

Zbigniew Żylicz^{1,2}, Anna Adamczyk², Małgorzata Krajnik²

¹Hospice Rozenheuvel w Rozendaal, Holandia

²Katedra i Zakład Opieki Paliatywnej Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy

Ból ucha (otalgia) u chorej na zaawansowanego raka trzustki

Otalgia in patient with advanced pancreatic cancer

Streszczenie

Jednym z rzadszych zespołów bólowych u osób z chorobą nowotworową jest otalgia, czyli ból ucha rzutowany z innej okolicy ciała. Poniżej opisano przypadek chorej na zaawansowanego raka trzustki, u której otalgię spowodowało refluksowe zapalenie przełyku.

Słowa kluczowe: refluks, rak trzustki, przełyk, nerw błędny, ból ucha, otalgia

Abstract

Otalgia is one of the rare pain syndrome in patients with advanced cancer. The case history describes the patient with advanced pancreatic cancer, who suffered from otalgia due to reflux oesophagitis.

Key words: reflux, pancreatic cancer, oesophagus, nervus vagus, otalgia

Wstęp

U dzieci bóle ucha (otalgia), najczęściej obustronne, są często spowodowane stanami zapalnymi. W postawieniu diagnozy pomaga badanie wzornikowe ucha. U dorosłych bóle ucha zdarzają się rzadziej. Najczęściej też w badaniu przedmiotowym nie stwierdza się zmian zapalnych. W przypadku osób z chorobami nowotworowymi bóle ucha mogą być spowodowane przerzutami do kości czaszki (rzadko). Najczęściej przerzuty do kości są mnogie. Czasami u chorych na zaawansowane choroby nowotworowe otalgia (jednostronna) pojawia się jako objaw izolowany, niezależny od przerzutów guza nowotworowego do kości. Przyczyna bólu może znajdować się w dalekiej odległości od narządu słuchu.

Opis przypadku

U chorej w wieku 65 lat 4 miesiące przed przyjęciem do szpitala rozpoznano raka trzonu trzustki

z przerzutami do wątroby. Z powodu bólu w nadbrzuszu chorej podawano morfinę o kontrolowanym uwalnianiu w dawce 30 mg 2 razy dziennie i plaster fentanylowy 25 µg/godzinę raz na 3 dni. Ponieważ bóle w nadbrzuszu nasilały się, do leczenia włączono diklofenak w tabletkach 2 razy 50 mg/dobę. Chora sprzeciwiała się terapii, twierdząc, że źle reaguje na leki z tej grupy. W przeszłości okresowo chora skarżyła się na pieczenie w przełyku, szczególnie w godzinach wieczornych i po spożyciu posiłku. W związku z tym lekarz prowadzący, poza diklofenakiem, przepisał pantoprazol 40 mg/dobę. Poza lekami przeciwbólowymi chorej podawano laktulozę w syropie w objętości 30 ml/dobę oraz od dłuższego czasu alendronian w dawce 10 mg/dobę. Leczenie spowodowało zmniejszenie objawów bólowych. Przez kilka dni chora odczuwała ból o małym natężeniu, wkrótce zaczęła się skarżyć na nudności i wymioty. Lekarz prowadzący zalecił podawanie metoklopramidu w dawce 10 mg 3 razy dziennie. Nudności i wymioty zmniejszyły się, jednak ból w nad-

Adres do korespondencji: dr med., prof. nadzw. AM w Bydgoszczy Zbigniew Żylicz
Hospice Rozenheuvel, Rosendaalselaan 20, 6891 DD Rozendaal, Holandia
z.zylicz@chello.nl



Polska Medycyna Paliatywna 2003, 2, 3, 195–197
Copyright © 2003 Via Medica, ISSN 1644–115X

brzuszu znacznie się nasilił i przybrał charakter bólu kolkowego. Chora rzadko się wypróżniała, oddając miękki stolec w niewielkich ilościach. Czynności tej towarzyszyły spore ilości gazów. Obwód brzucha znacznie się zwiększył. W tym czasie chora ponownie zaczęła się skarżyć na pieczenie w przełyku, a także na ból prawego ucha. Ból ucha miał charakter ciągły, nasilał się w godzinach wieczornych, powodując bezsenność. Chorą poddano badaniu w przychodni laryngologicznej. Laryngolog nie potrafił jednak określić przyczyn dolegliwości. Na zdjęciu rentgenowskim kości skalistej nie stwierdzono przerzutów guza do kości. Laryngolog zalecił zwiększenie dawki diklofenaku do 100 mg 2 razy dziennie.

Chorą przyjęto do hospicjum. Stwierdzono niewielkiego stopnia odwodnienie. Brzuch był wzdęty, powłoki brzuszne napięte, pępek nie był wygładzony. Na obwodzie wypukiwano niewielkie ilości płynu, który przesuwiał się przy zmianie pozycji ciała. Osłuchowo stwierdzano metaliczną perystaltykę. Podczas badania *per rectum* stwierdzono obecność dużych ilości miękkich mas kałowych w odbytnicy, a także nieregularnego guza w zatoce Douglasa. Guz był wielkości małej pomarańczy, o nieregularnej powierzchni, nieprzesuwalny i bolesny.

