

VISCERÁLNA BOLEŠŤ – KAZUISTIKA

Darina Hasarová

ALGOS, s.r.o., Ambulancia chronickej bolesti, Prešov

Viscerálna bolesť patrí medzi tie oblasti v liečbe bolesti, ktorým sa ešte stále nevenuje dostatočná pozornosť. Viscerálna bolesť je často prvým príznakom nádorového ochorenia v dutine brušnej. Popisovaná je ako tupá, krčovitá, difúzna, prenesená do oblasti kože aj hlbokých vnútorných orgánov. Nekoreluje vždy s aktuálnym poškodením a sprevádzaná je negatívnymi afektmi a vegetatívnymi aj motorickými reflexami. V článku uvádzame kazuistiku 45-ročnej ženy s viscerálnou bolesťou.

Kľúčové slová: viscerálna bolesť, patofyziológia, diagnostika, terapeutické postupy.

Paliat. med. liec. boles., 2008, roč. 1 (2): 83–84

Úvod

Viscerálna bolesť patrí medzi tie oblasti v liečbe bolesti, ktorým sa ešte stále nevenuje dostatočná pozornosť. Pri jej riešení vystupujú do popredia dva problémy:

1. Priradená je k somatickej bolesti a napriek tomu, že patofyziológia a klinické prejavy sú značne odlišné, terapeutický prístup je často rovnaký ako u bolestí kostného alebo zápalového pôvodu.
2. S viscerálnou bolesťou sa najčastejšie stretávajú špecialisti z rôznych odborov (internisti, gynekológovia, gastroenterológovia, urológovia) s rôznou úrovňou poznatkov o patofyziológii a liečbe bolesti. Bolesť je u týchto špecialistov chápaná len ako varovný symptóm, ktorý nie je vhodný potlačiť, resp. je na okraji ich záujmu.

Mechanismy vzniku viscerálnej bolesti

Viscerálna bolesť vzniká abnormálnou distenziou alebo kontrakciou svalovej steny dutých orgánov, rozpínaním kapsúl parenchýmových orgánov, ischémiou svaloviny viscerálnych orgánov, tvorbou a akumuláciou algogénnych látok, priamym pôsobením chemických stimulátorov na voľné nervové zakončenia, ťahom alebo stláčaním ligamentov a ciev brušných orgánov, nekrozou alebo zápalom viscerálnych orgánov. Pri prenose bolestivého impulzu na dráhu bolesti dochádza k zložitým neuronálnym prepojeniam medzi nervovými vláknami motorickými, sympatikovými, parasympatikovými a senzitívnymi na spinálnej aj supraspinálnej úrovni, z čoho rezultuje fenomén prenesenej viscerálnej bolesti aj na miesta značne vzdialené od patologického procesu.

Fenomén viscerálnej bolesti pozostáva z:

1. pravej viscerálnej bolesti,
2. prenesenej bolesti bez hyperalgie,
3. prenesenej bolesti s hyperalgiou,
4. viscerálnej hyperalgie,
5. viscero-viscerálnej hyperalgie.

Aj preto je náročné len na základe klinických príznakov včítane bolesti identifikovať miesto patologického procesu. Navyše sa u cca 50 % pacientov s viscerálnymi bolesťami nenájdú žiadne anatomic-

ký koreláty. Napriek tomu, podľa charakteru bolesti možno určiť, či ide o pravú viscerálnu, prenesenú alebo psychogénnu bolesť:

- **Viscerálna bolesť:** (viscerálne orgány) tupá, tlaková, vrtajúca, kolikovitá, ťažko lokalizovateľná s vegetatívnymi symptómami. Nie je prítomná pri poškodení parenchýmu niektorých orgánov (pečeň, pľúca);
- **Hlboká somatická bolesť:** (peritoneum, panvové svaly a väzy) pichavá, vrtajúca, dobre lokalizovateľná, s miernymi vegetatívnymi symptómami;
- **Povrchová somatická bolesť:** (koža, svaly) – presne lokalizovaná, pichavá, bez vegetatívnej symptomatiky;
- **Neuropatická bolesť:** dobre lokalizovateľná, páliava a vystreľujúca;
- **Psychogénna bolesť:** neobvyklá, afektívna, tlaková, menlivej lokalizácie, bez vegetatívnych symptómov.

Pri viscerálnej bolesti často pozorujeme vegetatívne a somatické reflexy, ako aj neuroendokrinné reakcie (bledosť, potenie).

Kazuistika

45-ročná žena, vydatá, tri deti, pracuje ako administratívna pracovníčka. Z rodinnej anamnézy otec zomrel na infarkt, matka na ca. ventriculi. Z osobnej anamnézy udáva len atopický ekzém, a 3 roky sa lieči na arteriálnu hypertenziu.

Terajšie ochorenie: bolesti začala pociťovať vo februári 2006.

