

Καρκινικός πόνος και παρηγορητική αγωγή

Γεωργία Ζαχαρία¹
Στέφανος Νικολούζος²
Νικόλαος Καποδίστριας³
Αννα Μουζακίτη³
Ευάγγελος Ντουβέλης³
Ελένη Πλέσια⁴

- ¹ Αναισθησιολόγος, Εξειδίκευση στη θεραπεία πόνου & παρηγορητική ιατρική
- ² Χειρουργός θώρακος, ΠΜΣ Ογκολογία θώρακος, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
- ³ Παθολόγος-Ογκολόγος
- ⁴ Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος & Ιατρείου Πόνου ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

Εισήγηση από την ημερίδα «Αντιμετώπιση ογκολογικού ασθενή στην Κέρκυρα. Νέες προοπτικές», 19 Ιανουαρίου 2013, Αναγνωστική Εταιρεία Κερκύρας Καμία πηγή ή φορέας χρηματοδότησης της παρούσης εργασίας

Διεύθυνση αλληλογραφίας:

Γεωργία Ζαχαρία
Γενική Κλινική Κερκύρας «Αλέξανδρος Μάστορας», Εθνική Παλαιοκαστρίτσας 491 00, Κέρκυρα, Τηλ: 2661022945 - 6974654308, E mail: zizizac@gmail.com

Λέξεις κλειδιά :

καρκινικός πόνος, απιοειδή, παροξυσμικός πόνος, νευροπαθητικός πόνος, υποστηρικτική αγωγή, παρηγορητική αγωγή.

Περίληψη:

Εισαγωγή: Κάθε μέρα υποφέρουν από καρκινικό πόνο περισσότεροι από 9.000.000 άνθρωποι. Στην Ευρώπη, το 50% των καρκινοπαθών δεν έχουν αποτελεσματική ανακούφιση του πόνου τους. Η συχνότητα εμφάνισης καρκινικού πόνου εξαρτάται από την εστία και το στάδιο της νόσου. Η αντίληψη του πόνου επηρεάζεται από σωματικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς, πολιτισμικούς και πνευματικούς παράγοντες. Η έννοια του ολικού πόνου αντιπροσωπεύει τις αλληλεπιδράσεις όλων των παραπάνω παραγόντων στην αντίληψη του πόνου.

Σκοπός: Αυτό το άρθρο παρουσιάζει όλα τα σύγχρονα δεδομένα σχετικά με την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου με ιδιαίτερη έμφαση στη φαρμακευτική θεραπεία και θέτει τις αρχές της υποστηρικτικής και παρηγορητικής αγωγής. Δίνει ιδιαίτερη προσοχή στην πολύπλευρη προσέγγιση του ασθενή παρουσιάζοντας τις δομές που πρέπει να είναι διαθέσιμες και τις εναλλακτικές λύσεις που παρέχονται σε ασθενείς και φροντιστές.

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε συστηματική βιβλιογραφική έρευνα σχετικών αναφορών. Χρησιμοποιήθηκε διαδικτυακή αναζήτηση των αρχείων της εθνικής ιατρικής βιβλιοθήκης των ΗΠΑ μέσω της διαδικτυακής πύλης Pubmed. Περιορίσαμε την έρευνα μας σε πρόσφατες εργασίες από το 2012 και μετά.

Αποτελέσματα: Η φαρμακευτική αγωγή αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της θεραπείας πόνου. Είναι αποτελεσματική, σχετικά χαμηλού κινδύνου, χαμηλού κόστους και τα αποτελέσματα της φαίνονται σχεδόν άμεσα. Επεμβατικές τεχνικές απαιτούνται μόλις στο 5-10% των ασθενών που δεν ανακουφίζονται διαφορετικά. Η υποστηρικτική αγωγή αντιμετωπίζει τα φυσικά συμπτώματα και τις επιπλοκές συνεπεία της νόσου. Ελαττώνει ή προλαμβάνει την τοξικότητα της θεραπείας. Βελτιώνει την επικοινωνία με τους ασθενείς και τους βοηθά να κατανοήσουν την έκταση της νόσου και την πρόγνωση. Αμβλύνει την συναισθηματική επιβάρυνση των ασθενών και των οικείων τους.

Βοηθά τους καρκινοπαθείς να αντιμετωπίσουν ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα.

Συμπεράσματα: Η ανακούφιση από τον πόνο αποτελεί βασικό ανθρώπινο δικαίωμα. Ο καρκινικός πόνος που δεν ανακουφίζεται προκαλεί μείωση της ποιότητας ζωής, της λειτουργικότητας, της δραστηριότητας, της όρεξης, της παραγωγικότητας, του εισοδήματος και της διάθεσης για συνέχιση της θεραπείας. Επίσης αυξάνει τα έξοδα του ασθενούς και της οικογένειάς του, το κόστος νοσηλείας, τον αριθμό εισαγωγών στα νοσοκομεία, τη διάρκεια νοσηλείας, τον πόνο, τη δυστυχία και τις ιδέες αυτοκτονίας.

Εισαγωγή

Κάθε μέρα υποφέρουν από καρκινικό πόνο περισσότεροι από 9.000.000 άνθρωποι. Στην Ευρώπη, το 50% των καρκινοπαθών δεν έχουν αποτελεσματική ανακούφιση του πόνου τους. Οι λόγοι είναι διάφοροι: Έλλειψη ενημέρωσης για τις θεμελιωμένες μεθόδους, έλλειψη συστηματικής διδασκαλίας φοιτητών Ιατρικής και άλλων επαγγελματιών υγείας, έλλιπής γνώση της παθοφυσιολογίας και των αιτιών του πόνου, κακή επικοινωνία ιατρού και ασθενούς, έλλιπη επικοινωνία του ασθενούς με το οικογενειακό του περιβάλλον, διαθεσιμότητα των αναγκαίων αναλγητικών ¹.

Ορολογία

Πόνος: Μία δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία, που σχετίζεται με μία πραγματική ή δυνητική ιστική βλάβη ή περιγράφεται με τους όρους μια τέτοιας βλάβης.

Αλγαισθησία: Οι νευρωνικές διαδικασίες της κωδικοποίησης και προώθησης των βλαπτικών ερεθισμάτων. Το βλαπτικό ερέθισμα που ανιχνεύεται από τους αλγοϋποδοχείς.

Μετατροπή: Η διαδικασία που τα επώδυνα ερεθίσματα μεταφράζονται σε ηλεκτρική δραστηριότητα στα άκρα των αισθητικών νευρώνων.

