

## PROSTATODYNIE – POHLEDY ODJINUD? (ČÁST II.)

**MUDr. Dušan Fügner**

Nemocnice Šumperk spol. s r. o.

**Diagnóza prostatitidy – prostatodynii zůstává diagnostickým i léčebným dilematem. Článek přináší další možný pohled na toto onemocnění se zaměřením na širší než pouze organocentrické chápání.**

**Klíčová slova:** prostatodynii, myofasciální bolest, spouštěcí body.

### PROSTATODYNIA – VIEW FROM THE OTHER SIDE? (PART II)

**Diagnosis of prostatitis – prostatodynia remains diagnostic and therapeutic dilemma. The paper brings another possible view on this disorder with the attention being given to more than organic understanding of this disease.**

**Key words:** prostatodynia, myofascial pain, trigger points.

Setkají-li se nad nemocným s „prostatitickými potížemi“ urolog a odborník na myoskeletální medicínu, urolog bude hovořit o prostatitidě – prostatodynii, rehabilitační lékař o tenzní myalgii dna pánevního, o spastické či hypertonické dysfunkci dna pánevního, o syndromu musculi levatoris ani nebo syndromu kostrče... a oba budou v podstatě hovořit o tom stejném.

„Zakopaný pes“ je možná v tom, že urolog, byť i bezděky, stále uvažuje v dimenzi: „Osobní utrpení nemocného s bolestí je přímo úměrné stupni fyzického poškození orgánu“ (v tomto případě předstojné žlázy).

Prostata je orgánem uloženým v pávní. Dno pánevní získalo vývojem druhu (podstatou je vertikalizace člověka) nové funkce, vyžadující složitou inervaci a svalovou souhrnu. Vzpřímený bipedální jedinec je vystaven přitažlivosti zemské. Gravitační síly jsou přenášeny z dolních beder a pánve do dolních končetin. Tělo je trvale nuceno této kompresi odolávat efektivně a koordinovaně. Hovoříme o vyváženém tenzním systému. Stejně jako loukotě kola fungují naše bedra a pánev. Jádru nebo těžiště umístěné v dolní části břicha je udržováno řadou svalových systémů, které podporují bedra a pánev a minimalizují v nich kompresi.

Spolu s m. transversus abdominis, m. erector spinae, m. multifidus a bránicí je dno pánevní klíčovou strukturou podporující toto jádro. Hovoříme o tzv. osovém orgánu.

Pánevní dno tvoří 4 svaly. Nejdůležitější z nich je m. levator ani. Tyto svaly nejen brání vypadnutí orgánů, ale především stabilizují křížovou kost. Fungují-li všechny tyto svaly adekvátně, jádro podpory má tvar pyramidy. Se složitostí vyvážení těchto struktur jde ruku v ruce i jejich zranitelnost. K poruše vyváženosti stačí i o jeden centimetr kratší jedna z končetin.

Myofasciální systém obklopuje a současně prostupuje každý orgán, všechny cévy, nervy i „vývody“. Při vychýlení z rovnováhy myofasciální systém reaguje ztuhnutím a omezením rozsahu pohybu.

### Anatomické poznámky

Mění se klasické názory na funkční anatomii pánve. U žen je toto téma propracováno mnohem podrobněji než u mužů. Na základě nových, tzv. pokročilých anatomických preparací a především díky třírozměrným rekonstrukcím obrazů z magnetické rezonance lze zdůraznit několik nových poznatků.

- Laterální vnitřní povrch musculi levatoris ani je orientován vertikálně a kryje laterální povrch prostaty. Ta v něm sedí jako vajíčko v čišce.
- Zevní žíhaný svěrač je nezávislou morfológickou jednotkou. Od okolního pánevního dna je oddělen pojivovou tkání. Má zvláštní nervové zásobení a je jednoznačně pod vlivem CNS. Nemá úpony ke skeletu pánve.
- Samostatnou kapitolu tvoří musculus levator ani. Je součástí pohybové soustavy! (Zevní svěrač nikoliv.) S bránicí je článkem břišního lisu a tedy ovlivňuje i dýchání. Je jedním z klíčových míst tzv. osového orgánu, který udržuje posturální = polohovou stabilitu těla. Hraje základní úlohu v dysfunkcích dna pánevního (role diafragma urogenitale je zanedbatelná). Je součástí třetího základního reflexu míšního: orgán – zadní míšní roh – přední míšní roh – svaly dna pánevního.

### Senzitizace

Na míšní části reflexu se projevuje tzv. senzitivace (1, 2). Pocit bolesti se zvyšuje při opakované stimulaci nociceptorů. Senzitizace je opakem adaptace a je charakteristická pro chronickou bolest. Na chronickou bolest si jedinec nezvykne.

Na reflexním oblouku je možná i neurogení inflamační. Jejím předpokladem je antidromní vedení (3).

Změny v prostatické tkáni ovlivňují reflexně svaly dna pánevního a naopak! (4).

