

Spezialisierte Physiotherapie in der Urologie – wieso sollten Physiotherapeuten vaginal/anorektal palpieren?

*Gastbeitrag von Nina Gärtner-Tschacher,
Physiotherapeutin, Master of Physiotherapy (Manipulative Physiotherapy)*

Einleitung

Die vaginale und anorektale Palpation ist die einfachste Art, den Beckenboden zu untersuchen (Peschers u. a. 2001) und wird durch PhysiotherapeutInnen zur Befundaufnahme und Therapie der Beckenbodenmuskulatur und damit verbundenen Krankheitsbildern international seit langer Zeit praktiziert.

Kegel und Powell (1950) beschrieben als Erste die vaginale Palpation mit einem Finger, um eine korrekte Kontraktion sicherzustellen. Dabei sollte das Perineum eingezogen bzw. nach oben gezogen werden, während der Finger in Kontakt war mit der posterioren, dann lateralen, dann anterioren Vaginalwand.

Nach Kegel wurden mindestens 25 verschiedene neue Palpationsmethoden erstellt (van Kampen u. a. 1996). Bisher wurde jedoch noch nicht erforscht, welche der Methoden sich am besten eignet, um eine korrekte Kontraktion, Muskelkraft oder auch Ausdauer zu untersuchen (Bo und Sherburn 2007).

Jo Laycock (1994) veröffentlichte eine modifizierte Oxford Skala, um Beckenbodenkraft zu messen. Die Oxford Skala reicht von 0-5, wobei 0 keine Muskelaktivität, 1 eine leichte Pulsation unter dem Finger, 2 eine erhöhte Spannung unter dem Finger ohne Elevation, 3 ein Anheben des Muskelbauches und der posterioren Vaginalwand, 4 eine Elevation der posterioren Vaginalwand gegen Widerstand und 5 eine Elevation der posterioren Vaginalwand gegen starken Widerstand gefühlt als Druck und Einsaugen des Fingers darstellt. Die Oxford Skala wird zur Messung der Kraft von Physiotherapeuten sehr häufig benutzt; und so ist dies auch die Skala, die zur Messung der Beckenbodenmuskelkraft von Physiotherapeuten am häufigsten benutzt wird (Bo und Sherburn 2007), (Morin u. a. 2004). Als Erweiterung der Oxford Skala beschreibt Jo Laycock (1994) das PERFECT-Schema, mit dem sowohl die Kraft als auch Ausdauer und Schnellkraft der Beckenbodenmuskulatur erfasst werden. Das PERFECT-Schema wurde 2008 erneuert und außerdem die Elevation, die Reaktionsfähigkeit des Beckenbodens beim Husten und die Einbindung des M. transversus abdominus bei Beckenbodenmuskelaktivität beschrieben (J Laycock 2008). P steht in diesem System für Performance, E für Endurance, R für Repetitions, F für Fast Contractions, E für Elevation, C für Cocontraction und T für Timing.

Nutzung der vaginalen und anorektalen Palpation durch PhysiotherapeutInnen

Hypotonus der Beckenbodenmuskulatur

Gezieltes Training der Beckenbodenmuskulatur bei Belastungsinkontinenz ist effektiv (Dumoulin, Hay-Smith, und Mac Habee-Seguin 2014) und wird als Behandlungsmaßnahme von Leitlinien mit Level of Evidence 1a, Empfehlungsgrad A bewertet (Reisenauer u. a. 2013).

Dabei wird bei den meisten Studien sichergestellt, dass die Probanden den Beckenboden korrekt aktivieren durch Palpation oder instrumentale Messungen – in einem Cochrane Review bei Belastungsinkontinenz (Dumoulin, Hay-Smith, und Mac Habee-Seguin 2014) waren es 13 von 18 Studien; bei einem anderen Cochrane Review über verschiedene Ansätze des Beckenbodentrainings bei Urininkontinenz 15 von 21 Studien (Hay-Smith u. a. 2012).

