

Nervus pudendus idegblokád alkalmazása krónikus kismedencei fájdalmat okozó pudendusneuralgia kezelésében

Romics Miklós dr.¹ ■ Oláh Orsolya dr.² ■ Perczel Kristóf dr.³
Kovács Barbara Petra dr.² ■ Milanovich Dániel dr.⁴ ■ Pintér Éva dr.⁵
Ónody Péter dr.⁶ ■ Majoros Attila dr.¹

¹Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Urológiai Klinika, Budapest

²Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika (Üllői úti részleg), Budapest

³Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Klinika, Budapest

⁴Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Neurológiai Klinika, Budapest

⁵Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

⁶Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Budapest

A pudendusneuralgia ritka és – objektív tünetek, radiológiai, illetve laboratóriumi eltérések híján – gyakran nehezen beazonosítható kórkép, melynek terápiás megoldása komoly kihívás elé állítja a kezelőorvost. Kazuisztikánk egy krónikus pudendalis fájdalomban szenvedő nőbeteg esetét mutatja be, a diagnosztikától a kezelésig. Munkánk emellett felhívja a figyelmet arra, hogy a krónikus, sokszor ismeretlen eredetű és mechanizmusú fájdalmak kivizsgálása és kezelése az ilyen problémákra specializálódott munkacsoportok – mint a Semmelweis Egyetem Kismedencei Fájdalom Munkacsoportja – gondozásában nagyobb eséllyel járhat eredménnyel. Orv Hetil. 2022; 163(24): 967–970.

Kulcsszavak: pudendusneuralgia, idegblokk, kismedencei fájdalom

The application of pudendal nerve blockade in the treatment of pudendal neuralgia related chronic pelvic pain

Pudendal neuralgia is a rare and – in the absence of somatic, radiological and laboratory abnormalities – often unrecognizable problem, posing a serious challenge to therapeutic management. Our case study presents the complete diagnostic and therapeutic algorithm of a female patient with chronic pudendal pain. In addition, our paper draws attention to the role of pelvic pain workgroups – such as the Pelvic Pain Task Force of the Semmelweis University – where cases of chronic pelvic pain with no clear medical reason can be assessed and treated with higher efficiency.

Keywords: pudendal neuralgia, nerve block, pelvic pain

Romics M, Oláh O, Perczel K, Kovács BP, Milanovich D, Pintér É, Ónody P, Majoros A. [The application of pudendal nerve blockade in the treatment of pudendal neuralgia related chronic pelvic pain]. Orv Hetil. 2022; 163(24): 967–970.

(Beérkezett: 2022. január 30.; elfogadva: 2022. február 20.)

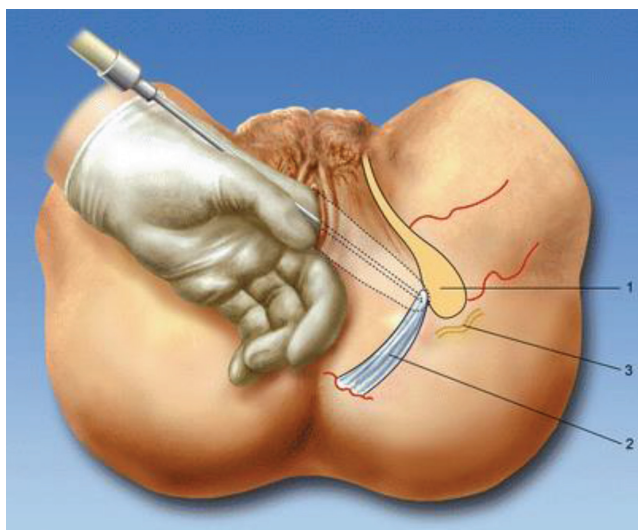
Rövidítések

CT = (computed tomography) komputertomográfia; DN4 = (Douleur Neuropathique 4) Neuropathiás Fájdalom-4; MR = mágneses rezonancia; PNE = (pudendal nerve entrapment) a pudendalis ideg kompressziója; PTNS = (posterior tibial nerve stimulation) a hátsó tibialis ideg stimulálása; SNS = (sacral nerve stimulation) a sacralis ideg stimulálása; VAS = vizuális analóg skála

