

Problemy diagnostyczne u chorego z bólem neuropatycznym

Teofan M. Domżał

Klinika Neurologiczna Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie

STRESZCZENIE

Prezentowano przypadek chorego z bólem neuropatycznym w zakresie korzenia L4, który na podstawie wyników badań obrazowych został uznany za ból korzeniowy w przebiegu dyskopatii lędźwiowej. Ustalono rozpoznanie było wskazaniem do podjęcia leczenia operacyjnego, które jednak nie przyniosło spodziewanego efektu. Leki przeciwbólowe również nie pomagały. Niezgodność charakteru bólu i jego lokalizacji klinicznej z obrazem uzyskanym metodą rezonansu magnetycznego skłoniły do szukania innej jego przyczyny. W uzupełniwym wywiadzie okazało się, że ból mógł być spowodowany półpaścem. Gabapentyna przyniosła całkowite ustąpienie bólu po 3 miesiącach leczenia.

Autor wskazuje na znaczenie badania klinicznego i poprawnego rozmowienia diagnostycznego w ustaleniu przyczyny bólu i w postępowaniu leczniczym.

Słowa kluczowe: neuropatia po półpaścu, rwa udowa, diagnostyka

Prezentowany niżej przypadek obrazuje znacznie dobrze zebranego wywiadu i poprawnego myślenia klinicznego, które obecnie jest bardzo zaniebdywane na rzecz rutynowego działania na podstawie wyników nowoczesnych badań diagnostycznych. Nie zawsze jednak wynik ten jest zgodny z obrazem klinicznym. W takich przypadkach należy ostrożnie interpretować uzyskane wyniki, biorąc pod uwagę przede wszystkim objawy kliniczne.

Adres do korespondencji: prof. dr hab. med. Teofan M. Domżał
 Klinika Neurologiczna Wojskowego Instytutu Medycznego
 ul. Szaserów 128, 00-909 Warszawa
 e-mail: teofandomzal@poczta.onet.pl
 Polski Przegląd Neurologiczny 2007, tom 3, 4, 279-280
 Wydawca: „Via Medica sp. z o.o.” sp.k.
 Copyright © 2007 Via Medica

Opis przypadku

Chory w wieku 53 lat skarżył się na napadowy ostry ból w lewej okolicy lędźwiowej, promieniujący do kolana. Napady bólu występowały spontanicznie; czasem w nocy, rzadziej były prowokowane niewielkim wysiłkiem, na przykład jazdą na rowerze, uniesieniem rąk ku górze. Ból miał charakter pieczenia, przypalania ogniem; niekiedy był ciągły. Dolegliwości trwały już 5 miesięcy. W ostrym okresie pacjent zgłosił się do lekarza rodzinnego, który polecił wykonanie badania radiologicznego kręgosłupa lędźwiowego. Ujawniło ono zwężenie szpary między kręgami L5-S1. Z rozpoznaniem dyskopatii chory trafił na oddział neurologiczny. W badaniu przedmiotowym stwierdzono brak odruchu kolanowego. Wykonano nakłucie lędźwiowe i nie zaobserwowano zmian w płynie mózgowo-rdzeniowym. Badanie metodą rezonansu magnetycznego (MRI, *magnetic resonance imaging*) uwidocznilo wypuklenie krążka międzykręgowego na poziomie L5-S1 z wyraźnym uciskiem na korzeń S1. Po konsultacji z neurochirurgiem chorego przeniesiono na oddział neurochirurgiczny, gdzie usunięto mu wypuklinę na wskazanym poziomie. Przez kilka dni po zabiegu ból był mniejszy, ale po uruchomieniu i wypisaniu do domu ból powrócił z takim samym natężeniem i w tej samej lokalizacji; był dokuczliwy szczególnie w nocy. Chorego konsultował ambulatoryjnie autor niniejszego artykułu, który stwierdził brak odruchu kolanowego lewego, zanik mięśni prostowników uda oraz przeczulicę na skórze uda powyżej kolana.

Przypadek wydawał się prosty i dość typowy. Charakter bólu i objawy ubytkowe wskazywały na

ból neuropatyczny na skutek uszkodzenia korzenia rdzeniowego tylnego. Jednak zespół bólowy nie odpowiadał lokalizacji ucisku na operowanym poziomie, czyli w obrębie korzenia S1, i sugerował, że zajęty jest korzeń L4. Kontrolne badanie MRI nie ujawniło jednak ucisku na poziomie odpowiadającym lokalizacji klinicznej. Leczenie preparatami z grupy niesteroidowych leków przeciwbólowych nie przynosiło żadnej poprawy.

