

Ból piersi jako problem diagnostyczny i kliniczny

Breast pain as a diagnostic and clinical problem

Arkadiusz Przybył¹, Tomasz Stetkiewicz², Zbigniew Morawiec¹

Ból piersi jest jednym z najczęstszych objawów skłaniających kobiety do wizyt w poradniach onkologicznych i ginekologicznych. Szacuje się, że ok. 80% kobiet w pewnych okresach życia skarży się na bóle sutków, z tego aż 30% odczuwa uciążliwe, trwające powyżej 5 dni dolegliwości. Bóle piersi mogą w znacznym stopniu wpływać na życie codzienne pacjentek oraz zaburzać aktywność społeczną, zawodową, fizyczną i seksualną. Mimo iż jest to tak powszechna dolegliwość, nie ma jednoznacznego wyjaśnienia jej przyczyny, brakuje również schematów określających optymalne leczenie.

Słowa kluczowe: ból piersi, etiologia, postępowanie kliniczne

(Przegląd Menopauzalny 2004; 4: 65–67)

Ból piersi jest jednym z najczęstszych objawów skłaniających kobiety do wizyt w poradniach onkologicznych i ginekologicznych. Szacuje się, że ok. 80% kobiet w pewnych okresach życia skarży się na bóle sutków, z tego aż 30% odczuwa uciążliwe, trwające powyżej 5 dni dolegliwości [1]. Bóle piersi mogą w znacznym stopniu wpływać na życie codzienne pacjentek oraz zaburzać aktywność społeczną, zawodową, fizyczną i seksualną. Mimo iż jest to tak powszechna dolegliwość, nie ma jednoznacznego wyjaśnienia jej przyczyny, brakuje również schematów określających optymalne leczenie.

Bóle piersi są przez większość autorów dzielone na mastalgię cykliczną, niecykliczną oraz bóle spowodowane zmianami zwyrodnieniowymi w obrębie układu kostno-stawowego ściany klatki piersiowej. Mastalgia cykliczna występuje u ok. 70% pacjentek skarżących się na bóle sutków [2–4]. W tym przypadku pojawienie się oraz natężenie dolegliwości uzależnione jest od fazy cyklu miesięczkowego. Rzadziej opisywana mastalgia niecykliczna to dolegliwości niezależne od cyklu menstruacyjnego, mogące występować zarówno przed, jak i po menopauzie.

Za główną przyczynę mastalgii cyklicznej uważa się zaburzenia w równowadze hormonalnej, polegające na podwyższeniu poziomu estrogenu oraz obniżeniu progesteronu [5, 6]. Potwierdzeniem tego faktu może być zmniejszenie dolegliwości u kobiet w okresie ciąży oraz po okresie menopauzy [2], a także u pacjentek leczonych medroksyprogesteronem [5]. U pacjentek z bólami piersi stwierdzono również podwyższony poziom prolaktyny [7], czego potwierdzeniem jest dość duża skuteczność bromokryptyny w leczeniu mastalgii.

Etiologia mastalgii niecyklicznej nie jest tak jednoznaczna, przypuszczalnie obok zmian hormonalnych przyczyną dolegliwości są również zmiany morfologiczne w strukturze miększu sutka. W jednym z doniesień opisujących obrazy ultrasonograficzne u pacjentek z bólami piersi, w grupie z mastalgią niecykliczną wykazano przewagę obrazu z poszerzeniem przewodów mlecznych [8], przy czym zaobserwowano pozytywną zależność między stopniem poszerzenia a nasileniem dolegliwości. Umiejscowienie poszerzonych przewodów miało również wpływ na lokalizację dolegliwości. Warto także zwrócić uwagę, iż mammografia u pacjentek z objawami mastalgii wykazuje przewagę tzw. obrazu piersi gęstych

¹Oddział Chirurgii Onkologicznej Regionalnego Ośrodka Onkologicznego, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Kopernika w Łodzi; kierownik: dr n. med. Zbigniew Morawiec

²Klinika Ginekologii i Chorób Menopauzy Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi; kierownik: prof. dr hab. Tomasz Pertyński



[9]. Brak natomiast ewidentnego potwierdzenia zmian histopatologicznych jako przyczyny bólów piersi, aczkolwiek w nielicznych doniesieniach na ten temat wykazano częstsze występowanie zwyrodnienia włóknisto-torbielowatego w przypadku mastalgii cyklicznej [10].

