

Bolesti u bérkových vředů a jejich léčení

MUDr. Dana Vondráčková

Ambulance pro léčbu bolesti Neurochirurgické kliniky ÚVN – VFN Střešovice, Praha

Bércový vřed vzniká z různých příčin. Jednou z nejčastějších příčin je žilní nedostatečnost. Vznik je závislý na řadě faktorů. Patří k nim vrozená dispozice, věk, obezita, cukrovka, trombóza, hormonální léčba a v nemalé míře způsob života. Hojení bérkového vředu je velmi svízelné i přes moderní postupy hojení ran. Často dochází k recidivám. Jedním z klinických příznaků je bolest. Její intenzita je individuální. Může být kontinuální, zhoršená při převazech. Mnohdy je bolest vyvolaná polohou končetin (svěšené končetiny nebo naopak zvýšená poloha končetin). Bolesti ruší ze spánku. Ve většině případů je však bolesti věnovaná nedostatečná pozornost, přestože přispívá ke zhoršení kvality života těchto pacientů. Důsledné léčení chronické bolesti zlepšuje kvalitu života, ale také může zlepšovat imunitní situaci a hojení. Snížení intenzity bolesti při převazech umožňuje dokonalejší ošetřování vředu. V české literatuře je věnovaná velká pozornost léčení bérkových vředů, jsou formulované doporučené postupy, ale bez doporučení léčby bolesti.

Klíčová slova: bércový vřed, bolest, opioidy, neopiooidní analgetika.

Varicose ulcer pain and its treatment

Varicose ulcer arises from various causes. One of the most common causes of the ulcer is venous insufficiency. The origin is dependent on many factors. These include innate disposition, age, obesity, diabetes, thrombosis, hormonal therapy, and to a large extent a patient's lifestyle. The healing of venous ulcers is very difficult, despite modern available wound treatment methods. Relapses are frequently observed. Pain is one of the clinical symptoms. Its intensity is individual. It may be continuous, worsened during the dressing procedure. The pain is often caused by the elevated or hanging position of limbs. Pain disturbs sleep. In most cases the pain is being neglected during the treatment, despite the pain contributes to the deterioration of the ulcer patient's quality of life. Consistent treatment of chronic pain improves quality of life, but it can also improve the immune system and healing of the wounds. The reduction of pain during the dressing procedure allows for better treatment of the ulcer. In the Czech literature there is much attention devoted to the treatment of venous leg ulcers with the best practices formulated, however the attention to the pain treatment itself is missing.

Key words: varicose ulcer, venous ulcer, pain, opioids, non opioid analgesics.

Med. praxi 2014; 11(4): 155–158

Úvod

Obecně se uvádí, že 1 % populace má bérkový vřed různého původu. Ve věku nad 65 let je frekvence výskytu 3,5 %. Nejméně 70 % bérkových vředů je žilního původu, 10 % arteriálního a 10 % smíšeného arterio-venózního původu a 10 % bérkových vředů má jinou etiopatogenezi (1). Mohou být komplikací cukrovky, kde se často podílí i neuropatie dolních končetin, většinou jsou lokalizované nad kostními výběžky nebo vznikají po odřeninách. Není však výjimkou, že se příčiny kombinují, potom mluvíme o vředech smíšené etiologie.

Bércový vřed je třikrát častější u žen než u mužů.

Rizikové faktory podporující vznik bérkového vředu jsou početné. Patří k nim dědičná dispozice, věk, trombóza, cukrovka, hormonální léčba, vícečetné těhotenství, hypertenze, obezita, některé celkové choroby. Významnou roli hraje způsob života, kouření, sedavý způsob života, dlouhé stání, nevhodná obuv, vysoké podpatky.

Diagnostika zahrnuje laboratorní vyšetření hematologické, hemokoagulační, zánětlivé parametry, biochemické vyšetření, komplexní

cévní vyšetření, vyšetření žilního a arteriálního systému dolních končetin neinvazivními metodami, bakteriologické vyšetření, případně biopsii. Důležitá je rodinná i osobní anamnéza, konkomitantní choroby, sociální anamnéza.