Senzitizace v míše ovlivní i propiocepci, a tak vznikají svalové spazmy a následně bolesti (5).

### Myofasciální vztahy

Plasticita je schopnost CNS změnit funkci a strukturu při vývoji organismu a při měnících se požadavcích na organismus. Příkladem je kompenzace při poraněních a onemocněních CNS. Analogické vztahy platí i v pohybovém aparátu. Pohybová soustava zajišťuje polohu (posturu) a pohyb (lokomoci). Každý sval má dvojjedinou funkci. Pracuje v rámci segmentu a současně v rámci celého těla (řetězce). Dojde-li k funkční poruše řetězce (např. blokáde), je nutno tento stav zkompenzovat přestavbou řetězce. Při této funkční kompenzační přestavbě řetězce může být kterýkoliv kloub blokován, vaz přetížen a sval hypo nebo hypertonický a vzniknou v něm tzv. spouštěcí body (trigger points). Změny v kloubech, vazech a svaích

vydávají nociceptivní signály do CNS. Při jejich opakování díky senzitivizaci dochází k dalšímu zvýšení tonu a poté i k bolesti.

Svaly dna pánevního a hlavně m. levator ani se na těchto procesech zúčastňují téměř vždy (6). M. levator ani začne být hypertonický až spastický, přitom má ztíženou pohyblivost a stává se zdrojem dalších poruch. Spasmus levatoru se přenese na sakroiliakální skloubení (SI). Podle osobní zkušenosti autora bývá spasmus levátoru větší vlevo a přenáší se na SI vpravo. Nezřídka se přidruží spasmus m. psoas vpravo a hlavně m. piriformis vpravo. Stažení těchto svalů a blokáda SI (křížová kost už není ve střední vyvážené poloze) změní těžiště těla. To vyrovnává působení sil gravitace asymetrii v bederní oblasti, dochází ke spazmu kyčelních adduktorů (adduktorový příznak u prostatitidy?), jsou ovlivněny i vzpřimovače trupu. Vzniká tzv. pánevní postavení. Břišní svaly táhnou trup dopředu a pádu dopředu brání skupina sedacích svalů. Postavení a pohyb jsou udržovány za cenu trvalého přetěžování těchto skupin a vytváří se v nich spouštěcí body.

### Spouštěcí body – trigger points

Myofasciální spouštěcí body (TP) jsou drobné uzly vznikající ve svalu, který je poraněný nebo přepracovaný. Definujícím projevem TP je přenesená bolest. TP přesouvají v nich vznikající bolest do jiných míst (7). Pro praxi platí: bývá mylným se domnívat, že problém leží v místě, které bolí (zlaté pravidlo myoskeletální medicíny).

TP jsou v současné době příčinou 75% jakýchkoliv tělesných bolestí. Jsou součástí téměř všech chronických bolestivých problémů u člověka. Vzpomeňme si na sebe, nebo na své kolegy, co zažívali po řadách obtížnějších endoskopických operacích v době „předvideové“. Dalším příkladem jsou chronické bolesti našich kolegů z ORL po celodenním vyšetřování. A prostatodynie? Udává ji až 16% zdravotníků a lékařů (9).

Je výhodné, že bolest a jiné příznaky způsobené TP se vyskytují na předvídatelných místech. To platí i pro prostatodynii. Víme-li, kde hledat, potom TP poměrně snadno lokalizujeme a dezaktivujeme.

### Podstata TP

Ta část svalového vlákna, která ve skutečnosti zodpovídá za kontrakci, je mikroskopická jednotka zvaná sarkomera. Při kontrakci do sebe sarkomery zapadají, jako když sepneme ruce a prsty zaklíníme do sebe. Jsou-li velké skupiny takto zaklesnutých sarkomer dlouho a příliš drážděny, následné biochemické změny neumožní jejich uvolnění ze semknutého stavu. Jejich okolí je přitom uvolněno. V místě spazmů je hlad po kyslíku a následně hromadění metabolitů dále dráždí spouštěcí body. TP jsou v nouzi a vysílají bolestivé signály.

Většina tkání se po jakémkoliv poranění či poškození zhojí. Kosterní svaly se chovají odlišně. Naučí se zůstávat v obranném postavení, které omezuje pohyb a mění cirkulaci ve svalu. Pak v takových málo pohyblivých svaích hmatáme pruhy se silně bolestivými body – TP. V okolí

je sval měkký. TP při cíleném tlaku prstem zabolí, vyšle přenesenou bolest a dojde ke svalovému záskubu. Častá a charakteristická je bezděčná grimasa nemocného.

Pozorný čtenář si jistě všiml výrazu „naučí se“. Je to tak. Hypertonus dna pánevního se dá doslova naučit v dětství při razantní matkou vedeném výcviku močení na hrníčku nebo opět přísnou matkou vedeném „potírání“ nočního pomočování.

