



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ:  
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



Μεταπτυχιακή εργασία

**Η προσέγγιση και η αντιμετώπιση του  
καρκινικού πόνου σε Ιατρείο Πόνου  
Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου**

Αναδρομική μελέτη

**Ελένη Τζήλου**

Επιβλέπων:

Κωνσταντίνος Καρακούλας  
Επίκουρος Καθηγητής Α.Π.Θ.

Λάρισα 2010

Επιβλέπων: Κωνσταντίνος Καρακούλας  
Επίκουρος Καθηγητής Α.Π.Θ.

Επιστημονική επιτροπή: Δημήτριος Βασιλάκος  
Καθηγητής Α.Π.Θ.

Γεωργία Σταματίου  
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

## **Περιεχόμενα**

Πρόλογος

### **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

Εισαγωγή

Σχετικά με τον πόνο του καρκίνου

Τι σημαίνει πόνος

Δεν προκαλούν όλοι οι καρκίνοι πόνο

Αιτίες του καρκινικού πόνου

Ταξινόμηση του καρκινικού πόνου

Ανάλογα με τη διάρκεια

Ανάλογα με την παθοφυσιολογία

Ανάλογα με την αιτιολογία

Εκτίμηση του καρκινικού πόνου

Μονοδιάστατες κλίμακες

Πολυδιάστατες δοκιμασίες

Θεραπευτική στρατηγική

Αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου

Φαρμακευτική θεραπεία

Τα επικουρικά φάρμακα

Επεμβατικές μέθοδοι

Ειδικές αντικαρκινικές θεραπείες

Συμπληρωματικές θεραπείες

### **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

Σκοπός

Ασθενείς

Μέθοδος

Στατιστική ανάλυση

Αποτελέσματα

Συζήτηση

Βιβλιογραφία

## Πρόλογος

Σήμερα, στις αρχές του εικοστού πρώτου αιώνα, υπάρχουν σημαντικά δεδομένα που δείχνουν το σημαντικό χάσμα μεταξύ της εξέλιξης στην κατανόηση των μηχανισμών και της παθοφυσιολογίας του πόνου και της ανεπαρκούς αντιμετώπισής του.

Παγκόσμια έως και δέκα εκατομμύρια νέων περιστατικών καρκίνου διαγνώσκονται ετησίως. Οι ασθενείς με καρκίνο υποφέρουν σε ποσοστό έως και 70% από χρόνιο πόνο. Από αυτούς το 50% φαίνεται ότι δεν ανακουφίζονται ικανοποιητικά από την εφαρμοζόμενη θεραπεία ενώ το 30% δεν λαμβάνουν σωστή αναλγητική αγωγή.<sup>(1)</sup> Η μη επαρκής ανακούφιση του καρκινικού πόνου αποδίδεται στην μη επαρκή χορήγηση οπιοειδών στους ασθενείς με καρκίνο. Η αντιμετώπιση του πόνου θεωρείται επαρκής όταν η αναφορά του βαθμού ανακούφισης του ασθενούς συμβαδίζει με την καταλληλότητα της αναλγητικής αγωγής. Ο καρκινικός πόνος θεωρείται σήμερα σύνθετο πρόβλημα και η αντιμετώπισή του μόνο από το θεράποντα ιατρό της κυρίας νόσου του σπάνια είναι αποτελεσματική. Η δημιουργία των Ιατρείων και των μονάδων πόνου έρχονται όλο και περισσότερο τα τελευταία χρόνια να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα αυτό σε μια πολυπαραγοντική βάση, με συμμετοχή πολλών ιατρικών και μη ειδικοτήτων και αξιοποιώντας με τον καλύτερο δυνατό τρόπο την εμπειρία και τα διαθέσιμα μέσα. Στην Ελλάδα η δημιουργία Ιατρείων και Μονάδων αντιμετώπισης του πόνου ξεκίνησε πριν τριάντα περίπου χρόνια και σήμερα έχουν αναπτυχθεί ανάλογες υποδομές σε αρκετά δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία της χώρας.

Η παρούσα μελέτη είχε σκοπό την καταγραφή της προσέγγισης και της αντιμετώπισης του καρκινικού πόνου σε Ιατρείο Πόνου Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου και τη σύγκριση τους με ανάλογες δομές σε χώρες του δυτικού κόσμου. Για το σκοπό αυτό πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση των κατεγγραμμένων πληροφοριών αντιμετώπισης των ασθενών με καρκινικό πόνο που προσέρχονται στο

Ιατρείο Πόνου του Νοσοκομείου καθώς και σύγκριση τους με διεθνή δεδομένα και πρακτικές.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφέρω ότι η παρούσα μελέτη δεν θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί χωρίς την προτροπή και την αμέριστη βοήθεια του επιβλέποντος της μελέτης κυρίου Κωνσταντίνου Καρακούλα, Αναισθησιολόγου - Εντατικολόγου, Επίκουρου Καθηγητή της Ιατρικής Σχολής του Α.Π.Θ. Θέλω επίσης να ευχαριστήσω θερμά τόσο τον κύριο Δημήτριο Βασιλάκο, Αναισθησιολόγου, Καθηγητή Ιατρική Σχολής του Α.Π.Θ. και Διευθυντή της Κλινικής Αναισθησιολογίας και Εντατικής Ιατρικής του Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, που με τις γνώσεις του στο αντικείμενο του πόνου με καθοδήγησε στην εκπόνηση της παρούσας μελέτης. Ευχαριστώ θερμά επίσης την κυρία Γεωργία Σταματίου, Αναισθησιολόγου, Αναπληρώτριας Καθηγήτριας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας για τη συνεισφορά της στην ολοκλήρωση και παρουσίαση της μεταπτυχιακής αυτής εργασίας. Τέλος η μελέτη δεν θα ήταν εφικτή χωρίς την αμέριστη καθοδήγηση και βοήθεια της κυρίας Παναγιώτας Μαϊδάτση, Αναισθησιολόγου, Διευθύντριας Ε.Σ.Υ., και της κυρίας Άννας Ζαραλίδου, Αναισθησιολόγου, Διευθύντριας Ε.Σ.Υ. και υπεύθυνης της Μονάδας Πόνου του Νοσοκομείου μας, οι οποίες επιπρόσθετα μου παρείχαν τα στοιχεία των ασθενών τους που περιέλαβα στην παρούσα μελέτη.

# **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## Εισαγωγή

Ως "πόνος" ορίζεται η δυσάρεστη αισθητηριακή και συναισθηματική εμπειρία που σχετίζεται με εγκατεστημένη ή επαπειλούμενη ιστική βλάβη, ή περιγράφεται σε σχέση με μια τέτοια βλάβη (Διεθνή Ένωση για την Μελέτη του Πόνου, IASP).

Πόνος μπορεί να επηρεάσει τον ασθενή σωματικά και συναισθηματικά. Είναι μια πολύ ατομική εμπειρία και παρουσιάζει διαφορετική αίσθηση και ένταση από το ένα άτομο στο άλλο. Ο πόνος του κάθε ασθενούς είναι μοναδικός και πρέπει να αντιμετωπίζονται εξατομικευμένα.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η αντιμετώπιση του οξέως αλλά και του χρόνιου πόνου σήμερα θεωρείται βασικό ανθρώπινο δικαίωμα και ανάγκη. (2,3) Πειστικές επιδημιολογικές μελέτες, οι οποίες διενεργήθηκαν κυρίως σε αναπτυγμένες κοινωνίες, απέδειξαν ότι ο χρόνιος πόνος είναι ένα ευρύ πρόβλημα της κοινωνίας. (4)

Ειδικότερα για τον πόνο που οφείλεται στον καρκίνο επισημαίνεται ότι σε ολόκληρη την ανθρωπότητα δέκα εκατομμύρια νέες περιπτώσεις καρκίνου διαγνώσκονται ετησίως. Υπολογίζεται δε ότι το 2020, τα περιστατικά καρκίνου θα διπλασιαστούν με ποσοστό 70% να παρατηρείται στις αναπτυσσόμενες χώρες. Οι ασθενείς με καρκίνο έως και το 70% υποφέρουν από πόνο που προκαλείται από την πάθησή τους ή τη θεραπείας τους. (5)

Στους ασθενείς με καρκίνο ο πόνος περιγράφεται ως μέτριος με σοβαρός σε ποσοστό 40-50% και πολύ σοβαρός σε ποσοστό 25-30%. (6,7,8)

Είναι επίσης ευρέως γνωστό ότι ο πόνος σε παγκόσμια κλίμακα δεν αντιμετωπίζεται επαρκώς για αιτίες που οφείλονται σε πολιτισμικές, συμπεριφορικές, εκπαιδευτικές ή νομικές ιδιαιτερότητες καθώς και σε ανεπαρκή λειτουργία των συστημάτων φροντίδας. Μεταanalύσεις αναφέρουν ότι οι περισσότεροι ασθενείς με προχωρημένο ή μεταστατικό καρκίνο πονούν. (9) Μελέτες σε ασθενείς με καρκίνο αποκαλύπτουν ότι σε ασθενείς με καρκίνο οι μισοί περίπου λαμβάνουν

ανεπαρκή αναλγησία και το 30% περίπου δεν λαμβάνουν τα κατάλληλα φάρμακα για την αντιμετώπιση του πόνου τους.(10) Μια πρόσφατη σχετικά μελέτη μεταανάλυσης αναφέρει ότι το 64% των ασθενών με προχωρημένο ή μεταστατικό καρκίνο πονούν.(11)

Άλλες μελέτες επίσης έχουν δείξει ότι σε κοινωνικές ομάδες όπως οι γυναίκες, οι ηλικιωμένοι ή διάφορες μειονότητες ο καρκινικός πόνος υποθεραπεύεται.(12) Οι κύριες αιτίες στην αποτελεσματική αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου φαίνεται ότι είναι η ανεπαρκής εκτίμηση του πόνου, η υποτίμηση του προβλήματος του πόνου τόσο από τον ασθενή όσο και από το περιβάλλον του, η ανεπαρκής ενημέρωση για τις κατάλληλες μεθόδους αντιμετώπισης καθώς και η απουσία ακόμη και σε αναπτυγμένα κράτη πολιτικής για την αντιμετώπιση του πόνου. Ένας σημαντικός επίσης περιορισμός στην αποτελεσματική αντιμετώπιση του πόνου είναι και οι νομικοί περιορισμοί και η γραφιοκρατία για την προμήθεια και διακίνηση των οπιοειδών φαρμάκων καθώς και οι φόβοι των υγειονομικού προσωπικού για τις παρενέργειες της θεραπείας.(13)

## **Σχετικά με τον πόνο του καρκίνου**

### **Τι σημαίνει πόνος**

Ο πόνος είναι συνήθως ένα σημάδι ότι κάτι πάει λάθος, ότι υπάρχει μια ασθένεια ή ένας τραυματισμός στο σώμα. Όταν υπάρχει βλάβη σε οποιοδήποτε μέρος του σώματος, το νευρικό σύστημα στέλνει μήνυμα στον εγκέφαλο. Όταν ο εγκέφαλος λαμβάνει αυτά τα μηνύματα, ο ασθενής μπορεί να αισθανθεί πόνο. Τα νεύρα διαβιβάζουν όλες τις περιπτώσεις αίσθησης πόνου με αυτόν τον τρόπο, συμπεριλαμβανομένου και του άλγους που προκαλείται από τον καρκίνο. Παρουσιάζοντας πόνο μετά από επιτυχή θεραπεία δεν σημαίνει απαραίτητα καρκίνος έχει επανέλθει. Μερικοί άνθρωποι ανακουφίζονται από τον πόνο μετά από τη θεραπεία του καρκίνου, όπως η χειρουργική επέμβαση ή η ακτινοθεραπεία. Αυτός ο πόνος όμως μπορεί να αρχίσει



πάλι ή να επιδεινωθεί μετά από μερικούς μήνες ή και χρόνια μετά τη θεραπεία. Πόνος μπορεί να μην σχετίζονται με τον καρκίνο. Θα πρέπει να γνωρίζουμε ότι ο καρκινοπαθής είναι εξίσου επιρρεπής σε κοινούς πόνους όπως οποιοσδήποτε άλλος ασθενής, όπως σε αυτούς που οφείλονται σε αρθρίτιδα, σε πονοκέφαλο, σε δυσκοιλιότητα ή διάφορα γαστρεντερικά προβλήματα.

### **Δεν προκαλούν όλοι οι καρκίνοι πόνο**

Πολλοί άνθρωποι που πάσχουν από καρκίνο δεν έχουν πόνο. Ένας αυξανόμενος καρκινικός όγκος μπορεί να πιέσει τα νεύρα κοντά στις περιοχές όπου αυξάνεται και αυτό μπορεί να προκαλέσει τον πόνο. Περίπου 3 με 5 από τους 10 ανθρώπους που πάσχουν από καρκίνο θα έχουν κάποιο είδος του πόνου. Με προχωρημένο καρκίνο, η ύπαρξη πόνου είναι περισσότερο πιθανή. Προχωρημένος καρκίνος σημαίνει ότι έχει εξαπλωθεί ή έχει επανέλθει μετά από την αρχική θεραπεία. Περίπου 7 με 9 στα 10 άτομα με προχωρημένο καρκίνο θα παρουσιάζουν πόνο. Με τη σωστή θεραπεία, είναι δυνατόν να ανακουφιστεί ο πόνος σε σημαντικό βαθμό, και με αποτελεσματικό έλεγχο του πόνου, οι περισσότεροι άνθρωποι θα πρέπει να μπορούν να είναι ελεύθεροι από πόνο, όταν αναπαύονται ή κινούνται.

### **Αιτίες του καρκινικού πόνου**

Ο πόνος που σχετίζεται με τον καρκίνο μπορεί να οφείλεται:

- Στην πίεση που ασκεί ο όγκος στα γειτνιάζοντα όργανα, νεύρα και οστά.
- Στη θεραπεία (π.χ. χειρουργική επέμβαση, χημειοθεραπεία, ακτινοβολία).
- Σε άλλες απορρέουσες από τη νόσο διαταραχές, όπως δυσκαμψία λόγω της έλλειψης δραστηριότητας, μυϊκούς σπασμούς, δυσκοιλιότητα και έλκη λόγω κατάκλισης.

