

BOLEŠŤ U ONKOLOGICKÉHO PACIENTA – DIFERENCIÁLNO-DIAGNOSTICKÉ SPRACOVANIE

Marta Kulichová

Ambulancia chronickej bolesti, Klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny, Martinská fakultná nemocnica a Jeseniova lekárska fakulta UK, Martin

Pacienti s nádorovou bolesťou majú mnohé príčiny bolesti, vo vzťahu k samotnému ochoreniu, jeho štádiu a liečbe, ale aj úplne nezávisle na ňom. V každom prípade, už vo vzťahu k základnej diagnóze je ich bolesť veľmi zraňujúca a vyžaduje špeciálnu pozornosť. Je treba zohľadniť nielen bolesť samotnú, jej patofyziologické a spoločenské aspekty, ale aj vplyv ostatných obťažujúcich symptómov, ktoré ju modifikujú a často zhoršujú vyvolávajúcu príčinu. Dôležité je multidimenzionálne hodnotenie bolesti a adekvátne liečba.

Kľúčové slová: nádorová bolesť, diagnostika, sprievodné faktory.

PAIN IN CANCER PATIENTS – DIFFERENTIAL-DIAGNOSTICS

Cancer pain patients have many causes of pain, related to certain disease, its stage and therapy but not always depending on it. In all cases, pain is really vulnerable related to main diagnosis and we have to pay special attention on it. It is necessary to take into consideration not only the illness, its pathological and social aspects, but also the influence of other harmful symptoms, which is modified by them and even worsen by them. The multidimensional evaluation is necessary and adequate therapy as well.

Key words: cancer pain, diagnosis, complicated events.

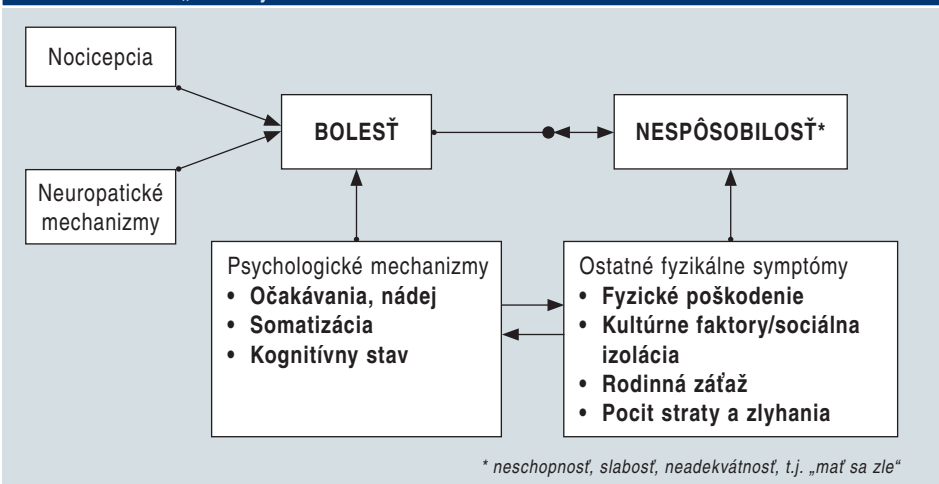
Onkológia (Bratisl.), 2007, roč. 2 (5): 287–291

Úvod

Bolesť sa vždy spájala a spája s nádorovým ochorením a dodnes predstavuje najväčšiu obavu a hrozbu. Po tisícky rokov boli ópium, psychosociálne intervencie a spirituálna podpora hlavnou oporou starostlivosti o zomierajúcich pacientov s bolesťou. Dokázali zabezpečiť určitý komfort, ale nepredĺžili život. V neskoršom období druhej polovice 20. storočia boli zavedené sofistikované medicínske postupy, ktoré predlžujú život. V dôsledku toho sa mnohí odborníci, predovšetkým onkológovia, odklonili od fyzickej, psychologickkej, sociálnej a spirituálnej podpory pacientov so život ohrozujúcimi ochoreniami. Dnes je zrejme, že tento postup mal rovnako tragický dopad na kvalitu života onkologických pacientov (3). Pretože onkologická bolesť je jednoznačne neprijateľná a treba ju liečiť.