Μεταβίβαση: Η διαδικασία της μετάδοσης των νευρικών ώσεων δια μέσου του αισθητικού νευρικού συστήματος.

Τροποποίηση: Η διαδικασία κατά την οποία η μεταβίβαση των αισθητικών πληροφοριών τροποποιείται μέσω ενός αριθμού νευρωνικών επιδράσεων.

Αντίληψη: Η τελική διαδικασία όπου η μετατροπή, μεταβίβαση και τροποποίηση αλληλεπιδρούν με τη μοναδική ψυχολογία και μνήμη του ατόμου για να δημιουργήσουν την τελική εμπειρία του πόνου.

Αλγοϋποδοχέας: Ένας αισθητικός υποδοχέας που είναι ικανός να μετατρέψει και να κωδικοποιήσει βλαπτικά ερεθίσματα.

Αλγαισθητικός πόνος: Ο πόνος που προέρχεται από τη δραστηριοποίηση των αλγοϋποδοχέων. Είναι ο φυσιολογικός, ο “καλός” – προσαρμοστικός πόνος. Αποτελεί φυσιολογική και αναστρέψιμη διαταραχή της λειτουργικής πλαστικότητας. Οι νευρικές οδοί είναι φυσιολογικές και ανέπαφες.

Νευροπαθητικός πόνος: Πόνος που προκύπτει σαν άμεση συνέπεια μιας βλάβης ή ασθένειας, που επηρεάζει το σωματοαισθητικό σύστημα. Οι μηχανισμοί πρόκλησής του είναι τελείως διαφορετικοί από τους φυσιολογικούς του αλγαισθητικού πόνου. Είναι παθολογικός πόνος και προϋποθέτει πάντα νευρική βλάβη ^{2,4}.

Ψυχογενής πόνος: Χρόνια επώδυνη διαταραχή σχετιζόμενη με ψυχολογικούς παράγοντες. Αμφισβητείται κατά πόσο αποτελεί αποκλειστική αιτία πόνου. Αποδεδειγμένα όμως παρουσιάζει αληθινά συμπτώματα ^{5,6}.

Καρκινικός πόνος

Είναι σύνθετος: Μπορεί να είναι αλγαισθητικός, νευροπαθητικός ή ψυχογενής. Μόνο 20% των ασθενών εμφανίζει ένα είδος πόνου. Συνήθως παρουσιάζουν δύο ή περισσότερα είδη ταυτόχρονα. Μπορεί να είναι οξύς, χρόνιος ή χρόνιος με παροξύνσεις (η συνηθέστερη μορφή). Ο παροξυσμικός πόνος αποτελεί παροδική έξαρση πόνου σε έδαφος σταθερού επίμονου πόνου, ελεγχόμενου αποτελεσματικά με συστηματική λήψη οπιοειδών. Χαρακτηρίζεται από ταχεία έναρξη (1-3 min), μικρή σχετικά διάρκεια (κατά μέσο όρο περίπου 30min), ποικίλη ένταση (σοβαρός έως ανυπόφορος) και συχνότητα (1-4 φορές την ημέρα). Ο παροξυσμικός πόνος μπορεί να είναι περιστασιακός, αυτόματος ή να εμφανίζεται κατά το τέλος της δόσης. Ο περιστασιακός πόνος εμφανίζεται κάτω από προβλεπόμενες καταστάσεις (κίνηση, βήχας, μάσηση, κατάποση, αφόδευση). Ο αυτόματος πόνος εμφανίζεται αιφνιδίως άσχετα με την δραστηριότητα. Πιθανά αίτια αποτελούν ο σπασμός ή η διάταση κοίλων σπλάχνων. Ο πόνος κατά το τέλος δόσης οφείλεται σε ανεπαρκή αναλγητική δοσολογία ή σε μεγάλα μεσοδιαστήματα μεταξύ των δόσεων. Ο παροξυσμικός πόνος εμφανίζεται στο 65% των καρκινοπαθών. Αποτελεί αρνητικό προγνωστικό σημείο, οδηγεί σε μειωμένη φυσική δραστηριότητα, σε υψηλότερα επίπεδα άγχους-κατάθλιψης, σε μικρότερο βαθμό ικανοποίησης των ασθενών, σε περισσότερες επισκέψεις στα ΤΕΠ και σε περισσότερες απρογραμμάτιστες επισκέψεις στα ιατρεία ⁷.

Ποιος είναι ο λόγος που ο καρκίνος προκαλεί πόνο; Η έκκριση: προσταγλαδινών, κυτοκινών και EGF από τον όγκο προκαλεί διέγερση των αλγοϋποδοχέων. Επίσης λόγω της παρουσίας μακροφάγων, που αποτελούν 20-30% των κυττάρων του όγκου, παράγονται TNF και ιντερλευκίνες, που προκαλούν τη διέγερση πρωτογενών αλγαισθητικών νευρώνων.

Αιτίες καρκινικού πόνου

Η συχνότητα εμφάνισης καρκινικού πόνου εξαρτάται από την εστία και το στάδιο της νόσου. Την υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης πόνου παρουσιάζουν οι νεοεξεργασίες των οστών, του παγκρέατος και του οισοφάγου (>80%). Ακολουθούν ο καρκίνος του πνεύμονα, του στομάχου, των χοληφόρων, του προστάτη, των ωοθηκών, της μήτρας και του μαστού (71-80%). Λιγότερο συχνά (61-70%) εμφανίζουν επώδυνη συμπτωματολογία οι καρκίνοι του στοματοφάρυγγα, εντέρου, νεφρών, ουροδόχου κύστης και εγκεφάλου. Τέλος στο 51-60% των λεμφωμάτων, των λευχαιμιών και των σαρκωμάτων των μαλακών μορίων έχουμε παρουσία καρκινικού πόνου. Σε ότι αφορά το στάδιο νόσου έχει παρατηρηθεί ότι, ανεξαρτήτως είδους καρκίνου, 30-40% των ασθενών εμφανίζουν αλγώδη συμπτωματολογία ήδη κατά τη στιγμή της διάγνωσης, ενώ το ποσοστό αυξάνει θεαματικά με τη προχωρημένη νόσο (60-100%). Αιτίες καρκινικού πόνου είναι η παρουσία της νόσου (60-70%), Οι θεραπείες της νόσου (20%), αιτίες με άμεση ή έμμεση σχέση με τη νόσο και τις θεραπείες της (10%), αιτίες άσχετες με τη νόσο και τις θεραπείες της (10%)⁸.