Klinické příznaky

Venózní příčiny bérkových vředů jsou následkem ochabnutí žilní stěny, insuficience žilních chlopní a rozvoj varixů. Mohou vznikat jako posttrombotický syndrom nebo arteriovenózní malformace. Insuficience chlopního systému vede k žilní hypervolemii, dilataci a deformaci žil. Poruchou mikrocirkulace vznikají edémy, vyvíjí se zánětlivá reakce, únik fibrinu porušenou žilní stěnou vede k lokální hypoxii a může vyústit v bércový vřed, který plíživě progreduje. Pravděpodobnost vzniku signalizují příznaky, které zahrnují: zvýšený žilní tlak nad kotníkem, otok, flebektazie paraplantárně (corona phlebectatica paraplantaris), „atrophie blanche“, akroangiodermatitidu, lipodermatosklerózu, hnědé zabarvení kůže a dermatitidu při žilní stáze. Venózní vřed je lokalizován většinou nad vnitřním kotníkem, je mělký, nepravidelných okrajů, vzhled spodiny závisí na chronické žilní stáze.

Arteriální vřed vzniká při obliteraci periferního arteriálního řečiště, ve více než 90 % způsobené arteriosklerózou. Vzniku vředu předchází intermitentní klaudikace a většina pacientů má zhoršení při elevaci končetin. Rizikovým faktorem je kouření, diabetes, arteriální hypertenze a hypercholesterolemie. Postihuje zhruba 20 % populace nad 65 roků, ale jen třetina má klinické příznaky (1). Objevuje se spíše nad zevním kotníkem nebo na tibiální hraně. Tito pacienti mají častěji intenzivní bolesti.

Hypertenzní vřed (ulcus cruris hypertonicum Martorell) je extrémně bolestivý, častěji u žen a postihuje bérce nad zevním kotníkem laterálně a zadní stranu lýtka. Projevuje se lividní skvrnou, která se po malém traumatu mění ve vřed s dominantními zánětlivými změnami. Postižení jsou pacienti s diastolickým tlakem nad 95 mm Hg, vzniká na základě zúžení nebo obliterace arteriol.

Další příčinou vředu může být vasculitis, která je projevem zánětu cévní stěny. Je buď primární, nebo sekundární při kolagenózách, lékové reakci, infekci nebo neoplazii. Vředy jsou vysoce bolestivé, multilokulární v okolí se zarudnutím, petechiemi a nekrózami. Vředy dolních konče-

Obrázek 1. Venózní cirkulární defekt

tin se mohou vyskytnout u dalších celkových onemocnění (revmatoidní artritida, polyarteriitida nodosa, nádory). Vřed může vzniknout u nemocných s metabolickou poruchou, hematologickými chorobami nebo ze zevních příčin, např. kontaktní alergická dermatitida, omrzliny, z infekčních příčin, po předchozím traumatu.

Bolest u vředů dolních končetin

Některé bérkové vředy jsou nebolestivé nebo s minimálně udávanou bolestí, ale dosti početná skupina pacientů má výrazné bolesti, které zhoršují kvalitu života těchto pacientů. Bolest může být občasná, kontinuální a při převazech s přetrváváním i několik hodin. Posouzení místa, frekvence a dalších faktorů spojených s bolestí je základem pro hodnocení a léčení těchto pacientů. Bolest, zejména neléčená, může přetrvávat i po zhojení vředu. Bolest se pomalu vyvíjí od diskomfortu po hlubokou trvalou bolest, která omezuje plán péče o pacienta. Léčení bolesti závisí na diagnóze bolesti a jejím zdroji. Otok a dilatace žil dolních končetin jsou první známky žilní nedostatečnosti. Takový pacient si často stěžuje na pocit těžkých nohou, hlubokou bolest, která se zhoršuje k večeru, po dlouhém stání. V této fázi přináší úlevu podpůrné stahující punčochy a elevace končetin. Podpůrným faktorem vzniku vředu jsou obezita, sedavý způsob života a komorbidita. Je třeba vyloučit arteriální insuficienci, protože tam komprese může zhoršit nebo urychlit vznik vředu. Přítomnost bolesti není diferenciativně diagnosticky významná pro rozlišení arteriální nebo žilní insuficience (2).

Viditelné změny nemusí korespondovat s bolestí, kterou pacient udává. Obecně platí, že u většiny venózních vředů zmírní bolesti a otok bandáž nebo elastické punčochy. Nové akutní bolesti nebo změna charakteru bolesti mohou být projevem povrchní nebo hluboké flebitidy, nebo infekce.