Czynniki nasilające pojawienie się bólu to także palenie tytoniu, nadużywanie kawy i przewlekły stres [11]. Należy jednak podkreślić, że choć niewątpliwie czynniki psychologiczne, takie jak bezsenność, brak partnera, nerwica czy zaburzenia osobowości sprzyjają nasileniu się bólów [12], część autorów wyklucza jednak neurotyczną przyczynę dolegliwości.

Podkreślają oni, że bóle piersi są spowodowane rzeczywistymi zmianami fizjologicznymi i patologicznymi, wynika z tego faktu konieczność szczególnie starannego potraktowania zgłaszanych przez kobiety dolegliwości [13].

Kontrowersyjnym zagadnieniem jest związek między bólami piersi a ryzykiem zachorowania na raka sutka. Choć ukazały się doniesienia, zwracające uwagę na większe ryzyko zachorowania wśród kobiet z mastalgią [14, 15], brak jednak randomizowanych badań klinicznych potwierdzających tę tezę. Nie zmienia to faktu, że każda pacjentka zgłaszająca się z bólami piersi wymaga starannej diagnostyki, łączącej dokładne badanie kliniczne z zależnymi od indywidualnych wskazań badaniami dodatkowymi (USG piersi, mammografia, biopsją cienko- lub gruboigłową).

Po wykluczeniu zmian nowotworowych bardzo istotnym elementem jest uspokojenie pacjentki i wyjaśnienie, iż dolegliwości nie stanowią zagrożenia dla jej życia i zdrowia. Postępowanie to uważa się za pierwszy etap leczenia mastalgii, wielu autorów podkreśla, że w większości przypadków powoduje ono znaczne złagodzenie bądź wręcz ustąpienie dolegliwości [16–18]. Na tym etapie warto również zalecić zmianę trybu życia – zmniejszenie wagi ciała, spożycia tłuszczów i kofeiny oraz zwiększenie aktywności fizycznej. W przypadku dłuższej trwających i bardziej uciążliwych dolegliwości istnieje konieczność włączenia leczenia farmakologicznego. Za skuteczne i w praktyce pozbawione działań ubocznych uważa się preparaty wiesiołka [3, 17, 19, 20], dość korzystne efekty opisywano również po zastosowaniu mastodynonu – biologicznego preparatu niehormonalnego o działaniu dopaminergicznym [21]. Ukazały się również artykuły opisujące skuteczność witaminy E [22] oraz witaminy B₆ [3, 22]. Uważa się, że ta ostatnia zastosowana w dawce 200 mg/dobę wpływa na ustalenie korzystnych proporcji w stężeniu estrogenów i progesteronu [22]. Warto również zwrócić uwagę na doniesienie, opisujące dobry efekt przeciwbólowy po miejscowym zastosowaniu NLPZ, zaobserwowany zarówno w mastalgi cyklicznej, jak i niecyklicznej [23].

W przypadku bardzo nasilonych i uciążliwych dolegliwości, nieustępujących po opisanym powyżej postępowaniu, istnieją wskazania do zastosowania prepa-

ratów o działaniu hormonalnym. Najczęściej stosowane to tamoksyfen, danazol i bromokryptyna. Ich skuteczność wykazano w randomizowanych badaniach klinicznych. Ograniczeniem w ich zastosowaniu są, niestety, dość uciążliwe działania uboczne [24].

Za preparat najsukcesowniej uważany jest tamoksyfen, selektywny modulator receptorów estrogenowych, stosowany szeroko w leczeniu uzupełniającym raka piersi. W przypadku mastalgii zalecane dawkowanie to 10 mg/dobę, podawane przez 3 mies. [25]. Tylko w nielicznych wypadkach, przy bardzo nasilonych dolegliwościach zalecane jest dawkowanie 6-miesięczne. Leczenie to pozwala uzyskać zadowalający efekt przeciwbólowy u ok. 70% pacjentek [26]. Jego ograniczeniem są dość uciążliwe objawy uboczne – najczęściej opisywane to objawy naczynioruchowe, alergie, nudności i wymioty, zawroty głowy i zaburzenia miesiączkowania.

Lekiem dość często stosowanym, o mniejszej jednak skuteczności niż tamoksyfen [27] jest danazol, najczęściej zalecany w dawce od 100 do 400 mg/dobę przez 3 do 6 mies. Szczególnie interesujące wydają się doniesienia, zalecające podawanie niskich dawek danazolu tylko w czasie fazy lutealnej cyklu, co umożliwiłoby zminimalizowanie objawów ubocznych, a jednocześnie daje dużą skuteczność w leczeniu mastalgii [28, 29]. Stosunkowo niewielka liczba objawów niepożądanych po zastosowaniu danazolu powoduje, iż w wielu ośrodkach jest on traktowany jako lek pierwszego rzutu w leczeniu nasilonej mastalgii [30, 31].

