

שימו לב לפרח, הבנוי מצורת עצמות האגן...

סקירת הכנס והכנת המצגת: תמר שרון-סבן

לתשומת לבכם:

- בסקירה זו יוצגו (כמובן) רק חלק מההרצאות שנישאו בכנס.
- השתדלתי להתמקד בנושאים שמהווים עבורנו (הפיזיותרפיסטים העוסקים ברצפת האגן) חידוש או הרחבה של העבודה הקלינית שלנו.
- המצגת ארוכה למדי, ומחולקת למספר שערים, כדי להקל על קריאתה.
- מומלץ להקדיש לקריאה מספר ימים – כדי ליהנות מהעושר והידע הרב שהוצגו בכנס (אם כי – בסופו של דבר – נשארתי עם יותר שאלות מתשובות, ובעיקר עם הצער על היעדר שיתוף-פעולה רב-מקצועי בכל הנוגע לטיפול בסובלים מכאבי אגן במקומותינו. לפחות ברוב המקרים...)

*ההערות שלי כתובות בכחול

מטרות הכנס:

- להציג את המידע הקליני והמחקרי העדכני בנוגע לכאבי אגן ובטן כרוניים
- לשקף את הדיסציפלינות והמומחים השונים שנדרשים לעבוד יחד כדי לטפל במי שסובל מכאבי אגן ובטן כרוניים
- לתאר את ההערכה, הבדיקה והטיפול הנדרשים בתחומים התפקודיים, הרגשיים והמיניים הקשורים לכאבים אלו
- לתאר טיפול מתאים, כולל טיפול עצמי, קהילתי, שניוני ושלישוני
- לשקול מהי הדרך הטובה ביותר לתמוך במי שסובל מכאבי אגן ובטן כרוניים, כבעיה בעלת חשיבות חברתית.

הכנס אורגן על-ידי איגודים/ ארגונים רפואיים שונים:



Pain of Urogenital Origin

A special interest group of the
International Association for the Study of Pain

THE INTERNATIONAL
PELVIC PAIN
SOCIETY



ובתמיכה של ארגונים רפואיים נוספים:



International Association for the Study of Pain

IASP

Working together for pain relief

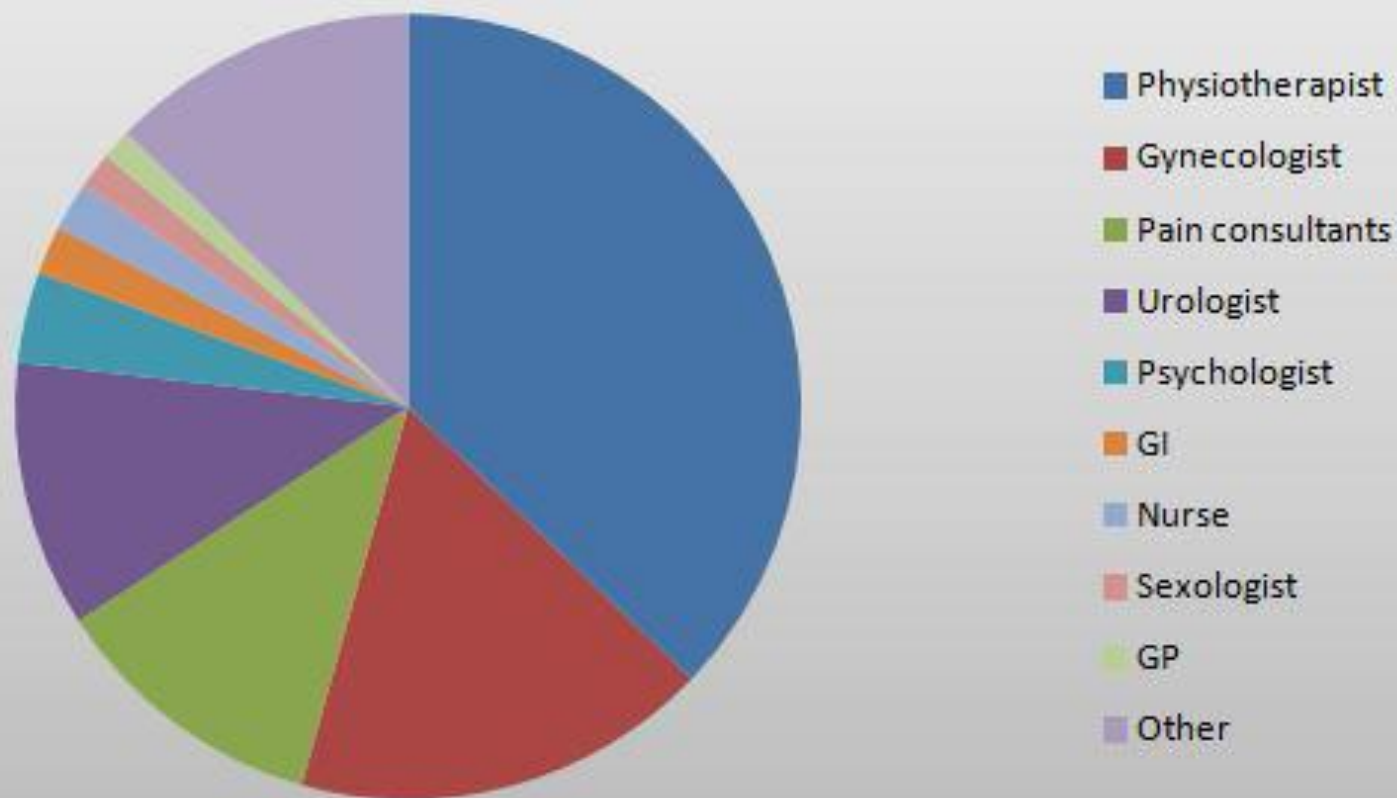


המרצים – מכל התחומים, מכל העולם :

- מומחי כאב
- גינקולוגים
- אורולוגים
- גסטרואנטרולוגים
- נוירולוגים
- פסיכולוגים
- סקסולוגים
- רופאי משפחה
- פיזיותרפיסטים

קהל המשתתפים : (שימו לב מי הכי מתעניין בנושא...)

Disciplines



והנקודה הישראלית

מתוך 39 הרצאות – 3 "משלנו" (= 7.7%) :

- ד"ר באר-גבל : anorectal dysfunctions
- ד"ר אחינועם לב-שגיא : female genital pain
- טלי רוזנבאום : addressing psychosexual components of pelvic pain in medical and physical therapy practice

(+ 10 פיזיותרפיסטים מישראל בקהל)

שער ראשון:

מבוא והגדרות

הרצאת מבוא:

Abdominal and Pelvic pain: areas under construction

E.J.Messelink

urologist, sexologist it, FECSM.

State University Groningen,

University Pelvic Care Center Groningen



בסקירה הוזכרה ביבליוגרפיה חשובה
שנכתבה עד כה :

Guidelines on Chronic Pelvic Pain

D. Engeler (chairman), A.P. Baranowski, S. Eneil, J. Hughes,
E.J. Messelink, P. Oliveira, A. van Ophoven, A.C. de C. Williams

© European Association of Urology 2012

EAU
European
Association
of Urology

מומלץ מאוד לקרוא :

גרסה מקוצרת :

- [http://www.uroweb.org/gls/pockets/english/21 Chronic Pelvic Pain.pdf](http://www.uroweb.org/gls/pockets/english/21_Chronic_Pelvic_Pain.pdf)

גרסה מלאה :

[http://www.uroweb.org/gls/pdf/24 Chronic Pelvic Pain LR%20II.pdf](http://www.uroweb.org/gls/pdf/24_Chronic_Pelvic_Pain_LR%20II.pdf)

ועוד מקורות :



PAIN[®] 152 (2011) S49–S64

PAIN[®]

www.elsevier.com/locate/pain

Review

Pain and the brain: Specificity and plasticity of the brain in clinical chronic pain

A. Vania Apkarian^{a,b,*}, Javeria A. Hashmi^a, Marwan N. Baliki^a

^aDepartment of Physiology, Northwestern University, Feinberg School of Medicine, Chicago, IL, USA

^bDepartments of Anesthesia and Surgery, Northwestern University, Feinberg School of Medicine, Chicago, IL, USA

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3045648/>

Standardization of Terminology of Pelvic Floor Muscle Function and Dysfunction: Report From the Pelvic Floor Clinical Assessment Group of the International Continence Society

Bert Messelink,^{1*} Thomas Benson,² Bary Berghmans,³ Kari Bø,⁴ Jacques Corcos,⁵
Clare Fowler,⁶ Jo Laycock,⁷ Peter Huat-Chye Lim,⁸ Rik van Lunsen,⁹ Guus Lycklama á Nijeholt,¹⁰
John Pemberton,¹¹ Alex Wang,¹² Alain Watier,¹³ and Philip Van Kerrebroeck¹⁴

שימו לב שגם קרי בו ("שלנו") בין המחברים.

