

## כאבי גב ואגן בהיריון. כשאבחון מוקדם חשוב: תיאור מקרה

עדי עמית דויד BPT, P.G. Dip. Manual Therapy

ספורט וספיין קליניקה לפיזיותרפיה

### תקציר

כאבי גב ואגן בהיריון (Pregnancy Related Lumbo Pelvic Pain) הם תסמונת שכיחה, לרוב שפירה, בקרב נשים בתקופת ההיריון והלידה. רוב הנשים לא יזכו אפוא לבירור רפואי יסודי גם אם הן כאובות מאוד ומוגבלות משמעותית בתפקודן. בהיעדר תהליך מקובל לבירור רפואי יסודי ולסינון רפואי אין מאתרים מקרב הנשים את אלה הסובלות מפתולוגיות קשות שעלולות לסכן בעתיד את איכות חייהן ואת תפקודן הפיזי. בין הפתולוגיות הנדירות נמנות אוסטאופורוזיס חולפת של הירך בהיריון (Transient Osteoporosis Hip - TOH) ואוסטאופורוזיס של ההיריון וההנקה (Osteoporosis of pregnancy and lactation).

במאמר זה מתואר מקרה של מטופלת הסובלת משתי הפתולוגיות הנדירות גם יחד, שילוב של מיטב ידיעתי טרם תואר בספרות ומקשה על ניהול המקרה בשל אטיולוגיה שונה והמלצות טיפוליות מנוגדות. ההגבלות התפקודיות של המטופלת ביחד עם הממצאים הקליניים שנמצאו בבדיקה החשידו שמדובר בפתולוגיות נדירות אלו. האבחנה הסופית נעשתה בבדיקת MRI - בדיקה יקרה הניתנת במשורה.

היעדר ספרות רפואית המיועדת לטיפול בכל פתולוגיה בנפרד, על אחת כמה וכמה בשילוב שלהן, וקיומן של התוויות והתוויות-נגד שונות בין שתי הפתולוגיות, הציבו אתגר טיפולי נכבד.

קבלת ההחלטות בטיפול התבססה על בדיקות חוזרות ונשנות. ההתקדמות נעשתה בהתאם לשינויים שנמצאו בבדיקה הפיזיקלית ובהתאם למדדי הכאב, תוך הישענות על המודל הביופסיכוסוציאלי. נכון להיום, המטופלת נמצאת בתהליך שיקומי. מצבה משתפר ותהליך השיפור צפוי להימשך.

לסיכום, בדיקה קלינית יסודית הנעשית על ידי הפיזיותרפיסט יכולה להיות צעד ראשון לקראת אבחנה מדויקת ומוקדמת שתמנע סיבוכים. בתקופה שבה הפנייה לפיזיותרפיה נעשית בשיטת הגישה הישירה, מודעות לפתולוגיות אלו היא קריטית.

**מילות מפתח:** דגלים אדומים בהיריון, כאבי גב ואגן בהיריון, אוסטאופורוזיס חולפת של הירכיים בהיריון, אוסטאופורוזיס של ההיריון וההנקה

### מבוא

כאבי גב ואגן בהיריון (Pregnancy Related Lumbo Pelvic Pain - PLPP) הם תלונה שכיחה בקרב נשים במעגל הפרייון. בהגדרת הכאב נכללים כאבים סביב מפרקי האגן האחוריים, הסימפזיס פוביס (עצם החיק) המפשעות ועמוד השדרה המותני. השכיחות המדווחת בעולם בקרב נשים נעה בין כ-30% בתחילת ההיריון ועד ל-70%-80% לקראת סופו. ברוב המקרים מדובר על כאב בעוצמה נמוכה-בינונית הפוגע באיכות חייהן של הנשים, מגביל בתפקודים פיזיים ספורטיביים, אך מאפשר פעילות יומיומית שגרתית כלשהי בבית ובעבודה. כאבי גב ואגן של ההיריון נחשבים לכאבים שפירים (benign) שאינם מסכנים את האם והעובר.<sup>1-4</sup>

כ-7%-8% מן הנשים בהיריון סובלות מכאב עז ואינטנסיבי, המגביל אותן קשות בחיי היומיום והמאלץ אותן להשתמש בקביים או בכיסא גלגלים לצורכי ניידות.<sup>5</sup> רבות מן הנשים הללו נפלטות ממעגל העבודה בשל חוסר תפקוד, ופונות לביטוח הלאומי לקבלת זכאות לתגמולים בגין שמירת היריון.