V súčasnej klinickej praxi sa môžeme stretnúť s dvomi extrémami: bolesť u onkologických pacientov sa buď podceňuje alebo nadhodnocuje. V prvom prípade pacienti trpia bolesťou, v druhom prípade sú predávkovaní analgetikami. Obidva prístupy sú škodlivé. Nekontrolovaná bolesť ochromuje imunitný systém a vedie k progresii onkologického ochorenia. Rovnako aj nadmerné utlmenie pacienta narúša jeho prirodzené obranné systémy a pridružujú sa komplikujúce ochorenia. Dôsledkom oboch prístupov je utrpenie, zhoršená kvalita života a v neposlednej miere jeho skracovanie. Tejtto negatívnej premise je potrebné za každých okolností predchádzať. Otázkou je, ako to urobiť? Najlepším postupom je adekvátne kontrolovanie bolesti. To si vyžaduje vedomosti a klinické skúsenosti ako bolesť diagnostikovať, určiť jej podsta-

Obrázok 1. Bolesť a „disability“.



tu, patofyziologické, psychologické a sociálne charakteristiky a ako ju liečiť. Najdôležitejšie je diagnostikovať chorobu chronickej nádorovej bolesti, ktorá môže, ale nemusí zodpovedať klinickému štádiu základného onkologického ochorenia. Môže byť na ňom nezávislá, prítomná bez ohľadu na to, či ochorenie postupuje alebo je v remisii. Je potrebné poznať všetky bolestivé syndrómy, ktoré onkologické ochorenie so sebou prináša a správne ich v aktuálnom čase diagnostikovať, a liečiť a tiež ovládať paletu farmakologických i nefarmakologických postupov na kontrolu bolesti. To nie je vždy jednoduché, preto spolupráca s odborníkmi, ktorí sa venujú špeciálne diagnostike a liečbe bolesti, t.j. algeziológmi, je nevyhnutná.

Diferenciálno-diagnostické postupy

Nádorová bolesť je charakterizovaná ako dlhotrvajúca alebo návratná bolesť, spojená s kontinuál-

ným nociceptívnym stimulom a ovplyvnená psychologickými faktormi. Používa sa pre ňu termín totálna, čím sa zohľadňujú jej mnohohočetné dimenzie: fyzická, psychologická, sociálna a duchovná.

Je samostatnou a ak ju chceme liečiť, musíme ju najskôr diagnostikovať. K tomu potrebujeme určiť príčinu, charakterizovať bolesť, identifikovať bolestivý syndróm, zahrnúť patofyziológiu, rozlíšiť organickú a psychosociálnu zložku, ohodnotiť stupeň a povahu neschopnosti a navrhnuť stratégiu liečby.

Základným predpokladom je komplexné vyšetrovanie pacienta. Pozostáva z adekvátnej anamnézy pociťovanej bolesti, fyzikálneho a neurologického vyšetrovania, vyšetrovania miesta bolesti a psychosociálneho hodnotenia. Je potrebné zohľadniť vplyv bolesti na ostatné fyzické a sociálne funkcie, zaznamenať predchádzajúcu liečbu bolesti, jej účinnosť, prípadne doplniť potrebné laboratórne a zobrazova-

cie vyšetrenia. Dôležité je uvedomiť si, že bolesť je vždy subjektívna a neexistuje neuropsychologický ani chemický test, ktorým by ju bolo možné odmerať. Informácia o intenzite bolesti je plne závislá na vyjadrení pacienta a nemôžeme ju stopercentne stotožniť s nocicepciou, ktorú možno odstrániť analgetikami. Preto je nevyhnutné zohľadniť aj ostatné obťažujúce symptómy, ktoré bolesť zhoršujú a nevyhnutne sa podieľajú na pacientom udávanej intenzite bolesti. To znamená, odlíšiť bolesť od pocitu „mať sa zle“ t.j. nespôsobilosti („disability“ v anglosaskej literatúre) (obrázok 1).

