

opakujúca sa somatická trauma a psychický stav pacienta. Warren a spol. (6) preukázali 17-krát vyššiu prevalenciu PBPS u dospelých žien s pozitívnou rodinnou anamnézou v prvostupňovom príbuzenstve v porovnaní s bežnou populáciou.

Diagnostika a diferenciálna diagnostika

PBPS je heterogénny klinický syndróm, ktorý charakterizuje dlhšie (> tri až šesť mesiacov) trvajúca bolesť lokalizovaná suprapubicky, niekedy vyžarujúca do slabín/vagíny/rekta/krížovej oblasti. Bolesť úzko súvisí s náplňou močového mechúra – typicky sa zintenzívňuje so zvyšujúcim sa objemom močového mechúra a zoslabuje sa (až vymizne) pri a tesne po mikcii, znovu sa však vracia v pôvodnej intenzite a sprevádza ju najmenej jeden ďalší príznak (polakizúria, noktúria, urgencia). Samozrejme nie je prítomná žiadna aktuálne preukázaná infekcia alebo iná zjavná lokálna patológia. Príznaky majú tendenciu kolísať, pričom niektorí pacienti nemusia vykazovať žiadne dlhodobé zhoršenie. Symptómové vzplanutia sú bežné a najčastejšie trvajú niekoľko dní. Spúšťače vzplanutia sa medzi pacientmi výrazne líšia. Prodromálne príznaky súvisiace s panvovou bolesťou a dráždivým vyprázdňovaním sa často vyskytujú aj niekoľko rokov pred formálnou diagnózou. PBPS významne ovplyvňuje kvalitu života takmer vo všetkých doménach. Schopnosť efektívne alebo vôbec fungovať na pracovisku je do významnej miery ovplyvnená individuálnymi schopnosťami pacienta zvládať záťaž (2, 3, 4, 5, 7).

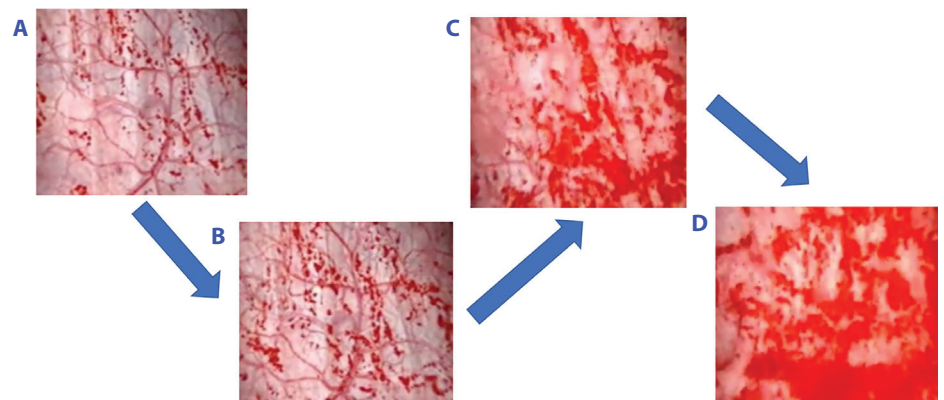
Základné vyšetrenie by malo zahŕňať starostlivú anamnézu (lokalizácia bolesti, súbežné príznaky a pod.), fyzikálne (všeobecné muskuloskeletálne, neurologické, digitálne rektálne, vaginálne, vonkajšie genitálie, panvové dno) a laboratórne vyšetrenie (moč: dipstik, bakteriologické a kultivačné zhodnotenie, cytológia; vaginálne výtery a iné) na zdokumentovanie symptómov a znakov, ktoré charakterizujú poruchu a vylučujú iné zameniteľné stavy. Kultivácia moču môže byť indikovaná aj u pacientov s negatívnou analýzou moču – na zistenie nižších koncentrácií baktérií, ktoré sú klinicky významné, ale nedajú sa ľahko identifikovať dipstikom alebo mikroskopickým vyšetrením. Zaznamenať by sa mal počet mikcií (denných, nočných), pocit nutkania na močenie a miesto,

