

Zbigniew Zylicz

Dove House Hospice, Hull, Wielka Brytania

Blokada nerwu zastonowego jako klucz do rozpoznania ogniskowych przerzutów raka żołądka do rdzenia kręgowego

Przedrukowano za zgodą z: *Advances in Palliative Medicine* 2009; 8, 3: 121–124

Streszczenie

Ucisk nerwu zastonowego może być przyczyną silnego bólu opornego na leczenie opioidami, odczuwanego przez pacjenta po wewnętrznej stronie uda. W opisanym przypadku ucisk korzeni nerwowych przez ognisko przerzutowe w obrębie kręgu doprowadził do obrzęku nerwu i ucisku w miejscu przejścia nerwu przez wąski odcinek kanału zastonowego w pobliżu kości łonowej. Wstrzyknięcie w tym miejscu bupiwakainy i metyloprednizolonu umożliwiło zniesienie bólu zaledwie na kilka godzin, co sugerowało bardziej ośrodkową lokalizację. W badaniu obrazowym kręgosłupa metodą rezonansu magnetycznego (MRI) wykazano przerzut nowotworu do kręgu L2. Dzięki radioterapii uzyskano kontrolę dolegliwości bólowych w ciągu kilku dni. Przypadek ten pokazuje, że staranne diagnozowanie dolegliwości bólowych pozwala na wdrożenie swoistego postępowania przeciwbólowego i zmniejszenie toksyczności leków, a zwłaszcza opioidów, które mogą być źle tolerowane przez pacjentów z bólem neuropatycznym.

Medycyna Paliatywna w Praktyce 2010; 4, 2: 92–95

Słowa kluczowe: nerw zastonowy, neuropatia nerwu zastonowego, ból w pachwinie, ucisk nerwu, blokada próbna

Wstęp

Chorzy na nowotwory złośliwe często cierpią z powodu dolegliwości bólowych [1]. Nie ma czegoś takiego jak „ból nowotworowy”, podobnie jak nie ma jednej standardowej metody jego leczenia. Niestety, taki wniosek można wyciągnąć na podstawie jednolitego protokołu leczenia bólu u pacjentów z nowotworami złośliwymi [tzw. „drabina analgetyczna” opracowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO, *World Health Organization*)] [2–4]. W rzeczywistości najlepsze wyniki leczenia uzyskuje się wtedy, gdy jest możliwe dokładne rozpoznanie

przyczyny bólu. Dlatego określenie rodzaju dolegliwości bólowych, potwierdzone badaniem obrazowym odpowiednich struktur, umożliwia zastosowanie leczenia mniej toksycznego i bardziej swoistego. Jednak ze względu na różnorodność dolegliwości bólowych [5] występujących u pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową, takie rozpoznanie nie zawsze jest możliwe lub wykonalne.

W niniejszym artykule opisano przypadek pacjentki z rakiem żołądka oraz bólem w okolicy pachwiny i kończyny dolnej. Charakterystyka dolegliwości bólowych i próbna blokada nerwu, potwierdzone badaniem obrazowym metodą rezonansu

Adres do korespondencji: dr Zbigniew Zylicz

Dove House Hospice, Chamberlain Road, HU8 8DH, Hull, Wielka Brytania

e-mail: b.zylicz@dovehouse.org.uk

Tłumaczenie: lek. Ewa Miszczak



Medycyna Paliatywna w Praktyce 2010; 4, 2, 92–95

Copyright © Via Medica, ISSN 1898–0678

magnetycznego (MRI, *magnetic resonance imaging*), pozwoliły na postawienie dokładnego rozpoznania i wdrożenie skutecznego leczenia. Przypadek ten pokazuje, jak ważna jest znajomość różnych zespołów bólowych, które mogą być rzadko spotykane w praktyce klinicznej.