ניתן למצוא בקישור:

[http://www.pelvisuisse.ch/fileadmin/user_upload/documents/Studien In
foanZuweisende/Standardisation of terminology of PF muscle function
Messelink.pdf](http://www.pelvisuisse.ch/fileadmin/user_upload/documents/Studien%20In%20foanZuweisende/Standardisation%20of%20terminology%20of%20PF%20muscle%20function%20Messelink.pdf)

נקודות חשובות מתוך ההרצאה :

האחדות/שלמות היא מגוון – *Unity is multiplicity*
אי מציאת ממצאים פיזיים - אינה – מקור פסיכולוגי!!!
כמה חשוב להסתכל על המטופל כיציר אנוש, ולהסתכל על
כל אדם באופן רחב.

הגדרה של כאבי אגן

**Defining
abdomino-pelvic pain
to include overlapping pain conditions**

Dr J Hughes

**The James Cook University Hospital,
Middlesbrough, UK**

- יש להבחין בין **CPP = chronic pelvic pain** שיכול לנבוע מסיבות שונות (לדוגמה : דלקת, אנדומטריוזיס)

- ובין **CPSPS = chronic pelvic pain syndrome** כשלא מוצאים דלקת או פתולוגיה מקומית כלשהי.

ההגדרות המלאות ב-3 השקפים הבאים

Chronic pelvic pain : הגדרה

Chronic pelvic pain is chronic or persistent pain perceived* in structures related to the pelvis of either men or women. It is often associated with negative cognitive, behavioral, sexual and emotional consequences as well as with symptoms suggestive of lower urinary tract, sexual, bowel, pelvic floor or gynecological dysfunction.

IASP 2012

EAU 2012

* **Perceived** indicates that the patient and clinician, to the best of their ability from the history, examination and investigations (where appropriate) has localized the pain as being perceived in the specified anatomical pelvic area.

Chronic pelvic pain syndrome (CPPS)

Is the occurrence of chronic pelvic pain where there is no proven infection or other obvious local pathology that may account for the pain. It is often associated with negative cognitive, behavioral, sexual or emotional consequences as well as with symptoms suggestive of lower urinary tract, sexual, bowel or gynecological dysfunction.

IASP 2012

EAU 2012

שער שני:

על כאב בכלל, כאב ויסצרלי בפרט
ובמיוחד כאב באגן:

סיבות, השערות, השלכות

מספר הרצאות התייחסו לתיאוריה של כאב כרוני –
כתוצאה של סנסטיזציה של המערכת העצבית
המרכזית (= "סנסטיזציה מרכזית"). עפ"י תיאוריה זו
הסנסטיזציה נוצרת בעקבות גירוי ראשוני של
נוסיספטורים במערכת הפריפרית.

לדוגמה – הרצאה שהדגישה את ההבדלים בין
המערכת הוויסצרלית לרקמות שאינן וויסצרליות:

Visceral hypersensitivity due to alterations in spinal processing: primary afferent and central effects

Timothy Ness MD PhD

Simon Gelman Professor of Anesthesiology
Dept Anesthesiology
University Alabama at Birmingham

סנסטיזציה מרכזית (בחוט השדרה) במערכת הוויסצרלית דומה
לזאת המתרחשת במערכת שאינה ויסצרלית

ההבדלים:

- במערכת הוויסצרלית יש פחות נוירונים שמגיבים
לאינהיביציה של המסילות היורדות מהמוח
 - במערכת הוויסצרלית יש יותר נוירונים שמגיבים
לאקטיבציה של המסילות היורדות (למשל – בשל גורמים
סטרסוגניים)
- ולכן – היפרסנסטיביות ויסצרלית תיווצר בקלות רבה יותר**

- לעומת זאת הייתה הרצאה (נפלאה, של חוקר בכיר מאוד) שדחתה את התיאוריה של סנסטיזציה מרכזית, ובייחוד בכל הנוגע לכאב ויסצרלי:

*) מסקנה = להתייחס לכל תיאוריה בזהירות
(ובספקנות)

Understanding visceral pain: a mechanistic perspective

Fernando Cervero

Director, The Alan Edwards Centre for Research on Pain
McGill University, Montréal
President, IASP

- אין שום הוכחה שאקטיביות מוגברת במערכת העצבים המרכזית (מע"מ), אחרי גירוי מזיק מתמשך, היא האחראית למצב ההיפרסנסטיביטי
- אין שום הוכחה שמצב של היפרסנסטיביות ויסצרלית היא תוצאה של אקטיביות מוגברת במע' העצבים המרכזית ("central sensitization")
- אין סיבה להניח שעירור יתר של המע"מ הוא ההסבר למצב של כאב מתמשך
- הסיבה הראשונית לכאב יכולה להיות דווקא בשל שינוי במערכת העצבים המרכזית (בשל סיבה גנטית, הורמונאלית או מצבי לחץ/ סטרס). שינוי זה משפיע על הפריפריה - דרך האפרנטים (efferents) בציר המוח - < מעיים (brain-gut axis) או בדרך אחרת.
- ואז – הפוקוס של המע"מ על הפריפריה הוא הגורם לכך שהפריפריה הופכת להיות המקור למסרים נואסיספטיביים (דרך afferent input) אל מערכת העצבים המרכזית.
- למעשה – זו דרכו של המוח לפעול (לא רק בנוגע לכאב):
להפוך sensory input ל-output בעל משמעות.
לדוגמה:

(כדאי לקרוא):

According to research at a Canadian university, it doesn't matter in what order the letters in a word are, only that the first and last letters are at the right places. The rest can be a total mess and you can still read it without a problem

ולסיכום – ככל הידוע לנו עד כה :

Pain dynamics <--> Neuroplasticity <--> Sensitization

- היפראלגזיה היא ביטוי לדינמיות של הכאב (נכון)
- מצב של היפראלגזיה הוא תוצאה של שינויים פלסטיים / פונקציונליים במע"מ (ייתכן...)
- סנסטיזציה פריפריות של נוסיספטורים תורמת להיפראלגזיה (כמעט בטוח...)
- פעילות קבועה של נוסיספטורים משמרת מצב של כאב מתמשך (כמעט בטוח...)
- סנסטיזציה מרכזית (central sensitization) ... – מה זה סנסטיזציה מרכזית???
- האם סנסטיזציה מרכזית היא ספציפית/ייחודית לכאב??

ועוד מאותה הרצאה :

- כאב ויסצרלי הוא הצורה השכיחה ביותר של כאב
- משככי כאבים מעטים (אם בכלל) פועלים באופן ספציפי על כאב ויסצרלי
- המטופל נבדק לרוב על-ידי אנשי צוות שאין להם שום עניין בטיפול בכאב
- חסר מידע לגבי המכניזם הספציפי של כאב ויסצרלי

מה קורה במוח?