- Σε παθήσεις μη σχετιζόμενες με τη νόσο, όπως αρθρίτιδα ή ημικρανία.

Στις περισσότερες περιπτώσεις, ο πόνος που προκαλείται από τον καρκίνο μπορεί να αντιμετωπισθεί με σχετικά απλά μέσα. Οι ιατροί συνήθως χρησιμοποιούν φάρμακα, τα οποία δίδονται σύμφωνα με σχήμα, του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO) και αποκαλείται Αναλγητική Κλίμακα Προσέγγισης του Πόνου που προκαλείται από τον καρκίνο. Άλλοι τρόποι ανακούφισης του καρκινικού πόνου συμπεριλαμβάνουν:

- Χειρουργική παρέμβαση, ακτινοβολία ή χημειοθεραπεία για τη συρρίκνωση των όγκων που προκαλούν πόνο.
- Χορήγηση αντιβιοτικών ή παροχέτευση αποστημάτων για πόνο που προκαλείται από λοιμώξεις.
- Ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη με στόχο την επιρροή σε επίπεδο αντίληψης του πόνου.
- Άλλες μορφές θεραπείας.

Μερικές φορές ο πόνος σχετίζεται με τη θεραπεία του καρκίνου. Για παράδειγμα, ορισμένα φάρμακα χημειοθεραπείας μπορεί να προκαλέσουν μούδιασμα και τσούξιμο στα χέρια και τα πόδια ή μια αίσθηση καψίματος στον τόπο όπου γίνεται η ένεση. Η ακτινοθεραπεία επίσης μπορεί να προκαλέσει ερυθρότητα και ερεθισμό του δέρματος.

### **Ταξινόμηση του καρκινικού πόνου**

#### **Ανάλογα με τη διάρκεια του πόνου**

Ο καρκινικός πόνος ανάλογα με τη διάρκειά του διακρίνεται σε οξύ, χρόνιο και παροξυσμικό. (14) Ο οξύς πόνος διαρκεί μικρό χρονικό διάστημα και είτε υποχωρεί είτε μεταπίπτει σε χρόνιο. Ο χρόνιος καρκινικός πόνος διαρκεί μεγάλο χρονικό διάστημα, έχει σταθερή ένταση ή αυξάνεται αν δεν αντιμετωπιστεί κατάλληλα. Ο παροξυσμικός

πόνος είναι ο παροδικός οξύς πόνος με μέτρια ή σοβαρή ένταση που εμφανίζεται σε ασθενείς με σταθερό χρόνιο πόνο.

#### **Ανάλογα με την παθοφυσιολογία**

Ο καρκινικός πόνος ανάλογα με την παθοφυσιολογία του μπορεί να είναι (α) σωματικός ή αλγαισθητικός (λόγω διήθησης μαλακών μορίων ή οστών), (β) σπλαχνικός (λόγω διήθησης ή απόφραξης σπλάχνων), (γ) νευροπαθητικός (λόγω διήθησης νεύρων ή νευρικών πλεγμάτων), (δ) σχετιζόμενος με το ΚΝΣ ή σχετιζόμενος με το συμπαθητικό νευρικό σύστημα.(15)

Ο καρκινικός πόνος τις περισσότερες φορές οφείλεται σε δύο ή περισσότερα παθοφυσιολογικά αίτια.

#### **Ανάλογα με την αιτιολογία του**

Ο καρκινικός πόνος θεωρείται σύνθετο πρόβλημα και σπάνια συνδέεται μόνο με μια αιτία.(16) Μπορεί να οφείλεται:

1. Στον καρκίνο σε ποσοστό έως και 70% σαν αποτέλεσμα της διήθησης ιστών, των οστικών μεταστάσεων, της διήθησης των σπλάχνων και των νευρικών πλεγμάτων.
2. στη θεραπεία του καρκίνου σε ποσοστό έως και 20% σαν αποτέλεσμα της θεραπείας και των διαγνωστικών επεμβάσεων.
3. σε αιτίες που σχετίζονται έμμεσα με τον καρκίνο σε ποσοστό έως 7%, όπως η ακινησία, η πτώση της άμυνας του οργανισμού ή επιπλοκές από τη φαρμακευτική αγωγή.
4. σε αιτίες άσχετες με τον καρκίνο έως και 3%, όπως η περιφερική αγγειοπάθεια, η κεφαλαλγία, η ισχαιμία του μυοκαρδίου και η οστεοπόρωση.

#### **Εκτίμηση του καρκινικού πόνου**

Η εκτίμηση του πόνου είναι απαραίτητη τόσο για την αξιολόγηση του μεγέθους του όσο και για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της

θεραπείας. Η εκτίμηση και η αξιολόγηση του πόνου του καρκίνου δεν είναι συνήθως ευχερής και βασίζεται στις γενικές μεθόδους αξιολόγησης του πόνου. Στην κλινική πράξη η ποιοτική και ποσοτική αξιολόγηση του πόνου γίνεται με την εφαρμογή των σύγχρονων κλιμάκων, με ερωτηματολόγια και άλλα μέσα αξιολόγησης.

Οι συχνότερα χρησιμοποιούμενες κλίμακες για την ένταση του πόνου στηρίζονται στην υποκειμενική εμπειρία του ασθενούς και είναι η Οπτική Αναλογική Κλίμακα (Visual Analog Scale, VAS), αριθμητικά βαθμολογημένες κλίμακες, λεκτικά βαθμολογημένες κλίμακες (άμεσες μετρήσεις) καθώς και κλίμακες μέτρησης συμπεριφοράς (έμμεσες μετρήσεις).<sup>(17)</sup>

Η κατάλληλη αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου απαιτεί την την εξατομικευμένη εκτίμησή του ώστε να καταστεί επιτυχής η αντιμετώπισή του. Το προσωπικό που ασχολείται με την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου θα πρέπει να τον εκτιμά έχοντας υπόψη ότι ο πόνος εκτός από τα σωματικά προβλήματα του ασθενούς συνδυάζεται με υποκειμενικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικο-πολιτισμικούς ή περιβαλλοντολογικούς παράγοντας.<sup>(18)</sup> Η κλινική εκτίμηση του καρκινικού πόνου θα πρέπει να είναι σωστά σχεδιασμένη και να αποτελείται από την αποδοχή των αιτιάσεων του ασθενούς, την εκτίμηση της έντασης και των χαρακτηριστικών του πόνου, τη λήψη του ιστορικού και την αξιολόγηση των εργαστηριακών εξετάσεων, τη φυσική εξέταση του ασθενούς καθώς και την εκτίμηση της ψυχολογικής του κατάστασης.<sup>(19)</sup>

Η αξιολόγηση του πόνου γίνεται με ποσοτική εκτίμηση της έντασης με μονοδιάστατες κλίμακες ή πολυδιάστατες δοκιμασίες.

### **Μονοδιάστατες κλίμακες**

#### **α) Οπτική αναλογική κλίμακα**

Ο ασθενής σημειώνει ένα σημείο σε μια γραμμή 10 εκατοστών που η

μια άκρη έχει το αριθμό 0 και η άλλη τον αριθμό 10. Η απόσταση του σημείου από το 0 μας δίνει και την ένταση του πόνου. (εικόνα 1).

#### β) Αριθμητικά βαθμολογημένες κλίμακες

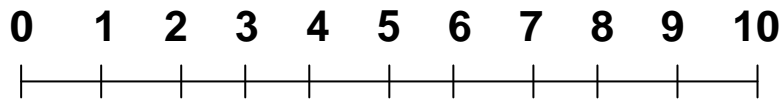
Ο ασθενής επιλέγει έναν αριθμό που εκφράζει την ένταση του πόνου του από μια γραμμή 10 εκατοστών η οποία φέρει τους αριθμούς από το 0 έως το 10 (εικόνα 1). Θεωρούνται οι πιο απλές και εύχρηστες κλίμακες.

#### γ) Λεκτικά βαθμολογημένες κλίμακες

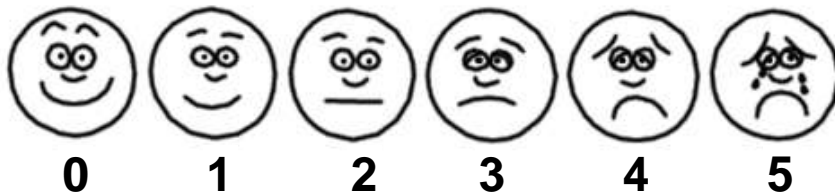
Ζητάμε από τον ασθενή να περιγράψει την ένταση του πόνου του από μια σειρά επιθέτων που εκφράζουν την αυξανόμενη ένταση του πόνου: μέτριος, ενοχλητικός, βασανιστικός, φοβερός, αβάσταχτος. Το μειονέκτημα της συγκεκριμένης μεθόδου ε' ναι ο περιορισμένος σχετικά αριθμός λέξεων και η τάση που παρουσιάζουν οι ασθενείς να επιλέγουν συνήθως τις μεσαίες λέξεις.

0 10

A



B



Γ

*Εικόνα 1. Α: Οπτική αναλογική κλίμακα, Β: Αριθμητικά βαθμολογημένη κλίμακα, Γ: Βαθμολογημένη κλίμακα με πρόσωπα για χρήση σε παιδιά.*

### **Πολυδιάστατες δοκιμασίες**

Οι πολυδιάστατες δοκιμασίες δίνουν πιο σύνθετες πληροφορίες και και είναι ιδιαίτερα χρήσιμες στην πολυδιάστατη αξιολόγηση του πόνου. Οι πολυδιάστατες δοκιμασίες περιλαμβάνουν συνήθως εκτός την οπτική αναλογική κλίμακα την κλίμακα του νευροπαθητικού πόνου, το ερωτηματολόγιο πόνου McGill, ερωτηματολόγιο εξιολόγησης της ποιότητας ζωής καθώς και το ημερολόγιο πόνου που χρησιμεύει για τη συσχέτιση του πόνου με τις ημερήσιες δραστηριότητες του ασθενούς.(15)

## Θεραπευτική στρατηγική

Ο καρκινικός πόνος είναι ένα πολύπλοκο φαινόμενο και η αντιμετώπισή του απαιτεί μια πολυπαραγοντική προσέγγιση ενώ θεωρείται δεδομένο ότι μια μόνη μέθοδος ή ένα μόνο φάρμακο δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά το πρόβλημα. (20)

Η θεραπευτική στρατηγική για την αντιμετώπιση του πόνου θα πρέπει να ακολουθεί συγκεκριμένα βήματα αφού αρχικά ενημερωθεί ο ασθενής και συμφωνήσει για τη δυνατότητα από μέρους του εφαρμογής της. Οι στόχοι της στρατηγικής θα πρέπει να είναι ρεαλιστικοί και θα πρέπει να του εξηγηθεί ότι πρακτικά είναι αδύνατο να απαλλαγεί τελείως από τον πόνο, και είναι αποδεκτό ένα επίπεδο πόνου κοντά στο 3 (κλίμακα 0-3). Οι βασικές αρχές της στρατηγικής αντιμετώπισης του καρκινικού πόνου είναι:

- η θεραπεία του πόνου θα πρέπει να εφαρμόζεται παράλληλα με τη θεραπεία της κύριας νόσου
- η θεραπεία θα πρέπει να είναι ανάλογη με το στάδιο της νόσου και της γενικής κατάστασης του ασθενή.
- η θεραπεία θα πρέπει να συνδυάζει ποικίλες ενδεικνυόμενες μεθόδους (π.χ. αναλγητικά με νευρικούς αποκλεισμούς)
- να επιλέγεται η καταλληλότερη μέθοδος όταν η κατάσταση του ασθενούς δεν επιτρέπει την πολυπαραγοντική προσέγγιση.
- να προλαμβάνει τις εξάρσεις του πόνου καθώς και νέες μορφές πόνου.

Αρχικός στόχος της στρατηγικής αντιμετώπισης του πόνου είναι η απαλλαγή από πόνο τη διάρκεια της νύχτας αλλά και στις περιόδους της ημερήσιας ξεκούρασης. Αν επιτευχθεί ο στόχος αυτός τότε προχωρούμε σε υψηλότερους στόχους όπως η απαλλαγή από το πόνο κατά τη μέτρια δραστηριότητα κ.ο.κ. Η επαναφορά και η διατήρηση μια απόλυτα φυσιολογικής κατάστασης και ρυθμού ζωής είναι ο τελικός μας στόχος ο οποίος όμως συνήθως είναι δύσκολα πραγματοποιήσιμο. (21)

## Η αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου

### Φαρμακευτική θεραπεία

Η θεραπεία με φάρμακα είναι η περισσότερο εφαρμοζόμενη μέθοδος αντιμετώπισης του καρκινικού πόνου. Τα φάρμακα που συνήθως χρησιμοποιούνται ανήκουν σε τρεις κύριες κατηγορίες:

1. μη οπιοειδή αναλγητικά (παρακεταμόλη, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη)
2. οπιοειδή αναλγητικά (ασθενή και ισχυρά οπιοειδή)
3. συνοδά φάρμακα (αντικαταθλιπτικά, αντιεπιληπτικά, αγχολυτικά, κορτικοστεροειδή, καλσιτονίνη κ.λ.π.)

Σαν κατευθυντήρια οδηγία ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) προτείνει την εφαρμογή της αναλγητικής κλίμακας των τριών βαθμίδων: (22)

- **Βαθμίδα 1**

Ασθενείς με άλγος χαμηλής έως μέτριας έντασης πρέπει να λάβουν:

Ένα μη οπιοειδές αναλγητικό, όπως η ακεταμινοφένη ή ένα μη στεροειδές, αντιφλεγμονώδες φάρμακο (ΜΣΑΦ).