A nervus (n.) pudendus működészavara következtében fellépő, idegi eredetű fájdalom, vagyis a pudendusneuralgia ritka, nők és férfiak körében is fellépő, ám objektív tünet, valamint eszközös vizsgálati eltérés híján korábban sokszor pszichogén eredetű entitásként kezelt probléma. A francia Perinealis Elektrofiziológiai Munkacsoport (Club d'électrophysiologie périnéale) által felállított Nantes-kritériumok azonban nagyban megkönnyítik a felismerését és korrekt diagnosztizálását [1]. A pontos diagnózis felállítását követően a pudendusneuralgia kezelésében elsősorban a fizioterápia, a gyógyszeres fájdalomcsillapítás, a perifériás idegblokád, továbbá az ideget felszabadító műtéti kezelések, valamint egyes neuromodulációs eljárások kaphatnak szerepet [2]. Munkánkban egy, a Semmelweis Egyetem Kismenedcei Fájdalom Munkacsoportja által kivizsgált és kezelt beteg esetét mutatjuk be [3].

Esetbemutató

A 79 éves nőbeteg 3 éve perzisztáló, ülés közben erősödő, a gátra és az analis tájékra sugárzó paravaginalis, hólyagteltéssel párhuzamosan fokozódó fájdalommal, valamint késztetéses vizelési panaszokkal kereste fel urológus kollégánkat. A fájdalom origójaként egy hosszas és kényelmetlen (kemény ülésen eltöltött) buszutat jelölt

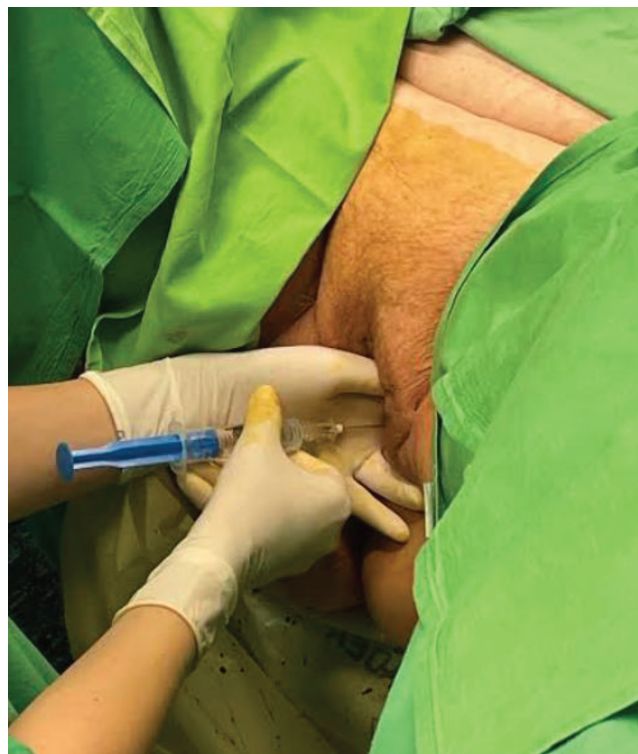


1. ábra | A nervus pudendus transvaginalis felkutatása
1, spina ischiadica; 2, ligamentum sacrospinale; 3, nervus pudendus (aneskey.com)

meg. Panaszaival számos szakembert és rendelést felkeresett, urológustól, nőgyógyászon és neurológuson át idegsebészig. A lumbosacralis gerinc-MR-vizsgálat alapján megállapított L2 gyöki kompresszió miatt idegsebészetben CT-vezérelt analgetikus (szteroid-) blokádban részesült, ám ez fájdalmait csak igen rövid időre csökkentette. A pudendusideg blokádjára akkor nem került sor.

A fizikális vizsgálat során a jobb oldali paravaginalis terület mutatott érzékenységet, valamint gáti kompresszióval is provokálható volt a fájdalom, de egyéb eltérést nem sikerült felfedeznünk.

A képkalkító vizsgálat egyértelmű, a pudendusideget komprimáló tényezőt nem igazolt, az ideggyógyászati vizsgálat szisztémás neurológiai betegségekre utaló jelet nem tárt fel. Vizeletében többszöri vizsgálat sem mutatott infekcióra utaló jeleket, hólyagtükrözés során a hólyagban több apró, 5 mm-es erythemás folt volt látható, de egyértelmű, malignitásra utaló eltérést nem fedeztünk fel. Húgyhólyagfájdalmat gyakran okozó *in situ* daganat kizárására hólyagbiopszia történt, ám a patológiai vizsgálat malignitást nem igazolt. A konzervatív kezelési megoldásként alkalmazott pregabalin és nemszteroid analgetikum, valamint a frekvenciát vizelési ingereire javasolt antikolinerg, majd béta-3-agonista mellett panaszai szintje egyáltalán nem változtak. A fizioterapeuta segítségével végzett relaxációs gyakorlatok szintén nem jártak eredménnyel.



