

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ ΒΑΣΙΣΜΕΝΗ ΣΕ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Συντονισμός: Άννα ΖΑΡΑΛΙΔΟΥ

Ειδικός συζητητής: Ελένη ΠΛΕΣΙΑ

ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗ ΓΝΩΣΗ. ΠΟΙΟΣ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΑΠΟΔΕΙΞΕΙΣ;

Βικτώρια ΜΕΤΑΞΑ

Τις τελευταίες δεκαετίες οι επαγγελματίες της υγείας έρχονται αντιμέτωποι με αλματώδεις εξελίξεις και έναν όγκο πληροφοριών χωρίς προηγούμενο. Η αφομοίωση και η εφαρμογή όλων αυτών των πληροφοριών στην καθημερινή κλινική πράξη είναι φυσικά ανέφικτη. Εξάλλου, όλα τα στοιχεία που προσφέρονται δεν είναι πάντα ακριβή και αξιόπιστα.

Στην προσπάθεια των κλινικών ιατρών να παρέχουν την καλύτερη δυνατή περίθαλψη στους ασθενείς τους, τέθηκαν καινούρια ερωτήματα και πολλές από τις παρωχημένες απόψεις αναθεωρήθηκαν. Οι τελευταίες δύο δεκαετίες σηματοδεύτηκαν από μια στροφή της ιατρικής πρακτικής προς την διεξοδική εξέταση των αποτελεσμάτων των κλινικών ερευνών, και μακριά από την «παραδοσιακή» προσέγγιση που βασιζόταν σε προσωπικές εμπειρίες, αναφορές περιστατικών, εκλογικεύσεις, καθώς και στην άκριτη παραδοχή μιας αυθεντίας.^{1,2}

Ο όρος *τεκμηριωμένη ιατρική (evidence based medicine)* πρωτοεμφανίστηκε στη βιβλιογραφία το 1991,³ αν και σαν έννοια ήταν γνωστή πολύ νωρίτερα. Βασίστηκε στην πεποίθηση ότι η άνοδος του επιπέδου της ιατρικής περίθαλψης θα προκύψει μόνο από την εφαρμογή καλά αποδεδειγμένων πρακτικών,⁴ αλλά και στην ανάγκη αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας των πρακτικών αυτών.⁵ Πολλές από τις αρχές της τεκμηριωμένης ιατρικής είχαν δημοσιευτεί στις αρχές του 1980, σε μια σειρά από άρθρα βασισμένα στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα της Ιατρικής Σχολής McMaster στον Καναδά.⁶ Ο σύγχρονος όμως ορισμός αποδίδεται στον David Sackett το 1996: «Η τεκμηριωμένη ιατρική είναι η συνειδητή, σαφής και συνετή χρήση των καλύτερων και πιο πρόσφατων πληροφοριών για τη λήψη αποφάσεων πάνω στη φροντίδα των ασθενών». ⁷ Στη δεκαετία του 1990, οι αρχές της τεκμηριωμένης ιατρικής απέκτησαν ευρεία αποδοχή.⁸ Οι παράγοντες που οδήγησαν στην αυξημένη αυτή αποδοχή ήταν η αλματώδης αύξηση του αριθμού των κλινικών μελετών (και ιδιαίτερα των τυχαιοποιημένων μελετών), η ευκολότερη πρόσβαση στην ιατρική βιβλιογραφία μέσω του διαδικτύου και η συνειδητοποίηση της διάστασης ανάμεσα στα στοιχεία και στην πρακτική.⁹

Παρά το ότι η τεκμηριωμένη ιατρική αναγνωρίζει τη σημασία της κλινικής εμπειρίας, τονίζει πως για την ορθή εφαρμογή της εμπειρίας αυτής θα πρέπει να ακολουθηθούν κάποιοι κανόνες αξιολόγησης των πληροφοριών. Έτσι, σε κάθε περίπτωση που υπάρχει αμφιβολία για μια κλινική διάγνωση, πρόγνωση ή τρόπο θεραπείας θα πρέπει να ακολουθούνται τέσσερα βήματα:¹⁰

- *Διατύπωση μιας ξεκάθαρης ερώτησης, βασισμένης πάνω σε ένα πρόβλημα του ασθενή*

Οι ερωτήσεις που θέτει η τεκμηριωμένη ιατρική μπορούν να έχουν σχέση με τη διάγνωση, την πρόγνωση, τη θεραπεία, το ιατρογενές σφάλμα, την ποιότητα της φροντίδας ή ακόμα και την οικονομία της υγείας. Σε κάθε περίπτωση, πρέπει να είναι όσο το δυνατόν πιο συγκεκριμένες, και να συμπεριλαμβάνουν την περιγραφή του ασθενή, της κλινικής παρέμβασης και, αν γίνεται, της κλινικής έκβασης.

- *Αναζήτηση σχετικών άρθρων στη βιβλιογραφία*

Στο δεύτερο αυτό βήμα γίνεται η έρευνα για τις πιο πρόσφατες πληροφορίες που υπάρχουν. Η αναζήτηση απαιτεί τις κατάλληλες ικανότητες από τους ενδιαφερόμενους, καθώς και εύκολη πρόσβαση στις βιβλιογραφικές βάσεις δεδομένων. Υπάρχουν δύο ειδών ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, που βοηθούν στην έρευνα των περίπου 25000 βιοϊατρικών περιοδικών που κυκλοφορούν σήμερα.^{11, 12} Η πρώτη είναι βιβλιογραφική και επιτρέπει στους χρήστες την ανίχνευση των σχετικών αναφορών. Η δεύτερη τους οδηγεί κατ'ευθείαν στα σχετικά άρθρα που έχουν δημοσιευτεί· αυτό είναι εφικτό μέσω συγκεκριμένων ηλεκτρονικών (Cochrane Database of Systematic Reviews, Scientific American Medicine) και έντυπων πηγών (ACP Journal Club), που παρέχουν συστηματικές ανασκοπήσεις (systematic reviews), οι οποίες έχουν ήδη συγκεντρώσει και αξιολογήσει όλες τις έγκυρες πληροφορίες πάνω στις κλινικές ερωτήσεις. Όλες αυτές οι βάσεις δεδομένων είναι, ή θα είναι πολύ σύντομα, διαθέσιμες στο διαδίκτυο.

- *Εκτίμηση (κριτική αξιολόγηση) των πληροφοριών για την εγκυρότητα και χρησιμότητά τους*

Το τρίτο αυτό βήμα είναι ζωτικής σημασίας μια και επιτρέπει στον ενδιαφερόμενο να αποφασίσει αν ένα άρθρο μπορεί να καθοδηγήσει την κλινική πρακτική. Δυστυχώς, ένα μεγάλο ποσοστό των δημοσιευμένων ερευνών δεν είναι κατάλληλες για να δώσουν απαντήσεις στις κλινικές ερωτήσεις.¹⁰ Η «κριτική αξιολόγηση» είναι μια απλή μέθοδος που επιτρέπει σε άτομα χωρίς ιδιαίτερη εμπειρία στην έρευνα να αξιολογήσουν τις παρεχόμενες πληροφορίες, σχετικά με τη διάγνωση, τη θεραπεία, την πρόγνωση, την ποιότητα της φροντίδας, ακόμα και την οικονομία της υγείας. Απαιτεί την εκμάθηση τεχνικών, οι οποίες θα μετατρέψουν τους κλινικούς ιατρούς από παθητικούς θεατές, σε κριτικούς αναγνώστες.

Η κριτική αξιολόγηση κατατάσσει τις πληροφορίες των διαφόρων μελετών σε πέντε κατηγορίες: είναι φανερό ότι τα στοιχεία που παρέχονται από μελέτες καλής ποιότητας, που βρίσκονται ψηλά στην κατάταξη θα επηρεάσουν περισσότερο τις κλινικές αποφάσεις, από αυτά που παρέχονται από κακής ποιότητας μελέτες ή μελέτες χαμηλής κατηγορίας. Η κατάταξη εγκυρότητας των στοιχείων έχει ως εξής:¹³

- I. πληροφορίες από τουλάχιστον μια συστηματική ανασκόπηση πολλών καλά σχεδιασμένων, τυχαιοποιημένων μελετών με ομάδες ελέγχου,
- II. πληροφορίες από τουλάχιστο μια καλά σχεδιασμένη, τυχαιοποιημένη μελέτη ικανοποιητικού μεγέθους,
- III. πληροφορίες από καλά σχεδιασμένες μελέτες, όχι τυχαιοποιημένες,
- IV. πληροφορίες από καλά σχεδιασμένες, μη πειραματικές μελέτες από περισσότερα από ένα κέντρα ή ομάδες έρευνας,
- V. απόψεις ασθεντιών, βασισμένες σε κλινικά στοιχεία, περιγραφικές μελέτες ή αναφορές έμπειρων επιτροπών.