Rozpoznano niską niedrożność przewodu pokarmowego prawdopodobnie na tle nowotworowym i zatrzymanie gazów. Ponadto stwierdzono płyn w przestrzeni otrzewnowej i zapalenie przełyku. Podejrzewano, że przyczyną otalgii mogło być również zapalenie przełyku.

Zastosowano terapię polegającą na podaniu „wysokiego” wlewu doodbytniczego z sorbitolu za pomocą cewnika o grubości 1 cm. Syrop laktulozy zamieniono na preparat makrogolu i 2 tabletki 5-miligramowe bisakodylu dziennie. Odstawiono diklofenak i alendronian. W przypadku nasilenia bólu brzucha chora mogła otrzymywać dodatkowe dawki morfiny 5 mg podskórnie. Kontynuowano podawanie metoklopramidu i pantoprazolu.

Doodbytniczy wlew sorbitolu spowodował objawy wypróżnienia, któremu towarzyszyło oddanie dużej ilości gazów. Perystaltyka jelit zmieniła się na bardzo aktywną. Objawy pieczenia w przełyku, a także ból ucha ustąpiły w ciągu 2 dni. Chora nie potrzebowała w tym czasie dodatkowych dawek morfiny.

Dyskusja

Czy otalgia może mieć związek z refluksowym zapaleniem przełyku?

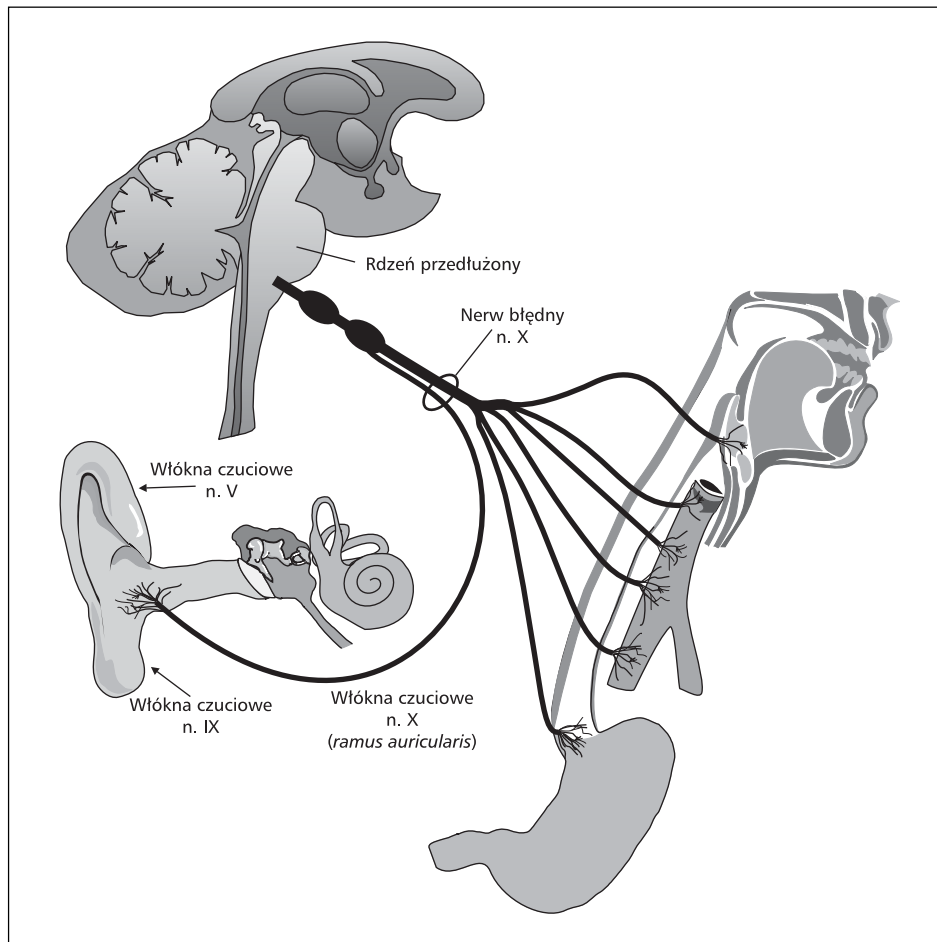
Jednostronny ból ucha, na który skarżyła się chora, można najlepiej opisać jako ból rzutowany z innej

okolicy ciała, czyli *referred otalgia* [1]. Taki ból ucha mogą powodować następujące procesy:

- stany zapalne zębów i przyzębia [2];
- zapalenie migdałków i gardła;
- zmiany chorobowe stawu skroniowo-żuchwowego;
- zmiany nowotworowe w obrębie śródpiersia i wnęk płucnych [3];
- zmiany nowotworowe lub zapalne w obrębie głowy i szyi;
- refluksowe zapalenie przełyku [3, 4].

