

Diagnosticul durerii pelvine la copil și adolescent în practica medicului de familie

Pelvic pain diagnosis in child and teenager in the Family Medicine practice

Conf. Dr. DOINA FELEA, Șef. Lucr. Dr. ADRIANA COSMESCU, Asist. Univ. Dr. ANA-MARIA SLĂNINĂ, Asist. Univ. Dr. OTILIA NOVAC, Asist. Univ. Dr. AGNES BACUȘCĂ

Disciplina Medicină de Familie-copii, Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa”, Iași

REZUMAT

Durerea abdominală pelvină acută, recidivantă sau cu evoluție cronică, face parte din capitolul vast al durerilor abdominale ce caracterizează vârsta copilăriei și adolescenței. În apariția durerii pelvine, sunt implicate bolile genitale de natură psihoneuroendocrină (dismenoreea, sindromul premenstrual, endometrioze) sau de natură infecțioasă (boala inflamatorie pelvină), dar și afecțiuni digestive (rectocolita ulcerohemoragică, colonul iritabil etc.) sau urologice (litiază, cistită acută).

În fața durerilor abdominale cu localizare pelvină, medicul de familie, pentru a ajunge la diagnosticul etiologic, va trebui să ia în considerare particularitățile acestor dureri, particularități care diferă de la o boală la alta. El trebuie să stabilească modul de debut al durerii, evoluția ei, localizarea, caracterul, durata, precum și celelalte simptome de însoțire.

Definirea sindromului dureros abdominal și, implicit, a durerii abdominale pelvine, se face după un model bio-psiho-social. Acest model reunește factori organici, factori psihologici și factori de mediu ce realizează în final un tablou clinic complex.

Pentru a confirma diagnosticul clinic al durerilor abdominale pelvine, medicul de familie trebuie să colaboreze cu specialiștii de profil (ginecolog, urolog, gastroenterolog etc.) și, ca medic de prim contact, trebuie să aprecieze gradul de urgență al fiecărui caz în parte în vederea managementului terapeutic.

Cuvinte cheie: durere pelvină, copil, adolescent

ABSTRACT

Acute and recurrent abdominal pelvic pain, as well as the chronic pelvic pain, is part of the vast chapter of the abdominal pain that appear during childhood and adolescence. The onset of pelvic pain involves genital conditions correlated with psycho-neuro-endocrine disorders (dysmenoreea, premenstrual syndrome, endometriosis), infectious diseases (pelvic inflammatory disease) as well as digestive disorders (haemorrhagic colitis, irritable bowel syndrome) and urinary tract conditions (lithiasis, acute cystitis).

When confronting with acute pelvic pain, to establish an etiologic diagnosis, the Family physician must take into account the particularities of the pain that differ considerable in different diseases. The onset type must be established, as well as the evolution, site, character, duration and accompanying symptoms.

Defining the abdominal pain syndrome and the pelvic pain syndrome must be done using a bio-psycho-social model. This model includes somatic, psychological and environmental factors that finally establish a complex clinical pattern.

Adresă de corespondență:

Conf. Dr. Doina Felea, Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa”, Str. Universității, Nr. 16, Iași

To confirm the clinical diagnosis of the abdominal pelvic pain, the Family physician must cooperate with the gynaecologist, urologist and gastro-enterologist and, as a first-line medical provider, must establish the emergency degree of each case linked with the therapeutic management.

Key words: pelvic pain, child, teenager

Asociația Internațională Pentru Studiul Durerei (IASP) (1979) definește durerea ca fiind „o senzație și o experiență emoțională neplăcută asociată cu o leziune fizică actuală sau posibilă, sau descrisă în termenii unei asemenea leziuni”.

Indiferent de aspectele ei cantitative sau de localizare, durerea este un fenomen psihofiziologic complex, declanșat de cele mai multe ori de acțiunea diversilor stimuli nociceptivi (mecanici, chimici, termici) asupra terminațiilor nervoase libere.

În alte cazuri durerea poate fi generată de diverse circumstanțe psiho-patologice, realizând ceea ce în literatură se descrie ca fiind psihalgii.