Príčina nádorovej bolesti

Je ovplyvnená tromi základnými premisami: štádiom, druhom onkologického ochorenia a jeho liečbou; samotným pacientom, kde je potrebné zohľadniť aj hraničné vekové skupiny: malých a starých; v neposlednej miere je bolesť ovplyvnená sama sebou.

65 – 85 % nádorových bolesti je vo **vzťahu k onkologickému ochoreniu a jeho liečbe**. Sú priamo vyvolané nádorom a jeho metastázami (kostné metastázy, kompresia a infiltrácia nervových štruktúr, infiltrácia alebo oklúzia ciev, lymfédém, obštrukcia dutých orgánov, distenzia opuzdreného orgánu, infiltrácia mäkkých tkanív, infiltrácia alebo ulcerácia slizníc, myopatia, svalový spazmus, zvýšený intrakraniálny tlak), 15 – 25 % bolesti vzniká následkom **protinádorovej liečby** (operácia a ostatné invazívne diagnostické a terapeutické postupy, toxicita chemoterapie, skoré a neskoré dôsledky terapie). 3 – 10 % tvorí **pridružená bolesť vo vzťahu alebo bez vzťahu k základnému ochoreniu a jeho liečbe** (infekcia, svalové bolesti u imobilných pacientov) (1). Podrobnejšia charakteristika syndrémov nádorovej bolesti je k dispozícii v príslušnej literatúre (4).

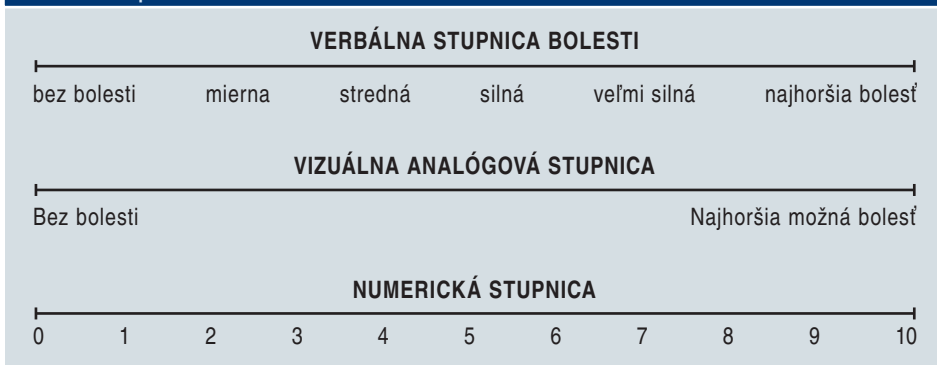
Približne 80 % onkologických pacientov má viac ako jeden druh bolesti, 34 % pacientov má viac ako štyri druhy bolesti rozličnej etiológie. Primárne tumory prsníka a prostaty, ktoré bežne metastázujú do kostí, majú až 60 – 80 %-nú incidenciu bolesti. Kým u solídnych tumorov má bolesť pri stanovení diagnózy menej ako 15 % pacientov, v terminálnom štádiu, pri disseminácii tumoru, udáva bolesť vyžadujúcu liečbu viac ako 80 % pacientov.

Aj u pacientov s nádorovou bolesťou rozoznávame dva základné typy bolesti: akútnu a chronickú.

Akútna nádorová bolesť

Ak bola bolesť hlavným symptómom vedúcim k diagnóze onkologického ochorenia, má pre neho špeciálny význam, lebo je nositeľom ochorenia. Znovuobjavenie bolesti, aj inej, v priebehu choroby alebo úspešnej liečby, pacient vníma ako okamžitý príznak návratu choroby. Hoci určenie príčiny môže

Obrázok 2. Stupnice bolesti.