S bolestí bývá spojena atrophie blanche, atrofická, někdy hvězdovitá oblast na kůži. Může být zaměněna za jizvu po zhojení vředu, což odhalí anamnéza. Bolesti vyžadují většinou dlouhodobou léčbu, stejně jako vřed samotný a jak už bylo řečeno, i po zhojení.

Podle Krasnera (3), podle jeho podrobné studie, bolesti a diskomfort významně ovlivňují kvalitu života. Ve studii byli pacienti ve věku od 40 do 92 let. Úlevu od bolesti požadovalo 77% pacientů ve věku 60–70 let. Pacienti nad 70 let považovali za horší pruritus a strach, nebo úzkost v souvislosti s vředovým postižením končetin.

Sestry, které ošetřují vředy pacientů, byly dotázány, co považují za nejdůležitější při ošetřování ran. Bolest uvedly až na třetím místě. Za prioritní uváděly dobu hojení, potom zachránění končetiny a potom redukci bolesti. Na dalším místě bylo nalezení účinného prostředku k vyléčení (3).

Dodnes platí, že nejdůležitější z hlediska pacienta i pro bolest je ošetřování a léčení vředu. Přestože nejsou tématem článku současné možnosti léčení bérkových vředů, je nutno pro úplnost zmínit alespoň rámcově léčebné postupy podle doporučení dermatologické společnosti pro praktické lékaře (4) a „Doporučených postupů pro všeobecné praktické lékaře“ (5).

Léčba musí být komplexní – celková a lokální, doplněná dalšími postupy (rehabilitace, fyzikální léčba, lázeňská léčba, prevence). Lokální léčba je jak invazivní, tak konzervativní, základem léčebných postupů u venózních vředů je kompresivní léčba. Místní léčba znamená využití správných postupů hojení ran. V současné době je k dispozici široký arzenál prostředků, jejich výběr vychází z podrobného popisu rány, preferuje se vlhké hojení. Hojení probíhá ve 3 fázích: zánětlivá, proliferační, reepitelizační fáze. Obecný postup je „od mokra do sucha“. Bakteriologická kultivace je nutná při známkách infekce. Nezbytná součást léčení je péče o okolí vředu. V doporučení Karena (5) je zmínka o léčení bolesti v rámci celkové terapie s odkazem na konzultaci ambulance pro léčbu bolesti.

Léčba bolesti při bérkovém vředu

Před výběrem analgetika je nutné znát celkový stav pacienta, komorbiditu, užívané léky a lokální nálezy, respektive původ vředu. Analgetika volíme podle intenzity bolesti, jejího charakteru (pálivá, hluboká, ostrá, tupá...), zhoršení např. polohou, ve dne, v noci, kompresí, trváním (kontinuální, občasná, během a po převazech). U mírné a středně silné bolesti postačí neopioidní analgetika, tedy první stupeň WHO analgetického žebříčku. Patří sem nesteroidní antirevmatika (NSA). Ta jsou nevhodná k dlouhodobému užívání u pacientů, kteří užívají steroidy a antikoagulanty, dále po prodělané nebo probíhající gastropatii nebo vředové chorobě gastroduodenální, při ledvinové insuficienci a u většiny pacientů starších 65 let. Zde volíme spíše paracetamol 750–1 000 mg 3 × denně, nebo metamizol (pokud nehrozí agranulocytóza nebo renální insuficience). Maximální dávka je 3 g/den. Tyto léky je možné užívat buď podle potřeby, tj. při bolesti např. v noci nebo před převazem, nebo při kontinuální bolesti 3 × až 4 × denně. NSA mají protizánětlivý a dobrý analgetický efekt. Jsou výhodné u mladších pacientů bez komplikací a konkomitálních chorob. Při

Obrázek 2. Venózní defekt v typické lokalizaci

Obrázek 3. Nekrotický defekt postinfekčního původu**Obrázek 4.** Smíšené arterio-venózní defekty u pacienta s ischemickou chorobou dolních končetin a chronickou žilní insuficiencí

dlouhodobém užívání může i u nich vést k prodlouženému krvácení a gastropatii. Tě je možné předcházet současným podáváním inhibitorů protonové pumpy (omeprazol).

