



DUREREA

Vol. XVIII, Nr. 2

Aprilie - Iunie 2008

ISSN 1220-8752

REVISTA ASOCIAȚIEI ROMÂNE PENTRU STUDIUL DURERII

Comitet editorial

Directori Onorifici

Acad. Prof. Dr. Constantin POPA PhD

Acad. Prof. Dr. Leon DĂNĂILĂ PhD

Editor Șef

Dr. Virgil DINCĂ PhD

Editor fondator

Dr. Lucian SANDU PhD

Consiliul de redacție

Șef. Lucrări Dr. Elena COPACIU PhD

Șef Lucrări Dr. Radu COSTEA PhD

Dr. Iulian HAINĂROSIE

Prof. Dr. Gabriel IACOB PhD

Prof. Dr. Adriana Sarah NICA PhD

Conf. Dr. Cristina PANEA PhD

Prof. Dr. Dana Galieta MINCĂ PhD

Conf. Dr. Ștefan NEAGU PhD

Dr. Cristina Anca TUDOR

arsd_rasp@yahoo.com
www.arsd.ro

Publicat și distribuit de
Asociația Română pentru Studiul Durerii
ISSN 1220-8752

**SEDARE DOLOREM
OPUS DIVINUM EST**

CUPRINS

**DURERILE PELVI-PERINEALE
LA FEMEIE, CONSIDERAȚII
DIAGNOSTICE ȘI TERAPEUTICE**

**PROIECT DE PROTOCOL
PENTRU TRATAMENTUL
DIFERENȚIAT AL DURERII LA
FEMEIE**

**CONFERINȚA NAȚIONALĂ ARSD
27 - 28 IUNIE 2008**

**Particularități ale
sindroamelor dureroase la femeie**

Detalii legate de conferință pe site-ul www.arsd.ro
și la sediul ARSD

PUBLICAȚIE CREDITATĂ DE C.M.R. CU 5 PUNCTE E.M.C.

**ASOCIAȚIA ROMÂNĂ PENTRU
STUDIUL DURERII**

**Spitalul Universitar București
Spl. Independenței 169, Sector 5
București**

Telefon: 318.05.22 int.150, 215

Fax: 318.05.06

e-mail: arsd_rasp@yahoo.com

www.arsd.ro

Consiliu de conducere

Președinte

Șef. Lucr. Dr. Elena COPACIU

Președinte de onoare

Dr. Lucian SANDU

Ex - Președinte

Prof. Dr. Adriana Sarah NICA

Vicepreședinte

Dr. Virgil DINCĂ

Secretar

Dr. Cristina Anca TUDOR

Trezorier

Dr. Iulian HAINĂROȘIE

Consilier

Prof. Dr. Rodica Anghel

Conf. Dr. Ion BURAGA

Prof. Dr. Mircea CİNTEZĂ

Prof. Dr. A. V. CIUREA

Conf. Dr. Florin COSTANDACHE

Șef Lucr. Dr. Ioana GRIGORAȘ

Prof. Dr. Gabriel IACOB

Asist. Univ. Dr. Daniela IONESCU

Dr. Radu LICHARDOPOL

Conf. Dr. Dumitru MATEI

Dr. Călin NANDRA

Conf. Dr. Ștefan NEAGU

Prof. Dr. Sorin OPRESCU

Conf. Dr. Cristina PANEA

Prof. Dr. Florin POPA

Conf. Dr. Mioara RIZESCU

Prof. Dr. Cercel STREINU

Dr. Virgil SURU

Dr. Eleonora ȘOGĂRESCU

Dr. Cristian TĂNAȘE

Prof. Dr. Florin TUDOȘE

Prof. Dr. Dan TULBURE

Revista "Durerea" a fost introdusă în nomenclatorul Publicațiilor Medicale al Colegiului Medicilor din România fiind inclusă între publicațiile creditate conform Programului Național de Educație Medicală Continuă al CMR.

Asociația Română pentru Studiul Durerii (ARSD) este o asociație nonprofit cu sediul în București, Splaiul Independenței nr. 169, Sector 5, Spitalul Universitar de Urgență - Clinica A.T.I. ARSD a fost fondată în 1991 și are ca scopuri încurajarea studiilor și publicațiilor în domeniul durerii acute și cronice în România. ARSD se adresează medicilor din toate specialitățile dornici să aprofundeze cunoștințele legate de teoriile durerii și să le aplice în practica clinică.

ARSD este filiala IASP (International Association for the Study of Pain) și EFIC (European Federation of Chapters of the International Association for the Study of Pain). ARSD este creditată de Colegiul Medicilor din România ca furnizor de Educație Medicală Continuă.

Toate informațiile legate de condițiile de înscriere în asociație, întâlniri anuale, materiale științifice sunt disponibile pe pagina de internet a ARSD: www.arsd.ro.

Copii gratuite ale acestei reviste sunt distribuite membrilor cotizanți ai ARSD și sunt de asemenea prezente și pe pagina web a ARSD.

**CALENDARUL MANIFESTARILOR ȘTIINȚIFICE
ÎN DOMENIUL DURERII**

January 18-19, 2008, Nottwil/Lucerne, Switzerland 3rd International Symposium, "Invasive Procedures in Motion"

January 20-22, 2008, California, USA World Congress on Neck Pain.

January 24, 2008, Bern, Switzerland Pain Management in Neonates.

January 26, 2008, London, UK. 5th Hands-on External Neuromodulation Workshop Pain Management & Neuromodulation Centre Guy's & St Thomas' Hospital.

January 27 - February 1, 2008, Grindelwald, Switzerland IV ESRA Winter Week.

February 9-13, 2008, Davos, Switzerland Pain Winter Meeting 2008, "Recent Advances in Chronic Pain Treatment." Endorsement: Swiss Association for the Study of Pain (IASP Chapter).

February 18-22, 2008, Scottsdale, Arizona, USA The 21st Annual Practicing Physician's Approach to the Difficult Headache Patient.

March 1-7, 2008, Cape Town, South Africa 2008 Meeting, South African society of Anaesthesiologists, The 14th World Congress of Anaesthesiology.

March 12-15, 2008, Auckland, New Zealand "Pain - Breaking Down the Barriers," 2008 Annual Meeting of the New Zealand Pain Society (IASP Chapter).

March 15, 2008, New York, New York, USA Emerging Issues in the Art and Science of Pain and Symptom Management.