Opis przypadku

U 68-letniej pacjentki 7 miesięcy przed operacją rozpoznano gruczolakoraka żołądka i dwunastnicy. Guz był od początku nieoperacyjny ze względu na zajęcie regionalnych węzłów chłonnych, choć w chwili rozpoznania nie stwierdzono przerzutów odległych. Pacjentka otrzymała 3 cykle chemioterapii z zastosowaniem epirubicyny, cisplatyny i kapecytabiny. Leczenie spowodowało utrzymujące się przez 3 miesiące obiektywne zmniejszenie masy guza i zadowalającą poprawę objawów przedmiotowych. Zwłaszcza ból w okolicy żołądka i nudności występujące po posiłkach były znacznie mniej nasilone. Cztery tygodnie przed przyjęciem do hospicjum pacjentka zaczęła skarżyć się na ból w prawej pachwinie i osłabienie prawej kończyny dolnej przy przywodzeniu. Rozpoczęto leczenie za pomocą plastrów fentanylu w dawce 25 $\mu\text{g/h}$ i deksametazonu (8 mg/d.). U chorej wystąpiło silne zaparcie stolca mimo stosowania środka rozwalniającego (*co-danthramer*), ale dolegliwości bólowe nie ustąpiły. Dawka fentanylu nie mogła być zwiększona ze względu na znaczne zaparcie, nasilające się nudności i sporadyczne wymioty. W chwili przyjęcia chora była lekko odwodniona. W badaniu palpacyjnym stwierdzano wyczuwalny guz w nadbrzuszu. Brzuch był w całości bolesny dotykowo, ale szmery jelitowe — prawidłowe. Pacjentka odczuwała silny ból podczas badania palpacyjnego w bocznej okolicy wzgórką łónowego (5 cm od linii pośredkowej), a mięśnie przywodzące były bolesne dotykowo i osłabione. Występowała wyraźna przeczulica po wewnętrznej stronie prawego uda.

Pacjentkę leczono za pomocą próbnego wstrzyknięcia w okolicy bolesnego miejsca zlokalizowanego po prawej stronie spojenia łónowego. Wprowadzono igłę nr 22 o długości 50 mm; po dotarciu do kości łónowej igłę poprowadzono ostrożnie do miejsca maksymalnego natężenia bólu, a następnie wstrzyknięto leki (15 mg bupiwakainy i 40 mg metyloprednizolonu).

Dawkę fentanylu zmniejszono do 12 $\mu\text{g/h}$, ponadto pacjentka otrzymała pojedynczą dawkę 8 mg metylonaltreksonu s.c., co spowodowało obfite wypróżnienie w ciągu 30 min.

Według relacji chorej następnego dnia, bezpośrednio po wykonaniu wstrzyknięcia, natężenie bólu zmniejszyło się prawie do zera, natomiast w nocy ból w okolicy prawej pachwiny powrócił. Nudności i wymioty ustąpiły, a pacjentka sprawiała wrażenie pogodnej i ożywionej.

W badaniu MRI wykazano zmiany ogniskowe, prawdopodobnie o charakterze przerzutowym, w przednio-bocznej części trzonu kręgu L2. Pacjentka została poddana radioterapii pojedynczą dawką 8 Gy w okolicy L1–3.

Ból w prawej pachwinie ustąpił w ciągu tygodnia, ale nadal stosowano plaster z fentanylem w dawce 12 $\mu\text{g/h}$, ze względu na dolegliwości w nadbrzuszu. Kilka tygodni później u pacjentki nastąpiła progresja choroby z całkowitą wysoką niedrożnością przewodu pokarmowego. Chora zmarła w spokoju kilka dni później. Skargi na ból w kończynie dolnej nie powtórzyły się.

Dyskusja

U opisywanej pacjentki występował silny ból prawej pachwiny i prawej kończyny dolnej, który nie reagował na leczenie fentanylem. Rodzaj bólu sugerował ucisk nerwu zaślónowego (tzw. nerwoból zaślónowy) [6–8]. Wynik próbnego wstrzyknięcia leku miejscowo znieczulającego i metyloprednizolonu wskazywał, że ból ten reagował jedynie na miejscowe znieczulenie, przy braku odpowiedzi na metyloprednizolon. To z kolei sugerowało, że miejsce ucisku nerwu mogło być zlokalizowane wyżej — na poziomie korzeni nerwowych (z powodu przerzutu do kości lub wypukliny krążka międzykręgowego) lub w obrębie miednicy (naciekanie guza). Pacjentkę skierowano na pilne badanie MRI, w którym faktycznie wykazano pojedynczą zmianę w obrębie kręgu L2 i brak nacieków nowotworowych w miednicy. Radioterapia z użyciem pojedynczej dawki w okolicy L2 i sąsiednich kręgow łędźwiowych pozwoliła uzyskać optymalną kontrolę bólu.

Nerw zaślónowy zazwyczaj odchodzi od korzeni L2–L4 [9, 10], dlatego obecność przerzutu kostnego w odcinku L2 mogła oddziaływać na korzeń tworzący wymieniony nerw. Zasięg radioterapii rozszerzono na trzy kręgi (L1–3), obejmując przeważającą część korzeni danego nerwu.