- *Εφαρμογή των χρήσιμων πληροφοριών στην κλινική πράξη*

Έχοντας αναγνωρίσει τις πληροφορίες που είναι έγκυρες και σχετικές με την ερώτηση, οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να τις χρησιμοποιήσουν είτε απ'ευθείας για τη φροντίδα του ασθενή, είτε για να δημιουργήσουν πρωτόκολλα και κατευθυντήριες οδηγίες. Έχει αποδειχθεί πως ο καλύτερος τρόπος αξιοποίησης των πληροφοριών είναι μέσα από τη σύσταση ομάδων, τα μέλη των οποίων προσπαθούν να επεξεργαστούν τα νέα στοιχεία και να τα εφαρμόσουν στην αντιμετώπιση του ασθενή. Σήμερα, ο όρος «τεκμηριωμένη ιατρική» έχει συνδεθεί με την προσπάθεια για αυξημένη ποιότητα φροντίδας, καθώς προάγει την κριτική σκέψη, προτείνει κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση των προβλημάτων και επιτρέπει την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των τρεχουσών μεθόδων. Ωστόσο, δε στερείται μειονεκτημάτων: η εφαρμογή της τεκμηριωμένης ιατρικής απαιτεί χρόνο εκμάθησης, καθώς και την κατάλληλη τεχνολογική υποστήριξη (σύνδεση με το διαδίκτυο/βάσεις δεδομένων), που μπορεί να αποβεί πολυδάπανη. Στην προσπάθεια συλλογής και αξιολόγησης των πληροφοριών, οι κλινικοί ιατροί οφείλουν να λαμβάνουν υπόψη τους τις εκάστοτε περιστάσεις, καθώς και τις προτιμήσεις του κάθε ασθενή: κάτι που συχνά θυσιάζεται στο βωμό της εξαντλητικής τεκμηρίωσης. Παρά όμως την κριτική και τις ελλείψεις που ακόμα παρατηρούνται, η τεκμηριωμένη ιατρική θεωρείται παγκοσμίως αναπόσπαστο κομμάτι της ιατρικής εκπαίδευσης, αλλά και πολύτιμος αρωγός στη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. *Jama*. 1992; 268:2420-2425.
2. Chou R. Evidence-Based Medicine and the Challenge of Low Back Pain: Where Are We Now? Special Section: Evidence-based medicine in low back pain- Part I. *Pain Practice*. 2005; 5(3):153-178.
3. Guyatt GH. Evidence-based medicine. *ACP J Club*. 1991; 114(suppl 2):A-16.
4. Guyatt GH, Meade MO, Jaeschke RZ, Cook DJ, Haynes RB. Practitioners of evidence-based medicine. *BMJ*. 200; 320:954-955.
5. Albert DA. Deciding whether the conclusions of studies are justified: a review. *Med Decis Making*. 1981; 1:265-275.
6. Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics at McMaster University. How to read clinical journals, I: why to read them and how to start reading them critically. *CMAJ*. 1981; 124:555-558.
7. Sackett DL, Rosenberg WMC, Muir Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence-based medicine: what is and what isn't. *BMJ*. 1996; 312:71-72.
8. McAlister FA, Graham I, Karr GW, Laupacis A. Evidence-based medicine and the practicing clinician. *J Gen Intern Med*. 1999; 14:236-242.
9. Sackett D, Rosenberg W. On the need for evidence-based medicine. *J Public Health Med*. 1995; 17:330-334.

10. Rosenberg W, Donald A. Evidence-based medicine: an approach to clinical problem-solving. *BMJ*. 1995; 310:1122-1126.
11. Allen C, Glasziou P, Del Mar C. Bed-rest: a potentially harmful treatment needing more careful evaluation. *Lancet*. 1999; 354: 1229-1233.
12. Taylor VM, Deyo RA, Cherkin DC, Kreuter W. Low back pain hospitalization: recent United States trends and regional variations. *Spine*. 1994; 19:1207-1213.
13. Gerdemeyer L, Gollwitzer H, Diehl P, Wagner K. Evidence-Based Medicine and Clinical Trials in Pain Practice and Orthopedics. Special Section: Evidence-Based Medicine in Low Back Pain- Part 2. *Pain Practice* 2005; 5(4):289-297.

ΑΠΟ ΤΟΝ ΟΞΥ ΠΟΝΟ ΣΤΟ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ

Δημήτριος ΒΑΣΙΛΑΚΟΣ

Οι μελέτες στην βιβλιογραφία οι σχετικές με τον χρόνια μετεγχειρητικό πόνο (Χ.Μ.Π.) θα έπρεπε ιδανικά να έχουν:

1. Επαρκή προεγχειρητική εκτίμηση του ασθενή (σχετικά με εκτίμηση πόνου, παράγοντες κινδύνου χρόνιου πόνου).
2. Λεπτομερή περιγραφή χειρουργικών τεχνικών (Θέση και μήκος τομών, χειρισμός μυών-νεύρων).
3. Ένταση και χαρακτηριστικά του οξέως μετεγχειρητικού πόνου.
4. Συνεχιζόμενη εκτίμηση για περισσότερο από ένα (1) χρόνο.
5. Μετεγχειρητικές παρεμβάσεις που επηρεάζουν τον πόνο (π.χ. Χημειοθεραπεία - Ακτινοβολία).

Δυστυχώς όμως δεν βρέθηκαν στην βιβλιογραφία μελέτες που να περιέχουν Follow up μεγάλης διάρκειας, με μετεγχειρητική λειτουργικότητα και συμπτωματολογία των ασθενών, αλλά ακόμη με το νέο επίπεδο της φυσικής τους κατάστασης.

Σύμφωνα με τους Perkins F.M. and Kehlet H¹ οι χειρουργικοί ασθενείς χωρίζονται σε πέντε ομάδες οι οποίες έχουν αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης Χ.Μ.Π. μετά από προϋπάρχοντα οξύ μετεγχειρητικό πόνο, λόγω μιας χειρουργικής επέμβασης. Έτσι αναφέρουν τις εξής επεμβάσεις: α. Ακρωτηριασμών άκρων, β. Χειρουργικής Θώρακος, γ. Χειρουργικής Μαστού, δ. Χολοκυστεκτομές, ε. Χειρουργικής σε Βουβωνοκήλες. Έτσι, αναλυτικά:

A) Ο χρόνιος πόνος μετά από ακρωτηριασμούς άκρων ως πόνος μέλους Φάντασμα (Π.Μ.Φ.) εμφανίζεται με μια συχνότητα από 30% έως 81%.

Στους προεγχειρητικούς παράγοντες εμφάνισης Π.Μ.Φ. αναφέρεται ότι ο πόνος μετά από ακρωτηριασμό λόγω Καρκίνου είναι συχνότερος από ότι σε τραύμα. Η ύπαρξη επίσης έντονου προεγχειρητικού πόνου στο άκρο αυξάνει την πιθανότητα Π.Μ.Φ. (από 33% σε ποσοστό 72% σε 3 μήνες). Πιθανώς μάλιστα η παρατεινόμενη (72h) προεγχειρητική και μετεγχειρητική επισκληρίδια έγχυση ελαττώνει τη συχνότητα Π.Μ.Φ.

Μετεγχειρητικοί παράγοντες εμφάνισης Π.Μ.Φ. είναι οι εξής: Η χορήγηση χημειοθεραπευτικών αυξάνει τον Π.Μ.Φ. Απεναντίας υπάρχουν βάσιμες ενδείξεις ότι τα τοπικά αναισθητικά ελαττώνουν τον Π.Μ.Φ.

Ο Π.Μ.Φ. πιστεύεται ότι είναι Κεντρικής αιτιολογίας. Αυτό εξηγείται σύμφωνα με την θεωρία της νευρικής-μήτρας του Melzack στο Κ.Ν.Σ. δηλαδή της αντίληψης των τμημάτων του σώματος. Η Μήτρα αυτή υπάρχει στο Κ.Ν.Σ. και όταν δεν υπάρχουν τμήματα του σώματος.

Σύμφωνα με τον Kraneet et al, η πορεία του Π.Μ.Φ. μετά το πρώτο χρόνο από τον ακρωτηριασμό ελαττώνεται και η συχνότης του Π.Μ.Φ. και τα αλγείνα επεισόδια. Το 50% των ασθενών όμως δηλώνει καμία ελάττωση στην ένταση του πόνου σύμφωνα με τον Sherman et al.

B) Ο χρόνιος πόνος που εμφανίζεται μετεγχειρητικά μετά από θωρακοτομίες και ο οποίος αναφέρεται σαν Postthoracotomy pain syndrome (PTPS) απαντάται σε συχνότητα από 33% έως 67%, ανάλογα με την βιβλιογραφική πηγή που ανατρέπει κανείς.

Οι διεγχειρητικοί παράγοντες εμφάνισης PTPS εξαρτώνται από την τεχνική της χειρουργικής προσπέλασης.

Οι μετεγχειρητικοί παράγοντες εμφάνισης PTPS εξαρτώνται από την ένταση του οξέως μετεγχειρητικού πόνου, ο οποίος είναι και ένας στατιστικός δείκτης (36% έναντι 56% PTPS, για ελαφρό έναντι έντονου πόνου).

Ως αιτιολογία του PTPS αναφέρονται η νευρική βλάβη και η επανεμφάνιση του όγκου. Εξέλιξη του PTPS συνήθως είναι μία ελάττωση του επιπέδου 30% του πόνου μετά από 12 μήνες (συγκριτικά με αυτών των προηγούμενων 3-12 μηνών).

Γ) Χρόνιος πόνος μετά από χειρουργική μαστού εμφανίζεται σε ποσοστά 11% έως 83% ανάλογα με τον συγγραφέα.

Οι *διεγχειρητικοί παράγοντες* που αναφέρονται είναι ότι ο χρόνιος πόνος είναι συχνότερος σε συντηρητική χειρουργική μαστού, από ότι σε ριζική επέμβαση σύμφωνα με τον Tasmuth et al². Επίσης ο μασχαλιαίος καθαρισμός αυξάνει τη πιθανότητα εμφάνισης χρόνιου πόνου στο χέρι αλλά και ψυχολογικών προβλημάτων³.