Neuromodulation
of abdomino-pelvic pain

Melissa A. Farmer, PhD

Northwestern University
Department of Physiology

- אצל הסובלים מכאב ויסצראלי נמצא דפוסי פעילות מיוחדים בפעילות המוח: תהיה הפעלה של מרכזים מסוימים בעת כאב ספונטני או בתגובה לגירוי
- באופן נורמלי יש הפרדה בין מגע לכאב, אך במצב של כאב כרוני - נוצר network של אסוציאציות מסוימות הקשורות בגירוי, ואז כל מגע = כאב
- הכאב הכרוני גורם לשינויים מבניים במוח. השינויים נבנים במשך כ-10 שנים, ולאחר מכן ייתכן והמצב כבר אינו הפיך
- הייצוג הנוסיספטיבי של הכאב – משפיע גם על אזורי הרגש

השפעות חברתיות של הכאב הכרוני :

*Societal impact of Abdomino-
Pelvic Pain*

Dr Beverly Collett

Consultant in Pain Medicine
University Hospitals Leicester

מחקר שנעשה באירופה (כולל בישראל) – בממוצע - 19% סובלים מכאב כרוני כלשהו

Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment

Harald Breivik ^{a,*}, Beverly Collett ^b, Vittorio Ventafridda ^c, Rob Cohen ^d,
Derek Gallacher ^d

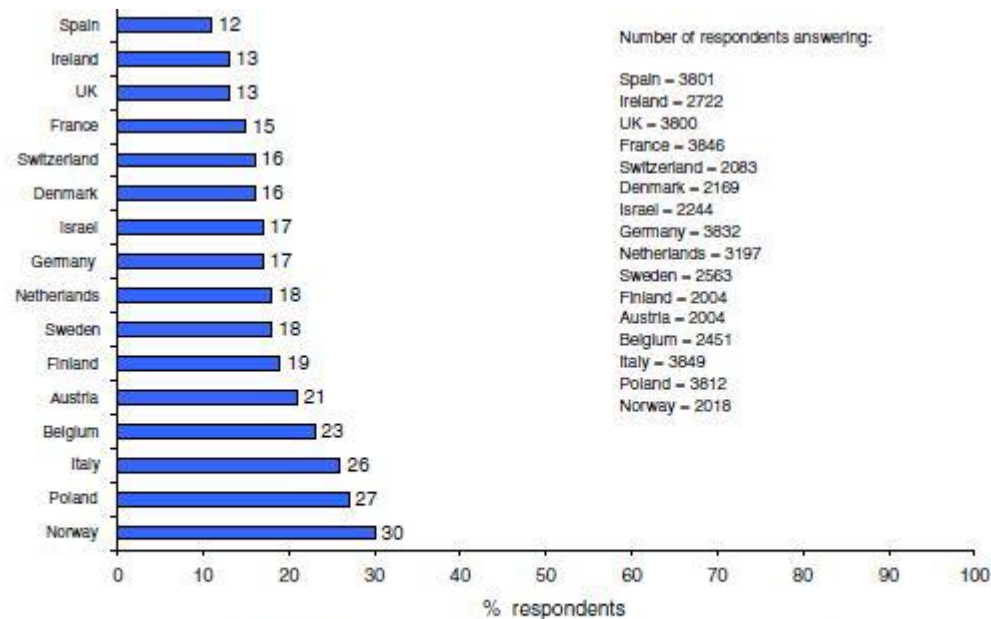
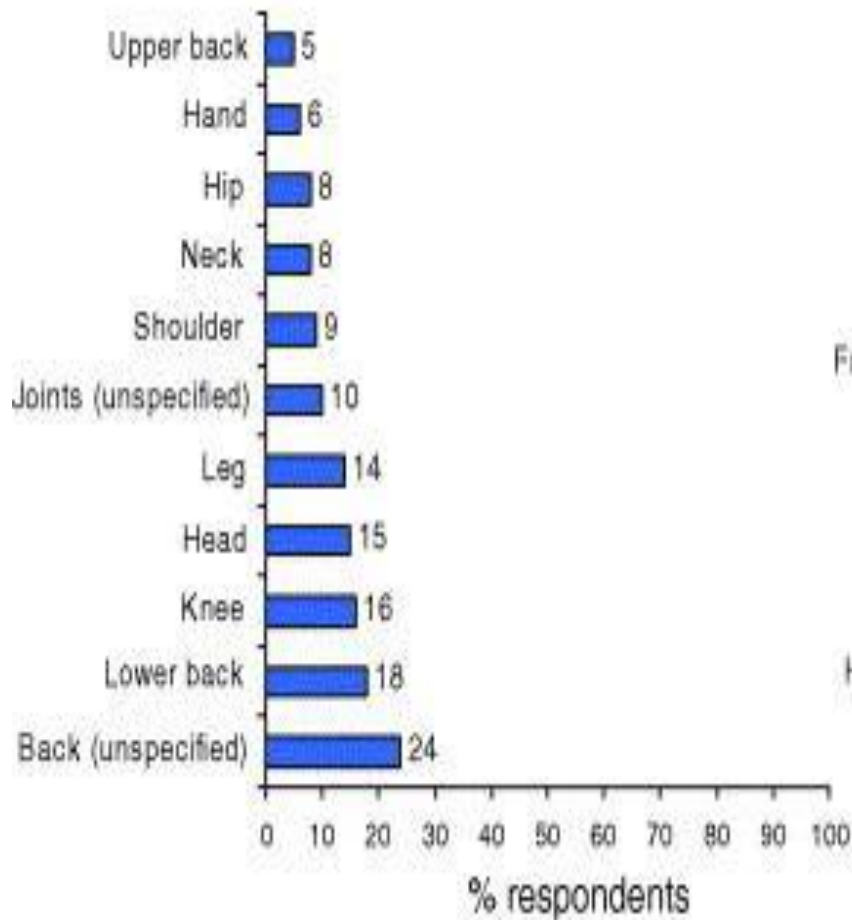


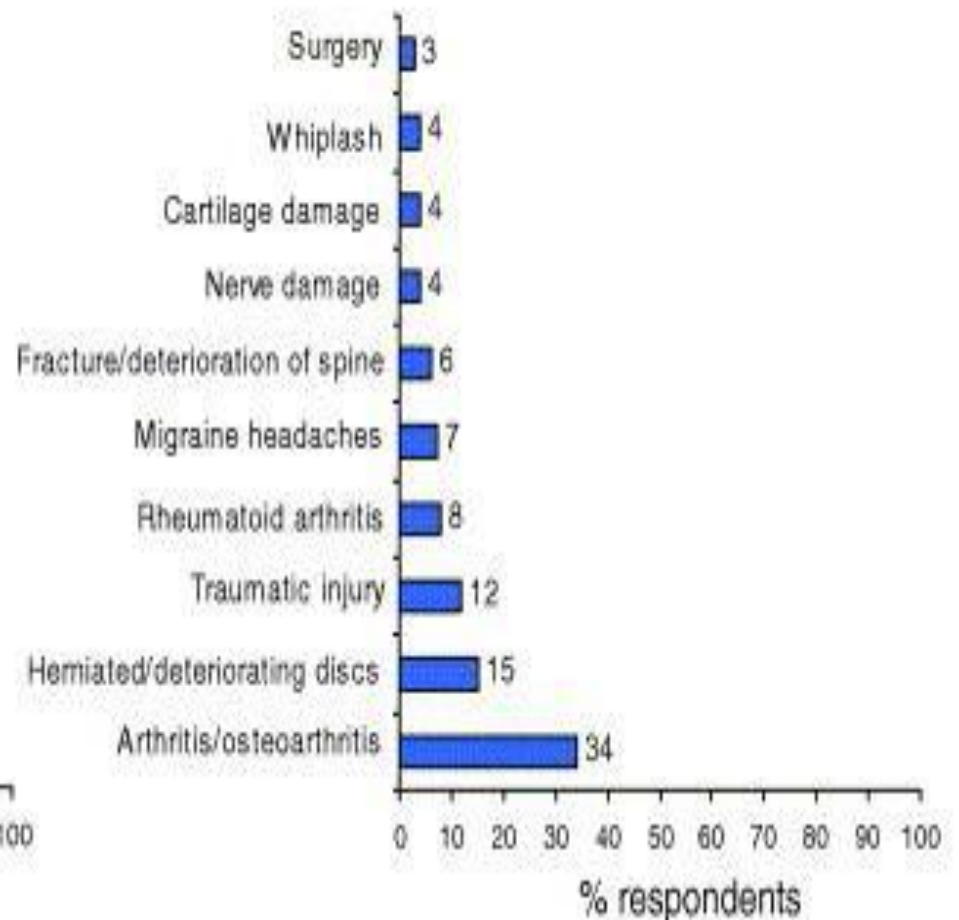
Fig. 1. Prevalence of chronic pain among 46,394 adults (>18 years) in 15 European countries and Israel responding to a computer-aided telephone screening interview. Chronic pain was defined as pain lasting more than 6 months, having pain during the last month, several times during the last week, and last experienced pain having an intensity 5 or more on a Numeric Rating Scale: 1 (no pain) to 10 (worst pain imaginable).