Jedoch können viele Frauen keine korrekte Kontraktion des Beckenbodens durchführen und die Palpation bildet damit eine ideale Grundlage, um die korrekte Beckenbodenkontraktion zu lehren und den Patienten Feedback zu geben (K. Bo und Sherburn 2005). In einer Untersuchung von Bo u. a. (1988) waren 30% der Frauen nicht imstande, eine korrekte Beckenbodenkontraktion durchzuführen und 70% der Frauen, die ohne Anleitung zuhause geübt hatten, sagten nach der Untersuchung, dass sie wohl bisher falsch geübt hatten. Bei Bump u. a. (1991) hatten nur 49% ihrer Patientinnen eine optimale Beckenbodenkontraktion gemessen am urethralen Druckprofil und keiner Vergrößerung des intravesikalen Druckes bei verbaler Anleitung.

Daher sollte die vaginale Untersuchung bei jedem Patienten durchgeführt werden, um Patienten eine korrekte Kontraktion zu lehren (Kari Bo und Finckenhagen 2001) und Feedback über die qualitative Ausführung zu geben. Trainingsparameter und Kontraktionsaufforderungen orientieren sich an der vaginalen/anorektalen Befundung (J. Laycock und Jerwood 2001).

Sollte es dem Patienten schwer fallen, den Beckenboden isoliert zu kontrahieren, können spezifische physiotherapeutische manuelle Techniken wie Vordehnung, Tapping (Bernards u. a. 2011) bzw. Quick Stretch (Bo und Sherburn 2007) oder Techniken aus der Propriozeptiven Neuromuskulären Fazilitation angewandt werden (Kotarinos und Ariail 2009).

Zur Messung des Therapiefortschritts und der Anpassung des Trainingsprogramms empfiehlt sich eine wiederholte vaginale/anorektale Palpation (J. Laycock und Jerwood 2001).

Die Empfehlung, eine korrekte Beckenbodenkontraktion sicherzustellen mithilfe beispielsweise der vaginalen Palpation wird ausdrücklich empfohlen beispielsweise in der deutschen AWMF Leitlinie (Reisenauer u. a. 2013), aber auch internationale ärztliche bzw. interdisziplinäre Gesellschaften wie die ICS (International Continence Society) (Messelink u. a. 2005) und physiotherapeutische Gesellschaften wie die Royal Dutch Society for Physical Therapy empfehlen die vaginale oder anorektale Palpation (Bernards u. a. 2011).

In einem Cochrane Review, der den Effekt von Feedback oder Biofeedback **zusätzlich** zum Beckenbodentraining evaluiert, wird Feedback oder Biofeedback ein möglicher Nutzen zugesprochen (Herderschee u. a. 2011). Sie schätzen, dass ungefähr die doppelte Menge an Frauen mit Belastungsinkontinenz sich mit diesem Zusatz als geheilt oder verbessert wahrnimmt. Allerdings konnte beim reinen Feedback ohne Gerät nur eine Studie mit Daten zur Auswertung herangezogen werden, da viele Studien nicht klar differenzieren zwischen reiner Palpation, um die Muskelkraft zu bewerten und einer Palpation, um Feedback zu geben. Außerdem könnte der zusätzliche Kontakt mit

Therapeuten in der Interventionsgruppe die Ergebnisse beeinflusst haben.

Hypertonus der Beckenbodenmuskulatur

Doch nicht nur bei der Belastungs- oder Mischinkontinenz spielt die Palpation eine Rolle. Bei Beckenschmerzsyndromen hat die Beckenbodenmuskulatur häufig einen signifikant höheren Tonus und ist druckschmerzhafter im Vergleich zu Kontrollprobanden sowohl bei manueller Palpation als auch im perinealen Ultraschall und Oberflächen-EMG bei Frauen und Männern (Hetrick u. a. 2003; Davis u. a. 2011; Tu, Holt, und Fitzgerald 2008; Reissing u. a. 2005; Hetrick u. a. 2006; De Souza Montenegro u. a. 2010).

Dementsprechend gibt es einige Studien, in denen vaginal und rektal (natürlich auch extern) z.B. mit Triggerpunkttherapie/myofaszialen Techniken oder z.B. Thiele Massage am Beckenboden therapiert wird. Darunter sind einige klinische Studien ohne Randomisierung (Weiss 2001; Oyama u. a. 2004; de Souza Montenegro u. a. 2010; Anderson u. a. 2005; Anderson u. a. 2006) oder auch das Wise- Anderson-Protokoll (externe und rektale Triggerpunkttherapie, Techniken zur Entspannung des Gewebes und progressive Muskelentspannung bei Männern) (Anderson u. a. 2005; Anderson u. a. 2006).

