

Αιδοιοδυνία

Μεγάλος αριθμός τίτλων υπάρχει στη διεθνή βιβλιογραφία για την περιγραφή των συνδρόμων του άλγους του αιδοίου. Η διεθνής Εταιρία για την μελέτη των αιδοιοκολπικών νόσων δέχθηκε κατ' αρχήν το σύνδρομο καυσαλγίας του αιδοίου που περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1984 αλλά αργότερα εισήγαγε μία νέα κατατάξη με 2 υποδιαιρέσεις, δηλαδή α) το σύνδρομο του προδόμου του αιδοίου και β) της δισαισθησίας ή ιδιοπαθούς αιδοιοδυνίας.

Η ορολογία μετεβλήθη στο Παγκόσμιο Συνέδριο του 2001 σε 2 οντότητες α) την προκλητή δυσαισθησία του αιδοίου (τοπική ή γενικευμένη) και β) την αυτόματη αιδοική δυσαισθησία γενικευμένη ή τοπική αλλά τελικά υιοθετήθηκε ο όρος αιδοιοδυνία που καλύπτει όλα τα σύνδρομα και χαρακτηρίζεται από το άλγος στο αιδοίο διαχωρίζοντας έτσι σαφώς το άλγος από άλλα συμπτώματα όπως ο κνησμός του αιδοίου και χωρίς να συμπεριλαμβάνει γνωστής αιτιολογίας αιδοιοδυνίες όπως του απλού έρπητα, του λειχήνα και των μυκήτων (7).

Συχνότης

Η φύση της αιδοιοδυνίας και η αδυναμία της έκφρασης του προβλήματος από μεγάλο αριθμό γυναικών εξακολουθεί να προβληματίζει τους ειδικούς σχετικά με την πραγματική συχνότητα του προβλήματος.

Οι Harlow και Stewart το 2003 (1) μελέτησαν το θέμα με ερωτηματολόγιο σε 4915 γυναίκες στη Βοστώνη ηλικίας από 16-64 ετών για τον τύπο, τη διάρκεια και τη θεραπεία της αιδοιοδυνίας, βρήκαν δε ότι μόνο το 68.3% ανταποκρίθηκε στο ερωτηματολόγιο και 16% από αυτές ανέφεραν χρόνιο άλγος του αιδοίου διαρκείας άνω των 3 μηνών εκ των οποίων μόνο το 54% υποβλήθηκε σε έλεγχο και θεραπευτική αγωγή.

Ο Hansen και συν το 2002 (2) έκαναν μία αναδρομική μελέτη σε 322 γυναίκες στην πολιτεία του Ορεγκον για μία περίοδο 3 ετών και βρήκαν ότι οι 278 είχαν σαν κύριο σύμπτωμα το άλγος του αιδοίου, 228 παρουσίαζαν δυσπαρεύνεια με ηλικία μεταξύ 21-50 ετών σε ποσοστό 61%, ενώ το ¼ των γυναικών παρουσίασαν την αιδοιοδυνία μετά την εμμηνόπαυση. Οι 6 διαφορετικές διαγνώσεις στο υλικό αυτό περιλάμβαναν ανατομικές, δερματολογικές, λοιμώδεις, μυαλγίες, διαταραχές των βαρθολινείων αδένων και σε ποσοστό 52% νευροπαθητικών νόσων.

Αιτιολογία

Πολλές θεωρίες αναπτύχθηκαν στη Βιβλιογραφία για την εξήγηση της αιδοιοδυνίας πιστεύοντας ότι οι περισσότερες γυναίκες συνδυάζουν την έναρξη των συμπτωμάτων τους με κάποιο

γεγονός πού συνέβη όπως λοίμωξη, χειρουργείο, τοκετός κ.λπ.

Ποσοτική ανοσοιστοχημική μελέτη έδειξε αύξηση του αριθμού και της ευαισθησίας των νευρικών ινών στις γυναίκες με αιδοιοδυνία με αποτέλεσμα να εξαχθεί το συμπέρασμα της υπερπλασίας των νεύρων στην περιοχή.

Πρόσφατη μελέτη των Eva και συν το 2003 (3) αναφέρει μείωση των υποδοχέων των οιστρογόνων σ' αυτές τις περιπτώσεις που ενδεχομένως επιδρά στην αύξηση της ευαισθησίας στην περιοχή του αιδοίου (7).

