współczesna onkologia (2005) vol. 9; 1 (30–33)

Problematyka leczenia bólu nowotworowego w praktyce onkologa klinicznego

Problems of cancer-related pain control in the practice of a clinical oncologist

Krzysztof Krzemieniecki

Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Oddział w Krakowie

Przewlekły ból, w tym nowotworowy, zatracił swoją fizjologiczną funkcję ostrzegawczą. Jego długotrwały charakter prowadzi do postępującego upośledzenia wydolności fizycznej, zaburzeń w pełnieniu funkcji społecznych i zawodowych oraz poważnych zaburzeń psychologicznych, takich jak lęk, depresja, bezsenność. Chorzy mają prawo do leczenia przeciwbólowego, które wobec konsekwencji przewlekłego bólu, staje się obowiązkiem każdego lekarza stykającego się z chorym na nowotwór. Na całym świecie zwraca się uwagę na dane potwierdzające niewystarczające opanowanie bólu u chorych. Szacuje się, że lekarze pierwszego kontaktu oraz onkolodzy kliniczni mogą samodzielnie opanować ból u ok. 80 proc. chorych cierpiących na przewlekły ból nowotworowy i tylko pozostali wymagają leczenia w wyspecjalizowanych ośrodkach leczenia bólu.

Jedną z przyczyn niewłaściwej kontroli bólu są mity, dotyczące leczenia środkami opioidowymi (uzależnienie, skrajne nasilone objawy uboczne, zbyt wczesne wyczerpanie skuteczności leków), dlatego onkolog musi umiejętnie korygować te opinie i negatywne nastawienie chorych do opioidów. Lekarz musi także poznać etiopatogenezę bólu u swojego chorego, gdyż jest to kluczowa informacja dla doboru leków przeciwbólowych.

Ocenia się także, że brak właściwych relacji z pacjentem stanowi często źródło niepowodzeń w leczeniu bólu. Obserwacja chorego i przebiegu choroby nowotworowej pozwala stwierdzić dynamiczny charakter bólu oraz zmieniające się zapotrzebowanie chorego na środki przeciwbólowe. Pojawienie się nowoczesnych form leków (doustne postacie typu retard, system TTS) pozwala na proste i wygodne leczenie.

Właściwa edukacja lekarzy onkologów i możliwość korzystania z nowoczesnych leków może pozwolić na kontrolę bólu nowotworowego u blisko 80 proc.

Słowa kluczowe: przewlekły ból, opioidy, prawa pacjentów, szkolenie podyplomowe.

Wstęp

W organizmach zwierząt i ludzi wykształcił się mechanizm obronny, którym jest zdolność odczuwania bólu. Jest to swoisty system wczesnego reagowania, gdyż ból jest niejednokrotnie pierwszym zwiastunem choroby. Ból towarzyszył człowiekowi od zarania dziejów. Jako jedne z pierwszych pojawiły się w życiu człowieka właśnie leki przeciwbólowe. Ostatnie kilkadziesiąt lat to dynamiczny rozwój wiedzy na temat mechanizmów powstawania bólu, jego istoty i metod leczenia. Ból natomiast stanowi ciągłe źródło cierpienia setek tysięcy ludzi. Konieczne jest ustawiczne szkolenie lekarzy w zakresie diagnozowania i leczenia bólu, gdyż nadal duża liczba chorych nie otrzymuje właściwego leczenia przeciwbólowego, zwłaszcza w przypadku bólu przewlekłego.

Cleeland wraz ze swoim zespołem badawczym analizowali bariery w stosowaniu leczenia przeciwbólowego w obrębie wybranej populacji w USA i wykazali, że blisko 40 proc. chorych z przewlekłym bólem nie otrzymuje właściwego, określonego w standardzie leczenia [1]. W najgorszej sytuacji znaleźli się chorzy na nowotwory, w wieku powyżej 70 lat, leczeni ambulatoryjnie. W tej grupie co czwarty chory w ogóle nie otrzymywał leczenia przeciwbólowego, pomimo że zgłaszał lekarzom dolegliwości bólowe. Morfina i inne opioidowe leki przeciwbólowe były stosowane tylko u ok. 25 proc. chorych z silnym, codziennym bólem nowotworowym [2]. Blisko 20 proc. chorych z przewlekłym bólem nowotworowym nie uzyskuje adekwatnej kontroli bólu w czasie pobytu w klinikach i szpitalnych oddziałach onkologicznych [3]. Badania nad poziomem kontroli przewlekłego bólu były prowadzone także w innych krajach. W Japonii, pomimo wysokich nakładów na wydatki zdrowotne i łatwej dostępności usług medycznych, wyniki analizy były alarmujące. Prawie 2/3 chorych otrzymywało niewystarczające leczenie przeciwbólowe [4].