Wskutek ucisku korzenia nerwowego, na przykład na poziomie kręgu L2, może dochodzić do obrzęku nerwu obwodowego [11, 12]. Powoduje to podatność nerwu na ucisk w miejscach zwężonych, przez które przechodzi dany nerw, na przykład między mięśniami lub podwężziami bądź w pobliżu wyniosłości kostnych, tak jak w opisanym przypadku (kanał za-

stonowy i kość łonowa). Mechanizm ten jest szczególnie ważny w przypadku nerwów, które często przechodzą przez wąskie przestrzenie. Z klinicznego punktu widzenia, u pacjenta z uciskiem nerwu występuje miejscowa bolesność w punkcie ucisku — miejsce to jest niezwykle bolesne przy dotykaniu, a ból promieniuje do obszarów obwodowych zaopatrywanych przez dany nerw. Dlatego przyczyna jakichkolwiek dolegliwości bólowych odczuwanych przez pacjenta może być zlokalizowana na znacznie wyższym poziomie. Jest to zgodne z nieco kontrowersyjną hipotezą podwójnego uszkodzenia (*double crush*) [13–17], która zakłada, że u pacjentów z zespołem cieśni nadgarstka znacznie częściej ucisk nerwu występuje w odcinku proksymalnym (spowodowany przez pierwsze żebro) [13]. Rzeczywiście, wstrzyknięcie leku miejscowo znieczulającego w obszar odczuwania bólu znosi dolegliwości jedynie na kilka godzin, natomiast podanie metyloprednizolonu jest nieskuteczne. W przypadku obwodowego ucisku nerwu można oczekiwać, że steroidy będą działały skutecznie przez okres kilku tygodni lub miesięcy [18–20]. W opisywanym przypadku badanie MRI dostarczyło kluczowej wskazówki pozwalającej na ustalenie rozpoznania. Przy dobrej odpowiedzi na steroidy badanie MRI można odłożyć na później lub z niego zrezygnować. Obecność symetrycznych, obustronnie zlokalizowanych punktów bolesnych w miejscach typowych również może sugerować ośrodkową przyczynę bólu.

Nie wiadomo, dlaczego pacjentka nie zareagowała na deksametazon w formie doustnej; być może dawka leku nie była wystarczająco duża. Możliwe też, że chora nie tolerowała leku, w wyniku czego dawka została zmniejszona zbyt szybko.

Blokadę nerwu zasłonowego najlepiej jest wykonywać z użyciem ultrasonografii [9, 21, 22]; technika ta jest stosowana nie tylko w celu opanowania bólu, lecz także w znieczuleniu miejscowym przed operacjami kolana [23, 24]. W hospicjum autora niniejszej pracy, ze względu na długą listę oczekujących na zabiegi wykonywane przez zespół anestezjologiczny, blokadę przeprowadzono samodzielnie. Opisana blokada nie jest trudna do wykonania i nie wiąże się z ukrytymi zagrożeniami czy powikłaniami. Podawane leki zazwyczaj przenikają na kilka centymetrów wokół miejsca wstrzyknięcia, co przyczynia się do uzyskania całościowego efektu. Wyniki można ocenić w ciągu kilku dni po wykonaniu blokady.

Wniosek

Według autora znajomość swoistych zespołów bólowych może być pomocna w opanowywaniu bólu opornego na dotychczasowe metody leczenia. Nie-

które rodzaje bólu mogą być wykryte za pomocą nowoczesnych technik obrazowych i leczone swoiście. Takie podejście, zamiast niespecyficznego leczenia każdego rodzaju bólu za pomocą coraz większych dawek analgetyków systemowych, może zapewnić lepsze wyniki terapii. Oprócz nerwobólu zasłonowego istnieje wiele innych zespołów bólowych spowodowanych uciskiem nerwów obwodowych, które są praktycznie nieznanne w onkologii i medycynie paliatywnej.