V dospělém věku se příslušníci některých profesí – lékaře nevyjímaje – naučí překonávat nucení na močení a odkládat mikci. Popisovaný jsou i případy pohlavního zneužívání v dětství jako zdroje následné hypertonické dysfunkce dna pánevního. Důležitou roli hraje zapojení limbického systému při emocích typu anxiety a strachu. I pes, který se bojí, stáhne ocas mezi nohy. (Ocasní sval je součástí levátoru.) Není snad pravdou, že míváme před obtížnou zkouškou „stažený zadek“?

TP se ve svaích dna pánevního vyskytují velice často. Je to dáno důležitou funkcí levátoru v postuře a mm. piriformis a obturatorius v lokomoci. Takto umístěné TP vysílají přenesenou bolest, která také charakterizuje prostatodynii (viz. tabulka 1 v první části). Jsou i zdrojem pocitů v konečníku, urgency a častého močení, přispívají i k erektilní dysfunkci.

### Praktické poznámky

Postoj lékaře k takovým nemocným lze shrnout do několika zásad.

#### 1. Všímat si

Velmi přínosné je sledovat nemocného v tak běžné situaci, jako je usedání na židli v ordinaci.

Sedává často v předklonu „na jedné půlce“ nebo na předním okraji židle.

#### 2. Nebagatelizovat

Nemocný, který nám říká, že má bolest, bolest má. Přichází k nám proto, abychom ho bolesti a doprovodných potíží zbavili.

#### 3. Akceptovat

Erudovaný urolog by měl přijmout myšlenku, že výše popsané příčiny potíží existují častěji, než si připouštíme. Hlavně pro oblast pánve platí, že „futrál“ je mnohem častějším zdrojem potíží než orgány v něm obsažené.

#### 4. Konat

Vyjděme z pravidla, že bez bolestivého příkonu není senzitivizace v míše. Je třeba pátrat po TP a tyto se nebát zrušit injekcí malé dávky zředěného lokálního anestetika. Efekt může být okamžitý. Zrušíme hypertonus dna pánevního a hlavně levátoru (rozšířenou masáží prostaty).

Téměř vždy je víc než prostata sama bolestivý m. levator ani v okolí prostaty, ve většině případů vlevo. Masáž příčně přes svalová vlákna a natažení tohoto svalu vyšetřujícím prstem, jakož i tlak prstem na bolestivá místa v m. piriformis a m. obturatorius (per rectum dohmatné)

v kombinaci s výše popsaným opichem TP především nad sponou stydkou (úpony m. rectus abdominis), přináší až překvapivou subjektivní úlevu. Relaxace dna pánevního navodí i mentální relaxaci a naopak.

### 5. Farmaka

Je zvykem ovlivnit bolest nesteroidními analgetiky – antiflogistiky.

Amitriptylin ale i jiná antidepresiva v těchto případech působí jako dokonalé analgetikum (8).

Podle posledních údajů v oblasti TP dochází k nahromadění a aktivaci alfa receptorů. Jsou proto alfa blokátory u prostatodynie účinné?

### Literatura

1. Bonica JJ. Neurophysiologic and pathologic aspects of acute and chronic pain. Archives of surgery, 1977; 112: 750–769
2. Moller AR. Symptoms and signs caused by neural plasticity. Neurological research 2001; 23: 565–571.
3. Wesselmann Ursula, Burner AL. The urogenital and rectal pain syndromes. Pain 1997; 73: 269–294.
4. Vastag B. Prostate disease begs understanding. JAMA 2001; 286: 406–408.
5. Baker PK. Musculoskeletal origins of chronic pelvic pain, diagnosis and treatment. Obstet Gynecol. Clin. North. Am. 1993; 4: 719–742.

### 6. Spolupracovat

V léčebném plánu vždy počítáme se spoluprací odborníka v myoskeletální medicíně. Léčba je dlouhodobá, komplexní a překonává náš organocentrický přístup.

### Závěr

Pátráním po možné myofasciální příčině potíží a léčebným pokusem v rámci diferenciální diagnostiky můžeme často zabránit agresivnějším, a ne vždy úspěšným, způsobům léčby prostatodynie. Jde o léčbu nenákladnou, s minimem komplikací. Nemocní ji často a dobře přijímají. Závažnější poruchy neskryje ani nemodifikuje.

6. Masheb RM, Nash JM. Vulvodinia: An introduction and critical review of chronic pain condition, Pain 2000; 86: 3–10.
7. Alvares DJ, Rockvell Pamela G. Trigger points: Diagnosis and management. American family physician 2002; 65: 27–34.
8. Pranikoff K, Constantino B. The use of Amitriptylin in patients with urinary frequency and pain. Urology 1998; 51 (suppl 5A) 179–181.
9. Collins MM, Meigs JB, et al. Prevalence and correlates of prostatitis in the health professionals follow up study cohort. J Urol, 2002; 167: 1363–1366.