2. ábra | A nervus pudendus blokádja, manuális célzással
(A Semmelweis Egyetem Kismenedcei Fájdalom Munkacsoportjának felvétele)

Tekintettel a megelőző invazív és komplex konzervatív kezelési eljárások eredménytelenségére, az eset a Semmelweis Egyetem Kismencedei Fájdalom Munkacsoportja elé került, mely az eddigi eredmények megismerését (és a beteg ismételt vizsgálatát) követően a pudendusideg blokádját javasolta. A beavatkozásra a Semmelweis Egyetem Urológiai Klinikáján került sor, antibiotikumprofilaxist követően, rövid intravénás érzéstelenítés és maszkos oxigenizáció mellett, vaginalis megközelítésből, nőgyógyász és urológus jelenlétében. Manuális vizsgálattal először a spina ischiadicát lokalizáltuk, majd az erről medial felé húzódó sacrospinalis szalagot tapintottuk ki. Ezt követően egy gerincközeli érzéstelenítéshez használt (18 G) túvel ropivakain-hidroklorid (10 mg/ml) és fiziológias sóoldat 1 : 1 arányú keverékéből 10 ml-t injektáltunk a szalagba szúrt tűn keresztül az ideg feltételezett területére (1. és 2. ábra). Ezt mindkét oldalon megismételtük. A beteg már órákkal a műtét után a fájdalom 80%-os csökkenését tapasztalta (a VAS-skálán 10-esről 2-esre változott a fájdalom intenzitása), továbbá korábban tapasztalt irritatív vizeleti panaszai is megszűntek. Posztoperatív szövődmenyt nem tapasztaltunk. Követését a továbbiakban az Urológiai Klinikán végeztük: két hónap elteltével a beteg teljesen tünetmentes, pudendusneuralgiára utaló panaszai nem tértek vissza.

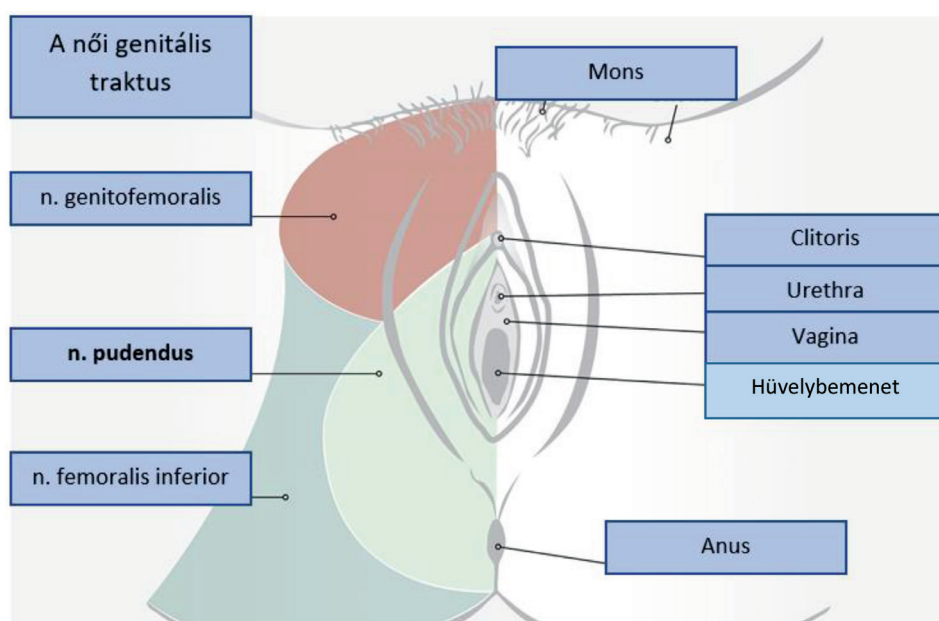
Megbeszélés

A pudendusneuralgia leggyakoribb (feltételezhető) eredete a n. pudendus kompressziója (az angolszász irodalomban pudendal nerve entrapment [PNE]), de a múltban már más, az ideg károsodásához vezető folyamatok (trauma, herpeszvírus okozta gyulladás, irradiáció) etiológiai szerepe is felmerült [4].