March 26-27, 2008, Algiers, Algeria 4th National Congress of the Societe Algerienne d'Evaluation et de Traitement de la Douleur, SAETD (IASP Chapter).

March 27, 2008, Amersfoort, The Netherlands 2008 Annual Meeting of the Nederlandse Vereniging ter Bestudering van Pijn (IASP Chapter).

March 27-29, 2008, Rio de Janeiro, Brazil "Neuropathic Pain and Fine Fibers Neuropathies. Diagnosis and Treatment." VI Symposium of the Brazilian Society of Peripheral Neuropathies.

March 29-30, 2008, Taipei, Taiwan 2008 Annual Meeting of the Chinese Association for the Study of Pain, Taiwan (IASP Chapter).

March 29 - April 2, 2008, Perth, Australia "The Spectrum of Pain," 28th Annual Scientific Meeting of the Australian Pain Society (IASP Chapter).

April 11-13, 2008, Boston, Massachusetts, USA "Pain in Special Populations." 2008 Annual Meeting of the New England Pain Association

April 15-18, 2008, Liverpool, United Kingdom 2008 Annual Scientific Meeting of the British Pain Society (IASP Chapter).

April 25-26, 2008, Backnons, Lithuania "Pain Assessment Challenges," Annual Meeting of the Lietuvos Skausmo Draugija.

May 7-10, 2008, Tampa, Florida, USA 27th Annual Scientific Meeting of the American Pain Society (IASP Chapter).

May 8-11, 2008, Turku, Finland 31st Annual Meeting of the Scandinavian Association for the Study of Pain (IASP Chapter).

May 16, 2008, Balatonfured, Hungary Joint meeting of the Hungarian Pain Society (IASP Chapter) and the Hungarian Society of Anaesthesiologists.

May 25-30, 2008, Durban, South Africa 14th World Congress of Anaesthesiologists.

May 27-30, 2008, Victoria, BC, Canada 28th Annual Meeting of the Canadian Pain Society (IASP Chapter).

June 5-7, 2008, Gerona, Spain VIIIth Nacional Congreso of the Sociedad Española Del Dolor (IASP chapter).

June 7, 2008, Brussels, Belgium "Pain in Women," 2008 Annual Meeting of the Belgian Pain Society (IASP Chapter).

June 13-14, 2008, Zilina, Slovakia "16th Slovak Dialogues on Pain," Annual meeting of the Slovak Society for the Study and Treatment of Pain (IASP Chapter).

June 13-15, 2008, London, UK 3rd Travelling Pain Symposium, Destination Avignon via Eurostar With the Pain Management & Neuromodulation Centre, Guy's & St Thomas' Hospital, London, UK.

June 15-22, 2008, Siena, Italy EFIC - European Pain School Summer School at the University of Siena.

June 19-21, 2008, Hissaria, Bulgaria 4th National Bulgarian Conference of Pain, 2008 Annual Meeting of the Bulgarian Association for the Study and Treatment of Pain .

June 23-26, 2008, Launde Abbey, Leicestershire, UK British Pain Society SIG for Philosophy and Ethics Meeting: "Science and Suffering."

June 27-28, 2008 CONFERINTA NATIONALA ARSD "PARTICULARITATI ALE DURERII LA FEMEIE" Info: www.arsd.ro sau teefoon 1021.318.05.22.

July 27 - August 1, 2008, Nairobi, Kenya "Pain: Physiology and Management," joint meeting of the Kenya Society for the Study of Pain (IASP Chapter) and the African Physiological Society.

August 4-8, 2008, Middleton, Wisconsin, USA 6th Annual Comprehensive Pain Board Review Symposium.

August 13-15, 2008, London, UK NeuPSIG Satellite to the Glasgow 2008 World Congress on Pain.

August 17-22, 2008, Glasgow, UK 12th WORLD CONGRESS ON PAIN®. Scottish Exhibition and Conference Centre.

August 31 - September 5, 2008, Poertschach, Austria European Interactive Pain Course (EIPC) in cooperation with the European Federation of IASP Chapters (EFIC).

August 31 - September 5, 2008, Poertschach, Austria European Interactive Pain Course (EIPC) in cooperation with the European Federation of IASP Chapters (EFIC).

September 24-27, 2008, Genoa, Italy XXVII Annual Congress of the European Society of Regional Anaesthesia (ESRA 2008).

October 2008, Ireland 2008 Annual Meeting of the Irish Pain Society (IASP Chapter).

October 2-4, 2008, Brno, Czech Republic "Xth Annual Czech-Slovak Dialogues on Pain," joint meeting of the Slovenská Spolocnost' Pre Stúdium a Liecbu Bolesti and the Czech Pain Society (IASP Chapters).

October 2-5, 2008, White Point, Nova Scotia 7th International Forum on Pediatric Pain. "Assessing Pediatric Pain: Current Evidence and Practice."

DURERILE PELVI-PERINEALE LA FEMEIE, CONSIDERAȚII DIAGNOSTICE ȘI TERAPEUTICE

Prof. Univ. Dr. Iacob Gabriel
Spitalul Universitar de Urgență, București

"La douleur est comme cette tige de fer que les sculpteurs
mettent au sein de leur glaise, elle soutient !"

Honoré de Balzac

Abstract:

Woman, pelvi-perineal pains are poorly understood and frequently unrecognized. This article reviews the clinical presentations of woman pelvi-perineal pains, but also treatment options which are still broadly empirical. Pain specialist based on multidisciplinary consult should establish a therapeutic plan specific to each patient. Better knowledge of pathophysiological mechanisms should lead to improved specific treatment strategies.

Key words: woman pelvi-perineal pains, pathophysiological mechanisms, treatment alternatives

Manifestările dureroase pelvi-perineale cronice sunt frecvente: 5-8 % din populație (frecvent subestimate din cauze medicale sau socio-culturale), afectând calitatea vieții (1)(7-9)(11), având multiple etiologii.

Semantic se disting două entități din punct de vedere clinic, diagnostic și terapeutic (1)(11):

-durerea pelvină: apare în partea inferioară a abdomenului, afectând țesuturi și viscere pelvine

-durerea perineală: apare în partea inferioară a bazinului, sub diafragma pelvin al ridicătorilor anali, interesând perineul anterior și posterior.

