

ZDRAVLJENJE KRONIČNE PERINEALNE BOLEČINE PRI RAKAVI BOLEZNI

Drago Ažman

Perinealna bolečina je bolniku z lokalno napredovalim rakom v predelu male medenice zelo neprijetna in moteča senzacija.

Najpogostnejši vzrok perinealne bolečine je napredovanje raka na rektumu in anusu, vratu maternice, vagini, vulvi, prostati in mehurju.

Najpogostnejši vzrok za bolečino je lokalno dogajanje bodisi zaradi motene črevesne pasaže, pritiska na živčno nitje, prekrvavitvenih motenj zaradi prizadetosti velikih žil ali razpada tumorja in fibroze po obsevalnem zdravljenju.

Območja inervacije so: za sigmo in rektum zgornji lumbalni in sakralni pletež; za telo maternice spodnji torakalni in zgornji lumbalni segmenti; za maternični vrat sakralni segmenti; za prostato prav tako spodnji torakalni in sakralni segmenti; za vrat mehurja pa sakralni segmenti.

V Sloveniji opažamo pri raku na rektumu približno 30 do 50% regionalne razširitve, pri materničnem vratu okoli 34%, pri materničnem telesu okoli 10%, pri nožnici in vulvi okoli 40%, pri prostati okoli 5%, mehurju približno 20% (različno glede na spol).

Po tipu bolečine najdemo pravzaprav vse oblike bolečine, od somatične visceralne do nevropatične. Pogosto gre pri bolniku za mešano bolečino, odvisno od razširjenosti lokalnega recidiva. Večina bolnikov ima težave pri sedenju, imajo občutek stalnega pritiska na blato in vodo, mikcija je pogosto motena, bodisi da gre za inkontinenco ali občutek stalnega draženja mehurja. Dodatne težave povzroča tudi razpad tumorja po kemo- ali obsevalni ali krioterapiji.

Zdravljenje bolečine je odvisno od opredelitve njenega vzroka. Ker je delež nociceptivne bolečine običajno v ospredju, jo najprej zdravimo predvsem z zdravili, in sicer z blagimi ali močnimi opiaty ob podpori drugih protibolečinskih zdravil. Bolečino ocenjujemo po lestvici VAS v milimetrih.

Jakost te bolečine je pri večini bolnikov izredno močna; pogosto se tudi hitro stopnjuje, zato samo sistemski analgetiki zelo pogosto ne zadoščajo. Prav zaradi tega smo v oddelku za terapijo bolečine na Onkološkem inštitutu izdelali posebno strategijo zdravljenja perinealne bolečine z lokalnimi oz. spinalnimi blokadami, z lokalnimi anestetiki in nevroolitiky; z nevroliko ustreznih segmentov ali prizadetih pletežev, ki oskrbujejo to območje. Blokade izvajamo bodisi posamično ali s pomočjo epiduralnega katetra.

Za regionalno zdravljenje perinealne bolečine uporabljamo regionalne blokade posamično prizadetih živcev v obliki nevroomodulacijskih blokad v kombinaciji z nizko koncentriranimi raztopinami nevroolitiknih sredstev ali epiduralno in subarahnoidalno nevroliko v večkratnih enkratnih aplikacijah oz. prek epiduralnega katetra za prizadeti pletež.

Sakralna epiduralna nevroлиза ima pri karcinomu rektuma to prednost, ker gre za radikalno opravljeno operacijo in odstranitev naravnega anusa, da se nam ni treba ozirati na ohranitev motorike analnega sfinktra. Pri epiduralni analgeziji bolniku nikakor ne smemo povzročati motoričnih parez. Zaradi tega moramo epiduralni analgetik dati vedno tako, da ne prizadenemo motorike. Zakaj je učinek analgetika na zadajšnje senzorične korenine bolj izražen kot na sprednje motorične korenine, razlagajo nekateri avtorji z anatomsko posebnostjo, da gre pri zadajšnjih koreninah za protruzijo arahnoidne skozi rokave dure pri posameznih živčnih koreninah, kar omogoča boljšo difuzijo analgetika in nevrolitika v senzorične korenine.

Kadar skušamo blokirati sakralne segmente oz. sakralni pletež, pogosto uporabimo kavdalni epiduralni pristop skozi hiatus sacralis v križnični kosti.

Hudo bolečino skušamo najprej lokalizirati s posamičnimi blokadami na ta način, da bolnik prejme blokado brez nevroličnega sredstva, nato mu vbrizgavamo večkrat zaporedno v določenih razmikih tudi nizko koncentrirani nevroolitik, kateremu koncentracijo počasi stopnjujemo. Kadar tak način blokade nima pričakovanega analgetičnega učinka, vstavimo bolniku ob hkratnem sistemskem dajanju analgetikov še epiduralni kateter, prek katerega vsak dan izvajamo nevrolyzo več dni. Ko dosežemo določeno stopnjo analgezije, bolniku pustimo epiduralni kateter in situ ter čez približno 3 tedne postopek ponovimo. Običajno dosežemo s tem zelo dobro stopnjo analgezije, saj je bolnik več tednov ali mesecev brez bolečin oz. mu adjuvantna oralna analgetična terapija zadošča.

Mehur je deloma inerviran iz istih segmentov, zaradi tega vedno obstaja nevarnost oz. možnost, da pride do delne pareze ali inkontinence mehurja. Iz izkušenj vemo, da so mikcijske motnje ponavadi samo prehodnega značaja in trajajo kakšen teden, potem pa se počasi vzpostavi skoraj popolnoma normalna motorika mehurja.

Po drugi seriji nevrolyze, če je bolnik tudi brez adjuvantnega zdravljenja z zdravili brez bolečin, običajno epiduralni kateter odstranimo, sicer pa ga pustimo, da bolnik lahko redno dobiva analgetično mešanico v kateter.

V redkih primerih, ko gre za posamično korenino lumbosakralnega pleteža, obstaja indikacija za subarahnoidalno nevrolyzo — kemično rizolizo, za katero običajno uporabljamo hiperbarični fenol v glicerolu. Bolnika damo v posebno lego in opravimo nevrolyzo.

Od nevroličnih sredstev sedaj uporabljamo izključno različno koncentrirane vodne raztopine fenola do 8 % jakosti ali v kombinaciji z glicerolom od 15 do 20 %. Uporabo 50 %-nega do absolutnega alkohola smo zaradi alkoholnega nevrilitisa opustili, prav tako amonsulfat zaradi pogostnih sistemskih reakcij. Nekateri tuji avtorji priporočajo za nevrolyzo tudi uporabo večodstotne raztopine natrijevega klorida, zlasti epiduralno. Naše lastne izkušnje do sedaj ne morejo potrditi prednosti NaCl pred fenolom.

Zmanjšanje perinealne bolečine z regionalnimi blokadami in nevrolyzo pomeni za bolnike veliko olajšanje, ker jih večina trpi zaradi bolj ali manj izraženih prebavnih težav, ki jih povzroča nenaravni anus, adhezije v abdomnu

in podobno. Če takim bolnikom brez sočasnega lokalnega zdravljenja predpisujemo velike količine opiatnih analgetikov, povzročajo ti s svojimi stranskimi pojavi še dodatne težave, kot so obstipacija, meteorizem in bruhanje.

Za bolnika s perinealno bolečino je dobro urejena regionalna analgezija z majhnimi odmerki opiatnih analgetikov brez motečih stranskih pojavov najustreznejši način vodenja analgezije.