Brak dokładnych danych na temat jakości leczenia przeciwbólowego i jego dostępności w Polsce. Obserwując chorych zgłaszających się po raz pierwszy do Przychodni Centrum Onkologii w Krakowie można szacunkowo określić, że ponad połowa z nich nie otrzymała wystarczającego wsparcia przeciwbólowego w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej. Przy założeniu, że 75 proc. chorych na nowotwory odczuwa ból na którymś z etapów choroby, w Polsce przybywa co roku 65 tys. nowych chorych z bólem. Obliczono, że w Polsce blisko 200 tys. osób z rozpoznaną chorobą nowotworową wymaga przewlekłego stosowania leków przeciwbólowych [5]. Ból towarzyszący chorobie nowotworowej jest więc zagadnieniem istotnym społecznie i klinicznie, o wielkim wymiarze ilościowym i jakościowym.

Chronic pain, especially cancer-related pain, lost its physiologic alerting function. Its chronic characteristic is related to a diminished patient performance status, degradation of social and professional position as well as psychological disorders (anxiety, depression, sleeplessness). Patients have the right to have their pain treated effectively and it is one of the major physicians' commitments. There are data about insufficient pain control in many countries despite of the fact that general practitioners and clinical oncologists are able to effectively treat pain in 80% of the cases.
The myths on opioids' use (addiction, very toxic side effects, and the early lack of treatment efficacy) are listed among the main causes of inappropriate pain treatment. The understanding of pain ethiopathogenesis is the key to successful therapy, which is not obvious for all physicians. Inappropriate physician-patient relations are another obstacle to optimal treatment.
Dynamic characteristic of cancer pain and changing patient needs require very strict treatment monitoring. New drug technologies (retard formulation, TTS system) improve patients' compliance and treatment efficacy.
A postgraduate education program on pain control and modern analgesic medications may help treat almost 80% of patients with cancer-related pain in an easy, comfortable and successful manner.

Key words: chronic pain, opioids, patients' rights, postgraduate education.

Zagadnienia etyczne i prawne

Każdy chory ma ustawowo zagwarantowane leczenie przeciwbólowe. Prawo to jest realizowane w Polsce poprzez wyspecjalizowane poradnie przeciwbólowe. Także lekarze medycyny rodzinnej podlegają kształceniu w tym zakresie. Z uwagi na powszechność doznań bólowych także towarzystwa medyczne skupiające inne specjalności lekarskie organizują kursy i szkolenia podyplomowe z zakresu etiopatogenezy i leczenia bólu. Od 1988 r. Centrum Onkologii w Warszawie przedstawia w swoich opracowaniach zasady i metody postępowania przeciwbólowego w onkologii. Okresowo są one uzupełniane, modyfikowane i przedstawiane w kolejnych wersjach. Ostatnia, rozszerzona wersja, opracowana przez panel polskich specjalistów od zagadnień przewlekłego bólu oraz opieki paliatywnej, ukazała się w roku 2003 [6]. Ostatnio ukazały się opracowania Hilgiera i Jarosza, omawiające aktualne standardy i wytyczne w leczeniu bólów nowotworowych [5, 7].

W 1991 r. powstało Polskie Towarzystwo Badania Bólu, które zajmuje się m.in. integracją środowiska medycznego wokół problematyki bólu. Z jego inicjatywy ukazuje się kwartalnik *Ból*, szeroko omawiający aktualne badania nad bólem oraz prezentujący praktyczne zagadnienia wybranych rodzajów bólu.

O wadze zagadnienia bólu oraz niezbywalności prawa człowieka do leczenia bólu może świadczyć fakt przedstawienia 9 października 2004 r., na forum Parlamentu Europejskiego, Deklaracji Europejskiej Federacji Stowarzyszeń Badania Bólu. Deklaracja ta wskazuje na potrzebę szerszego rozumienia problemu chronicznego bólu oraz stworzenia w Europie powszechnego dostępu do nowoczesnego leczenia przeciwbólowego.

W świetle prezentowanych tu danych, leczenie przeciwbólowe musi być rozumiane jako jeden z podstawowych obowiązków lekarza, a zwłaszcza onkologa klinicznego, który z racji codziennych kontaktów z chorymi na nowotwory ma szczególne zobowiązania w tym zakresie. Dobra kontrola bólu nie tylko wpływa na jakość życia chorego, ale także zwiększa szanse na właściwe prowadzenie leczenia przeciwnowotworowego, niejednokrotnie warunkując jego sukces, poprzez lepszą współpracę chorego uwolnionego od bólu [8].

