

# Niecharakterystyczny ból imitujący lewostronną rwę kulszową – opis przypadku

Gustaw Wójcik<sup>1,2</sup>, Jolanta Piskorz<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup> Zakład Balneoterapii, Katedra Rehabilitacji, Fizjoterapii i Balneoterapii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

<sup>2</sup> Zakład Diagnostyki Obrazowej, Wojewódzki Szpital im Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu

<sup>3</sup> Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Wojewódzki Szpital im Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu

<sup>4</sup> Samodzielna Pracownia Rehabilitacji Neurologicznej, Katedra Rehabilitacji, Fizjoterapii i Balneoterapii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Wójcik G, Piskorz J. Niecharakterystyczny ból imitujący lewostronną rwę kulszową – opis przypadku. Med Og Nauk Zdr. 2015; 21(3): 240–243. doi: 10.5604/20834543.1165346

## Streszczenie

Najczęstszą przyczyną bólu pleców są zmiany przeciążeniowe kręgosłupa przebiegające z powstaniem przepukliny krążka międzykręgowego. Zazwyczaj zmiany te dotyczą odcinka lędźwiowego kręgosłupa, którego ruchomość jest największa. Nie stwarzają one problemów z rozpoznaniem choroby. Objawy zgłaszane przez pacjentów wydają się na tyle pospolite, że diagnoza może zostać postawiona już na podstawie badania podmiotowego. Częstość występowania dyskopatii też jest na tyle duża, że pomyłki zdarzają się dość rzadko. Wdrożenie leczenia zachowawczego powinno przynosić ulgę w cierpieniu i poprawę stanu zdrowia chorego, jednak, gdy takie postępowanie nie przynosi oczekiwanych rezultatów, należy brać pod uwagę możliwość wystąpienia bólu w obrębie pleców o innej etiologii niż dyskopatia. W tym celu należy przeprowadzić dokładne badanie przedmiotowe. Jednak i w tym przypadku objawy mogą być na tyle niecharakterystyczne, że celowe będzie poszerzenie diagnostyki o badania obrazowe. Jedną z możliwych przyczyn, które mogą dawać podobne do dyskopatii lędźwiowej objawy, jest kamica moczowa.

Celem tego artykułu jest zwrócenie uwagi na konieczność aktualizacji wiedzy w zakresie różnicowania bólów występujących w okolicy lędźwiowej.

## Słowa kluczowe

rwa kulszowa, zespoły bólowe kręgosłupa, kamica moczowa

## WSTĘP

Rwa kulszowa jest to zespół objawów wynikających z kompresji korzeni nerwowych, objawiający się silnym, ostrym i przeszywającym bólem rozpoczynającym się w okolicy lędźwiowej i promieniującym wzdłuż kończyny dolnej. Objawy zgłaszane przez pacjentów nie sprawiają trudności w ocenie chorego i wydają się być na tyle pospolite, że szybko podejmuje się decyzję co do kierunku leczenia. Nie zawsze jednak lekarz pierwszego kontaktu jest w stanie rozpoznać chorobę bez przeprowadzenia szeregu badań, dzięki którym można postawić właściwą diagnozę i skutecznie leczyć pacjenta. System zarządzania służbą zdrowia w Polsce jest od dawna niewydolny i zmusza do ciągłych oszczędności, tym większych im bardziej powszechne są objawy choroby, z którą do lekarza zgłasza się pacjent. Liczba pacjentów zgłaszających się ze swoimi problemami ma także wpływ na czas trwania wizyty, który jest tym krótszy, im więcej pacjentów potrzebuje pomocy lekarskiej. Ciągły pośpiech i nawał pracy mogą być przyczyną podejmowania niewłaściwych decyzji.

Celem tego artykułu jest zwrócenie uwagi na konieczność aktualizacji wiedzy w zakresie różnicowania bólów występujących w okolicy lędźwiowej.