Aufsteigend in der Evidenzhierarchie vergleicht eine randomisierte kontrollierte Pilotstudie Injektionstherapie der Triggerpunkte im M. levator ani mit Beckenbodenphysiotherapie (myofasziale- und Triggerpunktereleasetechniken) bei Patientinnen mit Beckenschmerz und Triggerpunkten im Beckenboden (Zoorob u. a. 2015). Beide Therapien erzielten vergleichbare Verbesserungen in den Endpunkten Schmerz (Numerical Rating Scale) und Patient Global Impression of Improvement (PGI-I); nur beim FSFI für sexuelle Dysfunktion erzielte Beckenbodenphysiotherapie statistisch signifikant bessere Werte (Änderung bei PT 8.87 (SD 5.60) und bei Injektionen 4.00 (SD 5.24)).

Zwei randomisierte kontrollierte Studien von (Fitzgerald u. a. 2009; Fitzgerald u. a. 2012) vergleichen multizentrisch bei Frauen mit Blasenschmerzsyndrom und Männern mit Schmerzsyndrom der Prostata myofasziale physikalische Therapie (Bindegewebstechniken, Triggerpunkttherapie extern/vaginal/rektal, Heimübungen zur Entspannung) mit globaler Massage. Sie erzielten v.a. Verbesserung in der Gruppe der Frauen – daher wird in der zweiten Studie dieselbe Therapie nur mit Frauen dupliziert – und finden einen signifikanten Unterschied zwischen globaler Massage (moderate bis deutliche Verbesserung in globaler Änderung) bei 21-26% der Probandinnen und bei myofaszialer Therapie eine moderate bis deutliche Verbesserung bei 57-59% der Probandinnen.

Auch interdisziplinäre Systeme erfordern eine spezialisierte Physiotherapie und vaginale/anorektale Behandlungstechniken in der Physiotherapie.

Im UPOINT System (Einteilung in Urinary, Psychosocial, Organ-Specific, Infection, Neurologic/Systemic, Tenderness) erhalten Patienten bei vorliegender „Tenderness“ – also Muskelspasmus oder Triggerpunkten im Bauch oder Beckenboden – auch entsprechende Physiotherapie (Beckenbodenphysiotherapie/myofascial release) (Shoskes, Nickel, und Kattan 2010). Die Autoren konnten nachweisen, dass es einen deutlichen Effekt auf die Verbesserung der Patienten hatte, wenn Physiotherapeuten eine spezielle Ausbildung hatten, den Beckenboden myofaszial zu behandeln – um 6 Punkte besser im CPSI (NIH Chronic Prostatitis Symptom Index) wurden 42% der in der Praxis behandelten Patienten (die wahrscheinlich keine spezialisierte Ausbildung hatten) und 79,2% der Patienten mit spezialisierter Physiotherapie in der Klinik – jeweils nach 6-12 Monaten.

In all diesen Studien erfordert die Therapie eine vaginale oder anorektale Palpation des Beckenbodens und eine Spezialisierung auf dieses Fachgebiet, um verschiedene physiotherapeutische Techniken anzuwenden. Für die physiotherapeutische Therapie des hypertonen Beckenbodens sind dies vielversprechende Studien; jedoch liegt hier die Studienlage in der Evidenzhierarchie deutlich niedriger als beim Hypotonus– aufgrund der geringen Anzahl der zur Verfügung stehenden Studien, der geringeren Einstufung in der Evidenzhierarchie und der z.T. noch verbesserbaren Qualität der Studien.

Nebenwirkungen

Nur sehr wenige Studien berichten über Nebenwirkungen der vaginalen Palpation.

Bezüglich des Hypotonus wird häufig nicht auf Nebenwirkungen eingegangen. Der Cochrane Review von Herderschee u. a.(2011) untersucht, ob Feedback oder Biofeedback Nebenwirkungen haben. Doch in diesem Review gibt es nur Angaben von Nebenwirkungen beim Biofeedback – selten wird die Vaginalsonde als unangenehm empfunden oder auch das Gleitgel nicht vertragen.