Tabuľka 1. PQRST charakteristika bolesti.

P	Pain	lokalizácia bolesti	Kde Vás bolí ?
Q	Quality	kvalita bolesti	Aká je to bolesť ?
R	Radiation	vyžarovanie bolesti	Šíri sa niekde ?
S	Severity	intenzita bolesti	Aká silná je bolesť?
T	Time	časové trvanie	Je bolesť stále alebo sa mení?
Provokujúce faktory			Čo zhoršuje bolesť?
Úľavové faktory			Čo zmierňuje bolesť?

byť diagnostickým problémom, účinná liečba sa obyčajne spája s dramatickou úľavou bolesti u väčšiny pacientov. Je obyčajne dobre znášaná ako prísľub úspešného vyliečenia. Napriek tomu by sa mala riadiť zásadami liečby akútnej bolesti a byť dostatočne agresívna. Rovnakú pozornosť je potrebné venovať kontrole vedľajších účinkov tak samotnej onkologickej liečby, ako aj liečby bolesti.

Chronická nádorová bolesť

Predstavuje zložitý diagnostický a terapeutický problém, keďže významnú úlohu tu zohrávajú aj psychologické faktory a miera utrpenia pacienta. Zaznamenávame početné prejavy mentálnej reakcie na bolesť. Pacienti museli prijať hroznú skutočnosť diagnózy a aj následná liečba, nie vždy úspešná, vyvoláva pocit beznádeje. Dlhotrvajúca bolesť je neznáma, cudzia, nezmyselná. Pridružuje sa depresia, strach, poruchy spánku, zhoršená koncentrácia, podráždenosť, hnev. Všetky tieto symptómy a pokračujúce fyzické zoslabovanie pacienta, následkom základného ochorenia alebo jeho liečby, ďalej zhoršujú bolesť a vyžadujú ešte radikálnejšiu liečbu ako bolesť samotná.

Bolesť v terminálnom stave onkologického ochorenia

Je najťažšie riešiteľná. Všetky diagnostické a terapeutické postupy majú smerovať k zabezpečeniu komfortu pacienta. Princípom nie je predlžovať život v chorobe, ale čas, ktorý zostáva, urobiť príjemným a zmysluplným, ako je to len možné. Nerieši sa otázka „liečiť alebo neliečiť“, ale „aká liečba je najvhodnejšia“ na zachovanie biologických rezerv chorého ako osobnosti a človeka. Cieľom je spolupráca lekár

ra a pacienta (ale aj príbuzných), zameraná priamo na liečbu symptómov, pritom liečba bolesti je základným predpokladom zlepšenia „kvality života“.

Na základe *patofyziologickej charakteristiky bolesti* (t.j. bolesť sama o sebe) sa aj nádorová bolesť delí na dva základné typy:

Nociceptívna – bolesť zo stimulácie nociceptorov. Je vyvolaná poškodením tkaniva a je spojená predovšetkým so zápalom. Vzniká následkom aktivácie primárnych aferentných A- δ a C neurónov. Zodpovedá stupňu poškodenie tkaniva. Dobré odpovedá na klasické analgetiká a ostatné antinociceptívne postupy liečby. Delí sa na: somatickú (superficiálna a hlboká) a viscerálnu, ktorá je oveľa horšie kontrolovateľná.

Neuropatická alebo deafferentačná bolesť má pôvod v léziách nervového systému. Je vyvolaná abnormálnymi somatosenzorickými procesmi v periférnom alebo centrálnom nervovom systéme. Charakter neuropatickej bolesti je často páľivý. Je parciálne rezistentná na klasické analgetiká, vyžaduje adjuvantné analgetiká, lepšie odpovedá na lokálne anestetiká, antikonvulzíva a tricyklické antidepresíva.