Miesto: pod ľavým rebrovým oblúkom s maximom v zadnej axilárnej čiare.

Kvalita: tupá a krčovitá.

Výžarovanie: do mesogastria.

Intenzita: Silná až neznesiteľná bolesť, podľa vizuálnej analógovej škály (VAS: 0 – 10), udáva silu bolesti VAS 8 – 10. Medzi záchvatmi len mierne pobolievanie.

Priebeh: záchvatovitý (asi 4 – 6 záchvatov/24 hod. Záchvat bolesti trvá cca ½ hod., spontánny nástup bez provokujúcich a upokojujúcich faktorov, bolesti nesúvisia s príjmom potravy, ješť jej chuť, neschudla, nezvracia, bez teploty.

Výšetrenia: Opakovane vyšetrená na gastroenterologickej ambulancii bez relevantných zmien. Z biochemických parametrov mierne zvýšené hodnoty ALT a GMT. Chemické vyšetrenie moču a močového sedimentu je v norme. Obj. bez ikteru, brucho mäkké, priehmatné, hepar a lien bez rezistencie. Záver: hepatopathia. Susp. vertebrogénny algický sy.

Odoslaná na vyšetrená na ortopedickú ambulanciu, kde bolo ordinované RTG Th-L chrbtice so záverom thorako-lumbálna skolióza. Následne liečená ako vertebrogénny algický syndróm nesteroidnými antiflogistikami a myorelaxanciami.

Pre pretrvávajúcu bolesť odoslaná v apríli 2006 na urologické vyšetrenie: záver USG obličiek: bilaterálne pravidelný nález bez litiázy, dilatácie a ložiskových zmien.

Bolesti napriek liečbe spasmolytikami pretrvávajú, preto v máji 2006 odoslaná na USG vyšetrenie brucha so záverom: ľahká hepatopathia a pankreatopathia.

Vyšetrenie krvného obrazu včítane krvného náteru nepreukázalo žiadne patologické hodnoty. Následne odoslaná na RTG vyšetrenie rebier vľavo so záverom: bez patologického nálezu.

V novembri 2006 pre pretrvávajúcu bolesť vyšetrená na neurologickej ambulancii so záverom: interkostálna neuralgia. Pre vzostup intenzity a frekvencie záchvatov bolesti odoslaná v januári 2007 na CT vyšetrenie brucha. Záver CT vyšetrenia: expanzívne ohraničený tumor ľavej obličky s nekrozami, obturujú cievnu stopku, prítomné venózne kolaterály. V retroperitoneu patologické lymfatické uzliny neprítomné.

V januári 2007 urobená nefrektómia a epinefektómia s tumorom vľavo. Odstránený tumor má veľkosť 15 x 14 x 12 cm. Veľkosť obličky s tumorom cca 26 – 28 cm. Histologicky záver: Nízko gradingový leiomyosarkóm G I v oblasti horného pólu ľavej obličky s početnými ložiskami nekroz bez súvislosti s parenchýmom obličky. Patológ predpokladá skôr retroperitoneálny pôvod novotvaru ako renálny.

Gamagrafia skeletu bezprostredne po operácii nepreukázala metastázy v kostiach. Vo februári 2007 odoslaná pacientka na konzultáciu do Národného

onkologického ústavu. Odporúčené vyšetrenie PET nepreukázalo patologický proces. Následne vo februári 2007 robené CT vyšetrenie pľúc a mediastina so záverom: drobný nodule v S9 pľúc vpravo charakteru MTS.

V apríli 2007 odstránená metastáza leiomyosarkómu z pravých pľúc, potvrdená aj histologicky. Intrapulmonálne lymfatické uzliny bez nádorových zmien.

CT vyšetrenie v máji 2007 ukázalo nové ložiska subpleurálne v S10 veľkosti 5 mm, a v 6. segmente heparu subkapsulárne.

CT vyšetrenie vo februári 2008 ukázalo početné ložiskové lézie pľúc vpravo aj vľavo typu MTS, expanzívne ložiskové lézie vľavo typu MTS, expanzívne ložiskové lézie v pečeni typu MTS. Mezenterálne, mesokolické, peritoneálne aj v brušnej stene, ložiskové lézie až infiltráty vľavo typu MTS.

Analgetická liečba

Čo sa týka analgetickej liečby, v začiatkoch ochorenia mala pacientka ordinované analgetiká podľa jednotlivých odborníkov u gastroenterológa spazmolytiká, u ortópeda nesteroidné antiflogistiká a u neurológa antikonvulzíva. Efekt liečby na intenzitu a frekvenciu záchvatov bol minimálny.