Θεραπεία

Έχουν δοκιμαστεί πολλές θεραπείες φαρμακευτικά για την αντιμετώπιση της αιδοιοδυνίας με ποικίλα αποτελέσματα όπως π.χ. τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά φάρμακα.

Η γαβαπεντίνη (neurontin caps 300 mg, 400 mg) εφαρμόστηκε στην αιδοιοδυνία για πρώτη φορά το 1999 από τους Ben-David και Friedman (3) με ποσοστό επιτυχίας 82%. Η δόση της ήταν 300mg τρείς φορές την ημέρα που μπορούσε να φθάσει μέχρι 1200 mg x 3 to 24ωρο.

Ως ανεπιθύμητη δράση της γαβαπεντίνης αναφέρθηκε η έλλειψη οργασμού στις γυναίκες που το πήραν (4) ενώ δεν παρατηρήθηκαν συγγενείς ανωμαλίες στα 11 νεογνά που οι μητέρες τους πήραν το φάρμακο κατά το 1^ο τρίμηνο της κυήσεως (5).

Η κρέμα νιτρογλυκερίνης τοπικά, δοκιμάστηκε επίσης (6) και βρέθηκε ότι ήταν αποτελεσματική και ασφαλής στο 91.5% των περιπτώσεων με μόνη ανεπιθύμητη δράση τη πρόκληση κεφαλαλγίας σε μεγάλο αριθμό ασθενών.

Η χρήση λιδοκαΐνης 5% τοπικά το βράδυ βοήθησε μερικές γυναίκες με συνολικό ποσοστό επιτυχίας σε 61 περιπτώσεις που δοκιμάστηκε 76% αντίστοιχα.

Άλλες θεραπείες που δοκιμάστηκαν περιλάμβαναν τη γιόγκα, την ύπνωση, αντικαταθλιπτικά φάρμακα, αντισπασμαδικά φάρμακα και διάφορα άλλα, ενώ βρέθηκε ότι η κύηση άλλωτε βελτίωνε και άλλωτε χειροτέρευε την αιδοιοδυνία.

Τέλος, δοκιμάστηκε η ψυχοθεραπεία σε συνδυασμό με εικονικά φάρμακα που μερικές φορές είχε καλά αποτελέσματα ιδιαίτερα σε ψυχονευρωτικά άτομα (7).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Harlow BL, Stewart EG. A population-based assessment of chronic unexplained vulvar pain: have we underestimated the prevalence of vulvodynia? J.Am.Med.Women's. Assoc.2003;58:82-88.
2. Hansen A, Carr K, Jensen JT. Characteristics and initial diagnoses in women presenting to a referral center for vulvovaginal disorders in 1996-2000. J.Reprod.Med. 2002;47:854-860.
3. Ben-David B, Friedman M.Gabapentin therapy for vulvodynia. Anaesth.Analg.1999;89:1459-1460.
4. Grant AC, Oh H. Gabapentin-induced anorgasmia in women. Psychiatry 2002;159:1247.
5. Wilton LV, Shakir S.A postmarketing surveillance study of gabapentin as add-on therapy for 3100 patients in England. Epilepsia 2002;43:983-992.
6. Walsh KE, Berman JR, Berman LA, Vierregger K. Safety and efficacy of topical nitroglycerin for treatment of vulvar pain in women with vulvodynia: a pilot study. J Gend.Specif. Med.2002;5:21-27.
7. Swart OC, Mc-Lean AB. Vulvodynia. Current. Opinion in Obst.Gyn.2003;15:497-500.

Μασταλγία

Εισαγωγή

Η μασταλγία αποτελεί συνηθισμένο σύμπτωμα στις γυναίκες που άλλοτε παρατηρείται κυκλικά πριν από την περίοδο και διαρκεί 1 έως 4 ημέρες οπότε θεωρείται φυσιολογική μέσα στο σύνδρομο της προεμμηνορυσιακής τάσης ενώ όταν διαρκεί μεγαλύτερο χρονικό διάστημα δημιουργεί ανησυχία και φόβο (1).

Πολλοί παράγοντες δυσκολεύουν τη μελέτη και την αντιμετώπιση του άλγους των μαστών γιατί υπεισέρχεται και η υποκειμενικότης των ενοχλημάτων όπως επίσης και η φοβία για τον πιθανό καρκίνο (2).