בישראל רובן של הנשים המתלוננות על כאב במהלך ההיריון פונות לרופא הנשים שלהן, ורק מיעוטן לאורתופד. אם

## תיאור מקרה

בין הפתולוגיות הנדירות בהיריון שתיים פוגעות במבנה הגרמי של גוף האישה ההריונית: אוסטאופורוזיס חולפת של הירך בהיריון (Transient Osteoporosis Hip - TOH), ראה דוגמא תמונה מספר 1), ואוסטאופורוזיס של ההיריון וההנקה (Osteoporosis of pregnancy and lactation), ראה דוגמא תמונה מספר 2).

אף על פי ששתי הפתולוגיות מערבות פגיעה במסת העצם, הן שונות זו מזו הן באטיולוגיה והן בפרוגנוזה: הפתולוגיה הראשונה (TOH) נחשבת לפגיעה מקומית וזמנית בעצם המערבת את ראש וצוואר הירך, חד-צדדית או דו-צדדית, האטיולוגיה לא ברורה, אך אם מאותרת בזמן, סיכויי ההחלמה גבוהים.<sup>13-14</sup> במקרים שבהם אין מאתרים אותה, והמטופלת ממשיכה בנשיאת משקל, עלול להיגרם תמט ראש הירך, מה שמחייב החלפת ירך (- Total Hip Replacement (THR).

הפתולוגיה השנייה, אוסטאופורוזיס של ההיריון וההנקה, כוללת פגיעה מהותית בצפיפות העצם בגוף כולו, ומובילה לשברים פתולוגיים, בעיקר שברי דחיסה של עמוד השדרה.<sup>15</sup> פתולוגיה זו דומה בהשפעתה לאוסטאופורוזיס של הגיל השלישי, ומשנה את אורח ואיכות חייהן של נשים צעירות.

**תמונה מספר 1 (מימין):** צילום MRI אופייני של TOH עם בצקת ירך בצד הימני של התמונה.

**תמונה מספר 2 (משמאל):** צילום MRI גב עם מספר שברי דחיסה באזור הטורקו-לומברי של עמוד השדרה במטופלת הסובלת מאוסטאופורוזיס של ההיריון וההנקה.



נמצא שהעובר וההיריון עצמו תקינים, הן יאובחנו כסובלות מ-symphysiolysis - "סימפיזיולייזיס", ויובטח להן כי הכאב יחלוף לאחר הלידה.

חשוב להדגיש שבספרות המקצועית "סימפיזיולייזיס" משמעו symphysis pubis diastasis / separation (שהוא מצב רפואי נדיר, המתייחס לפתיחה של מעל לס"מ אחד במפרק הסימפיזיס-פוביס).<sup>6</sup> מסיבה בלתי ברורה המונח "סימפיזיולייזיס" הפך בישראל לשם גנרי עבור כל סוגי הכאב באזור הגב, האגן והרגליים במהלך ההיריון.

על פי המחקר, רוב רובן של הנשים אכן מחלימות באופן ספונטני כשישה עד שנים עשר שבועות לאחר הלידה, אך כ-20% ממשיכות לדווח על כאב והפרעה גם לאחר שלושה חודשים.<sup>7-8</sup> שיעור קטן של כ-5%-8% מן הנשים אינן מחלימות גם לאחר שנה והופכות למוגבלות וכאובות כרונית.<sup>9-12</sup>

מאחר שברוב המקרים הממסד הרפואי רואה בכאבי הגב והאגן בהיריון תסמונת בלתי מסוכנת, אשר חולפת עם הזמן והלידה, רוב רובן של הנשים אינן מופנות להמשך בירור רפואי. הן אינן עוברות בדיקה פיזיקלית של השלד-שריר או הדמיה רלוונטית, ולא נעשה ניסיון לזהות אצלן דגלים אדומים. לפיכך באוכלוסייה זו, שאינה הומוגנית, נחבאות נשים שיש להן פתולוגיות קשות, שאינן מאותרות.

עם TOH. ובעקבות האבחנה היא עוברת ל-NWB למשך שישה שבועות. בהיעדר הנחיות (guidelines) - זו הפרקטיקה המקובלת.