Obalanie mitów i uprzedzeń

Zarówno chorzy na nowotwory, jak i ich rodziny obawiają się włączenia do leczenia przeciwbólowego silniejszych leków, zwłaszcza opioidowych. Lęk ten wynika z obawy przed uzależnieniem, a u wielu osób można go skutecznie zredukować poprzez wyjaśnienie im przewlekłego charakteru bólu, konsekwencji jego nieleczenia oraz zapewnienia, że objawy uboczne będą monitorowane przez lekarza. Część chorych obawia się zbyt wczesnego wyczerpania się skuteczności leków przeciwbólowych, nie wiedząc o braku efektu pułapowego dla morfiny czy fentanylu. W badaniu przeprowadzonym w *M.D. Anderson Cancer Center,* oceniono stosunek chorych do leczenia środkami opioidowymi. Blisko 40 proc. chorych wykazywało niechęć w stosunku do tej grupy leków, obawiając się uzależnienia lub przykrych objawów ubocznych [9]. Stosowanie opioidów jest przez wielu chorych kojarzone z umieraniem, co w niektórych przypadkach jest prawdą, ale u wielu chorych istnieją wskazania do leczenia silnymi środkami przeciwbólowymi dużo wcześniej niż w terminalnej fazie choroby. Utrwalanie się tych mitów i błędnych opinii wynika po części z niewłaściwej komunikacji pomiędzy lekarzem a pacjentem. Brak czasu, koncentrowanie się wyłącznie na przyczynowym leczeniu choroby ze strony lekarza oraz tendencje niektórych chorych do dysagrawacji w obawie przed dyskwalifikacją od dalszego leczenia przyczynowego nowotworu, powodują zepchnięcie kwestii bólu i jego zwalczania na dalszy plan. Umiejętne zarządzanie czasem w kontaktach z chorymi, którzy po raz pierwszy są kwalifikowani do leczenia silnymi środkami przeciwbólowymi oraz cierpliwe odpowiadanie na wszelkie pytania dotyczące skutków ubocznych i innych konsekwencji stosowania opioidów mogą poprawić przebieg terapii bólu i wzmocnić motywację pacjenta do leczenia. Wykorzystywanie broszur stworzonych dla pacjentów oraz kierowanie ich na strony in-

ternetowe poświęcone tej problematyce może pozwolić na zaoszczędzenie czasu lekarza oraz ułatwić chorym zdobycie szerszej wiedzy o leczeniu przeciwbólowym.

Wiedza specjalistyczna

Wykorzystywanie wiedzy i własnego doświadczenia lekarskiego, pochodzącego z obserwacji bólu ostrego oraz intuicyjne podchodzenie do terapii bólu przewlekłego prowadzi zwykle do niezadowalających wyników leczenia w bólu nowotworowym. Ból przewlekły ma odmienną charakterystykę zarówno patofizjologiczną, jak i kliniczną, wymaga więc pewnej wiedzy. Jej zakres uzależniony jest od umiejscowienia lekarza w łańcuchu leczenia. Na ogół zrozumienie etiopatogenezy bólu nowotworowego, a także rozróżniane bólu nocyceptywnego i neuropatycznego pozwala na skuteczne dobranie leków przeciwbólowych dla większości chorych. Klasyczne elementy postępowania lekarskiego, takie jak szczegółowe zebranie wywiadu (charakter bólu, jego lokalizacja, promieniowanie, czynniki prowokujące lub łagodzące ból itd.) oraz badanie fizykalne i zapoznanie się z zasięgiem choroby nowotworowej uwidocznionej w badaniach obrazowych mogą w większości przypadków wystarczyć do ustalenia rodzaju bólu. Jednym z najczęstszych błędów lekarskich jest nadmierna obiektywizacja bólu, a przecież ból ma charakter doznania subiektywnego i tylko pacjent może stwierdzić jak bardzo jest on nasilony czy uciążliwy. Dobór właściwego leku musi opierać się na indywidualnym progu bólowym chorego. Właściwy dobór leczenia przeciwbólowego jest wypadkową wskazań wynikających z tzw. drabiny analgetycznej, preferencji chorego oraz umiejętnego skojarzenia z lekami wspomagającymi i koanalgetykami. Pozwala to uzyskać maksymalny efekt przeciwbólowy przy najmniejszym poziomie działań niepożądanych i największej satysfakcji chorego.

