

Krooniline vaagnavalu – epidemioloogia ja riskitegurid

Kadri Matt – TÜ naistekliinik

Võtmesõnad: krooniline vaagnavalu, epidemioloogia, riskitegurid

Korduvad, kroonilise iseloomuga alakõhu- ja seljavalud on eri eas tütarlaste ja naiste sagedased vaevused, kuid ei ole enamasti arsti juurde pöördumise põhjuseks. 14–25%-l juhtudest on aga valu niivõrd häiriv, et sunnib patsienti arsti poole pöörduma, põhjustab korduvat koolist puudumist või töövõimetust ning füüsilist ja emotsionaalset stressi. Sellistel juhtudel lohutab patsiente vähe asjaolu, et ka pärast uuringuid ei leita 2/3-l juhtudest põhjust või et 20%-l diagnoositakse ärritatud soole sündroomi või stressi ilma ühegi uuringuta. Krooniliste vaagnavalude põhjused on mitmekesised, sümptomid kattuvad, diagnostika võib olla aeganõudev ning etiopatogeneetiline ravi keeruline. Diagnostika ja ravi peaksid olema kompleksed, et raviefekt oleks patsiendi jaoks efektiivsem.

Krooniline vaagnavalu ehk alakõhuvalu (*chronic pelvic pain*, CPP) on sagedane naiste terviseprobleem, vaatamata sellele ei pöördu paljud naised meditsiiniabi poole. Osal juhtudel võib aga CPP olla tervist ja elukvaliteeti halvav, põhjustades kestvat töövõimetust, häirides normaalseid suhteid tööl ja perekonnas. Sagedamini diagnoositakse sellistel juhtudel ärritatud soole sündroomi

või stressi, kuid kompleksne käsitlus ja ravi võivad jääda puudulikuks.

Kroonilise vaagnavalu epidemioloogiline käsitlus, diagnostika ja ravitaktikad on keerulised, sest

- kliinilistes uuringutes puudub enamasti diagnoosimise konsensus;
- CPP on mitmeteguriline ja multidistsiplinaarne probleem;
- uuringute planeerimine ja teostamine on komplitseeritud ning tulemused ja järeldused halvasti võrreldavad (1, 2).

DEFINITSIOON

Kirjanduses on erinevaid kroonilise vaagnavalu definitsioone, paljudes neist iseloomustatakse CPPd kui intermiteeruvat või pidevat alakõhuvalu kestusega vähemalt 6 kuud. CPP käsitlemisel jäetakse mõnedes uuringutes siiski välja naised, kes kaebavad düsmenorröad ja/või düspareuuniat, samuti patsiendid, kellel vaagnavalu võib olla seotud raseduse või pahaloomulise protsessiga. Samas on teada, et kroonilise vaagnavaluga naistel esineb sagedamini tsüklilisi kõhuvälisid: ovulatsiooniga seotud nn keskvalu ja nii primaarset kui ka sekundaarset düsmenorröad (1–3).

ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) iseloomustab kroonilist vaagnavalu kestuse ja paiknemise järgi, lisades ka subjektiivse afektiiv-käitumusliku komponendi ja defineerides CPPd kui “mittetsüklilist valu, mis kestab vähemalt 6 kuud, lokaliseerub vaagnas, kõhu eessein, ristluu piirkonnas ning mis on tõsine, sest põhjustab töövõimetust ning nõuab me-

diitsiinilist abi” (4). CPP afektiiv-käitumuslikes definitsioonides lisatakse, et valu võib pärssida oluliselt füüsilist aktiivsust, põhjustada käitumishäiret või nõuda olulist analgeetikumide kasutamist. Need määratlused on siiski subjektiivsed, kuna nad sõltuvad patsiendi ja/või meditsiinipersonali isiklikust suhtumisest ja hinnangutest. Samuti on problemaatiline, kuidas kasutada neid definitsiooni aspekte epidemioloogilistes uuringutes (5).

LEVIMUS, ESINEMISE TÕENÄOSUS

Kroonilise alakõhuvalu esinemist on põhjalikult uuritud Inglismaal (1–3, 6) ja on leitud, et esmatasandi meditsiinis diagnoositakse naistel vanuses 15 kuni 73 aastat 38 CPP juhtu 1000 naise kohta aastas. Nii on CPP levimus lähedane astmale (37/1000) ja seljavalule (41/1000) selles rahvastikus. Oxfordi naistetervise uuringutel selgus, et vähemalt 3 kuud kestnud kroonilist alakõhuvalu kaebas 24% uuritavatest (2).