## OPIS PRZYPADKU

Pacjentka, lat 30, zgłosiła się do lekarza rodzinnego z rozlanym bólem dolnej części pleców promieniującym do lewej kończyny dolnej i podwyższoną temperaturą ciała oscylującą w granicach 37–38 °C. W wywiadzie pacjentka podała, że obecnie zajmuje się wychowywaniem 1,5-letniego dziecka. W trzecim trymestrze ciąży zgłaszała nasilenie dolegliwości bólowych w obszarze grzbietu, co miało związek z przesunięciem środka ciężkości ciała i zaburzeniami statyki osiowego narządu ruchu. Na podstawie przeprowadzonego badania podmiotowego (brak jest jakichkolwiek informacji na temat wykonanych badań przedmiotowych) postawiono diagnozę: rwa kulszowa lewostronna. Pacjentka otrzymała zwolnienie lekarskie na siedem dni z zaleceniem przebywania jak najwięcej w pozycji leżącej. Zastosowano leczenie farmakologiczne przeciwpalne i przeciwbólowe (Aulin 100mg 2x dziennie i Sirdalud 4mg 3x dziennie). Zalecono wizytę kontrolną po 2 tygodniach. Po upływie dwóch tygodni pacjentka zgłosiła się do poradni z nieco mniejszymi dolegliwościami. Następnie pacjentkę skierowano na fizykoterapię, na którą składało się 10 zabiegów po 15 min jonoforezy z ketonalem oraz 10 zabiegów z użyciem solluxu niebieskiego z czasem trwania 10–15 min. Po częściowym ustąpieniu bólu zaczęto wdrażać rehabilitację z zastosowaniem kinezyterapii w celu wzmocnienia mięśni brzucha oraz mięśni przykręgosłupowych. Dodatkowo zlecono pacjentce prowadzenie oszczędzającego trybu życia, unikania wysiłków i pracy fizycznej.

Pacjentka po zabiegach rehabilitacji dalej uskarżała się na bóle pleców. W dalszym ciągu dostawała kolejne zwolnienie lekarskie, kontynuowano leczenie przeciwbólowe i przeciwpalne. Taki sposób leczenia trwał ponad dwa lata.

Adres do korespondencji: Gustaw Wójcik, Zakład Balneoterapii, Katedra Rehabilitacji, Fizjoterapii i Balneoterapii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, ul. Witolda Chodźki 6

E-mail: gustaww@tlen.pl

Nadesłano: 10 sierpnia 2014; zaakceptowano do druku: 23 marca 2015

Wobec nieskutecznego leczenia zachowawczego chora wymogła na lekarzu rodzinnym skierowanie do poradni neurologicznej. Na podstawie badania przedmiotowego neurolog nie mógł postawić jednoznacznego rozpoznania, gdyż testy rozciągowe korzeni nerwowych wg Laseque'a dawały dodatnie objawy przy różnych kątach zgięcia lewej kończyny dolnej. Wobec niejednoznacznych wyników badania neurologicznego pacjentkę skierowano do pracowni tomografii komputerowej w celu wykonania badania kręgosłupa w odcinku lędźwiowo-krzyżowym.

Wynik badania tomografii komputerowej kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego nie wykazał jako przyczyny bólu przepukliny jądra miazdżystego na żadnym z poziomów. Wysokości wszystkich krążków międzytrzonowych były prawidłowe. Lordoza lędźwiowa także była prawidłowa. Nie stwierdzono skrzywienia bocznego w płaszczyźnie czołowej ani rotacji kręgów wzdłuż osi długiej kręgosłupa. Brak też było ocierania się o siebie wyrostków kolczystych badanego odcinka kręgosłupa. Kręgosłup lędźwiowo-krzyżowy odpowiadał normie. Natomiast w świetle lewego moczowodu na poziomie trzonu L4 badanie TK uwidoczniło uwapniony złóg o średnicy ok. 12 mm. Powyżej tego poziomu moczowód oraz układ kielichowo-miedniczkowy (UKM) były znacznie poszerzone. Badanie było wykonane bez dożylnego podażu środka cieniującego (ryc 1, 2, 3).