U středně silné a silné bolesti jsou indikovány slabé opioidy, případně v kombinaci s analgetiky prvního stupně. Pokud má pacient kontinuální bolest, pak podáváme slabé opioidy s pomalým uvolňováním v pravidelných dávkách po 12 hodinách. Před převazem nebo při zhoršení bolesti je možné doplnit NSA nebo paracetamolem, nebo metamizolem (viz omezení). K slabým opioidům patří tramadol a dihydrokodein (DHC). Maximální dávka tramadolu je 400 mg/24 hod., u DHC je to 240 mg/24 hod. K slabým opioidům je výhodné podávat jako pomocnou medikaci kombinovaný preparát tramadol s paracetamolem v jedné tabletě (Zaldiar®). Dávkuje se většinou 1–2 tablety 1–3x denně, podle intenzity a bolesti a hlavně před převazem. U většiny pacientů vystačíme s těmito dvěma stupni analgetik, pokud není kontraindikace. Tramadol v dlouhodobém podávání je nevhodný

u starších pacientů, protože negativně ovlivňuje kognitivní funkce a má více interakcí s jinými léky, zejména metabolizovanými játry. Rizikem je i serotoninový syndrom, pokud se kombinuje s antidepresivy. Menší část pacientů má tak silné bolesti, že je třeba indikovat silné opioidy. Ty mají při správném dávkování a výběru paradoxně méně nežádoucích účinků a interakcí než všechna ostatní analgetika. Riziko nadužívání nebo dokonce závislosti je při pravidelném užívání retardovaných preparátů malé. V současné době jsou k dispozici silné opioidy perorální a transdermální. Pokud je pravděpodobné velmi dlouhodobé podávání, pak by měly být podávány opioidy, které co nejméně ovlivňují imunitu. V tomto směru je nejméně vhodný morfin a nejméně rizikový buprenorfin v náplasti. Začínáme vždy co nejmenší dávkou. U starých pacientů je možné a někdy dostačující začít i se ¼ náplasti 35 mcg buprenorfinu. Převazy jsou pro některé pacienty velmi bolestivé a bolest po převazu přetrvává i několik hodin. Tuto bolest je nutné tlumit podáním nejlépe perorálními

analgetiky 45–60 min. před převazem. Volba analgetika se řídí intenzitou bolesti. Od neopioidních analgetik, po silné opioidy, ale vždy bezprostředně působící. Ze silných opioidů je to jen morfin. Jednorázově podávané injekční slabé nebo silné opioidy nejsou vhodné pro zvýšené riziko nadužívání nebo dokonce závislosti, zvláště při dlouhodobém užívání. Důležitý je i psychický stav pacienta, někdy je nutné analgetickou terapii doplnit antidepresivy (seropram, venlafaxin) a farmakologicky podpořit spánek (trazodon, amitriptylin, dosulepin, mirtazapin, při svědění prothazin). Někdy jsou bolesti smíšené, nociceptivní i neuropatické, často u pacientů s diabetem. Analgetika je v těchto případech vhodné kombinovat s antiepileptiky (gabapentin, pregabalín). Silné bolesti hlavně u vředů smíšených nebo arteriálních je možné zejména zpočátku tlumit invazivními analgetickými postupy (kontinuální epidurální nebo intratékální analgezie). Neuspokojivě léčená bolest by měla být konzultována s algeziologem

Kazuistika 1

Žena 65 let. Matka měla varixy, pacientka má bohatou osobní anamnézu. Má dvě děti, nikdy neměla hormonální terapii. Od 40 let diabetes na perorální terapii (PAD), od 45 let hypertenze. Od 20 let varixy oboustranné, které měla opakovaně operované. Asi 15x prodělala erysipel, před 12 lety prodělala trombózu pravého bérce. Má oboustrannou gonartrózu. Nekouří, má velkou nadváhu při 168 cm 130 kg, BMI 46,1. Vředy smíšené etiologie se objevily před 20 lety na zevní straně obou bérců. Od samého začátku byly bolestivé. Opakovaně byla hospitalizovaná na kožním oddělení. Bolest léčená převážně neopioidními analgetiky, slabými opioidy, ale uspokojujivé úlevy nebylo dosaženo. Zejména převazy byly bolestivé a bolest potom přetrvávala několik hodin. Byla vyšetřena na ambulanci pro léčbu bolesti, kde byl indikován morfin s pomalým uvolňováním a před převazem tramadol s paracetamolem. Dobré analgetické odpovědi bylo dosaženo až morfinem v relativně vysoké dávce (2 × 100 mg) a před převazem (většinou po 2 dnech), dostávala ještě morfin s bezprostředním uvolňováním v dávce 20 mg. Pro silnou zácpu a riziko imunosuprese při dlouhodobém užívání byl morfin rotován nejprve na buprenorfin, ale pro přetrvávající zácpu na Targin® (oxycodon + naloxon) v dávce 40/20 + 20/10. Při převazech byl ponechán morfin, ale jen 10 mg, dokonce bylo možno při menších bolestech nahradit morfin tramadolem s paracetamolem. Bolesti jsou stále dobře kontrolovány, analgetika nemají nežádoucí účinky.