Krooniliste alakõhuvalude tegelikku levimust ja esinemise tõenäosust on aga raske hinnata. Enamik viimase aastakümne uuringutest olid fokuseeritud patoloogilise leiu avastamisele (endometriosis) laparoskoopilise operatsiooni ajal ja valu põhjuste võimalikule seletusele, kui nähtav patoloogia puudus (7–9). Kuna sellised uuringud on tehtud selekteeritud kliinilises populatsioonis, ei anna nad ülevaadet CPP levimusest üldrahvastikus.

Süsteemaatiline ülevaade 1998. aastast (10) leidis vaid ühe uuringu maailmas, mis uuris CPP levimust naisrahvastikus (11). See oli USA-s tehtud randomiseeritud 5263 naise (vanuses 18–50 aastat) telefoniküsitlus, mis defineeris kroonilist vaagnavalu kui vähemalt 6 kuud kestnud alakõhuvalu, mis oli esinenud ka viimase 3 kuu jooksul. Raseduse või maliigsusega, samuti ovulatsiooniga seotud valud olid kõrvale jäetud. CPP levimuseks saadi 14,7%.

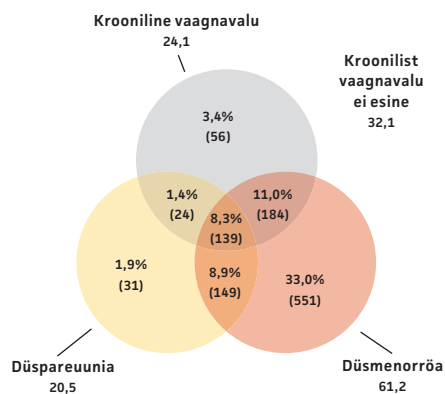
Krooniliste alakõhuvalude esinemist ja võimalikke põhjusi tütarlastel ja täiskasvanud naistel erinevates vanuserühmades ei

ole piisavalt uuritud. Tuleb arvata, et krooniliste alakõhuvalude põhjused ja sümptomid ning diagnostilised aspektid on erinevad puberteedieas, reproduktiivses eas ning pre- ja postmenopausis naistel. Le Resche kaasautoritega täheldas, et erinevate valude (temporo-mandibulaarne, migreen, pingepeavalu), sealhulgas kõhuvalu ja teiste somaatiliste sümptomite ning depressiooni sagedus suureneb 11–17 aasta vanustel tütarlastel süstemaatiliselt koos puberteedi arenguga (12).

SÜMPTOMID JA DIAGNOSTIKA

Arvestades kroonilise vaagnavalu sümptomite mitmekesisust ja kokkulangevust, võivad diagnostika- ja raviprobleemid osutada keeruliseks.

Uus-Meremaal ja Inglismaal (1) uuriti kokku 1671-l seksuaalselt aktiivsel naisel CPP koosinemist teiste valutüüpidega ja selgus, et enamikul naistest esines üks või mitu valutüüpi (vt jn 1). 38,8%-l juhtudest esines ärritatud soole sündroom (*irritable bowel syndrome*, IBS), diagnoositud Rooma kriteeriumide järgi, ning 24,4%-l olid genito-urinaarsed sümptomid.



Joonis 1. Kroonilise vaagnavalu, düsmenorröa ja düspareuuia levimus 1671 naise hulgas Inglismaa üldpopulatsioonis viimase kolme kuu jooksul.

T. Zondervani ja kaasautorite järgi esinevad pooltel kroonilise alakõhuvaluga naistel kas genito-urinaarsed sümptomid, ärritatud soole sündroom või mõlemad (2, 3). Sage-

duselt kolmandana diagnoositi kaasneva haigusena stressi (10–50%). Kroonilise alakõhuvaluga naised kaebasid ka düsmenorröa (11–81%) ja düspareuunia (41%) üle tunduvalt sagedamini kui need, kellel ei esinenud kroonilist vaagnavalu (10, 11).

CPP on seotud mitmete haiguste ja haigusseisunditega nagu endometriosis, väikese vaagna liiteline protsess, ärritatud soole sündroom, vaagnapõletik (*pelvic inflammatory disease*, PID), interstitsiaalne tsüstiit ja uretraalsündroom (7, 8, 13, 14).