Bármilyen legyen is a kiváltó ok, a pontos diagnózishoz vezető Nantes-kritériumok a következők: I. Fájdalom a n. pudendus ellátási területén (3. ábra). A fájdalom jellemzően unilaterális, felületes, paravaginalis, esetleg a gátra vagy az anusra terjed. II. A fájdalmat ülés váltja ki vagy provokálja – ugyanígy, állás, fekvés közben a fájdalom múlik. III. A beteg a fájdalomra nem ébred fel. IV. Az objektív érzéscsökkenés hiánya. V. Az ideg lidokainnal történő blokádjá csökkenti a fájdalmat. Ezen utolsó kritérium invazív beavatkozást feltételez, ám ez nemcsak diagnosztikus, de terápiás eredménnyel is járhat! (Természetesen, amennyiben egyértelmű komprimáló tényezőt sikerül felfedeznünk, úgy elsősorban a dekompressziós beavatkozástól remélhetünk eredményt.)

A fenti diagnosztikus feltételek mellett a fájdalom jellege és karaktere (szúró, égő fájdalom, zsibbadással, székeléskor jelentkező fájdalom), allodynia (fájdalom a bőr finom érintésére) és rectalis idegentest-érzés lehet még a segítségünkre mint alternatív diagnosztikus jel. A kérdőívek közül a DN4 (Douleur Neuropathique 4) lehet még hasznunkra: a 0-tól 10-ig terjedő skálán – pudendusneuralgia esetében – csak ritkán kapunk a neuropathiás fájdalomra jellemző (≥ 4) eredményt [1, 5].

A fenti tünetek mellett számos olyan panasz is előfordulhat, mely nem mondható klasszikus diagnosztikus követelménynek, de a pudendusneuralgia gyakori részjelenségének tekinthető: a nap folyamán fokozódó, többnyire féloldali, székelés közben fokozódó fájdalom, valamint a spina ischiadica területének kifejezett nyomásérzékenysége. A pudendusneuralgiára nem típusos, de a diagnózist ki nem záró jelenség többek között az ülés közben jelentkező glutealis vagy suprapubicus fájdalom, az erectilis diszfunkció, valamint az irritatív vizeleti panaszok, mint a gyakran jelentkező vizeleti inger és a telt hólyag mellett tapasztalt fájdalom. A pudendusneuro-



3. ábra | A nervus pudendus beidegzési területe – a pudendusneuralgia során tapasztalt fájdalom lokalizációja (whria.com.au)

pathiát támogató neurofiziológiai eltérések (például megnyúlt n. pudendus motoros latenciáidő) a diagnózist megerősíthetik, de a normális neurofiziológiai eredmények a diagnózist nem zárják ki.

Kizáró tényezőként értékelhető a solitaer coccygealis vagy glutealis fájdalom, továbbá a dermatopatológiai eredetre utaló panasz (például pruritus) [6].

A kezelést tekintve elsősorban a fizioterápia jön szóba, ám ez jellemzően akkor jár eredménnyel, ha a fájdalom mellett fokozott izomtónus is tapasztalható [7]. A konzervatív kezelések közül elsősorban a komplex gyógyszeres fájdalomcsillapítás, az antiepileptikumok és az antidepresszánsok (mint például a pregabalin és az amitriptilin) jönnek szóba, egyéb típusú fájdalomcsillapítók és izomrelaxánsok mellett [8].

Sokszor azonban további intervencióra lehet szükség: a következő lépcsőfok a terápiás algoritmusban az ideg lokális anesztetikummal történő blokádja, infiltrációja. A nemzetközi irodalomban igen változatos eredményekről számolnak be: míg azonnal az infiltráció után 30–100% közötti arányban csökken a fájdalom, 3 hónap után 30–80%, 12 hónap elteltével pedig 7–50% közötti arányokról olvashatunk [9–11]. Szövődmények ritkán fordulnak elő: az injekció helyén jelentkező fájdalom, vérzés és infekció mellett alsó végtagi paresztézia fordulhat elő, de tekintettel az infiltráció temporális jellegére, ez nem maradandó következmény [12].

Már hazánkban is elérhető további kezelési lehetőség a gerincvelői hátsó kötél, a sacralis idegyököknek, illetve a tibialis idegnek a stimulációja (sacral nerve stimulation [SNS], illetve posterior tibial nerve stimulation [PTNS]): ezen eljárások hatásmechanizmusa pontosan nem ismert, feltételezhetően a szenzoros idegrostok stimulációján keresztül váltanak ki fokozott endorfin- elválasztást a gerincvelői szinten, de a központi idegrendszer számos más pontján is aktivitásfokozódást figyeltek meg stimuláció közben [13].

