

## Sprawozdanie z 12. Kongresu Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej

Lizbona, 18–21 maja 2011 r.

Wojciech Leppert

Adres do korespondencji:

Wojciech Leppert, Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej,  
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, os. Rusa 25 A,  
61-245 Poznań, tel./faks +48 61 873 83 03, e-mail: wojciechleppert@wp.pl



18–21 maja 2011 r. w Lizbonie odbył się 12. Kongres Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej (*European Association for Palliative Care – EAPC*). Warto podkreślić, że EAPC jest stowarzyszeniem, którego członkami oprócz lekarzy są także pielęgniarki i przedstawiciele zawodów niemedycznych. Spotkanie zgromadziło dużą liczbę uczestników – zarejestrowano ponad 2700 osób reprezentujących wszystkie kontynenty, przedstawiono blisko 1100 prezentacji plakatowych i liczne prezentacje ustne. Tegoroczne wydarzenie odbyło się pod hasłem *Palliative care reaching out*, stało się więc tak naprawdę światowym spotkaniem osób zainteresowanych opieką paliatywną. Wśród uczestników znalazły się osoby reprezentujące środowisko medycyny paliatywnej z Polski, przy czym byliśmy najliczniejszą reprezentacją spośród krajów Europy Środkowo-Wschodniej – zarejestrowano 55 uczestników z naszego kraju.

Przewodniczącym Komitetu Naukowego Kongresu był prof. Lukas Radbruch z Niemiec, Przewodniczącym Komitetu Organizacyjnego – dr Isabel Galriça Neto z Portugalii. Spotkanie rozpoczęło się w środę warsztatami poświęconymi etyce, wolontariuszom, opiece nad osobami w wieku podeszłym, opiece paliatywnej w Afryce, potrzebom opiekunów chorych, roli fizjoterapii, badaniom naukowym i obecności opieki paliatywnej w mediach. W tym czasie odbyły się także spotkania niektórych grup badawczych. Późnym popołudniem nastąpiło oficjalne otwarcie obrad, które poprowadzili prof. Lukas Radbruch i dr Isabel Neto. Oprócz prowadzących, oficjalne przemówienie wygłosiła minister zdrowia Portugalii, na otwarciu obecna była małżonka prezydenta Portugalii. Otwarcia towarzyszył występ znanej wokalistki fado w Portugalii Carminho i zespołu Orchestra Tocá Rufar. Wykład inauguracyjny przedstawiła

dr Barbara Monroe z Hospicjum św. Krzysztofa w Londynie, w którym zarysowała obecną sytuację i kierunki przyszłego rozwoju opieki paliatywnej, zwracając uwagę na konieczność poprawy obecnie istniejących niedoskonałości i problemów.

W pierwszym pełnym dniu obrad (czwartek) od rana miały miejsce spotkania z ekspertami poświęcone opiece nad osobami w wieku podeszłym, barierom w leczeniu bólu w Afryce Północnej, ocenie potrzeb i informacji na temat opieki paliatywnej w Europie Środkowej i Wschodniej, wsparciu rodzin chorych, edukacji na uniwersytetach medycznych, ocenie poprawy dostępności opioidów w Europie, konieczności tworzenia jednostek opieki paliatywnej oraz roli pielęgniarek i asystentów w opiece paliatywnej.

W porannej sesji plenarnej, prowadzonej przez prof. Lukasa Radbruch, prof. Mary Baines wygłosiła wykład dotyczący rozwoju opieki paliatywnej (*From Pioneer Days to Implementation – Lessons to Be Learnt*). Następnie dr R.J. Jox z Niemiec, laureat Nagrody EAPC dla Młodych Naukowców, przedstawił wykład dotyczący okresu umierania (*The Art of Letting Die*).