**Rycina 1.** Kamień w moczowodzie, powyżej którego widoczne poszerzenie moczowodu i UKM. Badanie TK. Rekonstrukcja w płaszczyźnie czołowej



**Rycina 2.** Pacjentka lat 30. Widoczny kamień w lewym moczowodzie o średnicy 12 mm. Badanie TK. Rzut w płaszczyźnie poprzecznej



**Rycina 3.** Pacjentka lat 30. Zdjęcie przeglądowe rtg jamy brzusznej z widocznym kamieniem w lewym moczowodzie na wysokości kręgosłupa L4

Pacjentka została skierowana w trybie pilnym do poradni urologicznej, u której (z powodu zablokowania górnej części moczowodu przez kamień o średnicy ok. 12 mm) wykonano nefrolitotrypsję przezskórną (PCNL). Po upływie około 2 tygodni od przeprowadzonego zabiegu usunięcia złożu, u pacjentki ustąpiły wszystkie wcześniej zgłaszane dolegliwości.

## OMÓWIENIE

Badanie TK ponad wszelką wątpliwość ujawniło kamice moczowodową z następowym wodonerczem jako przyczynę dolegliwości bólowych. Kamica moczowa (*urolithiasis*) jest schorzeniem polegającym na wytrącaniu się nierozpuszczalnych złożeń – kamieni w drogach moczowych. Kamica układu moczowego występuje u blisko 6% populacji. Szczyt zachorowań przypada na 3–5 dekadę życia. U mężczyzn występowanie kamicy moczowej obserwowane jest 2–3-krotnie częściej niż u kobiet [1]. Ryzyko wystąpienia ponownej kolki nerkowej u pacjentów z rozpoznaną kamicią nerkową wynosi około 15% w ciągu 3 lat od pierwszego ataku i sięga blisko 50% w okresie 10 lat od pierwszego epizodu kolki nerkowej. Złogi zbudowane z fosforanu i szczawianu wapnia stanowią ok. 80% wszystkich złożeń [2].

W blisko połowie przypadków kamica moczowodowa ma charakter nawrotowy – ryzyko ponownego ataku kolki nerkowej wynosi około 50% w ciągu 5 lat i 80% w ciągu 20 lat [3, 4].

Długotrwałe przebywanie złożu w moczowodzie powoduje stan zapalny i zmiany niedokrwienne w jego ścianie. Zwężenie moczowodu może przyczynić się do rozwoju wodonercza i być powodem dolegliwości bólowych o charakterze kolki nerkowej. Kolka nerkowa manifestuje się bólem okolicy lędźwiowej promieniującym do podbrzusza lub przyśrodkowej części uda, dlatego przez niedoświadczonego lekarza może być pomyłona z objawami rwy kulszowej [5]. Ponadto wywiad, z którego wynika, że pacjent już wcześniej miał problemy z kręgosłupem, wyraźnie może sugerować przewlekły charakter choroby i odwracać uwagę od innej przyczyny dolegliwości bólowych. Ból okolicy lędźwiowej w przypadku kamicy moczowodowej wywołany jest utrudnionym lub całkowitym zablokowanym odpływem moczu z nerki. Blokada w odpływie moczu z układu kielichowo-miedniczkowego powoduje napinanie torebki nerki, co wywołuje silny efekt bólowy okolicy lędźwiowej. Bólowi temu mogą towarzyszyć mdłości, wymioty, uczucie wzdęcia i parcia na pęcherz [3]. W czasie ataku kolki nerkowej żadna z przyjmowanych pozycji nie przynosi ulgi. Odwrotnie jest w przypadku dyskopatii

łędźwiowej, gdzie pozycja leżenia tyłem ze zgiętymi pod kątem 90° stawami biodrowymi i kolanowymi jest pozycją łagodzącą dolegliwości bólowe chorego.