Σημαντικοί *μετεγχειρητικοί παράγοντες* είναι το μέγεθος του οξέος μετεγχειρητικού πόνου και συγκεκριμένα οι δόσεις των αναλγητικών που απαιτούνται αποτελούν τον καλύτερο δείκτη για την εμφάνιση του χρόνιου πόνου.⁴ Είναι γνωστόν ότι η ακτινοβολία άμεσα της μασχάλης αυξάνει τον πόνο⁵. Ο πόνος τελικά μπορεί να οφείλεται σε βλάβη νεύρου από την εγχείρηση ή την ακτινοβολία. Σε περιπτώσεις με μασχαλιαίο καθαρισμό εμφανίστηκαν διαταραχές της αισθητικότητας σε ποσοστό 48 %έως 84%. Από αυτές το 25% έως 50% εμφάνισαν μεσοπλεύριο-βραχιόνιο νευραλγία⁶.

Δ) Χρόνιος πόνος μετά από χολοκυστεκτομές εμφανίζεται σε ποσοστά από 4% έως 34% ανάλογα με την τεχνική που εφαρμόζεται και από τον συγγραφέα.

Οι *προεγχειρητικοί παράγοντες* που επηρεάζουν την εμφάνιση του χρόνιου μετεγχειρητικού πόνου είναι: η ψυχολογική ευαισθησία, το Φύλο (γυναίκες) και τα μεγάλης διάρκειας προεγχειρητικά συμπτώματα. Αντίθετα όταν υπάρχει ιστορικό κλασσικής χολοκυστεκτικής προσβολής με συμπτώματα, τότε συνοδεύεται με ελαττωμένο κίνδυνο εμφάνισης χρόνιου πόνου.

Οι *διεγχειρητικοί παράγοντες* που επηρεάζουν την εμφάνιση του χρόνιου μετεγχειρητικού πόνου είναι η εμφάνιση χρόνιου κοιλιακού πόνου > 1 χρόνο σε ποσοστό 30%. Περισσότερο πόνος εμφανίζεται μάλιστα στην ανοικτή χολοκυστεκτομή από ότι στην λαπαροσκοπική τεχνική.

Μετεγχειρητικοί παράγοντες που έχουν επίσης σχέση με τον Χ.Μ.Π. είναι η παραμονή του πόνου για διάστημα 6 εβδομάδων που αποτελεί μία ισχυρή ένδειξη εμφάνισης του χρόνιου πόνου για διάστημα 12 μηνών.

Ο πόνος οφείλεται σε μία μετεγχειρητική δυσλειτουργία του σφιγκτήρα του Oddi, σε χολόλιθους, σε έλκος, αλλά και σε μια εντερική δυσλειτουργία.

Ε) Χρόνιος πόνος μετά από επεμβάσεις σε βουβωνοκήλες εμφανίζεται σε ποσοστά από 2% έως 37% ανάλογα με την τεχνική που εφαρμόζεται και από τον συγγραφέα.

Προεγχειρητικοί παράγοντες: Σε μία μελέτη με 500 εγχειρήσεις σε υποτροπή βουβωνοκήλης υπήρξε υψηλότερη συχνότητα έντονου μετεγχειρητικού πόνου για 12 μήνες, από επεμβάσεις που έγιναν για πρώτη αποκατάσταση της⁷.

Μετεγχειρητικοί παράγοντες εμφάνισης του Χ.Μ.Π. είναι η διάρκεια του πόνου περισσότερο από 1-4 εβδομάδες μετεγχειρητικά.

Αιτιολογία του πόνου: Συνήθως ο πόνος είναι νευροπαθητικός ή οφείλεται σε βλάβη νεύρων.

Οι παράγοντες προδιάθεσης Χρόνιου Μετεγχειρητικού Πόνου αναφέρονται συνοπτικά στον κάτωθι πίνακα 1.

Πίνακας 1: Παράγοντες προδιάθεσης Χ.Μ.Π.

Προεγχειρητικοί παράγοντες	Διεγχειρητικοί παράγοντες	Μετεγχειρητικοί παράγοντες
Πόνος >1 μήνα Επανεγχείρηση Μεγάλη-Ψυχολογική ευαισθησία	Χειρουργική προσπέλαση με κίνδυνο νευρικής βλάβης	Πόνος (οξύς, μέτριος, έντονος) Ακτινοβολία περιοχής Νευροτοξική Χημειοθεραπεία Κατάθλιψη Αγχος

Τελικά πότε ο οξύς πόνος προκαλεί την εμφάνιση του χρόνιου πόνου;

Σύμφωνα με το Μοντέλο του Dworkin οι εξής 3 (τρεις) παράγοντες επιδρούν στην εμφάνιση του Χ.Μ.Π.:

1. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

2. Παθοφυσιολογικοί παράγοντες
3. Ο βαθμός του οξέος πόνου

Αυτοί οι παράγοντες σηματοδοτούν τις αλλαγές στο Νευρικό Σύστημα τις σχετιζόμενες με τον οξύ πόνο.

Τελικό συμπέρασμα είναι ότι, ο επίμονος χρόνιος πόνος πρέπει να θεωρείται μία ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ και όχι απλά ένα σύμπτωμα κάποιας άλλης Νόσου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Perkins F.M. and Kehlet H. Chronic Pain as an Outcome of Surgery. *Anesthesiology* 2000; 93, 1123-1133.
2. Tasmuth T, von Smitten K, Hietanen P, Kataja M, Kalso E: Pain and other symptoms after different treatment modalities of breast cancer. *Ann Oncol* 1995; 6: 453-9.
3. Maunsell E, Brisson J, Deschenes L: Arm problems and psychological distress after surgery for breast cancer. *Can J Surg* 1993; 36: 315-20.
4. Tasmuth T, Kataja M, Blomqvist C, von Smitten K, Kalso E: Treatment-related factors predisposing to chronic pain in patients with breast cancer—a multivariate approach. *Acta Oncol* 1997; 36: 625-30.
5. Keramopoulos A, Tsiou C, Minaretzis D, Michalas S, Aravantinos D: Arm morbidity following treatment of breast cancer with total axillary dissection: A multivariate approach. *Oncology* 1993; 50: 445-9.
6. Abdullah TI, Iddon J, Barr L, Baildam AD, Bundred NJ: Prospective randomized controlled trial of preservation of the intercostalbrachial nerve during axillary node clearance for breast cancer. *Br J Surg* 1998; 85: 1443-5.
7. Callesen T. et al, Callesen T, Bech K, Kehlet H: Chronic pain after inguinal hernia repair - a prospective study after 500 operations. *Br J Surg* 1999; 86: 1528-31.

ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΧΡΟΝΙΟΥ ΜΗ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΥΣ

Άννα ΖΑΡΑΛΙΔΟΥ

Η εφαρμογή των αρχών της τεκμηριωμένης ιατρικής στην αντιμετώπιση των ασθενών με χρόνια πόνο, αποτελεί αναμφισβήτητη πρόοδο των τελευταίων ετών. Η συχνότητα του χρόνιου μη καρκινικού πόνου αυξάνεται συνεχώς σε όλο τον κόσμο. Ανάλογα αυξάνονται και οι δυσάρεστες συνέπειές του σε κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο. Οι προσεγγίσεις για την αντιμετώπισή του είναι πολλές, λίγες όμως από αυτές συμπληρώνουν τα κριτήρια της επαρκούς τεκμηρίωσης. Ένας βασικός λόγος, μεταξύ άλλων, είναι ότι εγείρονται πολλαπλά ηθικά αλλά και επιστημονικά προβλήματα όταν γίνεται απόπειρα να εφαρμοστεί η βασισμένη σε ενδείξεις ιατρική στην αντιμετώπιση του πόνου¹. Στις περισσότερες περιπτώσεις οι εφαρμοζόμενες θεραπευτικές μέθοδοι βασίζονται στις προσωπικές προτιμήσεις και εμπειρίες του θεράποντος ιατρού οι οποίες μπορεί να έχουν ενισχυθεί με τη γνώση που αποκτήθηκε από τη μελέτη κλασικών συγγραμμάτων. Σήμερα όμως, είναι γενικά παραδεκτό ότι έχουν αυξηθεί οι απαιτήσεις για τη σωστή διάγνωση και την τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων για τη θεραπεία του χρόνιου πόνου. Αυτό σημαίνει ότι οι τεκμηριωμένες ενδείξεις θεωρούνται απαραίτητες για την ορθή κλινική πρακτική.

Η πρώτη απόπειρα διατύπωσης κατευθυντηρίων οδηγιών βάσει ενδείξεων, αντιμετώπισης του χρόνιου μη καρκινικού πόνου έγινε το 1995². Οι οδηγίες αυτές αναθεωρήθηκαν το 1999. Από τότε έχει δημοσιευθεί πλήθος κατευθυντηρίων οδηγιών για τη διάγνωση και την αντιμετώπιση συγκεκριμένων συνδρόμων π.χ. την οσφυαλγία, την ινομυαλγία κ.λ.π. Πρόσφατα, το 2005, έγινε νέα προσπάθεια να συλλεχθούν τα υπάρχοντα στοιχεία και να διατυπωθούν κατευθυντήριες οδηγίες βασισμένες σε ενδείξεις, για όλα τα σύνδρομα με τη μορφή ενός αλγόριθμου³. Δόθηκε έμφαση στα κοινά χαρακτηριστικά των ασθενών με χρόνια πόνο, στην πολυπλοκότητα του προβλήματος και στην ανάγκη για πολύπλευρη προσέγγιση του χρόνιου μη καρκινικού πόνου. Η διατύπωση ενός σύγχρονου ορισμού ήταν η βάση για τη σύνταξη των κατευθυντηρίων οδηγιών. Έτσι, σαν Σύνδρομο Χρόνιου μη καρκινικού Πόνου (ΣΧΠ) ορίστηκε η δυσάρεστη κατάσταση που χαρακτηρίζεται από:

- μόνιμο ή υποτροπιάζοντα πόνο
- πόνο που επιμένει περισσότερο από τον αναμενόμενο χρόνο αποδρομής ή πόνο που συνδέεται με εξελικτική νόσο
- πόνο που δεν ανταποκρίνεται στην εφαρμοζόμενη θεραπεία
- πόνο που συνοδεύεται από σοβαρή διαταραχή της λειτουργικότητας του ατόμου

Οι διαταραχές στην ψυχική κατάσταση των ατόμων με χρόνια πόνο είναι πολύ συνηθισμένες. Ωστόσο, δεν είναι απαραίτητο να συνυπάρχουν με τα προηγούμενα κριτήρια, προκειμένου να τεθεί η διάγνωση του ΣΧΠ.

