

Παρεμβατικές τεχνικές στην αντιμετώπιση του πόνου του καρκινοπαθούς

Πρακτικές συμβουλές για την αντιμετώπιση ενός δύσκολου προβλήματος

Α' μέρος

Α. ΛΟΥΙΖΟΣ

Αναισθησιολόγος, Αν. Διευθυντής

Αναισθ/κό Τμήμα & Ιατρείο Πόνου Ιπποκράτειου Γεν. Νοσοκομείου Αθήνας

Η πολυδιάστατη φύση του πόνου του καρκινοπαθούς θα πρέπει να λαμβάνεται πάντοτε υπόψη στη θεραπεία του.

Ο πόνος μπορεί να οφείλεται:

- στη νόσο καθεαυτή ή στην πρόοδο της
- σε προηγηθείσα κύρια θεραπευτική επέμβαση ή σε δι-αγνωστικές επεμβατικές εξετάσεις
- σε τοξικότητα της χημειοθεραπείας ή της ακτινοθεραπείας
- σε επιμόλυνση και φλεγμονή
- σε μυοσκελετικό πόνο που εμφανίζεται με την πρόοδο της νόσου και τον περιορισμό της φυσικής δραστηριότητας του αρρώστου.

Περίπου το 75% των καρκινοπαθών με προχωρημέ-νη νόσο έχουν πόνο. Στην πλειοψηφία των αρρώστων αυτών (80-85%), ο πόνος μπορεί να αντιμετωπισθεί με απλούς τρόπους¹⁻⁴ όπως χορήγηση αναλγητικών από το στόμα (POs), από το ορθό, διαδερμικά (TTS), διαβλε-νογόνια κ.λπ. Στο υπόλοιπο 15-20% των αρρώστων, ο καρκινικός πόνος αντιμετωπίζεται με παρεμβατικές τεχνι-κές^{2,3} (εικόνα 1).

Στις παρεμβατικές τεχνικές προσφεύγει κανείς όταν η εφαρμογή των προαναφερόμενων απλών τεχνικών γί-νεται προβληματική ή αναποτελεσματική (δυσφαγία/δυσκαταποσία, ναυτία/έμετος, εντερική απόφραξη, δι-άρροιες, αιμορροϊδοπάθεια, μερικώς η κολοστομία, άρ-ρωστοι συγχυτικοί ή σε κωματώδη κατάσταση, αύξηση δοσολογικού σχήματος αναλγητικών σε σύντομα χρονι-κά διαστήματα).

Παρεμβατικές τεχνικές

Κάθε παρεμβατική τεχνική, ανεξάρτητα του πόσο «μι-κρή» είναι, πρέπει να σταθμίζεται προσεκτικά έναντι της δυσφορίας που προκαλεί, της δυνατότητας συνεργασίας του αρρώστου και του πιθανού αρνητικού αντίκτυπου για τον άρρωστο σε περίπτωση πτωχής έκβασης. Οι παρεμβα-τικές τεχνικές που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την

αντιμετώπιση του πόνου των καρκινοπαθών είναι:

- η ενδομυϊκή χορήγηση
- η ενδοφλέβια χορήγηση
- η υποδόρια χορήγηση
- οι νευρικοί αποκλεισμοί/νευρολύσεις
- η νωτιαία χορήγηση (υπαραχνοειδής/επισκληρίδια).

Φάρμακα που συνήθως χορηγούνται με τις παρεμβα-τικές τεχνικές είναι τα οπιοειδή (κυρίως), ΜΣΑΦ, τοπικά αναισθητικά, α- και β- blockers, α₂-αγωνιστές, NMDA-ανταγωνιστές, βενζοδιαζεπίνες, αλοπεριδόλη, αντικατα-θλιπτικά και αντισπασμωδικά.

Ενδομυϊκή χορήγηση

Η ενδομυϊκή χορήγηση (EM) αναλγητικών ουσιαστι-κά δεν έχει θέση σε μακροχρόνια βάση για την αντιμε-τώπιση του πόνου των καρκινοπαθών, λόγω του πόνου και της δυσφορίας που προκαλούν οι επανειλημμένες EM ενέσεις, ιδιαίτερα σε καχεκτικούς αρρώστους με πτω-χή μυϊκή μάζα.