Επικουρικά φάρμακα, εάν υπάρχει ένδειξη.

- **Βαθμίδα 2**

Ασθενείς με άλγος μέτριας έως υψηλής έντασης (ή ασθενείς της ομάδας 1, στους οποίους δεν επετεύχθη επαρκής αναλγησία) πρέπει να λάβουν: Ένα οπιοειδές, κοινώς χρησιμοποιούμενο για μέτριο πόνο (συνήθως κωδεΐνη, διυδροκωδεΐνη, υδροκοδόνη, οξυκοδόνη, προποξυφαΐνη ή τραμαδόλη).

Ένα μη οπιοειδές αναλγητικό, όπως η ακεταμινοφένη ή ένα μη στεροειδές, αντιφλεγμονώδες φάρμακο (ΜΣΑΦ).

Επικουρικά φάρμακα, εάν υπάρχει ένδειξη.



- **Βαθμίδα 3**

Ασθενείς με άλγος υψηλής έντασης (ή ασθενείς της ομάδας 2, στους οποίους δεν επετεύχθη επαρκής αναλγησία) πρέπει να λάβουν:

Ένα οπιοειδές, κοινώς χρησιμοποιούμενο για σοβαρό πόνο, όπως μορφίνη, μεθαδόνη, οξυκοδόνη, υδρομορφόνη, φαιντανύλη ή λεβορφανάλη.

Ένα μη οπιοειδές αναλγητικό σε ορισμένες περιπτώσεις.

Επικουρικά φάρμακα.

Οι βασικές αρχές κατά τη χορήγηση φαρμάκων για την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου είναι: (23)

α) τα αναλγητικά θα πρέπει να χορηγούνται από μη επεμβατικές οδούς

β) τα αναλγητικά θα πρέπει να χορηγούνται σε συγκεκριμένα διαστήματα ("με το ρολόι) και όχι μόνο όταν ο ασθενής αισθάνεται πόνο

γ) συνήθεις δόσεις για τα οπιοειδή αναλγητικά δεν υπάρχουν αλλά εξατομικεύονται με στόχο το καλύτερο αποτέλεσμα με τις λιγότερες παρενέργειες

δ) το πρόγραμμα θεραπείας θα πρέπει να είναι γραμμένο και να ακολουθείται πιστά από τον ασθενή

ε) θα πρέπει να προλαμβάνονται και να αντιμετωπίζονται οι επιπλοκές της αναλγητικής θεραπείας

στ) θα πρέπει να γίνεται εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή σε τακτά χρονικά διαστήματα και να γίνονται οι κατάλληλες τροποποιήσεις.

- Τα μη οπιοειδή αναλγητικά της 1ης βαθμίδας του ΠΟΥ

Παρακεταμόλη. Είναι το απλούστερο και ασφαλέστερο διαθέσιμο αναλγητικό που επιπλέον παρουσιάζει και αντιπυρετικές ιδιότητες αλλά όχι περιφερική αντιφλεγμονώδη δράση. Η παρακεταμόλη ενδείκνυται για την αντιμετώπιση του ήπιου, του μέτριου αλλά και του σοβαρού καρκινικού πόνου. Η δοσολογία της είναι 500-1000χλγ κάθε 4-6 ώρες

χωρίς να υπερβούμε τα 6 γρ. ημερησίως για την αποφυγή ηπατικών και νεφρικών ανεπιθύμητων ενεργειών. Κυκλοφορεί σε δισκία, σιρόπια, υπόθετα καθώς και σε ενέσιμη μορφή.

Ασπιρίνη. Συνδυάζει την αναλγητική με αντιπυρετική και αντιφλεγμονώδη δράση. Η ασπιρίνη ενδείκνυται για την αντιμετώπιση του ήπιου, του μέτριου αλλά και του σοβαρού πόνου στους καρκινοπαθείς. Είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική σε σωματικό πόνο από διηθήσεις μαλακών ιστών καθώς και στις οστικές μεταστάσεις. Η συνήθης δοσολογία είναι 500-600χλγ κάθε 4-6 ώρες, δόση που πρέπει να ελαττώνεται σε ασθενείς με επηρεασμένη νεφρική και ηπατική λειτουργία. Με ιδιαίτερη επίσης προσοχή θα πρέπει να χορηγείται σε ασθενείς με ιστορικό πεπτικού έλκους, διαταραχών της πήξης και αντιδράσεων υπερευαισθησίας.

Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ).

Είναι μια μεγάλη κατηγορία φαρμάκων με διαφορετική χημική δομή αλλά με τον ίδιο μηχανισμό δράσης, δηλαδή αντιφλεγμονώδη, αναλγητική και αντιπυρετική. Τα ΜΣΑΦ σε αντίθεση με τα οπιοειδή αναλγητικά παρουσιάζουν το "φαινόμενο οροφής", δηλαδή η αύξηση της δοσολογίας του από ένα επίπεδο και πάνω δεν προσφέρει επιπλέον αναλγησία ενώ αυξάνει τις πιθανότητες ανεπιθύμητων ενεργειών. Ο ΠΟΥ προτείνει τη χορήγηση ΜΣΑΦ και στις τρεις βαθμίδες της αναλγητικής κλίμακας για την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου.

- Τα ήπια ή ασθενή οπιοειδή αναλγητικά της 2ης βαθμίδας του ΠΟΥ

Ως ήπια ή ασθενή οπιοειδή αναλγητικά φάρμακα ορίζονται αυτά που εξασκούν την αναλγητική τους δράση μέσω των υποδοχέων των οπιοειδών αλλά με μικρότερη ισχύ από τα ισχυρά οπιοειδή. Ασθενή οπιοειδή φάρμακα είναι η κωδεΐνη, η δεξτροπροποξυφαΐνη, η τραμανδόλη κ.α. Τα ασθενή οπιοειδή κυκλοφορούν συνήθως σε ένα σκεύασμα σε συνδυασμό με παρακεταμόλη.

Κωδεΐνη. Είναι το συνηθέστερο ασθενές οπιοειδές που χρησιμοποιείται

στην αντιμετώπιση του ήπιου, του μέτριου αλλά και ισχυρού καρκινικού πόνου. Χορηγείται από το στόμα σε δόσεις των 30χλγ κάθε 4-6 ώρες, ενώ τα 30χλγ κωδεΐνης είναι ισοδύναμα αναλγητικά με 650χλγ ασπιρίνης. Στην Ελλάδα κυκλοφορεί σε συνδυασμό με παρακεταμόλη. Δεξτροπροποξυφαΐνη. Είναι συνθετικό οπιοειδές παρόμοιο με τη μεθαδόνη με αναλγητική ισχύ όπως της κωδεΐνης. Οι επαναλαμβανόμενες δόσεις δεφτροπροποξυφαΐνης καταλήγουν στην αύξηση των ενεργών μεταβολιτών της στον οργανισμό και την βελτίωση της αναλγητικής της δράσης με πιθανή όμως εμφάνιση σημείων τοξικότητας από το Κ.Ν.Σ., βραδυκαρδία ή και αναπνευστική καταστολή. Κυκλοφορεί κυρίως σε φύσιγγες για παρεντερική χορήγηση.

Τραμανδόλη. Είναι συνθετικό αναλγητικό με ιδιότητες ήπιου οπιοειδούς αλλά και μη οπιοειδούς φαρμάκου. Θεωρείται αναλγητικό ισχυρότερο από την κωδεΐνη, παρουσιάζει λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες από ισοδύναμες δόσεις άλλων οπιοειδών, δεν θεωρείται ότι προκαλεί σωματική εξάρτηση και η συνήθης δοσολογία της είναι 50-100χλγ κάθε 4-6 ώρες.

- Τα ισχυρά οπιοειδή αναλγητικά της 3ης βαθμίδας του ΠΟΥ

Τα ισχυρά οπιοειδή είναι τα ισχυρότερα φάρμακα στην αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου.(24) Ο κύριος εκκρόσωπος της κατηγορίας αυτής είναι η μορφίνη, αλλά υπάρχουν και άλλα όπως η πεθιδίνη, η φεντανύλη, η μεθαδόνη κ.α. Υπενθυμίζεται ότι προτεμούνται οι μη επεμβατικές οδοί χορήγησης των ισχυρών οπιοειδών εφόσον διατίθενται ανάλογα σκευάσματα.

Μορφίνη. Το μεγάλο πλεονέκτημά της είναι ότι δεν παρουσιάζει το "φαινόμενο οροφής" και έτσι μπορεί να χορηγείται σε αυξανόμενες δόσεις μέχρι να αντιμετωπιστεί ο πόνος εφόσον οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι ανεκτές. Στην Ελλάδα η μορφίνη κυκλοφορεί σε κάψουλες θειικής μορφίνης βραδείας αποδέσμευσης για χορήγηση από

το στόμα και σε φύσιγγες για ενδομυϊκή, ενδοφλέβια και ενδονωτιαία χορήγηση.

Πεθιδίνη (μπεριδίνη). Είναι συνθετικό οπιοειδές, λιγότερο δραστικό από τη μορφίνη με ταχύτερη έναρξη δράσης και συντομότερη διάρκεια. Η χρήση της στο χρόνιο καρκινικό πόνο εντενδείκνυται γιατί εμφανίζει τον ενεργό μεταβολίτη νορμπεριδίνη που είναι νευροτοξικός.

Κυκλοφορεί σε φύσιγγες των 50 και 100χλγ και η χρήση της περιορίζεται στη βραχυχρόνια αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου.

Φεντανύλη. Είναι ημισυνθετικό ισχυρό λιπόφιλο οπιοειδές με ταχεία έναρξη και βραχεία διάρκεια δράσης και ανενεργούς μεταβολίτες. Η λήψη από το στόμα έχει ελάχιστη βιοδιαθεσιμότητα ενώ απορροφάται ικανοποιητικά από τους βλεννογόνους και το δέρμα. Τα τελευταία χρόνια η έρευνα έδωσε για κλινική χρήση σκευάσματα διαδερμικής φεντανύλης που σήμερα θεωρούνται ως η εναλλακτική μέθοδος της από του στόματος χορήγησης οπιοειδών.<sup>(25)</sup> Τα σκευάσματα αυτά απελευθερώνουν την φεντανύλη έως και 72 ώρες. Κλινικές μελέτες έδειξαν πολύ καλά έως εξαιρετικά αποτελέσματα στην πλειονότητα των ασθενών με καρκινικό πόνο.<sup>(26)</sup>

Μεθαδόνη. Είναι συνθετικό οπιοειδές με αναλγητική δράση ισοδύναμη της μορφίνης. Παρουσιάζει μεγάλη βιοδιαθεσιμότητα από το στόμα που την καθιστά κατάλληλη για per os χορήγηση. Η διάρκεια δράσης της είναι διπλάσια της μορφίνης με μεγάλο πλεονέκτημα ότι το αναμενόμενο σύνδρομο σωματικής στέρησης παρουσιάζεται αργότερα με πιο ήπια συμπτώματα, χαρακτηριστικά που την καθιστούν κατάλληλη για την απεξάρτηση ασθενών από τα οπιοειδή μέσα από εισικά για το σκοπό αυτό προγράμματα. Στην Ελλάδα δεν έχει επίσημη ένδειξη για την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου.

### **Τα επικουρικά φάρμακα**

Ως επικουρικά ή συνοδευτικά των αναλγητικών φάρμακα αναφέρονται αυτά που συγχορηγούνται με τα αναλγητικά με στόχο να μειώσουν τη δόση τους, να ελαττώσουν τις ανεπιθύμητες ενέργειες, να αυξήσουν

την αποτελεσματικότητά τους. Τα επικουρικά φάρμακα χορηγούνται και στις τρεις βαθμίδες της αναλγητικής κλίμακας του ΠΟΥ. Εκτός των μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων άλλα επικουρικά φάρμακα είναι:

- Τα αντικαταθλιπτικά, εκτός της αναλγητικής δράσης που φαίνεται ότι έχουν βοηθούν στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης, ελαττώνουν το άγχος και βελτιώνουν τον ύπνο.
- Τα αντιεπιληπτικά, είναι αποτελεσματικά ότα συνυπάρχει νευροπαθητικός πόνος από διήθηση νεύρων και πλεγμάτων.
- Τα κορτικοειδή έχουν πολλές ενδείξεις ιδιαίτερα στα προχωρημένα στάδια του καρκίνου βελτιώνοντας την ανορεξία, την ελάττωση της διάθεσης και ενισχύουν την ευεξία, καθώς επίσης ελαττώνουν το οίδημα σε διάφορους ιστούς.
- Τα αγχολυτικά και τα υπναγωγά
- Τα διφωσφονικά άλατα και η καλσιτονίνη βοηθούν στη μείωση του βαθμού οστεόλυσης από οστικές μεταστάσεις.
- Τα αντιεμετικά
- Τα υπακτικά

### **Επεμβατικές μέθοδοι**

Τα τελευταία χρόνια λόγω της προόδου των μεθόδων αντιμετώπισης του καρκινικού πόνου με φαρμακευτικά σκευάσματα και άλλες συντηρητικές μεθόδους δεν χρησιμοποιούνται ιδιαίτερα οι επεμβατικές μέθοδοι. Παρ' όλα αυτά σε περιπτώσεις ασθενών που οι παραπάνω θεραπείες αποτυγχάνουν να επιφέρουν το επιθυμητό αποτέλεσμα η επιλογή κάποια επεμβατικής αναλγητικής τεχνικής κρίνεται αναγκαία. Υπάρχουν επίσης και περιπτώσεις όπως απλούστερες αναλγητικές επεμβατικές τεχνικές χρησιμοποιούνται από την αρχή της αντιμετώπισης γιατί επιφέρουν άμεσο αποτέλεσμα και μειώνουν τις

δόσεις των χορηγούμενων φαρμάκων.