Gorączka, zmniejszenie ilości oddawanego moczu i ogólne osłabienie to najczęstsze objawy kamicy. W przypadku rwy kulszowej podwyższenie temperatury jest objawem niespecyficznym, niemniej jednak jako ogólna odpowiedź organizmu na bodziec może mieć miejsce, podobnie jak ogólne osłabienie.

Nieleczona kamica moczowodowa może być przyczyną zagrożenia zdrowia i życia. Utrudniony odpływ moczu z nerki może prowadzić do powstania wodonercza, roponercza lub urosepsy. Wodonercze polega na postępującym niszczeniu mięszu nerkowego, stopniowej utracie funkcji zęszczania moczu i może być przyczyną stanów gorączkowych i nawracających infekcji układu moczowego. Zaawansowane wodonercze wymaga leczenia chirurgicznego – nefrektomii [6].

W badaniu przedmiotowym pacjenta z kolką nerkową charakterystyczny jest objaw Goldflama, który u większości pacjentów z zastojem moczu w UKM jest dodatni. Badanie objawu Goldflama polega na przyłożeniu płasko ręki w okolicy kąta żeberko-kręgosłupowego po stronie bolesnej i uderzeniu w nią drugą ręką zaciśniętą w pięść. W warunkach prawidłowych wstrząsanie nie powoduje bólu. Ostry, przeszywający ból pojawiający się podczas wstrząsania okolicy łędźwiowej świadczy o dodatnim objawie Goldflama. Objaw ten jest charakterystyczny dla kolki nerkowej, zaburzeń odpływu moczu z nerki oraz ostrego stanu zapalnego nerki.

Bardzo ważne jest prowadzenie pełnej diagnostyki opartej na badaniu podmiotowym, przedmiotowym, obrazowym i laboratoryjnym. W wywiadzie i badaniu przedmiotowym powinno dokładnie określić się charakter bólu, jego lokalizację oraz kierunek promieniowania. Badaniem powinno objąć się także zakres ruchomości kręgosłupa i kończyn, a także sprawdzić, czy nie ma zwiększonego napięcia mięśni przykręgosłupowych. Powinno wziąć się pod uwagę wykonywany zawód oraz określić czynniki łagodzące i wzmagające doznania bólowe.

W badaniach laboratoryjnych powinno określić się przynajmniej OB, CRP oraz zbadać mocz w celu wykluczenia krwimoczu czy krwinkomoczu.

Badania obrazowe pozwalają na określenie wielkości, lokalizacji złoju i stopnia zastoju moczu w UKM. Do najczęściej wykonywanych badań obrazowych w diagnostyce układu moczowego należą: USG jamy brzusznej, zdjęcie rtg przeglądowe jamy brzusznej, urografia i tomografia komputerowa. USG jest badaniem bezinwazyjnym, które może być stosunkowo często powtarzane. Pozostałe metody wiążą się z wykorzystaniem promieniowania rentgenowskiego. Na przeglądowym zdjęciu rentgenowskim jamy brzusznej widocznych jest blisko 70% złoży [7]. Najlepiej widoczne są złoży szczawianowo-wapniowe. Złoży zbudowane z kwasu

moczowego są niewidoczne na zdjęciu rentgenowskim, gdyż nie absorbują promieniowania rentgenowskiego [8].

Urografia i tomografia komputerowa do oceny funkcjonalnej układu moczowego wymaga dożylnego podania środka cieniującego. Możliwa jest także ocena zastoju moczu oraz lokalizacja przyczyny, która go wywołała.

## WNIOSKI

Diagnostyka różnicowa jest bardzo ważnym elementem procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Umożliwia wykluczenie albo potwierdzenie zmian i objawów charakterystycznych dla danej jednostki chorobowej. W przypadku dolegliwości bólowych okolicy łędźwiowej, jak też w wielu innych przypadkach, opierając się wyłącznie na badaniu podmiotowym, bardzo łatwo popełnić błąd, stawiając niewłaściwą diagnozę, a w konsekwencji niewłaściwie leczyć pacjenta. Brak efektów leczenia wiąże się z wydłużeniem czasu trwania w chorobie, a to z kolei może być przyczyną utrwalenia nieodwracalnych zmian i powodem utraty zdrowia, a nawet życia.