Η απόπειρα διατύπωσης ορισμού για ένα σύνδρομο που δεν περιλαμβάνεται στη διεθνή ταξινόμηση ICD-9 (International Classification of Disease 9th Revision 2004), φαίνεται σε πολλούς αρκετά τολμηρή και έξω από τα καθιερωμένα. Από άλλους πάλι, κρίνεται αναχρονιστική και άσχετη με την κοινή ιατρική πρακτική η οποία στηρίζεται στην αντιμετώπιση του πόνου βάσει της παθοφυσιολογίας, της αιτιολογίας ή της εντόπισής του (π.χ. νευροπαθητικός ή μυοσκελετικός πόνος, ημικρανία ή νευραλγία τριδύμου κ.λ.π.). Ωστόσο, οι πλέον πρόσφατες απόψεις συμφωνούν ότι τα κριτήρια και οι προϋποθέσεις που περιλαμβάνονται στο σύγχρονο ορισμό του συνδρόμου του χρόνιου μη καρκινικού πόνου, δημιουργούν ένα υποθετικό πλαίσιο στο οποίο μπορούν να περιληφθούν τα άτομα που βιώνουν το χρόνια πόνο και τις δυσάρεστες συνέπειές του, ανεξάρτητα από την αιτία που τον προκάλεσε. Με αυτόν τον τρόπο πιστεύεται ότι μακροπρόθεσμα τα αποτελέσματα σε ότι αφορά τη θεραπεία του, την ασφάλεια των ασθενών και το κόστος, θα είναι καλύτερα.

Εφαρμογή και θεραπευτικοί στόχοι των κατευθυντηρίων οδηγιών

Οι κατευθυντήριες οδηγίες εφαρμόζονται, όσο είναι δυνατόν, σε όλους τους ασθενείς που πληρούν τα κριτήρια του ΣΧΠ όπως αναφέρθηκαν στον ορισμό, ανεξαρτήτως αιτιολογίας. Δεν εφαρμόζονται στον οξύ και στον καρκινικό πόνο (όπου ισχύουν άλλες κατευθυντήριες οδηγίες) ή σε άτομα με χρόνια πόνο, τα οποία όμως δεν πληρούν τα κριτήρια. Μπορούν να υιοθετηθούν από προγράμματα αντιμετώπισης του πόνου στην πρωτοβάθμια, στη δευτεροβάθμια περίθαλψη και στις οργανωμένες και εξειδικευμένες μονάδες ή στα ιατρεία πόνου.

Οι θεραπευτικοί στόχοι των κατευθυντηρίων οδηγιών περιλαμβάνουν:

1. Βελτίωση της φυσικής κατάστασης του ατόμου (της κινητικότητας, της ικανότητας να κάθεται, να στέκεται, να βαδίζει ή να ασκείται) σε σχέση με την παρούσα κατάστασή του.
2. Βελτίωση της συνολικής λειτουργικής ικανότητας (αύξηση των καθημερινών δραστηριοτήτων στο σπίτι και σε άλλες κοινωνικές εκδηλώσεις).
3. Βελτίωση της δυνατότητας αποδοχής και αντιμετώπισης του συνδρόμου από τον ίδιο τον ασθενή.
4. Βελτίωση της επαγγελματικής κατάστασης (επιστροφή στην εργασία, συμμετοχή σε εκπαιδευτικά προγράμματα).
5. Ελάττωση ή διακοπή των οπιοειδών αναλγητικών, των υπναγωγών και των αγχολυτικών.
6. Ελάττωση των συχνών επισκέψεων σε ιατρεία, των εισαγωγών σε νοσοκομεία και των επεμβατικών τεχνικών.
7. Μείωση του επιπέδου του πόνου.

Η μείωση του πόνου, είναι μόνον ένας από τους επτά στόχους των κατευθυντηρίων οδηγιών. Αυτό σημαίνει ότι ακόμη και εάν ο στόχος αυτός δεν επιτυγχάνεται, πρέπει να επιδιώκεται η επίτευξη των προηγούμενων έξι στόχων. Επισημαίνεται επίσης, ότι πρέπει να αποφεύγονται φάρμακα και επεμβατικές τεχνικές, η αποτελεσματικότητα των οποίων δεν αποδεικνύεται από τις αρχές της τεκμηριωμένης ιατρικής.

Κλινική εκτίμηση και σχεδιασμός της θεραπείας

Η αρχική εκτίμηση των ασθενών με ΣΧΠ πρέπει να γίνεται από ιατρό εξειδικευμένο στην αντιμετώπιση του πόνου. Συχνά, η συμμετοχή ψυχιάτρου ή ψυχολόγου στην αρχική εκτίμηση είναι απαραίτητη. Στη συνέχεια, εάν χρειάζεται, ζητείται η γνώμη ιατρών άλλων ειδικοτήτων και ο ασθενής υποβάλλεται σε επιπλέον διαγνωστικές εξετάσεις. Είναι ευνόητο ότι για κάθε εξέταση στην οποία προγραμματίζεται να υποβληθεί ο ασθενής, υπάρχει πάντοτε η αυθόρμητη συναίνεσή του.

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει ένας τεράστιος αριθμός δημοσιεύσεων σε ιατρικά και μη περιοδικά, σχετικά με μεθόδους αντιμετώπισης του μη καρκινικού πόνου. Οι ενδείξεις αποδεικνύουν ότι οι αποτελεσματικότερες θεραπείες είναι αυτές που εφαρμόζονται σε προγράμματα αποκατάστασης με πολύπλευρη προσέγγιση και συμμετοχή διαφορετικών ιατρικών ειδικοτήτων⁴. Στα προγράμματα αυτά μπορούν εύκολα να εφαρμοστούν οι κατευθυντήριες οδηγίες αντιμετώπισης σε ασθενείς στους οποίους υπάρχουν ενδείξεις ότι είναι δυνατό να επιτευχθούν τουλάχιστον οι τέσσερις από τους επτά στόχους που προαναφέρθηκαν. Η πρόοδος των ασθενών, μετά την έναρξή τους στο πρόγραμμα, παρακολουθείται και εφόσον διαπιστωθεί έλλειψη συνεργασίας, απουσία βελτίωσης ή επιδείνωση, οι ασθενείς αποχωρούν από το πρόγραμμα.

Θεραπευτικές μέθοδοι

Φαρμακευτική αντιμετώπιση

Οι τεκμηριωμένες ενδείξεις συμφωνούν ότι τα **τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά** είναι αποτελεσματικά σε πολλούς ασθενείς με ΣΧΠ. Η αποτελεσματικότητα αφορά κυρίως τη συμπτωματική θεραπεία και λιγότερο τη λειτουργική αποκατάσταση⁵. Το ίδιο ισχύει και για τους νεότερους αναστολείς της επαναπρόσληψης σεροτονίνης. Για τα **αντιεπιληπτικά**, έγκυρες μελέτες αποδεικνύουν ότι είναι χρήσιμα σε νευροπαθητικό πόνο⁶. Επομένως και οι δύο κατηγορίες φαρμάκων συστήνονται ανεπιφύλακτα στους ασθενείς με ΣΧΠ. Ειδικά για την ημικρανία καλά τεκμηριωμένες μελέτες, υποστηρίζουν τη συμπτωματική και προφυλακτική σημασία των ΜΣΑΦ, της εργοταμίνης, των αντιεμετικών, των β-αποκλειστών και των αποκλειστών ασβεστίου.

Τα **οπιοειδή αναλγητικά** είναι φάρμακα με αναμφισβήτητες ενδείξεις στον καρκινικό πόνο. Η υιοθέτησή τους στο μη καρκινικό πόνο έχει συζητηθεί εκτενώς τα τελευταία χρόνια και η χρήση τους έχει γίνει αποδεκτή από τις περισσότερες επιστημονικές εταιρείες πόνου σε όλον τον κόσμο⁷. Οι τεκμηριωμένες ενδείξεις θεωρήθηκαν ισχυρές, με αποτέλεσμα οι αλγόριθμοι για την αντιμετώπιση πολλών μη καρκινικής αιτιολογίας συνδρόμων να είναι παρόμοιοι με την αναλγητική κλίμακα του ΠΟΥ για την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου. Ωστόσο, μετά το 2000 άρχισε ένας λεπτομερέστερος και ίσως περισσότερο επιστημονικός διάλογος ανάμεσα στους υποστηρικτές και σε αυτούς που αμφισβητούσαν τα οφέλη των οπιοειδών και περίμεναν τις επιπλοκές από τη μακροχρόνια χρήση τους. Πράγματι, πρόσφατες μελέτες έχουν αποδείξει ότι η μακροχρόνια χρήση οπιοειδών επηρεάζει το ανοσοποιητικό σύστημα, συνδέεται με ορμονικές διαταραχές και προκαλεί αντιδράσεις υπεραλγησίας⁸. Συγχρόνως, πολλές από τις μελέτες που αποδείκνυαν την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα της χρήσης των οπιοειδών στο μη καρκινικό πόνο, δεν συμπλήρωναν τα απαραίτητα κριτήρια ώστε να θεωρούνται έγκυρες. Έτσι παρά τη μεγάλη εμπειρία στον τομέα αυτόν, μέχρι σήμερα δεν θεωρείται ότι υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ώστε να αποδεικνύεται η βελτίωση στη λειτουργικότητα και η απουσία ανάπτυξης προβλημάτων συμπεριφοράς και εξάρτησης στα άτομα με ΣΧΠ μετά από μακροχρόνια χρήση οπιοειδών. Για αυτούς τους λόγους, η μακροχρόνια χορήγηση οπιοειδών στο ΣΧΠ δεν περιλαμβάνεται στις παρούσες κατευθυντήριες οδηγίες. Για παρόμοιους λόγους στις ίδιες οδηγίες δεν περιλαμβάνεται η χρήση ηρεμιστικών και υπναγωγών. Όταν τα φάρμακα αυτά θεωρούνται απαραίτητα, χορηγούνται αρχικά για διάστημα 15 ημερών. Η απόφαση για την περαιτέρω συνέχιση της αγωγής, θα πρέπει να στηρίζεται σε ισχυρές ενδείξεις ότι βελτιώνεται ο πόνος, η λειτουργικότητα, η φυσική κατάσταση και απουσιάζουν διαταραχές συμπεριφοράς ή προβλήματα από τα επιμέρους συστήματα. Οι ασθενείς παρακολουθούνται σε τακτά διαστήματα και συνεκτιμώνται τα οφέλη και οι επιπλοκές.

