

lísá a v horizontu několika dní či týdnů mají obvykle tendenci ke spontánnímu zmírnění až plnému odeznění.

4.4.5 „Kde je bolest lokalizována?“

Určitou nápovědou může být také lokalizace bolesti. Primárně vertebrogenní obtíže postihují nejčastěji oblast bederní, případně krční páteře a daleko méně často její hrudní segment (pravděpodobnost rozvoje prosté nespecifické bolesti zad je u jednotlivých segmentů v pořadí, jak byly jmenovány, přibližně 4:2:1). Určité zvýšené riziko sekundárně vertebrogenní etiologie bolestí zad může proto představovat také anamnéza bolestí zad v hrudním segmentu, které vznikly nově a pacient je dříve nemíval.

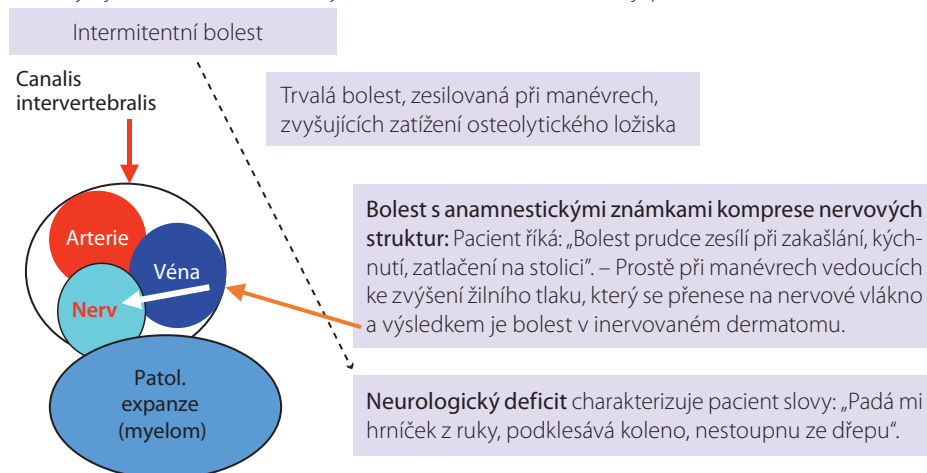
Mezi další rizikové faktory patří samozřejmě anamnestický údaj o onkologickém onemocnění v minulosti či současnosti, váhový úbytek, výrazná únavnost pacienta a závažné zhoršení jeho celkové výkonnosti a také zřetelná pokleповá či palpační bolestivost odpovídajícího segmentu páteře při jejím orientačním klinickém vyšetření.

Kromě odlišení primární a sekundární etiologie bolesti je dále významné identifikovat pacienty, u nichž dochází v důsledku poškození páteře k útlaku nervových struktur a jsou proto v riziku rozvoje závažného a často trvalého klinického deficitu. Tito pacienti se mohou vyskytovat v obou základních skupinách bolestí zad (tedy mezi pacienty s primární i sekundární bolestí). Podrobnější údaje o charakteru neurologického poškození u pacientů s mnohočetným myelomem jsou blíže popsány v kapitole Neurologické projevy MM. Otázky významné pro identifikaci pacientů v riziku neurologického deficitu jsou následující:

4.4.6 „Vyzařuje bolest někam, pokud ano, kam a co vyzařování zhorší?“

Pokud bolesti vyzařují v radikulární (dermatomální) distribuci (tedy pruhovitě na končetinách či trupu v celé inervační oblasti příslušného kořene), tak je vždy podezření na kořenové dráždění, jak je známe například u pacientů s hernií intervertebrálních disků. Vhodná je dále doplňující otázka, zda bolest reaguje na zakašlání, kýchnutí a zatlačení na stolič nebo na manévry, které zvyšují žilní tlak. V případě kompresivního poškození ner-

Obr. 2.4 Schéma vývoje bolesti při mnohočetném myelomu a vysvětlení zhoršení bolestí při manévrech, které zvyšují nitrožilní tlak, čímž se zvýší tlak na nervové vlákno a bolest je pociťována v inervované oblasti



vového kořene (nádorového či nenádorového původu) dojde při uvedených manévrech ke zhoršení bolestí v oblasti příslušného dermatomu. Tento jev signalizující kompresi kořene se jmenuje Dejerine-Frazierův příznak, vznik ilustruje schéma na obr. 2.4.

Toto zjištění je indikací k podrobnějšímu zobrazení, než je rentgenový snímek, tedy k MR či CT zobrazení a zejména k doplnění neurologického vyšetření pacienta, které umožní posoudit přítomnost a tíži případné objektivní poruchy funkce nervových struktur (paréza, sfinkterová dysfunkce apod.). Závažnější klinické neurologické poškození jednoznačně urychluje nutnost provedení zobrazovacích vyšetření, které je v některých případech (zejm. syndrom kaudy equiny – viz níže) nutné doplnit během několika hodin.

4.4.7 „Vnímáte znecitlivění nějaké oblasti těla nebo její oslabení?“

Popsané příznaky jsou pravděpodobnou známkou poškození nervových struktur a u těchto pacientů je jednoznačně indikováno doplnění neurologického vyšetření k posouzení závažnosti a rozsahu poškození a podle nálezu také k zobrazovacímu vyšetření.

4.4.8 „Máte nově vzniklé potíže s močením nebo se zhoršily vaše dlouhodobé potíže v tomto smyslu? Dokážete se vymočít bez výraznějších obtíží? Udržíte moč? Cítíte proud moči při močení?“

Tyto otázky pomohou identifikovat poškození kaudy equiny jako nejzávažnější vertebrogenní syndrom, vyžadující urgentní

zobrazovací vyšetření a následný operační zákrok v řádu hodin, jinak hrozí trvalé poškození příslušných funkcí, které je pro pacienta dlouhodobě velmi stigmatizující. O diferenciální diagnostice bolestí skeletu je v českém písemnictví poměrně hodně publikací, protože lékaři vnímají pozdní diagnostiku jako závažný problém, který zvyšuje náklady na léčbu a zhoršuje prognózu pacienta (43–53).

4.4.9 Mnozí pacienti s myelomem neumí vyjadřovat negativní emoce, a tedy ani řádně popsat svoje příznaky

Při hovoru s pacientem je třeba vzít v úvahu, že pacienti s MM často naplňují psychologickou kategorii *C typu osobnosti*, neboli *cancer person*. Pro tento typ osobnosti je charakteristická nedostatečná exprese negativních emocí. Tito lidé si neradi stěžují a spíše tiše trpí, a proto je nutno informace z nich tahat *jako z chlupaté deky*. To je moje osobní zkušenost po 30 letech práci v myelomové ambulanci.

4.4.10 V případě denzitometricky zjištěné osteoporózy je nutno vždy provést vyšetření s cílem potvrzení či nepotvrzení mnohočetného myelomu

Mnohočetný myelom však způsobuje nejen osteolytická ložiska ve všech částech skeletu, dominantně však v kostech, v níž je zachována krvetvorná kostní dřev, ale také osteoporózu, která může být lehce zaměněna za senilní či postmenopauzální osteoporózu. Pokud má pacient myelom lehkých řetězců, tak nemusí mít vysokou hodnotu sedimentace erytrocytů, které by na myelom upozornila.