

hyperalgézia, anestézia doloróza). Súčasťou CPPPS sú aj podskupiny: PBPS, syndróm primárnej bolesti prostaty (PPPS – primary prostate pain syndrome) a pod. Pri sekundárnom CPPS je bolesť v oblasti panvy spojená s dobre definovanou patológiou (infekcia, nádor) (schéma 1) (2, 3). Podľa nového konceptu chápania PBPS sa prítomnosť Hunnerovej lézie (HL) v močovom mechúre vníma ako samostatné ochorenie (obrázok 1) (2, 3).

Epidemiológia

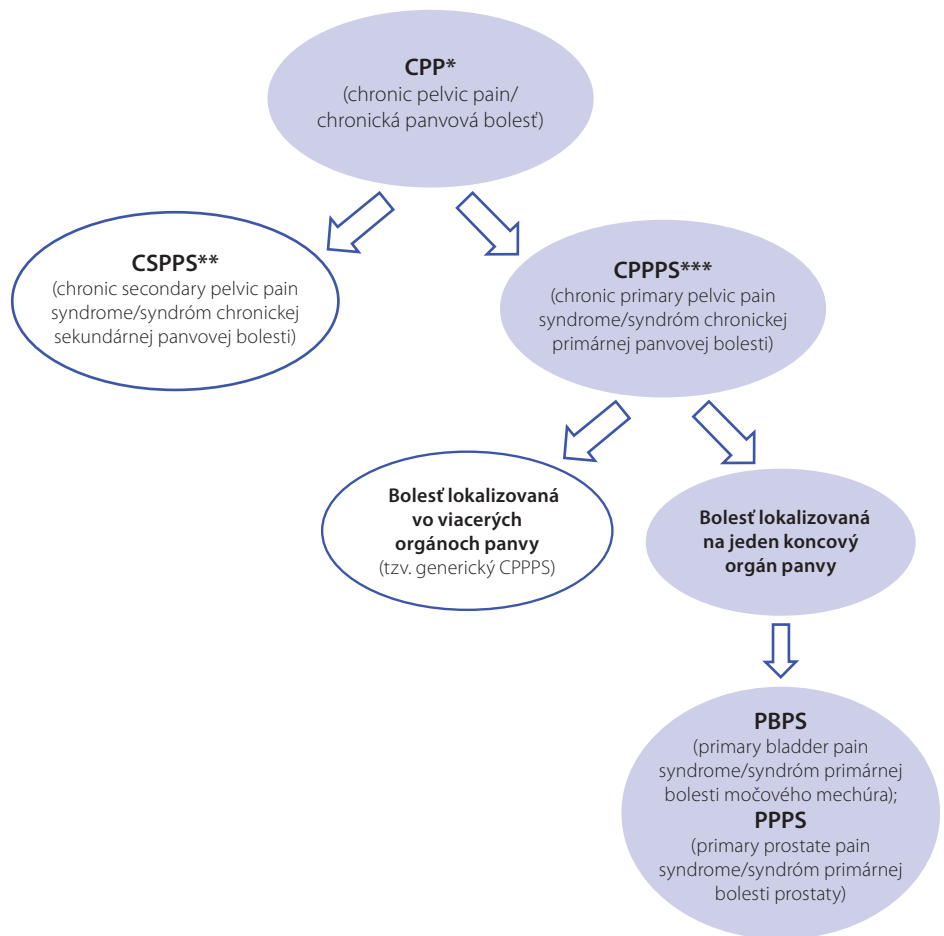
Správy o prevalencii PBPS sa výrazne líšia (0,06 – 30%) v dôsledku nie celkom jednotných diagnostických kritérií a študovaných populácií. Vyšší výskyt je u ženského pohlavia (pomer 5 – 10:1) v porovnaní s mužmi, ale nepreukázal sa žiadny rozdiel v rase alebo etnickej príslušnosti. Incidencia HL sa v klinickej praxi odhaduje v priemere na 20% (rozpätie 5–50%) a pacienti s HL sú zvyčajne starší ako jedinci bez HL. PBPS sa môže vyskytnúť aj u osôb < 18 rokov, hoci údajov o prevalencii v tejto vekovej skupine je málo (2, 3, 4).