Η ανασκόπηση που ακολουθεί περιλαμβάνει την ταξινόμηση της μασταλγίας, την κλινική εικόνα, την κλινική εξέταση και τις μεθόδους απεικόνισης των μαστών, τέλος δε την αντιμετώπισή της με διάφορες μεθόδους.

Ταξινόμηση

Η συχνότητα της μασταλγίας κυμαίνεται διεθνώς και φθάνει το 36% του συνόλου των γυναικών χωρίς να επηρεάζεται από τον έγγαμο βίο, τη μόρφωση της γυναίκας, την εργασία της αλλά και τη φυλή στην οποία ανήκει (5).

Η γνωστότερη κατάταξη της μασταλγίας

την διακρίνει α) σε κυκλική μασταλγία, β) σε μη κυκλική μασταλγία και γ) σε άλγος του θωρακικού τοιχώματος. Η κυκλική μασταλγία παρατηρείται κυκλικά 3-4 ημέρες πριν από την περίοδο, ενώ ή μη κυκλική μασταλγία είναι μόνιμη ή διακεκομένη με ανώμαλες εξάρσεις και χωρίς να έχει σχέση με την περίοδο.

Το άλγος του θωρακικού τοιχώματος ενώ εκδηλώνεται με ψευδή μασταλγία ο πόνος δεν προέρχεται από τους μαστούς αλλά από την οστεοχόνδρινη περιοχή του θώρακος πίσω από τους μαστούς. Τέλος, ή κυκλική μασταλγία συνήθως αφορά το άνω έξω τμήμα του μαστού ενώ ή μη κυκλική αφορά το κάτω έσω τμήμα του.

Φυσική ιστορία-επίδραση στην ημερήσια δράση

Η μασταλγία κυκλική ή μη κυκλική παρουσιάζει μία διάρκεια που πολλές φορές υπερβαίνει τη δεκαετία (7) ενώ η ολική υστερεκτομία με αμφοτερόπλευρη ωθητικευτομία δεν έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει την μασταλγία (8).

Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι το άλγος του μαστού επηρεάζει την σεξουαλικότητα στο 48% των γυναικών, την φυσική τους δραστηριότητα στο 36%, την κοινωνική τους δρα-

στηριότητα στο 13% και την εργασιακή ή σχολική τους λειτουργία στο 6% αντίστοιχα (4,6).

Άρκετές γυναίκες με κυκλικά μασταλγία καταφεύγουν σε εμπειρικά φάρμακα, διαιτητικές αλλαγές, προσθήκη βιταμινών ενώ άλλες σε δυνατότερα παυσίπονα φάρμακα και διουρητικά.

Η διατροφή και λήψη οινοπνεύματος δεν έχει βρεθεί ότι επηρεάζουν την μασταλγία ενώ η μυική άσκηση, το κάπνισμα, η μεγάλη χρήση καφεΐνης και το στρες την επιδεινώνουν (5). Επίσης τα αντισυλληπτικά δισκία από το στόμα διαπιστώθηκα σε κάποιες μελέτες ότι μειώνουν την ένταση της μασταλγίας (5,11,12).

Πολλές φορές, η αδυναμία διαπίστωσης κάποιας οργανικής ανωμαλίας από τους μαστούς για την εξήγηση της μασταλγίας οδηγεί τους ιατρούς στο συμπέρασμα ότι το άλγος είναι ψυχογενές (12) αν και μερικές φορές συνυπάρχουν ινοκυστικές αλλοιώσεις (14%) ή ορμονικές διαταραχές σε ποσοστό 4%. Έχει επίσης αναφερθεί ότι η μασταλγία μπορεί να συνδυάζεται με αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο του μαστού (15) επειδή έχει προκύψει καρκίνος μαστού σε ποσοστό 0.8 έως 2% με μοναδικό σύμπτωμα το άλγος του μαστού (2) το οποίο δύμως είναι μονόπλευρο, μόνιμο, εντοπισμένο και επίμονο.

Αιτιολογία της μασταλγίας

Πολλές γυναίκες με μασταλγία παρουσιάζουν συγχρόνως οζίδια τα οποία αναφέρονται ως ινοαδένωση ή κύστεις (2) και θεωρούνται το αίτιο της μασταλγίας, ενώ άλλοτε αυτή αποδίδεται σε ορμονικά αίτια κυρίως σε άτοκες και προεμμηνοπαυσικές γυναίκες (9).