Bei der Behandlung des Hypertonus (also nicht nur vaginaler und anorektaler Palpation, sondern Behandlungstechniken, die häufig verschiedene physiotherapeutische Techniken sowohl intern als auch extern umfassen) werden Nebenwirkungen z.B. von Fitzgerald u. a. (2012) untersucht – es gab bei beiden Behandlungsgruppen (globaler Massage und myofaszialer physikalischer Therapie) bei Patientinnen mit Blasenschmerzsyndrom Nebenwirkungen ohne statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen– die am häufigsten vorkommende Nebenwirkung war dabei Schmerz (14% der Probanden), gefolgt von Infektion (12%), konstitutionellen Symptomen (11%) und gastrointestinalen Störungen (10%). Die Autoren denken, dass die vorkommenden Nebenwirkungen

wahrscheinlich nicht nur aufgrund der Therapien, sondern auch aufgrund der Variabilität der Symptome bei dem vorliegenden Krankheitsbild zu erklären sind.

Bei Anderson u. a. (2005) und Anderson u. a. (2006) wird lediglich darauf hingewiesen, dass die Patienten die Therapie gut akzeptierten und keiner wegen Schmerzzunahme aus der Studie ausschied. Typisch war jedoch eine leichte Schmerzzunahme nach der ersten Behandlung, die sich mit weiterer Behandlung schnell in eine Schmerzverbesserung umwandelte.

Keine der Studien gibt einen Hinweis darauf, dass es schlechter sein könnte, wenn eine PhysiotherapeutIn eine vaginale Untersuchung durchführt. Viele der Studien wurden von PhysiotherapeutInnen durchgeführt und veröffentlicht, beispielsweise Bo und Sherburn (2007), Kari Bo und Finckenhagen (2001), Morin u. a. (2004), J. Laycock und Jerwood (2001), Frawley u. a. (2006), Hetrick u. a. (2003).

Schlussfolgerungen

Die vaginale und anorektale Palpation ist eine Technik, die von Physiotherapeuten sowohl zur Untersuchung als auch zur Therapie von jeglichen Störungen im Bereich des Beckens genutzt werden sollte, die mit einem Hypotonus oder Hypertonus der Beckenbodenmuskeln einhergehen. Dies ermöglicht evidenzbasierte Therapie und damit bestmögliche Ergebnisse für Patienten. Da die vaginale und anorektale Palpation kein Bestandteil der Ausbildung zum Physiotherapeuten ist, existieren hierfür spezielle Schulungen beispielsweise bei der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologie, Geburtshilfe, Urologie, Proktologie (AG GGUP).

Kontakt und weitere Informationen:

Nina Gärtner-Tschacher

Vorstandsmitglied des Deutschen Verbandes für Manuelle Therapie (Maitland Konzept)

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologie Geburtshilfe Urologie Proktologie im Deutschen Verband für Physiotherapie ZVK e.V.

Kaiserstraße 57/1

72764 Reutlingen

E-Mail: info@ninagaertner.de

Quellenangaben:

Anderson, Rodney U, David Wise, Timothy Sawyer, und Christine Chan. 2005.

„Integration of myofascial trigger point release and paradoxical relaxation training treatment of chronic pelvic pain in men“. *Journal of Urology* 174: 155–60.

Anderson, Rodney U, David Wise, Timothy Sawyer, und Christine A Chan. 2006. „Sexual dysfunction in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: Improvement after trigger point release and paradoxical relaxation training“. *The Journal of Urology* 176: 1534–39.

Bernards, A T M, L C M Berghmans, I C van Heeswijk-Faase, E H M L Westerik-Verschuuren, und de Gee-de Ridder. 2011. „KNGF Guideline for physical therapy in patients with stress urinary incontinence“. *Supplement to the Dutch Journal of Physical Therapy* 121 (3).