המטופלת מקפידה על הוראות הרופא למשך שישה שבועות ואז מתחילה לחזור לדריכה. היא עדיין כאובה אבל מניקה, ומשתדלת לטפל בתינוקה. הימים חולפים והיא מרגישה שמצבה מחריף. פעולות יומיומיות נעשות קשות יותר ויותר. הכאב מתחיל להתרכז באזור הגב התחתון והבטן וגם באזור הצלעות ובית החזה. כשהיא מתכופפת היא שומעת מדי פעם רעש פתאומי מן הגב שמגביר את הכאב והיא אינה יכולה כמעט לתפקד. רופאיה מתרשמים שאלה שרירים תפוסים, מצב אופייני אחרי לידה. בשל הכאבים היא ישנה מעל חודשיים בישיבה, ובקושי יכולה לעצום עין. ושוב, פעולות בסיסיות הופכות לכמעט בלתי אפשריות. היא נעזרת באנשים שסביבה 24/7 כי אינה יכולה כלל להרים את התינוק.

בשל כאבי הבטן היא נשלחת לבסוף על ידי רופאת המשפחה ל-CT בטן. בשולי הצילום נראו פגמים בחוליות. הפענוח מוביל ל-MRI גב והיא מאובחנת עם מעל עשרה שברים המפוזרים בעמוד השדרה - משמע Osteoporosis of the lactation period. המטופלת מתבקשת להפסיק להניק, ובמקביל מתחיל בירור רפואי אנדוקריני. במהלכו היא מאובחנת עם צפיפות עצם נמוכה ביותר המוגדרת כאוסטאופורוזיס  $\{-2.9\}$ - $\{-3.6\}$  {SD}.

במקביל, המטופלת פונה אלי באמצעות הגישה הישירה על סמך המלצות ברשתות החברתיות.

במפגש הראשון בינינו, כחמישה חודשים לאחר הלידה ובטרם מתקבלות תוצאות ה-MRI, עוברת המטופלת בדיקה קלינית מלאה של הגב, האגן האחורי, הירך והסימפזיס פוביס בתהליך סטנדרטי לבדיקת כאבי אגן הקשורים בהיריון ולידה.

## הממצאים העיקריים בבדיקה

המטופלת הולכת באיטיות עם נשיאת משקל מופחתת על הגפה הימנית, ומדווחת על כאב בזמן ההליכה, בירך הימנית יותר מאשר בירך השמאלית. הכאב מתמקד באספקט הקדמי והצדי של מפרקי הירכיים.

במהלך עבודתי כפיזיותרפיסטית המטפלת בבעיות אורתופדיות הקשורות בהיריון ולידה איתרתי ונחשפתי לשתי הפתולוגיות, שתיהן אבחנות קשות הגורמות סבל רב ושינוי ניכר בחיי המטופלות. במאמר זה יתואר מקרה נדיר של אישה צעירה בהיריון ראשון שאובחנה כסובלת הן מאוסטאופורוזיס חולפת של הירך בהיריון והן מאוסטאופורוזיס של ההיריון וההנקה. למיטב ידיעתי, טרם תואר בספרות מקרה דומה.

המאמר נועד לספר את סיפורה של המטופלת כדי להעלות את המודעות בקרב קהילת הפיזיותרפיסטים המטפלים בבעיות שלד-שריר ורצפת האגן בהריונות מתוך מטרה לסייע באיתור ובאבחון מהירים יותר של הפתולוגיות באוכלוסייה זו לשם מניעת נזק נוסף.

## תיאור המקרה

המטופלת היא אישה בת 31, עורכת וידיאו במקצועה המתגוררת במרכז הארץ. היא בריאה, פעילה ואקטיבית, ונמצאת בהיריון ראשון המוגדר תקין. לא קיימת היסטוריה רפואית רלוונטית לפגיעה במסת העצם (הפרעת ספיגה / רזון קיצוני / פאזות אנורקטיות / טיפול פומי ממושך בסטרואידים ומחלות רקע אחרות). בתחקור מעמיק מתברר שהאם אובחנה עם אוסטאופורוזיס בתחילת העשור החמישי לחייה, וסבתה מצד האם אובחנה בגיל המבוגר.

להלן תיאור השתלשלות האירועים: כאבי האגן של המטופלת החלו בשבוע 30 של ההיריון. הכאבים מופיעים באזור מפרק הירך מימין, מתגברים במהירות ועוברים גם לירך השמאלית, עד שבתוך שבועיים לערך היא מתקשה לגמרי לעשות פעולות בסיסיות, כגון: ישיבה, הליכה, עמידה והתלבשות. המטופלת סובלת מצליעה קשה, מתניידת בעזרת מקל וכיסא מחשב וממעטת בתנועה. הגניקולוג ורופא המשפחה חושבים שמדובר בדלקת במפרק הירך / סימפזיוליזיס / לחץ של התינוק ומבטיחים שהתופעה תחלוף לאחר הלידה.

