



GLOBAL YEAR AGAINST NEUROPATHIC PAIN

International Association for the Study of Pain

2014-2015

Bolesne polineuropatie

Definicje

- Neuropatia obwodowa jest schorzeniem lub stanem degeneracyjnym nerwów obwodowych obejmującym motoryczne, czuciowe lub autonomiczne włókna nerwowe.
- Polineuropatia jest uogólnionym, w przybliżeniu symetrycznym dziedzicznym lub nabytym zaburzeniem obejmującym nerwy obwodowe. Jest to najczęściej występująca forma neuropatii obwodowych.
- Neuropatia małych włókien jest podtypem neuropatii czuciowych, które wyłącznie lub w sposób dominujący obejmują włókna o małej średnicy ($A\delta$) i włókna niezmielinizowane (C).
- Ból neuropatyczny jest definiowany jako ból będący bezpośrednią konsekwencją uszkodzenia lub choroby dotykającej układ somatosensoryczny (zob. arkusz informacyjny "Czym jest ból neuropatyczny").

Epidemiologia

- Spośród znanych przyczyn bolesnej polineuropatii najczęściej występującą jest cukrzyca.
- Szacuje się, że cukrzyca dotyka 8.5% ludzi w Europie, a cukrzycowa polineuropatia sensomotoryczna występuje u 10-54 % pacjentów w cukrzycą typu 1 lub 2. Jedna trzecia pacjentów z cukrzycową polineuropatią sensomotoryczną cierpi z powodu bólu neuropatycznego.
- W przypadku większości pacjentów powyżej 50 r.ż. nie można zidentyfikować konkretnej przyczyny bolesnej polineuropatii. Szacuje się, że ból neuropatyczny występuje w przypadku 65-80 % polineuropatii idiopatycznych.

Wpływ

- W porównaniu z bezbolesną neuropatią cukrzycową, bolesna neuropatia cukrzycowa ma negatywny wpływ na fizyczną i psychiczną jakość życia.

Objawy kliniczne

- Na typowy obraz kliniczny bolesnych neuropatii składa się kombinacja negatywnych (utrata czucia, hipoestezja, hipoalgecja) i pozytywnych objawów czuciowych (ból spontaniczny, ból wywołany, hiperalgecja).
- Ból wiąże się zazwyczaj z klasycznym dystalnym umiejscowieniem typu "rękawiczki i pończochy/skarpety".
- Dystalna sensomotoryczna polineuropatia i neuropatia małych włókien są najczęściej występującymi podtypami bolesnej neuropatii cukrzycowej. Inne podtypy to: cukrzycowa radikuloneuropatia lędźwiowo-krzyżowa (diabetic lumbosacral radiculoplexus neuropaty), mononeuropatia i mnogie zapalenie pojedynczych nerwów (mononeuritis multiplex), które

wszystkie są asymetryczne. Neuropatia wywołana leczeniem charakteryzuje się ostrym pojawieniem się silnego bólu i dysfunkcji autonomicznych po rozpoczęciu podawania insuliny lub doustnych leków hipoglikemicznych.

- Pacjenci z neuropatią małych włókien mogą prezentować liczne objawy autonomiczne, włączając nasilone lub zmniejszone pocenie, przejściowe zmiany koloru i temperatury skóry w dystalnych częściach ciała, suchość w obrębie oczu i ust oraz osłabienie.
- Objawem neuropatii małych włókien może być świąd.
- W badaniu klinicznym u pacjentów z bolesną neuropatią dużych włókien zwykle obserwuje się brak lub osłabienie głębokich odruchów ścięgnistych. W neuropatii małych włókien głębokie odruchy ścięgniste są zwykle zachowane lub nieznacznie zmniejszone, a u większości pacjentów obserwuje się redukcję czucia w reakcji na bodźce termiczne i ułknięcie.
- Opisana została forma ganglionopatii małych włókien (Non-length dependent form of small-fiber ganglionopathy), w której obserwuje się wczesne włączenie obszaru twarzy, tułowia lub proksymalnej części kończyn, a pacjenci zgłaszają piekący i strzelający ból oraz alodynię. To zaburzenie może mieć związek z przyczynami natury metabolicznej lub immunologicznej.