מיקום וסיבות לכאבים

Most common body locations (n = 4835)



Most common causes of pain - unaided and aided responses (n = 4292)



Prevalence of chronic pelvic pain in women (5263 women 18-50 years, USA)

עפ"י שאלונים טלפוניים :

- 15% סובלים מכאב אגן כרוני (CPP)
- 61% מהן דיווחו כי הגורם לכך אינו ידוע
- 49% בשל סיבות גינקולוגיות, 25% בשל אנדומטריוזיס
- 10% מסיבות לא גינקולוגיות
- 16% לא ספציפי
- דירוג נמוך בשאלון בריאות כללית
- היארעות נמוכה יותר : מעל גיל 35, אפרו-אמריקאיות

השפעה עצומה על איכות החיים

דיווח של מי שסבלו מכאבי אגן בחודש האחרון
(557=N)

- 56% - שינויים במצב הרוח
- 82% - ירידה באנרגיה
- 47% - דכדוך
- 88% - דיספראוניה
- 26% - חצי יום במיטה לפחות יום אחד בחודש
- 15% - נעדרו מהעבודה
- 45% - ירידה ברמת התפוקה בעבודה – 7/10

כאבי אגן בהריון

- 50% מהנשים בהריון סובלות מ-pelvic girdle pain (PGP)
- 25-30% - באופן חמור
- האתיולוגיה לא ידועה
- אצל 85%-95% - הכאב חוזר גם בהריון הבא
- 5%-7% - הכאב נמשך גם אחרי הלידה
- (קווים מנחים אירופאים בנושא מ-2008 :

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2518998/pdf/586_2008_Article_602.pdf

לסיכום

- כאבי אגן ובטן כרוניים הם שכיחים
- יש להם השפעה אישית, חברתית וכלכלית משמעותית
- ההבנה של הפתופיזיולוגיה דלה מאוד
- יש סכנה שהמצב והסימפטומים לא יוערכו כראוי (לדוגמה: כאבי אגן בהריון...)
- יש חשיבות למפגשים מולטי-דיסציפלינריים, של מומחים מתחומים שונים, ללמידה משותפת

ואיך המגדר משפיע?

*Gender differences in
abdomino-pelvic pain*

Dr Natasha Curran FRCA FFPMRCA

University College London Hospitals 
NHS Foundation Trust

National Hospital for Neurology and Neurosurgery, London,
United Kingdom

- כאב – יותר אצל נשים – בכל החברות, ברוב המחלות, (LBP, פיברומיאלגיה, IBS) כולל כאבי בטן (גם כשלא מביאים בחשבון כאבי מחזור)
- נשים רגישות יותר לכאב – בכל סוגי הגירוי
- נשים מקבלות טיפול שונה מגברים, לדוגמה:
 - פחות תרופות נגד כאבים, יותר סמי הרגעה
 - פחות מורפיום אחרי ניתוחים
- יש שוני בטיפול הניתן על-ידי רופאים ממגדר שונה:
 - רופאות נותנות מרשמי אופיאדים חזקים יותר לנשים
 - רופאים נוטים להמליץ יותר על הגבלות בתנועה לנשים
- נשים מגיבות שונה לטיפולים ולתרופות (אך לא ברור במה)
- עד 1993 המחקרים על תרופות לא כללו נשים.

לשינויים ההורמונליים יש השפעה על כאב:

- הפסקת המחזור מביאה לשינויים במערכת העצבים המרכזית
- מיגרנות בשכיחות שווה בין נשים וגברים בילדות, אך השכיחות אצל נשים עולה עם ההתבגרות המינית. יש הפחתה בזמן ההריון, אך עלייה אחרי הלידה.
- טרנסקסואלים –
- 1/3 מהגברים שנטלו הורמונים כדי להפוך לאישה – פיתחו כאב כרוני
- 1/2 מהנשים שנטלו טסטוסטרון כדי להפוך לגבר דיווחו על שיפור רב בכאב (ראש) שמהן סבלו קודם לכן

דרכי התמודדות ותופעות נלוות

- נשים משתמשות יותר בדרכי התמודדות התנהגותיות ובתמיכה חברתית ורגשית
- קטסטרופיזציה מופיעה בשכיחות רבה יותר אצל נשים לעומת גברים, אך גם תלויה במצב-רוחה (השלילי) של האישה
- חרדה מגבירה כאב, ונשים אכן יותר חרדות אבל החרדה משמעותית יותר דווקא אצל גברים הסובלים מכאב
- דיכאון - נמצא בקו-מורבידיטי עם כאב, שכיח יותר אצל נשים, יותר נשים דיכאוניות מתלוננות על כאב

לסיכום - התייחסות לשוני המגדרי בטיפול

בכאבי אגן

- זכרו שבני שני המינים יכולים לסבול מכאב
- היו ערים להטיה מגדרית אפשרית שלכם ושל הקולגות שלכם
- יש נטייה לתייג את הנשים כחרדות וכדיכאוניות.
- גברים יטופלו כאילו יש להם prostatitis או varicocele.
- * בשני המקרים עלולים לפספס את הטיפול המתאים לכאב
- יש לשקול האם טיפול הורמונלי יכול לעזור או שהוא דווקא אחד הגורמים לכאב
- יש לחפש אפשרויות לצמצם סנסיטיזציה של הכאב
- יש לשקול אפשרויות טיפול מתאימות לטיפול בהתאם לצורת ההתמודדות של המגדרים השונים

פסיכולוגיה של הכאב

**Psychology
in chronic pelvic
pain assessment
and treatment**

Amanda C de C Williams

*University College London
Pain Management Centre,
UCH/National Hospital*

הכאב – מבחינה פסיכולוגית

- כאב הוא חוויה רגשית, ויש לה משמעות אישית רבה, כיוון שהוא מאיים על רווחתו של האדם ועל אורח-חייו
- שינוי במשמעות הרגשית של הכאב ישפיע על ויסות הכאב במערכת העצבים
- דרך ניהול הכאב יכולה להשפיע על התייחסותו אל הכאב ועל משמעות הכאב בחייו

מה משמעותו של הכאב למטופל?

- פחד מפני מחלה רצינית וההשלכות שלה
- דאגה שלא יאמינו לך (רופאים? משפחה?)
- חרדה לגבי קבלת הטיפול המתאים

**השפעת הכאב - קשורה לאובדן של פעילויות / תפקידים :
אובדן בעבודה? בחיים החברתיים? בהורות?**

מקור הכאב: מקושר לטראומה? אשמה? חרטה?

**כדי להבין מטופל "קשה" או "מורכב" – כדאי לחקור את
הנושאים הבאים:**

השפעת הכאב על מצב הרוח (דיכאון?), יחסים חברתיים,
חוסר תפקוד, אובדן עבודה, בעיות כלכליות, משמעות
הכאב לאדם עצמו ולסביבה הקרובה לו.

