Personalizovani pristup pacijentu sa kancerskim bolom

Jelena Dimitrijević

Institut za onkologiju i radiologiju Srbije, Pasterova 14, Beograd, Srbija

e-mail: drjelenadimitrijevic@gmail.com

Kratak sadržaj

Kancerski bol je najčešći i najteži simptom maligne bolesti, značajno utiče na kvalitet života i ukoliko se ne leči povećava patnju pacijenta i njegove porodice.

Savremeno lečenje kancerskog bola podrazumeva personalizovani pristup koji se ogleda u proceni uzroka, mehanizma nastanka i jačine bola, proceni modulatora bolnog nadražaja, proceni komponenti „totalnog bola”, izradi individualnog plana lečenja i praćenju efikasnosti lečenja i potencijalnih neželjenih efekata terapije.

Bol može biti posledica samog tumora, antitumorske terapije i pridruženih oboljenja, a po mehanizmu nastanka može biti: nociceptivni, neuropatski i mešoviti. Za procenu jačine kancerskog bola najčešće se koriste standardizovane skale za procenu jačine bola: numerička skala (od 0 do 10), vizuelna analogna skala i verbalna skala (opis jačine bola primenom deskriptora -blag, umereno jak i jak bol).

Kancerski bol je multidimenzionalan i objedinjuje fizikalnu, psihološku, socijalnu i spiritualnu komponentu i njegovo lečenje zahteva holistički i multidisciplinarni pristup (koncept totalnog bola).

Najbolja terapija kancerskog bola je kauzalna terapija onda kada je to moguće i opravdano. Kada kauzalna terapija kancerskog bola nije moguća i opravdana, pristupa se terapiji bola kao simptoma i u tu svrhu se primenjuje farmakoterapija i nefarmakološke metode.

Blagovremena terapija kancerskog bola u mnogome doprinosi poboljšanju kvaliteta života i samim tim smanjuje patnju kako pacijenata tako i njihovih porodica.

Ključne reči: kancerski bol, personalizovani pristup, terapija bola

Personalizovani pristup pacijentu sa kancerskim bolom

Bol se definiše kao neprijatan čulni i emocionalni doživljaj koji je udružen sa postojećim ili mogućim oštećenjem tkiva ili doživljaj koji se opisuje rečima koje odgovaraju tom oštećenju (1). U širem smislu „bol je sve ono što bolesnik kaže da ga boli” (2).

Kancerski bol - epidemiološki podaci

Kancerski bol je najčešći i najteži simptom maligne bolesti (3). Procenjuje se da oko 70% pacijenata u odmakloj fazi bolesti ima bol koji značajno utiče na kvalitet života i ukoliko se ne leči, povećava patnju pacijenta i njegove porodice (4). Prevalenca bola iznosi oko 33% kod pacijenata koji su kompletirali svoje specifično onkološko lečenje do 59% kod pacijenata kod kojih je specifična onkološka terapija u toku, dok kod pacijenata u metastatskoj, odmakloj ili terminalnoj fazi bolesti iznosi 64% (5). U ranoj fazi bolesti bol ima visoku prevalencu kod pacijenata sa karcinomom pankreasa (44%) i malignim tumorima glave i vrata (40%) (6). Procenjuje se, takođe, da oko 5-10% pacijenata bez znakova aktivne maligne bolesti nakon sprovedenog onkološkog lečenja trpi jak bol koji značajno utiče na kvalitet života (7). Visoka incidenca bola registruje se i kod pacijenata sa hematološkom malignitetima u svim fazama bolesti (8). Istraživanja su pokazala da i pored toga što postoje vodiči za lečenje kancerskog bola, kod 56-82% pacijenata kancerski bol se ne leči na adekvatan način. Pokazano je, takođe, da 1/3 pacijenata ne dobija analgetičku terapiju prilagođenu procenjenoj jačini bola (9).