Evaluarea semnificației diagnostice a durerilor abdominale, atât a celor acute, cât și a celor cu evoluție recidivantă este dificilă, întrucât există un număr mare de afecțiuni digestive și extradigestive ce pot evolua cu dureri abdominale.

Durerea abdominală pelvină acută, recidivantă sau cu evoluție cronică, face parte din capitolul vast al durerilor abdominale ce caracterizează vârsta copilăriei și adolescenței. În apariția durerii pelvine, sunt implicate bolile genitale de natură psihoneuroendocrină (dismenoreea, sindromul premenstrual, endometrioze) sau de natură infecțioasă (boala inflamatorie pelvină), dar și afecțiuni digestive (rectocolita ulcerohemoragică, colonul iritabil etc.) sau urologice (litiază, cistită acută). □

MECANISMUL DURERILOR ABDOMINALE LA COPIL ȘI ADOLESCENT

Particularitățile sistemului nervos central la vârsta copilăriei explică frecvența mare a durerilor abdominale recidivante în foarte multe afecțiuni digestive, dar și extradigestive.

Pe de o parte, există o hiperexcitabilitate neurovegetativă predominant vagală, cu reacții frecvente în sfera tractului digestiv, pe de altă parte modul de reacție global emoțional, psihomotor ce apare la copil s-ar explica prin existența unei reduceri a inhibiției corticale conștiente la o excitație vagală.

Aceste particularități de reacție neurovegetativă la copil ar explica și lipsa corespondenței

pozitive între gradul de „agresivitate” a stimulului și intensitatea răspunsului.

Durerile abdominale au fost clasificate după mai multe criterii, cel mai familiar fiind cel temporal, care deosebește:

- dureri acute;
- dureri recidivante (recurente);
- dureri cronice.

Dintre acestea, durerile abdominale recidivante au câștigat un loc aparte în patologia pediatrică datorită frecvenței, complexității diagnostice și a impactului asupra calității vieții și a performanțelor școlare ale copiilor și adolescenților.

Mecanismul de producere a durerilor abdominale, precum și unele caracteristici clinice privind starea generală a bolnavului, dezvoltarea statură-ponderală, localizarea durerii, iradierea, intensitatea, momentul apariției durerii, asocierea cu alte manifestări nespecifice etc. (Fig. 1, Fig. 2, Fig. 3) au determinat clasificarea (1) durerilor abdominale recidivante în:

- dureri abdominale organice;
- dureri abdominale funcționale;
- dureri abdominale psihogene.