Πριν επιλεγεί κάποια επεμβατική μέθοδος πρέπει να αντισταθμίζονται να προσδοκώμενα οφέλη με τους κινδύνους και θα πρέπει να έχουν δοκιμαστεί και αποτύχει γνωστές φαρμακευτικές και συντηρητικές μέθοδοι αντιμετώπισης, να έχει ενημερωθεί ο ασθενής για την πιθανότητα αποτυχίας ή εμφάνισης επιπλοκών και να τηρούνται όλες οι προϋποθέσεις ασφάλειας που εφαρμόζονται και στην περιοχική αναισθησία.

Οι επεμβατικές τεχνικές για την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου διακρίνονται σε δύο κύριες κατηγορίες:

1. τους νευρικούς αποκλεισμούς (εγχύσεις νευρολυτικών διαλυμάτων, κρυσπηξία κ.λ.π.)
2. τις τεχνικές νευροτροποποίησης (νωτιαία έγχυση οπιοειδών κ.α. και η νευροδιέγερση)

Στους νευρολυτικούς αποκλεισμούς γίνεται έγχυση νευρολυτικών ουσιών σε διάφορα νευρικά στελέχη και πλέγματα καθώς και ενδονωτιαία. Συνήθως πριν την εφαρμογή του γίνεται διαγνωστικός αποκλεισμός με τοπικό αναισθητικό και εφόσον επιφέρη τα επιθυμητά αποτελέσματα εφαρμόζεται στη συνέχεια νευρόλυση με αλκοόλη ή φαινόλη. Οι κυριότεροι νευρικοί αποκλεισμοί είναι αυτοί του υπερπλάριου νεύρου, η νευρόλυση των μεσοπλεύριων νεύρων, η νωτιαία νευρόλυση, η διήθηση του κοιλιακού πλέγματος και η διήθηση του υπογάστριου πλέγματος.

Οι τεχνικές νευροτροποποίησης σήμερα γίνονται συνήθως με ενδονωτιαία (επισκληρίδια ή υπαραχνοειδή) χορήγηση οπιοειδών διαμέσου καθετήρα. Τα διαλύματα των οπιοειδών χορηγούνται σε διαλείπουσα βάση από τους οικίους του ασθενούς είτε σε συνεχή έγχυση με ειδικές αντλίες. Τα οπιοειδή που χρησιμοποιούνται είναι κυρίως η μορφίνη και η φεντανύλη με την πρώτη να προτιμάται περισσότερο λόγω της μεγαλύτερης διάρκειας δράσης που παρουσιάζει.

Η μέθοδος επιλέγεται συνήθως όταν η χορήγηση των οπιοειδών από του στόματος, διαδερμικά ή από το ορθό έχουν αποτύχει ή παρουσιάζουν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες.

### **Ειδικές αντικαρκινικές θεραπείες**

Ορισμένες φορές οι αντικαρκινικές θεραπείες εκτός από την αντιμετώπιση της νόσου στοχεύουν και στην ανακούφιση του καρκινικού πόνου. Στις θεραπευτικές αυτές μεθόδους ανήκουν η χημειοθεραπεία, οι χειρουργικές επεμβάσεις, η ακτινοθεραπεία και η ορμονοθεραπεία.

### **Συμπληρωματικές θεραπείες**

Οι θεραπείες αυτές είναι συμπληρωματικές μέθοδοι που στοχεύουν στην ενίσχυση του αναλγητικού αποτελέσματος των εφαρμοζόμενων αναλγητικών τεχνικών και διακρίνονται σε δύο κύριες κατηγορίες: στις φυσικές και στις ψυχολογικές.

Οι φυσικές συμπληρωματικές θεραπείες είναι φυσικοθεραπευτικές αναλγητικές παρεμβάσεις που περιλαμβάνουν την μάλαξη, την πίεση και την κίνηση.<sup>(27)</sup> Τελευταία ειδικοί φυσιοθεραπευτές συνεργάζονται με την ιατρική ομάδα για την ανακούφιση του πόνου των καρκινοπαθών ανάλογα με τις υπάρχουσες ενδείξεις και αντενδείξεις. Οι ψυχολογικές θεραπευτικές προσεγγίσεις περιλαμβάνουν διάφορες μορφές ψυχοθεραπείας οι οποίες εφαρμόζονται από ψυχιάτρους όπως η αυτογνωσιακή ή η συμπεριφορική ψυχοθεραπεία βοηθούν τους ασθενείς να τροποποιήσουν τις πεποιθήσεις, τη διάθεση και εν γέννη τη συμπεριφορά τους ώστε να μπορούν να χαλαρώνουν και να αποσπάται η προσοχή τους από το πρόβλημα του πόνου.<sup>(21)</sup>

# **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**



## **Σκοπός**

Η παρούσα μελέτη είχε στόχο την καταγραφή της προσέγγισης και της αντιμετώπισης του καρκινικού πόνου σε Ιατρείο Πόνου Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου και τη σύγκριση τους με διεθνή δεδομένα και πρακτικές. Για το σκοπό αυτό πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση των κατεγγραμμένων πληροφοριών αντιμετώπισης των ασθενών με καρκινικό πόνο που προσέρχονται στο Ιατρείο Πόνου του Νοσοκομείου.

## **Ασθενείς**

Στην αναδρομική αυτή μελέτη έγινε ανασκόπηση των ιατρικών φακέλων του αρχείου του ιατρείου πόνου από 184 ασθενείς που προσήλθαν για αντιμετώπιση του χρόνιου καρκινικού τους πόνου κατά τα έτη 2007 - 2009. Η επιλογή των ασθενών ήταν τυχαία και δεν εκφράζει τον αριθμό των καρκινοπαθών που προσέρχονται στο Ιατρείο Πόνου το ανωτέρω χρονικό διάστημα(περίπου 1100 ετησίως). Όλοι οι ασθενείς είχαν κλινικοεργαστηριακή διάγνωση κακοήθους νεοπλασματικής νόσου εντοπισμένης είτε σε ένα όργανο ή περιοχή του σώματος είτε διάσπαρτης, και είχαν λάβει θεραπεία, φαρμακευτική, αντινολογική, χειρουργική ή συνδυασμό τους, για άλλοτε άλλο χρονικό διάστημα τόσο για τη νόσο τους όσο και για τα διάφορα συμπτώματα. Επιπρόσθετα η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών αυτών είχαν λάβει για ποικίλο χρονικό διάστημα θεραπεία για την αντιμετώπιση του καρκινικού τους πόνου με διάφορα οπιοειδή και μη φάρμακα ή άλλες αναλγητικές τεχνικές.

Οι ασθενείς προσήλθαν στο τακτικό Ιατρείο Πόνου Τριτοβάθμιου Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου είτε από σύσταση θεραπόντων ιατρών του ίδιου νοσοκομείου είτε από ιατρούς άλλων ιδρυμάτων ή ιδιωτών.

## Μέθοδος

Σε όλους τους ασθενείς ανασκοπήθηκε ο ειδικός ιατρικός φάκελος του Ιατρείου πόνου και πραγματοποιήθηκε τηλεφωνική επικοινωνία με τον ασθενή ή το άμεσο οικογενειακό του περιβάλλον αν αυτός αδυνατούσε να επικοινωνήσει ή είχε πεθάνει για να διαπιστωθεί η κατάσταση της υγείας του, ο βαθμός αντιμετώπισης του καρκινικού του πόνου και των συνοδών συμπτωμάτων. Κατά την τηλεφωνική επικοινωνία έγινε εφικτή η εκτίμηση κυρίως της έντασης του πόνου και όχι η ποιότητα ζωής των ασθενών.

Τα δεδομένα εκτίμησης και αντιμετώπισης καταγράφηκαν από τον ιατρικό φάκελο του Ιατρείου Πόνου που περιλαμβάνει εκτός από το ονοματεπώνυμο, την ημερομηνία πρώτης επίσκεψης, την ηλικία, το φύλο, τη διεύθυνση κατοικίας, στοιχεία επικοινωνίας, τον ιατρό που τον παρέπεμψε, τη διάγνωση και τις συνοδές παθήσεις τα παρακάτω:

- το βάρος και το ύψος
- τους γιατρούς (ειδικότητες – νοσοκομεία αναφοράς) που ασχολήθηκαν με το πρόβλημα του πόνου του ασθενούς
- την ύπαρξη τυχόν αλλεργιών ή αντιδράσεων σε φάρμακα ή θεραπείες
- τη σχηματική εντόπιση του πόνου
- την περιγραφή του πόνου (παλλόμενος, οξύς, αμβλύς, διαπεραστικός, νυγμώδης καυστικός, αιμωδίες θερμότητα κρύο, συνεχής διαλείπων)
- τη διαφορά μεταξύ της θερμότητας των ποδιών ή και των χεριών
- το χρόνο έναρξης του πόνου
- την πιθανή γνώση της αιτιολογίας του πόνου
- την πιθανή μετατραυματική αιτιολογία του πόνου και το χρόνο πρόκλησης του τραύματος (χειρουργική ή άλλη θεραπεία)
- το χρονικό διάστημα ύπαρξης του πόνου

- την πιθανή ύπαρξη διαστημάτων που ο ασθενής δεν αισθάνεται πόνο καθώς και τη διάρκειά τους
- την διάρκεια των διαστημάτων του πόνου σε ύπαρξη διαλείποντος πόνου
- την επίδραση του βήχα, του πταρνίσματος ή του σφιξίματος στην ένταση του πόνου
- την πιθανότητα αύξησης της έντασης του πόνου με το φαγητό
- την πιθανότητα αύξησης της έντασης του πόνου με την κίνηση καθώς και το είδος της κίνησης που επιδρά
- τη δραστηριότητα του ασθενούς κατά τη διάρκεια της ημέρας
- τις δραστηριότητες που ο ασθενής μπορεί να ανεχθεί και να απολαύσει χωρίς να περιορίζεται από τον πόνο
- αν απαιτείται επιπρόσθετη ανάπαυση κατά τη διάρκεια της ημέρας και για πόσο χρονικό διάστημα
- ο χρόνος ύπνου κατά τη διάρκεια της νύχτας και της μέρας
- τη πιθανή παρεμπόδιση του ύπνου από τον πόνο (ναι, όχι)
- τις διάφορες θεραπευτικές τεχνικές που υποβλήθηκε ο ασθενής για το πρόβλημα του πόνου, το χρόνο διενέργειας, και την αποτελεσματικότητά τους
- τις τυχόν παρακλινικές εξετάσεις που υποβλήθηκε ο ασθενής
- την φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνει ο ασθενής τώρα καθώς και το γιατρό που τα χορήγησε
- αν έχει πάρει κορτιζόνη, τότε και για πιο λόγο
- αν του έχει χορηγηθεί τοπικό αναισθητικό και για πιο λόγο
- τις τυχόν σοβαρές ασθένειες που τυχόν έχει περάσει ο ασθενής εκτός της παρούσας νόσου
- τις τυχόν χειρουργικές επεμβάσεις που έχει υποβληθεί ο ασθενής και το χρόνο διενέργειάς τους
- αν ο ασθενής εργάζεται
- με τι ακριβώς ασχολείται ο ασθενής στην εργασία του
- αν σταμάτησε να εργάζεται, το χρονικό διάστημα που ο ασθενής δεν εργάζεται

- αν ήλθε στο Ιατρείο Πόνου οδηγώντας ο ίδιος
- αν συνοδεύεται από άλλο άτομο ή υπάρχει κάποιος που μπορεί να τον συνοδεύσει
- Σχόλια και παρατηρήσεις που κατά την κρίση του ασθενούς θα τον βοηθήσουν στην αντιμετώπιση του πόνου του

Εκτός από τα παραπάνω που το σύνολο σχεδόν συμπληρώνεται στην πρώτη επίσκεψη του ασθενούς, αναγράφεται η τυχόν εφαρμοζόμενη αναλγητική τεχνική και το αποτέλεσμα της καθώς και η προτεινόμενη αναλγητική φαρμακευτική θεραπεία (φάρμακο, δόση, συχνότητα, άλλες οδηγίες)

Σε κάθε επόμενη επίσκεψη του ασθενούς αναγράφεται η ημερομηνία, η αποτελεσματικότητα της εφαρμοζόμενης αντιμετώπισης, οι μεταβολές στο είδος ή και τη δοσολογία της φαρμακευτικής θεραπείας.

Η καταγραφή των δεδομένων γίνεται στον ειδικά για το σκοπό του Ιατρείου Πόνου σχεδιασμένο πρωτόκολλο καταγραφής (Ιατρικός φάκελος Ιατρείου Πόνου, Εικόνες 2 – 6).

### **Στατιστική ανάλυση**

Όλα τα δεδομένα ανασκόπησης των ιατρικών φακέλων του Ιατρείου Πόνου καταγράφηκαν σε φύλλα λογιστικού προγράμματος ηλεκτρονικού υπολογιστή (Calc, Openoffice 3.0 για Windows™) και επεξεργάστηκαν με στατιστικό πρόγραμμα (GraphPad InStat, ver. 3.05, GraphPad Software Inc για Windows™) για την εκτέλεση των στατιστικών δοκιμασιών καθώς και τη δημιουργία των παρουσιαζόμενων διαγραμμάτων.

Τα δεδομένα αναλύθηκαν με τη δοκιμασία Kolmogorov–Smirnov για την κανονικότητα ή όχι της κατανομής τους και χρησιμοποιήθηκαν αντίστοιχα παραμετρικές ή μη παραμετρικές δοκιμασίες για τη σύγκριση των τιμών. Το επίπεδο σημαντικότητας τέθηκε για  $p < 0,05$ .

Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων έγινε με διαγράμματα. Οι παραμετρικές μεταβλητές περιγράφηκαν με τους μέσους όρους και τις

τυπικές αποκλίσεις ενώ οι μη παραμετρικές με το εύρος τιμών και τη διάμεσο τιμή. Οι ποιοτικές μεταβλητές περιγράφηκαν με ποσοστά. Σε όλες τις περιπτώσεις οι υπολογισμοί έγιναν επί των διαθέσιμων τιμών.

**ΠΡΟΣΟΧΗ**

A.M. : .....  
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : .....