Po nefrektómii v januári 2007 bolesti ustúpili a nepotrebovala žiadnu analgetickú liečbu. Opätovne sa bolesti objavili v októbri 2007 na rovnakom mieste, rovnakého charakteru aj vyžarovania. Konzultovaná na onkologickej ambulancii, kde jej boli ordinované najskôr spazmolytiká a od februára 2008 postupne pridávané k liečbe aj transdermálny Fentanyl. Pri silnejších bolestiach dostávala intermitentne (1–2 x/týždeň) aj Metamizol v infúzií.

V marci 2008 odoslaná na ambulanciu bolesti. Pacientka udáva bolesť v rovnakej oblasti ako na začiatku ochorenia. Napriek liečbe opioidmi pretrvávajú záchvatovitá kŕčovitá bolesť, priemerne 4–6 záchvatov/deň trvajúcich asi ½ hod. Bolesť lokalizovaná pod ľavým rebrovým oblúkom s vyžarovaním

do mezogastria. Intenzita VAS kolíše v rozmedzí 4–6. Jazva po nefrektómii zhojená per primam, bez taktickej hyperpáthie.

Vzhľadom na patofyziologickú zložitosť viscerálnej bolesti nie je možné liečbu obmedziť len na jednu skupinu analgetík. Kombinovaním rôznych skupín je možné dosiahnuť lepší analgetický účinok a minimalizovať nežiaduce vedľajšie účinky

Na ambulancii bolesti podávané infúzie s ketamínom a mesocainom, po ktorých sa frekvencia záchvatov neznižila, ale intenzita bolesti sa zmiernila na VAS 3–4. V noci lepšie spí. Súčasne sú k liečbe pridané tricyklické antidepresíva a zvýšená je bazálna dávka opioidov. Na preklenutie prelomovej bolesti má pacientka ordinovaný rýchloúčinný morfín. Ako doplnková medikácia sú ordinované Algifen kvapky.

V máji 2008 udáva subj. zlepšenie, v noci lepšie spí. Napriek somatickému stavu je pacientka psychicky vyrovnaná, pracovne plne aktívna vrátane aktívnej účasti na doplnkovom vysokoškolskom štúdiu.

Chuť do jedla dobrá, ale posledný mesiac pozoruje váhový pokles 5 kg.

Diskusia

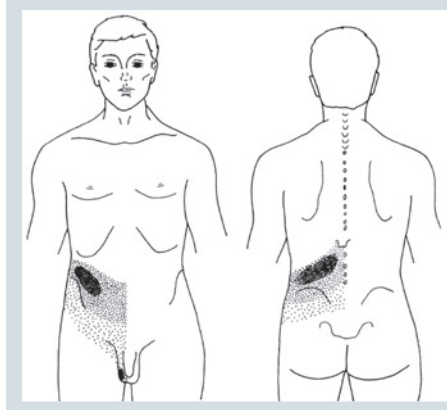
Viscerálna bolesť je často prvým príznakom nádorového ochorenia v dutine brušnej. Popisovaná je ako tupá, kŕčovitá, difúzna, prenesená do oblasti kože aj hlbokých vnútorných orgánov. Nekoreluje vždy s aktuálnym poškodením a sprevádzaná je negatívnymi afektmi a vegetatívnymi aj motorickými reflexami.

Jednou z charakteristík je aj neprítomnosť taktickej bolesti pri vyšetrení. A práve to môže byť príčinou náročnej a neskorej diagnostiky základného ochorenia.

Literatúra

1. Giamberardino MA. In: Fillingim RB. Sex, Gender and Pain, Progress in Pain Research and Management, Vol. 17, Seattle: IASP Press 2000, s. 135–163.
2. Jänig W., Häbler JH. Physiologie und Pathophysiologie visceraler Schmerzen, Schmerz 2002;16: 429–446.

Obrázok 1. Lokalizácia a vyžarovanie pravej viscerálnej bolesti renálneho pôvodu.



Ak by sme vychádzali z charakteristiky bolesti, nemožno priradiť bolesť u tejto pacientky k vertebrogénym bolestiam ani k intercostálnej neuritíde. Popis bolesti bol typický pre pravú viscerálnu bolesť urogenitálneho traktu včítane prenesenej bolesti pri takomto poškodení. Tak ako je to znázornené na obrázku 1.

Je ťažké určiť mechanizmus bolesti u tejto pacientky, keďže bolesť po nefrektómii ustúpila a opätovne sa objavila až 10 mesiacov po operácii na tom istom mieste, s rovnakým charakterom aj miestom vyžarovania. Zrejme sa na patofyziológii podieľajú viaceré mechanizmy ako je tvorba algogénnych látok v okolí metastáz, periférna a centrálna senzibilizácia alebo ischemia v ložiskách metastáz.



MUDr. Darina Hasarová

ALGOS, s.r.o., Ambulancia chronickej bolesti
Hollého 14, 081 81 Prešov
e-mail: darina.hasarova@gmail.com