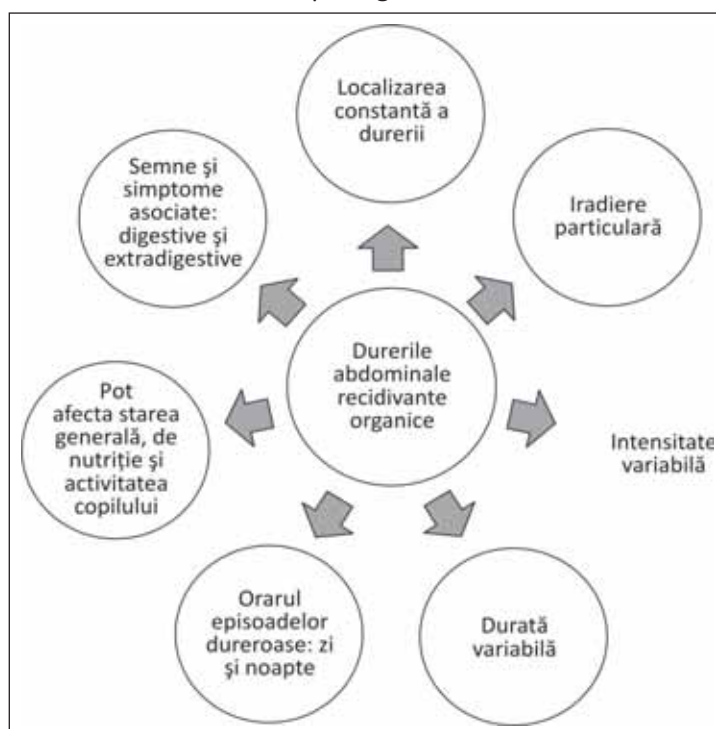


FIGURA 1. Caracteristicile durerilor abdominale recidivante organice

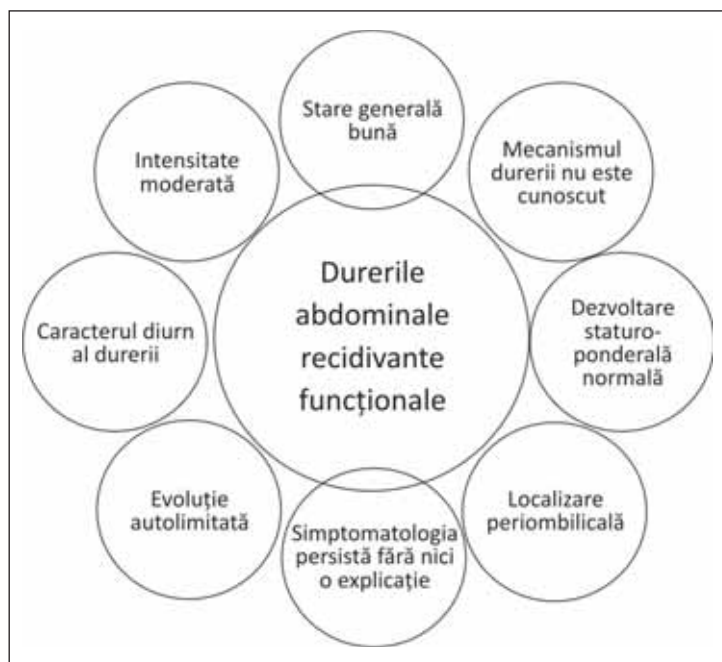


FIGURA 2. Caracteristicile durerilor abdominale recidivante funcționale

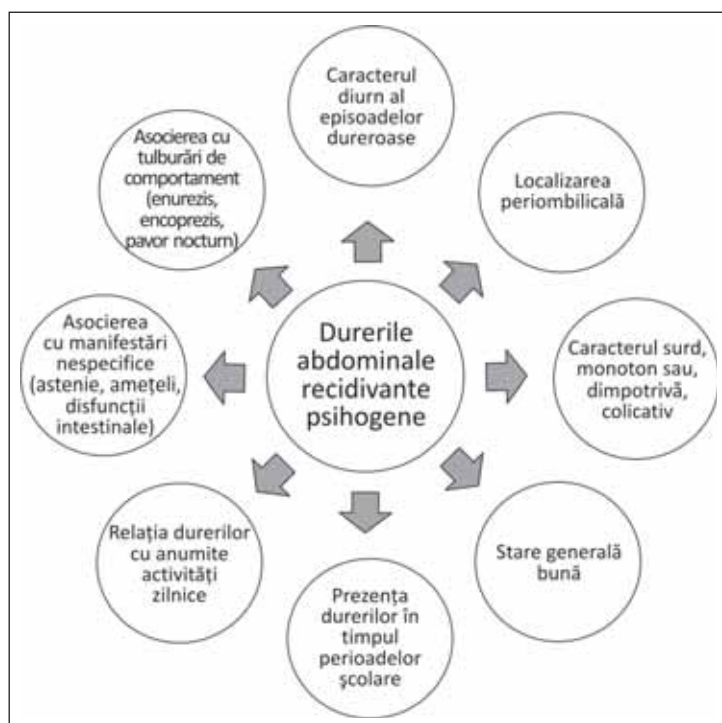


FIGURA 3. Caracteristicile durerilor abdominale recidivante psihogene

Acest model trivariant al clasificării, elaborat de Barr și Feurstein în 1983, domină literatura de specialitate. Conform acestei clasificări, durerile abdominale recurente organice reprezintă 40-50%, durerile abdominale recurente disfuncționale reprezintă 32-49%, iar durerile abdominale recurente psihogene reprezintă 11-18%. (1).

Un al treilea model conceptual a fost propus de Levine și Rappaport în 1983. Acest model a

subliniat originea multifactorială și modularea severității durerilor abdominale recurente la copil.

Sunt implicați: predispoziția somatică, stilul de viață, temperamentul, evenimentele stresante din viața copilului.