Οι αιτίες λόγω της παρουσίας της νόσου περιλαμβάνουν οστικές μεταστάσεις, διήθηση νευρών και πλεγμάτων, διήθηση σπλάχνων, μαλακών μορίων, δέρματος και βλεννογόνων. Οι αιτίες που οφείλονται στις θεραπευτικές παρεμβάσεις διακρίνονται σε: στοματίτιδα, φλεβοθρόμβωση και νέκρωση ιστών μετά από χημειοθεραπεία, μετακτινική βλεννογονίτιδα, νευροπάθεια και μυελοπάθεια, μετεγχειρητική νευροπάθεια.

Στις άμεσες ή έμμεσες συσχετιζόμενες με τη νόσο αιτίες συμπεριλαμβάνονται οι παρενέργειες των φαρμάκων, η εξασθένηση, η αναπηρία, τα θρομβοεμβολικά επεισόδια, η μεθερπητική νευραλγία, η γαστρική διάταση και η δυσκοιλιότητα.

Αιτίες πόνου μη σχετιζόμενες με τη νόσο μπορούν να αποτελέσουν η ισχαιμική καρδιοπάθεια, η αρθρίτιδα και η περιφερική αγγειακή νόσος.

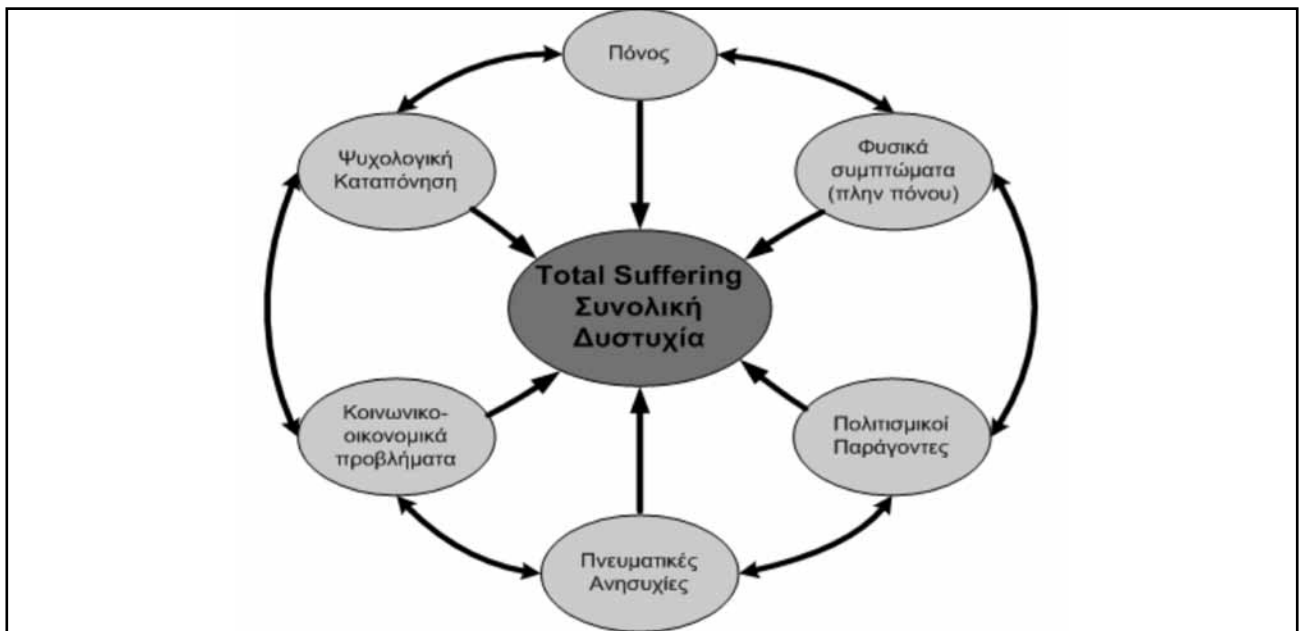
Είναι γεγονός ότι η αντίληψη του πόνου επηρεάζεται από σωματικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς, πολιτισμικούς και πνευματικούς παράγοντες. Σε αυτό το σημείο υπεισέρχεται η έννοια του ολικού πόνου (Εικόνα 1). Αντιπροσωπεύει αλληλεπιδράσεις των διαφόρων αιτιών στην αντίληψη του πόνου. Είναι αυτό που περιγράφει ο άρρωστος. Είναι αυτό που πρέπει να θεραπευτεί⁹.

Γενικές αρχές αντιμετώπισης του πόνου

Βασικός παράγοντας είναι η αποδοχή της περιγραφής, που κάνει ο ασθενής. Χρειάζεται προσεκτική εξέταση και συνεκτίμηση όλων των στοιχείων (ιστορικό, φυσική εξέταση, εργαστηριακές εξετάσεις).

Σωστό είναι να γίνεται η αξιολόγηση κάθε είδους πόνου χωριστά. Θα πρέπει να εκτιμούνται όλοι οι παράγοντες: σωματικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί, πολιτισμικοί, πνευματικοί. Αναγκαία είναι και η περιοδική επανεκτίμηση του ασθενή.

Η θεραπεία πόνου είναι αναπόσπαστο τμήμα ενός πολυδύναμου σχεδίου ολιστικής φροντίδας. Πρέπει να είναι ανάλογη της πορείας της νόσου. Πρέπει να εφαρμόζει το κατάλληλο θεραπευτικό σχήμα έχοντας τη δυνατότητα χρησιμοποίησης πολλών θεραπευτικών



Εικόνα 1.
Έννοια του ολικού πόνου.

σχημάτων ταυτόχρονα. Απαιτεί συνέχεια στη θεραπεία και επανειλημμένη επανεκτίμηση της αποτελεσματικότητας και ασφάλειας των χρησιμοποιούμενων θεραπευτικών σχημάτων¹⁰.

Οι θεραπευτικές δυνατότητες, που έχουμε στη διάθεση μας, περιλαμβάνουν θεραπεία υποκείμενης νόσου, φαρμακευτική προσέγγιση, επεμβατική προσέγγιση (αναισθησιολογική, νευροχειρουργική), μη φαρμακευτική- μη επεμβατική προσέγγιση (βελονισμός, TENS, φυσιοθεραπεία, ψυχοθεραπεία κ.λπ.), Παρηγορητική (εγχειρήσεις, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία).