Η EM χορήγηση αποτελεί τρίτη επιλογή στην επείγου-σα αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου, όπως σε αρρώ-στους με πτωχή επιφανειακή αιμάτωση (αδυναμία εφαρ-



Εικόνα 1. Αντιμετώπιση καρκινικού πόνου.

μογής υποδόριας χορήγησης) ή σε αδυναμία ανεύρεσης φλέβας για ενδοφλέβια χορήγηση.

Ενδοφλέβια χορήγηση

Η ενδοφλέβια (ΕΦ) εφ' άπαξ χορήγηση προτιμάται της ΕΜ όταν επιβάλλεται άμεσος έλεγχος του καρκινικού πόνου. Για πρωτοεμφανιζόμενο πόνο, το αναλγητικό (οπιοειδές) διαλύεται σε μια σύριγγα των 10ml και χορηγείται βραδέως ΕΦ υπό παρακολούθηση του αρρώστου. Τιτλοποιείται έτσι η δόση που απαιτείται και ταυτόχρονα ξεκινά κανείς την ΡΟs ή από το ορθό χορήγηση. Για κρίση πόνου και ενώ ο άρρωστος βρίσκεται ήδη σε θεραπεία με ΡΟs μορφίνη γίνεται τιτλοποίηση της δόσης που πρέπει να χορηγηθεί ΕΦ. Υπολογίζεται το 1/5 της συνολικής ημερήσιας ΡΟs δόσης και από αυτό χορηγείται ΕΦ το 1/3 (π.χ. άρρωστος που λαμβάνει 100mg μορφίνης ημερήσιως ΡΟs και παρουσιάσει επώδυνη κρίση μπορεί να λάβει συμπληρωματικά ΕΦ ~7mg - η δόση υπολογίζεται ως εξής: $100\text{mg} \times (1/5) = 20\text{mg} \rightarrow 20\text{mg} \times (1/3) \approx 7\text{mg}$).

Η ΕΦ εφ' άπαξ χορήγηση οπιοειδών έχει το πλεονέκτημα της ταχείας έναρξης της αναλγησίας, αλλά και το μειονέκτημα της μικρής διάρκειας αναλγησίας.

Η ΕΦ συνεχής χορήγηση παρέχει σταθερότερα επίπεδα αναλγησίας. Όμως για την εφαρμογή της για μεγάλο χρονικό διάστημα είναι απαραίτητη η εξασφάλιση μόνιμης φλεβικής γραμμής. Τούτο επιτυγχάνεται μόνο με την τοποθέτηση μόνιμου κεντρικού φλεβικού καθετήρα ή την εμφύτευση κώδωνα (port) για ΕΦ έγχυση. Αποτελεί τεχνική εκλογής όταν μόνιμος κεντρικός φλεβικός καθετήρας τοποθετείται για άλλους λόγους όπως χημειοθεραπεία, ενυδάτωση, αντιβίωση, σίτιση κ.λπ. Η τεχνική αποτελεί εναλλακτική λύση όταν η υποδόρια χορήγηση αντενδείκνυται.

Η χρήση περιφερικών φλεβών για την εφαρμογή της συνεχούς ΕΦ έγχυσης αναλγητικών δεν ενδείκνυται, γιατί αυτές καταστρέφονται εύκολα και η συχνή αλλαγή τους προκαλεί τη δυσφορία του αρρώστου και γίνεται μια δύσκολη υπόθεση, ιδιαίτερα για αρρώστους που νοσηλεύονται στο σπίτι.

Υποδόρια χορήγηση

Η υποδόρια (ΥΔ) χορήγηση οπιοειδών αποτελεί σήμερα την πρώτη επιλογή από τις παρεντερικές τεχνικές για την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου. Δικαιολογημένα χαρακτηρίζεται σαν η "gold standard" τεχνική. Είναι ευρέως αποδεκτή τόσο από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό όσο και από τους αρρώστους. Σε μελέτη των Bruera και συν.⁵ διαπιστώθηκε ότι το 94% των αρρώστων προτίμησαν την ΥΔ από την ΕΦ χορήγηση οπιοειδών.

Η τεχνική της ΥΔ χορήγησης μορφίνης για την αντιμετώπιση πόνου κακοήθους αιτιολογίας αναφέρεται για πρώτη φορά το 1979 από τον Russell⁶. Χρησιμοποιείται συνήθως μία μικρού μεγέθους (25G) βελόνη-πεταλούδα που τοποθετείται υποδόρια στην πρόσθια θωρακική περιοχή, στην κοιλιακή χώρα, στο βραχίονα ή στο μηρό. Η βελόνη συνδέεται είτε με μια απλή σύριγγα για τη χορήγηση εφ' άπαξ

δόσεων ή με φορητή αντλία (infusor, PCA-pump, syringe driver) για συνεχή χορήγηση.