המטופלת ממשיכה לסבול, יולדת בניתוח קיסרי אלקטיבי בשבוע ה-38. הליך הלידה תקין, ואחרי ההתאוששות והתפוגגות המורפיום, היא מבינה שמהו לא תקין. הכאב אינו חולף אלא מתגבר דווקא. שבועיים לאחר מכן, היא פונה למומחה ירך אשר מפנה אותה לבדיקת MRI, היא מאובחנת

## סיכום ופירוש ממצאי הבדיקה

בהיעדר ממצאים בבדיקה למעורבות מפרקי האגן הקדמי והאחוריים ברור היה שאין מדובר בתסמונת שפירה של כאבי אגן של היריון (PLPP) וגם לא ב"סימפיזיולזיס". הרחבת מפרק הסימפיזיס פוביס (סימפיזיולזיס) לא נמצאה באף אחת מן ההדמיות, וגם לא בבדיקת האולטרסאונד האבחנתי שעשיתי.

ההגבלה הניכרת בכיפוף הקדמי של עמוד השדרה בעמידה היא סימן ברור למעורבותו בתסמינים. בהיעדר סימנים ותסמינים למעורבות עצבית בבדיקת ה- SLUMP - מוגבלות ניכרת עם כאב עז בכיפוף קדמי מרמזת על הפרעה בהעמסה מכנית על גופי החוליות. היעדר רגישות במישוש דו-צדדי אחורי וכן היעדר תמונה קלינית אופיינית לאלמנטים האחוריים של כאב בפשיטה, דו-צדדית או חד-צדדית, תומך בהשערה שאין מדובר ברגישות במבנים האחוריים של עמוד השדרה.

הממצאים הקליניים תאמו את החשד שעלה בבדיקת ה-CT. במקביל אישש ה-MRI נזק מבני בגופי החוליות ושברי דחיסה מרובים.

בבדיקת הירך נמצאו ממצאים שאינם תואמים את גילה של המטופלת. בבדיקות Log Roll ו-IROP חיוביות והגבלה ניכרת כל כך בטווחי התנועה מתאימות למצבים של מחלת מפרקים קשה באוכלוסייה המבוגרת או הראומטית. בשל גילה הצעיר, בריאותה התקינה והיעדר הסבר אחר למוגבלות הקשה יש להתייחס לממצאים הללו כאל דגל אדום הדורש המשך בירור רפואי. ידוע היה לי כבר על ממצאים רלוונטיים בירך בבדיקת ה-MRI. הנחת שטרם הושלמה ההחלמה של עצם הירך. מניסיון קודם, רבות מן המטופלות הסובלות מאוסטאופורוזיס חולף של ההיריון אינן מחלימות גם לאחר שישה עד שמונה שבועות של היעדר דריכה, ולכן לא הופתעתי מן הממצאים. מצד שני, טרם נערכו בבדיקות חוזרות להשוואה.

## מהלך הטיפול

שילוב הפתולוגיות שמהן סבלה המטופלת היווה עבורי אתגר טיפולי.

מצד אחד, הטיפול ב-TOH כולל הפחתת משקל מן הגפה ושימוש בכיסא גלגלים או קביים ללא דריכה לתקופה של לפחות שישה עד שמונה שבועות, שלאחריה תהיה חזרה

תנועות אקטיביות של עמוד השדרה בעמידה תקינות ואינן מכאיבות, למעט כאב משמעותי והגבלה ניכרת בעת כיפוף קדמי. טווח התנועה נמדד בהחלקת כפות ידיים לאורך הירך ונעצר בשליש העליון של הירך.

בבדיקת SLUMP בישיבה, בטווח שאינו מכאיב, לא נמצאה מעורבות עצבית, גם לאחר שבוצעו ניסיונות מספר להעמסה עצבית מתיחתית בכיוונים שונים.

בשכיבה על הגב נערכו שתי בדיקות ספציפיות: Log Roll Test ו-IROP (Internal Rotation of Pelvic).

Log Roll Test נחשבת חיובית אם מזהים בה כאב והגבלה בתנועות סיבוביות פאסיביות של הירך במנח של 0 מעלות כיפוף. בבדיקה חיובית מורה על כך שיש מעורבות מפרקית של הירך. בבדיקה זו נחשבת לווריאציה העדינה יותר של המבדק הבא. בבדיקת המטופלת הופקו כאב ומוגבלות תנועתית בירך הימנית.