Następnie odbyło się 10 sesji równoległych. Brałem udział w sesji *IMPACT – Open Meeting*, ze względu na fakt, że Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej w Poznaniu i ja osobiście zostałem koordynatorem w Polsce projektu *IMPACT (Implementation of quality indicators in Palliative Care Study)*, w ramach 7. Ramowego Programu Unii Europejskiej. W projekcie tym biorą udział kraje europejskie i Australia, a celem jest wypracowanie optymalnego modelu organizacyjnego opieki paliatywnej dla chorych na nowotwory i z demencją. Pozostałe sesje dotyczyły edukacji, opieki paliatywnej w środowisku, priorytetów i preferencji pacjentów, opieki paliatywnej w Afryce, opieki nad chorymi z zaburzeniami intelektu, opieki u kresu życia, komunika-

cji i psychologii oraz narzędzi do pomiaru objawów i problemów niemedycznych.

W czasie przerwy na lunch odbyły się dwie sesje na temat leczenia bólu przebijającego fentanylem w postaci tabletek dopoliczkowych i sprayu podawanego donosowo. W tym samym czasie miały miejsce otwarte spotkania zespołu EAPC dla psychologów i Światowej Organizacji Zdrowia (WHO).

W popołudniowej sesji plenarnej, prowadzonej przez prof. Stein Kaasa z Norwegii, prof. Augusto Caraceni z Włoch zaprezentował bardzo krótko zalecenia EAPC odnośnie do postępowania w bólu u chorych na nowotwory (*EAPC News – The new EAPC guidelines on opioid management*), a prof. Michael Benett z Anglii wygłosił wykład dotyczący nowych aspektów leczenia bólu (*Pain Management – New Developments*).

Następnie rozpoczęło się 9 popołudniowych sesji równoległych. Były one poświęcone liderom w opiece paliatywnej, sprawowaniu opieki nad osobami „trudnymi do osiągnięcia”: więźniami, uchodźcami, osobami bezdomnymi i w trudnej sytuacji finansowej, modelom pediatrycznej opieki paliatywnej, opracowaniu rekomendacji poprzez projekty Unii Europejskiej, metodologii badań naukowych, leczenia bólu, opieki nad rodzinami i opiekunami chorych, problemom etycznym oraz dyskusji nad wybranymi plakatami. Późnym popołudniem odbyło się Walne Zebranie EAPC, na którym wybrano nowy zarząd towarzystwa i prezesa, którym została Sheila Payne z Wielkiej Brytanii, podziękowano również ustępującemu prezesowi, prof. Lukasowi Radbruchowi.

W piątek rano odbyły się kolejne spotkania z ekspertami dotyczące opieki paliatywnej nad chorymi z POChP i niewydolnością krążenia, roli fizjoterapii w opiece paliatywnej, leczenia kacheksji opartego na dowodach naukowych, wsparcia socjalnego chorych, opieki duchowej, roli psychologa w pomocy zespołowi opieki paliatywnej, opracowania zaleceń dla chorych z zaburzeniami neurologicznymi.

W porannej sesji plenarnej, prowadzonej przez prof. Sheila Payne, prof. Michael Kearney mówił o filozofii opieki paliatywnej (*The Philosophy of Palliative Care*), dr Carl Fürst ze Szwecji przypomniał i uaktualnił zobowiązania z Budapesztu (*EAPC News – Budapest Commitments*), a ksiądz dr Piotr Krakowiak przedstawił zagadnienie opieki duchowej u kresu życia w zmieniającym się społeczeństwie polskim (*Spiritual and Religious Care at the End of Life In Changing Society of Poland*). Następnie odbyło się otwarte spotkanie młodych naukowców (*Open Meeting of the EAPC Junior Forum*).

W kolejnych 9 sesjach równoległych omawiano wyzwania pediatrycznej opieki paliatywnej, problematykę badań naukowych w opiece paliatywnej, rolę rodziny w sprawowaniu opieki, dyskusję Okrą-