Άσκηση, φυσικοθεραπεία και εργασιοθεραπεία

Στη σύγχρονη βιβλιογραφία συσσωρεύονται καλά τεκμηριωμένες μελέτες που υποστηρίζουν τη συμβολή της άσκησης, της φυσικοθεραπείας και της εργασιοθεραπείας στην προοδευτική ενδυνάμωση της σωματικής και της πνευματικής κατάστασης των ατόμων με ΣΧΠ⁹. Τα προγράμματα αποκατάστασης πρέπει να συνεχίζονται και μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας.

Θεραπεία συμπεριφοράς και ψυχοθεραπεία

Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι η ψυχοθεραπεία και η θεραπεία συμπεριφοράς είναι πολύ σημαντικές για την αποκατάσταση των ατόμων με ΣΧΠ. Εφόσον συνυπάρχουν κατάθλιψη, άγχος ή άλλες ψυχικές διαταραχές είναι απαραίτητες οι κατάλληλες φαρμακολογικές παρεμβάσεις. Σε πολλά οργανωμένα κέντρα αποκατάστασης, η θεραπεία των ασθενών σε ομάδες αποτελεί τον πυρήνα του θεραπευτικού προγράμματος.

Περιορισμός της ανικανότητας και ενθάρρυνση για επαγγελματική αποκατάσταση

Η επιστροφή στις δραστηριότητες και στην εργασία είναι ένας από τους κύριους στόχους της θεραπείας του ΣΧΠ. Για αυτό το λόγο, πρέπει να γίνονται συνεχείς συστάσεις και να ενθαρρύνεται η εποικοδομητική απασχόληση. Οι προς επίτευξη στόχοι είναι στην αρχή μικροί και εύκολοι και προοδευτικά γίνονται δυσκολότεροι, μέχρι την πλήρη επαναφορά στις προηγούμενες δραστηριότητες.

Διηθήσεις σε επώδυνα σημεία (trigger point injections)

Τα τελευταία 5 χρόνια οι διηθήσεις στα επώδυνα σημεία με τοπικά αναισθητικά, με μείγματα τοπικών αναισθητικών και στεροειδών ή με βοτουλινική τοξίνη (botox) είναι πολύ δημοφιλείς¹⁰. Η τεχνική στηρίζεται σε προσωπικές εμπειρίες και βιβλιογραφικά δεδομένα, τα οποία όμως δεν θεωρούνται επαρκή. Για το λόγο αυτό, δεν συμπεριλαμβάνεται στις παρούσες κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση του ΣΧΠ.

Επισκληρίδιες εγχύσεις, νευρικοί αποκλεισμοί

Οι επισκληρίδιες εγχύσεις τοπικών αναισθητικών και στεροειδών για την αντιμετώπιση της οσφυαλγίας, είναι από πολλά χρόνια γνωστή και καθιερωμένη μέθοδος. Υπάρχουν μελέτες που αναφέρουν βελτίωση, συνήθως προσωρινή, στην έκβαση των ασθενών με οσφυαλγία μετά από 1-3 επισκληρίδιες εγχύσεις. Παραδόξως, οι αποδείξεις δεν θεωρούνται επαρκείς και έτσι οι επισκληρίδιες εγχύσεις δεν περιλαμβάνονται στις παρούσες κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση του ΣΧΠ. Το ίδιο ισχύει και για τους αποκλεισμούς στις σπονδυλικές αρθρώσεις, όπως και για τους περιφερικούς αποκλεισμούς. Συγχρόνως, επισημαίνεται ότι οι εγχύσεις και οι αποκλεισμοί όταν εφαρμόζονται, ποτέ δεν θα πρέπει να αποτελούν το μοναδικό τρόπο θεραπείας, αλλά να αποτελούν ένα τμήμα μόνο της πολύπλευρης προσέγγισης και να περιορίζονται στον ανώτερο αριθμό των έξι αποκλεισμών, εφόσον υπάρχει καλή κλινική ανταπόκριση στον πόνο και στη λειτουργική βελτίωση των ατόμων με ΣΧΠ.

Βελονισμός

Ο βελονισμός είναι μια μέθοδος η οποία παραδόξως όσο περισσότερο αμφισβητείται, τόσο συχνότερα εφαρμόζεται¹¹. Πέρα από τις προσωπικές εκτιμήσεις των ιατρών και των ασθενών, υπάρχουν μελέτες που υποστηρίζουν την ευεργετική εφαρμογή του βελονισμού σε διάφορα επώδυνα σύνδρομα, όπως το αυχενικό σύνδρομο και η κεφαλαλγία. Ωστόσο, και στην περίπτωση του βελονισμού οι ενδείξεις δεν είναι σύμφωνες με τις αρχές της τεκμηριωμένης ιατρικής και για αυτό το λόγο δεν προτείνεται στις κατευθυντήριες οδηγίες για το ΣΧΠ.

Εμφυτεύσιμες αντλίες και νευροδιέγερση

Οι εμφυτεύσιμες αντλίες για τη χορήγηση οπιοειδών και η νευροδιέγερση είναι κατ' εξοχήν επεμβατικές και συγχρόνως δαπανηρές μέθοδοι αντιμετώπισης του χρόνιου πόνου. Μελέτες αποδεικνύουν ότι είναι αποτελεσματικές σε ορισμένους ασθενείς με χρόνιο πόνο¹². Η ανάλυση των μελετών αυτών όμως, αποδεικνύει ότι δεν συμπληρώνουν τα απαραίτητα κριτήρια αξιοπιστίας και για το λόγο αυτό δεν συνιστώνται για την αντιμετώπιση του ΣΧΠ.

Αποκλεισμοί με ραδιοσυχνότητα, χειρουργική της σπονδυλικής στήλης

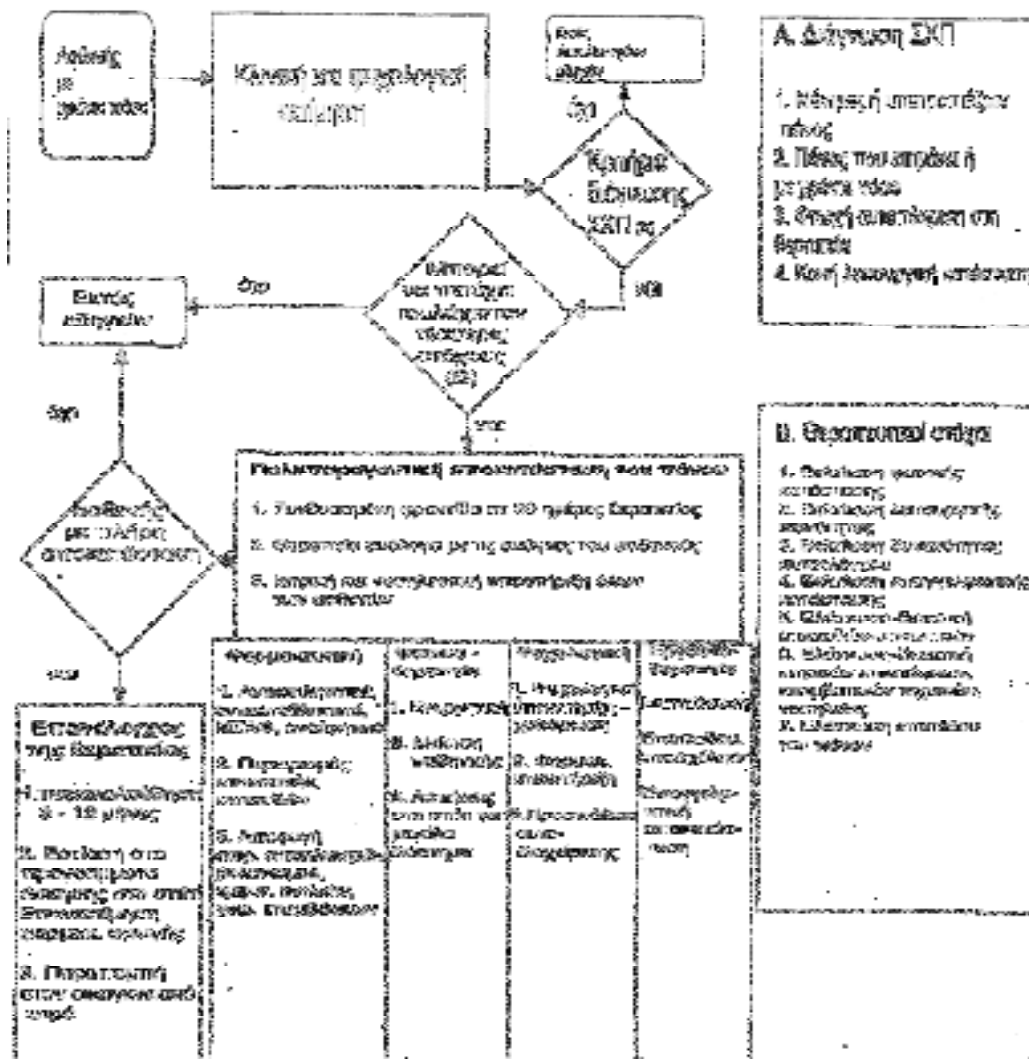
Οι μελέτες που αναφέρονται στις τεχνικές με ραδιοσυχνότητα αφορούν κυρίως ασθενείς με χρόνια προβλήματα πόνου λόγω παθήσεων της σπονδυλικής στήλης. Σε πολλές από αυτές τα αποτελέσματα είναι ενθαρρυντικά. Οι περισσότερες όμως στερούνται σωστού σχεδιασμού και θεωρούνται χαμηλής αξιοπιστίας. Έτσι, η μέθοδος δεν συνιστάται για ασθενείς με ΣΧΠ.