Medi Plus'i ja teiste uuringute järgi hilineb CPP diagnoosi ja ¼ patsientidest ei saa diagnoosi 3–4 aasta jooksul pärast sümptomite teket. Samuti hilinevad uuringud ja ravi, sest vaid 40% suunatakse spetsialisti juurde (13, 14). Samal ajal diagnoositakse 20% kroonilise alakõhuvaluga patsientidest ühegi uuringuta ja enamasti on selleks ärritatud soole sündroom (2).

RISKITEGURID

Kroonilise vaagnavalu riskitegurite selgitamiseks on tehtud palju uuringuid, kuldstandardiks nende analüüsil võiksid olla prospektiivsed kohortuurinud.

Üheks probleemiks riskitegurite uurimisel on, et kliiniline pilt sõltub mitmesugustest somaatilistest probleemidest või haigusseisunditest ning psühholoogilistest (traumaatilised momendid, depressioon, hüpokondria) ja sotsiaal-majanduslikest teguritest (15, 17, 18). Huvitavad on Austraalias tehtud kaksikute kohortuuringu tulemused, mille järgi oli kroonilise vaagnavalu esinemise samasus (*concordans*) suurem monosügootsetel kaksikutel võrreldes disügootsetega. Sealjuures olid 41%-l juhtudest mõõdukad CPP sümptomid seostatavad 4 haigusseisundiga: endometriosis, fibroom, düsmenorröa ja nn somaatiline distress (valud rinnas või küljes, väsimus). Viimast identifitseeriti psühholoogilise seisundina, mis viitas tõusnud nootsitseptioonile ja on lähedane kognitiivsele ärevusele ja depressioonile. Somaatiliste ja psühholoogiliste seisundite ja sümptomite suur erinevus ja

varieeruvus teeb erinevate uuringute tulemuste võrdlemise keeruliseks (18, 19).

Mathias ja kaasautorid (11) leidsid veidi väiksema CPP riski Aafrika-Ameerika päritoluga naistel võrreldes Kaukaasia naistega ja suurema riski leestunud või lahutatud naistel võrreldes üksikute naistega. Eelmainitud Uus-Meremaa ja Inglismaa (2, 3, 10, 11, 14) uuringutes ei leitud riskide erinevust olenevalt perekonnaseisust, küll aga leiti Uus-Meremaal pisut sagedam CPP kõrgema haridusega naistel. Oxfordi naistetervise uuringus (2) püüti täpsustada lisategurite osa (pikkus, kondoomide kasutamine, menses kestus, subfertiilsus anamneesis) CPP riskis. Andmete tõlgendamine osutus keeruliseks ja tulemused üllatuslikuks: selgus, et pikemat kasvu naistel (>170 cm) esines sagedamini CPPd, samuti oli kondoomi kasutamine seotud suurema CPP riskiga. Viimast seletati asjaoluga, et kondoomi kasutajad ei ole kaua tarvitanud peroraalseid kontratseptikume, mille taustal vaagnavalu sümptomid võisid maskeeruda. Samal ajal assotsieerus ka varasem rasestumisvastaste tablettide kasutamine suurema CPP riskiga, seletades asjaolu, et vaagnavalu tugevneb või retsidiiveerub pärast pillide ärajätmist. Pole üllatav, et nende uuringute põhjal leiti positiivne seos endometriosisi, kestva menstruaaltsiooni-veritsuse ning vähenenud viljakusega. Olulisi seoseid ei leitud pariteedi, raseduste iseeneslike katkemiste ja abortide vahel (2).

KOKKUVÕTE

Kroonilise vaagnavalu epidemioloogia uurimine on keeruline. Et uuringutest saadav info oleks adekvaatne, on vaja lähtuda ühtsest CPP käsitlusest. Kroonilise vaagnavalu etiopatogenees on kompleksne: tegemist on psühhosomaatilise probleemiga, mis võimendub kõhuõõne-elundite krooniliste haiguste või düsfunktsiooni foonil. Olulist osa etendavad naise organismis toimuvad tsükliilised hormonaalsed ja immunoloogilised muutused. Tegemist on sooliselt ja geneetiliselt determineeritud valusündroomiga, mille tugevus võib ulatuda füsioloogilistest piiridest raske kroonilise valuni.

