąd i pieczenie sromu, warto także na wstępie ocenić ból przedstonka, dotykając wacikiem (westybulodynia).

W przedstawionym artykule opisano badanie jednym palcem, którym, po wsunięciu do pochwy, należy ucisnąć szeroką strukturę mięśniową, poczynawszy od najbardziej ze-

wewnętrznych części, uciskając tylnoboczne ściany pochwy. Następnie badamy coraz głębiej, całą płytę mięśniową po jednej i drugiej stronie. Nieco odrębnie, bocznie i od tyłu, powyżej kolca kulszowego można wy badać mięsień gruszkowaty. Właściwie nie ma znaczenia, jak dany mięsień się nazywa. Jeżeli będziemy badać w ten sposób wszystkie pacjentki, szybko wyczujemy nieprawidłowości i będziemy różnicować kobiety z dysfunkcją mięśni. Po pierwsze mięśnie będą niesymetryczne, po drugie bolesne przy ucisku, a po trzecie dotknięcie pewnych miejsc spowoduje skurcz lub miejscowe stwardnienie w przebiegu mięśnia (punkty spustowe), typowo dla dysfunkcji mięśniowo-powięziowej. Już jeden objaw przemawia za rozpoznaniem skurczu mięśni miednicy.

W kolejnym etapie, trzymając w pochwie dwa palce oparte na dźwigaczu odbytu, poprosimy, aby pacjentka nie napinając mięśni brzucha (trzymamy dla kontroli drugą rękę na brzuchu pacjentki), ud ani pośladek, skurczyła mięśnie pochwy, zaciskając palce badające. U kobiet z dysfunkcją wynik nie jest jednoznaczny. Najczęściej pacjentka wykonuje silny skurcz, mięśnie są wtedy bolesne. Gdy poprosimy, aby rozluźniła mięśnie, będzie to robić powoli i rozkurcz nie będzie całkowity. Wtedy można nauczyć pacjentkę, aby wykonywała rozkurcz, rozluźniała srom i pochwę, powoli wydychając powietrze przez usta (na wydechu dno miednicy się relaksuje).

Ta najprostsza postać biofeedbacku uczy pacjentkę ćwiczeń mięśni Kegla (przedniej części dźwigacza odbytu). Program ćwiczeń nie został wystandaryzowany. Ja zalecam trzy miesiące ćwiczeń, 3 razy dziennie po 12 skurczów, przy czym każdy skurcz ma być maksymalnie silny z efektywnym, wystarczająco długim rozkurczem. Czasem po 3 skurczach trzeba zrobić 2 minuty przerwy, kiedy kolejne skurcze już są mniej silne. Nie należy wykonywać ćwiczeń przy oddawaniu moczu, aby nie stwarzać przeszkody podpęcherzowej. To podstawowa forma fizjoterapii, którą każdy ginekolog może zalecić. Można także nawiązać współpracę z pracownią EMG/Biofeedbacku, która zajmuje się rehabilitacją mięśni dna miednicy. Jest też szkoła japońskiego masażu miednicy (Yumeiho). Bez względu na dolegliwości (ból głowy, pleców czy jakiegokolwiek inne), ćwiczenia i masaż zewnętrzny dotyczą miednicy. Do współpracy można zaprosić certyfikowanych fizjoterapeutów. Zachęcam pacjentki do praktykowania jogi (np. callanetics zwiększa napięcie miednicy) ze względu na ćwiczenia relaksacyjne i oddychanie brzuszne.

Od kilku lat pracuję z pacjentkami z przewlekłym bólem ginekologicznym (ból podbrzusza, wulwodynia). U znacznej części tych kobiet występuje skurcz mięśni dna miednicy, który jest przyczyną, a czasem skutkiem, dolegliwości bólowych. Odkąd zwracam na to uwagę, zbieram ukierunkowany wywiad, jeśli pojawi się jeden objaw, pytam o inne. Problemami zdrowotnymi mającymi związek ze skurczem dna miednicy (spastic floor syndrome, SFS) są: dyspareunia, ból, pieczenie czy przewlekły świąd sromu (w tym uporczywe zakażenia drożdżakowe), ból podbrzusza i krzyża, objawy urologiczne: częste zakażenia dróg moczowych, parcia naglące i naglące nietrzymanie moczu, zespół bolesnego pęcherza (PBS/IC), ale też objawy ze strony jelita grubego: zaparcia, zespół jelita drażliwego (IBS). Rzadko występuje pieczenie stóp i zespół niespokojnych nóg. Marek Jantos (www.vulvodynia.com.au), terapeuta, który ma duże doświadczenie i dobre wyniki w rehabilitacji mięśni dna miednicy w wulwodyni, uważa, że zespół dolegliwości mających związek ze skurczem mięśni dna miednicy należy traktować jako zespół organów końcowych (end organs syndrome), co zwraca uwagę, że leczy się poszczególne narządy, podczas gdy przyczyna leży w miednicy.

Szeroki zakres przedstawionych objawów pokazuje wyraźnie, jak często należy brać pod uwagę skurcz przepony miednicy. Szacuję, że co czwarta pacjentka ginekologiczna wymaga diagnostyki miednicy w związku z występującymi (nie tylko podawanymi) objawami.

Mięśnie dna miednicy będą także żywe zainteresowanie w położnictwie. Pojawiają się publikacje dotyczące wczesnego (wraz z pełnym rozwarciem) i odroczonego parcia (gdy rodząca czuje wyraźne parcie lub gdy główka jest widoczna w szparze sromowej) w drugim okresie porodu. Parcie odroczone przedłuża drugi okres porodu nawet o godzinę, ale nie ma niekorzystnego wpływu na płód. Stanowi profilaktykę uszkodzeń mięśni dna miednicy, podobnie jak sposób parcia. Nie na wdechu (przy próbie Valsalwy mięśnie dna miednicy się kurczą), ale na długim wydechu (rozkurcz mięśni).

Do tej pory mówiliśmy o uszkodzeniach mięśni dna miednicy, słabej i mało stabilnej płycie mięśniowej, co skutkuje zaburzeniami statyki i wysiłkowym nietrzymaniem moczu. Zaczyna się etap diagnostyki i wielokierunkowa próba terapii dysfunkcji mięśni miednicy w postaci nadmiernego skurczu. Najczęściej występuje u kobiet z przewagą układu współczulnego, spiętych, niepotrafiących odpoczywać, perfekcjonistycznych. Grupa ryzyka to ambitne kobiety biznesu. Będzie ich w naszym gabinecie coraz więcej.