Vârsta mică a pacientului cu particularitățile sale de înțelegere și exprimare și/sau modalitatea nu întotdeauna corectă de interpretare a simptomelor de către părinți fac cu atât mai dificil diagnosticul etiologic. Încadrarea într-un anumit tip de durere: organică, funcțională, psihogenă nu poate fi făcută întotdeauna corect, întrucât cauzele durerii pot coexista și modifica tabloul clinic al evoluției. □

TIPURI DE DURERI ABDOMINALE ORGANICE

După localizare și unele caracteristici clinice, se descriu mai multe tipuri de dureri abdominale organice în raport cu originea lor (1, 2, 3):

1. Durerea esofagiană (refluxul gastroesofagian, esofagita peptică, hernia hiatală).

Se caracterizează prin:

- Localizare epigastrică
- Iradiere retrosternală sau dorsală
- Caracter de arsură
- Intensitate medie
- Durată scurtă
- Asociază: regurgitații acide sau alimentare, pirozis

2. Durerea gastroduodenală (boala peptică ulceroasă, gastroduodenitele cronice).

Se caracterizează prin:

- Localizare epigastrică sau hipocondru drept
- Caracter de crampă sau foame dureroasă
- Periodicitatea durerii
- Durată variabilă (minute sau ore)
- Ameliorată de a limente sau antiacide

3. Durerea intestinală (constipația, parazitozele intestinale, boala celiacă, apendicita cronică, bolile inflamatorii intestinale).

Se caracterizează prin:

- Localizată în abdomenul mijlociu sau pe cadrul colic, unghiul stâng sau drept al colonului
- Iradiere spre sacrum, organele genitale externe
- Intensitate variabilă
- Caracter surd sau paroxistic, colicativ
- Semne asociate: tulburări de tranzit intestinal, hemoragie digestivă inferioară, modificări articulare

4. Durerea hepato-biliară (litiiza biliară, colecistita cronică, hepatitele cronice).

Se caracterizează prin:

- Localizare în epigastru sau hipocondrul drept
- Iradiere în umărul drept, fosa iliacă dreaptă
- Caracter colicativ
- Debut după alimentație
- Fără periodicitate
- Durată variabilă (ore etc.)
- Se asociază cu: febră, frisoane, grețuri, vărsături etc.

5. Durerea pancreatică (pancreatita cronică, chist și pseudochist pancreatic etc.).

Se caracterizează prin:

- Localizare în epigastru sau hipocondrul drept
- Iradiere spre umărul stâng
- Intensitate variabilă
- Caracter surd, transfixiant
- Durată de câteva zile
- Declanșată de prânzuri bogate (grăsimi, alcool)
- Se asociază cu: greață, vărsături, distensie abdominală, icter, steatoree

6. Durerea de origine renală (litiază, ITU etc.)

Se caracterizează prin:

- Sediul lombar, hipocondrul drept sau stâng, flancuri
- Iradiere spre organele genitale
- Caracter surd, colicativ
- Evoluție în pusee
- Se asociază cu: febră, hematurie, disurie

7. Durerea de origine pelvină (ciclu menstrual, leziuni inflamatorii ale organelor genitale, cistită, rectocolita ulcero-hemoragică, torsiunea de testicul etc.).

Se caracterizează prin:

- Localizare în hipogastru sau fosele iliace
- Nu are iradiere particulară
- Caracter surd sau paroxistic
- Intensitate variabilă

În pelvis se găsesc numeroase organe: uterul, ovarele, trompele uterine, vezica urinară, porțiunea terminală a colonului, rectul. Afectarea acestora generează durere în regiunea pelvină.

În același timp, și durerea provenind de la rinichi, apendice, intestine, peretele abdominal poate mima o durere genitală pelvină.

Diagnosticul durerii pelvine (4, 5)

I. Anamneza – va trebui să furnizeze date despre:

- când apare durerea
- localizarea
- iradierea
- cât timp durează durerea
- cât de brusc a apărut durerea
- modalități de percepție a durerii: ascuțită, surdă etc.
- legătura durerii pelvine cu manifestări fiziologice din viața individului:
 - ciclu menstrual
 - micțiune
 - defecație
 - contact sexual
 - activitate fizică intensă
- alte manifestări asociate durerii: anorexie, scădere ponderală, paloare, agitație, cefalee, febră, amețeli, vărsături, disurie, polakiurie, secreții vulvo-vaginale, constipație, diaree, hipotensiune arterială, tahicardie, hemoragie genitală, șoc hipovolemic, șoc toxicoseptic.