Charakteristika bolesti

Bolesť môžeme charakterizovať jej lokalizáciou, kvalitou, rádiáciou a intenzitou. Dôležité sú aj časové faktory, t.j. ako dlho trvá, či sa zhoršuje alebo zmierňuje, čo ju zhoršuje, čo zmierňuje, vzťah k denným aktivitám, či je trvalá alebo intermitentná? Podľa časového faktoru rozlišujeme bolesť:

Bazálnu – konštantný chronický bolestivý stav, pocitovaný dlhšie ako pol dňa.

Prelomovú „breakthrough“ bolesť – je to krátkotrvajúca silná alebo neznesiteľná bolesť, nasadá

Tabuľka 2. GSB – globálne skóre bolesti.

Zmeny intenzity bolesti vo VAS	Zvýšená 2	Rovnaká 1	Znížená 0		
Verbálna stupnica	Nezniesiteľná 4	Silná 3	Stredná 2	Slabá 1	Žiadna 0
Percentá úľavy bolesti	0 – 30% 4	30 < 50% 3	50 < 80% 2	80 < 100% 1	100% 0

Tabuľka 3. Brief Pain Inventory.

A. Celková aktivita										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nie je ovplyvnená								Kompletne porušená		
B. Nálada										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nie je ovplyvnená								Kompletne porušená		
C. Schopnosť chodiť										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nie je ovplyvnená								Kompletne porušená		
D. Normálna práca (mimo dom aj v domácnosti)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nie je ovplyvnená								Kompletne porušená		
E. Vzťahy s inými ľuďmi										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nie je ovplyvnená								Kompletne porušená		
F. Spánok										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nie je ovplyvnená								Kompletne porušená		
G. Radosť zo života										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nie je ovplyvnená								Kompletne porušená		

Tabuľka 4. Edmontský hodnotiaci systém pre nádorovú bolesť.

A	Mechanizmus bolesti	A1	viscerálna
		A2	kosti/mäkké tkanivá
		A3	neuropatická
		A4	zmiešaná
		A5	neidentifikovaná
B	Charakteristika bolesti	B1	neincidentálna
		B2	incidentálna
C	Predošlá liečba opioidmi	C1	menej ako 60mg morfinu p.o./deň/ekv.
		C2	60-300mg morfinu p.o./deň/ekv.
		C3	viac ako 300mg morfinu p.o./deň/ekv.
D	Kognitívne funkcie	D1	normálne
		D2	porušené
E	Psychologická záťaž	E1	malá
		E2	veľká
F	Tolerancia opioidov	F1	zvýšenie o menej ako 5% iniciálnej d./deň
		F2	zvýšenie o viac ako 5% iniciálnej d./deň
G	Abúzus alkoholu a liekov v anamnéze	G1	negatívna anamnéza
		G2	pozitívna anamnéza

na základnú menej silnú chronickú bolesť, pravidelne alebo nepravidelne sa opakuje, je obtiažne kontrolovateľná. Klinicky je veľmi závažná, pretože stupňuje psychologickú záťaž, stres a podstatne obmedzuje funkčný stav.

Incidentálna bolesť je jedným z príkladov prelomovej bolesti, zhoršuje sa pri pohybe (napríklad bolesť pri kostných metastázach).

Užitočnou pomôckou pre diagnostiku je popis bolesti s použitím charakteristiky PQRST (tabuľka 1).

Intenzita bolesti

Základom diagnostiky bolesti je hodnotenie a monitorovanie jej intenzity. Možno povedať, že bolesť má význam „piatej vitálnej funkcie“. Na hodnotenie intenzity bolesti sa v súčasnosti využívajú jednoduché vizuálne analógové (VAS), verbálne a numerické stupnice (obrázok 2). Ich použitie sa ďalej rozširuje aj na hodnotenie úľavy bolesti vo vzťahu k ordinovanej liečbe. Sú tiež podkladom pre hodnotenie globálneho skóre bolesti (tabuľka 2). Globálne skóre bolesti (rozpätie 0 – 10) je vypočítanou hodnotou zo zmien vo VAS, verbálnej stupnici a percentuálneho vyjadrenia úľavy bolesti. Hodnota 5 a viac signalizuje, že je potrebné upraviť liečbu nahor.