Φαρμακευτική αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου

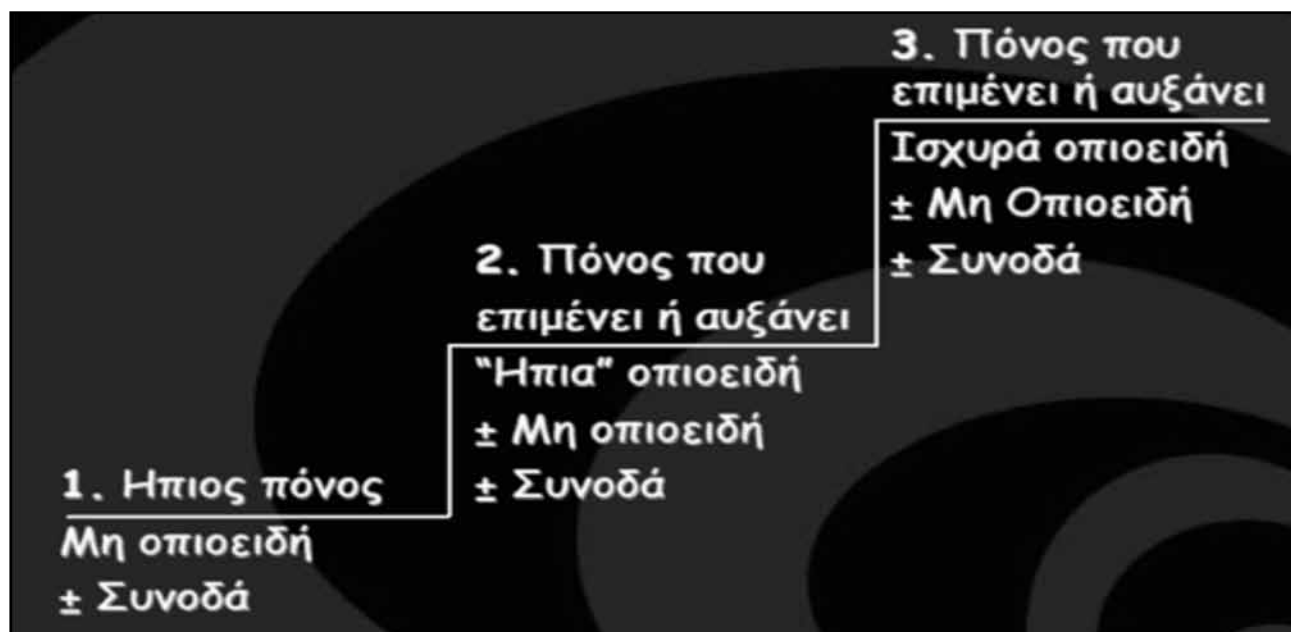
Αποτελεί τον ακρογωνιαίος λίθος της θεραπείας πόνου. Είναι αποτελεσματική, σχετικά χαμηλού κινδύνου, χαμηλού κόστους και τα αποτελέσματα της φαίνονται σχεδόν άμεσα. Επεμβατικές τεχνικές απαιτούνται μόλις στο 5-10% των ασθενών που δεν ανακουφίζονται διαφορετικά.

Η φαρμακευτική αντιμετώπιση βασίζεται σε μη οπιοειδή αναλγητικά, οπιοειδή αναλγητικά, συνοδά φάρμακα και προληπτικά φάρμακα. Ρυθμίζοντας τη φαρμακευτική αγωγή θα πρέπει να έχουμε υπόψη τα εξής: Θα πρέπει να χορηγούμε επαρκή δόση φαρμάκου. Η τιτλοποίηση της δοσολογίας είναι διαφορετική για κάθε ασθενή. Η χορήγηση πρέπει να είναι συστηματική σε τακτά χρονικά διαστήματα και όχι επί πόνου με προτίμηση σε σκευάσματα βραδείας αποδέσμευ-

σης. Ο ασθενής θα πρέπει να είναι ενημερωμένος για την αντιμετώπιση παροξυσμικού πόνου λαμβάνοντας δόση διάσωσης με σκευάσματα άμεσης απελευθέρωσης και ταχείας δράσης. Οι ενδομυϊκές ενέσεις αποφεύγονται. Οι ασθενείς πρέπει να ενημερώνονται για τις τυχόν παρενέργειες και πώς να τις αντιμετωπίζουν. Οι οδηγίες είναι πάντα γραπτές. Προτιμάται η χορήγηση από το στόματος, όπου είναι δυνατόν. Υιοθετούμε κατά προτίμηση απλά αναλγητικά σχήματα. Επιδιώκουμε συχνούς επανελέγχους και τακτικές συνεδρίες επανεκτίμησης της αποτελεσματικότητας και ασφάλειας της θεραπείας. Τα φαρμακευτικά σχήματα, που χρησιμοποιούμε, θα πρέπει να βασίζονται στην αναλγητική κλίμακα του Π.Ο.Υ. (Εικόνα 2).

Τα μη οπιοειδή αναλγητικά περιλαμβάνουν το ακετυλοσαλικυλικό οξύ, την παρακεταμόλη και τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ). Είναι αποτελεσματικά στην ανακούφιση του ήπιου έως μέτριου πόνου. Έχουν δράση κυρίως περιφερική, πιθανόν και κεντρική. Παρουσιάζουν συνεργική δράση με τα οπιοειδή. Εμφανίζουν φαινόμενο οροφής. Δεν προκαλούν ανοχή ή εξάρτηση. Τα ΜΣΑΦ χρησιμοποιούνται ευρύτατα στην αντιμετώπιση κάθε χρόνιου πόνου. Οι παρενέργειές τους εξαρτώνται από τη δράση τους στη σχέση COX2 / COX1. Οι κυριότερες παρενέργειες αφορούν το γαστρεντερικό σύστημα, τον πηκτικό μηχανισμό, τους νεφρούς και το κεντρικό νευρικό σύστημα (συνήθως ήπιες και παροδικές). Τα νεότερα ΜΣΑΦ έχουν μηδαμινή δράση στο γαστρεντερικό και στον πηκτικό μηχανισμό. Για τα άλλα συστήματα απαιτείται η ίδια προσοχή και προφυλάξεις όπως με τα παραδοσιακά ΜΣΑΦ^{11,12}.

Τα οπιοειδή αναλγητικά αποτελούν τον ακρογωνι-



Εικόνα 2.

Αναλγητική κλίμακα κατά WHO.