charakter a závažnosť bolesti/tlaku alebo nepohodlia. Treba si všimnúť aj dyspareuniu, dyzúriu, bolesť pri ejakulácii u mužov a vzťah bolesti k menštruácii u žien. U všetkých pacientov by sa malo vykonať krátke neurologické vyšetrenie na vylúčenie okultného neurologického problému a vyhodnotenie (napr. ultrasonografické) neúplného vyprázdnenia močového mechúra, aby sa vylúčila skrytá retencia moču. Vyšetrenie prítomnosti hematúrie u jedincov s expozíciou tabaku je potrebné vzhľadom na vysoké riziko karcinómu močového mechúra u fajčiarov. Stanovenie východiskových hodnôt mikčných príznakov (tzv. LUTS – lower urinary tract symptoms) a úrovne/charakteru bolesti dáva okrem iného aj možnosť vyhodnotiť odpovede na nasadenú liečbu. Mikčný denník (minimálne trojdňový záznam) dokladuje nielen frekvenciu močenia, ale aj pravdepodobnú funkčnú kapacitu močového mechúra. Pre PBPS sú charakteristické časté mikcie s nízkym objemom vyprázdneného moču. Bolesť by sa mala hodnotiť pomocou indexu urogenitálnej bolesti (GUPI – Genitourinary Pain Index), indexu symptómov intersticiálnej cystitídy (ICSI – Interstitial Cystitis Symptom Index) alebo jednoducho podľa vizuálnej analógovej stupnice (VAS – Visual Analogue Scale). U každého pacienta s PBPS je prospešné vyhodnotiť a porovnať závažnosť mikčných príznakov a úroveň bolesti (napr. bolesť > LUTS, bolesť < LUTS, bolesť = LUTS) a podľa toho iniciovať

alebo zmeniť liečbu. Samozrejme sa využívajú aj ďalšie schválené dotazníky: PUF (Pelvic Pain and Urgency/Frequency Scale), O'Leary Sant IC (ICSI – Interstitial Cystitis Symptom Index/CPI – Interstitial Cystitis Problem Index), IPSS (International Prostate Symptom Score s jednou otázkou na kvalitu života), PGI-I (Patient Global Impression of Improvement), BPIC-SS (Bladder Pain Interstitial Cystitis-Symptom Score) a pod. Z klinického hľadiska môže každý dotazník v rôznej miere poskytnúť lekárovi cenné a upresňujúce informácie o konkrétnom pacientovi v aktuálnom okamihu. Novšie nástroje (ako GUPI a BPIC-SS) preukázali zvýšenú schopnosť rozlíšiť PBPS od iných urologických stavov (7). Na zhodnotenie sexuálnych funkcií sú k dispozícii osvedčené dotazníky, ako IIEF (International Index of Erectile Function), FSFI (Female Sexual Function Index), PEDT (Premature Ejaculation Diagnostic Tool) a pod. Prevalencia sexuálnych dysfunkcií je u oboch pohlaví vysoká (49–71%) – dyspareuniu pozoruje 29–42% žien a erektilnú dysfunkciu (ED) 15–48% mužov s PBPS (2, 3, 4, 5).

Cystoskopia zostáva jediným spoľahlivým spôsobom diagnostiky prítomnosti glomerulácií (submukózných petechiálnych krvácaní) a hlavne HL (začervenané slizničné oblasti s malými cievmi vyžarujúcimi smerom k centrálnej jazve, niekedy pokrytými malou zrazeninou alebo fibrínovým depozitom), ktoré sú viac menej typické pre PBPS (Obrázok 2, Obrázok 3) (8).

Obr. 2. Vzhľad petechiálnych submukózných krvácaní (glomerulácií) a stupňovanie ich závažnosti pri cystoskopii s využitím hydrodistenzie u 35-ročnej ženy so syndrómom bolestivého močového mechúra: východiskový endoskopický stav (A), cystoskopický nález po postupnom plnení (hydrodistenzii) močového mechúra (B, C, D) (8)



Vyšetrenie glomerulácií sa má vykonať po rozťahnutí močového mechúra v anestézii na 80 – 100 cm H₂O na jednu až dve minúty; močový mechúr sa môže pred hodnotením rozťahnúť až dvakrát; opätovné vyšetrenie odhalí glomerulácie, ktoré sa vyvinú v celom močovom mechúre po distenzii a zvyčajne nie sú viditeľné počas vyšetrenia bez anestézie; glomerulácie musia byť difúzne – prítomné aspoň v troch kvadrantoch močového mechúra a v každom kvadrante musí byť aspoň 10 glomerulácií; glomerulácie nesmú byť pozdĺž dráhy cystoskopu (aby sa eliminoval artefakt z kontaktu prístroja so sliznicou).