Újabb keletű terápiás lehetőség a mozgató agykéreg, a hátsó gyöki ganglionok, valamint a n. pudendus elektromos stimulációja, ám ezen technikák elérhetősége még nincs biztosítva széles körben, és egyelőre hosszú távú eredményességük is bizonytalan [14].

Következtetés

Esetünk – ismereteink szerint – a magyar orvosi szakirodalomban közölt első kazuisztika, amelyben a pudendus-neuralgia esetében komplex kivizsgálást követően az ideg sikeres infiltrációjára került sor. Bár a hosszabb távú eredményekről még nem tudunk beszámolni, tekintettel a kezdeti javulásra és a beavatkozás ismételtetésére, a tapasztaltak bizakodásra adnak okot.

Az eset kivizsgálását, a diagnózist, az invazív kezelési megoldás indikációjának felállítását és a beteg utánkövetését a Semmelweis Egyetem Kismencedei Fájdalom Munkacsoportja végezte, illetve végzi.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása, illetve a kapcsolódó kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

Szerzői munkamegosztás: R. M.: Adatgyűjtés, a publikáció írója. O. O.: A kézirat szerkesztése. P. K.: A kézirat szakmai véleményezése, szerkesztése. K. B. P.: A kézirat szakmai véleményezése. M. D.: Tudományos kritika és tanácsadás. P. É.: Vizuális korrektúra. Ó. P.: Adatgyűjtés. M. A.: A kézirat szakmai véleményezése, szerkesztése. A cikk végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Irodalom

- [1] Labat JJ, Riant T, Robert R, et al. Diagnostic criteria for pudendal neuralgia by pudendal nerve entrapment (Nantes criteria). *NeuroUrol Urodyn.* 2008; 27: 306–310.
- [2] Pérez-López FR, Hita-Contreras F. Management of pudendal neuralgia. *Climacteric* 2014; 17: 654–656.
- [3] Bódi B. A study group dealing with chronic pelvic pain was established at the Semmelweis University. [Kismencedei fájdalommal foglalkozó munkacsoport alakult a Semmelweis Egyetemen.] *Semmelweis Újság* 2020; 21(9): 24. [Hungarian]
- [4] Amarenco G, Le Cocquen-Amarenco A, Kerdraon J, et al. Perineal neuralgia. [Les névralgies périnéales.] *Presse Med.* 1991; 20: 71–74. [French]
- [5] Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain* 2005; 114(1-2): 29–36.
- [6] Khoder W, Hale D. Pudendal neuralgia. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2014; 41: 443–452.
- [7] Murer S, Polidori G, Beaumont F, et al. Advances in the therapeutic approach of pudendal neuralgia: a systematic review. *J Osteopath Med.* 2021; 122: 1–13.
- [8] Hibner M, Desai N, Robertson LJ, et al. Pudendal neuralgia. *J Minim Invasive Gynecol.* 2010; 17: 148–153.
- [9] Hunter, CW, Yang, A. Dorsal root ganglion stimulation for chronic pelvic pain: a case series and technical report on a novel lead configuration. *Neuromodulation* 2019; 22: 87–95.
- [10] Carmel M, Lebel M, Tu LM. Pudendal nerve neuromodulation with neurophysiology guidance: a potential treatment option for refractory chronic pelvi-perineal pain. *Int Urogynecol J.* 2010; 21: 613–616.
- [11] Petrov-Kondratov V, Chhabra A, Jones S. Pulsed radiofrequency ablation of pudendal nerve for treatment of a case of refractory pelvic pain. *Pain Physician* 2017; 20: E451–E454.
- [12] Filler AG. Diagnosis and treatment of pudendal nerve entrapment syndrome subtypes: imaging, injections, and minimal access surgery. *Neurosurg Focus* 2009; 26: E9.
- [13] Kozma B, Majoros A, Pytel Á, et al. Efficacy of the percutaneous tibial nerve stimulation in the treatment of lower urinary tract symptoms. [A percutan nervus tibialis stimuláció szerepe egyes kismencedei kórképek kezelésében.] *Orv Hetil.* 2018; 159: 1735–1740. [Hungarian]
- [14] Ricci R, Ghiggia A, La Rosa I, et al. Anodal transcranial direct current stimulation of the motor cortex reduces chronic pain in Alcock canal syndrome. *Brain Stimul.* 2018; 11: 648–650.

(Romics Miklós dr.,
Budapest, Üllői út 78/b, 1082
e-mail: romics.miklos@med.semmelweis-univ.hu)