II. Examenul fizic general – cuprinzând toate organele și sistemele.

III. Examele paraclinice:

- teste de sânge (VSH, hemoleucogramă, fibrinogen)
- examenul urinii (sumar, urocultură)
- frotiu și cultură din secreții vulvo-vaginale
- ecografie abdomino-pelvină
- CT
- RMN
- Laparoscopie

Localizarea durerii, caracterul durerii pelvine precum și durata ei sunt caracteristici ce pot orienta spre etiologia posibilă a acestui tip de durere (Tabelul 1). □

TABELUL 1. Tipuri de durere pelvină

Tipul durerii pelvine	Cauza posibilă
durere localizată într-un punct	inflamație a organelor genitale sau abdominale
durere colicativă (colici)	spasm al unui organ: uter, trompe uterine, intestin, ureter, apendice
durere instalată brusc (durere acută)	ischemie vasculară acută cu aport sangvin temporar insuficient: sarcină extrauterină (ectopică), torsiune de ovar, chist ovarian rupt
durere apărută treptat	chist de ovar, boală inflamatorie pelvină (BIP), endometrioză, apendicită, ocluzie intestinală
durere în întregul abdomen	acumulare de sânge, puroi sau conținut intestinal în abdomen
durere agravată la mișcare sau în timpul examinării	iritație peritoneală

I. DUREREA PELVINĂ ACUTĂ

Mecanismele cele mai frecvente ce determină apariția durerii pelvine acute sunt reprezentate de:

- lezarea directă a unui organ pelvin;
- ischemia acută a unui organ pelvin.

Pot exista afecțiuni ginecologice ce determină dureri acute pelvine, dar și afecțiuni neginecologice ce pot determina o simptomatologie similară.

Cauze ginecologice ale durerii acute pelvine

- Sarcina ectopică (sarcina extrauterină)
- Hematomul de corp luteal (hemoragia unui chist ovarian)
- Chistul ovarian rupt
- Torsiunea de ovar
- Boala inflamatorie pelvină acută (BIP)
- Abcesul tubo-ovarian
- Fibromul uterin

Cauze neginecologice ale durerii acute pelvine

- apendicita acută
- cistita
- boala diverticulară
- litiaza urinară
- boala Crohn
- fractura pelvină □

II. DUREREA PELVINĂ RECIDIVANTĂ

Durerile pelvine recidivante fac parte din vastul capitol al durerilor abdominale recidivante. (6).

Durerile abdominale recidivante se definesc ca fiind: „sindrom caracterizat prin episoade dureroase abdominale paroxistice, cu durată și intensitate variabilă, care modifică activitatea normală a copilului și se succed cu o frecvență de cel puțin un episod pe lună, desfășurându-se pe o perioadă de minimum 3 luni” (1).

După alți autori (citată de 1) ar fi necesar pentru diagnostic o perioadă de minimum 6 luni succesive.

Prevalența acestora variază între 10-15% (2) dintre cauzele de consult pediatric.

Durerile abdominale recurente ale copilului se caracterizează prin perioade de exacerbare sau remisiune și, în mod frecvent, „dispar tot atât de misterios precum apar”. (Schecheter 1984) (citată de 1).

Dacă în urmă cu câteva decenii numai 5-10% din durerile abdominale recidivante aveau o cauză organică, astăzi, datorită existenței unei multitudini de investigații paraclinice diagnostice, durerile abdominale recidivante organice reprezintă 40-50% din totalul durerilor abdominale recidivante.

Dintre acestea, localizarea pelvină a durerilor abdominale recidivante este mai frecventă la adolescente, unele etiologii având caracter fiziologic.

