

# Leczenie bólu u pacjentki z rakiem szyjki macicy z naciekiem na kość krzyżową i splot krzyżowy

Pain management in woman with advanced cervical cancer and local spread to iliac bone and sacral plexus

## Streszczenie

Artykuł dotyczy przypadku 34-letniej kobiety z nawrotowym rakiem szyjki macicy z naciekiem na węzły chłonne miednicy mniejszej, węzły chłonne pachwinowe, kość krzyżową, kość biodrową, korzenie nerwowe S1-S2 oraz mięśnie pośladkowe. Pacjentka miała znacznego stopnia wyniszczenie i silny zespół bólowy (NRS 7–9) głównie w zakresie unerwienia S1-S2. Po zastosowanym leczeniu ból udało się u chorej zredukować do poziomu NRS 3.

*Medycyna Paliatywna w Praktyce 2015; 9, 2: 52–54*

**Słowa kluczowe:** rak szyjki macicy, przerzuty, ból kostny, ból neuropatyczny, leczenie

## Abstract

This report describes a case of 34 years old woman suffering from advanced cervical cancer, with the spread to pelvic and inguinal lymph nodes, sacral bone, iliac bone, spinal nerve roots S1-S2 and gluteal muscles. It was accompanied by cachexia and pain (NRS 7–9), mostly within S1-S2 innervation. This was reduced with applied treatment to the level of NRS 3.

*Medycyna Paliatywna w Praktyce 2015; 9, 2: 52–54*

**Key words:** cervical cancer, metastases, bone pain, neuropathic pain, treatment

## Wstęp

U chorego na nowotwór możemy mieć do czynienia zarówno z bólem ostrym, jak i z bólem przewlekłym. Ze względu na patomechanizm występować może ból receptorowy (somatyczny — mięśniowo-powięziowy i trzewny) i niereceptorowy (neuropatyczny i psychogeny). U co najmniej 50% chorych na nowotwór poza bólem podstawowym mogą występować bóle przebijające. Statystycznie najczęściej powodem

bólu jest sam nowotwór, często jednak również postępujące wyniszczenie i osłabienie oraz procedury diagnostyczne i lecznicze (przetrzywały ból pooperalny, polineuropatia po chemioterapii, pleksopatie po radioterapii itd.). Za ból towarzyszący chorobie nowotworowej uważa się również wszystkie przewlekłe zespoły bólowe występujące u pacjenta. U jednego chorego mogą występować dolegliwości bólowe zlokalizowane w różnych miejscach. W każdym z tych miejsc ból może mieć różny mechanizm powstawania

**Adres do korespondencji:** dr n. med. Małgorzata Malec-Milewska  
Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii  
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Prof. W. Orłowskiego CMKP  
ul. Czerniakowska 231, 00–416 Warszawa  
e-mail: [lmilewski@post.home.pl](mailto:lmilewski@post.home.pl)



Medycyna Paliatywna w Praktyce 2015; 9, 2, 52–54  
Copyright © Via Medica, ISSN 1898–0678

i wymagać odrębnego postępowania terapeutycznego nakierowanego na przyczynę. Podstawą leczenia bólu jest oczywiście farmakoterapia, czyli odpowiednio dobrane i dawkowane leki przeciwbólowe i adiuwantowe, ale w terapii wykorzystuje się również radioterapię, chemioterapię, hormonoterapię, interwencyjne metody leczenia bólu, rehabilitację i psychoterapię [1–8].

## Opis przypadku

Kobieta, lat 34, z zawodu psycholog, została skierowana do poradni leczenia bólu przez lekarza rejonowego (specjalista chorób wewnętrznych) z rozpoznaniem: ból w przebiegu nowotworu szyjki macicy.