Lekarz pierwszego kontaktu powinien mieć wystarczająco dużo czasu na dokładne zbadanie pacjenta, a swoją diagnozę powinien popierać w pierwszej kolejności rzetelnie przeprowadzonym wywiadem i badaniem przedmiotowym oraz diagnostyką obrazową i laboratoryjną. Dopiero wszystkie te elementy oceniane jednocześnie dają pełny pogląd na stan zdrowia chorego i umożliwiają podjęcie skutecznego leczenia.

## PIŚMIENNICTWO

1. Kaboré FA, Kambou T, Zango B, Ouattara A, Simporé M, Lougué-Sorgho C, Lechevalier E, Karsenty G. Epidemiology of a cohort of 450 urolithiasis at the Yalgado Ouédraogo university hospital of Ouagadougou (Burkina Faso). *Prog Urol*. 2013; 23(12): 971–976.
2. Pieras E, Ruiz J, Vicens A, Frontera G, Grases F, Pizá P. Multivariate analysis of predictive factors in the evolution of renal lithiasis. *Análisis multivariante de factores predictivos de evolución en litiasis renal*. *Actas Urol Esp*. 2012; 36(6): 346–351.
3. Goldfarb DS. In the clinic. Nephrolithiasis. *Ann Intern Med* 2009; 151(3): 2–8.
4. Lotan Y, Buendia Jiménez I, Lenoir-Wijnkoop I, Daudon M, Molinier L, Tack I, Nuijten MJ. Primary prevention of nephrolithiasis is cost-effective for a national healthcare system. *BJU Int*. 2012; 110(11): 1060–1067.
5. Brenner ZZ, Winchester JF, Salman H, Bergman M. Nephrolithiasis: evaluation and management. *South Med J*. 2011; 104(2): 133–139.
6. Kawai N, Tsugaya M, Sakagami H, Sasaki S, Kohri K. A study of the indication for conservative surgery in adult hydronephrosis based on presurgery post-contrast computed tomography (CT) finding. *Japanese Journal of Urology* 1997; 88(12): 997–1004.
7. McPhail EF, Gettman MT, Patterson DE, Rangel LJ, Krambeck AE. Nephrolithiasis in medullary sponge kidney: evaluation of clinical and metabolic features. *Urology* 2012; 79(2): 277–281.
8. Shimizu T, Kitada H, Umeyama M, Hori H, Takasaki N. Novel evaluation of nephrolithiasis as a complication of gout: a cross-sectional study using helical computerized tomography. *J Urol*. 2013; 189(5): 1747–1752.

## Non-characteristic pain imitating left-sided sciatica – case report

### ■ Abstract

The most common cause of back pain concern changes due to overload on the spine, which occur with the development of disc herniation. Usually, the changes involve the lumbar spine, the mobility of which is the greatest, and do not cause diagnostic difficulties. Symptoms reported by patients seem to be so common that a diagnosis may be made based on physical examination. Also, the frequency of occurrence of discopathy is so high that mistakes happen relatively rarely. The implementation of conservative treatment should relieve suffering and improve the patient's state of health; if such management does not bring about the desired outcomes, the possibility of pain of etiology other than discopathy should be considered. For this purpose, it is necessary to perform a thorough physical examination; however, when the symptoms are non-characteristic it is justifiable to expand diagnostics by imaging tests. One of the possible causes of symptoms similar to discopathy is urolithiasis.

The objective of the presented study is to draw attention to the necessity for up-dating knowledge concerning differentiation of pain occurring in the lumbar region.

### ■ Key words

sciatica, back pain, urolithiasis