Diferentsiaaldiagnostiliselt, patsiendi nõustamise ja ravi seisukohalt on oluline alustada tsükliliste valude põhjuste täpsustamise ja raviga. Tuleb selgitada, kas kroonilise vaagna valu põhjuseks on elundi- patoloogia, raske krooniline haigus või on

tõepoolest tegemist vaid nn funktsionaalsete valudega. Valusündroomi tõenäoliste põhjuste diferentsiaaldiagnostikas ja ravis tuleb arvestada ealisi iseärasusi. Valusündroomi käsitus ja ravi on interdistsiplinaarne.

KIRJANDUS

- Zondervan KT, Kennedy SH. Epidemiology of chronic pelvic pain. *International Congress Series* 2005;1279:77–84.
- Zonderwan KT, Yudkin PL, Vessey MP, et al. The community prevalence of chronic pelvic pain in women and associated illness behaviour. *Br J Gen Pract* 2001;51:541–7.
- Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, et al. Chronic pelvic pain in the community – symptoms, investigations, and diagnoses. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184:1149–55.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin no 51: chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 2004;103:589–605.
- Steege JF, Stout AL, Somkuti SG. Chronic pelvic pain in women: toward an integrative model. *Obstet Gynecol Surv* 1993;48: 95–110.
- Zondervan KT, Barlow DH. Epidemiology of chronic pelvic pain. *Bailliere's Clin Obstet Gynecol* 2000;14:403–14.
- Eskenazi B, Warner ML. Epidemiology of endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1997;24:235–58.
- Atwal G, Plessis D, Armstrong G, et al. Uterine innervation after hysterectomy for chronic pelvic pain with, and without, endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193:1650–5.
- Daucher JA, Weber AM. Chronic abdominal pain after laparoscopic sterilization clip placement. *Obstet Gynecol* 2006;108:1540–3.
- Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, et al. The prevalence of chronic pelvic pain in women in the UK – a systematic review. *Br J Obstet Gynecol* 1998;105:93–9.
- Mathias SD, Kuppermann M, Liberman RF, et al. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstet Gynecol* 1996;87:321–7.
- LeResche L, Mancl LA, Drangsholt MT, et al. Relationship of pain and symptoms to pubertal development in adolescents. *Pain* 2005;118:201–9.
- Grace VM, Zondervan KT, Vares T. Chronic pelvic pain in New Zealand: prevalence, pain severity, diagnoses. *Aust NZJ Med* 2004;369–75.
- Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, et al. Prevalence and incidence in primary care chronic pelvic pain in women: evidence from a national general practice database. *Br J Obstet Gynecol* 1999;106:1149–55.
- Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, et al. Patterns of diagnosis and referral in women consulting for chronic pelvic pain in UK primary care. *Br J Obstet Gynaecol* 1999;106:1156–61.
- Moore J, Kennedy SH. Causes of chronic pelvic pain. *Bailliere's Clin Obstet Gynaecol* 2000;14:389–402.
- Thompson WG, Greed FH, Drossmann DA, et al. Functional bowel disease and functional abdominal pain. *Gastroenterol Int* 1992;5:75–91.
- Zondervan KT, Cardon LR, Kennedy SH, et al. Multivariate genetic analysis of chronic pelvic pain and associated phenotypes. *Behav Genet* 2004;2:177–88.
- Gillespie NA, Zhu G, Heath AC, et al. The genetic aetiology of somatic distress. *Psychol Med* 2000;30:1051–61.

SUMMARY

Chronic pelvic pain: epidemiology and risk factors

Chronic pelvic pain (CPP) is a common condition in women that is hard to diagnose. The epidemiology of CPP is very difficult to investigate because of: 1) lack of consensus regarding its clinical definition across studies; 2) its multi-causal origin; and 3) study design complications. Using the most common definition of CPP (lower abdominal pain of at least 6 month's duration, excluding pain solely related to pregnancy, menstruation, or intercourse), the prevalence of CPP among women of reproductive age in general population is estimated to be as high as 25%. Investigation of the aetiology of CPP

through assessment of “risk factors” remains highly complicated because of the complexity of the condition. Half the women with chronic pelvic pain also have either genitourinary or irritable bowel syndrome, or both. Prevalence of dysmenorrhea and dyspareunia is higher among women with CPP than among women without chronic pelvic pain. Irritable bowel syndrome and stress were the most common diagnoses received by patients with chronic pelvic pain, but in 50% the diagnosis was never made.

kadri.matt@kliinikum.ee