

ZDRAVLJENJE KRONIČNE PERINEALNE BOLEČINE PRI RAKAVI BOLEZNI

Drago Ažman

Perinealna bolečina je pri bolniku z lokalno napredovalim rakom v predelu male medenice zelo neprijeten in moteč pojav.

Najpogostejši vzrok perinealne bolečine je napredovanje raka rektuma in anusa, vratu maternice, vagine, vulve, prostate in mehurja.

Najpogostejši vzrok za bolečino je lokalno dogajanje, bodisi zaradi motene črevesne pasáže, pritiska na živčno nitje, prekrvavitvenih motenj zaradi prizadetosti velikih žil, ali pa zaradi 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 opazamo pri raku rektuma približno pri 30 do 50 % bolnikov regionarne razširitve, pri materničnem vratu je takšnih bolnikov okoli 34 %, pri materničnem telesu okoli 10 %, pri nožnici in vulvi okoli 40 %, pri prostati okoli 5 %, pri mehurju pa okoli 20 % (odvisno od spola).

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

Pojav perinealne bolečine moramo smatrati kot zgodnji simptom lokalnega recidiva, le redko se ta bolečina pojavlja zaradi vnetja ali brazgotinjenja (fibroze). Kot simptom lokalnega recidiva je prav tako pomembno vrednotiti nevropatsko bolečino.

Natančna diagnostika vzroka teh bolečin ni pomembna samo zaradi dodatnega specifičnega zdravljenja, temveč tudi zaradi ustreznega protibolečinskega zdravljenja. Ker je delež nociceptivne bolečine običajno v ospredju, jo zdravimo najprej s sistemskimi analgetiki, in sicer z blagimi ali močnimi opijati, ob podpori drugih protibolečinskih zdravil.

Jakost bolečine ocenjujemo po VAS lestvici in jo izražamo v milimetrih. Bolečina je pri večini bolnikov izredno močna. Pogosto se tudi hitro stopnjuje, zato sami sistemski analgetiki mnogokrat ne zadoščajo. Na oddelku za terapijo bolečine, ki je v okviru Onkološkega inštituta, upora-

bljamo tudi metode lokalnega zdravljenja bolečine z enkratnimi ali trajnimi lokalnimi blokadami posameznih živcev ali živčnih pletežev. Za te blokade uporabljamo lokalne anestetike, v kombinaciji z nevroličnimi sredstvi. Za terapijo bolečine tega predela so pomembne tudi blokade simpatičnega živčevja (zgornji in spodnji lumbalni simpatikus, ganglion impar).

Blokade izvajamo bodisi večkrat posamično ali pa kontinuirano, preko epiduralnega katetra.

Za regionalno zdravljenje perinealne bolečine izvajamo regionalne blokade posamično prizadetih živcev v obliki nevroomodulacijskih blokad, v kombinaciji z nizko procentnimi raztopinami nevroličnih sredstev, ali kot epiduralno in subarahnoidalno nevrolozo v večkratnih enkratnih aplikacijah ali preko epiduralnega katetra za prizadeti pletež.

Sakralna epiduralna nevroloza ima pri karcinomu rektuma to prednost, da se pri radikalno opravljeni operaciji ni treba ozirati na morebitno okvaro motorike sfinktra po blokadi, ker je naravni anus odstranjen. Pri ohranjenem naravnem anusu motorike analnega sfinktra ne smemo uničiti.

Zakaj je učinek analgezije in nevroloze na zadešnje korenine bolj učinkovit, nekateri avtorji razlagajo z anatomsko posebnostjo, kjer gre pri rokavu dure pri senzoričnih koreninah za protruzijo arahnoida, kar omogoča boljšo difuzijo analgetika oziroma nevrolozika v senzorične korenine.

Pri blokadi sakralnih segmentov oziroma sakralnega pleteža pogosto uporabljamo kavdalni pristop skozi hiatus sakralis v križnični kosti.

Blokade lumbalnega simpatikusa pridejo v poštev posebno takrat, ko se pojavlja bolečina tudi v spodnjih okončinah. Ta neoplastična bolečina, ki se pojavi zaradi napredovelega tumorja ali fibroze, je predvsem somatično pogojena in je po klinični sliki podobna refleksni simpatični distrofiji.

Bolečino skušamo najprej lokalizirati s posamičnimi blokadami tako, da bolnik prejme blokado brez nevroličnega sredstva, nato mu vbrizgavamo večkrat zapored, v določenih časovnih razmikih, tudi nizko koncentriran nevrolozik ter koncentracijo le-tega počasi stopnjujemo. Kadar tak način blokad nima pričakovanega analgetičnega učinka, vstavimo bolniku ob hkratnem sistemskem dajanju analgetikov še epiduralni kateter, prek katerega dnevno nekaj dni zapored izvajamo nevrolozo. Ko dosežemo določeno stopnjo analgezije, pustimo bolniku epiduralni kateter in situ ter približno čez tri tedne postopek ponovimo. Običajno dosežemo s tem zelo dobro stopnjo analgezije, saj je bolnik od nekaj tednov do več mesecev brez bolečin oziroma mu adjuvatna sistemska, običajno peroralna analgetska terapija zadošča.

Mehur je deloma inerviran iz istih segmentov, zaradi tega vedno obstaja nevarnost oziroma možnost, da pride do delne pareze mehurja in retence urina ali pa do inkontinence, še posebno, če sta zajeta segmenta

S2 in S4. Iz izkušenj pa vemo, da so mikcijske motnje ponavadi samo prehodnega značaja in trajajo kakšen teden, potem pa se počasi vzpostavi skoraj popolnoma normalna motorika mehurja.

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

V redkih primerih, ko gre za posamično korenino lumbosakralnega pleteža, obstaja možnost indikacije za subarahnoidalno nevrolyzo, to je kemično rizolizo, za katero običajno uporabimo hiperbarični fenol v glicerinski raztopini. Bolnika damo v posebno lego in opravimo nevrolyzo.

Od nevrolytičnih sredstev sedaj uporabljamo izključno različno koncentrirane raztopine fenola v vodni ali glicerinski raztopini. Visoko koncentriran alkohol smo zaradi neprijetnih stranskih učinkov opustili, prav tako tudi amonsulfat, zaradi pogostnih sistemskih reakcij. Nekateri tuji avtorji priporočajo tudi uporabo večodstotne raztopine NaCl, posebej še, če jo damo epiduralno. Na osnovi naših dosedanjih izkušenj ne moremo 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 povzročata 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 zaprtje, napenjanje in bruhanje.

Za bolnika s perinealno bolečino je dobro vodena regionalna analgezija z majhnimi odmerki opiatnih analgetikov, brez motečih stranskih pojavov, najustreznejši način protibolečinskega zdravljenja.