Biorąc pod uwagę brak skuteczności terapii, niezgodność lokalizacyjną, brak ucisku na podejrzanym poziomie oraz piekący charakter bólu, autor uwzględnił inną jego przyczynę i ponownie zebrał szczegółowy wywiad chorobowy. Wynikało z niego, że kiedy ból pojawił się po raz pierwszy, chory zażywał leki przeciwbólowe i smarował skórę mazidłem, którego nazwy nie pamięta, po czym drugiego dnia pojawiła się wysypka na skórze powyżej kolana. Pacjent sądził, że to uczulenie, ale wysypka utrzymywała się około tygodnia lub dłużej. Ta informacja nasunęła przypuszczenie, że mógł to być półpasiec. Zastosowano karbamazepinę, którą po 2 tygodniach — wobec braku poprawy — zastąpiono gabapentyną w zwiększanych dawkach, aż do 1,2 g na dobę. Już po kilku dniach odnotowano poprawę, a po tygodniu ból ustąpił całkowicie. Leczenie utrzymywano przez 3 miesiące, ponieważ wcześniejsza próba zmniejszenia dawki powodowała pojawianie się dolegliwości.

Omówienie

Przypadek jest bardzo pouczający z praktycznego punktu widzenia. Działanie lekarzy może się wydać poprawne, ponieważ wykonano badania zgodnie ze wskazaniem i na podstawie zebranego wywiadu chorobowego. Został jednak popełniony błąd w rozumowaniu klinicznym i zbyt mocno zaufano sugestywnemu wynikowi badania obrazowego, które ujawniło możliwą przyczynę bólu. Nie było to jednak zgodne z obrazem klinicznym, który wskazywał na uszkodzenie korzenia L4. Niestety, przeważał wynik badania pomocniczego, który przeceniono na niekorzyść stanu przedmiotowego.

Z doświadczenia i z wielu doniesień wiadomo, że wyniki badań obrazowych nie zawsze są zgodne z obrazem klinicznym. Często ujawnione za ich pomocą zmiany wydają się większe, co określa się jako przekłamanie. Ocenia się, że u osób około 50. roku życia bez dolegliwości bólowych w blisko 25% przypadków można stwierdzić objawy dyskopatii sugerujące ucisk korzenia zobrazowany w badaniach metodą tomografii komputerowej lub MRI [1]. Wiadomo także, że zdarzają się przypadki półpaśca bez zmian skórnych, których skutkiem może być bolesna neuropatia. Wirus opryszczki, powodujący ospę wietrzną, wnika do organizmu ludzkiego i pozostaje w nim przez całe życie. Stwierdzono jego obecność podczas autopsji w zwojach nerwu trójdzielnego oraz w zwojach międzykręgowych i współczulnych [2]. Wirus staje się aktywny i powoduje objawy półpaśca w stanach osłabienia odporności z wycieńczeniem i innymi chorobami oraz po leczeniu cytostatycznym. Neuropatia spowodowana półpaścem występuje w każdym przypadku, wywołując silny ból w okresie ostrym, który tylko w 15% przypadków utrzymuje się dłużej niż rok. U osób starszych, po 65. roku życia, w połowie przypadków ból może trwać dłużej [3]. W każdym przypadku bólu neuropatycznego należy brać pod uwagę taką przyczynę, jeśli nie znajduje się innej, a charakter bólu piekącego i jego lokalizacja mogą na to wskazywać.

W opisanym wyżej przypadku prawidłowe rozpoznanie przyczyny zostało zatarte zarówno przez wynik badania wskazujący na dyskopatię z uciskiem, jak i brak odpowiedniej informacji ze strony pacjenta dotyczącej wysypce na skórze.

PIŚMIENNICTWO

1. Deyo R.A., Rainville J., Kent D.L. What can the history and physical examination tell about low back pain? *J. Am. Med. Ass.* 1992; 268: 760–765.
2. Gildea D.H., Gessre R., Smith J. i wsp. Presence of VZV and HSV-1 DNA in human nodose and celiac cells. *Virus Res.* 2001; 23: 145–147.
3. Portenoy R.K., Duma C., Foley K.M. Acute herpetic and postherpetic neuralgia: clinical review and current management. *Ann. Neurol.* 1986; 20: 651–664.