Piśmiennictwo

1. van den Beuken-van Everdingen M.H., de Rijke J.M., Kessels A.G., Schouten H.C., van Kleef M., Patijn J. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Ann. Oncol.* 2007; 18: 1437–1449.
2. Maltoni M., Scarpi E., Modonesi C. i wsp. A validation study of the WHO analgesic ladder: a two-step vs three-step strategy. *Support Care Cancer* 2005; 13: 888–894.
3. Porta-Sales J., Gomez-Batiste X., Tuca-Rodriguez A., Madrid-Juan F., Espinosa-Rojas J., Navarro J.T. WHO analgesic ladder-or lift? *Eur. J. Pall. Care* 2003; 10: 105–109.
4. Jadao A.R., Browman G.P. The WHO analgesic ladder for cancer pain management. Stepping up the quality of its evaluation. *JAMA* 1995; 274: 1870–1873.
5. Twycross R., Harcourt J., Bergl S. A survey of pain in patients with advanced cancer. *J. Pain Symptom. Manage.* 1996; 12: 273–282.
6. Rigaud J., Labat J.J., Riant T., Bouchot O., Robert R. Obturator nerve entrapment: diagnosis and laparoscopic treatment: technical case report. *Neurosurgery* 2007; 61: E175; discussion E.
7. Bradshaw C., McCrory P., Bell S., Brukner P. Obturator nerve entrapment. A cause of groin pain in athletes. *Am. J. Sports Med.* 1997; 25: 402–408.
8. Bradshaw C., McCrory P. Obturator nerve entrapment. *Clin. J. Sport Med.* 1997; 7: 217–219.
9. Anagnostopoulou S., Kostopanagiotou G., Paraskeuopoulos T., Alevizou A., Saranteas T. Obturator nerve block: from anatomy to ultrasound guidance. *Anesth. Analg.* 2008; 106: 350; author reply-1.
10. Akkaya T., Comert A., Kendir S. i wsp. Detailed anatomy of accessory obturator nerve blockade. *Minerva Anesthesiol.* 2008; 74: 119–122.
11. Aota Y., Onari K., An H.S., Yoshikawa K. Dorsal root ganglia morphologic features in patients with herniation of the nucleus pulposus: assessment using magnetic resonance myelography and clinical correlation. *Spine (Phila Pa 1976)* 2001; 26: 2125–2132.
12. Bredella M.A., Tirman P.F., Fritz R.C., Wischer T.K., Stork A., Genant H.K. Denervation syndromes of the shoulder girdle: MR imaging with electrophysiologic correlation. *Skeletal. Radiol.* 1999; 28: 567–572.
13. Russell B.S. Carpal tunnel syndrome and the "double crush" hypothesis: a review and implications for chiropractic. *Chiropr. Osteopat.* 2008; 16: 2.
14. Childs S.G. Double crush syndrome. *Orthop. Nurs.* 2003; 22: 117–121; quiz: 22–23.
15. Morgan G., Wilbourn A.J. Cervical radiculopathy and co-existing distal entrapment neuropathies: double-crush syndromes? *Neurology* 1998; 50: 78–83.
16. Wilbourn A.J., Gilliat R.W. Double-crush syndrome: a critical analysis. *Neurology* 1997; 49: 21–29.
17. Chaudhry V., Clawson L.L. Entrapment of motor nerves in motor neuron disease: does double crush occur? *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 1997; 62: 71–76.

18. Cole B.J., Schumacher H.R., Jr. Injectable corticosteroids in modern practice. *J. Am. Acad. Orthop. Surg.* 2005; 13: 37–46.
19. Buchbinder R., Green S., Youd J.M. Corticosteroid injections for shoulder pain. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2003: CD004016.
20. Barnsley L. Steroid injections: effect on pain of spinal origin. *Best Pract. Res. Clin. Anaesthesiol.* 2002; 16: 579–596.
21. Sinha S.K., Abrams J.H., Houle T.T., Weller R.S. Ultrasound-guided obturator nerve block: an interfascial injection approach without nerve stimulation. *Reg. Anesth. Pain Med.* 2009; 34: 261–264.
22. Akkaya T., Ozturk E., Comert A. i wsp. Ultrasound-guided obturator nerve block: a sonoanatomic study of a new methodologic approach. *Anesth. Analg.* 2009; 108: 1037–1041.
23. Bergeron S.G., Kardash K.J., Huk O.L., Zukor D.J., Antoniou J. Functional outcome of femoral versus obturator nerve block after total knee arthroplasty. *Clin. Orthop. Relat. Res.* 2009; 467: 1458–1462.
24. Kardash K., Hickey D., Tessler M.J., Payne S., Zukor D., Velly A.M. Obturator versus femoral nerve block for analgesia after total knee arthroplasty. *Anesth. Analg.* 2007; 105: 853–858.