Pristup pacijentu sa kancerskim bolom

Procena i lečenje bola bi trebalo da bude integralni deo lečenja maligne bolesti u svim njenim fazama. U vodičima za lečenje kancerskog bola ističe se da je najbolji izvor informacija o bolu lično bolesnik (10, 11).

Savremeno lečenje kancerskog bola podrazumeva personalizovani pristup koji se ogleda u a) kliničkoj proceni bola b) definisanju bolnog sindroma c) izradi individualnog plana lečenja d) praćenju efikasnosti lečenja i potencijalnih neželjnih efekata terapije (12, 13).

Klinička procena bola

Klinička procena bola podrazumeva anamnezu bola koja treba da obuhvati opis lokalizacije, distribucije, uzroka, mehanizma nastanka i kvaliteta bola, jačine bola, ponašanja bola u vremenu i procene modulatora bolnog nadražaja i procenu komponenti „totalnog” bola, uticaj na kvalitet života (funkcionalni status), prethodnu terapiju.

Opis lokalizacije bola treba da obuhvati opis svih bolnih mesta koje pacijent prijavljuje. Distribucija treba da opiše sva mesta i načine širenja bola. Procena uzroka bola treba da sagleda da li je bol posledica a) samog tumora b) primenjene specifične antitumorske terapije c) stanja koja mogu biti u vezi sa tumorom, ali nisu direktno izazvana njime (opstipacija, dekubitalne rane, spazmi mišića) i/ili d) pridruženih oboljenja. Po mehanizmu nastanka, bol može biti: nociceptivni, neuropatski ili mešoviti. Termini koje pacijent upotrebljava u opisu kvaliteta bola, mogu da ukažu na mehanizam nastanka bola, što je veoma značajno, jer lečenje neuropatskog i nociceptivnog bola, najčešće, zahteva polifarmakoterapiju (1).

Jačina bola je njegova najvažnija karakteristika, jer određuje jačinu analgetika, put primene i hitnost analgetičke intervencije. Jačina bola je subjektivna i za njenu procenu se koriste različite skale. Tri najčešće korišćene skale su:

1. Vizuelna analogna skala (*engl. Visual analogue scale, VAS*) je duž od 100 mm omeđena sa dva ekstrema – bez bola i najjači mogući bol. Bolesnik na duži obeležava jačinu svog bola koja se meri od 0 i izražava u milimetrima.
2. Numerička skala (*engl. Numerical rating scale, NRS*) predstavlja niz brojeva od 0 do 10, gde nula predstavlja stanje bez bola, a 10 najjači mogući bol.
3. Verbalna skala je skala gde se jačina bola opisuje upotrebom deskriptora jačine bola (bez bola, slab bol, umereno jak bol, jak bol, neizdrživ bol).

Pored skala za procenu jačine bola u svakodnevnoj kliničkoj praksi se koriste i standardizovana pomagala za procenu izraženosti simptoma maligne bolesti, između ostalog i bola. Najčešće upotrebljavano pomagalo za procenu jeste Edmontonska skala za procenu težine simptoma (*engl. Edmonton Symptom Assessment System, ESAS*) koji obuhvata osam numeričkih skala (0-10) za procenu jačine najčešćih simptoma kod pacijentata sa malignim bolestima, devetom pacijent procenjuje svoje opšte stanje, dok se deseta numerička skala odnosi na procenu specifičnih simptoma koje pacijent sam prijavi (14,15). Prednost ovog pomagala je u tome što omogućava praćenje povezanosti bola sa drugim simptomima, kao i praćenje simptoma u vremenu i uspešnost primenjenih intervencija.

Procena modulatora bolnog nadražaja je od velikog značaja, jer oni mogu uticati na pacijentovu procenu jačine bola. Drugi simptomi bolesti i nefizikalni faktori (psihički faktori, socijalni faktori, kulturološki faktori, spiritualni faktori) utiču na jačinu bola, smanjujući je ili je povećavajući („koncept totalnog bola”) (Slika 1).