לסיכום:

- חשוב לעזור למטופל/ת להבין את הכאב כדי לתרום לבריאותו, לשפר את ההיענות לטיפול ולתרום להצלחת הטיפול.
- הכאב הכרוני יהיה קשור לרוב למצוקה משמעותית (בייחוד אצל נשים).
- טיפול בכאב יכול להפחית את המצוקה הזאת, ולכן – התערבות פסיכולוגית חשובה.
- **חשוב לוודא שרגשותיך כמטפל - לגבי בעיותיו של המטופל - אינם פוגעים בטיפול.**

שער שלישי:

התייחסות ספציפית למערכות שונות,

הקשורות לכאבי אגן ובטן

(כולל המלצות אבחנתיות וטיפוליות)

מבט גיניקולוגי

כאב גניטלי

מיניות וכאב

מבט גינקולוגי, והרבה יותר :

Chronic Pelvic Pain In Women

Sohier Elneil

Department of Uro-neurology
National Hospital for Neurology and Neurosurgery
And
Urogynaecology Unit
University College Hospital NHS Foundation Trust
London

סיבות לכאבי אגן אצל נשים

- סיבות גינקולוגיות (דיסמנוריא, דלקות, אנדומטריוזיס, ממאירות, פגיעה הקשורה ללידה)
- בשל ליקוי ברצפת האגן – חולשה (צניחה) או טונוס גבוה
- לאחר ניתוחים, ובייחוד **mesh**: ה-**mesh** מתכווץ ומושך את כל האיברים מסביבו ועלול לפגוע בתפקודם.
- סיבות נוירולוגיות: **pudendal neuralgia**, ומצבים נוירוגנים שונים

מעבר לראיון ולבדיקה הרפואיים, חשוב להעריך:

- את המצב הרגשי
- את המצב הפיזי הכללי
- את איכות השינה, רמת הכאב וחוסר הנוחות
- את הנגישות החברתית והיחסים החברתיים
הקיימים
- את תפיסת הכאב העצמית

אפשרויות הטיפול

- דבר ראשון : מתן תקווה!!!
- המטרה : הפחתת כאב, הפחתת ספזם, שמירת התפקוד
- טיפול התנהגותי (לדוגמה : טיפול פיזיותרפי, טיפול פסיכולוגי)
- משככי כאבים, כולל כאלה המיועדים לנוירופתיות
- תרופות תוך-ורידיות
- botulinum Toxin ו-Vanilloids (בסימן שאלה)
- בלוק עצבי
- TENS
- Sacral Neuromodulation

ולסיכום:

נכון להיום:

- האבחון – מסובך וקשה
- הבדיקות - לא תמיד מתאימות
- הטיפול - לא תמיד מתאים

- יש להבין כי CPPS הוא מחלה מולטי-פקטוראלית, עם השפעה משמעותית על איכות החיים, ולכן:
- הטיפול צריך להיות הוליסטי
- **יש לטפל בכל מטופלת באופן אינדיבידואלי ובהתאם לצרכים האישיים שלה**

Diagnosis and Treatment of Female Genital Pain

Ahinoam Lev-Sagie, MD

Department of Obstetrics and Gynecology,
Hadassah Medical Center,
Jerusalem, Israel

וולוודיניה ווסטיבולוודיניה – הן אבחנות הנעשות על דרך השלילה

ייתכן מאוד ומדובר בסימפטום, שהוא תוצר של מחלות
שונות, שפשוט עדיין לא למדנו לזהות ולאבחן

הבדיקה תכלול:

- הסתכלות
- הערכה של רגישות הווסטיבולום
- בדיקה וגינלית
- **בדיקת ההפרשות: מיקרוסקופיה, pH, תרביות !!!!!**
- מישוש של שרירי רצפת האגן
- מישוש של איברי האגן

אבחנות מבדלות :

- Vaginitis
- Skin disorder
- Estrogen deficiency
- Anatomic malformation
- Scar tissue
- Tumor
- Pelvic floor hypertonicity

טיפולים שמרניים :

Andrews, Obstet Gynecol Surv. 2011;66:299

יש עדויות מספקות על חוסר אפקטיביות של הטיפולים :

- Botulinum toxin injections •
- 5% xylocaine •
- Oral Desipramine •

אין מספיק עדויות בנוגע לטיפולים הבאים :

- Steroid \ “caine” injections
- Multilevel nerve blocks
- Intramuscular\intralesional Interferon
- Capsaicin
- Montelukast
- Topical gabapentin
- Cognitive behavioral therapy
- Pelvic floor physiotherapy (מה לעשות – אין מספיק עדויות...)
- Electric stimulation
- Acupuncture

יש הוכחות מחקריות סבירות ליעילות של ניתוח

vestibulectomy

בכל מקרה –

אפקט הפלצבו בטיפול גבוה – 40%-50%

How to Treat Different Causes of PVD?

Dr. Goldstein's expert opinion

Hormonal Contraception induced:

- quit HC
- treat with topical estrogen (or estrogen and testosterone)

Neuroproliferation of c-fibers:

- Antidepressants, anticonvulsive
- Topical preparations
- Vestibulectomy

Pelvic floor Hypertonicity:

- Physical therapy
- valium suppositories
- trigger point injections

Sexuality and pain

Philomeen T M Weijenborg, MD PhD

Gynaecologist

Leiden University Medical Center

Leiden, The Netherlands

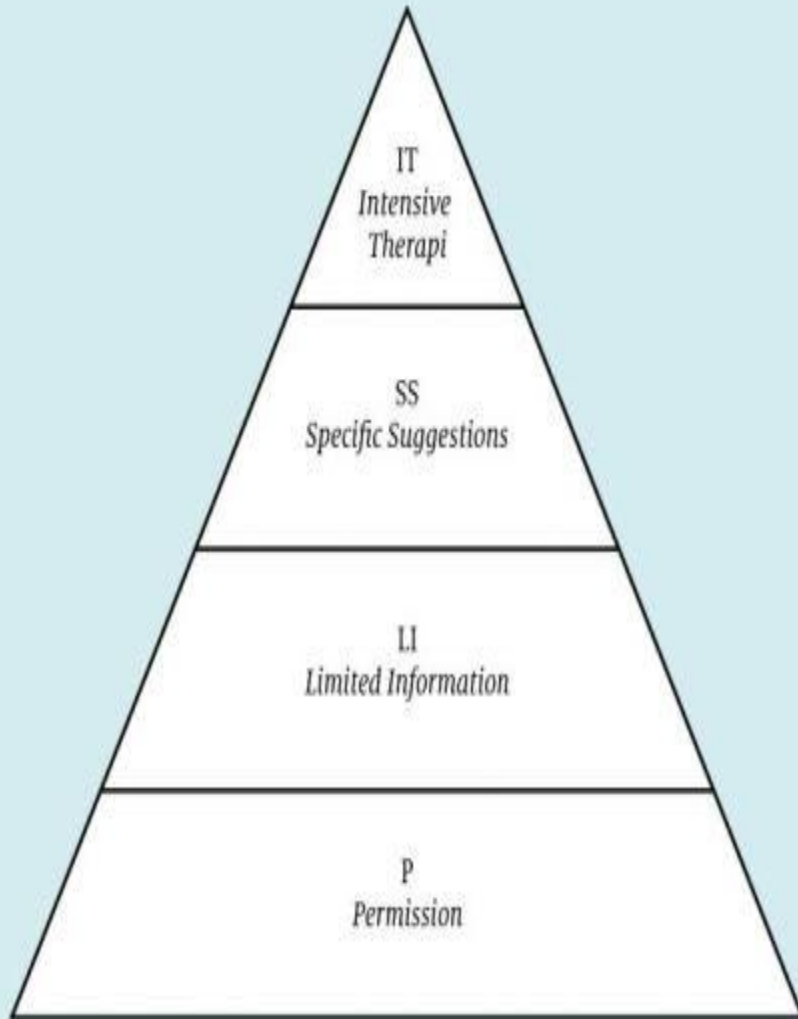
איך לדבר על מין?

שאלה אחת בלבד :
מהן ההשלכות של מצבך
על חיי המין שלך?

(ובהמשך : האם הייתה לך
חוויה מינית טראומטית?)



מודל PLISSIT (מלמטה למעלה)



Intensive Therapy

”אני מבקשת להפנות אותך ל...”

Specific Suggestions:

”אני מציעה להפסיק פעילויות

שגורמות לכאב”

Limited Information:

”ידוע ש..., כאב גורם להתכווצות

שרירים...”