Ορμονικές θεωρίες έχουν αποδώσει τη μασταλγία σε ανεπάρκεια προγεστερόνης (17) αυξημένα οιστρογόνα, διαταραχές στη σχέση οιστρογόνων-προγεστερόνης, διαταραχές FSH, LH χαμηλή έκκριση ανδρογόνων (18) και αυξημένη προλακτίνη (19) χωρίς να έχει κάποια από αυτές τεκμηριωθεί.

Νευρώσεις σε αυξημένη συχνότητα έχουν παρατηρηθεί σε γυναίκες με μασταλγία όπως

επίσης σε οξύ στρες όπου πιθανόν να εκλύεται αυξημένη ποσότης προλακτίνης και να εξηγείται έτσι το άλγος του μαστού (20). Τέλος έχουν βρεθεί αυξημένα επίπεδα κεκορεσμένων λιπαρών οξέων και μείωση το γ-λινολεικό οξέος σε γυναίκες με μασταλγία (17,21).

Αντιμετώπιση της μασταλγίας

Κάθε γυναίκα που εμφανίζει μασταλγία χρειάζεται σχολαστική και πλήρη λήψη του ιστορικού της ακόμα και εάν η πρόσφατη ετήσια εξέταση των μαστών της ήταν απόλυτα φυσιολογική (3).

Οι πληροφορίες του ιστορικού θα επιτρέψουν στον ιατρό να διαγνώσει καταρχήν το είδος της μασταλγίας, τη διάρκειά της και τους χαρακτήρες της.

Η κλινική εξέταση των μαστών είναι ουσιώδης γιατί μία πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι το 18% των ασθενών με καρκίνο του μαστού παρουσιάζουν εντοπισμένο άλγος που συνυπάρχει με την ψηλάφηση ενός ογκιδίου (25). Η κλινική εξέταση θα καθορίσει επίσης εάν το άλγος προέρχεται από τον μαστό ή από το θωρακικό τοίχωμα (23).

Η εξέταση συμπληρώνεται με τεστ εγκυμοσύνης και με γυναικολογική εξέταση για τον αποκλεισμό όγκων της ωοθήκης που εκκρίνουν οιστρογόνα (26).

Η μαστογραφία συνιστάται ευρύτατα στις γυναίκες με μασταλγία για τον αποκλεισμό οργανικών παθήσεων των μαστών (4,6,16) αλλά και για την ψυχική της ηρεμία ότι δεν υπάρχει πρόβλημα και επί υπάρξεως ευρημάτων, συνιστάται βιοψία της ύποπτης περιοχής (16).

Μετά τη συμπλήρωση του ιστορικού και της κλινικής εξέτασης οι περισσότερες ασθενείς έχουν ηρεμήσει (85%) και μόνο το υπόλοιπο ποσοστό χρήζει αντιμετώπισης της μασταλγίας για την ανακούφιση από το άλγος (9,24).

Πολλές λήψεις μέτρων έχουν προταθεί για την ανακούφιση από το άλγος του μαστού όπως η χρήση ισχυρού στηθοδέσμου, η απο-

φυγή έντονης γυμναστικής άσκησης και η μείωση των μεθυλοξανθινών (καφές, τσάι, σοκολάτα, κόκα-κόλα) (12,13). Μερικές μελέτες βρήκαν ότι οι βιταμίνες Α, Ε, και Β βοηθούν στην ανακούφιση της μασταλγίας (27,28,30) όπως επίσης η ελάττωση της λήψης λιπών με την τροφή κάτω από το 15% του συνόλου των λαμβανομένων θερμίδων για διάστημα 6 μηνών (31,32).

Οι κυριότερες φαρμακευτικές θεραπείες περιλαμβάνουν την βρομοκρυπτίνη, την ταμοξιφένη, τη δαναζόλη, τη γεστρινόνη και τους LH/RH αγωνιστές (22).

Η βρομοκρυπτίνη (parlodel) χορηγείται σε δόση 1.25 mg την ημέρα που μπορεί να αυξηθεί σε 2.5 και λαμβάνεται για 3 μήνες συνεχώς. Είναι αλκαλοειδές της εργοτίνης και δρα σαν ντοπαμινεργικός αγωνιστής στον υποθαλαμο-υποφυσιακό άξονα με αποτέλεσμα τη μείωση της έκκρισης της προλακτίνης (33,34). Η επιτυχία της θεραπείας κυμαίνεται μεταξύ 50-65% αλλά παρουσιάζει αρκετές ανεπιθύμητες δράσεις με αποτέλεσμα το ήμισυ των γυναικών που την λαμβάνουν να εγκαταλείπουν τη θεραπεία (33).