Slika 1. Koncept „totalnog bola”

Figure 1. Total pain concept

Primena lekova protiv bola utiče samo na fizikalnu komponentu bola, dok lečenje drugih komponenti bola (psihološka, socijalna i duhovna) zahteva druge pristupe. Lečenje „totalnog” bola zahteva holistički pristup i timski rad.

U okviru kliničke procene bola trebalo bi i proceniti uticaj bola na kvalitet života. U tu svrhu se koriste standardizovani upitnici o kvalitetu života ili se uticaj bola na kvalitet života procenjuje ciljanim pitanjima (u vezi sa svakodnevnim aktivnostima, kakav je san, kakav je apetit, kako bol utiče na raspoloženje itd.).

Klinička anamneza bola bi trebalo da obuhvati i preciznu procenu prethodne analgetičke terapije: vrstu lekova, trajanje određene terapije, procenu efekta terapije na bol i procenu podnošljivosti terapije.

Anamnezu bola bi trebalo dopuniti ciljanim fizikalnim pregledom, pregledanjem postojećih dijagnostičkih pretraga, sprovođenjem dodatnih laboratorijskih analiza i sagledavanjem komorbiditeta.

Definisanje bolnog sindroma

Kod pacijenata sa malignim bolestima opisani su mnogobrojni bolni sindromi, a tri najčešća su: a) bol zbog tumorske infiltracije kostiju b) bol zbog tumorske infiltracije visceralnih organa c) bol zbog tumorske kompresije i infiltracije nerava (16).

Izrada individualnog plana lečenja

Najbolja terapija kancerskog bola je kauzalna terapija (princip „treat the treatable”), to jest terapija tumora, onda kada je to moguće i opravdano (17). Kada kauzalna terapija kancerskog bola nije moguća i opravdana, pristupa se terapiji bola kao simptoma. Simptomatsko lečenje bola treba da bude usmereno na sve dimenzije bola (bol kao fizički simptom, psihičke faktore, socijalni faktore, kulturološke faktore, spiritualne faktore). Simptomatska terapija bola podrazumeva farmakoterapiju i nefarmakološke metode. Cilj je da se postigne da jačina bola bude maksimalno 3 na numeričkoj skali do 10. Za uspešno lečenje kancerskog bola neophodno je angažovanje multidisciplinarnog tima, imajući u vidu multidimenzionalnost doživljaja bola. Multidisciplinarni tim koji se bavi procenom i lečenjem bola bi trebalo da obuhvati lekara, medicinske sestre, psihologa, socijalnog radnika, duhovnika. Veoma bitan član multidisciplinarnog tima je i farmaceut koji svojim poznavanjem principa farmakokinetike, farmakodinamike i interakcija lekova omogućava da se plan lečenja kancerskog bola prilagodi svakom pacijentu ponaosob (18).

Svetska zdravstvena organizacija (SZO) definisala je osnovne farmakoterapijske principe za pravilno lečenje kancerskog bola (19,20):

1. Princip „na usta” (*engl. by the mouth*) - preporučuje se oralna primena leka za sve analgetike.
2. Princip „prema satnici” (*engl. by the clock*) – savetuje se propisivanje analgetičke terapije u redovnim vremenskim intervalima kod pacijenata sa stalnim bolom.
3. Princip „stepenica” (*engl. by the ladder*) – savetuje se odabir analgetika prema jačini bola koji pacijent prijavljuje (Slika 2).
4. Princip individualnog pristupa (*engl. for the individual*)- za jake opioidne analgetike ne postoji maksimalna, već optimalna doza koja predstavlja dozu koja na adekvatan način otklanja bol bez neželjenih efekata koja se ne mogu podnositi.
5. Princip „obraćanje pažnje na detalje” (*engl. attention to details*) – podrazumeva davanje detaljnih uputstava pacijentu o primeni lekova kao i propisivanje terapije za prevenciju najčešćih neželjenih efekata analgetika.