Frecvența mare a durerilor pelvi-perineale este motivată de: inervația bogată a regiunii, de existența a numeroase anastomoze între cele trei componente nervoase responsabile de inervația regiunii: somatică, simpatică și parasimpatică, precum și de proiecția unor dureri viscerale în teritorii cutanate. În patogenia durerilor pelvi-perineale putem identifica: distensia parietală, iritația directă a terminațiilor nervoase (prin ulcerații, inflamații, congestii), spasmul muscular, tracțiunea sau compresiunea mezourilor, mecanismul vascular de tip anginos, corticalizarea durerii, dar și cronicizarea durerilor când sunt interese pecuniare (1)(8)(9).

Examenul sindromului dureros pelvi-perineal este complex (se recomandă a consemna în scris aceste informații, îndeosebi dacă ele apar în urma unor gesturi iatrogene):

1. **anamneza** (1)(7-9)(11) va preciza:

-caracterele durerii: neuropată sau nociceptivă,

-contextul apariției durerii: după sarcină, postoperator, posttraumatic, după infecții, etc.

- cronologia durerii: debut brusc, insidios, durată, dispare brusc sau insidios, între crize durerile dispar sau persistă,
 - intensitatea, folosind scara vizuală analogică
 - topografia,
 - factorii declanșatori: schimbarea posturii (șezândă, ortostatism); după efort de mers, tuse, strănut, defecație; context psiho-social: probleme psihologice, comportament, etc.
 - semne de însoțire: diformitate congenitală, masă tumorală, tegumente hiperemice, febră, tulburări de tranzit, disurie, polakiurie, exteriorizare de sânge +/- puroi, impotență
 - dacă durerea cedează sau nu la repaos, toleranța la tratament analgetic, antiinflamator
 - antecedente personale: traumatice, reumatologice, chirurgicale, dermato-venerice, obstetricale, etc.
 - situația socială: angajat, șomaj, pensionar, invaliditate, fără loc de muncă, etc.
 - calitatea somnului
 - în sfera pelvi-perineală: intervenții anterioare, antecedente obstetricale, antecedente traumatice ale bazinului, preferințe sportive: ciclism, călărie, consemnarea tulburărilor vezico-sfincteriene, genitale; traumatisme sexuale în timpul copilăriei sau la vârsta adultă
- 2. examenul clinic obiectiv (8)(9)(11):**

-*la inspecție*: tegumente hiperemice, contractură musculară, diformitate locală ce poate justifica existența unei tumori, chist, sinus pilonidal; un prolaps vezical, rectal, cicatricea după o epiziotomie, prezența unui nodul de endometrioză perineală vizibil, eczeme, herpes perianal, hemoroizi interni, recte procidenți trombozați, stenozați, abcedați; abcese și fistule perianale, intramurale; fisuri, ulcerații, inflamații specifice/necspecifice.

-*la palpare*: prin tact rectal, vaginal + anuscopie +/- rectoscopia sub anestezie locală sau regională se poate elimina contractura unui ridicător, un abces intramural: reproducerea durerii prin mobilizarea coccisului orientează spre o coccigodinie; dispariția durerii după infiltrarea punctului dureros cu un produs anestezic sau prin dispunerea unui tampon intravaginal.

3. investigațiile paraclinice (7-9)(11) sunt complexe:

Bilanțul biologic:

- bilanțul biologic sanghin: urmărește a evidenția un sindrom inflamator și infecțios, culturi, serologie pentru o posibilă etiologie bacteriană, virală (de exemplu : HIV)
- examen LCR: citologie, bacteriologie, biochimie
- frotiu vaginal: pentru a evidenția o afecțiune ginecologică, un herpes genital
- urocultura: infecții urinare bacteriene, cu Chlamidia, etc.

Bilanțul imagistic:

- radiografiile convenționale lombo-sacrate, bazin pentru evaluarea aspectelor anatomice (modificări radiologice de discartroză, tumori osoase lombo-sacrate, fractură de sacru, etc.), dar și funcționale (ortostatism, poziție șezândă; de exemplu pentru depistarea instabilității sacro-coccigiene: luxație, hipermobilitate sau artroză)
- explorarea CT și RM a coloanei lombo-sacrate, dar și a pelvisului pentru a evidenția o tumoră pelvină, endometrioză (5) tumori osoase benigne, maligne; tumori în canalul rahidian: neurinom, ependimom (8) etc.
- scintigrafia osoasă: poate decela o leziune osoasă posttraumatică, postinfecțioasă
- echografie pelvină: indică procese expansive intra pelvine, patologie viscerală (5) și echografie endo-anorectală: indică leziuni la nivelul rectului inferior, sfincterului anal (7)
- cistoscopie, cistografie pentru a evidenția tulburări de statică vezicală, cistite cronice

-defecografia, rectografia dinamică, timpul de tranzit colic: identificarea unui prolaps intra-rectal, tulburare de statică rectală (7)

-tripla opacifiere pelvină: este utilă pentru a pune în evidență un proplaps pelvin complex: helitrocel, enterocel

Bilanțul funcțional pelvin (7)(9)(11):

-*explorarea uro-dinamică* obiectivează o disfuncționalitate vezico-sfincteriană în tulburări de statică vezicală, cistita interstițială, etc.

-*manometria ano-rectală*: indică o disfuncționalitate recto-sigmoidiană în constipații cronice, rectită cronică, tulburări de statică rectală, perineu descendent

-*explorările neurofiziologice ale perineului*:

-*studiul latențelor sacrate* indică integritatea arcului reflex nerv pudendal intern-metamerele S₂-S₃-S₄, îndeosebi în cazul unei interesări proximale; se fac prin stimularea cu electrozi externi a aferenței senzitive: nervul clitoridian, recte cu electrod de contact a efectorului - unul din mușchii planșeului perineal; latența normală este < 44 milisekunde.