Permission:

לשאול בנוגע לתפקוד המיני

הערכת הכאב – בנוגע למין

- כאב
- חדירה
- השלכות הכאב
- רמת העוררות
- תפקוד רצפת האגן
- התמודדות עם הכאב
- השפעה על תפיסת העצמי, היחסים
- השפעה על חיי היומיום

- יש חפיפה בחלק מהמקרים בין וגיניסמוס, unprovoked vulvodynia ו- provoked vulvodynia

- וגיניסמוס – סוג של פוביה, ולכן נדרש טיפול מקצועי של מומחים בנושא זה. הטיפול מתמקד בחשיפה הדרגתית (כולל שימוש במאמני נרתיק)

- יש חשיבות לטיפול רב מקצועי (גינקולוגים, פסיכולוגים / סקסולוגים, פיזיותרפיסטים), כדי לטפל בכאב, בפחד, בהימנעות, בחוסר עוררות, בחוסר סיכה ובפעילות של רצפת האגן

Addressing psychosexual components of chronic pelvic pain in medical and physical therapy practice

Talli Y. Rosenbaum, MSc., PT

AASECT Certified Sex Therapist

Pelvic Floor Physiotherapist

Inner Stability, Ltd

www.tallirosenbaum.com

- יש בעיה בטיפול הממודר לאנשי מקצוע שונים (רופאים, פיזיותרפיסטים, סקסולוגים)
- הטיפול הפיזיותרפי (וגם הרפואי) משחזרים או עלולים לשחזר את הכאב או את המצבים מהם חרדה האישה.
- לכן יש חשיבות עצומה לכך שהצוות הרפואי המטפל יוכשר להתייחס גם למרכיבים הפסיכולוגיים והסקסולוגיים במסגרת הטיפול.

כדי להתגבר על החרדה של המטופלת

חשוב:

- לתמוך באוטונומיה של המטופלת (לאפשר לה לשמור על שליטה)
- להסביר כל דבר לפני עשייתו
- לבקש רשות על כל פעולה
- לשמור על קשר עין
- להיות ער לסימנים להתנתקות ולדיסוציאציה
- לתת אפשרות להפסיק בכל רגע
- להימנע מאמירות שעלולות לפגוע או לעורר חרדות

אחד מהכלים המוצלחים לשימוש במהלך הטיפול הוא
שימוש במיינדפולנס:

ערות לתחושות, למחשבות ולרגשות המתעוררים
והסכמה לקבל אותם.

לדוגמה - בעת שימוש במאמני נרתיק:

- הישארי בנוכחות
- חושי את רצפת האגן מרפה ואת הנרתיק נפתח
- חכי עד שהנרתיק יאפשר את הכנסת המאמן
- היי ערה לחרדה – אם היא מתעוררת, וקבלי אותה
- אל תשפטי את הכאב
- הביטחון ייבנה בהדרגה



מיומנויות הנדרשות מהמטפל :

- מיומנויות ייעוץ
- אמפתיה
- הקשבה אקטיבית
- הקשבה לסיפורו של המטופל
- שיקוף של דבריו
- מודל PLISSIT (permission, limited information, specific suggestions)

המע' האורולוגית

שלפוחית השתן

***BLADDER DYSFUNCTIONS
AND INTERRELATION
WITH PAIN***

J Rigaud, T Riant, JJ Labat

Federative center of pelvi perineology
Nantes France

Bladder Pain Syndrome (BPS)

הגדרה (עפ"י ESSIC)

- Pain, pressure or discomfort associated with the urinary bladder
- Sometimes radiating to the groins, vagina, rectum or sacrum
- With at least one other symptom, such as:
 - daytime and/or night-time increased urinary frequency
 - Persistent urge
- With or without cystoscopic abnormalities

The etiology of BPS is unclear

הבדלים בין BPS ו-OAB

- במצב של "שלפוחית רגיזה" (OAB = overactive bladder) – אין כאב!!!
- במצב של BPS – הדחיפות קשורה בחשש מכאב (ולא בחשש מדליפת שתן)

האם OAB יכול להפוך ל-BPS?

- ל-15% מהסובלים מ-BPS יש detrusor overactivity

• מתי יש לחשוד ב-BPS

אצל מטופלים המוגדרים כ-OAB?

- כשתרופות אנטי-כולינרגיות אינן אפקטיביות
- אם יש כאב נלווה באגן
- אם יש דחיפות ללא דליפת שתן

הערכה לקראת טיפול

- חשוב למלא יומן
 - על מנת לבדוק שאין פוליאוריה
 - לבדוק את עוצמת הכאב לפני ואחרי התרוקנות

- ציסטוסקופיה - עפ"י הממצאים בקליניקה:
 - כשנמצאת אבנורמליות בציסטוסקופיה
 - (pathological bladder wall):
 - יש ירידה קבועה בנפח ההתרוקנות,
 - ועלייה בתכיפות גם ביום וגם בלילה.

כשאין אבנורמליות (= hyper sensibility)

- יש שינויים בנפח ההתרוקנות במהלך היום,
- ושינויים ברמת התכיפות ביום או בלילה.

קו-מורבידיטי עם מחלות אחרות:

- אלרגיה (ולעתים מסי אלרגיות)
- Rheumatoid arthritis
- זאבת
- Sjogren's syndrome
- פיברומיאלגיה
- מעי רגיז (79% קו-מורבידיטי!)
- מיגרנות
- Vulvodynia
- Pudendal neuralgia
- כנראה בשל central sensitivity syndrome

לסיכום

לא ברור מה ראשון:
הביצה או התרנגולת?
הכאב או ההפרעה בשלפוחית?

- פתולוגיה אורגנית של השלפוחית – יכולה להשרות כאב
- כאב והיפרסנסטיביות של השלפוחית – יכולים לגרום לדחיפות ולתכיפות

המע' האנו-רקטלית

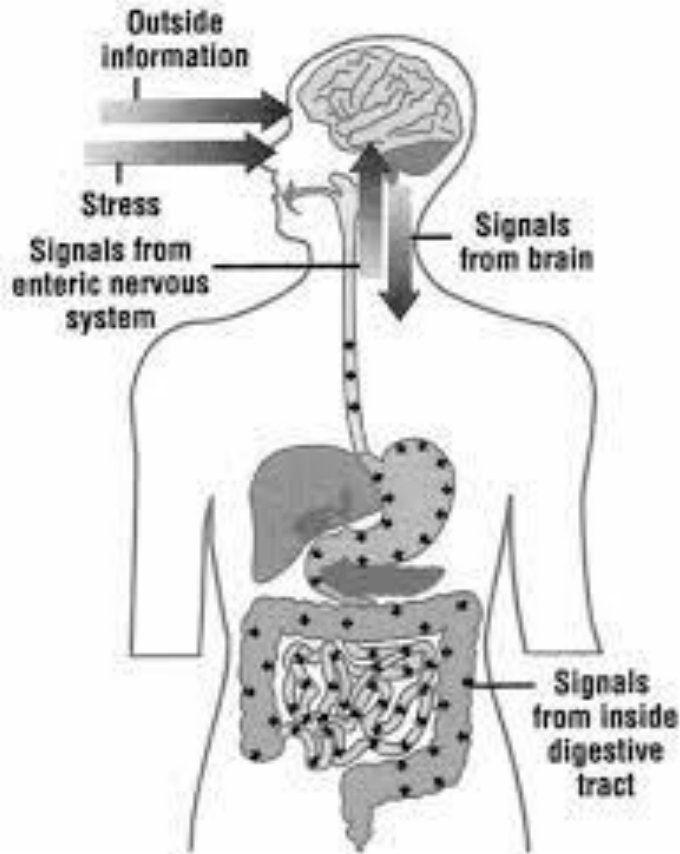
Anorectal Dysfunctions: Interrelation with Pain