Bø, Kari, und Hanne Borg Finckenhagen. 2001. „Vaginal palpation of pelvic floor muscle strength: inter-test reproducibility and comparison between palpation and vaginal

- squeeze pressure". *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica* 80 (10): 883–887.
- Bo, Kari, S Larsen, S Oseid, B Kvarstein, R Hagen, and J Abboud. 1988. „Knowledge about and ability to correct pelvic floor muscle exercises in women with urinary stress incontinence". *Neurourology and Neurodynamics* 7 (3): 261–62.
- Bo, Kari, und Margaret Sherburn. 2007. „Visual observation and palpation". In *Evidence-based physiscal therapy for the pelvic floor*, 50–56. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.
- Bø, K., und M. Sherburn. 2005. „Evaluation of female pelvic-floor muscle function and strength". *Physical Therapy* 85 (3): 269–82.
- Bump, Richard C, Glenn Hurt, Andres Fantl, und Jean F Wyman. 1991. „Assessment of Kegel pelvic muscle exercise performance after brief verbal instruction". *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 165 (2): 322–27.
- Davis, Seth N P, Caroline A Maykut, Yitzchak M Binik, Rhonda Amsel, und Serge Carrier. 2011. „Tenderness as measures by pressure pain thresholds extends beyond the pelvis in chronic pelvic pain syndrome in men". *Journal of Sex Medicine* 8: 232–39.
- De Souza Montenegro, Mary Lourdes Lima, Elaine Cristine Lemes Mateus-Vasconcelos, Júlio César Rosa E Silva, Antonio Alberto Noqueira, Francisco José Candido Dos Reis, und Omero Benedicto Poli Neto. 2010. „Importance of pelvic muscle tenderness evaluation in women with chronic pelvic pain". *Pain Medicine* 11: 224–28.
- Dumoulin, Chantale, J. Hay-Smith, und Gabrielle Mac Habee-Seguín. 2014. „Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women". *Cochrane Database Syst Rev* 5.
- Fitzgerald, Mary P, Rodney U Anderson, Jeannette Potts, Christopher K Payne, Kenneth M Peters, Quentin Clemens, Rhonda Kotarinos, u. a. 2009. „Randomized multicenter feasibility trial of myofascial physical therapy for the treatment of urological chronic pelvic pain syndromes". *The Journal of Urology* 182: 570–80.
- Fitzgerald, Mary P, Christopher K Payne, E S Lukacz, C C Yang, Kenneth M Peters, T C Chai, J C Nickel, u. a. 2012. „Randomized multicenter clinical trial of myofascial physical therapy in women with interstitial cystitis/painful bladder syndrome and pelvic floor tenderness". *The Journal of Urology* 187: 2113–18.
- Frawley, Helena C., Mary P. Galea, Bev A. Phillips, Margaret Sherburn, und Kari Bø. 2006. „Reliability of Pelvic Floor Muscle Strength Assessment Using Different Test Positions and Tools". *Neurourology and Urodynamics* 25 (3): 236–42. doi:10.1002/nau.20201.
- Hay-Smith, E J C, R Herderschee, C Dumoulin, und Herbison. G P. 2012. „Comparisons of approaches to pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Nr. 12(Dezember). doi:10.1002/14651858.CD009508.
- Herderschee, R, Hay-Smith, E J C, Herbison, G P, Roovers, J P, und Heineman, M J. 2011. „Feedback or biofeedback to augment pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women". *Feedback or biofeedback to augment pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women* Cochrane Database of Systematic Reviews (7). doi:10.1002/14651858.CD009252.
- Hetrick, Diane C, Marcia A Ciol, Ivan Rothman, Judith A Turner, Margaret Frest, und Richard E Berger. 2003. „Musculoskeletal dysfunction in men with chronic pelvic pain syndrome type III: A case-control study". *The Journal of Urology* 170: 828–31.
- Hetrick, Diane C, Howard Glazer, Yung-Wen Liu, Judith A Turner, Margaret Frest, und Richard E Berger. 2006. „Pelvic floor electromyography in men with chronic pelvic pain syndrome: A case-control study". *Neurourology and Neurodynamics* 25: 46–49.
- Kampen, M van, W de Weerd, H Feys, und S Honing. 1996. „Reliability and validity of a digital test for pelvic muscle strength in women". *Neurourology and Urodynamics* 15: 338–39.