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ : .....  
ΟΝΟΜΑ : .....  
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ : ..... ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ : .....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ : .....  
ΤΗΛ : .....  
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ : .....

Ο ΑΡΡΩΣΤΟΣ ΣΥΣΤΗΝΕΤΑΙ ΑΠΟ : .....

ΔΙΑΓΝΩΣΗ : .....

Εικόνα 2. Φύλο του ιατρικού φακέλου που καταγράφονται τα στοιχεία επικοινωνίας και δημογραφικά δεδομένα.

Παρακαλώ διαβάστε προσεκτικά τις σελίδες αυτές και απαντήστε σε όλα τα ερωτήματα όσο καλύτερα μπορείτε.

**A. Ονοματεπώνυμο:** \_\_\_\_\_

Ηλικία: \_\_\_\_\_ Ύψος: \_\_\_\_\_ Βάρος: \_\_\_\_\_

Ποιός σας σύστημα: \_\_\_\_\_

Άλλοι γιατροί που ασχολήθηκαν με το πρόβλημα του πόνου: \_\_\_\_\_

**B. Αλλεργία:** \_\_\_\_\_

Αντιδράσεις: \_\_\_\_\_

**Γ. Παρακαλώ υπογραμμίστε τη λέξη που περιγράφει καλύτερα τον πόνο σας και έπειτα χρωματίστε τις επώδυνες περιοχές:**

	<p>Παλλόμενος Οξύς Αμβλύς Διαπεραστικός Νυγμώδης Καυστικός Αιμωδίες Θερμότητα Κρύο Συνεχής Διαλείπων</p>	
--	--	---

**Δ. Παρατηρείτε ποτέ διαφορά μεταξύ της θερμότητας των ποδιών ή και των χεριών σας.**

Χέρια \_\_\_\_\_ Πόδια \_\_\_\_\_  
           Ναι                      Όχι                      Ναι                      Όχι

**Ε. Ο πόνος σας οφείλεται σε κάποια αρρώστεια:**

Ναι \_\_\_\_\_ Όχι \_\_\_\_\_ Χρονολογία \_\_\_\_\_

Παρακαλώ εξηγήστε \_\_\_\_\_

*Εικόνα 3. Φύλο του ιατρικού φακέλου του ιατρείου πόνου.*

**ΣΤ** Ο πόνος σας είναι μετατραυματικός:

_____ Ναι	_____ Όχι	_____ Χρονολογία
--------------	--------------	---------------------

Παρακαλώ εξηγήστε: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Ζ** Πόσο καιρό πονάτε: \_\_\_\_\_

**Η** Υπάρχουν διαστήματα που δεν πονάτε: \_\_\_\_\_

_____ Ναι	_____ Όχι
--------------	--------------

Παρακαλώ εξηγήστε: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Θ** Αν ο πόνος σας είναι διαλείπων, πόσο διαρκούν τα επεισόδια: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Ι** Ο βήχας, ο παρμός ή το σφίξιμο, αυξάνουν τον πόνο σας: \_\_\_\_\_

_____ Ναι	_____ Όχι
--------------	--------------

**Κ** Αυξάνει ο πόνος με το φαγητό: \_\_\_\_\_

_____ Ναι	_____ Όχι
--------------	--------------

**Λ** Επηρεάζει η κίνηση τον πόνο σας: \_\_\_\_\_

_____ Ναι	_____ Όχι
--------------	--------------

Παρακαλώ εξηγήστε \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Μ** Είστε δραστήριος κατά την διάρκεια της ημέρας: \_\_\_\_\_

_____ Ναι	_____ Όχι
--------------	--------------

Αν ναι, πόσες ώρες απέχετε από οποιαδήποτε δραστηριότητα: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Ν** Ποιές δραστηριότητες απολαμβάνετε: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Ξ** Χρειάζεται να ξεκουραστείτε κατά τη διάρκεια της ημέρας: \_\_\_\_\_

_____ Ναι	_____ Όχι
--------------	--------------

Αν ναι, για πόση ώρα: \_\_\_\_\_

**Ο** Πόσες ώρες κοιμάστε την νύχτα: \_\_\_\_\_ την ημέρα: \_\_\_\_\_

**Π** Εμποδίζει ο πόνος τον ύπνο σας: \_\_\_\_\_

_____ Ναι	_____ Όχι
--------------	--------------

*Εικόνα 4. Φύλο του ιατρικού φακέλου του ιατρού πόνου.*

P. Παρακαλώ σημειώστε τις θεραπείες, που έχετε κάνει, συμπεριλάβετε ημερομηνίες και αποτελέσματα, αν είναι δυνατόν:

Θεραπείες	Ναι	Όχι	Ημερομηνία	Βοήθησε καθόλου τον πόνο:	
				Ναι	Όχι
Block νεύρων	_____	_____	_____	_____	_____
Νευροερεθιστήρας - Neuro ras	_____	_____	_____	_____	_____
Φυσιοθεραπεία	_____	_____	_____	_____	_____
Θερμά λουτρά	_____	_____	_____	_____	_____
Μαλάξεις	_____	_____	_____	_____	_____
Έκταση	_____	_____	_____	_____	_____
Βελονισμός	_____	_____	_____	_____	_____
Χειροπρακτική	_____	_____	_____	_____	_____
Άλλα	_____	_____	_____	_____	_____

P2. Παρακαλώ σημειώστε αν υποβλήθήκατε στις παρακάτω εξετάσεις με τις ημερομηνίες, αν είναι δυνατόν:

	Ναι	Όχι	Ημερομηνία
Ακτινογραφία	_____	_____	_____
Η.Μ.Γ.	_____	_____	_____
Μυελογράφημα	_____	_____	_____
Δισκογράφημα	_____	_____	_____
Άλλες	_____	_____	_____

Σ. Παρακαλώ να αναφέρετε όλα τα φάρμακα που παίρνετε και σημειώστε τ' όνομα του ιατρού που σας τα χορήγησε:

Φάρμακο	Περιγραφή*	Αιτία λήψης	Ισχύοντα λήψης	Ιατρός
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

\* Περιγραφή: ένεση, δισκία, σιρόπι

Εικόνα 5. Φύλο του ιατρικού φακέλου του ιατρείου πόσου.



Τ. Έχετε πάρει ποτέ κορτιζόνη; Ναι Όχι

Αν ναι, πότε και για ποιο λόγο;

---

Υ. Σας έχουν χορηγήσει ποτέ τοπικό αναισθητικό;

Ναι Όχι (από γιατρό ή οδοντίατρο)

Αν ναι, για ποιο λόγο;

Φ. Αναφέρατε, παρακαλώ οποιαδήποτε σοβαρή αρρώστια έχετε περάσει εκτός από το πρόβλημα του πόνου

---

Χ. Αναφέρατε, παρακαλώ οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση έχετε κάνει:

Εγχείρηση	Ημερομηνία	Χειρουργός

Ψ. Εργάζεστε τώρα; Ναι Όχι

Ποιά είναι η συνήθης απασχόληση σας;

Πότε σταματήσατε να εργάζεστε;

Ήρθατε οδηγώντας μόνος;

Υπάρχει κανείς που μπορεί να σας συνοδεύσει;

Ω. Σχόλια ή παρατηρήσεις που θα μας βοηθήσουν να αντιμετωπίσουμε την κατάσταση σας:

Ημερομηνία:

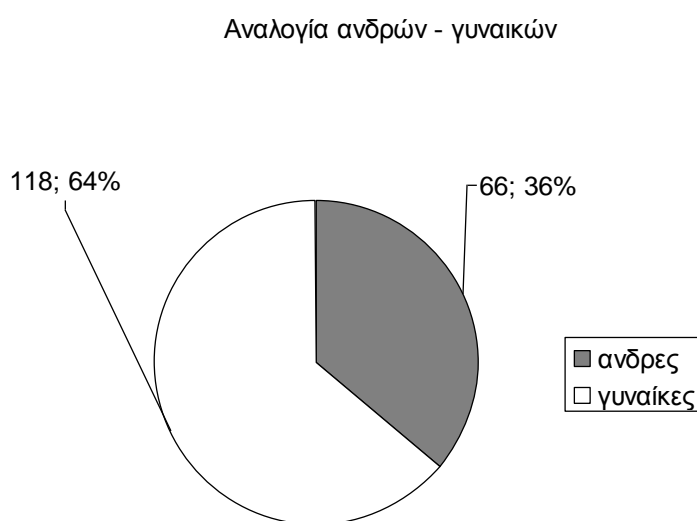
Υπογραφή Ιατρού:

Εικόνα 6. Φύλο του ιατρικού φακέλου του ιατρείου πόνου.

## Αποτελέσματα

Συνολικά ανασκοπήθηκαν 184 φάκελοι ασθενών που επισκέφτηκαν το Ιατρείο πόνου του Νοσοκομείου με χρόνια καρκινικό πόνο. Οι ασθενείς στο δείγμα μας είχαν μέσο όρο ηλικίας  $59 \pm 7,1$  έτη (μέση τιμή  $\pm$  τυπική απόκλιση) και αποτελούνταν από 66 άνδρες (36%) και 118 γυναίκες (64%) με εύρος τιμών από 36 έως 76 έτη.

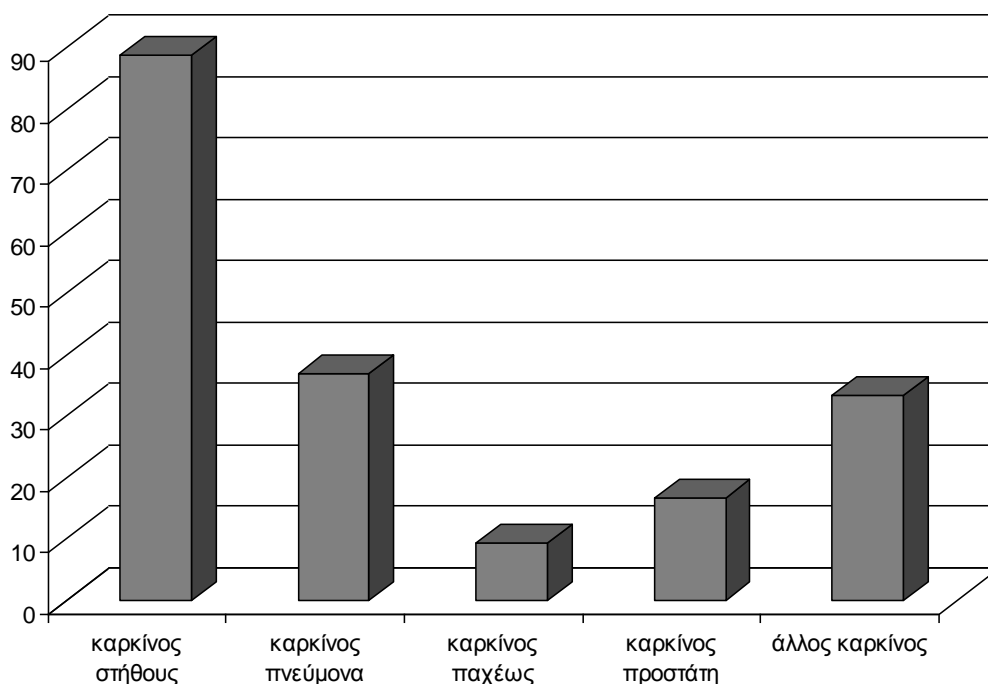
Το ποσοστό ανδρών - γυναικών των ασθενών φαίνεται στο διάγραμμα 1.



*Διάγραμμα 1. Ο αριθμός και η αναλογία ανδρών και γυναικών του δείγματος των ασθενών με χρόνια καρκινικό πόνο.*

Οι παραπάνω ασθενείς είχαν όλοι μη αποτελεσματικά αντιμετωπιζόμενο χρόνια καρκινικό πόνο που οφείλονταν σε διάφορα είδη κακοήθων νεοπλασιών. Ειδικότερα οι διαγνώσεις των ασθενών ήταν: καρκίνος στήθους 89, καρκίνος πνεύμονα 37, καρκίνος παχέως εντέρου 9, καρκίνος προστάτη 17, άλλος καρκίνος 33.

Οι ειδικές διαγνώσεις της κακοήθους νεοπλασίας των ασθενών φαίνεται στο διάγραμμα 2.