Vyššiu výpovednú hodnotu majú sofistikovanejšie dotazníky (napríklad dotazník McGillovej univerzity), ich hlavnou nevýhodou je časová náročnosť, preto v klinickej praxi našla širšie uplatnenie skrátená forma tohto dotazníka, pozostávajúca z 15 deskriptorov: 11 pre senzoricú kvalitu a 4 pre afektívnu kvalitu bolesti, obsahuje tiež index súčasnej intenzity bolesti (PPI) a VAS, podrobnejšie v príslušnej literatúre (2).

Prínosom je aj pravidelné grafické znázornenie intenzity bolesti v pacientovej dokumentácii, najlepšie v kontexte ostatných symptómov, ako sú obmedzenie aktivity, nauzea, depresia, anxieta, ospalosť, nechutenstvo, dyspnoe, nepohoda. Niekedy môžu byť paradoxne indukované aj liečbou bolesti. Treba vedieť, že môžu mať dokonca väčší význam ako samotná bolesť a viesť k jej chybnému nadhodnoteniu. Vhodný dotazník je „Brief Pain Inventory“ (tabuľka 3), ktorý hovorí o interferencii intenzity bolesti s ostatnými funkciami (7 oblastí psychosociálnej a fyzickej aktivity). Keď intenzita bolesti dosiahne číslo 5 z 10-tich, podľa multicentrických štúdií začína významne ovplyvňovať životné aktivity, keď dosiahne 7 z 10-tich, interferencia sa opäť významne zvyší.

Multidimenzionálne hodnotenie nádorovej bolesti

Ako bolo uvedené vyššie, informácia o intenzite bolesti je plne závislá na vyjadrení pacienta a nemožno ju stopercentne stotožniť s nocicepciou, ktorú možno odstrániť analgetikami. Je potrebné vymedziť podiel nocicepcie na pacientom udávanom skóre intenzity bolesti tým, že zohľadníme ostatné faktory, ktoré bolesť ovplyvňujú (obrázok 1), tomu hovoríme multidimenzionálne hodnotenie bolesti. Napríklad, pozitívna anamnéza alkoholizmu alebo abúzu liekov prináša vysoké riziko chemického prekryvania bolesti. Je to vysoko pozitívny prognostický faktor potreby eskalácie dávok opioidov a rozvoja nežiaducich neurotoxických účinkov. Somatizácia, buď ako primárna prekryvacia stratégia, alebo v dôsledku anxiety či depresie je tiež zlým prognostickým fak-

Tabuľka 5. Edmontský hodnotiaci systém pre nádorovú bolesť.

Stupeň 1	Dobrá prognóza	A1/A2, B1, C1/C2, D1, E1, F1, G1
Stupeň 2	Otázna prognóza	Všetci, ktorí nepatria do stupňa 1 a 3, A4/A5, C3, D2
Stupeň 3	Zlá prognóza	A3 (akékoľvek B, C, D, E, F, G)
		B2 (akékoľvek A, C, D, E, F, G)
		E2 (akékoľvek A, B, C, D, F, G)
		F2 (akékoľvek A, B, C, D, E, G)
		G2 (akékoľvek A, B, C, D, E, F)