Marc Beer-Gabel MD

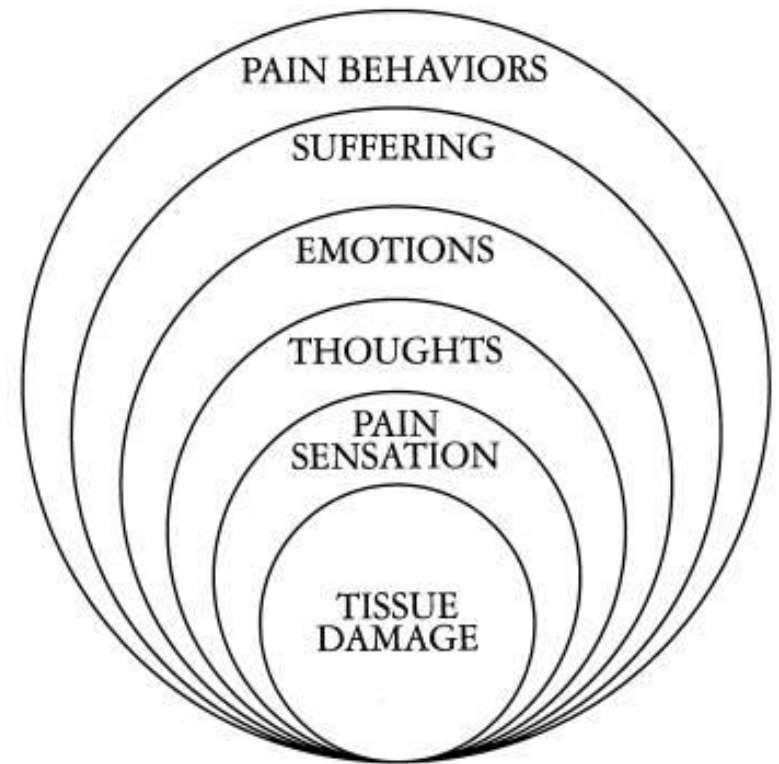
Sheba Medical Center, Tel-Hashomer- Israel

- התפקוד האנו-רקטלי – נעשה ללא מודעות
- החלק המודע (מלאות רקטלית, דחף לשירותים) –
אינו קשור בכאב

Pain is a Brain Output Produced by a Complex Circuitry



OUTSIDE ENVIRONMENT



: Rome III Classification ״״״״

Functional Anorectal pain

Proctalgia Fugax

Recurrent episodes located to the anus or lower rectum

Episodes last from seconds to minutes

No pain between the episodes

Chronic proctalgia

Chronic or recurrent rectal pain

Episodes of at least 20 min.

Exclusion of other causes

Levator Ani Syndrome:

Tenderness during posterior traction on the puborectalis

Unspecified Functional Anorectal Pain

Levator Ani Syndrome

Type of pain

Pain is dull, exacerbated by sitting

Sensation of ball high into the rectum

Clinical examination

“If palpation produces pain when pressing on the posterior rectal wall

this suggests puborectalis muscle tenderness,
which can also occur in pelvic floor dyssynergia”

(N. J. Talley ,2008)

Contracted, painful muscles on pelvic exam

Trigger points (TP) passive or active

(Alvarez, 2002 Tettambel, 2005)

**ייתכן וחוסר היכולת להרפות את האנוס גורם
לתחילתו של מעגל קסמים, שמביא לכאב**

האם הפרעה בתפקוד אנו-רקטלי יכולה לעורר כאב?

כן: (למשל: IBS, עצירות מכאיבה, תחושה של חוסר
התרוקנות)

באופן מקומי: ע"י מכנורצפטורים וכימו-רצפטורים

ובמע' העצבים המרכזית: בשל פירוש לא נכון של
התחושה, בשל הטיות קוגניטיביות או אמוציונאליות
חזרה על הגירווי – מקומית או מרכזית – מעוררת בסופו
של דבר כאב במוח

מה מקור הכאב?

מיקום תחושת הכאב אצל מטופלים הסובלים ממעי רגיז (IBS) בעת ניפוח בלון ברקטום (Ritchie J. 1973):

- 40% בהיפוגסטריום
- 31% ב-iliac fossa
- 21% ברקטום
- 8% באזורים אחרים
- אצל מתנדבים בריאים - כאב ברקטום הוקרון בעיקר לפרינאום
- אצל מטופלים עם IBS יותר דרמטומים היו מעורבים בעת הרחבת הרקטום (עד לגובה ה-thorax)
- **ולסיכום: הכאב לא מורגש (רק) ברקטום**

אז מי בעצם קבע שהכאב אנו/רקטלי?

- לעתים המטופל – בהתאם למומחה אליו הוא מחליט לפנות
- לעתים רופא המשפחה, שמגדיר את הכאב בהתאם לסימנים ולסימפטומים נוספים שמציג המטופל:
- טחורים – כאב אנאלי
- עצירות – כאב רקטלי
- תכיפות ודחיפות במתן שתן – כאב בשלפוחית
- דיסמנוריא – אנדטומטריוזיס

מסקנות: תפקוד וכאב

- כאב כרוני תפקודי הוא ביטוי למצב של מערכת העצבים המרכזית ושל תהליך סנסטיזציה מרכזי
- ליקויים באיברים ובשרירים תורמים ו/או מבטאים את התהליך הזה.

(= שוב שאלת הביצה והתרנגולת...)

ועוד בנושא זה:

Abdominopelvic pain and functional disorders of the gastrointestinal tract

Prof. Dr. med. Jan Borovicka

Division of Gastroenterology
and Hepatology
Interdisciplinary Pelvic Floor Center
Kantonsspital St. Gallen
Switzerland

Summary:

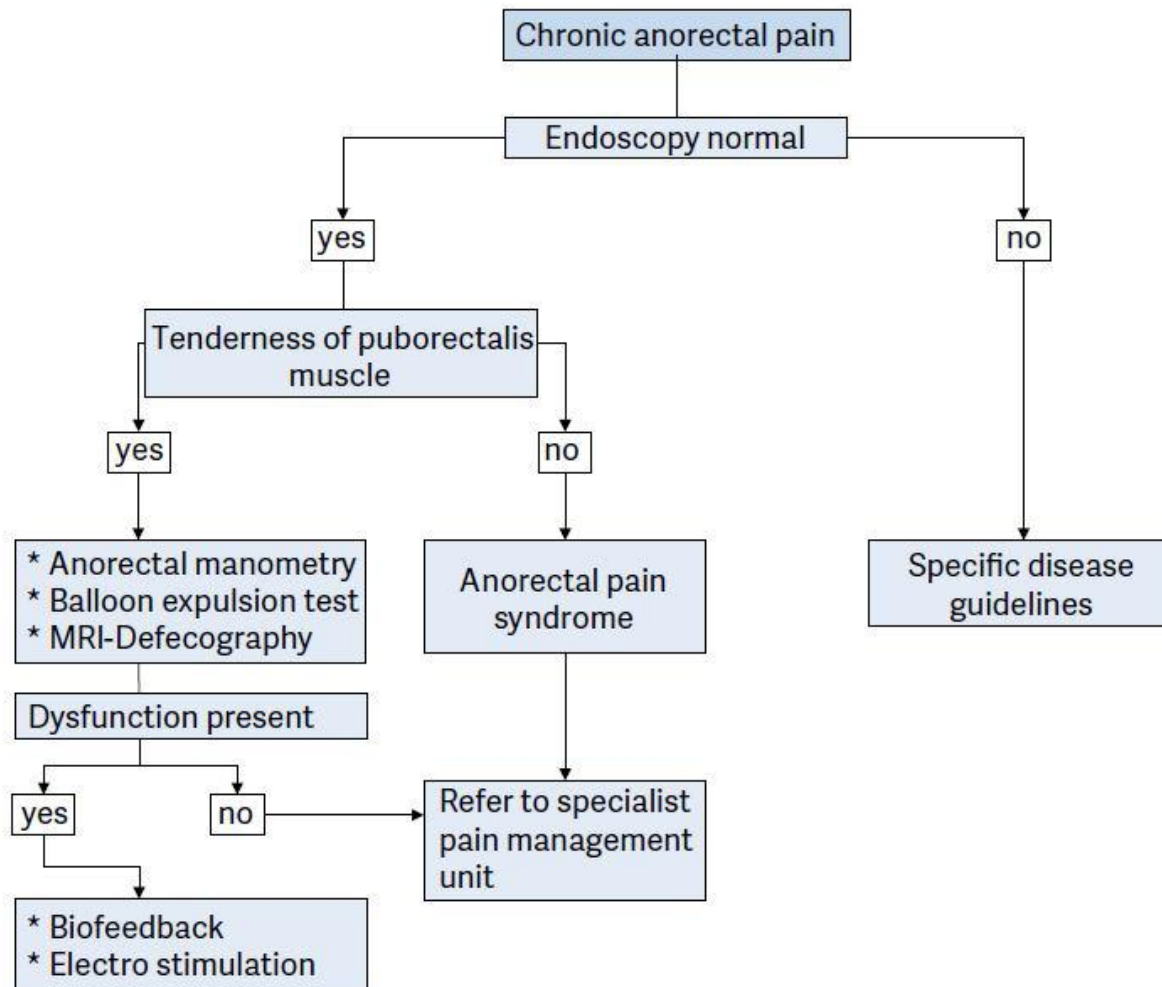
Assessment and treatment algorithm for anorectal pain syndrome