Internal Rotation of Pelvic (IROP) נחשב חיובי אם מופק כאב ברוטציה פנימית המבוצעת ב-90 מעלות כיפוף. בבדיקת IROP רגישות גבוהה וספציפיות נמוכה לפתולוגיות תוך-מפרקיות, כפי שנמצא בהשוואה למדד הזהב של הזרקה תוך-מפרקית.<sup>16</sup>

בירך השמאלית נמצאה הגבלה של 20 מעלות לסיבוב פנימי בשל כאב. בירך הימנית לא ניתן היה להשיג תנועה כמעט כלל. טווחי תנועה אקטיביים בירך נמצאו כאובים ומוגבלים בהתאם לממצאים הפאסיביים.

בדיקות קליניות למפרק הסימפיזיס פוביס ומפרקי האגן האחוריים היו בטווח הנורמה ולא נראו רלוונטיים להגבלה התפקודית המשמעותית של המטופלת. גם בבדיקת אולטרסאונד אבחנתי, שביצעתי במועד מאוחר יותר, המרווח של הסימפיזיס פוביס היה בטווח פתיחה נורמלי.

במישוש עמוד השדרה המותני והגבי אובחנה רגישות מפורזת, חלקה משמעותית, למישוש מרכזי, וללא רגישות משמעותית חד-צדדית בשני הצדדים.

הבית הקלות. טרם נעשו הדמיות חוזרות.

## דיון

כאבי גב ואגן בהיריון הם תסמונת שכיחה בקרב נשים בהיריון אשר יכולה להסתיר פתולוגיות קשות יותר כמו TOH או אוסטאופורוזיס של ההיריון וההנקה. מדובר בשתי פתולוגיות נדירות, ששכיחותן אינה ברורה. כיוון שהן מאובחנות בזמן ההיריון רק באמצעות MRI, הסיכוי לאבחון במהירות בישראל הוא קטן במיוחד.

תסמונת כאבי גב ואגן בהיריון אינה זוכה לתשומת לב מספקת מצד הממסד הרפואי, ולכן מטופלת המתלוננת על תסמונת זו אינה זוכה לביורור רפואי מלא. היעדר ביורור מלא הכולל בדיקה פיזיקלית טובה וזיהוי דגלים אדומים גורם לאבחון מאוחר ולהשלכות שליליות בלתי הפיכות על חיי האישה.

שיטת הגישה הישירה בפיזיותרפיה מעניקה לפיזיותרפיסט תפקיד משמעותי בבדיקה קלינית איכותית. כאבי אגן של ההיריון נחשדים כדגלים אדומים כאשר ישנה עלייה מהירה בכאב על ציר הזמן עד לרמת חוסר תפקוד. הכאבים ממוקמים בירך או בגב ויוצרים הפרעה ניכרת בהליכה או ביכולת הרמת משקל וכיפוף הגב. במקרה כזה נדרשת בדיקה קלינית יסודית כדי להתחיל באבחון יעיל.

המטופלת המתוארת כאן סבלה משילוב נדיר של שתי הפתולוגיות, שילוב שמהווה אתגר טיפולי משמעותי משום שעקרונות הטיפול בכל אחת מהן מנוגדים זה לזה. בספרות המקצועית לא קיימים דיווחים מספקים לגבי הטיפול בכל פתולוגיה בנפרד, לא כל שכן לטיפול בשתייהן יחד.

באשר ל-TOH קיימים בספרות בעיקר תיאורי מקרה של מטופלת אחת או מספר קטן של מטופלות. חלקם מתארים אבחון מאוחר והידרדרות המצב עד כדי החלפת ירך. הטיפול המקובל הוא מניעת דריכה למשך שישה עד שמונה שבועות וחזרה הדרגתית לתפקוד. לצערי, רבות מן המטופלות שמגיעות אליי סובלות משברים של אי-ספיקה בראש הירך, חלק קטנים ואחרים משמעותיים. שברים אלו הם תוצאה של נשיאת משקל על הירך הפגועה עקב היעדר אבחנה, ובגללם הן אינן מחלימות לגמרי בתום תקופת המנוחה.

הדרגתית לתפקוד בהתאם לכאב. על כן לא ניתן לחזור להליכה מרובה.

מצד שני, עקרונות הטיפול של אוסטאופורוזיס של ההיריון וההנקה צריכים להיות דומים לאלה של הגיל המבוגר. שאיפה לנשיאת משקל מרובה ותרגול כוח והתנגדות לטווח הרחוק, עם נקיטת אמצעי זהירות בהתאם לכאב בטווח הקרוב.

השילוב בין הפתולוגיות היה מורכב, והעיקרון שהנחה אותי היה שלא להחריף את כאבי הירך, המשמשים כמדד לבצקת במפרק ולחוסר החלמה, וגם להימנע מיצירת שברים חדשים בעמוד השדרה.