Cele mai frecvente cauze de **dureri pelvine recidivante** sunt reprezentate de:

- mittelschmerz (durere la mijlocul ciclului menstrual, durere de ovulație) – se produce datorită eliminării din ovar în momentul ovulației, a lichidului folicular care conține prostaglandină
- endometrioza [creșterea mucoasei care căptușește peretele uterin (endometru) în afara acestuia]
- dismenoreea primară (durere la menstruație fără cauză organică)
- dismenoreea secundară (durere la menstruație de cauză organică)
- adenomioza (creșterea țesutului endometrial în mușchiul uterin) □

III. DUREREA PELVINĂ CRONICĂ

Durerea pelvină cronică este definită de o durere pelvină continuă sau intermitentă, cu o durată mai mare de 6 luni.

Poate fi determinată de cauze ginecologice sau cauze neginecologice.

TABELUL 2. Cauzele durerilor abdominale recidivante, după vârstă (după Kliegman, 2004) (4)

Copil < 2 ani	Copil 2-11 ani	Adolescent 12-19 ani
<ul style="list-style-type: none"> • colici • hernia inghinală • malabsorbția • alergii la lapte • boala Hirschprung • fibroza chistică • defecte de rotație • malformații • esofagite 	<ul style="list-style-type: none"> • constipația • dureri funcționale • lambliaza • ulcerul peptic • pancreatite • parazitoze • tumori • osteomielita • migrena abdominală • diabetul zaharat • volvulus • abces intraabdominal • chist de coledoc 	<ul style="list-style-type: none"> • sindromul intestinal iritabil • factori psihogenici • dismenoreea • ulcerul peptic • bolile inflamatorii pelvine • chist de ovar • diabet zaharat • bolile inflamatorii ale intestinului • malignități • lambliaza • abcese intraabdominale • angioedem ereditar

Cauze neginecologice ale durerii pelvine

- sindromul colonului iritabil
- cistita interstițială
- sindromul miofascial al planșeului pelvin
- afecțiuni ale peretelui abdominal
- apendicita
- calculoza renală

Cauze ginecologice ale durerii pelvine

- dispareunia (durere la contact sexual)
- aderențele postinflamatorii și postoperatorii
- boala inflamatorie pelvină cronică (BIP cronică)
- sindromul ovarului restant
- sindromul uretral
- chist de ovar funcțional ce se poate cronici
- endometrioza
- adenomioza
- cancerelor organelor pelvine
- malformații uterine
- durere pelvină psihogenă □

DURERILE PELVINE RECIDIVANTE/CRONICE PSIHOGENE

Durerile recidivante/cronice psihogene sunt definite ca fiind: „Trei sau mai multe episoade dureroase abdominale care evoluează în absența unei cauze organice demonstrabile timp de 3 luni” (Apley 1979) (citată de 1).

În prezent se acceptă că bolile fizice au dimensiuni psihologice, dar bolile psihice au dimensiuni fizice.

Durerile abdominale recurente psihogene fac parte din grupa „tulburărilor somatoforme”. (7, 8).

Manualul de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale (DSM IV) folosește termenul de „somatoforme” pentru un grup de tulburări caracterizate prin prezența unor simptome somatice ce nu pot fi explicate de o condiție neurologică sau medicală generală, de consumul unei substanțe sau de altă tulburare mentală. (9).

Simptomele somatice reprezintă manifestarea principală a tulburărilor somatoforme. Ele sunt considerate rezultat al unor conflicte psihologice, stresante, al unor situații psihotraumatizante.

Durerile pelvine recidivante afectează în special sexul feminin (2/1) având un vârf al incidenței în perioada prepubertară și la adolescență.

Durerile pelvine psihogene au o componentă genetică și una dobândită. În apariția acestora sunt implicați o serie de factori psihotraumatizanți ce pot amenința echilibrul psihic, dezvoltarea normală, adaptarea, afirmarea și chiar viața individului.

Acești factori pot determina tulburări care, clasic, purtau numele de psihogenii (10, 11).

Acestea constau nu numai în tulburări psihice, ci și în manifestări somatice, neurologice, senzoriale și neurovegetative.

Aceste manifestări se situează uneori pe primul loc în tabloul clinic, estompând tulburările psihice. Anamneza evocatoare a unor conflicte socio-familiale, alături de examenul clinic și investigațiile paraclinice normale, pot orienta diagnosticul prezumtiv spre dureri abdominale pelvine recidivante/cronice psihogene.