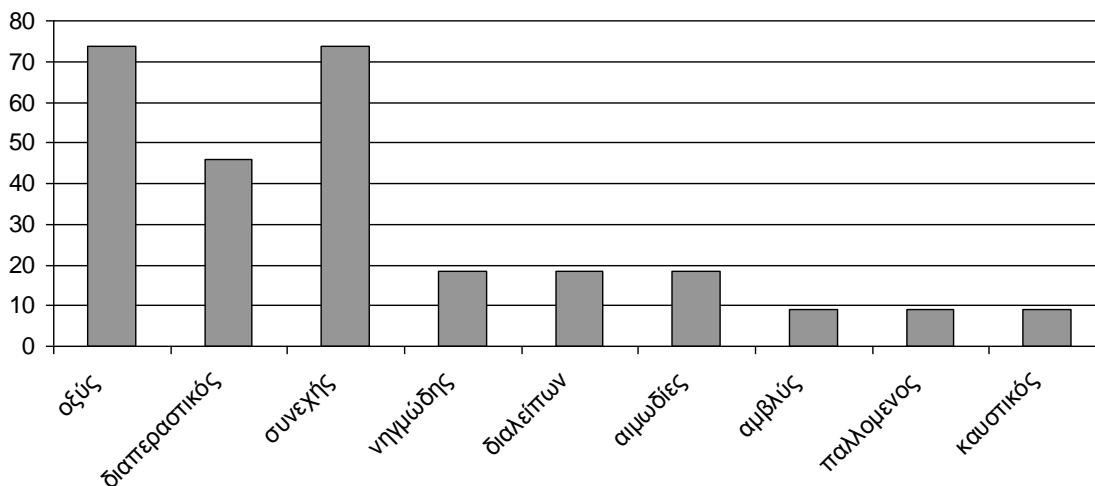


*Διάγραμμα 2. Διαγνώσεις των ασθενών με χρόνια καρκινικό πόνο.*

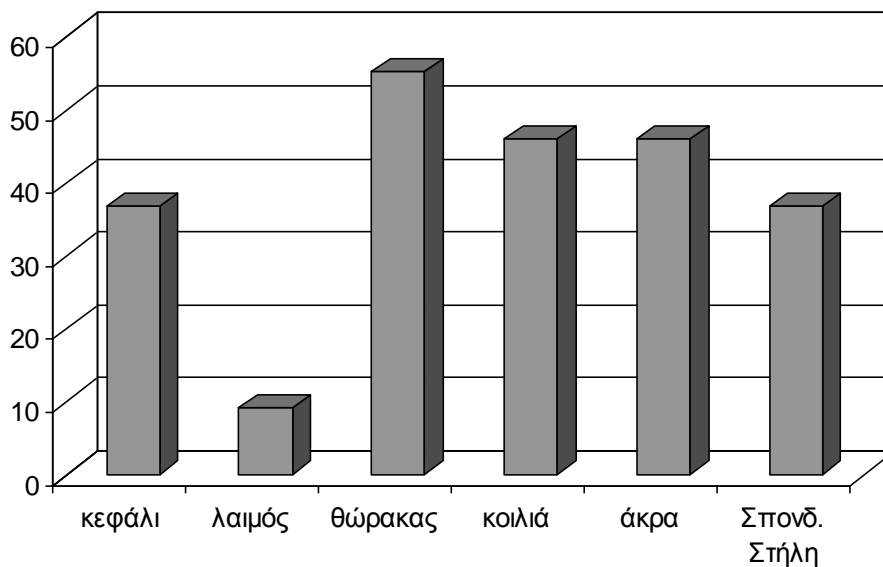
Οι ασθενείς του δείγματος είχαν υποβληθεί σε χημειοθεραπεία (109 ασθενείς), σε ακτινοθεραπεία (31 ασθενείς) ή δεν είχαν υποβληθεί σε κάποια ειδική αντικαρκινική θεραπεία (44 ασθενείς).

Κατά την πρώτη επίσκεψη στο Ιατρείο Πόνου οι ασθενείς περιέγραψαν τον πόνο τους με ένα ή περισσότερα από τα: οξύ πόνος (74), διαπεραστικός πόνος (46), συνεχής πόνος (74), νηγμώδης πόνος (18), διαλείπων πόνος (18), αιμωδίες (18), αμβλύς πόνος (9), παλλόμενος (9), καυστικός (9). Η κατανομή του είδους του πόνου παρουσιάζεται στο διάγραμμα 3.

Ο πόνος των ασθενών κατά την πρώτη επίσκεψη εντοπιζόταν στο κεφάλι (37), στο λαιμό (9), στο θώρακα (55), στην κοιλιά (46), στα άκρα (46) και στην σπονδυλική στήλη (37). Η εντόπιση του πόνου των ασθενών του δείγματος φαίνεται στο διάγραμμα 4.

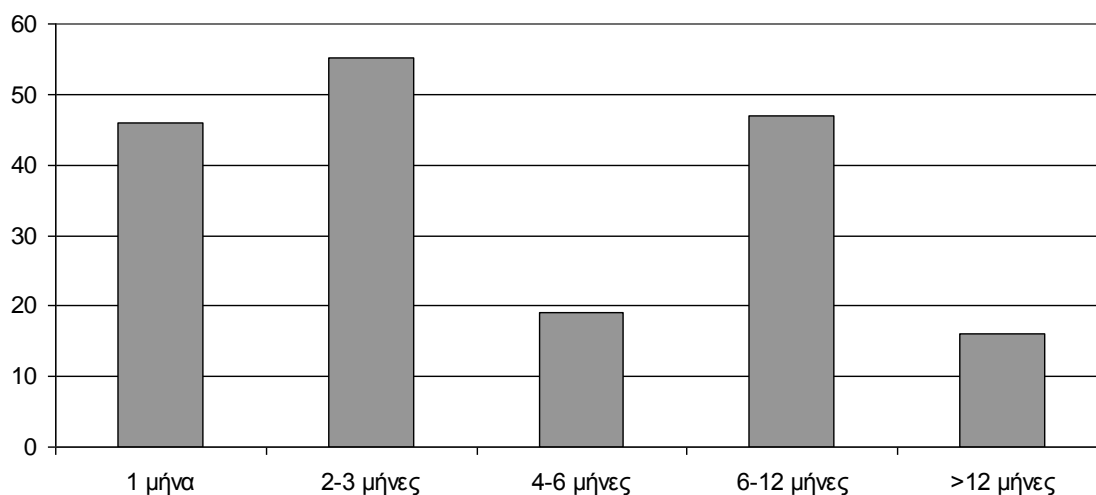


*Διάγραμμα 3. Περιγραφή του πόνου των ασθενών του δείγματος κατά την πρώτη επίσκεψη.*



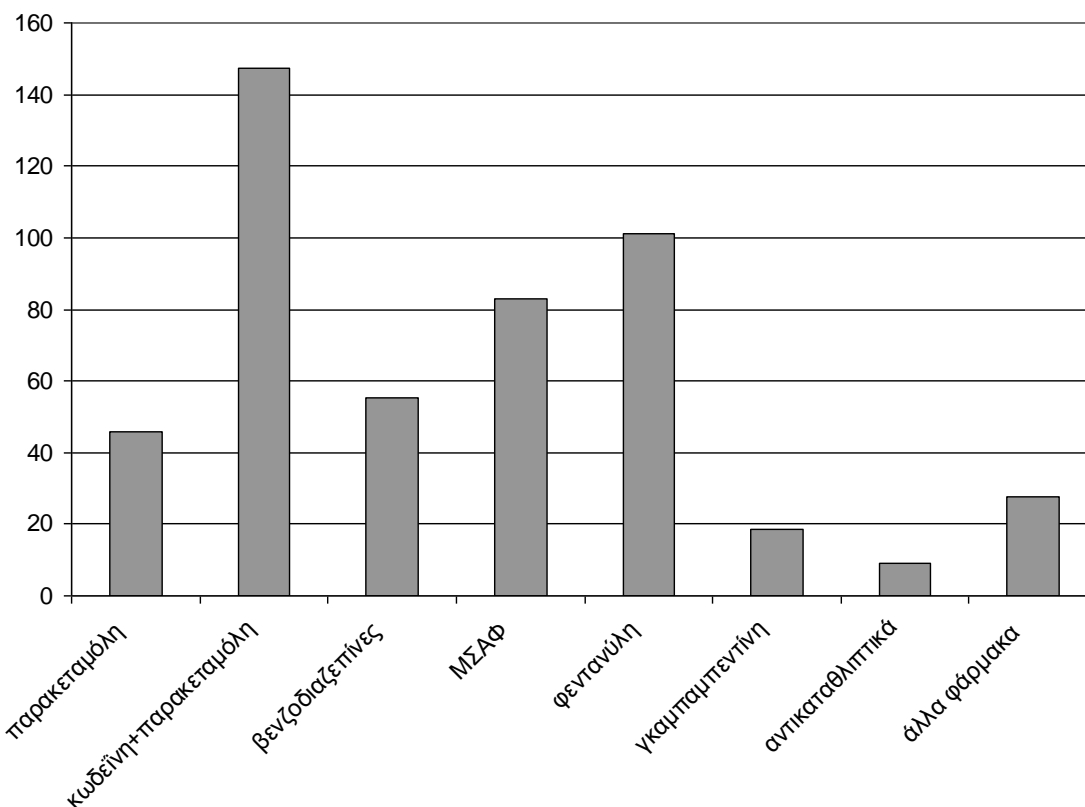
*Διάγραμμα 4. Εντόπιση του πόνου των ασθενών του δείγματος κατά την πρώτη επίσκεψη.*

Οι ασθενείς κατά την πρώτη επίσκεψη στο Ιατρείο πόνου παρουσίαζαν πόνο μη αποτελεσματικά ελεγχόμενο για ένα μήνα (46), 2 -3 μήνες (55), 4 – 6 μήνες (19), 6 – 12 μήνες (47) και περισσότερο από 12 μήνες (16). Η παρουσίαση του χρόνου ύπαρξης πόνου πριν την επίσκεψή τους στο Ιατρείο Πόνου φαίνεται στο διάγραμμα 5.



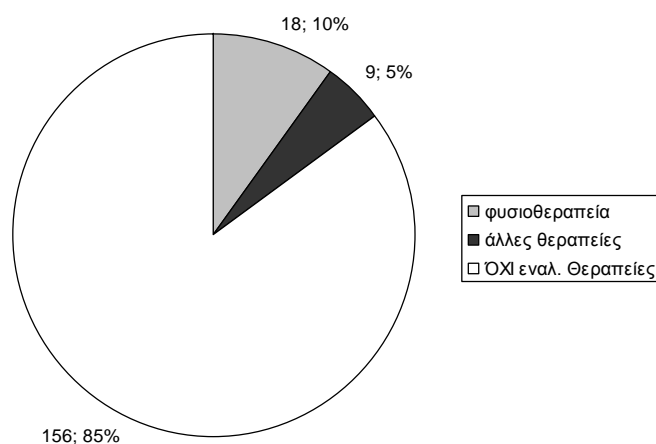
*Διάγραμμα 5. Ο χρόνος ύπαρξης πόνου στους ασθενείς πριν την πρώτη επίσκεψη στο Ιατρείο Πόνου.*

Οι ασθενείς πριν την επίσκεψή του στο Ιατρείο Πόνου λάμβαναν διάφορα φάρμακα σε ποικίλες δοσολογίες χωρίς να αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά το πρόβλημα του πόνου τους και οι συνέπειές του. Ειδικότερα οι ασθενείς του δείγματός μας λάμβαναν ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα: παρακεταμόλη (46), κωδεΐνη + παρακεταμόλη (147), βενζοδιαζεπίνες (55), Μη στεροειδή Αντιφλεγμονώδη (83), διαδερμική ή/και ταχείας δράσεως φεντανύλη (101), γκαμπαπεντίνη (18), αντικαταθλιπτικά (9), άλλα φάρμακα (28). Οι φαρμακευτικές ουσίες που λάμβαναν οι ασθενείς πριν για την αντιμετώπιση του χρόνιου καρκινικού του πόνου φαίνονται παραστατικά στο διάγραμμα 6.

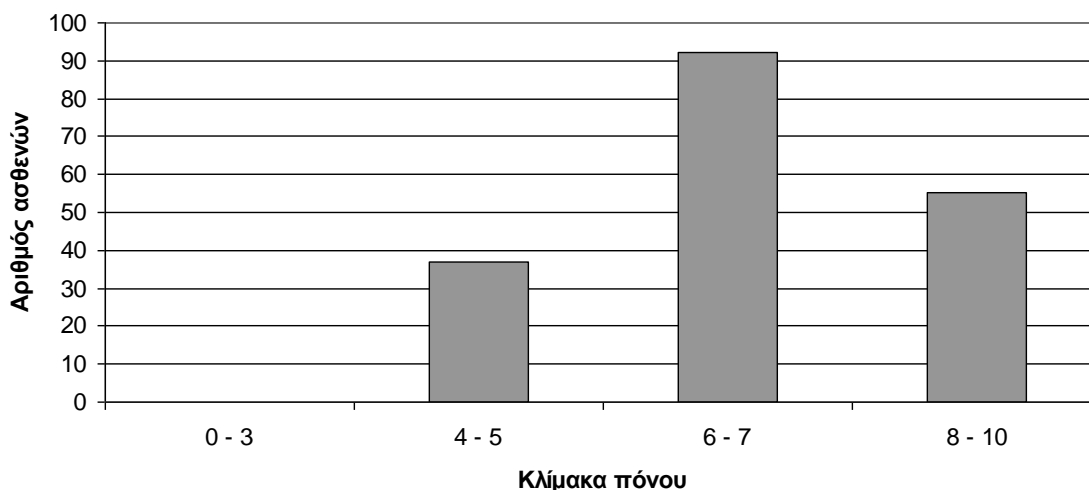


*Διάγραμμα 6. Ο αριθμός των ασθενών που λάμβαναν τα αναφερόμενα σκευάσματα για την αντιμετώπιση του πόνου πριν το Ιατρείο Πόνου.*

Εκτός της φαρμακευτικής αγωγής οι ασθενείς για την αντιμετώπιση του πόνου του είχαν υποβληθεί και σε φυσιοθεραπεία (18) ή άλλες εναλλακτικές θεραπείες (9). (διάγραμμα 7)

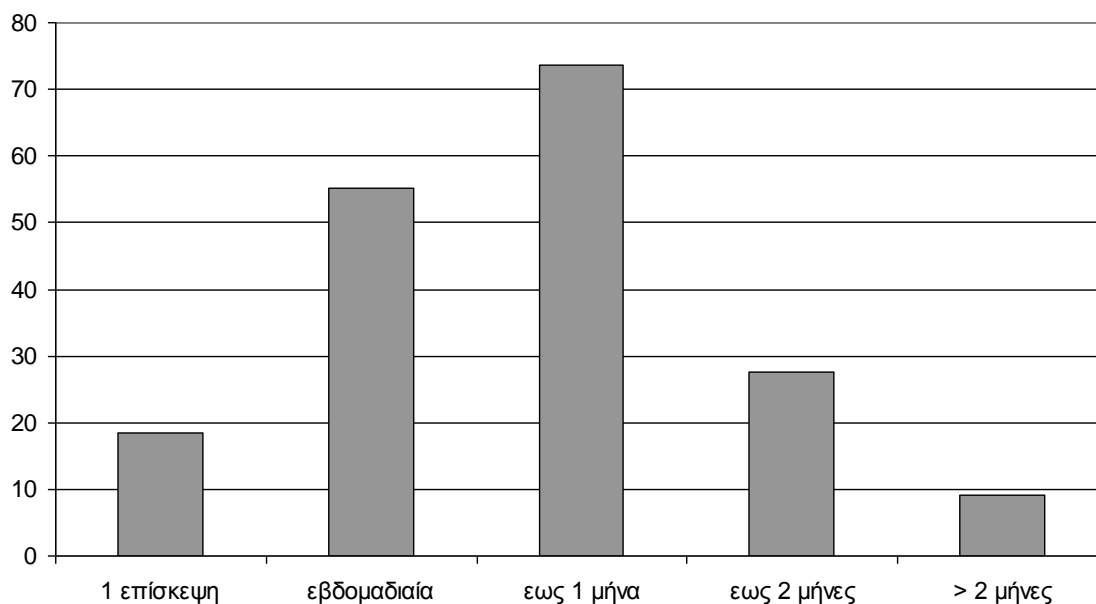


*Διάγραμμα 7.*



Διάγραμμα 8. Ο πόνος των ασθενών κατά την πρώτη επίσκεψη στο ιατρείο πόνου.