Dynamiczny charakter bólu

Ból towarzyszący chorobie nowotworowej zmienia się zarówno w przebiegu samej choroby, jak i w trakcie leczenia przeciwnowotworowego. Progresja choroby może wywoływać nowe rodzaje bólu, zmieniać ich natężenie i charakter, co wymaga okresowej weryfikacji skuteczności leczenia przeciwbólowego. Przyczyną nowych dolegliwości bólowych, wymagających czasem korekty leczenia przeciwbólowego, mogą być objawy uboczne stosowanego leczenia przeciwnowotworowego (np. zmiany śluzówkowe po chemioterapii, odczyny popromienne itp.). Cechą charakterystyczną bólu przewlekłego są bóle przebijające, często mylone z nieskutecznością leczenia przeciwbólowego. Umiejętne wyedukowanie chorego i jego rodziny oraz dobór szybko działającego leku ratunkowego pozwalają zminimalizować to zjawisko. Świadomość tachyfilaksji w przypadku terapii opioidami wskazuje na potrzebę okresowej korekty dawki leku. Szczególnie ważne jest nieprzedłużanie leczenia na poszczególnych stopniach drabiny analgetycznej. Intensywne podwyższanie dawki leku w celu uniknięcia przejścia do następnego stopnia drabiny może co prawda pozwalać na kontrolę bólu, ale wiąże się z dużym rykiem wystąpienia nasilonych objawów ubocznych. Często chory zgłasza silne dolegliwości bólowe już na początku leczenia i kiedy stwierdza się wówczas rozległe zmiany nowotworowe, których opanowanie leczeniem przyczynowym może wymagać długiego czasu lub nie jest wcale możliwe, to wydaje się być niekonieczne przechodzenie u wszystkich takich chorych przez drugi stopień drabiny analgetycznej. Szybkie włączenie opioidów może przynieść natychmiastową poprawę komfortu pacjenta, umożliwić mu właściwy wypoczynek nocny, pozwolić normalnie się odżywiać i ułatwić przejście przez leczenie onkologiczne. W miarę uzyskanej remisji klinicznej możliwe jest wycofywanie się z leków opioidowych.

Wygoda i efektywność leczenia przeciwbólowego

Umiejętne posługiwanie się drabiną analgetyczną, stosowanie koanalgetyków, leków wspomagających oraz dawek ratunkowych leku przeciwbólowego dla łagodzenia bólów przebijających, pozwalają na skuteczne opanowanie bólu u 80–90 proc. chorych. W przypadkach bólów opornych na stosowane metody należy kierować chorych do specjalistycznych poradni przeciwbólowych, a przy braku ich dostępności organizować konsultacje z anestezjologami, którzy posiadają zazwyczaj większe doświadczenie i możliwości leczenia takich chorych.

Aktualnie dostępne postacie silnie działających leków zapewniają znaczną prostotę i wygodę leczenia. Tramadol dostępny w kroplach, czopkach oraz kapsułkach, zarówno ze standardową dawką, jak i z trzema dawkami typu retard pozwala na bardzo elastyczne dawkowanie leku. Podobnie morfina, dostępna w postaci tabletek o czterech różnych dawkach, umożliwia indywidualizację leczenia bólu. Chorzy z zaawansowaną postacią choroby nowotworowej przyjmują średnio od 6–14 tabletek dziennie. Prowadzi to u wielu z nich do dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego i niechęci do stosowania kolejnych leków doustnych. W tych przypadkach, jak również wtedy, gdy na skutek lokalizacji zmian nowotworowych lub dysfagii nie jest możliwe leczenie doustne, idealnym rozwiązaniem jest stosowanie leków w formie plastrów, takich jak transdermalna postać fentanylu. W innych sytuacjach klinicznych lek ten pozycjonowany jest na równi z preparatami morfiny. Długi okres uwalniania leku pozwala stosować jeden plaster przez 72 godz., a 4 poziomy dawek ułatwiają uzyskanie właściwej analgezji przy adekwatnej kontroli działań niepożądanych. Taki sposób dawkowania nie tylko zapewnia wygodę choremu, ale pozwala w mniejszym stopniu absorbować lekarza, a zaoszczędzony czas można przeznaczyć na rozwiązywanie innych problemów chorego [10]. Dzięki tym zaletom, fentanyl w systemie TTS został zaliczony wg ekspertów do grupy leków podstawowych w walce z bólem. W Polsce jest dziś stosowany u ponad połowy chorych otrzymujących przeciwbólowo opioidy.