W przypadku, gdy bólowi piersi towarzyszy podwyższony poziom PRL, postępowaniem z wyboru jest włączenie bromergonu. Najczęściej zalecana dawka to 2,5 mg/dobę, stosowana przez minimum 6 mies.

Ukazują się coraz liczniejsze doniesienia, opisujące skuteczność analogów LHRH w nasilonej mastalgi [17, 19]. Ten sposób leczenia wiąże się jednak z dość dużą liczbą objawów niepożądanych i jego skuteczność wymaga dalszej oceny w badaniach klinicznych.

Opisany powyżej sposób postępowania zalecany jest zarówno w mastalgi cyklicznej, jak i niecyklicznej, aczkolwiek w tym ostatnim przypadku należy liczyć się z mniejszą skutecznością leczenia [25, 32]. Szczególnie trudnym problemem jest mastalgia niecykliczna w okresie przekwitania. W tym przypadku należy położyć szczególny nacisk na rozważenie wskazań do hormonalnej terapii zastępczej.

W bólach piersi spowodowanych zmianami zwyrodnieniowymi ściany klatki piersiowej podstawowe leczenie to leki niesteroidowe/zapalne, a przy bardziej nasilonych dolegliwościach iniekcje środków znieczulenia miejscowego oraz steroidów podawane w bolesne okolice przestrzeni międzyżebrowych [33, 34]. Wykazano, iż podanie 1–2 ml 1-procentowej lignokainy wraz z 40 mg epimedrolu może przynieść ulgę u ok. 80% pacjentek, skarżących się na ten rodzaj dolegliwości.



Bóle piersi są często występującą i w wielu wypadkach uciążliwą dolegliwością, mogącą w znacznym stopniu zakłócić życie codzienne pacjentek. W leczeniu mastalgii najbardziej istotnym elementem jest staranna diagnostyka, pozwalająca wykluczyć obecność zmian

nowotworowych oraz wyjaśnienie pacjentce charakteru dolegliwości. W przypadku bardziej nasilonej mastalgii istnieją wskazania do włączenia leczenia farmakologicznego, mogącego przynieść zmniejszenie lub całkowite zniesienie dolegliwości u większości pacjentek.

Summary

Breast pain is one of the most common symptoms which make women visiting oncological and gynecological out-patients clinics.

About 80% of women complain of breast pain, and 30% of them suffer from severe, lasting more than five days pain. Mastalgia can influence everyday life and interfere with social, professional, physical and sexual activity.

Nevertheless it is so common problem its etiology has not been evidently explained and there is no precise standards of its treatment.