Slika 2. Princip stepenica SZO
Figure 2. WHO analgesic ladder

Centar za unapređenje palijativnog zbrinjavanja Amerike, organizacija na nacionalnom nivou pri Medicinskom fakultetu u Njujorku, preporučuje strukturisani protokol za odabir adekvatne analgetičke terapije koji se sastoji od sledećih koraka: a) procene bola b) odabira analgetičke terapije prema odgovarajućem bolnom sindromu c) procenu rizika za primenu odgovarajuće terapije i neželjenih efekata d) procenu najoptimalnijeg načina primene lekova e) procenu uslova pod kojim će se lekovi ordinirati (od strane koga i u kojim uslovima, npr. starački dom) d) procene da li je pacijent u mogućnosti da pronađe i plati terapiju koja mu je propisana e) procene nesomatskih komponenti totalnog bola (21).

U okviru farmakoterapije kancerskog bola, pored sistemske primene analgetika u terapiji kancerskog bola, u određenim situacijama, koriste se metode regionalne administracije lekova sa analgetičkim dejstvom kojima se moduliše proces transmisije bolnog nadražaja. U ove metode spadaju različite vrste analgetičkih tehnika pomoću katetera i neurološke nervne blokade (22).

Nefarmakološke mere u lečenju kancerskog bola podrazumevaju primenu metoda koje se ne baziraju na primeni lekova, a kojima se može uticati kako na fizičku, tako i na ostale komponente bola. U nefarmakološke mere spadaju: a) različiti tipovi psiholoških intervencija, intervencija od strane socijalnih radnika i/ili

sveštenika/duhovnika b) akupunktura i akupresura u odabranim slučajevima c) prilagođene vrste masaža i relaksacione terapije d) metode fizikalne terapije u odabranim slučajevima.

Praćenje efikasnosti lečenja i potencijalnih neželjenih efekata terapije

U okviru personalizovanog pristupa u lečenju kancerskog bola posebna se pažnja posvećuje praćenju efikasnosti propisane terapije i proceni potencijalnih neželjenih dejstava. Procena efikasnosti sprovodi se pomoću ranije pomenutih skala i standardizovanih pomagala nakon sprovedenih farmakoterapijskih i nefarmakoloških intervencija. Pojava neželjenih dejstava se, takođe, skrupulozno prati i shodno tome se dalje prilagođava analgetička terapija.

Zaključak

Personalizovani pristup u lečenju kancerskog bola značajno utiče na efikasnost i podnošljivost analgetičke terapije i doprinosi poboljšanju kvaliteta života pacijenata, povećava njihovu sposobnost da se aktivno brinu o sebi i smanjuje patnju kako pacijenata tako i njihovih porodica.

Literatura

1. International Association for the Study of Pain, IASP pain terminology available at <http://www.IASP-pain.org>
2. McCaffery M, Beebe A. Pain: Clinical manual for nursing practice. St Louis; 1989
3. World Health Organisation. Cancer pain relief. Geneva: WHO, 1986
4. Portenoy RK. Treatment of cancer pain. Lancet 2011;3767: 2236-2247
5. Van den Beuken-van Everdingen MH, de Rijke JM, Kessels AG et al. Prevalence of pain in patients with cancer: systemic review of the past 40 years. Ann Oncol 2007; 18: 1437-1449
6. Burton AW, Fanciullo GI, Beasley RD et al. Chronic pain in cancer survivor: a new frontier. Pain med 2007;8:189-198
7. Brown MDR, Juan D, Ramirez ID, Pau-Farquhar-Smith P. Pain in cancer survivors. Br J pain 2014;8:139-153
8. Bandieri E, Sichiatti D, Luppi M et al. Is pain in patients with haematological malignancies under-recognised? The results from Italian ECAD-O survey. Leuk Res 2010; 34: e334-e335
9. Greco MT, Roberto A, Corli O et al. Quality of cancer pain management: an update of a systematic review of undertreatment of patients with cancer. J Clin Oncol 2014; 32: 4149-4154