Przyczyny bolesnej polineuropatii

- Choroby dziedziczne: dziedziczna czuciowa (i autonomiczna) neuropatia (zwłaszcza typu 1), rodzinna polineuropatia amyloidowa (zależna od transtyretyny, TTR-FAP), choroba Fabry'ego, choroba tangierska, porfiria
- Przyczyny metaboliczne i mające związek z żywieniem: cukrzyca, niedożywienie i niedobór witamin, uremia (mocznica)
- Choroby o podłożu immunologicznym: zespół Guillain-Barré, przewlekła zapalna neuropatia demielinizacyjna (CIDP), wieloogniskowa nabyta demielinizacyjna neuropatia czuciowa i motoryczna (zespół Lewis-Sumner), układowe zapalenia naczyń (np. zapalenie guzkowate tętnic i ziarniakowatość z zapaleniem naczyń), izolowane zapalenie naczyń obwodowego układu nerwowego, neuropatie w układowych chorobach tkanki łącznej (zespół Sjögren'a, toczeń rumieniowaty układowy), sarkoidoza, celiakia, choroby zapalne jelit
- Infekcje: HIV, trąd, półpasiec, borelioza (choroba z Lyme), zapalenie wątroby typu C
- Dysglobulinemie: pierwotna układowa amyloidoza, krioglobulinemia, makroglobulinemia, szpiczak
- Przyczyny związane z chorobą nowotworową: bezpośrednie naciekanie nowotworu, czuciowa neuronopatia
- Przyczyny toksyczne: alkohol, metale, leki (np. pochodne platyny, bortezomib, vincristine, paclitaxel, talidomid, linezolid, metronidazol, zalcitabine, stavudine)

Leczenie

- Należy zawsze podjąć próbę identyfikacji specyficznej przyczyny bolesnej polineuropatii. W niektórych przypadkach leczenie przyczyny może przyczynić się do zmniejszenia bólu.
- Leki przeciwbólowe pierwszego rzutu obejmują trójcykliczne leki przeciwdepresyjne, gabapentynę, pregabalinę, inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny-noradrenaliny (duloksetyna i wenlafaksyna). Stosowane miejscowo plastry z lidokainą i kapsaicyną u osób dorosłych nie chorujących na cukrzycę mogą być leczeniem z wyboru zlokalizowanego bólu neuropatycznego.
- Leki drugiego rzutu obejmują tramadol i inne opioidy.
- Dane na temat systematycznej oceny stosowania terapii skojarzonej są ograniczone, ale można rozważyć zastosowanie indywidualnie dostosowanej terapii skojarzonej w przypadkach niewystarczającej efektywności jednego leku.
- Należy pamiętać, że większość opublikowanych randomizowanych badań kontrolowanych dotyczących bolesnej polineuropatii prowadzona była na grupie pacjentów z cukrzycą i że jest mniej dowodów naukowych odnośnie skuteczności tych leków w innych formach bolesnej polineuropatii.
- Ponieważ jedynie 20-35 % pacjentów z bolesną polineuropatią uzyskuje dzięki dostępnym lekom ulgę w bólu ≥ 50 %, w leczeniu bólu najistotniejsze jest podejście wielodyscyplinarne.

Pismiennictwo

1. *Brix Finnerup N, Hein Sindrup S, Staehelin Jensen T. Management of painful neuropathies. Handb Clin Neurol 2013;115:279-90.*
2. *Ginsberg L. Chapter 42. Specific painful neuropathies. Handb Clin Neurol 2006;81:635-52.*
3. *Peltier A, Goutman SA, Callaghan BC. Painful diabetic neuropathy. BMJ 2014;348:g1799.*
4. *Sommer C, Lauria G. Chapter 41. Painful small-fiber neuropathies. Handb Clin Neurol 2006;81:621-633.*
5. *Trivedi JR, Silvestri NJ, Wolfe GI. Treatment of painful peripheral neuropathy. Neurol Clin 2013; 31:377-403.*