Kazuistika 2

Muž 62 let, v anamnéze arteriální hypertenze, toxicko-metabolická hepatopatie, TEP kyčelního kloubu, perforující poranění břicha, diabetes na PAD. Pacient je obézní (výška 177 cm, váha 106 kg). Rodinná anamnéza je bezvýznamná. Asi 5 let má bérkové vředy obou bérků nejasné etiologie, s podílem polyneuropatie. Objevily se po úrazu. Opakovaně byl hospitalizován na kožním oddělení. Vředy jsou provázeny bolestí, pro které dostával slabé opioidy (dihydrocodein, tramadol) a nesteroidní analgetika a Algifen®. Na základě algeziologického konsilia byla indikována terapie silnými opioidy (buprenorfin) a pro neuropatickou komponentu byla zahájena léčba pregabalinem. Se zhoršením lokálního nálezu byly silně bolestivé převazy s přetrváváním bolesti ještě dalších několik hodin. Přechodně byl doporučen morfin před převazem. Poslední medikace je buprenorfin v náplasti ve stabilní dávce 52,5mcg na 3 a půl dne, pregabalin 150 mg/den, před převazy tramadol s paracetamolem. Analgetickou terapii řídí ambulance pro léčbu bolesti.

Závěr

Bérkové vředy jsou dlouhodobé, recidivující onemocnění, pro některé pacienty na celý život. Je to onemocnění, které kvalitu života velmi ovlivňuje. Omezuje pohyblivost, vředy často zapáchající, bolestivé, zhoršují společenské uplatnění. Bolesti pacienti často tlumí volně prodejnými analgetiky, proto polypragmazie není výjimkou. Pokud se nedaří doporučenými postupy uspokojivě tlumit bolest na pracovišti pečující o tyto nemocné, je namístě obrátit se na ambulanci pro léčbu bolesti. Bolesti mohou snižovat imunitu a zhoršovat hojení, a tím prodlužovat tuto komplikaci některých onemocnění. Nastavení bezpečné a účinné analgetické terapie pomůže zmírnit utrpení a průběh nemoci.

Literatura

1. Dissemond J, Körber A. Differential diagnosis of leg ulcers, JDDG; 2006; 4: 627–634.
2. Ryan S, Eager C, Sibbald RG. Ostomy Wound Management (<http://www.o-wm.com>) Med Derm, 2003; 49 (4): 1–10.
3. Krasner D. Painful venous ulcers: Themes and stories about their impact on quality of life Ostomy/Wound management 1998; 44(9): 38–49.

4. Resl V. Doporučené postupy pro praktické lékaře: Ulcus cruris venosum, IGA MZ ČR 5390–3: 1–6.
5. Karen I, Švestková S. Chronický vřed dolní končetiny, Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2007; CDP-PL: 1–7.
6. Doležal T, Hák M, Kozák J, Lejčko J, et al. Metodické pokyny pro farmakoterapii bolesti, Bolest, 2009; Suppl. 2: 11–20.

Děkuji MUDr. Jaroslavu Hoffmannovi, primáři dermatovenerologického oddělení ÚVN, za odbornou pomoc a poskytnutí fotografické dokumentace k tomuto článku.

Článek přijat redakcí: 9. 4. 2014

Článek přijat k publikaci: 11. 5. 2014

MUDr. Dana Vondráčková

Ambulance pro léčbu bolesti neurochirurgické kliniky ÚVN – VFN Střešovice

*U Vojenské nemocnice 1200, 16 902 Praha 6
dvondr45@gmail.com*