10. Miaskowski C, Cleary J, Burnez R, Coyne P, Finley R, Foster R et al. Guidelines for the management of cancer pain in adults and children (Clinical Practice Guidelines Series No3) Glenville IL. American Pain Society (2005)
11. Milićević N, Bošnjak S, Gutović J et al. Palijativno zbrinjavanje onkoloških bolesnika, nacionalni vodič za lekare u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Prvo izdanje. Beograd: Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu (2004)
12. American Pain Society. Pain control in the primary care setting. American Pain Society (2006)
13. Portenoy RK, Kanner RM et al. Pain Management: Theory and Practice. Philadelphia, PA: FA Davis Co: 1996; 248-276
14. Bruera E1, Kuehn N, Miller MJ, Selmsler P, Macmillan K. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. J Palliat Care. 1991 Summer; 7 (2): 6-9.
15. J.Dimitrijevic , S.Bosnjak, F.Djordjevic, N.Bakic, I.Kezic. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) as a screening tool for symptoms in patients admitted to Clinic for medical oncology, Institute for oncology and radiology of Serbia. 2nd Regional Congress on Supportive Care in Oncology. Abstract book (2014)
16. Cherny IN. Pain assessment and cancer pain syndromes. In: Hanks GWC, Cherny IN, Christakis AN, Fallon M, Kassa S, Portenoy KR, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine, 4th ed. New York: Oxford University Press; 2010. p.599-626
17. Twycross R, Wilcock A, Stark-Toller C. Symptom Management in Advanced Cancer. Fourth ed. Palliativedrugs.com Ltd Nottingham; 2009.
18. Toth JA. Concepts in Cancer Pain Management. US Pharm. 2009;34(11)(Oncology suppl):3-12
19. World Health Organization. Cancer pain relief. Geneva: WHO; 1986.
20. World Health Organization. Cancer pain relief with a guide to opioid availability. Second ed. Geneva: WHO; 1996
21. Center For Advanced Palliative Care (Internet). New York: Ichan School of Medicine at Mount Sinai; c2018 (cited 2018 Sep 18). Available from: [http:// www.capc.org](http://www.capc.org)
22. Palibrk I. Farmakoterapija kancerskog bola. Prvo izdanje. Bosnjak S, Beleslin D, Vučković-Dekić Lj, urednici. Beograd. Društvo Srbije za borbu protiv raka; 2007. s 191-204

A personalized approach to assessing and managing pain in patients with cancer

Jelena Dimitrijević

Institute for Oncology and Radiology of Serbia, Pasterova 14, Belgrade, Serbia

e-mail: drjelenadimitrijevic@gmail.com

Summary

Cancer pain is the most frequent and most unpleasant symptom of malignant disease and can impact patient's quality of life and can significantly increase suffering, if left untreated.

Up to date approach in cancer pain treatment include assessment of cause, mechanism, pain severity, pain modulators, assessment of total pain, formulation of individual treatment plan and monitoring of treatment safety and efficacy.

Cancer pain can be caused by tumor, by antineoplastic treatment or can be related to comorbidities. Regarding its pathogenesis pain can be categorized as nociceptive, neuropathic or mixed. To measure pain severity numerical rating scale (0-10), visual analogue scale and verbal scale (mild, moderate and severe) are used.

Cancer pain is a multidimensional and encompasses physical, psychological, social and spiritual dimension of pain and treatment of cancer pain requires a holistic and multidisciplinary approach (total pain concept)

Whenever it is possible and medically valid the best approach in treatment of cancer pain is treatment of its cause. If treatment of cause is not possible pain is treated with pharmacotherapy and non-pharmacological methods.

Adequate and optimal treatment of cancer pain improves quality of life and diminish suffering of patients and their families.

Keywords: cancer pain, personalized approach, treatment of cancer pain