Co mogłoby być wspólną przyczyną otalgii w tak różnych stanach chorobowych? W powyżej wymienionych sytuacjach istnieje duże prawdopodobieństwo podrażnienia nerwu błędnego [5]. Ból rzutowany powstaje wskutek podrażnienia tego nerwu, unerwiającego niemal wszystkie trzewia. Oprócz włókien motorycznych nerw błędny prowadzi także włókna czuciowe. Włókna te, pochodzące z trzewi (tchawica, płuca, narządy jamy brzusznej), zbiegają się razem z włóknami czuciowymi pochodzącymi z ucha w zwoju dolnym nerwu błędnego (*ganglion inferius N X*). Przy podrażnieniu gałązek czuciowych nerwu błędnego może dojść do projekcji tego podrażnienia na gałązki uszne nerwu błędnego (*rami auriculares N X*). Może to powodować otalgie, najczęściej jednostronną, a także napady suchego kaszlu (ryc. 1). Otalgie spowodowaną zaburzeniem czynności innych narządów w obrębie głowy i szyi można tłumaczyć także faktem, że w czuciowym unerwieniu ucha biorą udział inne nerwy czaszkowe: nerw trójdzielny (V), nerw twarzowy (VII) i nerw językowo-gardłowy (IX).

Leczenia otalgii spowodowanej np. refluksowym zapaleniem przełyku nie powinno się zaczynać od podawania niesteroidowych leków przeciwzapalnych. Leki te same w sobie mogą wywoływać lub nasilać zapalenie przełyku, a przez to i otalgie, szczególnie w przypadkach, w których istnieje wywiad w tym kierunku — tak jak u tej pacjentki. Jeżeli występuje więcej czynników ryzyka zapalenia przełyku, bardzo skuteczne w innych sytuacjach inhibitory pompy protonowej nie są w stanie mu zapobiec. U przedstawionej pacjentki czynnikami ryzyka były: wzrost ciśnienia w obrębie jamy brzusznej spowodowany rozdęciem jelit i stosowanie innych leków mających wpływ na opróżnianie żołądka. Gaz gromadzący się w jelitach pochodził prawdopodobnie z procesu bakteryjnej fermentacji laktulozy [6]. Zastąpienie tego leku preparatem niepowodującym gromadzenia się gazów zwykle bardzo poprawia samopoczucie chorego. Zatrzymaniu gazów sprzyjała niska, niecałkowita niedrożność przewodu pokarmowego, spowodowana rozrostem guza w obrębie miednicy mniejszej w zatoce Douglasa. Niedrożność ta jest zwykle odwracalna poprzez podrażnienie je-



Rycina 1. Połączenia nerwowe biorące udział w powstaniu otalgii
Figure 1. Neuronal pathways in otalgia

lit wlewem doodbytniczym i dekompresją jelita grubego. Podawanie alendronianu z powodu osteoporozy także może powodować dolegliwości żołądkowe i opóźnienie opróżniania żołądka. Opioidy stosowane do zwalczania bólu również mogą wywoływać zaburzenia perystaltyki jelit.

Podsumowując opis tego przypadku, można stwierdzić, że:

- w otalgii u osób dorosłych zawsze należy najpierw przeprowadzić badanie wziernikowe ucha i usunąć woskowinę;
- konieczne jest przeprowadzenie rozszerzonego badania laryngologicznego;
- jeżeli to nie wyjaśni przyczyny otalgii, należy przeprowadzić badanie radiologiczne klatki piersiowej, a także zastanowić się nad przyczynami trzewnymi (np. refluksem żołądkowo-przełykowym);
- można ewentualnie wykonać badania oceniające stopień zaawansowania choroby nowotworowej,

w celu wykluczenia zmian miejscowych w obrębie kości czaszki.

Otalgie powinno się leczyć przyczynowo. Nie zawsze jest to możliwe, szczególnie w przypadku chorych terminalnie. Leki z grupy niesteroidowych leków przeciwzapalnych trzeba stosować ostrożnie, gdyż mogą nasilać otalgie. W tej sytuacji lekami przeciwbólowymi z wyboru mogą być opioidy.

Piśmiennictwo

1. Rareshide E.H., Amedee R.G. Referred otalgia. J. La State Med. Soc. 1990; 142: 7–10.
2. Kreisberg M.K., Turner J. Dental causes of referred otalgia. Ear Nose Throat J. 1987; 66: 398–408.
3. Bindoff L.A., Heseltine D. Unilateral facial pain in patients with lung cancer: a referred pain via the vagus? Lancet 1988; 1: 812–815.
4. Zenian J. Acidic drinks and referred otalgia. Am. J. Otolaryngol. 2002; 23: 69.
5. Blau J.N. Ear pain referred by the vagus. BMJ 1989; 299: 1569–1570.
6. Sahota S.S., Bramley P.M., Menzies I.S. The fermentation of lactulose by colonic bacteria. J. Gen. Microbiol. 1982; 128: 319–325.