Key words: breast pain, etiology, clinical treatment

Piśmiennictwo

1. Ader DN, Shriver CD. *Cyclical mastalgia: prevalence and impact in an out-patient breast clinic sample.* J Am Coll Surg 1997; 185 (5): 466-70.
2. Wisbey JR, Kumar S, Mansel RE. *Natural history of breast pain.* Lancet 1983; 2 (8351): 672-4.
3. Wetzig NR. *Mastalgia: a 3 year Australian study.* Aust N Z J Surg. 1994; 64 (5): 329-31.
4. Khanna AK, Tapodar J, Misra MK. *Spectrum of benign breast disorders in university hospital.* J Indian Med Assoc 1997; 95 (1): 5-8.
5. Euhus DM, Uyehara C. *Influence of para-uterine progesterones on the prevalence and severity of mastalgia in premenopausal women: a multi-institutional cross-sectional study.* J Am Coll Surg 1997; 184 (6): 596-604.
6. Wypych K, Spiewankiewicz B, Sawicki W. *Evaluation of endometrial changes in women with cyclical mastalgia.* Ginekol Pol 1995; 66 (8): 451-6.
7. Watt-Boolsen S, Andersen AN, Blichert-Toft M. *Serum prolactin and oestradiol levels in women with cyclical mastalgia.* Horm Metab Res 1981; 13 (12): 700-2.
8. Peters F, Diemer P, Mecks O, et al. *Severity of mastalgia in relation to milk duct dilatation.* Obstet Gynecol 2003; 101 (1): 54-60.
9. Leinster SJ, Whitehouse GH, Walsh PV. *Cyclical mastalgia: clinical and mammographic observations of a screened population.* Br J Surg 1987; 74 (3): 220-2.
10. Jorgensen J, Watt-Boolsen S. *Cyclical mastalgia and breast pathology.* Acta Chir Scand 1985; 151 (4): 319-21.
11. Ader DN, South-Paul J, Adera T, et al. *Cyclical mastalgia: prevalence and associated health and behavioral factors.* J Psychosom Obstet Gynaecol 2001; 22 (2): 71-6.
12. Wenderlein JM. *Psychophysiological aspects of mastalgia.* MMW Munch Med Wochenschr 1978; 120 (24): 835-8.
13. Preece PE, Mansel RE, Hughes LE. *Mastalgia: psychoneurosis or organic disease?* Br Med J 1978; 1 (6104): 29-30.
14. Plu-Bureau G, Thalabard JC. *Cyclical mastalgia as a marker of breast cancer susceptibility results of a case-control study among French women.* Br J Cancer 1992; 65 (6): 945-9.
15. Fariselli G, Lepera P. *Localized mastalgia as presenting symptom in breast cancer.* Eur J Surg Oncol 1998; 14 (3): 213-5.
16. Barros AC, Mottola J, Ruiz CA, et al. *Reassurance in the treatment of mastalgia.* Breast J 1999; 5 (3): 162-5.
17. Maddox PR, Mansel RE. *Management of breast pain and nodularity.* World J Surg 1989; 13 (6): 699-705.
18. Hamed H, Fentiman IS. *Benign breast disease.* Int J Clin Pract 2001; 55 (7): 461-4.
19. Belieu RM. *Mastodynia.* Obstet Gynecol Clin North Am 1994; 21 (3): 461-77.
20. Pye JK, Mansel RE, Hughes LE. *Clinical experience of drug treatments for mastalgia.* Lancet 1985; 2 (8451): 373-7.
21. Kubista E, Muller G, Spona J. *Treatment of mastopathies with cyclic mastodynia.* Rev Fr Gynecol Obstet. 1987; 82 (4): 221-7.
22. Abraham GE. *Nutritional factors in the etiology of the premenstrual tension syndromes.* J Reprod Med 1983; 28 (7): 446-64.
23. Colak T, Ipek T, Kanik A, et al. *Efficacy of topical nonsteroidal anti-inflammatory drugs in mastalgia treatment.* J Am Coll Surg 2003; 196 (4): 525-30.
24. Smith RL, Pruthi S, Fitzpatrick LA. *Evaluation and management of breast pain.* Mayo Clin Proc 2004; 79 (3): 353-72.
25. Fentiman IS, Caleffi M. *Dosage and duration of tamoxifen treatment for mastalgia: a controlled trial.* Br J Surg 1988; 75 (9): 845-6.
26. Ortiz-Mendoza CM, Flores MA, Domville Ede G. *Mastalgia treatment with tamoxifen.* Ginecol Obstet Mex 2003; 71: 502-7.
27. Kontostolis E, Stefanidis K. *Comparison of tamoxifen with danazol for treatment of cyclical mastalgia.* Gynecol Endocrinol 1997; 11 (6): 393-7.
28. O'Brien PM, Abukhalil IE. *Randomized controlled trial of the management of premenstrual syndrome and premenstrual mastalgia using luteal phase-only danazol.* Am J Obstet Gynecol 1999; 180: 18-23.
29. Maddox PR, Harrison BJ, Mansel RE. *Low dose danazol for mastalgia.* Br J Clin Pract Suppl 1989; 68: 43-7.
30. Pain JA, Cahill CJ. *Management of cyclical mastalgia.* Br J Clin Pract 1990; 44 (11): 454-6.
31. Gateley CA, Miers M. *Drug treatments for mastalgia: 17 years experience in the Cardiff Mastalgia Clinic.* J R Soc Med 1992; 85 (1): 12-5.
32. Prpic I, Jakic-Razumovic J. *Developmental and involutional breast disorders.* Lijec Vjesn. 1992; 114 (5-8): 105-9.
33. Khan HN, Rampaul R, Blamey RW. *Local anaesthetic and steroid combined injection therapy in management of non-cyclical mastalgia.* Breast 2004; 13 (2): 129-32.
34. Maddox PR, Harrison BJ, Mansel RE, Hughes LE. *Non-cyclical mastalgia: an improved classification and treatment.* Br J Surg 1989; 76 (9): 901-4.

Adres do korespondencji

Oddział Chirurgii Onkologicznej
Regionalnego Ośrodka Onkologicznego
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Kopernika w Łodzi
ul. Paderewskiego 4
93-513 Łódź