Η ταμοξιφένη (nolvadex) χορηγείται σε δόση 10 mg την ημέρα. Η επιτυχία της θεραπείας φθάνει το 80-90% αλλά η μακροχρόνια χρήση της ενέχει τον κίνδυνο της δημιουργίας καρκίνου του ενδομητρίου για το λόγο αυτό δεν συνιστάται η χορήγησή της πέραν των 6 μηνών.

Η δαναζόλη (danatrol) δίδεται σε δόση 100 mgx2 για 2 μήνες αλλά και αυτή παρουσιάζει ανεπιθύμητες δράσεις και απαγορεύεται η χορήγησή της σε γυναίκες με ιστορικό θρομβοεμβολικής νόσου.

Η γεστρινόνη, ανδρογόνο παράγωγο της 19-νορ τεστοστερόνης με ανδρογόνο, αντιοστρογόνο και αντιπρογεστερονική δράση δίδεται δε δόση 2.5 mgx2 για 2 μήνες και παρουσιάζει τις ίδιες ανεπιθύμητες δράσεις με την δαναζόλη.

Τα LH/RH ανάλογα θεωρούνται επιτυχής θεραπευτική αγωγή για τη μασταλγία λόγω της αντιγοναδοτροπικής δράσης τους και την άμεση αναστολή της ωθηκικής στεροειδογένεσης με αποτέλεσμα την μείωση των οιστρογόνων, της προγεστερόνης των ανδρογόνων

και της προλακτίνης με ποσοστό επιτυχίας 80% σε μηνιαίες ενέσεις.

Μη ορμονικές θεραπείες έχουν επιχειρηθεί με τη χρήση διαφόρων παυσιπόνων φαρμάκων (ασπιρίνη, παρακεταμόλη, νιμεσουλίδη) ακόμη και λιδοκαΐνης με κορτιζόνη σε ενέσεις. Επισής, έχει επιχειρηθεί ψυχοθεραπεία ιδίως σε νευρωτικές ασθενείς με αγχωτικές συνδρομές και κατάθλιψη και χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.

Τέλος, οι ασθενείς πρέπει να ενημερωθούν πως η μασταλγία παρουσιάζει αντίσταση σε όλες τις θεραπείες σε ποσοστό 20% και ότι επανέρχεται σε λίγους μήνες μετά το τέλος της θεραπείας οτιδήποτε φάρμακο και εάν χρησιμοποιηθεί.

BΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Dixon JM. Managing breast pain. Practitioner 1999;243:484-486;488-489;491.
2. Klimberg SV. Etiology and management of breast pain. In Bland, KI, Copeland EM, eds. The Breast: Comprehensive Management of Benign and Malignant Diseases. 2nd Ed. Philadelphia: WB Saunders Co;1998,pp247-260.
3. Arona AJ, Mastalgia. In: Hindel WH, ed. Breast Care: A Clinical Guide for Women's Primary Health Providers. New York Springel, 1998, pp152-165.
4. Ader DN, Shriver CD. Cyclical mastalgia: Prevalence and impact in an outpatient breast clinic sample. J.Am.Coll.Surg.1997;185:466-467.
5. Ader DN, South-Paul J, Adera T et al. Cyclical mastalgia: Prevalence and associated health and behavioral factors. J, Phychosom. Obstet. Gynecol 2001;22:71-76.
6. Ader DN, Browne MV. Prevalence and impact of cyclic mastalgia in a United States clinic-based sample. Am. J. Obstet. Gynecol. 1997;177:126-132.
7. Davies EL, Gateley CA, Miers et al. The long-term course of mastalgia. J. R. Soc. Med. 1998;91:462-464.
8. Hadi MS. Sports brassiere: Is it a solution for mastalgia? Breast J.2000;6:407-409.
9. Hughes LE, Mansel RE, Webster DJ, eds. Breast pain and nodularity. In: Benign Disorders and Diseases of the Breast Concepts and Clinical Management. Philadelphia: Bailliere Tidall, 1989, pp75-92.