-*electromiograma sfîcterului anal, dar și a mușchilor perineali* pentru a decela semne neurogene periferice în cazul unei neuropatii

-*studiul potențialelor evocate somestezice și motorii corticale ale nervului rușinos*: permit studiul căilor lemniscale de la nervul rușinos intern până la cortexul parietal (este mai puțin sensibil și specific în caz de diabet, etilism)

-*latențele distale motorii ale nervului pudendal*: indică interesarea focală, distală, unilaterală, monotronculară a nervului; se obțin prin stimularea endo-rectală a nervului pudendal la spina ischiatică introducând electrozii în mușchiul bulbo-cavernos

Alte investigații: biopsie, endoscopie ano-rectală, colonoscopie

Manifestările dureroase pelvi-perineale la femeie se pot clasifica în (8):

➤ **dureri pelvi-perineale cu etiologie necunoscută:**

1. *proctalgia fugax* sau proctalgia fugace, apare la 3-15% din sindroamele dureroase pelvi-perineale, a fost descrisă de Thaysen 1935, generează: dureri anale brusc instalate, severe, repetate, nu iradiază, sunt descrise ca o crampă, spasm, lovitură de pumnal; apar fără factor declanșant; durează secunde - 20 minute; dispar complet: fără dureri între episoadele dureroase. Proctalgia fugace a fost descrisă la bolnave anxioase, hipocondre, vârsta medie fiind de 45-55 ani, poate avea un caracter familial în cadrul unei miopatii ce interesează sfîcterul anal intern. Examenul pelvien și proctologic sunt normale. În decursul timpului au fost propuse diferite etiologii: spasm muscular, vascular, durere cu punct de plecare colonul sigmoid, etc. Tratamentele propuse: dilatări ano-rectale, inhalare de Salbutamol (6), antispastice, trinitrină, nifedipină, diltiazem nu și-au dovedit eficacitatea, examenul psihiatric este esențial în susținerea diagnosticului.

2. *nevralgia ano-rectală esențială sau psihogenă* (9): predomină la femei cu antecedente proctologice, ginecologice, colopatii funcționale, îndeosebi după menopauză, sunt variabile, fără orar și topografie precisă, cu iradiieri derutante: fese, pelvis, perineu; se poate însoți de prurit anal idiopatic, nu au legătură cu defecarea. Durerile au un caracter postural net, cedează în decubit dorsal, se exacerbează spre seară. Investigațiile paraclinice sunt negative, tratamentul este medical cu antalgice, antidepresive, miorelaxante, gesturile chirurgicale sunt inutile.

3. *sindromul mușchiului ridicător anal*, sinonime: spasmul ridicătorilor, sindromul puborectal, proctalgia cronică (7)(9) induce dureri rectale profunde, vagi - senzație de presiune rectală permanentă sau repetată (durează 20 minute), cu caracter postural (crește în ortostatism, în poziție șezândă), apare la 6,6% din cazuri, îndeosebi la femei între 30-60 ani. La tact rectal se evidențiază contractura ridicătorului anal și se poate reproduce durerea la palparea mușchiului. Nu există un tratament specific.

4. *sindromul mușchiului piriform sau piramidal*. Acest mușchi pelvi-trohanterian poate genera dureri fesiere joase, unilaterale - mai ales în stânga, cu posibile iradieri pelvi-perineale anterioare sau posterioare. În etiopatogenia sindromului mușchiului piriform se consideră că tensiunea musculară prelungită, microtraumatismele generează serotonină, histamină, prostaglandine, activarea nociceptorilor musculari, declanșarea fenomenelor de convergență cu spasm muscular, diminuarea debitului sanghin, apariția fibrozei locale. Infiltrațiile cu antalgice, corticoizi și fizioterapia în punctele trigger pot ameliora manifestările dureroase. Similar există sindromul miofascial al peretelui abdominal, perineal.

5. *sfincteralegiile anale* (7): dureri anale intense cu caracter de arsură. Nu se cunosc cauzele durerii, precum și sfincterul implicat: neted sau striat. Uneori se constată o hipertonie anală importantă la manometrie.

➤ **dureri ano-pelvine adevărate** - reunesc dureri resimțite profund în regiunea ano-pelvină, fiind generate de:

1. *tulburări de statică perineală* (10): dureri cu caracter de “arsură”, “greutate perineală”; apar la sculare, sunt agravate de mers și de ortostatism, devin maxime spre seară, se pot asocia cu tulburări de defecație, apar frecvent pe un teren psihiatric specific - la bolnave cu depresii, ipohondrie, anxietate, cancerofobie. Deși examenul clinic este normal, uneori putem constata: un rectocel, prolaps mucos al rectului (7), perineu descendent. În aceste cazuri manometria ano-rectală și defecografia sunt utile pentru identificarea unei disinerгии, a unui deficit sfincterian.

2. *leziuni fără infecție HIV*: generează dureri ano-pelvine adevărate (7)(9), secundare proceselor compresive, inflamatorii, cicatriciale; caracter polimorf, cvasicontinuu, intensitate variabilă, fără topografie precisă. De remarcat: defecația diminuează durerea, dilatarea sfincterului anal extern exacerbează durerea. De exemplu:

-*hemoroizi externi și interni (trombozați, infectați), în pusee inflamatorii, congestive*: durerea apare în timpul defecatiei, fiind însoțită de sângerări anale

-*în fisura anală* durerea apare prin spasmul sfincterului anal inițial în timpul defecatiei, apoi este cvasicontinuu; exacerbată la mișcare, posturi diverse, după efort de tuse; se însoțește de rectoragii

-*în abcesul perirectal, pilonidal, fistula anală, ulcerul solitar al rectului* durerea este continuă, are caracter pulsatil, este accentuată în timpul defecatiei. Echografia endo-anală este utilă pentru a preciza un abces intramural cronic al rectului, dar și în diagnosticul diferențial cu un focar de endometrioză (5).

-*prezența de corpuri străine în rect, supurații anale după viol* pot fii generatoare de alгии exacerbate de defecație.

-*tumori ulcerate ale fosei ischio-rectale* (7)(9): cancer ano-rectal infectat, limfom malign non hodgkinian induc dureri provocate sau exacerbate de defecație; frecvent se întâlnesc: durere + sânge + mucus + puroi + miros dezagreabil

-*vulvodinia* (2): durere cu caracter de arsură, accentuată de mers, uzitarea lenjeriei prea strânse, generează dispareunie. Alte cauze sunt: infecțiile genitale bacteriene, micotice (candidoza), dermatozele vulvare.

-*endometrioza* induce dureri cu topografie variabilă, însoțite de dispareunie exacerbate de menstruație. Echoendoscopia și RM sunt utile în a demonstra extensia lezională.

-*dureri generate de epiziotomie*: pot fi provocate de palparea zonei cicatriciale, se însoțesc de dispareunie în postpartum; infiltrațiile locale cu analgetice pot sidera durerea

-*sindromul Master și Allen* (10): durere posturală asociată unei dispareunii profunde ce cedează în decubit ventral produsă de ruptura ligamentului larg, poate fii obiectivată la celioscopie.