αίος λίθος για την αντιμετώπιση του μέτριου έως σοβαρού πόνου. Είναι αποτελεσματικά, τιτλοποιούνται εύκολα με μια σχέση ωφέλειας – κινδύνου εξαιρετική. Παρουσιάζουν ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως ναυτία και δυσκοιλιότητα (οι πιο συχνές), έμετος, γαστρίτιδα, υπνηλία, σύγχυση (πιθανή ένδειξη για μείωση της δόσης), παραισθήσεις, καταστολή αναπνευστικού (μηδαμινός κίνδυνος στην πραγματικότητα), ανοχή, σωματική εξάρτηση, ψυχική εξάρτηση και εθισμός (ειδικά οι τελευταίες παρενέργειες είναι υπεύθυνες για την “Οπιφοβία”).

Η σωστή επιλογή οπιοειδούς βασίζεται στη φαρμακοδυναμική, στη φαρμακοκινητική, στο χρόνο ημίσειας ζωής, στην ισχύ και ισοδυναμία του σκευάσματος, καθώς επίσης στην παθοφυσιολογία, στην ένταση, στα χαρακτηριστικά του πόνου και σε προηγούμενες εμπειρίες του ασθενή. Τα οπιοειδή αναλγητικά χορηγούνται από όλες τις οδούς: Διαβληνογόνια (στοματικό & ρινικό βληνογόνο), από το στόμα, από το ορθό, διαδερμικά, παρεντερικά (υποδόρια, ενδομυϊκά, ενδοφλέβια), ενδονωτιαία (επισκληρίδια, υπαραχνοειδώς), ενδοεγκεφαλικά (ενδοκοιλιακά), με χρήση καθετήρων και συσκευών συνεχούς ή ελεγχόμενης έγχυσης (PCA) ^{13,14}.

Χρησιμοποιώντας οπιοειδή θα πρέπει να έχουμε υπόψη τα εξής: Η συγχορήγηση με συνοδά φάρμακα προκαλεί ενίσχυση της δράσης τους, απαιτεί μικρότερη δόση και παρουσιάζει

μικρότερη πιθανότητα ανάπτυξης ανοχής. Η δόση είναι όση χρειάζεται ο άρρωστος. Δεν υπάρχει οροφή. Μόνο περιορισμό αποτελούν οι παρενέργειες. Σε περίπτωση ανάγκης αύξησης δόσης αυτή δεν θα πρέπει να υπερβαίνει το 30% της τελευταίας δόσης, ενώ η μεί-

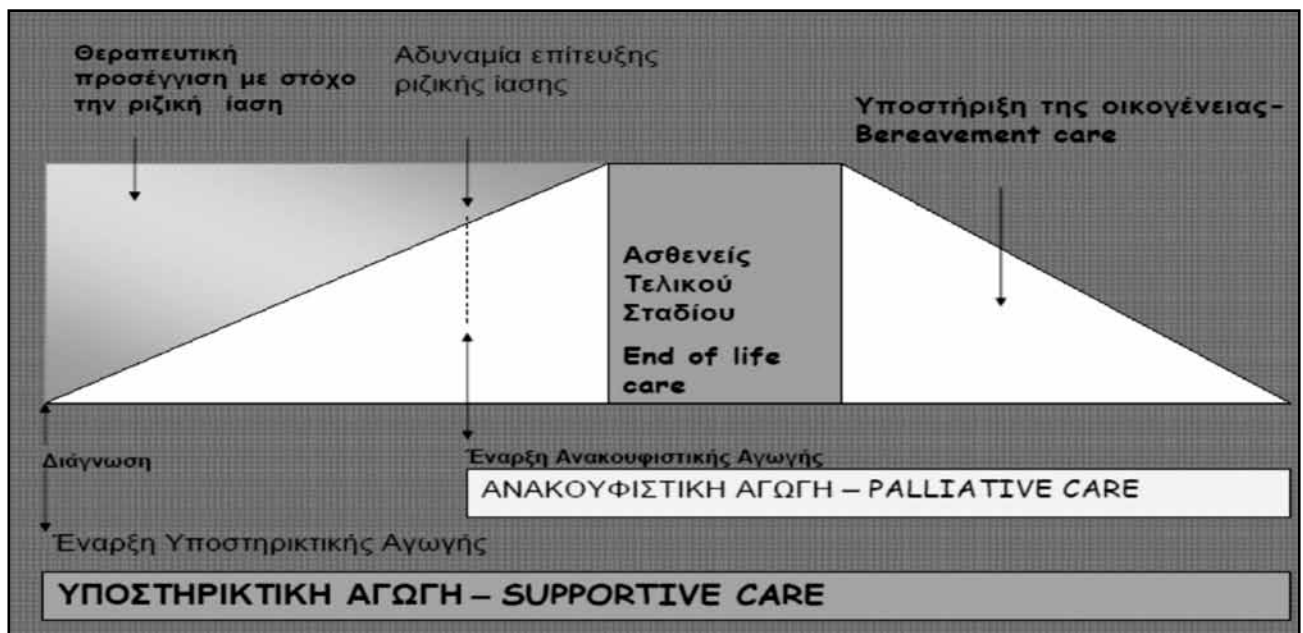
ωση δόσης γίνεται σταδιακά όχι μειώνοντας τη δόση πάνω από 20%. Χρειάζεται στενή παρακολούθηση στη φάση της τιτλοποίησης.

Τα συνοδά φάρμακα είναι φάρμακα, που η πρωταρχική τους ένδειξη είναι άλλη από την αντιμετώπιση του πόνου. Χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση πόνου, που δεν ανταποκρίνεται επαρκώς στα παραδοσιακά αναλγητικά. Επιτρέπουν τη μείωση της δόσης των αναλγητικών με επακόλουθο την ελάττωση των παρενεργειών καθώς και την αντιμετώπιση άλλων συμπτωμάτων. Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν διάφορων ειδών φάρμακα: Αντικαταθλιπτικά, αντιεπιληπτικά, κορτικοστεροειδή, τοπικά αναισθητικά, βενζοδιαζεπίνες, νευροληπτικά, ψυχοδιεγερτικά, αντισταμινικά, α2 αγωνιστές (κλονιδίνη), νιφεδιπίνη, κεταμίνη, μυοχαλαρωτικά, καλσιτονίνη, διφωσφωρικά, ραδιοϊσότοπα, καψαΐσίνη ¹⁵⁻¹⁷.