Η χειρουργική της σπονδυλικής στήλης έχει σαφείς ενδείξεις σε ορισμένες κατηγορίες ασθενών. Συγκριτικές μελέτες όμως έχουν αποδείξει ότι μη χειρουργικές μέθοδοι θεραπείας είχαν τα ίδια αποτελέσματα με χειρουργικές επεμβάσεις, σε ασθενείς με παρόμοια προβλήματα στη σπονδυλική στήλη. Οι ενδείξεις δεν θεωρούνται επαρκείς και οι κατευθυντήριες οδηγίες συστήνουν ότι οι επεμβάσεις στη σπονδυλική στήλη πρέπει να αποφεύγονται στους ασθενείς με ΣΧΠ, εκτός από τις περιπτώσεις όπου διαπιστώνεται μια σοβαρή νέα βλάβη, όταν συνυπάρχουν ή επιδεινώνονται νευρολογικές διαταραχές και σε σοβαρή αστάθεια της σπονδυλικής στήλης¹³.

Γενικά μέτρα

Οι βιβλιογραφικές ενδείξεις υποστηρίζουν ότι τα άτομα με ΣΧΠ είναι προτιμότερο να αντιμετωπίζονται σαν εξωτερικοί ασθενείς. Στις περισσότερες περιπτώσεις εφαρμόζεται θεραπεία 20 ημερών. Ο χρόνος αυτός μπορεί να αυξηθεί ή να ελαττωθεί ανάλογα με τις απαιτήσεις και την έκβαση των ασθενών. Μετά την αποκατάσταση οι ασθενείς παρακολουθούνται για τουλάχιστον 3 μήνες, διάστημα που μπορεί να παραταθεί στους 6 έως 12 μήνες, εφόσον χρειάζεται να γίνουν προσαρμογές ή να αναθεωρηθούν οι θεραπευτικοί στόχοι. Άλλα σημεία που έχουν ιδιαίτερη σημασία στη διαχείριση του ΣΧΠ, είναι η πρόληψή του και η έγκαιρη εφαρμογή των προγραμμάτων αποκατάστασης.

Κατευθυντήριες οδηγίες για το Σ.Χ.Π.



Οι κατευθυντήριες οδηγίες που αναφέρθηκαν παρουσιάζονται στην παρούσα φάση με τη μορφή αλγόριθμου για την αντιμετώπιση του ΣΧΠ. Τονίζεται όμως, ότι ο αυξανόμενος όγκος των πληροφοριών και οι αλματώδεις εξελίξεις επιβάλλουν την αναθεώρηση των οδηγιών κάθε 4 χρόνια ή και νωρίτερα ακόμη, εφόσον διαπιστωθεί ότι προέκυψαν επαρκείς και αξιόπιστες επιπρόσθετες ενδείξεις.

Επίλογος

Η τεκμηριωμένη αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου αισιοδοξεί να βελτιώσει την παρεχόμενη φροντίδα στην ευαίσθητη ομάδα των ασθενών με ΣΧΠ. Φαίνεται ότι στο μέλλον η συλλογική ιατρική έρευνα θα είναι αυτή που θα υποδεικνύει τις εκάστοτε θεραπευτικές επιλογές, οι οποίες μάλιστα θα υπόκεινται στη δοκιμασία της αναθεώρησης σε όλο και μικρότερο χρονικό διάστημα. Η πιθανότητα αυτή εγείρει προβληματισμούς για κίνδυνο αποδυνάμωσης της προσωπικής εμπειρίας, της σκέψης, της κρίσης, του συναισθήματος και της ιατρικής συνείδησης. Οι επικριτές της τεκμηριωμένης ιατρικής επισημαίνουν ότι ο ασθενής κινδυνεύει να κωδικοποιηθεί σαν ένας ακόμη αριθμός σε μία τυχαίοποιημένη, ελεγχόμενη μελέτη. Οι πλέον απαισιόδοχοι καταλήγουν ότι η ιατρική πρακτική ακολουθεί τους νόμους της παγκόσμιας ομογενοποίησης. Για το λόγο αυτό, τώρα είναι ανάγκη περισσότερο από ποτέ, στον καταγισμό των πληροφοριών να διατηρηθεί μια καλώς εννοούμενη δυσπιστία, αμφισβήτηση των δεδομένων, σωστή αξιολόγηση των πληροφοριών και διατήρηση σε εγρήγορση των αξιών, της κρίσης και της σκέψης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Cahana A. Ethical and epistemological problems when applying evidence-based medicine to pain management. *Pain Practice*. 5: 298-302, 2005.
2. Sanders SH, Rucker KS, Anderson KO, et al. Clinical practice guidelines for chronic non-malignant pain syndrome patients. *J Low Back Musculoskelet Rehabil*. 5: 115-120, 1995.
3. Sanders SH, Harden R, Vicente PJ. Evidence-based clinical practice guidelines for interdisciplinary rehabilitation of chronic nonmalignant pain syndrome patients. *Pain Practice*. 5:303-315, 2005.
4. McQuay HJ., Moore RA.: Chronic pain: Introduction. p.195-200. In: *An evidence-based resource for pain relief*. Oxford University Press. New York, 2002.
5. Barkin RL, Fawcett J. The management challenges of chronic pain: The role of antidepressants. *Am J Ther* 7: 31-47, 2000.
6. McQuay HJ. Neuropathic pain: Evidence matters. *Eur J Pain* 6: 11-18, 2002.
7. The use of opioids in the treatment of chronic pain. A consensus statement from the American Academy of Pain Medicine and the American Pain Society. *Clin J Pain*, 13: 6-8, 1997.
8. Daniell HW. Hypogonadism in men consuming sustained-action oral opioids. *J Pain* 3: 377-384, 2002.
9. Liddle SD, Baxter G, Gracey JH. Exercise and chronic low back pain: what works? *Pain* 107: 176-190, 2004.
10. Ζαραλίδου Α, Μαϊδάτση Π, Αμανίτη Α, Γοργίας Ν, Γκιάλα Μ. Διήθηση των σημείων πυροδότησης για την αντιμετώπιση των μυοπεριτονιακών συνδρόμων. *Θέματα Αναισθησιολογίας και Εντατικής Ιατρικής* 12: 132, 2002.
11. Ernst E. Acupuncture: who is missing the point? *Pain* 109: 203-204, 2004.
12. Thimineur MA. Intrathecal opioid treatment for chronic non-malignant pain. *Pain* 109: 242-249, 2004.
13. Van Zundert J, van Kleef M. Low back pain: From algorithm to cost-effectiveness? *Pain Practice* 5: 179-189, 2005.

ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ. ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ ΤΟΥ Π.Ο.Υ. ΣΕ ΝΕΕΣ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ

Αικατερίνη ΤΣΙΡΟΓΙΑΝΝΗ

Η αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου στηρίζεται τις δυο τελευταίες δεκαετίες στην *αναλγητική κλίμακα*, που έχει προταθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), με *βασικό κριτήριο την ένταση του πόνου*.¹ Αν ο πόνος είναι ήπιος, η έναρξη μπορεί να γίνει με *μη-οπιοειδή φάρμακα* του 1^{ου} επιπέδου ± *συνοδά φάρμακα*. Σε επιμονή του πόνου ή επιδείνωση, παρά την αύξηση της δοσολογίας στα όρια του επιτρεπτού, απαιτείται *αλλαγή στο 2^ο επίπεδο (ήπια οπιοειδή ± μη-οπιοειδή ± συνοδά φάρμακα)* ή και στο 3^ο (*ισχυρά οπιοειδή ± μη-οπιοειδή ± συνοδά φάρμακα*).² Πρόκειται για ένα προτεινόμενο πλαίσιο αρχών, παρά για αυστηρό πρωτόκολλο (Π.Ο.Υ, 1996). Προτείνοντας κατηγορίες φαρμάκων και όχι συγκεκριμένα φάρμακα, παρέχεται ευελιξία στην επιλογή του αναλγητικού σχήματος, καθώς υπάρχει διαφορά και περιορισμός στα διαθέσιμα σκευάσματα από χώρα σε χώρα.^{1,3} Οι συστάσεις του Π.Ο.Υ. στηρίζονται στη διαθεσιμότητα των φαρμάκων ανά τον κόσμο και όχι αυστηρά στη φαρμακολογία. Η αποτελεσματικότητα της κλίμακας έχει αποδειχθεί, και, αν μη τι άλλο, συνέβαλε σημαντικά στην εξοικείωση των κλινικών ιατρών με τη χρήση των οπιοειδών. Ωστόσο, σήμερα, στην εποχή της ιατρικής που βασίζεται σε τεκμηριωμένα στοιχεία, η τριών βαθμίδων κλίμακα δέχεται κριτική για την έλλειψη ισχυρών δεδομένων από αντίστοιχες μελέτες, που να τεκμηριώνουν τις προτάσεις της.