Examenul somatic nu poate obiectiva întotdeauna din punct de vedere clinic existența organicității simptomelor. Acest fapt justifică „eticheta” pusă durerilor pelvine în literatura de specialitate ca fiind: „misterioasele dureri pelvine” (12).

Diagnosticul unei tulburări de somatizare – în cazul nostru a durerilor pelvine psihogene, este dificil, întrucât trebuie excluse toate cauzele organice ce pot determina simptomele respective. În același timp trebuie avute în atenție și bolile psihice ce pot prezenta simptome somatice (tulburări anxioase, tulburări afective, schizofrenia, simularea). □

CONCLUZII

- Definirea sindromului dureros abdominal și implicit al durerii abdominale pelvine, se face după un model bio-psiho-social. Acest model reunește factori organici, factori psihologici și factori de mediu ce realizează în final un tablou clinic complex.
- În calitatea lui de medic „de prim contact” medicul de familie trebuie să ia în considerare la început toate bolile care ar putea produce dureri abdominale deoarece unele boli genitale pot avea o simptomatologie relativ asemănătoare cu a unor boli digestive (ex. sarcina extrauterină = apendicita acută; dismenoreea = boală digestivă)
- Pentru a confirma diagnosticul clinic al durerilor pelvine medicul de familie și medicul pediatru trebuie să colaboreze cu specialiștii de profil (ginecolog, urolog, gastroenterolog), el trebuie să stabilească gradul de urgență al fiecărui caz în parte pentru că unele din afecțiunile organelor pelvine pot fi tratate în ambulator (dismenoreea, sindromul premenstrual, cistita, colonul iritabil), dar unele necesită internare de urgență în spital (sarcina ectopică, chistul de ovar complicat etc.) (13). □

BIBLIOGRAFIE

1. **Popescu V.** – Durerile abdominale recurente, în Popescu V.: Algoritm diagnostic și terapeutic în pediatrie, Ed. Medicală Amaltea, București, 2003, 198-223.
2. **Berman Stephen** – Abdominal Pain – persistent or recurrent in Berman Stephen: Pediatric Decision Making, Ed. Mosby, 1996, 266-269.
3. **Silverberg M.** – Chronic abdominal pain in adolescents, *Pediatr Ann*, 1991, 20:179
4. **Kliegman R.** – Acute and Chronic Abdominal Pain, in Kliegman R: Practical Strategies in Pediatric Diagnosis and Therapy, Ed, Elsevier Saunders, 2004, 249-268.
5. **M. Fall; A.P. Baranowski, C.J. Fowler, J. Hughes, V. Lepinard, J.G. Malone-Lee, E.J. Messelink, F. Oberpenning, J.L. Osborne, S. Schumacher** – Guidelines on chronic pelvic pain. http://www.uroweb.org/fileadmin/user_upload/Guidelines/22_Chronic_Pelvic_Pain_2007.pdf
6. **Foley K.M., Posner J.B.** – Pain and its management. In Cecil Textbook of medicine. 18 th edition. W.B. Saunders Company: 1988, pp. 104-112.
7. **Ehlert U, Heim C, Hellhammer DH** – Chronic pelvic pain as a somatoform disorder. *Psychother Psychosom* 1999; 68(2): 87-94.
8. **Milea Ștefan** – Profilaxia primară a tulburărilor psihice la copil și adolescent, vol. II, București: Ed. Științe Medicale, 2006.
9. **XXX.** – Manual de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale, 2000.
10. **Tiberiu Mircea** – Tratat de psihiatrie dezvoltamentală a copilului și adolescentului, vol. III, Timișoara: Ed. Artpress, 2008.
11. **B. Luban – Plozza, W. Pöldinger** – Boli psihosomatice în practica medicală, București: Ed. Medicală, 2000.
12. **Rosenthal R.H.** – Psychology of chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 1993; 20(4): 627-642.
13. **Adrian Restian** – Bazele Medicinii de Familie, vol. II, București: Ed. Medicală, 2001, pag. 315-325.

Vizitați site-ul

SOCIETĂȚII ACADEMICE DE MEDICINĂ A FAMILIEI

www.samf.ro