## Wywiad

Pacjentka bez chorób dodatkowych. Nowotwór szyjki macicy rozpoznany w 2013 roku leczony pierwotnie radio- i chemioterapią. W badaniu histopatologicznym mikroskopowym (12.06.2013 r.): fragment utkania rakowego o dużym stopniu odróżnicowania pochodzenia nabłonkowego. Chora bez dolegliwości bólowych do lutego 2015 roku. Pierwszym objawem nawrotu choroby nowotworowej był ból, który narastał stopniowo od poziomu NRS 3 (*numerical rating scale*, skala numeryczna) do NRS 7–8. W marcu 2015 roku zabieg operacyjny, podczas którego pobrane zostały tylko wycinki, z następową radio- i trzykrotną chemioterapią. W badaniach obrazowych miednicy mniejszej (29.09.2015 r.): stan po radioterapii raka szyjki macicy — obszar przebudowy bliznowatej, bez cech wznowy miejscowej; patologiczny pakiet węzłów chłonnych o średnicy 40/25 mm zlokalizowany poniżej podziału naczyń biodrowych wspólnych, do tyłu od naczyń biodrowych zewnętrznych; nieregularny, skonsolidowany naciek pomiędzy naczyniami biodrowymi i kością o przekroju 50/27 mm nad rozwidleniem tętnicy biodrowej, otaczający naczynia; pogrubiały objęty naciekiem okołonerkowym lewy korzeń S1 w otworze krzyżowym i poniżej otworu; naciek na korzeń S2 poniżej otworu krzyżowego; naciek szpiku przyległej części kości biodrowej lewej, poniżej stawu krzyżowo-biodrowego; pakiety węzłów chłonnych z obrzękiem tkanek miękkich w okolicy pachwiny lewej; cechy nacieku na mięśnie: zasłaniasz wewnętrzny, pośladkowy mniejszy i średni.

W chwili przyjęcia w poradni (25.01.2016 r.) chora była bardzo wyniszczona (masa ciała < 40 kg, utrata masy ciała ok. 25 kg); ból obejmował kręgosłup w odcinku krzyżowym, krocze, pośladek lewy, tylną przysrodkową część uda i łydki po stronie lewej, zewnętrzny brzeg stopy, piętę i palec 5 oraz częściowo 4 stopy lewej (zakres unerwienia korzeni S1-S2). Ból sta-

ły miał natężenie NRS 7, napadowy pojawiał się około 10 razy/dobę i miał natężenie NRS 9. Ból miał charakter ostry, rwący, piekący, pogarszał jakość życia, uniemożliwiał wykonywanie zarówno pracy zawodowej, jak i codziennych podstawowych czynności, uniemożliwiał sen (nasilenie bólu w nocy). Chora nie została przez radioterapeutów zakwalifikowana do dalszej radioterapii, a zgodnie z decyzją onkologów nie zastała również zakwalifikowana do dalszego leczenia onkologicznego.

### Leczenie przed przyjęciem do poradni:

- **oksykodon** w postaci tabletek o kontrolowanym uwalnianiu (2 × 80 mg),
- **deksametazon** (3 × 2 mg),
- **gabapentyna** (200 × 200 × 400 mg),
- ratunkowo **fentanyl** w postaci tabletek przezśluzówkowych (10 × 800 µg) z przekroczeniem dozwolonego dobowego dawkowania,
- ze względu na brak skuteczności terapii przeciwbólowej chorej zaproponowano założenie cewnika do przestrzeni podpajeczynówkowej i podawanie opioidów podpajeczynówkowo przy pomocy pompy zewnętrznej (chora waha się z wyrażeniem zgody na ten rodzaj terapii).

### Leczenie włączone w poradni:

- **oksykodon** w postaci tabletek o kontrolowanym uwalnianiu (2 × 80 mg) — **utrzymano w tej samej dawce**;
- **deksametazon** (3 × 2 mg) — **utrzymano dawkę, zmieniono dawkowanie na 1 × 6 mg rano**;
- **gabapentyna** (200 × 200 × 400 mg) — **zamieniono na pregabalinę** (2 × 150 mg);
- **fentanyl** w postaci tabletek przezśluzówkowych — **ratunkowo (chora wymaga po zmianie terapii 3 dawek ratunkowych — dawka pojedyncza 200–400 µg)**;
- **lornoksykam** (2 × 8 mg) — **włączono**;
- **pantoprazol** (20 mg rano) — **włączono**;
- **amitryptylina** (w stopniowo zwiększanej dawce 10–20–30 mg/noc) — **włączono**;
- **octan megestrolu** (w stopniowo zwiększanej dawce 10–20–30 mg/dobę) — **włączono**.