Στα προληπτικά φάρμακα ανήκουν τα αντιεμετικά, τα υπακτικά και τα προστατευτικά του γαστρικού βληνογόνου.

Αναισθησιολογικές τεχνικές

Αναφερόμαστε σε νευρικούς αποκλεισμούς. Διακρίνονται σε περιφερικούς και κεντρικούς. Χρησιμοποιούνται για να αποκλείσουν ή να τροποποιήσουν το αίσθημα του πόνου κατά τη μεταβίβασή του από την πηγή του πόνου στο ΚΝΣ. Πιο αποτελεσματικοί στον αλγαισθητικό πόνο (σωματικό και σπλαχνικό). Οι κεντρικοί νευρικοί αποκλεισμοί περιλαμβάνουν τους ενδονωτιαίους αποκλεισμούς (επισκληρίδιο ή υπαραχνοειδή).



Εικόνα 3.

Έννοιες ανακουφιστικής και υποστηρικτικής αγωγής.

Βασίζεται στη χρήση τοπικού αναισθητικού και οπιοειδούς. Σπανιότερα χρησιμοποιούνται νευρολυτικοί παράγοντες. Δίνουν τη δυνατότητα τοποθέτησης καθετήρα και σύνδεσης με αντλία. Βέβαια η εμφύτευση καθετήρα εξαρτάται από το προσδόκιμο επιβίωσης (τουλάχιστον 3 μήνες).

Ανακουφιστική – Παρηγορητική αγωγή

Η ανακούφιση από τον πόνο αποτελεί βασικό ανθρώπινο δικαίωμα! Ο καρκινικός πόνος, που δεν ανακουφίζεται, προκαλεί μείωση της ποιότητας ζωής, της λειτουργικότητας, της δραστηριότητας, της όρεξης, της παραγωγικότητας, του εισοδήματος και της διάθεσης για συνέχιση της θεραπείας. Επίσης αυξάνει τα έξοδα του ασθενούς και της οικογένειάς του, το κόστος νοσηλείας, τον αριθμό εισαγωγών στα νοσοκομεία, τη διάρκεια νοσηλείας, τον πόνο και τη δυστυχία και τις ιδέες αυτοκτονίας.

Ο Balfour Mount, ένας Καναδός χειρουργός, αρκετά χρόνια πριν εισήγαγε τον όρο Palliative Care. Ο όρος προέρχεται από το λατινικό Pallium, που σημαίνει μάσκα-κάλυμα και τονίζει τον στόχο της Ανακουφιστικής Αγωγής, που είναι να καλύπτει τα συμπτώματα, τις συνέπειες μίας ανίατης ασθένειας. Στην Ελλάδα η Palliative Care αποδίδεται με τον όρο ανακουφιστική αγωγή ή παρηγορητική αγωγή. Ανακουφιστικός είναι ο ελαφρώνων τα βάρη, ο παρέχων ανακούφιση. Η παγκόσμια κοινότητα έχει αρχίσει πλέον να ευαισθητοποιείται στην παροχή ολιστικής φροντίδας σε ασθενείς με ανίατες ασθένειες και άρχισε πλέον να γίνεται αντιληπτό ότι η επιστημονική γνώση όφειλε να χρησιμοποιηθεί όχι μόνο για την ίαση, αλλά και για την ανακούφιση των ασθενών από τις συνέπειες της νόσου. Η κίνηση αυτή ονομάζεται hospice movement. Η λέξη hospice με την διπλή έννοια του οικοδεσπότη και του φιλοξενούμενου χρησιμοποιείται από τον 4ο μ.Χ αιώνα και από την ίδια ρίζα προέρχονται οι λέξεις hospital, hospitality, hotel.

Όταν αναφερόμαστε στον καρκινικό πόνο, δεν θα πρέπει ποτέ να ξεχνάμε την έννοια του ολικού πόνου (Εικόνα 1). Ο σωματικός πόνος λόγω της νόσου ή ακόμα και των θεραπειών επιδεινώνεται από την κατάθλιψη, το άγχος και το θυμό, που πιθανόν νοιώθει ο καρκινοπαθής. Η κατάθλιψη μπορεί να οφείλεται στην απώλεια της κοινωνικής θέσης, στην απώλεια της εργασίας και του εισοδήματος, στην απώλεια του ρόλου στην οικογένεια, σε χρόνια κόπωση, στην αϋπνία, στην απελπισία, στην πιθανή παραμόρφωση της εικόνας του.

Το άγχος μπορεί να προέρχεται από φόβο για το νοσοκομείο, φόβο του πόνου, ανησυχία για τα οικονομικά της οικογένειας, φόβο του θανάτου, πνευματική ανησυχία, αβεβαιότητα για το μέλλον, απώλεια της αξιοπρέπειας και του ελέγχου του σώματος. Ο θυμός

μπορεί να είναι αποτέλεσμα της γραφειοκρατίας, των φίλων, που δε τον επισκέπτονται, τις τυχόν καθυστερήσεις στη διάγνωση, της επαφής με ακατάλληλους γιατρούς, της πιθανής θεραπευτικής ανεπάρκειας και του εκνευρισμού^{18,19}.

Περισσότεροι από 9 εκατ. ασθενείς παγκοσμίως υποφέρουν από πόνο εξαιτίας του καρκίνου ή των συνεπειών της θεραπείας του. Σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση του παίζουν και οι φροντιστές (careers)^{20,21} Είναι συγγενείς ή φίλοι των καρκινοπαθών. Χρειάζονται όμως και αυτοί ιδιαίτερη προσοχή. Δεν συνειδητοποιούν πάντα ότι συμπάσχουν με τον ασθενή και είναι οι μόνιμοι "γιατροί" του με συνεχές ωράριο. Επιλέγουν να μην ασχοληθούν με τις δικές τους ανησυχίες και ανάγκες. Συχνά αναβάλλουν τα σχέδια τους και προσαρμόζουν τη ζωή τους σύμφωνα με την θεραπεία και τις ανάγκες του ασθενούς.

Τα παιδιά και οι καρκινοπαθείς αποτελούν ένα ξεχωριστό κεφάλαιο. Τα μικρά παιδιά, παρόλο που μπορεί να μην μιλάνε, καταλαβαίνουν πολλά. Όταν ένα μέλος της οικογένειας πονάει (παππούς, γονιός) νομίζουν ότι φταίνει, ότι έκαναν κάτι που το προκάλεσε. Οι έφηβοι, όταν ένα μέλος της οικογένειας πονάει, επιλέγουν να μην εκφράσουν, τα συναισθήματά τους, κλείνονται στον εαυτό τους. Δεν πηγαίνουν σχολείο ή πέφτει η απόδοση στο σχολείο, παρατηρούνται παραβατικές συμπεριφορές.