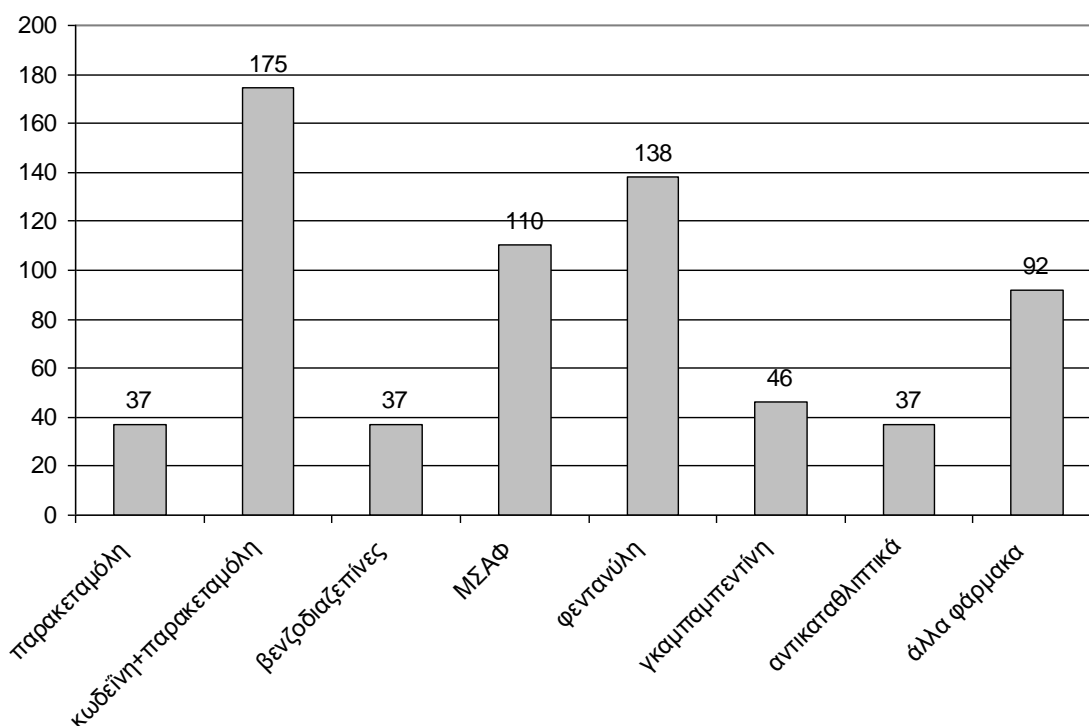
Ο πόνος που ανέφεραν οι ασθενείς κατά την πρώτη επίσκεψή τους σύμφωνα με την αριθμητική κλίμακα πόνου φαίνεται στο διάγραμμα 8.



Διάγραμμα 9. Ο αριθμός των ασθενών ανάλογα με τα μεσοδιαστήματα των επισκέψεων στο Ιατρείο Πόνου του Νοσοκομείου.

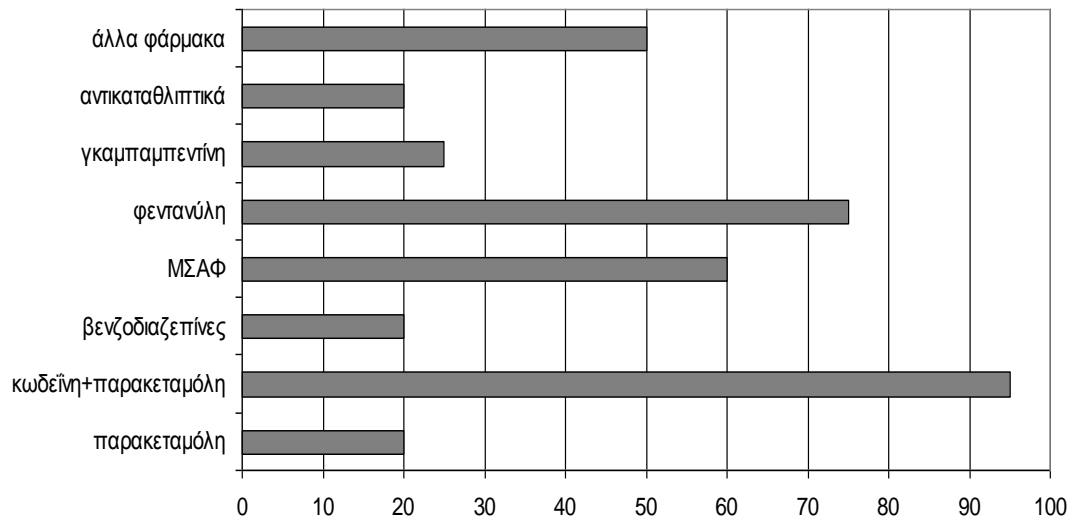
Οι ασθενείς του δείγματός μας με χρόνια καρκινικό πόνο πραγματοποίησαν συνολικά 852 και κατά μέσο όρο 4,6 επισκέψεις στο ιατρείο πόνου (διάμεσος 4, εύρος 1 – 14). Τα χρονικά μεσοδιαστήματα των επισκέψεων ήταν κατά μέσο όρο 35 ημέρες (διάμεσος 30, εύρος 3 – 180). Τα μεσοδιαστήματα των επισκέψεων των ασθενών του δείγματός μας φαίνονται στο διάγραμμα 9.

Η αντιμετώπιση των ασθενών στο Ιατρείο πόνου του νοσοκομείου έγινε κυρίως με φαρμακευτικά σκευάσματα χορηγούμενα per os, διαδερμικά, ή από το στοματικό βλεννογόνο, ενώ σε μικρότερο ποσοστό πραγματοποιήθηκαν συγχρόνως νευρικοί αποκλεισμοί περιφερικών νεύρων (22 ασθενείς, 12%). Ο αριθμός των ασθενών, το ποσοστό τους καθώς και το είδος των φαρμακευτικών ουσιών που συνταγογραφήθηκαν φαίνονται στα διαγράμματα 10 και 11.



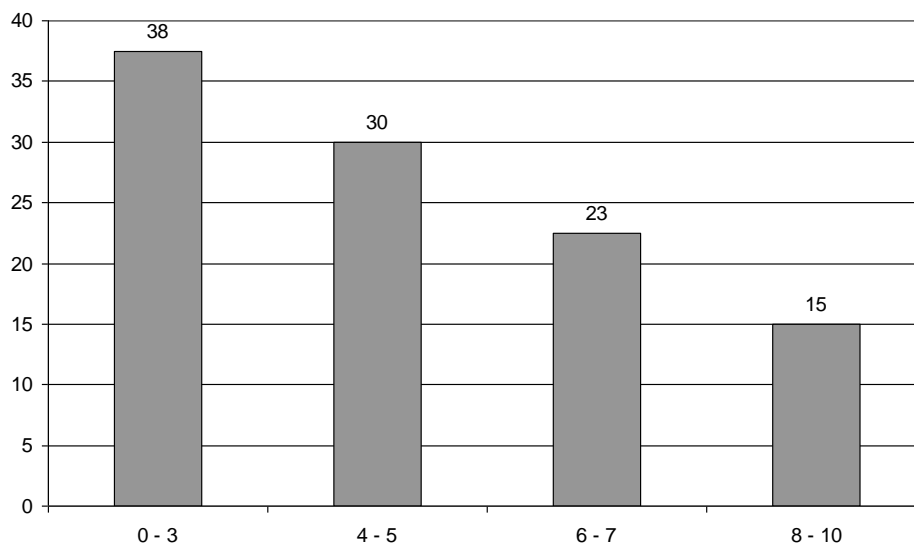
*Διάγραμμα 10. Αριθμός ασθενών που αντιμετωπίστηκαν με τις παραπάνω φαρμακευτικές ουσίες.*





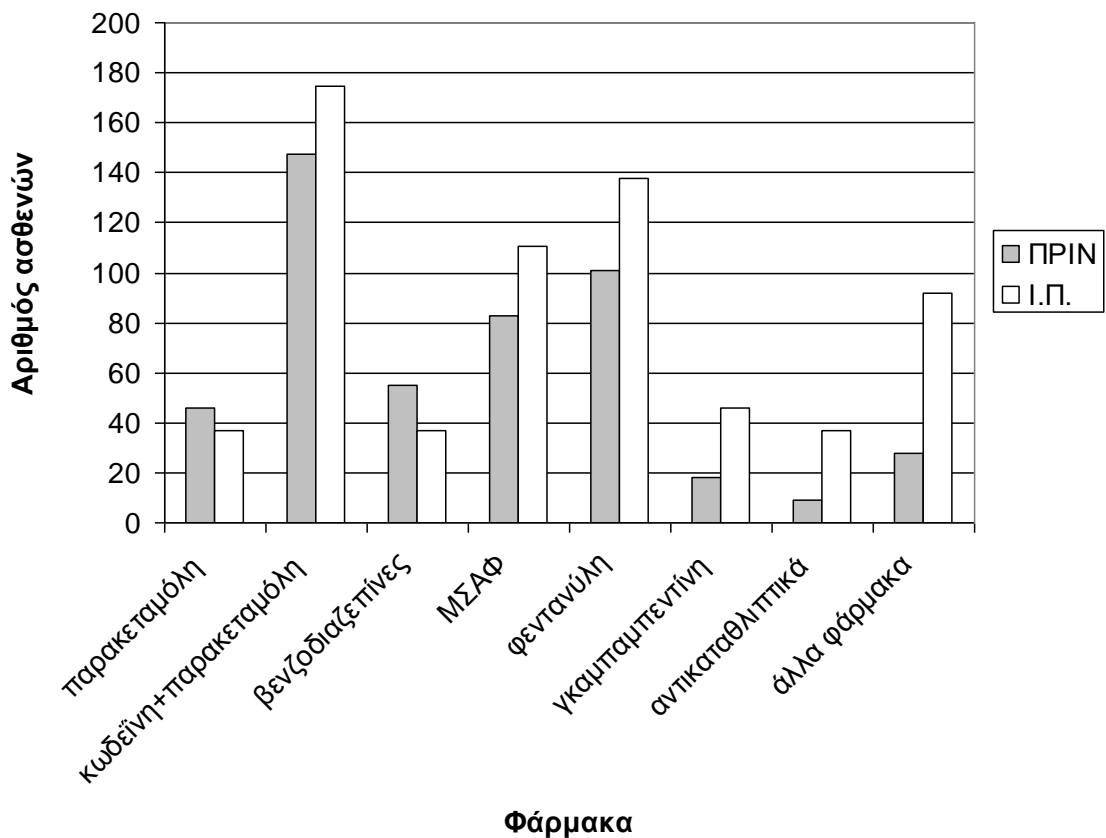
*Διάγραμμα 11. Ποσοστό ασθενών που αντιμετωπίστηκαν με τις παραπάνω φαρμακευτικές ουσίες.*

Από την εκτίμηση της ανακούφισης από την εφαρμοζόμενη αντιμετώπιση (αριθμητική κλίμακα πόνου) βρέθηκε ότι μετά τη δεύτερη επίσκεψη 38 ασθενείς παρουσίαζαν πόνο 0 – 3, 30 ασθενείς πόνο 4 – 5, 23 ασθενείς πόνο 6 – 7 και 15 ασθενείς πόνο 8 – 10. Τα παραπάνω φαίνονται διαγραμματικά στο διάγραμμα 12.



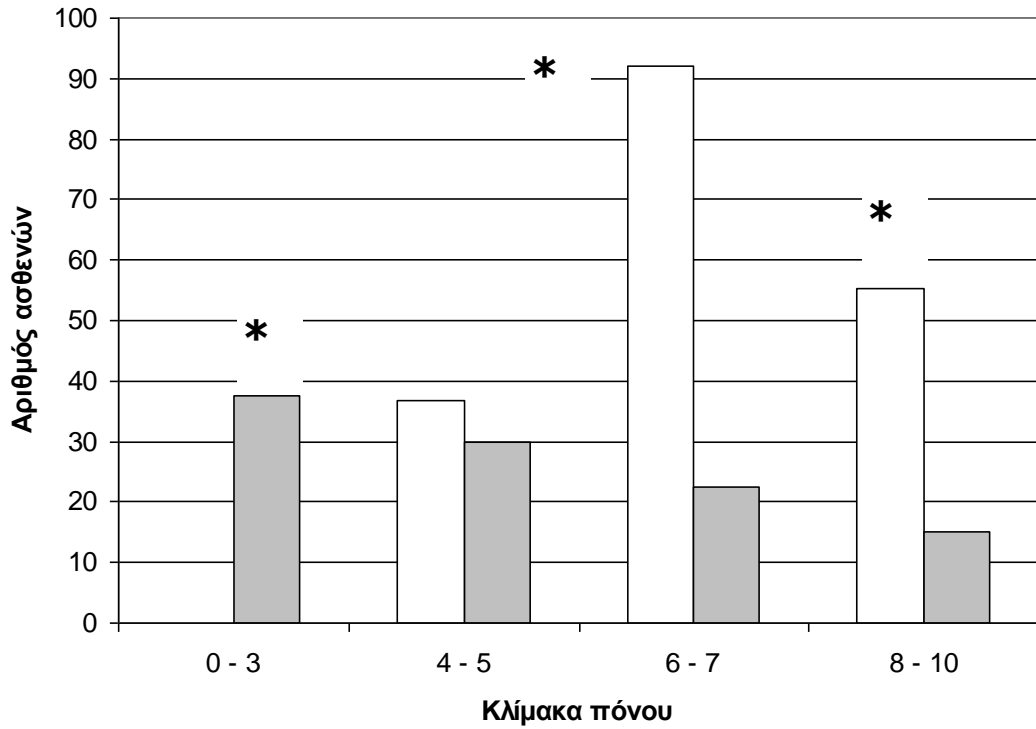
*Διάγραμμα 12. Κατάταξη των ασθενών που παρουσίαζαν τιμές πόνου σύμφωνα με την αριθμητική κλίμακα πόνου.*

Η σύγκριση του αριθμού των ασθενών που λάμβαναν συγκεκριμένες φαρμακευτικές ουσίες πριν και κατά την αντιμετώπισή τους στο Ιατρείο Πόνου δεν έδειξε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. Ο αριθμός των ασθενών του δείγματός μας ανά φαρμακευτική ουσία φαίνεται στο διάγραμμα 12.