torom. Pacienti s pokročilým nádorovým ochorením majú aj početné kognitívne poruchy, ktoré môžu byť zhoršované farmakologicky a prakticky znemožňujú adekvátne hodnotenie bolesti. Limitujúcim faktorom je tiež samotná bolesť s ohľadom na jej mechanizmus (neuropatická, neneuropatická) či charakter (kontinuálna, incidentálna). Toto všetko zohľadňuje Edmontský hodnotiaci systém (ESS) pre nádorovú bolesť (tabuľky 5 a 6). Využíva sa hlavne na prognózu výsledku liečby bolesti. Má tri prognostické stupne: stupeň 1 znamená dobrú prognózu, stupeň 2 znamená otáznu prognózu, stupeň 3 znamená zľú prognózu. Do 3. stupňa radíme pacientov s prejavmi incidentálnej a neuropatickej bolesti, zvýšenou a rýchlou toleranciou na opioidy, abúzm alkoholu v anamnéze, veľkou psychosociálnou záťažou a kognitívnymi poruchami. U týchto pacientov možno predpokladať, že pravdepodobnosť dobrej odpovede na liečbu bolesti je významne nižšia ako u stupňov 1 a 2 (to sú pacienti s viscerálnou bolesťou a/alebo bolesťou kostí/mäkkých tkanív, nízkymi dávkami opioidov, bez kognitívnych porúch a bez veľkej psychologickej záťaže).

Práve pacienti hodnotení ako 3. stupeň ESS majú aj vysoké skóre výskytu syndrómu opioidmi indukovanej neurotoxicity. Ten je definovaný prítomnosťou aspoň jedného z nasledujúcich faktorov: kognitívne poruchy, organické halucinácie, myoklonus až grand mal krče, hyperalgézia a/alebo alodýnia, ťažká sedácia až kóma. Znamená to, že paradoxne sa pri zvyšovaní dávok opioidov stupňuje bolesť. Toto je skupina pacientov, ktorých bolesť považujeme za veľmi obtiažne riešiteľnú a jednoznačne si vyžadujú špeciálne postupy a konzultáciu algeziológa.

Záver

Počas mojej dlhoročnej klinickej praxe som liečila bolesť u mnohých pacientov s onkologickým ochorením. Väčšina z nich prišla v štádiu, keď bola onkologická liečba vyčerpaná alebo ukončená.

Literatúra

1. Bruera E, Neumann CM. Cancer Pain. In: Ed: Max M. Pain 1999 – An Updated Review. IASP Press, Seattle 1999: 25–35.
2. Kulichová M. Spôsoby hodnotenia bolesti u človeka, diagnostika. In: Ed. Kulichová M. Algeziológia. EDIS Žilina 2005: 76–82.
3. Lipman AG. Evidence-Based Palliative Care. 1–9. In: Ed. Arthur G, Lipman, Kenneth C, Jackson, Linda S. Tyler: Evidence Based Symptom Control in Palliative Care. Vol. 7. No. 4, 1999 & Vo. 8. No. 1, 2000.
3. Nemčíková L. Nádorová bolesť. In: Ed. Kulichová M. Algeziológia. EDIS Žilina 2005: 230–248.

Aj napriek tomu, mnohí z nich žili (nie prežili) 10 rokov a viac. Niektorí aj vtedy, keď vôbec neabsolvovali alebo odmietli onkologickú liečbu. Zachovala som si preto určitú bázeň, že nikto z nás odborníkov, nedokáže predvídať priebeh ochorenia, či vyjadrovať sa k prognóze. Ani štatistické výsledky nie sú všemocné. To, čo sme našim pacientom povinní poskytnúť, je nádej na možné liečenie a primerane priaznivú prognózu.

Nikto, ani z nás „odborníkov“, nie je „Boh“ a nevieme, čo sa môže stať. Nedokážeme predvídať, akým spôsobom sa zmobilizujú vlastné obranné imunologické mechanizmy, kohokoľvek z nás a čo sa môže stať. Okrem toho, rozvoj kauzálnych liečebných postupov onkologických ochorení enormne napreduje. Používajúc klerikálnu terminológiu je potrebné rešpektovať našu krehkosť, tomu prispôbiť aj najdôležitejší prístup – využívať empatiu, sprevádzanie a vieru, že všetko sa môže stať. Dobré, či zlé...

MUDr. Marta Kulichová, CSc., h. doc. SZU

Ambulancia chronickej bolesti, Klinika anesteziológie a intenzívnej medicíny, Martinská fakultná nemocnica a Jeseniova lekárska fakulta UK
Kollárova 2, 036 59 Martin
e-mail: kulichova@mfn.sk