-*prolapsurile: genital, vezical, rectal* (10)(11), pot genera algii pelvine surde, exacerbate de ortostatism, efortul de micțiune, defecare. Defecografia poate evidenția un prolaps intrarectal. Manometria ano-rectală, electrofiziologia perineală posterioară pot evalua starea sfincterelor înainte de gestul chirurgical.

-*cistocelul* (11) poate genera dureri perineale coroborate cu micțiunile; examenul local, recte colpocistograma susțin diagnosticul clinic

-*cistalgiiile* (11) durerile la micțiune pot fi cu sau fără infecție urinară

-*alte cauze de dureri perineale*: boala Behçet (aftoza bipolară buco-genitală), pemfigusul cicatricial, tuberculoza anală, ulceratii postradice, boala Crohn, sindroame ischemice.

3.leziuni cu infecție HIV (4):

-rectite bacteriene sau virale

-ulcerații ano-rectale

-tumori benigne și maligne

➤ dureri referite la structuri somatice (mușchi, piele):

1.*coccidinia*: dureri ale coccisului cu topografie mediană, retroanală; pot iradia crural, pelvis, regiunea lombo-sacrată; pot fi permanente sau intermitente; exacerbate la defecație, tuse, strănut, poziție sezândă. La tactul rectal mușchii ischiococcigieni și ai rafeului ano-coccigian sunt dureroși și contractați, coccisul are o mobilitate anormală. Etiologic (3) coccidinia poate fi generată de:

-afecțiuni pelvine: celulită, infecții ano-rectale, genitale, fistule, congestii hemoroidale

-trauma locală, uneori ignorată: fractură, luxație sau hipermobilitate (se vor efectua radiografii în ortostatism și în poziție șezândă, de profil, după 10 minute, pentru a evidenția instabilitatea regiunii sacro-coccigiene prin subluxație posterioară, respectiv creșterea flexiei peste 25 de grade în poziție șezândă)

-diformitate congenitală severă

-fără substrat morfologic precis, cu interesarea nervilor vegetativi

Tratamentul este medicamentos se adresează componentei nociceptive, asociată sau nu celei neuropate, infiltrații cu corticosteroizi și substanță de contrast sub control radiologic intradiscal, manipulări sacro-coccigiene pe cale intrarectală, exereza coccisului (3).

2.*sindromul canalului Alcock* prin compresiunea nervului pudendal (se formează din ramurile anterioare S₂-S₄) în canalul musculo-osteo-aponevrotic între ischion și mușchiul obturator intern; a fost descris de Amarengo (1) în 1984, apare la cicliști: dureri perineale cu caracter de arsură ce iradiază în tot pelvisul, accentuate în poziție șezândă, fără tulburări de sensibilitate, ameliorate în ortostatism și în decubit. Electrofiziologia perineală indică creșterea caracteristică a latenței motorii distale a nervului pudendal,

unilateral, de partea dureroasă. Explorarea prin RM este negativă. Alternativele terapeutice sunt: blocurile anestezice, infiltrațiile cu corticoizi ghidate CT, neuroliza, transpoziția chirurgicală.

3. *nevralgii abdomino-genitale, genito-cruale, compresiunea nervului sacrat* prin (8)(11): tumoră, infecție, inflamație; după gesturi chirurgicale perineale ce generează o fibroză întinsă; sechele obstetricale ce generează dureri cu caracter de arsură cu iradiere în tot pelvisul; cauze rare: lipomatoza pelvină (situație în care chirurgia de derivație se impune în obstrucții digestive sau urinare)

4. *cauze neurochirurgicale*: canal lombar îngust, tumoră lombo-sacrată, hernie de disc lombară inferioară; entități clinice cu indicație chirurgicală

5. *cauze venoase pelvi-perineale*: sindromul congestiei pelvine, varicele vulvare (2), varice atipice crurale; echo-doppler indică stază și dilatațiile venoase. Tratamentul este medical (venotonice, conținție elastică), embolizarea venelor ovariene, a venelor hipogastrice; chirurgical: exereza varicelor vulvare, gesturi laparoscopice.

6. *posttraumatice*: postura șezândă prelungită pe ischioane, reducerea fracturilor prin tracțiuni excesive pe masa ortopedică.

4. Tratamentul durerilor pelvi-perineale este uneori dificil (8), reunind specialiști din multiple domenii: internist, ginecolog, proctolog, chirurg, urolog, reumatolog, neurolog, neurochirurg, psihiatru, fizioterapeut, specialist în terapia durerii.

1. *tratamentul medical* (8) se bazează pe loturi mici de bolnavi, experiența este redusă, urmărindu-se ameliorarea semnificativă a scorului durerii, la intervale frecvente, cu minime efecte adverse: antalgice, decontracturante, anxiolitice, antiinflamatoare nesteroidice, antidepressive, anticonvulsivante, antiaritmice, opioizi. De exemplu în durerile ano-pelvine cu etiologie necunoscută - în proctalgia fugax se recomandă salbutamol (6), trinitrină spray, clonidină; în fisurile anale: cardizem (blocant calcic pentru relaxarea sfincterului intern), toxina botulinică A, mai eficace decât nitroglicerina. Este de remarcat că unele medicamente impun rezerve asupra eficacității lor.

2. *tratamentul chirurgical* oferă ameliorari, vindecări (7)(9)(10) dacă este utilizat în cazurile cu etiologie precisă, ce poate fi soluționată chirurgical.

Dacă sindromul dureros ano-pelvin este unica indicație pentru gestul chirurgical, rezultatele terapeutice asupra durerii sunt modeste sau chiar decepționante – vezi de exemplu neurectomia pre-sacrată ! (8)

3. *tehnicile anestezice regionale*: blocajul plexului hipogastric superior este utilă bolnavilor cu neoplazii viscerale; mecanismul analgezic fiind: întreruperea căilor aferente de la nivelul regiunii ano-rectale; blocajul simpatic spre regiunea ano-rectală, similar sindroamelor dureroase mediate simpatic

4. *injecțiile în “trigger point”*: sacrate, perineale sunt utile bolnavilor cu dureri referite la structuri somatice. De exemplu infiltrarea canalului Alcock, a spinei sciatic transgluteal

5. *tehnicile de electrostimulare*: sunt ușor de aplicat, nu au efecte adverse, nu afectează asupra eficacității altor soluții terapeutice

6. *embolizarea varicelor lombo-ovariene*; chirurgical *exereza varicelor vulvare* (2), *gesturi chirurgicale laparoscopice, uneori anexectomia bilaterală asociată histerectomiei; precum și tratamentul substitutiv hormonal cu medroxiprogesteron acetat* pot fii utile în congestia pelvină la femei, cu sindrom dureros cronic ano-rectal și pelvin

7. *acupunctura* este utilă în unele manifestări dureroase ano-pelvine funcționale fără substrat organic

8. *terapia fizicală* diminuează durerea osteo-musculară, ameliorează mobilitatea bolnavilor; biofeedback în durerea sindromului ridicătorului anal.