## Uzyskany efekt

U pacjentki uzyskano zredukowanie bólu stałego do poziomu NRS < 3; liczba napadów bólów/bólów przebijających uległa zmniejszeniu do 3/dobę; zmniejszyło się również natężenie bólu napadowego do NRS 6–7 i do jego zniesienia wystarcza niższa niż dotychczas dawka fentanylu przezśluzówkowego (200–400 µg). Chora bez bólu przesypia całą noc, ma lepszy apetyt i zaczyna przybierać na wadze. Radzi sobie z wykonywaniem codziennych czynności, wróciła również do wykonywania pracy zawodowej.

## Podsumowanie

### Co zrobić, kiedy zastosowane leczenie jest nieskuteczne?

- Przeanalizować, dlaczego zastosowane leczenie jest nieskuteczne.
- Przeanalizować, jakie rodzaje bólu występują u pacjenta (wnikliwa ocena lokalizacji dolegliwości bólowych i wyników badań obrazowych).
- Dostosować farmakoterapię do stwierdzonych rodzajów bólu, wdrożyć oraz oceniać zastosowane leczenie.
- Rozważyć, czy u pacjenta istnieje możliwość zastosowania innych metod leczenia (radioterapia, chemioterapia itd.).
- Rozważyć, czy u pacjenta istnieje możliwość zastosowania interwencyjnych metod leczenia.

Na przykładzie pacjentki można powiedzieć, że samo włączenie terapii nakierowanej na wszystkie występujące rodzaje bólu — receptorowy (somatyczny, trzewny), niereceptorowy (neuropatyczny), mieszany (kostno-somatyczny/neuropatyczny), zarówno na ból podstawowy, jak i przebijający, spowodowało złagodzenie dolegliwości do granicy tolerowalnego bólu (NRS < 3, liczba bólów przebijających < 4). Do dyspozycji u tej pacjentki w przypadku nasilenia dolegliwości bólowych pozostaje neurochirurgiczne obarczenie korzeni nerwowych, neuraliza splotu odbrzusznego górnego i zwoju Waltera oraz implantacja cewnika do przestrzeni podpajęczynówkowej z podawaniem opioidów dokanałowo [1–8].

## Piśmiennictwo

1. Filipczak-Bryniarska I., Rucińska M., Bryniarski K., Woroń J. Ból kostny. W: Chory na nowotwór — kompendium leczenia bólu. Malec-Milewska M., Krajnik M., Wordliczek J. (red.). Medical Education, Warszawa 2013: 399–412.
2. Krajnik M. Zasady oceny bólu u chorego na nowotwór. W: Chory na nowotwór — kompendium leczenia bólu. Malec-Milewska M., Krajnik M., Wordliczek J. (red.). Medical Education, Warszawa 2013: 33–43.
3. Krajnik M., Malec-Milewska M. Zasady leczenia bólu u chorych na nowotwory. W: Stany nagłe w onkologii. Szawłowski A.W., Wallner G. (red.). Termedia, Poznań 2015: 21–35.
4. Krajnik M., Sobański P. Standardy leczenia bólu w chorobie nowotworowej: drabina analgetyczna, miareczkowanie opioidów i postępowanie w przypadku działań niepożądanych analgetyków opioidowych. W: Chory na nowotwór — kompendium leczenia bólu. Malec-Milewska M., Krajnik M., Wordliczek J. (red.). Medical Education, Warszawa 2013: 179–195.
5. Malec-Milewska M., Sękowska A., Woroń J. Bóle przebijające. W: Chory na nowotwór — kompendium leczenia bólu. Malec-Milewska M., Krajnik M., Wordliczek J. (red.). Medical Education, Warszawa 2013: 435–446.
6. Malec-Milewska M., Wordliczek J. Interwencyjne metody leczenia bólu u chorego na nowotwór. W: Medycyna paliatywna. de Walden-Gałuszko K., Ciałkowska-Rysz A. (red.). PZWL, Warszawa 2015: 59–74.
7. Wordliczek J., Zajączkowska R. Mechanizmy powstawania bólu u chorego na nowotwór. W: Chory na nowotwór — kompendium leczenia bólu. Malec-Milewska M., Krajnik M., Wordliczek J. (red.). Medical Education, Warszawa 2013: 17–30.
8. Zajączkowska R., Malec-Milewska M., Adamczyk A. Charakterystyka kliniczna i leczenie bólu neuropatycznego u chorego na nowotwór. W: Chory na nowotwór — kompendium leczenia bólu. Malec-Milewska M., Krajnik M., Wordliczek J. (red.). Medical Education, Warszawa 2013: 413–433.