Στο 1^ο επίπεδο δεν διαπιστώθηκε μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα ή ασφάλεια σε κάποιο από τα μη-οπιοειδή, αλλά, σε μελέτες βρέθηκε ελαφρά υπεροχή του συνδυασμού μη-οπιοειδούς με ένα οπιοειδές, έναντι του κάθε φαρμάκου μεμονωμένα. Απουσιάζουν τυχαίοποιημένες μελέτες που να δείχνουν ένα ασφαλές προφίλ των μη-οπιοειδών σε μακροχρόνια χορήγηση. Με μια διαφορετική προσέγγιση της αναλγητικής κλίμακας, σε μελέτες, προτείνεται η χορήγηση και μη-οπιοειδών (1^{ου} επ.) στους ασθενείς που είναι ήδη σε οπιοειδή (2^ο ή 3^ο) για την ενίσχυση της αναλγησίας με διαφορετικό τρόπο, ή, σε ασθενείς που εμφανίζουν παρενέργειες από τη χορήγηση οπιοειδών.⁴

Η σκοπιμότητα του 2^{ου} επιπέδου έχει αμφισβητηθεί. Μετά από ανασκοπήσεις και σχετικές μελέτες, διαπιστώθηκε ότι δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να επιβεβαιώνουν ή να αναιρούν την πρόταση του Π.Ο.Υ. για την αντιμετώπιση του μέτριου καρκινικού πόνου. Ασθενείς που δεν λάμβαναν πριν οπιοειδή, προσπερνώντας το 2^ο επίπεδο χρησιμοποίησαν επιτυχώς διαδερμική φεντανύλη 25mcg/h, ποσό ισοαναλγητικό με 60 mg/day μορφίνης από το στόμα. Ωστόσο σχετική μελέτη έδειξε καλύτερη ανοχή στις παρενέργειες των οπιοειδών σε ασθενείς που είχαν χρησιμοποιήσει προηγουμένως κωδεΐνη. Σε δοκιμές δεν βρέθηκε διαφορά στην αποτελεσματικότητα μεταξύ NSAIDs (1^{ου} επιπέδου), μη-ισχυρών οπιοειδών (2^{ου} επιπέδου) και του συνδυασμού των,

που πρακτικά ισοδυναμεί με εξίσωση των δύο πρώτων επιπέδων, αν και θα ήταν σκόπιμο να υπήρχαν περισσότερα σχετικά δεδομένα. Σύμφωνα με άλλα στοιχεία, η μορφίνη σε πολύ χαμηλές δόσεις, για ασθενείς που δεν έχουν ξαναπάρει οπιοειδή, μπορεί να προσφέρει αρκετά πλεονεκτήματα, όπως η ανοχή στις παρενέργειες, ενώ εξασφαλίζει ικανοποιητική αναλγησία.^{1,4,5}

Στο 3^ο επίπεδο, αν και η μορφίνη αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο στην αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου και το μέτρο σύγκρισης με τα άλλα οπιοειδή, δεν υπάρχουν σαφή στοιχεία που να δείχνουν την ανωτερότητα ενός οπιοειδούς έναντι κάποιου άλλου. Η μορφίνη παραμένει η πρώτη επιλογή για λόγους οικειότητας, διαθεσιμότητας και κόστους παρά για την αποδεδειγμένη υπεροχή της.³ Επίσης, ο ρόλος των συνοδών φαρμάκων μένει να τεκμηριωθεί με καλά σχεδιασμένες μελέτες.

Σύμφωνα με ανασκοπήσεις, το 70% με 90% των ασθενών με καρκινικό πόνο, μπορεί να αντιμετωπίσει επιτυχώς το πρόβλημα με φαρμακευτική αγωγή, ακολουθώντας τις αρχές της αναλγητικής κλίμακας.¹ Το υπόλοιπο 10-30% αντιπροσωπεύει την άλλη πλευρά του νομίσματος, όπου η αναλγησία με φαρμακευτικές μεθόδους είναι ανεπαρκής ή οι παρενέργειες μη ανεκτές. Τότε απαιτούνται επεμβατικές τεχνικές όπως οι νευρικοί αποκλεισμοί και οι τεχνικές νευροτροποποίησης.⁶ Ενδείξεις υπάρχουν για την αποτελεσματικότητα της νευρόλυσης του κοιλιακού πλέγματος σε καρκίνους της κοιλίας, αλλά για τις λοιπές τεχνικές τα δεδομένα προέρχονται από αναφορές περιστατικών.⁵ Η αναλγητική κλίμακα μειονεκτεί, καθώς δεν προτείνει την ενσωμάτωση των προηγούμενων διαδικασιών στην αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου. Ωστόσο, ελεγχόμενες μελέτες έχουν δείξει ότι οι επεμβατικές μέθοδοι πρέπει να συμπεριληφθούν ως συμπληρωματική αγωγή σε κάθε βαθμίδα της αναλγητικής κλίμακας, και, να μη θεωρούνται το τελευταίο καταφύγιο όταν αποτύχει κάθε άλλη πρόταση. Τεκμηριωμένα προτείνεται η πρόωπη εφαρμογή επεμβατικών διαδικασιών που μπορεί να οδηγήσουν ταχύτερα σε περισσότερο αποτελεσματική αναλγησία, με λιγότερες παρενέργειες και, πιθανόν, υψηλότερη επιβίωση σε σύγκριση με τον παραδοσιακό τρόπο αντιμετώπισης.¹ Η Αμερικανική Εταιρεία Πόνου επιδιώκοντας τη λύση στην υπο-αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου, βασιζόμενη σε ενδείξεις, προωθεί νέες κατευθυντήριες γραμμές, όπου η αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου πρέπει να στηρίζεται στη συχνή εκτίμησή του, την πρόληψη και έγκαιρη αντιμετώπισή του, την συμβολή όλης της οικογένειας στο πρόγραμμα αντιμετώπισης του πόνου, και, την καθιέρωση πολυδιάστατων προγραμμάτων όπου ο πόνος αντιμετωπίζεται ως ευρύτερο ιατροκοινωνικο-οικονομικό πρόβλημα. Προτείνεται η προγραμματισμένη χορήγηση οπιοειδών, η τιτλοποίηση της αγωγής, η αναλυτική ενημέρωση του ασθενούς και της οικογένειάς του με στόχο τη διαρκή και αποτελεσματική επικοινωνία ασθενούς και ιατρών και την απομυθοποίηση των οπιοειδών.⁷ Ο κατάλληλος συνδυασμός παραγόντων ελέγχου του καρκινικού πόνου και η εξατομίκευση της αγωγής ανάλογα με τις ανάγκες του ατόμου, τις επιθυμίες και την αποτελεσματικότητα, οδήγησε τους μελετητές στη διατύπωση της ενδιαφέρουσας άποψης ότι το μοντέλο της κλίμακας θα μπορούσε να εξελιχθεί σε (αρχιτεκτονικό μοντέλο και πάλι) *ανεγκυστήρα* που μεταφέρει με άνεση τους ασθενείς στο κατάλληλα επιλεγμένο πολυεπίπεδο στόχο και με *κυλιόμενες σκάλες* που οδηγούν ακολούθως τον κάθε ασθενή σε γειτονικά, ανά περίπτωση, επίπεδα.⁵

Εναλλακτικά, με αφορμή τα ευρήματα ελεγχόμενων μελετών προτείνεται ανεπίσημα νέος αλγόριθμος¹. Για ήπιο πόνο, αναλγησία με μη-οπιοειδή. Σε ανεπαρκή αναλγησία, προσθήκη μικρών τιτλοποιημένων δόσεων ισχυρών οπιοειδών, σύμφωνα με τις ανάγκες του ασθενούς. Για μέτριο πόνο, μικρές τιτλοποιημένες δόσεις ισχυρών οπιοειδών με ή χωρίς μη-οπιοειδή. Για σοβαρό πόνο απαιτούνται ισχυρά οπιοειδή με ή χωρίς μη-οπιοειδή. Οι επεμβατικές μέθοδοι, όταν αυτό είναι δυνατό, πρέπει να χρησιμοποιούνται ως συμπληρωματικά ή εναλλακτικά της φαρμακοθεραπείας σε κάθε επίπεδο με μέτριο ή σοβαρό καρκινικό πόνο. Τα συνοδά φάρμακα μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε κάθε επίπεδο. Τα μη ισχυρά οπιοειδή προτείνονται για χώρες όπου δεν είναι διαθέσιμα ή δεν υπάρχει η εμπειρία στη χρήση ισχυρών οπιοειδών.