W większości sytuacji klinicznych kierowanie się pojęciem drabiny analgetycznej pozwala na proste i skuteczne opanowanie bólu w chorobie nowotworowej. To algorytmiczne podejście do bólu oparte jest na rekomendacjach Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), która tworzy tego typu wytyczne w sposób globalny, uwzględniając także możliwości biedniejszych krajów. Standard WHO może więc być

wykorzystany zarówno w USA, jak i w Zairze czy Kongo, umożliwiając skuteczną walkę z bólem. Należy jednak pamiętać, że leczenie standardowe najczęściej nie jest leczeniem optymalnym, zazwyczaj jest ono kompromisem pomiędzy możliwościami finansowymi danej populacji a leczeniem uznawanym za optymalne. Mając w Polsce stosowną wiedzę oraz dostęp do leków o bardziej zaawansowanej technologii, być może powinniśmy częściej indywidualizować leczenie przeciwbólowe, uwzględniając potrzeby chorego i komfort jego leczenia.

Podsumowanie

Ból jest jednym z najczęstszych objawów choroby nowotworowej. Szacuje się, że blisko 75 proc. chorych z nowotworem odczuwa ból na jednym z etapów choroby. Leczenie bólu jest niezbywalnym prawem pacjenta i obowiązkiem każdego lekarza. Ból może być skutecznie leczony u większości chorych przez onkologów klinicznych, a tylko w małym odsetku wymaga postępowania wysoko specjalistycznego. Poznanie etiopatogenezy i określenie rodzaju bólu u danego chorego pozwala na wybranie właściwego leku przeciwbólowego. Stosowanie dawek ratujących, monitorowanie działań niepożądanych oraz okresowa weryfikacja skuteczności analgezji pozwala na zapewnienie dobrej jakości leczenia. Korzystanie z nowoczesnych form leków (postacie retard, system TTS) pozwala na prostotę i wygodę współczesnego leczenia bólu nowotworowego. Dalszy rozwój opieki paliatywnej i korzystanie z jej osiągnięć mogą sprawić, że prawdziwe staną się słowa Marka Aureliusza: *Śmierć to być może jedynie zmiana miejsca*. Nie musi się ona już kojarzyć z pasmem nieopanowanych cierpień.

ADRES DO KORESPONDENCJI

dr n. med. Krzysztof Krzemieniecki
Centrum Onkologii – Instytut
im. M. Skłodowskiej-Curie
Oddział w Krakowie
ul. Garncarska 11
31-115 Kraków
tel. +48 12 423 10 43
faks +48 12 423 15 89

Piśmiennictwo

1. Cleeland CS. Barriers to the management of cancer pain. Oncology (Huntingt) 1987; 1 (2 Suppl): 19-26.
2. Cleeland CS. Undertreatment of cancer pain in elderly patients. JAMA 1998; 279 (23): 1914-5.
3. Desbiens NA. Pain and satisfaction with pain control in seriously ill hospitalized adults: findings from the SUPPORT research investigations. For the SUPPORT investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment. Crit Care Med 1996; 24 (12): 1953-61.
4. Okuyama T, Wang XS, Akechi T, Mendoza TR, Hosaka T, Cleeland CS, Uchitomi Y. Adequacy of cancer pain management in a Japanese Cancer Hospital. Jpn J Clin Oncol 2004; 34 (1): 37-42.
5. Hilgier M, Jarosz J. Leczenie bólów nowotworowych – standardy i wytyczne. Terapia 2004; 10 (157): 4-7.
6. Wytyczne postępowania w bólu przewlekłym Polskiego Towarzystwa Badania Bólu i Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce. PZWL, Warszawa 2003.
7. Jarosz J, Hiligier M. Ból w chorobie nowotworowej. Medipress Onkologia 2004; 3: 4-16.
8. Twycross R, Harcourt J, Bergl S. A survey of pain in patients with advanced cancer. J Pain Symptom Manage 1996; 12: 273-82.
9. Palos GR, Mendoza TR, Cantor SB, Aday LA, Cleeland CS. Perceptions of analgesic use and side effects: what the public values in pain management. J Pain Symptom Manage 2004; 28 (5): 460-73.
10. Mystakidou K, Parpa E, Tsilika E, Katsouda E, Kouloulias V, Kouvaris J, Georgaki S, Vlahos L. Pain management of cancer patients with transdermal fentanyl: a study of 1828 step I, II and II transfers. J Pain 2004; 5 (2): 119-32.