שימו לב שאחד הטיפולים המומלצים הוא ביופידבק

Assessment	Treatment	
Endoscopy	Grade A recommended	Biofeedback treatment
Pelvic floor muscle testing		
Anorectal manometry	Grade B recommended	Botulinum toxin A in women with pelvic pain
Rectal balloon expulsion test		Electrogalvanic stimulation
MRI-defecography	Other comments	Sacral neuromodulation should be considered
		Inhaled salbutamol should be considered in intermittent anal pain syndrome

Diagnosis algorithm for chronic anorectal pain

שימו לב למקום של כבוד לפיובורקטליס, לביופידבק ולגירוי חשמלי



טיפול מומלצים – עפ"י המחקרים

- רגישות במתיחה – הוא הקריטריון העיקרי לקביעת chronic
(1a) anal pain syndrome
- **ביופידבק הוא הטיפול המועדף (1a)**
- Electrogalvanic stimulation פחות אפקטיבי לעומת
ביופידבק (1b)
- Botulinum toxin אפקטיבי בטיפול ב-CPP עם ספזם (1b)
- Sacral neurostimulation אפקטיבי בטיפול בכאבי אגן (3)
- שאיפה של Salbutamol אקטיבי בטיפול ב-intermittent
(3) chronic anal pain syndrome

* בסוגריים רמת ההמלצה עפ"י המחקר

שער רביעי:

שרירי רצפת האגן, טונוס,

ועוד trigger points

- היו מספר מרצים שהתייחסו לרצפת האגן בהרצאותיהם (ראו לדוגמה את ההרצאות המתייחסות לכאב ממקור גינקולוגי או אנו-רקטלי).
- אין טעם לחזור על הדברים במסגרת סקירה זו, כיוון שהדוברים בנושא זה הציגו את כל דרכי הטיפול המוכרות לנו, ואת ההיגיון הקליני שלהם.
- חשוב לציין, שכל המרצים בחלק זה (וגם בחלקים אחרים של הכנס), חזרו והזכירו שני מחקרים בלבד (של fitzgerald). וברור שה-evidance base בנושא :
טונוס השרירים, נוקשות שרירים, overactivity של השרירים, myofacial release, טריגר פוינט וכד' – אינו מספק (כולל העובדה שאין הסכמה על דרך וצורת הבדיקה שלהם)

**Randomized Multicenter Feasibility Trial of Myofascial Physical Therapy
for the Treatment of Urological Chronic Pelvic Pain Syndromes**

Fitzgerald et al. J Urol. 189, 2009, s75-s85

המחקר הראה כי טיפול ב-CPP על-ידי טיפול ב-myofacial
וב-trigger points – היה עדיף על טיפול במסג' כללי

**Randomized Multicenter Clinical Trial of Myofascial Physical
Therapy in Women With Interstitial Cystitis/Painful Bladder
Syndrome and Pelvic Floor Tenderness**

Fitzgerald et al. J of Urol. 187, 2012, 2113-2118

המחקר הראה כי טיפול ב-BPS / IC על-ידי טיפול ב-
myofacial וב-trigger points היה עדיף על טיפול במסג'
כללי

ועוד שני דברים

אחת ההרצאות יחדה לארגוני חולים :

Policy Statement Patient Involvement



The rationale for patient involvement

Healthcare policy decisions, at whatever level they are made, will ultimately affect patients' lives. Therefore, patients have a moral and ethical right to play a meaningful role in developing healthcare policies. Engaging patients in health policy decision-making helps to ensure that policies reflect patient and caregiver needs, preferences and capabilities, making it an appropriate and cost-effective way to address the needs of the growing number of people with chronic conditions¹.

A call to all involved in healthcare

More attention must be given to the views of the long-term users and beneficiaries of healthcare – the patients themselves – and to the organizations that can effectively represent them – the patients' organizations. Robust mechanisms must be created and enforced so that patient involvement is not just cursory, rather that patients play appropriate roles in decision-making processes with their views listened to and acted upon.

כדאי להכיר

בארץ : אתר "כמוני"



- **זה לא בריא להתמודד לבד**

בואו להיות חלק מקהילה תומכת וגדולה של חברים המתמודדים עם מצבים רפואיים כרוניים, בדיוק כמוכם, ולהתייעץ עם עשרות מומחים הנמצאים כאן בשבילכם

- **חזון כמוני**

העצמת המטופל ובני משפחתו, תוך מתן כלים המאפשרים להם לקחת חלק מרכזי יותר בניהול המחלה יחד עם היכולת לחלוק מידע שעשוי לשפר את חייהם ולאפשר להם בחירות מושכלות.

לא מהכנס, אבל ממצה ומעניין

מתוך: [Br J Anaesth 2014](#)

[לידיעה במדסקיפ](#)

בגברים ונשים עם כאבי אגן תוארו תוצאות טובות יותר כאשר הרופאים בחרו בגישת טיפול ממוקדת-מטופל, במקום גישה ממוקדת-מחלה, כך מדווחים חוקרים מבריטניה במאמר שפורסם בכתב העת **British Journal of Anesthesiology.**

לדברי החוקרים, רופאים רבים אינם מנוסים ואינם בטוחים באופן הניהול של חולים אלו. מגבלה זו, בשילוב עם נושאים הנוגעות לסיווג והגדרות, הובילה לחוסר הסכמה בין מומחים.

כאבי אגן מהווים מצב מורכב, עם מעורבות אפשרית של מספר מערכות וביטויים רבים, כולל מצוקה רגשית. למרבה הצער, כאבי אגן מטופלים לרוב ע"י מומחים שונים, חסרי כישורים או תמיכה לתהליכי קבלת החלטות משותפים עם החולים ודיון בנוגע לסיכונים והתועלת של אפשרויות הטיפול.

במאמר מציעים הכותבים כי חולים עם כאבי אגן מטופלים בצורה הטובה ביותר כאשר בוחרים בגישה ממוקדת-מטופל עם העצמת החולה, כאשר הרופא המטפל בוחר את החששות ואפשרויות הטיפול השונות.

כאבי אגן הם תופעה נפוצה מאוד, אך לאור מורכבותה כוללת מעבר לכאבים תסמינים רבים אחרים ולעיתים קרובות אינה מאובחנת בשל שימוש לא-מדויק במונחים. חולים אלו סובלים מבעיות רבות, החוצות גבולות מקצועיים רבים והטיפול הטוב ביותר הוא כזה הכולל שיתוף פעולה של מספר צוותים. החולים סובלים ממצוקה משמעותית ומוגבלות שלעיתים קרובות דורשת הערכת מומחים והתערבות מולטי-דיסציפלינרית.

מכאן עולה כי גישה אינטגרטיבית נדרשת בטיפול הראשוני והשניוני בחולים אלו. מגוון התערבויות, כולל אופיואידים וטיפול ניר-מודולטורי, מומלצים לחולים אלו, אם כי ישנן מחלוקות רבות בנושא.

הכנס הבא :

C O M I N G S O O N . . .



2nd WORLD CONGRESS ON
Abdominal & Pelvic Pain

ACROPOLIS
NICE

11-13 June 2015



TO CONTACT US VIA EMAIL, **PLEASE CLICK HERE**

<http://pelvicpain-meeting.com>

מאחלת לכולנו:

- שלא נסבול מכאבים
- שנהווה מקור תמיכה ועזרה משמעותי למטופלות/ מטופלים שלנו
- שנצליח להביא לשיתוף פעולה של כל אנשי הרפואה השונים המטפלים בנושא