Etiopatogenéza a rizikové faktory

Mechanizmy vzniku bolesti sa dajú jednoznačne vysvetliť ako dôsledok stimulácie nociceptívnych nervových štruktúr pri somatickom ochorení (napr. trauma, zápal, nádor). V prípade, keď sa nezistí prítomnosť žiadnej konkrétnej príčiny bolestivého („idiopatického“) stavu, je to oveľa zložitejšie. Predpokladanú patofyziológiu podieľajúcu sa na vzniku a udržiavaní CPPPS (a teda aj PBPS) ukazuje schéma 2 (2, 3, 4, 5). Chronická bolesť u pacientov s PBPS je pravdepodobne spôsobená senzibilizáciou CNS a aktiváciou sensorických aferentných nervov. Dysfunkcia epitelu močového mechúra (zvýšená apoptóza/znížená proliferácia a diferenciácia buniek), defekty v urotelovej bariére, aktivácia žírnych buniek, neurogénny zápal, autoimunita a skrytá infekcia tiež prispievajú k symptomatológii. Na základe takto vnímanej patogenézy sa potom dá odvodiť aj logickejšia stratégia liečby PBPS (schéma 3) (5). Etiopatogenéza PBPS je temer vždy multifaktoriálna a mnohé otázky zatiaľ zostávajú nedostatočne zodpovedané.

Ako rizikové faktory CPPPS boli definované: genetická predispozícia, endokrinné zmeny,

Schéma 1. Terminológia chronickej panvovej bolesti v súlade s novou Medzinárodnou klasifikáciou chorôb (ICD-11 – International Classification of Diseases-11) (2, 3)



*chronická/pretrvávajúca (3 – 6 mesiacov) bolesť vnímaná v štruktúrach súvisiacich s panvou

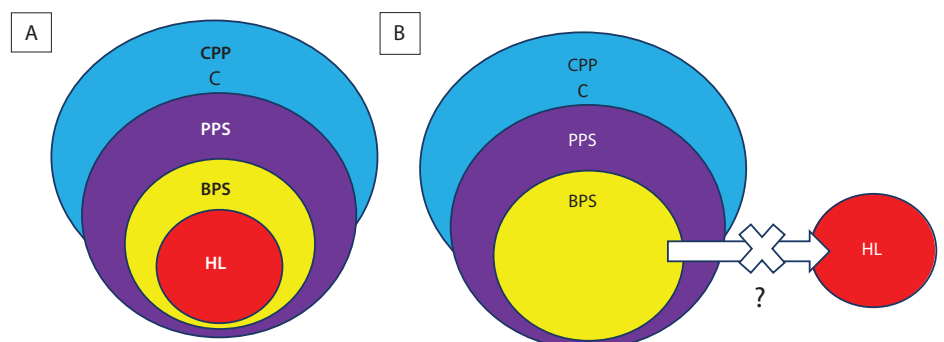
**bolesť panvy spojená s dobre definovanou patológiou (infekcia, nádor a pod.)

***bolesť panvy bez prítomnosti zjavnej patológie

Pojem „syndróm“ naznačuje, že aj keď môžu existovať periférne mechanizmy, dôležitejšiu úlohu zohráva neuromodulácia centrálného nervového systému (CNS), systémové postihnutie a asociácie s tzv. centrálnymi senzibilizačnými syndrómami, ako sú: syndróm chronickej únavy, fibromyalgia, Sjögrenov syndróm a pod.

Pri CPPPS sa uznáva, že koncový orgán, v ktorom je bolesť vnímaná, nemusí byť centrom vzniku bolesti; predpokladá sa, že bolesť sa pravdepodobne presunula do CNS (stav centralizovanej neuropatickej bolesti) a zvyčajne sa nepreukáže žiadne evidentné poškodenie tkaniva.

Obr. 1. Súčasný a nový koncept chápania syndrómu chronickej primárnej bolesti močového mechúra: Hunnerova lézia ako súčasť (fenotyp) syndrómu bolesti močového mechúra (A); Hunnerova lézia vnímaná ako samostatné ochorenie v porovnaní so syndrómom chronickej primárnej bolesti močového mechúra bez Hunnerovej lézie, pričom neexistuje žiadny dôkaz, ktorý by podporoval progresiu alebo remisiu medzi týmito dvomi formami choroby (B) (2, 3)



CPP – chronic pelvic pain/chronická panvová bolesť, PPS – pelvic pain syndrome/syndróm panvovej bolesti, BPS – bladder pain syndrome/syndróm bolesti močového mechúra, HL – Hunner lesion/Hunnerova lézia