המטופלת תודרכה להתחיל בהליכה קצרה של חמש-שש דקות ביום, ובהדרגה להאריכה במשך דקה-שתיים כל יומיים-שלושה תוך ניטור כאבי הירך והגב. במקביל קיבלה המטופלת הדרכה לתרגול מישרי הגב. בהתחלה - תרגול בשיבה גבוהה כשהיא רכונה מעט קדימה בגב ישר ומבצעת תרגול ידיים ליישור, ואחר כך - תרגול עמידת שש והרמת יד קדימה לסירוגין. הטיפול הידני כלל עיסויי רקמה רכה (skin rolling) לשם הפחתת הכאב.

במקביל לתרגול קיבלה המטופלת מרופאה תרופות בונות עצם שאותן בחרה להפסיק בשל תופעות לוואי קשות. מצד שני, היא נעתרה לבקשה להפסיק את ההנקה, מה שיגרם להאצה בעליית מסת עצם. ולכן עם הזמן הרגשנו בטוחות יותר. העלינו את זמני ההליכה, התקדמנו עם התרגול להרמת רגל-יד לסירוגין והעלינו את כמות התרגול לכעשר דקות ביום. תדירות הפגישות פחתה מאחת לשבועיים לאחת לחודש. בכל פגישה נערכו שוב כל מבדקי הירך, ונמדדה יכולת כיפוף הגב בעמידה. כל עוד המטופלת התקדמה ולא חלה הידרדרות במדדים, המשכנו להעלות את כמות ההליכה והתרגול. יש לציין שמדובר באישה לאחר לידה עם מוגבלות תפקודית קשה ועומס של תינוק קטן, ולכן מצאנו את דרך הביניים - מה היא מוכנה ומצליחה לעשות.

המטופלת נמצאת אצלי במעקב כבר חמישה חודשים (חמישה טיפולים) וחל שיפור ניכר בטווחי התנועה של עמוד השדרה לכיפוף ללא כאב וגם בבדיקות הירך. היא מסוגלת ללכת מרחקים ארוכים יותר, ומתפקדת טוב יותר בביצוע מטלות

בחרתי להציג את המקרה הזה כדי להעלות את המודעות של המטפלים בנשים בהיריון לפתולוגיות אלו ולהדגיש את הדגלים האדומים בריאיון ובבדיקה. ידע זה יאפשר איתור ואבחון מוקדם, מה שיכול למנוע סיבוכים ומוגבלות תפקודית, ולמנוע סבל ופגיעה משמעותית באיכות חייה של האישה. אוסטאופורוזיס חולף של ההיריון שיאותר בזמן, יחלים לאחר שישה עד שמונה שבועות של אי-נשיאת משקל ולא ידרדר לשברים. אוסטאופורוזיס של ההנקה אם יאובחן מבעוד מועד יביא להפסקה מוקדמת של ההנקה. הפסקת ההנקה תמנע ירידה נוספת בצפיפות העצם ולפיכך גם את הסיכון לשברי דחיסה.

נדירות הפתולוגיות האלה בשילוב היעדר מידע בספרות מאלץ את המטפל לבחור בעצמו את דרכו הטיפולית. כדי לשנות את המצב יש צורך בפרסום תיאורי מקרה נוספים וגם במחקרים מתאימים הן כדי להבין את הפתולוגיות העומדות מאחורי האבחנה והן כדי לקבוע את דרכי הטיפול וההתנהלות הרצויות למען מטופלות הסובלות מפתולוגיות אלה.

\* ברצוני להודות לט.ב. על תמיכתה המלאה ושיתוף הפעולה, ובמילותיה: שלא תהיינה עוד נשים שתסבלנה כמוני!

באשר לאוסטאופורוזיס של ההיריון וההנקה, אצל רוב הנשים קיימת ירידה בצפיפות העצם בהיריון ובתקופת ההנקה בשל עלייה בדרישת הסיידן מצד העובר והתינוק. עם זאת, רוב הנשים אינן סובלות מאוסטאופורוזיס חריף כתוצאה מכך, ולכן הן גם לא חוות שברים.<sup>17-18</sup> בדרך כלל הטיפול בנשים אלו הוא תרופתי. המטופלת המתוארת כאן סבלה מתופעות לוואי משמעותיות בשל הטיפול התרופתי, ולכן בחרה לוותר עליו בתקווה שהעצם תתאושש הודות להפסקת ההנקה.