Σε εφ' άπαξ χορηγήσεις τα οπιοειδή πρέπει να χορηγούνται ανά 4/ωρο. Σε συνεχή έγχυση οπιοειδών, ο ρυθμός δεν υπερβαίνει συνήθως τα 2ml/h. Η δοσολογία έναρξης της έγχυσης του οπιοειδούς εξαρτάται από την προηγούμενη δοσολογία της ΡΟs χορήγησης. Η σχέση μετατροπής από ΡΟs σε ΥΔ χορήγηση μορφίνης σε χρόνια λήψη είναι 3:1. Εάν ο πόνος δεν ελέγχεται, μπορεί να γίνει αύξηση 20-30% του ήδη εγκατεστημένου δοσολογικού σχήματος.

Η τεχνική της ΥΔ χορήγησης μορφίνης και υδρομορφόνης θεωρείται ασφαλής και αποτελεσματική ακόμη και για αρρώστους στο σπίτι^{5,7}. Οι συγκεντρώσεις που επιτυγχάνονται στον ορό με την ΥΔ χορήγηση φαίνεται να είναι συγκρίσιμες με αυτές της ΕΦ χορήγησης ίδιων δοσολογικών σχημάτων τόσο για τη μορφίνη⁸ όσο και για την υδρομορφόνη⁹. Προσοχή χρειάζεται κατά την ΥΔ χορήγηση μορφίνης σε αρρώστους με νεφρική δυσλειτουργία, λόγω της αυξημένης πιθανότητας συσσώρευσης μεταβολιτών (μορφίνη-*G*-γλυκουρονίδιο)¹⁰. Σε τέτοιους αρρώστους ίσως είναι ασφαλέστερο να δίδονται ΥΔ εφ' άπαξ δόσεις επί πόνου.

Άλλα φάρμακα που μπορούν να συχορηγηθούν με τα οπιοειδή ΥΔ είναι: αντιεμετικά (μετοκλοπραμιδ), σπασμολυτικά (βουτυλοβρωμιούχος υοσκίνη), αντιψυχωσικά (αλοπεριδόλη) και κατασταλτικά (μιδαζολάμη). Δεν πρέπει να χορηγείται η διαζεπάμη (λιποδιαλυτή), γιατί προκαλεί υποδόρια φλεγμονώδη αντίδραση.

Επιπλοκές της τεχνικής αναφέρονται και είναι:

- Πνευμοθώρακας, όταν η τεχνική εφαρμόζεται στην περιοχή του θώρακα¹¹.
- Τοπικός ερεθισμός (ερυθρότης, οίδημα, πόνος) στη θέση έγχυσης. Είναι μια συχνή επιπλοκή και απαιτείται αλλαγή της θέσης έγχυσης. Εάν το πρόβλημα επιμένει, τότε η προσθήκη 25mg υδροκορτιζόνης¹² ή 1mg δεξαμεθαζόνης μπορεί να περιορίσει τη συχνότητα του φαινομένου. Προληπτικά συνιστάται η ανά εβδομάδα αλλαγή της θέσης έγχυσης.
- Όταν καθετήρες teflon¹³ ή vialon¹⁴ χρησιμοποιούνται για ΥΔ χορήγηση, αυξημένος είναι ο κίνδυνος εμφάνισης άσπης φλεγμονής/αποστήματος εάν εν τω βάθει ερεθισμός δεν αναγνωρισθεί έγκαιρα. Έτσι το πλεονέκτημα που δίνουν οι καθετήρες αυτοί (δυνατότητα παραμονής για μεγαλύτερο χρόνο στην ίδια θέση) αντισταθμίζεται από το παραπάνω μειονέκτημα.

Αδυναμία εφαρμογής της τεχνικής σε:

- γενικευμένο οίδημα
- συχνά επαναλαμβανόμενο τοπικό ερεθισμό
- συνυπάρχουσα αιμορραγική διάθεση
- πτωχή περιφερική κυκλοφορία.

Στο επόμενο τεύχος το Β' μέρος και η βιβλιογραφία. ■