Οι φροντιστές, είτε μέλη της οικογένειας, είτε φίλοι, έχουν ανάγκες. Πρέπει να έχουν πληροφόρηση και να λαμβάνουν εκπαίδευση σχετικά με την πρόγνωση του ασθενή, τις αιτίες, την βαρύτητα και τη διαχείριση των συμπτωμάτων, την καθημερινή φροντίδα του ασθενή, για το πως θα καταλήξει ο ασθενής, τις αιφνίδιες αλλαγές στην κατάσταση του ασθενή και τι πρέπει να κάνουν, τις υπηρεσίες και τις υποδομές που είναι διαθέσιμες.

Η υποστήριξη κατά τη διάρκεια της ασθένειας είναι πρακτική (οικιακή), ψυχολογική, οικονομική και πνευματική. Η υποστήριξη προς τους φροντιστές δεν τελειώνει με τον θάνατο του ασθενή, αλλά πρέπει να συνεχίζει κατά την περίοδο του πένθους²².

Το 2002 ο WHO έδωσε τον ακόλουθο ορισμό για την ανακουφιστική αγωγή: Ανακουφιστική Αγωγή είναι η ενεργή, ολιστική αντιμετώπιση των ασθενών, η οποία στοχεύει στην βελτίωση της ποιότητας της ζωής (ή αλλιώς της υποκειμενικής ευδαιμονίας), όταν η αγωγή για τη θεραπεία της ασθένειας και την παράταση της ζωής δεν αποτελεί πλέον ρεαλιστικό στόχο.

Η ανακουφιστική αγωγή είναι τμήμα της υποστηρικτικής αγωγής (Εικόνα 3). Ξεκινά τη στιγμή που αντιλαμβανόμαστε ότι δεν μπορεί να επιτευχθεί ίαση με τα μέσα που διαθέτουμε. Η ανακουφιστική αγωγή παρέχει ανακούφιση από τον πόνο και από άλλα εξαντλητικά συμπτώματα. Επιβεβαιώνει τη ζωή και αντιμετωπίζει το θάνατο σαν ένα φυσικό φαινόμενο της ζωής. Δεν επι-

ταχύνει, ούτε επιβραδύνει το θάνατο. Συμπεριλαμβάνει την ψυχολογική και πνευματική υποστήριξη στην αντιμετώπιση των ασθενών. Προσφέρει ένα σύστημα υποστήριξης, ώστε να είναι ο ασθενής στην καλύτερη δυνατή κατάσταση και να έχει την καλύτερη ποιότητα ζωής σε συνάρτηση με το στάδιο της νόσου. Χρησιμοποιεί ομάδες που στηρίζουν τον ασθενή και την οικογένειά του. Στην οικογένειά του προσφέρεται, εφόσον ζητηθεί, και ψυχολογική υποστήριξη μετά το θάνατο του ασθενούς. Η κυριότερη επίτευξη της ανακουφιστικής αγωγής οφείλει να είναι η διασφάλιση της βέλτιστης ποιότητας ζωής του ασθενούς και της οικογένειάς του.

Όλα τα παραπάνω επιτυγχάνονται με τη δημιουργία διεπιστημονικών ομάδων, που περιλαμβάνουν νοσηλεύτριες, κοινωνικούς λειτουργούς, γιατρούς, ιερείς, διαιτολόγους, φυσιοθεραπευτές και εθελοντές.

Η υποστηρικτική αγωγή αντιμετωπίζει τα φυσικά συμπτώματα και τις επιπλοκές συνεπεία της νόσου. Ελαττώνει ή προλαμβάνει την τοξικότητα της θεραπείας, βελτιώνει την επικοινωνία με τους ασθενείς και τους βοηθά να κατανοήσουν την έκταση της νόσου και την πρόγνωση. Αμβλύνει την συναισθηματική επιβάρυνση των ασθενών και των οικείων τους.

Βοηθά τους καρκινοπαθείς να αντιμετωπίσουν ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα²³.

Το 1967 ιδρύθηκε στο Λονδίνο το πρώτο Hospice, το St Christopher's. Βασικές επιδιώξεις ήταν ο συνδυασμός κλινικής έρευνας και εκπαίδευσης πάνω στην αντιμετώπιση του πόνου και στην ανακούφιση των συμπτωμάτων των ασθενών βασισμένες πάντα σε μια ολιστική φροντίδα, που ανταποκρίνεται στις φυσικές, κοινωνικές, ψυχολογικές και πνευματικές ανάγκες των ασθενών και των οικείων τους²⁴⁻²⁶.

Σήμερα υπάρχουν 3200 hospices στις ΗΠΑ, που εξυπηρετούν 900.000 ασθενείς και άλλα 8000 hospices σε 100 χώρες. Και στην Ελλάδα ;... Εικοσιέξι χρόνια πριν κατά την τελετή λήξης του πανευρωπαϊκού συνεδρίου της IASP ο Diego Beltrutti είπε ότι η αντιμετώπιση του πόνου και η ανακουφιστική αγωγή είναι δείκτης του πολιτισμού ενός λαού.

“Και πρώτο γε διορίζουμαι α νομίζω Ιατρικήν είναι, το δη πάμπαν απαλλάσειν των νοσεόντων τους καμάτους και των νοσημάτων τας σφοδρότητας αμβλύνειν” Ιπποκράτους, Περί Τέχνης.

Summary

CANCER PAIN AND PALLIATIVE CARE

Georgia Zacharia¹, Stefanos Nikolouzos², Nikolaos Kapodistrias³, Anna Mouzaki³, Evangelos Ntouvelis³, Eleni Plesia⁴.

¹ Anesthesiologist, Specialized in Pain management & Palliative care

² Cardiothoracic surgeon, Postgraduate course in Thoracic Oncology, Athens Medical School

³ Oncologist

⁴ Chief, Department of Anesthesiology & Pain management ambulatory, “Evangelismos” General Hospital.

Introduction: Every day more than 9,000,000 people suffer from cancer pain. In Europe, 50% of cancer patients have no effective relief of their suffering. The incidence of cancer pain depends on the site and the stage of the disease. Perception of pain is influenced by physical, psychological, social, cultural and spiritual factors. The concept of total pain represents the interactions of all the above factors in the perception of pain.