9. *tratamentul psihiatric* este esențial în sindromul dureros cronic

10. *tratamentul neurochirurgical* (8) reunește tehnici lezionale și de neuromodulare:

-neurectomia presacrată, mielotomia mediană în dureri cronice ano-pelvine induse de procese neoplazice - tehnici cu interes istoric; coccigectomia (3), exoneuroliza nervilor pudendali, genito-femurali în cazurile justificate de investigații paraclinice: CT, RM, blocaj nervos cu anestezice locale), EMG, viteza de conducere nervoasă

-administrare de opioizi intratecal

-tehnici de electrostimulare: stimularea nervului sacrat (3-5 V, 14 Hz, 210 μsec cu electrod Medtronic cvadripolar 3093)

În concluzie:

-durerile *pelvi-perineale* au patogenii variate, specialistul în terapia durerii pe baza consultului multidisciplinar va elabora un plan terapeutic individualizat fiecărui bolnav (1)(8)(11)

-în durerile cronice *pelvi-perineale* (dureri mai vechi de 6 luni) după eșecul altor metode terapeutice, tratamentul neurochirurgical poate fii o alternativă (8).

Bibliografie

1. Amarenco G, Le Cocquen-Amarenco A, Kerdraon J et al. - Les névralgies périnéales, Presse med 1991; 20 : 71-74
2. Baggish M., Miklos J.- Vulvar pain syndrome: a review, Obst Gynecol Surv 1995; 50: 618-27.
3. Cerabona F.P. - Coccygectomy, in Haher R.T., Merola A.A. Surgical Techniques for the Spine, Thieme, 2003, 273-275
4. De Looze D. - Lésions anorectales chez les patients atteints du sida, Journal Africain d'Hépatogastroentérologie, 2007, 1, 1: 5-9.
5. Dumontieri I, Roseau G., Vincent B., Chapron C., Dousset B., Chaussade S. et al. - Apport comparé de l'écho-endoscopie et de l'imagerie par résonance magnétique dans le bilan de l'endométriose pelvienne profonde, Gastroenterol Clin Biol 2000; 24: 1197-1204.
6. Eckardt V.F., Dodt O., Kanzler G., Bernhard G. - Treatment of proctalgia fugax with Salbutamol inhalation, Am. J. Gastroenterol. 1996; 9: 686-9.
7. Ger G.C., Wexner S.D. et al. - Evaluation and treatment of chronic intractable rectal pain. A frustrating endeavor, Dis. Colon Rectum 1993; 36: 139-45
8. Iacob G. - Durerile ano-rectale: considerații diagnostice și terapeutice, Durerea, 2000, vol. X, 3, 5-8 & poster Falk Symposium 118, Freiburg 30. 09 - 1.10. 2000, Germany
9. Staumont G., Sudauc J.M., Sudauc P. - Algies anorectales chroniques, Encycl. Méd. Chir., Gastroentérologie 1996; 9-087-F-10
10. Villet R., Buzelin J.M., Lazorthes - Les troubles de la statique pelvi-périnéale de la femme. Algies pelvi-périnéales, Vigot 1995; 7: 173-8
11. Wesselmann U., Burnett A.L., Heinberg L.J. - The urogenital and rectal pain syndromes, Pain 1997; 73: 269-94.

Toți membrii ARSD cu cotizația plătită pe 2007 și 2008 sunt rugați să ne remită prin postă sau email următoarele date:

Nume și prenume
Cod numeric personal
Specialitate
Grad profesional
Loc de muncă
Cod parafă

Datele sunt necesare pentru acreditarea la Colegiul Medicilor România

PROIECT DE PROTOCOL PENTRU TRATAMENTUL DIFERENȚIAT AL DURERII LA FEMEIE

Dr. L. Sandu

Clinica A.T.I., Spitalul Universitar de Urgență București

1. ESTE NECESAR UN ASTFEL DE PROIECT ?

Problema a fost ignorată până acum 15 ani, dar experiența clinică arată că există diferențe între durerea și analgezia la femeie (F) și bărbat (B). Această diferență a fost confirmată de noile cercetări clinice și de laborator, iar majoritatea autorilor arată că femeile primesc un tratament insuficient pentru durere. Din acest motiv a crescut în toată lumea preocuparea pentru acest subiect.

Astfel, în 2002 are loc un simpozion IASP pe această temă, iar în 2007-2008 se declară anul "TRATAMENTUL DURERII LA FEMEIE, NEW GLOBAL YEAR INITIATIVE", Targets Pain in Woman.

În acest an filialele IASP din toată lumea organizează simpozioane pe această temă, iar revista PAIN consacră un număr special acestui subiect.

Se elaborează proiecte de programe și protocoale diferențiate pentru tratamentul durerii la F și B.

2.CARE AR FI FACTORII CE POT DETERMINA O DIFERENȚIERE ÎNTRE DUREREA LA CELE DOUĂ SEXE ?

După Berkley K.J. (1997), factorii cei mai importanți care ar determina o diferențiere între durerea la F și B ar fi: canalul vaginal cu toate problemele ce le implică acesta, variația ciclică hormonală și dominantă estrogenică la femeie.

Noile achiziții științifice, în special în ceea ce privește sistemul nervos, extinde aria factorilor ce ar putea fi implicați în această diferențiere.

Factori anatomici și fiziologici :

Conformația anatomică caracteristică (scheletul, musculatura, organele viscerale, structura neurovegetativă, structura hormonală și enzimatică), dominantă estrogenică la F cu o structură psiho-emoțională caracteristică și evenimente funcționale cunoscute: ciclu, sarcina, nașteri, menopauza.