głego Stołu dotyczącą zaleceń EAPC stosowania opioidów w bólu u chorych na nowotwory, opiekę paliatywną w Ameryce Łacińskiej, opiekę paliatywną jako jedno z praw człowieka, opiekę nad osobami z demencją, problemy etyczne i leczenie objawowe. Brałem udział w sesji dotyczącej zaleceń EAPC stosowania opioidów. Wydaje się, że zalecenia nie zmieniły zasadniczo podejścia do problematyki stosowania opioidów u chorych na nowotwory. Istotnym stwierdzeniem jest utrzymanie roli opioidów II stopnia drabiny analgetycznej WHO (tramadolu i kodeiny) jako analgetyków zalecanych w bólu o niewielkim do umiarkowanego natężenia, przy braku satysfakcjonującej analgezji podczas samodzielnego stosowania analgetyków nieopioidowych; jako alternatywę zaproponowano niskie dawki opioidów III stopnia drabiny analgetycznej WHO. Wcześniej wielu ekspertów w krajach Europy Zachodniej i Ameryki Północnej, niektórzy także w Polsce, bardzo krytykowało słabe opioidy. Do podstawowych analgetyków III stopnia drabiny analgetycznej WHO, oprócz morfiny, zaliczono oksykodon i hydromorfon. Podkreślono rolę przezskórnego fentanyle i buprenorfiny jako analgetyków alternatywnych dla opioidów podawanych drogą doustną, szczególnie u chorych z zaburzeniami połykania. Jednocześnie nie zalecono metadonu jako pierwszego opioidu III stopnia drabiny analgetycznej WHO, z powodu skomplikowanej farmakokinetyki i możliwości kumulacji leku. Silną pozytywną rekomendację przyznano połączeniu doustnych preparatów o natychmiastowym i kontrolowanym uwalnianiu morfiny, oksykodonu i hydromorfonu, do ustalenia właściwej dawki opioidu (*dose titration*). W przypadku bólu przebijającego zalecono stosowanie preparatów dopoliczkowych i donosowych fentanyle, z powodu szybszego początku i krótkiego czasu działania. Jako leki przeciwwymiotne zalecono metoklopramid i haloperidol, choć raczej do stosowania w terapii, a nie zapobiegania nudnościom i wymiotom wywołanym podawaniem opioidów. Zalecono także leki przeczyszczające profilaktycznie podczas stosowania opioidów, z zaleceniem stosowania metylalnaltreksonu drogą podskórną, przy braku efektu tradycyjnych leków przeczyszczających w leczeniu zaparcia stolca wywołanego opioidami. Metylfenidat zalecono jako możliwość leczenia sedacji występującej po podaniu opioidów. W przypadku wystąpienia neurotoksyczności opioidowej (delirium, halucynacje, mioklonie, hiperalgezia) zalecono zmniejszenie dawki lub zamianę na inny opioid. W jednej z prezentacji podczas sesji (prof. Nathan Cherny z Izraela) wskazywano na aspekty kosztów i dostępności leczenia opioidami w różnych krajach.

W czasie przerwy na lunch odbyły się dwa sympozja poświęcone roli cytrynianu fentanyle pod-

wanego drogą podjęzykową oraz optymalnemu leczeniu bólu, z poprawą jakości życia chorych. W tej ostatniej sesji, w której uczestniczyłem, przedstawiono wyniki badania OXN 2001, porównującego skuteczność połączenia oksykodonu/naloksonu z oksykodonom podawanym samodzielnie u chorych z bólem w przebiegu nowotworu w wielośrodkowym, kontrolowanym badaniu klinicznym, w którym brały udział liczne ośrodki w Polsce. Podobnie jak w dotychczas przeprowadzonych badaniach u chorych z bólem przewlekłym i schorzeniami nienowotworowymi, wykazano korzystny wpływ połączenia oksykodonu/naloksonu na funkcję przewodu pokarmowego i jakość życia chorych, bez objawów odstawienia. W tym samym czasie zaplanowano otwarte spotkania grup badawczych dotyczące integracji opieki paliatywnej z innymi specjalizacjami medycznymi, pediatrycznej opieki paliatywnej i opiekunów z rodzin chorych.

W popołudniowej sesji plenarnej, prowadzonej przez prof. Franco de Conno z Włoch, prof. L. Gwyther z Republiki Południowej Afryki omówił rolę opieki paliatywnej u chorych na AIDS (*Palliative Care and HIV*), prof. E. Schmidlin ze Szwajcarii przedstawił strategię EAPC (*EAPC News – EAPC Strategy*), a dr D.O. Donea z Rumunii przedstawiła sytuację opieki paliatywnej w Rumunii (*Palliative Care in Romania – Between Poor Resources and Poor Management*).