Aim: This paper reviews all the current data regarding the management of the cancer pain with emphasis to the pharmacological therapy and outlines the fundamental of the supportive and the palliative care. The multidisciplinary approach is focused and exposes the entire necessary infrastructure with special care to the patients and their careers.

Method: A systematic literature search was performed to identify relevant reports. Studies and articles were identified using online searches of The U.S. National Library of Medicine via www.pubmed.com. We limited our bibliographic search to include only the most recent articles from 2012 and forth.

Results: Drug therapy is the cornerstone of the pain management. It is effective, relatively low-risk, low-cost and the results appear almost instantly. Invasive techniques required to just 5-10% of patients not otherwise relieved. Supportive care addresses the physical symptoms and complications of the disease. Decreases or prevents the toxicity of treatment. Improves the communication with patients and helps them to understand the extent of disease and prognosis. Supportive care helps cancer patients to face psychological and social problems.

Conclusions: The pain relief is a basic human right. The cancer pain not relieved causes reduced quality of life, functionality, activity, appetite, productivity, income and willingness to continue treatment. It also increases the cost of the patient and his family, the cost of hospitalization, number of hospital admissions, length of hospitalization, and level of suffering.

Key words: cancer pain, opioids, breakthrough pain, neuropathic pain, palliative care, supportive care.

Βιβλιογραφία

- Higginson IJ, Osborne TR. Epidemiology of Pain in Cancer. In Cancer Pain. Springer London, 2013. pp. 5-24.
- Kang JH, Bruera E. Neuropathic Component of Pain in Cancer. In: Cancer Pain. Springer London, 2013. p.

- 165-190.
3. Bennett MI, Rayment C, Hjermstad M, et al. Prevalence and etiology of neuropathic pain in cancer patients: a systematic review. *Pain*.2012; 153(2): 359-365.
 4. Vadalouca A, Raptis E, Moka E, et al. Pharmacological treatment of neuropathic cancer pain: a comprehensive review of the current literature. *Pain Practice*.2012; 12(3): 219-251.
 5. Shen MJ, Redd WH, Winkel G et al. Associations among pain, pain attitudes, and pain behaviors in patients with metastatic breast cancer. *Journal of behavioral medicine*.2012; 1-12.
 6. Gorin SS, Krebs P, Badr H, et al. Meta-analysis of psychosocial interventions to reduce pain in patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*.2012; 30(5): 539-547.
 7. Narayana A, Katz N, and Shillington A, et al. Effect of breakthrough pain on functional status, pain interference, and disability in cancer patients: Findings from the national breakthrough pain survey. *J Clin Oncol (Meeting Abstracts)*. 2013; 31(15): S 6627.
 8. Mercadante S. Cancer pain under treatment and prognostic factors. *Pain*.2012; 153(8): 1770-1771.
 9. O'Connor M, Weir J, Butcher I, et al. Pain in Patients Attending a Specialist Cancer Service: Prevalence and Association with Emotional Distress. *Journal of pain and symptom management*.2012; 43(1): 29-38.
 10. Knudsen AK, Brunelli C, Klepstad P, et al. Which domains should be included in a cancer pain classification system? Analyses of longitudinal data. *Pain*.2012; 153(3): 696-703.
 11. Fisch MJ, Lee JW, Weiss M, et al. Prospective, observational study of pain and analgesic prescribing in medical oncology outpatients with breast, colorectal, lung, or prostate cancer. *Journal of Clinical Oncology*.2012; 30(16):1980-1988.
 12. Nabal M, Librada S, Redondo MJ, et al. The role of paracetamol and nonsteroidal anti-inflammatory drugs in addition to WHO Step III opioids in the control of pain in advanced cancer. A systematic review of the literature. *Palliative Medicine*.2012; 26(4): 305-312.
 13. Koyyalagunta D, Bruera E, Solanki D, et al. A systematic review of randomized trials on the effectiveness of opioids for cancer pain. *Pain Physician*, 2012; 15(3): 39-58.
 14. Caraceni A, Hanks G, Kaasa S, et al. Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. *The lancet oncology*.2012; 13(2):58-68.
 15. Hardy J, Quinn S, Fazekas B, et al. Randomized, double-blind, placebo-controlled study to assess the efficacy and toxicity of subcutaneous ketamine in the management of cancer pain. *Journal of Clinical Oncology*.2012; 30(29): 3611-3617.
 16. Mitra R., Jones S. Adjuvant analgesics in cancer pain: a review. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*.2012; 29(1): 70-79.
 17. Ripamonti CI, Santini D, Maranzano E, et al. Management of cancer pain: ESMO clinical practice guidelines. *Annals of oncology*. 2012; 23(suppl 7):139-154.
 18. Donovan K A, Thompson LM., Jacobsen P B. Pain, depression, and anxiety in cancer. In *Handbook of Pain and Palliative Care: Bio behavioral Approaches for the Life Course*. Springer, London, 2013. pp. 615-637.
 19. Bandieri E, Sichetti D, Romero M, et al. Impact of early access to a palliative/supportive care intervention on pain management in patients with cancer. *Annals of oncology*.2012; 23(8): 2016-2020.
 20. Harding R, List S, Epiphaniou E, et al. How can informal caregivers in cancer and palliative care be supported? An updated systematic literature review of interventions and their effectiveness. *Palliative Medicine*.2012; 26(1): 7-22.
 21. Turner D, Adams E, Boulton M, et al. Partners and close family members of long-term cancer survivors: health status, psychosocial well-being and unmet supportive care needs. *Psycho-Oncology*.2013; 22(1): 12-19.
 22. Mercadante S. Cancer pain. Current opinion in supportive and palliative care. 2013; 7(2): 139-143.
 23. Smith TJ, Temin S, Alesi ER, et al. American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: the integration of palliative care into standard oncology care. *Journal of Clinical Oncology*. 2012; 30(8): 880-887.
 24. Antonuzzo A, Lucchesi M, Brunetti I M, et al. Supportive care and not only palliative care in the route of cancer patients. *Supportive Care in Cancer*.2013; 21(3): 657-658.
 25. Otis-Green S, Ferrell B, Borneman T, et al. Integrating spiritual care within palliative care: an overview of nine demonstration projects. *Journal of Palliative Medicine*.2012; 15(2): 154-162.
 26. Cherny NI, Grunberg S, Keefe D, et al. ESMO-MASCC-Integration between medical oncology and supportive care: Two sides of the same coin. *Annals of Oncology*.2012; 23(suppl 9):64-65.