Factori genetici :

Aceasta implică variația după grupul etnic, existența unor boli genetice caracteristice și deosebiri legate de metabolismul unor produși prin configurație enzimatică diferențiată cu răspuns terapeutic diferit

Factori hormonalii :

Configurația estrogenică predominantă la femeie determină creșterea C-FOS în hipotalamus, și favorizează incidența crescută a durerii viscerale, creșterea reacției la durere, scăderea pragului durerii, creșterea sensibilității la opioizi cu receptori tip K.

Factori legați de funcția și structura sistemului nervos

Explorările funcționale-hemodinamice neuroceptice și neurochimice ale sistemului nervos arată diferențe între F și B, în ceea ce privește structura, funcția, densitatea, conexiunile nervoase și activitatea nociceptorilor.

De asemenea sunt diferențe între metabolismul și sistemul enzimatic în diverse zone ale sistemului nervos. Stresul și nocicepția afectează diferit axul hipotalamic-pituitar fiind afectate, în special, cortexul prefrontal, amigdala și zonele cingulate cu o creștere a amprentei afectiv-emoționale și o modulație diferită a nocicepției și memoriei.

Factori legați de sistemul imunitar

La femei s-a constatat creștere a bolilor autoimune, iar hormonii estrogeni ar avea și un rol antiinflamator.

Factorii socio-culturali

Factori deosebiți pot fi legați de educația în familie, școală și societate, profesie și evenimente deosebite din cursul vieții (afecțiuni, tratamente, traume psihice, experiența dureroasă pozitivă sau negativă) și stilul de viață (activ, pasiv, fumat, droguri, antidepresive, contracepție, ș.a.).

Vârsta

Multe evenimente dureroase la femeie sunt influențate de pubertate, perioada de fertilitate cu toate activitățile legate de acesta (ciclu, sarcini, nașteri, boli genitale) și menopauza cu impact major psiho-afectiv, osteoarticular și cardiovascular.

3.CE DIFERENȚE CALITATIVE ȘI CANTITATIVE AR EXISTA ÎNTRE DUREREA LA FEMEIE ȘI BARBAT ?

Trebuie să avem în vedere ca unele date legate de durere sunt comune atât la F cât și la B, dar există și o serie de caracteristici specifice, influențate de factorii enumerați mai sus. La femeie, epidemiologic se observă o incidență crescută a bolilor viscerale și a celor cronice. Legat de caracteristicile durerii s-a observat că la F pragul durerii și toleranța este mai scăzută, iar intensitatea, întinderea și durata sunt mai crescute ca la B.

4.CE DATE AR TREBUI SA CUPRINDĂ UN PROTOCOL DIFERENȚIAT DE TRATAMENT AL DURERII LA FEMEIE ?

Se vor lua în considerație în primul rând din istoric antecedentele legate de pubertate, ciclu, sarcini, nașteri, manevre contraceptive, menopauză, tratamente, elemente psihosociale și familiale, antecedente dureroase pozitive și negative.

Stilul de viață poate să ne dea date importante legate de activitatea profesională, tabagism, alcoolism, sporturi, ș.a.

Pentru durere, importante sunt datele legate de afecțiunea de bază, tipul durerii, simptomele asociate, data apariției, durata, tratamente efectuate, complicații și sechele ce pot să apară. În cadrul tratamentului trebuie să avem în vedere efectele secundare ce pot să apară la femei.

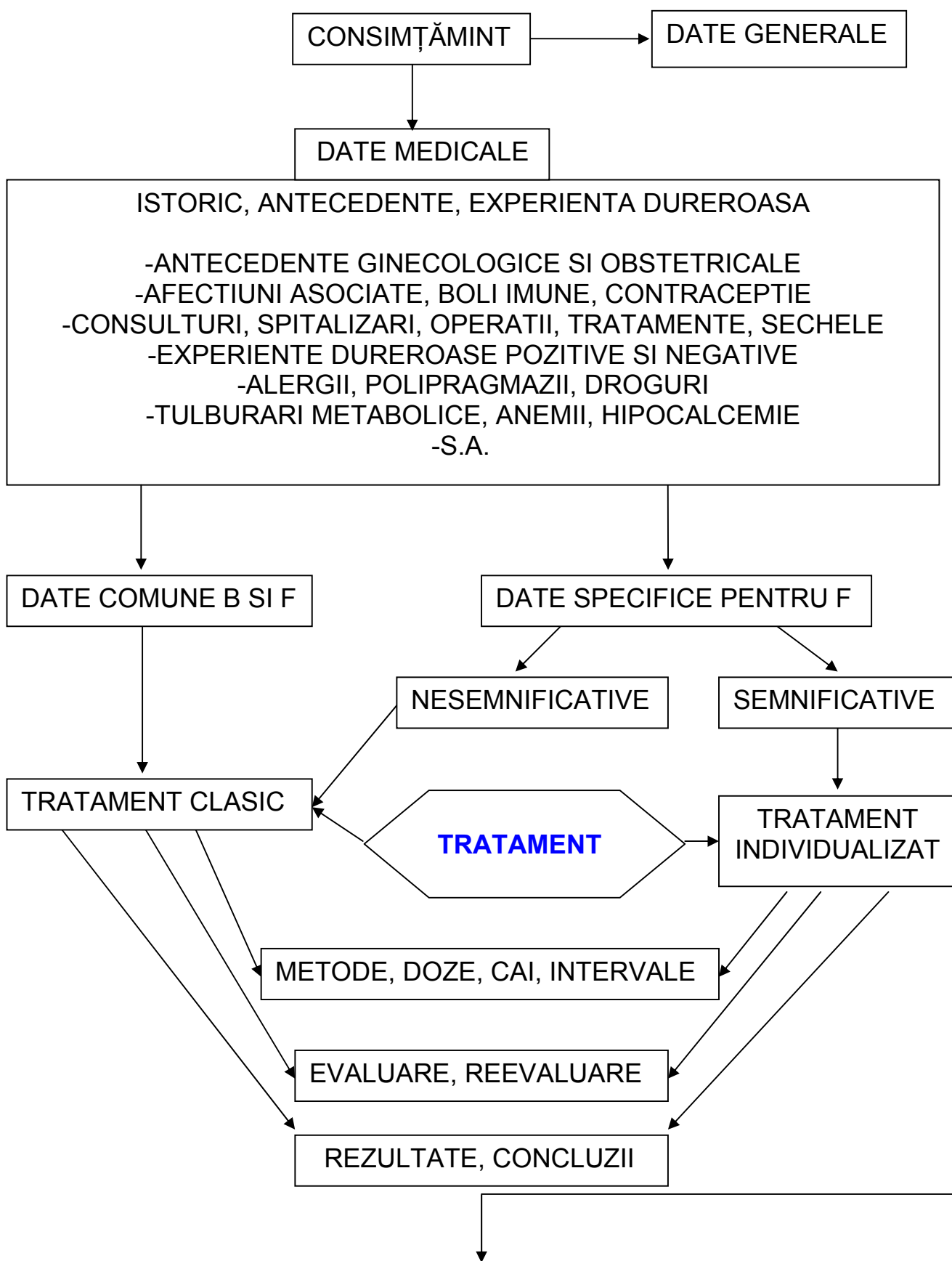
De asemenea se vor lua în considerație diferențele de metabolizare a unor produși de exemplu unele opioide și antiinflamatorii nesteroidice.