- Kegel, Arnold H, und Tracy O Powell. 1950. „The physiologic treatment of urinary stress incontinence“. *The Journal of Urology* 63 (5): 808–13.
- Kotarinos, Rhonda, und Allison Ariail. 2009. *Pelvic Floor Disorders*. London: Primal Pictures Ltd.
- Laycock, J. 2008. „PFM Assessment“. In *Therapeutic management of incontinence and pelvic pain*, 2.Aufl., 61–63. London: Springer.
- Laycock, J., und D. Jerwood. 2001. „Pelvic Floor Muscle Assessment: The PERFECT Scheme“. *Physiotherapy* 87 (12): 631–42. doi:10.1016/S0031-9406(05)61108-X.
- Laycock, Jo. 1994. „Pelvic muscle exercises: Physiotherapy for the pelvic floor“. *Urologic nursing* 14 (3): 136–40.
- Messelink, Bert, Thomas Benson, Bary Berghmans, Kari Bø, Jacques Corcos, Clare Fowler, Jo Laycock, u. a. 2005. „Standardization of Terminology of Pelvic Floor Muscle Function and Dysfunction: Report from the Pelvic Floor Clinical Assessment Group of the International Continence Society“. *Neurourology and Urodynamics* 24 (4): 374–80. doi:10.1002/nau.20144.
- Morin, M., C. Dumoulin, D. Bourbonnais, D. Gravel, und M.-C. Lemieux. 2004. „Pelvic Floor Maximal Strength Using Vaginal Digital Assessment Compared to Dynamometric Measurements“. *Neurourology and Urodynamics* 23 (4): 336–41. doi:10.1002/nau.20021.
- Oyama, Ian A, Amy Reijba, James C Lukban, Erica Fletcher, Susan Kellogg-Spadt, Adam S Holzberg, und Kristene E Whitmore. 2004. „Modified Thiele massage as therapeutic intervention for female patients with interstitial cystitis and high-tone pelvic floor dysfunction“. *Urology* 64 (5): 862–65.
- Peschers, U M, A Gingelmaier, K Jundt, B Leib, und T Dimpfl. 2001. „Evaluation of pelvic floor muscle strength using four different techniques.pdf“. *International Urogynecology Journal* 12: 27–30.
- Reisenauer, Christl, C. Muche-Borowski, C. Anthuber, T. Fink, B. Gabriel, M. Hübner, K. Lobodasch, u. a. 2013. „Interdisziplinäre S2e-Leitlinie für die Diagnostik und Therapie der Belastungsinkontinenz der Frau“. *Geburtsh Frauenheilk* 73: 1–50.
- Reissing, E D, Claudia Brown, M J Lord, Y M Binik, und S Khalifé. 2005. „Pelvic floor muscle functioning in women with vulvar vestibulitis syndrome“. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 26 (2): 107–13.
- Shoskes, Daniel A, J Curtis Nickel, und Michael W Kattan. 2010. „Phenotypically directed multimodal therapy for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: A prospective study using UPOINT“. *Urology* 75 (6): 1249–53.
- Souza Montenegro, Mary Lourdes Lima de, Elaine Cristine Mateus-Vasconcelos, Francisco José Candido dos Reis, Júlio César Rosa e Silva, Antonio Alberto Nogueira, und Omero Benedicto Poli Neto. 2010. „Thiele massage as a therapeutic option for women with chronic pelvic pain caused by tenderness of pelvic floor muscles“. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 16: 981–82.
- Tu, Frank F, Jane Holt, und Colleen M Fitzgerald. 2008. „Physical therapy evaluation of patients with chronic pelvic pain: a controlled study“. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 198 (3): 272.e1-272.e7.
- Weiss, Jerome M. 2001. „Pelvic floor myofascial trigger points: manual therapy for interstitial cystitis and the urgency-frequency-syndrome“. *The Journal of Urology* 166: 2226–31.
- Zoorob, Dani, Mary South, Mickey Karram, Julie Sroga, Rose Maxwell, Aparna Shah, und James Whiteside. 2015. „A pilot randomized trial of levator injections versus physical therapy for treatment of pelvic floor myalgia and sexual pain“. *International Urogynecology Journal* 26: 845–52.