W kolejnych 8 sesjach równoległych omawiano problematykę cierpienia i opieki duchowej, włączenia polityków i władz ochrony zdrowia do spraw opieki paliatywnej, projekty Unii Europejskiej, związki opieki paliatywnej z onkologią, postępowanie w duszności, opiekę w kresu życia, dyskutowano nad wybranymi plakatami oraz tematami różnymi.

W ostatnim dniu Kongresu (sobota) miały miejsce poranne sesje równoległe dotyczące nudności i wymiotów, psychoonkologii, kompetencji w opiece paliatywnej, wskaźników wyników opieki, problematyki samobójstwa wspomaganego przez lekarza i eutanazji, receptorów opioidowych, kierunków rozwoju opieki paliatywnej w różnych krajach, organizacji jednostek i osierocenia.

W ostatniej sesji plenarnej, prowadzonej przez dr Isabel Neto, prof. S.A. Murray z Anglii mówił o opiece paliatywnej i opiece pierwszego kontaktu (*Primary Care and Palliative Care*), prof. S. Kaasa zaprezentował badania naukowe w ramach EAPC (*EAPC News – EAPC Research Network & PRC*), prof. L. De Lima ze Stanów Zjednoczonych przedstawił opiekę paliatywną w Europie, widzianą z zewnątrz (*Palliative Care In Europe: The View from Outside In*). W sesji zamykającej Kongres wręczono nagrody i przedstawiono organizatorów kolejnych spotkań EAPC. Kongres zakończył występ zespołu Batoto Yetu.

Podsumowując, należy ocenić Kongres pozytywnie. Jak zwykle pewną wadą była bardzo duża liczba sesji równoległych, co niekiedy stawiało uczestników przed trudnym wyborem udziału w obradach dotyczących najbardziej interesujących zagadnień. W zasadzie nie pojawiło się wiele nowych tematów. Przedstawiono, przynajmniej fragmentarycznie, nowe zalecenia Grupy Ekspertów EAPC dotyczące stosowania opioidów w bólu u chorych na nowotwory; zalecenia przedstawiono tylko w części, ze względu na fakt, iż nie zostały do tej pory opublikowane, a w czasie Kongresu artykuł był w trakcie recenzji w czasopiśmie *Lancet Oncology*. Podobnie jak w Wiedniu, podkreślano konieczność klasyfikacji i bardziej kompleksowego spojrzenia na leczenie kacheksji. Podkreślano także rolę stosowania oksykodonu w połączeniu z naloksonem w celu zapobiegania i przeciwdziałania wystąpieniu zaparcia stolca wywołanego opioidami. Wiele sesji i prezentacji dotyczyło postępowania terapeutycznego w bólu przebijającym i roli fentanylu w jego leczeniu. Można było zauważyć próby włączenia do programu Kongresu prezentacji z naszego regionu Europy, Afryki, Australii i Stanów Zjednoczonych. Ponadto, sporo prezentacji dotyczyło programów finansowanych przez Unię Europejską, odbyło się także wiele spotkań grup naukowych w ramach EAPC, utworzono także Forum Młodych Naukowców (*EAPC Junior Forum*). Pozytywnie należy ocenić fakt, że część prezentacji oparto na doniesieniach nadesłanych. Jak zwykle sporo było sesji poświęconych tematom pozamedycznym, szczególnie opiece nad opiekunami chorych i rodzinami pacjentów.

Należy podkreślić liczny udział polskiego środowiska medycyny paliatywnej w Kongresie, także w postaci prezentacji ustnych i plakatowych. Warto podkreślić również urok Lizbony i okolic. Następny, 13. Kongres EAPC odbędzie się na przełomie maja i czerwca 2013 r. w Pradze. Na czerwiec 2012 r. zaplanowano Kongres Naukowy *Research Network of the EAPC*, na który organizatorzy zapraszają ponownie do Trondheim.