Tratamentul durerii la femeie trebuie să fie mai puternic decât la bărbat. Un rol important îl au terapia psihică și fizică asociată la cea medicamentoasă.

În tratamentul cu antiinflamatorii nesteroidice la femei se va avea în vedere existența unor diferențe de metabolizare care pot fi depistate din istoricul pacientei. Utilizarea opioidelor se va face ținând cont de faptul că produșii cu activitate pe receptori K ar fi mai eficienți decât cei cu activitate pentru receptori de tip μ , metaboliții activi fiind mai scăzuți la femeie (morfina).

Propunem un proiect de protocol cu posibilitatea revizuirii sale odată cu achiziția de noi date legate de aceasta temă.

5.PROIECT DE PROTOCOL PENTRU TRATAMENTUL DURERII LA FEMEIE.





SCHEME DE TRATAMENT

SCARA OMS	ANALGEZICE	TRATAMENT ADJUVANT
<p>TREAPTA I DURERE USOARĂ VAS 1-4</p>	<p style="text-align: center;"><u>NEOPIOIDE</u></p> <p>-PARACETAMOL -ANTIINFLAMATORII -ASPIRINĂ ȘI DERIVATE -ALTELE (DUPA EXPERIENȚA PACIENTEI, CONTRAINDICAȚII)</p>	<p style="text-align: center;"><u>MEDICAȚIE ADJUVANTĂ</u></p> <p>-SEDATIVE -HIPNOTICE -TRANCHILIZANTE -RELAXANTE -ANXIOLITICE -ANTIDEPRESIVE -ANTICONVULSIVANTE</p>
<p>TREAPTA II DURERE MEDIE VAS 5-6</p>	<p style="text-align: center;"><u>NEOPIOIDE</u></p> <p>DOZE CORECTATE PENTRU ASOCIERE CU <u>OPIOIDE CU ACȚIUNE MEDIE</u></p> <p>DOZE MICI-MEDII PREFERABIL CELE CU AGONIȘTI K</p>	<p>-MAGNEZIU, O₂ -ALTELE</p> <p style="text-align: center;"><u>METODE MAI EFICIENTE LA FEMEI</u></p> <p>-PSIHOTERAPIE -FIZIOTERAPIE -BLOCURI PERIFERICE ȘI CENTRALE</p>
<p>TREAPTA III DURERE MODERATĂ- SEVERĂ VAS 7-10</p>	<p style="text-align: center;"><u>NEOPIOIDE</u></p> <p>-DOZE CRESCUTE -ÎN ASOCIERE CU <u>OPIOIDE MEDII ȘI PUTERNICE</u></p> <p>-DOZE MARI -CĂI CENTRALE -ASOCIERI -PREFERABIL OPIOIDE CU AGONIȘTI PE RECEPTORI K</p>	

Reamintim membrilor asociației că plata cotizației pe anul 2008 se face prin depunerea în contul RO21RNCB5030000020880001/ROL BCR sector 3 București, a unei sume de 300.000 ROL/30 RON. Cod Fiscal 5466568. Vă rugăm să trimiteți confirmarea plății la adresa de mai jos. Doar membrii care plătesc cotizația beneficiază, pe baza unei liste, de punctajul EMC acordat de CMR.

Membrii asociației sunt rugați să verifice pe site-ul ARSD www.arsd.ro dacă figurează în baza de date a asociației.

ADRESA PENTRU INFORMAȚII - CORESPONDENȚĂ:

ASOCIAȚIA ROMÂNĂ PENTRU STUDIUL DURERII
Spitalul Universitar de Urgență București
(Clinica ATI, Dr. Virgil Dincă)
Splaiul Independenței 169, Sector 5
București
E-mail: arsd_rasp@yahoo.com
www.arsd.ro
Telefon: 318.05.22 int.150, 215 Fax: 318.05.06
Cont bancar B.C.R. Sector 3, București
Cod IBAN RO21RNCB5030000020880001 Cod Fiscal 5466568

ASOCIAȚIA ROMÂNĂ PENTRU STUDIUL DURERII (ARSD)

ADEZIUNE

Numele Prenumele Data nașterii

Loc de muncă Secția

Specialitatea Funcția

Grad profesional.....

Activitate științifică

Activitatea privată

Cod numeric personal..... Cod parafa.....

Adresa/cod loc de muncă.....

..... Tel.....

Adresa/cod domiciliu.....

..... Tel.....

Data Semnătura

ASOCIAȚIA ROMÂNĂ PENTRU STUDIUL DURERII

în colaborare cu

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN

anunță organizarea celui de-al VIII-lea Congres ARSD

Particularități ale sindroamelor dureroase la femeie

Conferința se adresează medicilor și asistentelor medicale
și este creditată de C.M.R. și O.A.M.M.R.

27-28 Iunie 2008

București

**Spitalul Universitar de Urgență
Universitatea de Medicină și
Farmacie Carol Davila**

Contact

ASOCIAȚIA ROMÂNĂ PENTRU STUDIUL DURERII
Spitalul Universitar de Urgență București
(Clinica ATI, Șef Lucr. Dr. Elena Copaciu, Dr. Virgil Dincă)
Splaiul Independenței 169, Sector 5, București
E-mail: arsd_rasp@yahoo.com, web: www.arsd.ro
Telefon: 318.05.22 int.150, 215 Fax: 318.05.06
Cont bancar B.C.R. Sector 3, București
Cod IBAN RO21RNCB5030000020880001 Cod Fiscal 5466568



www.pain-iasp.org

www.arsd.ro