כיום נראה שמצבה משתפר, ובוודאי חל שיפור במדדים התפקודיים שלה. עם זאת, לא נערכו עדיין בדיקות חוזרות של צפיפות העצם או הדמיות אחרות, כך שלא ניתן לאשש את ההשערה שאכן חל שיפור במצב העצמות.

בהקשר זה יש לציין גם את ההיבט הפסיכו סוציאלי. המטופלת איבדה אמון במערכת הרפואית. אחת ממטרותי הייתה להשיב את אמונה במערכת על ידי שיח פתוח על הבעיה והדרכה לגבי הגישה הטיפולית, תוך הדגשת העובדה שיש לי הכלים להנחותה בצורה בטוחה וממוקדת (reassurance).<sup>19</sup>

חוסר האמון במערכת הרפואית, ביחד עם הקשיים הפיזיים, תחושת המוגבלות והיעדר היכולת לטפל בתינוק, יוצרים כאוס בחייה של האישה. ולכן התמיכה הרגשית במהלך הטיפול והענקת הביטחון למטופלת כי אני מבינה את מצבה ויודעת את הדרך לפתורנו קיבלו משנה חשיבות.<sup>20</sup>

במקביל, אחת המטרות החשובות בטיפול הייתה להעצים את המטופלת ולהגביר את יכולתה לקבוע בעצמה הן את רמת העומס בתרגול והן את שגרת היומיום. נערך דיון משותף ובזמן ההתאוששות במטרה להקנות למטופלת ידע אקטיבי (active knowledge) שיאפשר לה ליטול חלק בבחירת התרגול ובזמן התרגול, לאחריו (communication) על רמות הכאב בזמן התרגול, לאחריו ורמתו. רתימת המטופלת לדבוק בתרגול (adherences) הייתה חשובה בעיקר בשל האילוץ הרפואי להתקדם באיטיות ולפזר את התרגול לאורך שעות היום.<sup>21-22</sup>

המטופלת נמצאת כרגע בתהליך טיפולי שצפוי להימשך עוד כמה חודשים.

מקורות

1. Robinson HS, Mengshoel AM, Bjelland EK, Vollestad NK. Pelvic girdle pain, clinical tests and disability in late pregnancy. *Man Ther.* 2010; 15:280-285.
2. Malmqvist S, Kjaermann I, Andersen K, Okland I, Bronnick K, Larsen JP. Prevalence of low back and during pregnancy in a Norwegian population. *J Manipulative Physiol Ther.* 2012; 35:272-278.
3. Wu WH, Meijer OG, Uegaki K, Mens JM, van Dieen JH, Wuisman PI, Ostgaard HC. Pregnancy-related pelvic girdle pain (PPP), I: terminology, clinical presentation, and prevalence. *Eur Spine J.* 2004; 13:575-589.
4. Vleeming A, Albert HB, Ostgaard HC, Sturesson B, Stuge B. European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain. *Eur Spine J.* 2008; 17:794-819.
5. M.A. Mens, Yvonne H. Huis, Annelies Pool Goudzwaard. Severity of signs and symptoms in lumbopelvic pain during pregnancy *Manual Therapy.* 2002; 17 (2); 175-179.
6. הגדרות רפואיות על-פי ה-National Library of medicine  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/medgen/116063>, NIH
7. Anne Marie Gausel, Stefan Malmqvist, Knut Andersen, Inger Kjærmann, Jan Petter Larsen Ingvild Dalen, Inger Økland. Subjective recovery from pregnancy-related pelvic girdle pain the first 6 weeks after delivery: a prospective longitudinal cohort study. *European Spine Journal.* 2020; 29:556-563.
8. Gausel AM, Kjaermann I, Malmqvist S, Dalen I, Larsen JP, Okland I. Pelvic girdle pain 3-6 months after delivery in an unselected cohort of Norwegian women. *Eur Spine J.* 2015; 25:1953-1959.
9. Bergstrom C, Persson M, Nergard KA, Mogren I. Prevalence and predictors of persistent pelvic girdle pain 12 years postpartum. *BMC Musculoskelet Disord.* 2017; 18:399.
10. Wuytack F, Curtis E, Begley C. Experiences of first-time mothers with persistent pelvic girdle pain after childbirth: descriptive qualitative study. *Phys Ther.* 2015; 95:1354-1364.
11. Gutke A, Lundberg M, Ostgaard HC, Oberg B. Impact of postpartum lumbopelvic pain on disability, pain intensity, health-related quality of life, activity level, kinesiophobia, and depressive symptoms. *Eur Spine J.* 2011; 20:440-448.
12. Gutke A, Josefsson A, Oberg B. Pelvic girdle pain and lumbar pain in relation to postpartum depressive symptoms. *Spine (Phila Pa 1976).* 2007; 32:1430-1436.
13. Berman N, Brent H, Chang G, Honig S. Transient osteoporosis: not just the hip to worry about. *Bone Rep.* 2016; 5:308-11.
14. K. Asadi-pooya, L. Graves, L. W. Greene. Transient osteoporosis of the hip: review of the literature. *Osteoporos Int.* 2017; 28:1805-1816.
15. M. Laroche, M. Talibert, C. Cormier, C. Roux, P. Guggenbuhl & Y. Degboe. Pregnancy-related fractures: a retrospective study of a French cohort of 52 patients and review of the literature. 2017; 28: 3135-3142.
16. Panel Erin Maslowski MD, William Sullivan MD, Jeri Forster Harwood PhD, Peter Gonzalez MD, Marla Kaufman MD, Armando Vidal MD, Venu Akuthota MD. The Diagnostic Validity of Hip Provocation Maneuvers to Detect Intra-Articular Hip Pathology. *PM&R.* 2010; 2(3):174-181.
17. Kovacs CS. Maternal Mineral and Bone Metabolism During Pregnancy, Lactation, and Post-Weaning Recovery. *Physiol Rev.* 2016 Apr; 96(2):449-547.
18. Kovacs CS. Calcium and bone metabolism disorders during pregnancy and lactation. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2011; 40(4):795-826.
19. Cheung, L.; Soundy, A. The Impact of Reassurance on Musculoskeletal (MSK) Pain: A Qualitative Review. *Behav. Sci.* 2021; 11, 150.
20. Boutevillain L, Dupeyron A, Rouch C, Richard E, Coudeyre E. Facilitators and barriers to physical activity in people with chronic low back pain: A qualitative study. *PLoS ONE.* 2017; 12 (7): e0179826.
21. Moore AJ, Holden MA, Foster NE, Jinks C. Therapeutic alliance facilitates adherence to physiotherapy-led exercise and physical activity for older adults with knee pain: a longitudinal qualitative study. *Journal of Physiotherapy.* 2017; 66:45-53.
22. Jeanette Melin, Åsa Nordin, Caroline Feldthusen & Louise Danielsson (2019): Goal-setting in physiotherapy: exploring a person-centered perspective, *Physiotherapy Theory and Practice*, DOI: 10.1080/09593985.2019.1655822.