*Διάγραμμα 12. Ο αριθμός των ασθενών που λάμβαναν φάρμακα πριν και κατά τη διάρκεια της αντιμετώπισης στο Ιατρείο Πόνου.*

Η σύγκριση του αριθμού των ασθενών του δείγματός μας ανάλογα με την ένταση του πόνου πριν και μετά την αντιμετώπιση στο ιατρείο πόνου έδειξε επίσης σημαντική βελτίωση ( $p < 0,05$ ). Στο διάγραμμα 13 φαίνεται ο αριθμός των ασθενών σε κάθε κατηγορία κλίμακας πόνου συγκριτικά πριν και μετά την αντιμετώπιση στο ιατρείο πόνου.



Διάγραμμα 13. Ο αριθμός των ασθενών σε κάθε κατηγορία κλίμακας πόνου πριν και μετά την αντιμετώπιση στο Ι.Π. (\* $p < 0,05$ ).

## Συζήτηση

Το σημαντικότερο εύρημα της μελέτης μας ήταν ότι οι ασθενείς για αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα δεν αντιμετωπιζόταν για τον χρόνιο καρκινικό τους πόνο αποτελεσματικά ενώ ουσιαστικά λάμβαναν τις ίδιες φαρμακευτικές ουσίες όπως και στη συνέχεια στο ιατρείο πόνου.

Τα ευρήματα της μελέτης μας έδειξαν ότι αρκετοί ασθενείς με καρκινικό πόνο δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν από τους θεράποντες ιατρούς αποτελεσματικά, και παραπέμφθηκαν για την ανακούφιση του χρόνιου καρκινικού τους πόνου σε ειδικό Ιατρείο Πόνου, με σημαντική όμως καθυστέρηση. Οι ασθενείς που εξετάστηκαν παρουσίαζαν πόνο, κατά μέσο όρο για σημαντικό χρονικό διάστημα πριν την έναρξη των επισκέψεων στο Ιατρείο Πόνου, ο οποίος συσχετιζόταν από τους ίδιους σε μεγάλο βαθμό για την επιδείνωση της ποιότητας ζωής τους στο διάστημα αυτό (διαταραχές ύπνου, περιορισμός κινητικότητας, καταθλιπτική συμπτωματολογία).

Οι περισσότεροι από τους ασθενείς της μελέτης αντιμετωπίστηκαν με τις συντηρητικές μεθόδους της από του στόματος ή διαδερμικής φαρμακοθεραπείας, με ασθενή και ισχυρά οπιοειδή σε συνδυασμό με παρακεταμόλη, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη και άλλα επικουρικά φάρμακα, χωρίς να παρουσιαστούν σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες. Σε πολλές από τις περιπτώσεις των ασθενών που μελετήθηκαν έγιναν απλοί περιφερικοί νευρολυτικοί αποκλεισμοί (κυρίως μεσοπλεύρια νεύρα και υπερπλάτιο νεύρο) από την αρχή σχεδόν της θεραπείας τους, με ικανοποιητική αποτελεσματικότητα στην άμεση αντιμετώπιση του πόνου και την ελάττωση των χορηγούμενων οπιοειδών, χωρίς την παρουσία ανεπιθύμητων ενεργειών και επιπλοκών.

Η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της αντιμετώπισης του χρόνιου καρκινικού πόνου γινόταν σε κάθε επόμενη επίσκεψη του ασθενούς είτε τηλεφωνικά (και καταγραφόταν στον ιατρικό φάκελο) με την

αριθμητική κλίμακα πόνου από το 0 έως το 10. Τα αποτελέσματά μας από την εκτίμηση της έντασης του πόνου έδειξαν ότι ποσοστό μεγαλύτερο του 50% αντιμετωπίζεται ικανοποιητικά, εύρημα που συμφωνεί με τα διεθνή δεδομένα.(9)

Η σύγκριση του αριθμού των ασθενών που λάμβαναν από πριν συγκεκριμένα αναλγητικά φάρμακα με το αριθμό των ασθενών στους οποίους χορηγήθηκαν τα ίδια φάρμακα κατά την αντιμετώπισή τους στο Ιατρείο πόνου δεν έδειξε σημαντική διαφορά αν και η αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση του πόνου ήταν υψηλότερη. Το γεγονός αυτό πιθανόν να σχετίζεται με τον τρόπο και την ποσότητα χορήγησης των εν λόγω φαρμάκων και όχι με το είδος τους.(10, 28) Μια άλλη παράμετρος μπορεί να είναι και η τήρηση των κατευθυντήριων οδηγιών για την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου τόσο του Οργανισμού της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας όσο και των διεθνών επιστημονικών εταιρειών για την αντιμετώπιση του χρόνιου καρκινικού πόνου.(28)

Η κατανάλωση οπιοειδών και ειδικότερα μορφίνης σήμερα θεωρείται δείκτης της ευαισθησίας των γιατρών ενός κράτους αλλά και του συστήματος υγείας του αναφορικά με την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου. Η Ελλάδα σε σχετικά πρόσφατη μελέτη κατατάσσεται δυστυχώς στις τελευταίες θέσεις του καταλόγου της ετήσιας κατανάλωσης μορφίνης.(29) Οι νέες φαρμακοτεχνικές μορφές οπιοειδών έδωσαν τη δυνατότητα να αντιμετωπίζεται αποτελεσματικότερα ο πόνος χωρίς να απαιτούνται επεμβατικές τεχνικές οι οποίες παρουσιάζουν περισσότερες επιπλοκές και αρκετούς περιορισμούς στην εφαρμογή του.

Παρόλα αυτά η εφαρμογή σχετικά απλών νευρολυτικών αποκλεισμών περιφερικών νεύρων παρουσιάζουν ελάχιστες επιπλοκές και βοηθούν σημαντικά στην ελάττωση των δόσεων των οπιοειδών και των άλλων επικουρικών φαρμάκων ελαττώνοντας σημαντικά τις επιπλοκές σύμφωνα με καλά τεκμηριωμένα διεθνή δεδομένα.(30) Οι περισσότεροι

σύνθετες τεχνικές όπως νευρολυτικοί αποκλεισμοί μεγάλων νευρικών πλεγμάτων εφαρμόζονται σήμερα μόνο σε μικρό αριθμό ασθενών που δεν είναι δυνατή η αντιμετώπιση του πόνου με άλλες μεθόδους και βρίσκεται σε τελικό στάδιο της νόσου.

Από του βασικότερους περιορισμούς της παρούσας αναδρομικής μελέτης ήταν ότι δεν μπορούσε να βγάλει συμπεράσματα σχετικά με τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ασθενών (δεν χρησιμοποιούνται σύγχρονες κλίμακες αξιολόγησης ποιότητας ζωής σε όλους τους ασθενείς) ούτε να αποσαφηνίσει σε όλο το δείγμα των ασθενών αυτούς που ήταν στο τελικό στάδιο της νόσου. Δεν έγινε εφικτό επίσης να εξεταστούν και να συγκριθούν οι δοσολογίες των φαρμάκων που λάμβαναν πριν οι ασθενείς ούτε η συμμόρφωση με τις οδηγίες της θεραπείας τους.

Συμπερασματικά φαίνεται ότι η αντιμετώπιση των ασθενών με χρόνια καρκινικό πόνο κυρίως με τα σύγχρονα σκευάσματα οπιοειδών φαρμάκων σε συνδυασμό με απλά αναλγητικά και απλές επεμβατικές μεθόδους είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική σε οργανωμένα Ιατρεία και μονάδες πόνου κυρίως λόγω του καλύτερου χειρισμού των διαθέσιμων μεθόδων αντιμετώπισης επιτυγχάνοντας ικανοποιητική αναλγησία.

## **Βιβλιογραφία**

1. Brennan F, Carr D, Cousins M. Pain Management: A Fundamental Human Right. *Anesth Analg* 2007; 105: 205–21.
2. James A. Painless human right. *Lancet* 1993;342:567– 8.
3. Somerville MA Death of pain: pain, suffering and ethics. In: Gebhart GF, Hammond DL, Jensen TS, eds. *Proceedings of the 7th World Congress on Pain. Progress in Pain Research and Management. Vol 2.* Seattle: IASP Press, 1994:41–58.
4. Verhaak PF, Kerssens JJ, Dekker J, Sorbi MJ, Bensing JM. Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: a review of the literature. *Pain* 1998; 77:231–9.
5. Brennan F, Carr DB, Cousins M. Pain management: a fundamental human right. *Anesth Analg.* 2007 Jul; 105(1):205-21.
6. Daut RL, Cleeland CS. The prevalence and severity of pain in cancer. *Cancer* 1982;50:1913– 8.
7. Ripamonti C, Dickerson ED. Strategies for the treatment of cancer pain in the new millennium. *Drugs* 2001;61:955–77.
8. Von Roenn JH, Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, Pandya KJ. Physician attitudes and practice in cancer pain management: a survey from the Eastern Cooperative Oncology Group. *Ann Intern Med* 1993; 19:121– 6.
9. Hearn J, Higginson IJ (2003) Cancer pain epidemiology: a systematic review. In *Cancer Pain, Assessment and Management* Bruera ED, Portenoy RK (eds) Cambridge University Press: Cambridge
10. Goudas LC, Carr DB, Bloch R, Balk E, Ioannidis JPA, Terrin N, Gialeli-Goudas M, Chew P, Lau J. *Management of Cancer Pain. Vols 1, 2. Evidence Tables. Evidence Report/Technology Assessment*



- No. 35. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2001.
11. van den Beuken-van Everdingen MH, de Rijke JM, Kessels AG et al. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol* 2007; 18: 1437–1449.
  12. Bernabei R, Gambassi G, et al. Management of pain in elderly patients with cancer, *JAMA* 279: 1877-83, 1997.
  13. Zenz M, Willweber-Strumpf A. Opiophobia and cancer pain in Europe. *Lancet* 341: 1075-6, 1993.
  14. Portenoy RK, Rayne D, Jacobsen P. Breakthrough pain: characteristics and impact in patients with cancer pain. *Pain* 81: 129-34, 1997.
  15. Lema MJ, Day M, et al. Cancer pain. In: *Pain medicine. A comprehensive review*. 2<sup>nd</sup> ed, pp110-17, Mosby, Philadelphia, 2003.
  16. Cherny NI, Portenoy RK. The management of cancer pain. *Cancer J Clin* 44: 262-73, 1994.
  17. **Γκιάλα ΜΜ. Ποιοτική και ποσοτική αξιολόγηση του πόνου. Στο: Βασιλάκος Δ. Ο πόνος και η αντιμετώπισή του. Σελ. 89-123. Εκδόσεις ΕΦΥΡΑ, Ιωάννινα, 2008.**
  18. Gonzales GR, Portenoy RK, et al. The impact of a comprehensive evaluation in the management of cancer pain. *Pain* 47: 141-4, 1991.
  19. Melzack R, Katz J. Pain assessment in adult patients. In: *Wall and Melzack 's Textbook of Pain*, 5th Ed, pp 291-304, Elsevier Churchill Livingstone, Philadelphia, 2006.
  20. Niv D, Devor M. Chronic pain as a disease in its own right. *Pain practice* 4: 179-81, 2004.
  21. **Ζαραλίδου Α, Βασιλάκος Δ. Καρκινικός πόνος. Στο: Βασιλάκος Δ. Ο πόνος και η αντιμετώπισή του. Σελ. 483-528. Εκδόσεις ΕΦΥΡΑ, Ιωάννινα, 2008.**

22. World Health Organization. Cancer pain relief. 1st Edition. WHO: Geneva, 1986.
23. Mercantante S. Cancer pain: Pharmacotherapy guidelines. Highlights in Regional Anesthesia and Pain Therapy, pp 191-5, 2005.
24. McQuay HJ. Opioids in pain management. Lancet 353: 2229-32, 1999.
25. Jeal W, Benfield P. Transdermal fentanyl. A review of its pharmacological properties and therapeutic efficacy in pain control. Drugs 53: 109-38, 1997.
26. Tawfik MO, Btyuzgin V, Kourteva G. Use of transdermal fentanyl without prior opioid stabilization in patients with cancer pain. Curr Med Res Opin 20: 259-67, 2004.
27. Exelby L. Mobilisation with movement. Personal view. Physiotherapy 81: 86-92, 1995.
28. Hanks GW, Conno F, Cherny N, et al. Expert Working Group of the Research Network of the European Association for Palliative Care. Morphine and alternative opioids in cancer pain: the EAPC recommendations. Br J Cancer 84:587-93, 2001.
29. Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK et al. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. N Engl J Med; 330: 592-596. 1994.
30. Erdine S. Neurolytic blocks: when, how, why. Agri. ;21(4):133-40, 2009.