## Disabling pregnancy-related lumbopelvic pain: when early diagnosis matters - A case report

Adi Amit David, BPT

Orthopedic Manual Therapist  
Sport and Spine Physiotherapy Clinic

### Abstract

Back and pelvic pain during pregnancy (Pregnancy-Related Lumbopelvic Pain) is a common and usually benign syndrome that affects many women during the period of pregnancy and childbirth. Therefore, most women do not undergo a thorough medical examination, even if they are suffering from pain and their functional abilities are significantly compromised. In the absence of a basic medical diagnosis and acceptable medical screening, women suffering from severe painful pathologies, which endanger their quality of life and long-term physical functioning are rarely identified. Among such rare pathologies in pregnancy are transient osteoporosis of the hip during pregnancy (Transient Osteoporosis Hip-TOH) and osteoporosis of pregnancy and lactation.

In this article, a patient suffering from both of these rare pathologies is presented. To the best of my knowledge, this combination has not yet been presented in the literature. This made it more difficult to manage the case, due to the pathologies' different etiologies and conflicting treatment recommendations.

The functional limitations of the woman under discussion, together with the clinical findings of the patient's physical examination, provided initial indications as to the existence of these rare pathologies. The final diagnosis was made with the help of MRI imaging - a limited resource that is distributed sparingly,

particularly during pregnancy. Because of this, a thorough clinical examination by the treating physical therapist can be a first step towards an accurate and early diagnosis, which may prevent future complications. With the institution of direct access to physical therapy, awareness of these pathologies and their red flags is critical.

In the absence of targeted medical literature regarding the treatment of each pathology separately and particularly when they appear together, the treatment of both conditions in a single woman posed a significant challenge. Decision-making regarding treatment was based on repeated examinations and monitoring of the progress in terms of pain and functional ability, while relying on the biopsychosocial model. Currently, the patient is improving steadily and continues her physical therapy rehabilitation program.

**Keywords:** Pregnancy-Related Red Flags, Pregnancy-Related Lumbopelvic Pain- PLPP, Transient Osteoporosis Hip-TOH, Osteoporosis of Pregnancy and Lactation