Καθώς όμως η αναλγητική κλίμακα εξακολουθεί να επικρατεί, η Ευρωπαϊκή Εταιρεία Παρηγορητικής Φροντίδας δημοσίευσε κατευθυντήριες οδηγίες για τη χρήση της μορφίνης και άλλων εναλλακτικών οπιοειδών στον καρκινικό πόνο. Οι οδηγίες αυτές στηρίζονται σε συμπεράσματα καλά σχεδιασμένων ερευνητικών πρωτοκόλλων ή είναι προϊόν συναίνεσης των πλέον ειδικών επιτροπών.³

1) Η μορφίνη είναι το οπιοειδές πρώτης επιλογής για το μέτριο ως σοβαρό καρκινικό πόνο. C

2) Η καλύτερη οδός χορήγησης της μορφίνης είναι από το στόμα. Κανονικά απαιτείται ύπαρξη δύο σκευασμάτων μορφίνης: ένα ταχείας αποδέσμευσης και ένα δεύτερο ελεγχόμενης αποδέσμευσης. C [*H δοσολογία*

πρέπει να τιτλοποιείται. Καθοριστικός παράγοντας είναι η προηγούμενη αναλγητική θεραπεία. Ασθενής που βρίσκεται ήδη στο 2^ο στάδιο της αναλγητικής κλίμακας και λαμβάνει οπιοειδές σε συνδυασμό με μη-οπιοειδή συνήθως αρχίζει μορφίνη με 10 mg/4 h. Αν το 2^ο βήμα παραλείπεται, μπορεί να γίνει έναρξη μορφίνης με 5 mg/4 h, ενώ όταν γίνεται μετατροπή από άλλο οπιοειδές του 3^{ου} σταδίου σε μορφίνη, απαιτούνται >10 mg/4h. Η τιτλοποίηση γίνεται με χορήγηση μορφίνης ταχείας αποδέσμευσης και διάρκειας, και, όταν σταθεροποιηθεί η κατάσταση ακολουθεί η χορήγηση ισοδύναμης ποσότητας μορφίνης βραδείας αποδέσμευσης]. Και οι δύο αυτοί τύποι μορφίνης είναι το ίδιο αποτελεσματικοί στην αντιμετώπιση του πόνου⁸.

3) Η πιο απλή μέθοδος τιτλοποίησης της δοσολογίας είναι: η αρχική χορήγηση μιας δόσης μορφίνης ταχείας αποδέσμευσης κάθε 4 ώρες και η χορήγηση της ίδιας δόσης και για την αντιμετώπιση του παροξυσμικού πόνου. Αυτή η δόση διάσωσης μπορεί να δίνεται όσο συχνά χρειάζεται και το συνολικό ποσό καταγράφεται καθημερινά. Ακολουθώς η ημερήσια δόση αναθεωρείται συνυπολογίζοντας και το συνολικό ποσό των δόσεων διάσωσης της μορφίνης. **C** [Η συχνότητα χορήγησης των δόσεων διάσωσης εξαρτάται από την οδό χορήγησης της μορφίνης και το χρόνο της μέγιστης δράσης. Οι δόσεις διάσωσης όταν δίνονται από το στόμα είναι συνήθως ανά 1-2 h, ενώ παρεντερικά (σε ποσό ισοδύναμο της παρεντερικής τετράωρης δόσης) κάθε 15-30 min].

4) Εμφάνιση πόνου πριν την επόμενη κανονική δόση σημαίνει ότι πρέπει να αυξηθεί η δοσολογία της μορφίνης. Η ταχείας αποδέσμευσης μορφίνη δεν πρέπει να δίνεται νωρίτερα από τις 4 ώρες και η βραδείας αποδέσμευσης νωρίτερα από τις 12 ή 24 ώρες, ανάλογα με την αναμενόμενη διάρκεια του σκευάσματος. Για τους ασθενείς με σταθερή χορήγηση μορφίνης από το στόμα απαιτείται διαρκής εκτίμηση των δόσεων διάσωσης για την αντιμετώπιση του παροξυσμικού πόνου. **A** [Δεν υπάρχουν τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες που να αποδεικνύουν την κατάλληλη δόση μορφίνης για τον παροξυσμικό πόνο, αλλά, η εμπειρία έχει δείξει ότι η δόση αντιμετώπισης του κυμαίνεται από το 30 έως το 100% της 4ωρης δόσης].

5) Σε χώρες που δεν υπάρχει σκεύασμα μορφίνης ταχείας αποδέσμευσης (όπως στην Ελλάδα) απαιτείται διαφορετική στρατηγική. Αλλαγές στην ημερήσια δόση δεν πρέπει να γίνονται συχνότερα από 48 ώρες και η φάση τιτλοποίησης της δοσολογίας παρατείνεται. **C** [Η συνολική ημερήσια δόση εκτιμάται με βάση την προηγούμενη πρόσληψη αναλγητικών. Ο παροξυσμικός πόνος αντιμετωπίζεται -ανάλογα με τα υπάρχοντα σκευάσματα- α) με μια δόση μη-οπιοειδούς, όπως NSAID ή παρακεταμόλη, β) με άλλο, μικρής διάρκειας, αλλά ισχυρό οπιοειδές από το στόμα (όπως οξικωδόνη), γ) με από του στόματος ή του ορθού διάλυμα μορφίνης].

6) Για τους ασθενείς που λαμβάνουν μορφίνη ταχείας αποδέσμευσης ανά 4ωρο είναι πρακτικό να λαμβάνουν διπλή δόση πριν τη βραδινή κατάκλιση, ώστε να μην ξυπνούν τη νύχτα. **C**

7) Δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι τα σκευάσματα βραδείας αποδέσμευσης-12ωρης δράσης- (χάπια κάψουλες, σιρόπια) διαφέρουν στην αναλγητική τους ισχύ και τη διάρκεια δράσης. Το ίδιο ισχύει και για τα 24ωρης δράσης παρότι υπάρχουν λιγότερες σχετικές μελέτες. **A**

8) Όταν ο ασθενής δεν μπορεί να λάβει μορφίνη από το στόμα προτιμότερη εναλλακτική οδός είναι η υποδόρια χορήγηση. Είναι πιο απλή και λιγότερο επώδυνη σε σχέση με την ενδομυϊκή. **C** [Η απορρόφηση της μορφίνης SC και IM είναι παρόμοια, η μέγιστη συγκέντρωση στο πλάσμα επιτυγχάνεται εντός 15-30 min, και, η έναρξη δράσης της μορφίνης είναι πιο σύντομη συγκριτικά με την peros χορήγηση. Η βιοδιαθεσιμότητα, η διάρκεια δράσης της μορφίνης δια του ορθού ή δια του στόματος και η ισοαναλγητική δόση είναι παρόμοιες. Φάρμακα όπως η διαμορφόνη και η υδρομορφόνη, καθώς είναι περισσότερο διαλυτά από τη μορφίνη, αποτελούν καλύτερες λύσεις για παρεντερική χορήγηση λόγω μικρότερου όγκου έγχυσης που απαιτείται. Στην Ελλάδα εναλλακτικά διατίθεται η διαδερμική φεντανύλη].

9) Ο λόγος της ισχύος της μορφίνης από το στόμα προς την υποδόρια μορφίνη είναι μεταξύ 1:2 και 1:3. **C**

10) Εφόσον ο ασθενής χρειάζεται συνεχή παρεντερική χορήγηση μορφίνης, η καλύτερη οδός είναι η υποδόρια συνεχής έγχυση. **C** [Υπάρχουν ειδικές φορητές συσκευές για διαρκή αργή έγχυση σε ασθενείς με προχωρημένη μορφή καρκίνου, που δεν είναι σε θέση να λάβουν φάρμακα από το στόμα].

11) Ενδοφλέβια έγχυση μορφίνης επιλέγεται σε ασθενείς: α) που έχουν ήδη τοποθετημένη φλεβική γραμμή, β) με γενικευμένο οίδημα, γ) με ερυθρότητα, φλεγμονή ή απόστημα μετά από υποδόρια έγχυση, δ) με διαταραχές αιμόστασης, ε) με κακή περιφερική κυκλοφορία. **C**

12) Η ισχύς της από του στόματος προς την ενδοφλέβια μορφίνη είναι 1:2 -1:3 **A**

13) Η υπογλώσσια οδός και οι ρινικοί ψεκασμοί για τη χορήγηση μορφίνης δεν συνιστώνται, γιατί μέχρι σήμερα δεν έχουν τεκμηριωθεί κλινικά πλεονεκτήματα σε σχέση με συμβατικές οδούς χορήγησης. **B** [*Η απορρόφηση της μορφίνης από τις συγκεκριμένες οδούς είναι απρόβλεπτη και γι' αυτό αποφεύγεται ανάλογη χορήγηση. Αντιθέτως, οι λιπόφιλοι παράγοντες όπως μεθαδόνη, φεντανύλη και βουπρενορφίνη απορροφώνται καλά δια του βλεννογόνου του στόματος. Ειδικά η βουπρενορφίνη, αποτελεί εναλλακτική λύση σε ασθενείς με προηγούμενη αγωγή μορφίνης χαμηλής δοσολογίας, που αντιμετωπίζουν δυσκολία κατάποσης. Επισημαίνεται όμως ότι υπάρχει περιορισμένη εμπειρία μακροχρόνιας αγωγής σε καρκινικό πόνο].*

14) Η χρήση της κιτρικής φεντανύλης, δια του βλεννογόνου του στόματος, θεωρείται αποτελεσματική μέθοδος για την αντιμετώπιση του παροξυσμού πόνου σε ασθενείς ήδη σταθεροποιημένους με μορφίνη από το στόμα ή με κάποιο άλλο οπιοειδές. **A** [*Με OTFC η αναλγησία αρχίζει σε 5-15min και διαρκεί περίπου 2 h. Αν και είναι νέα τεχνική και η κλινική εμπειρία περιορισμένη, υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις που προέρχονται από καλές τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες].*

15) Επιτυχής αντιμετώπιση του πόνου σημαίνει να επιτυγχάνεται επαρκής αναλγησία χωρίς σημαντικές επιπλοκές. Με τα κριτήρια αυτά η εφαρμογή των οδηγιών της Π.Ο.Υ. και της EAPC έχει σαν αποτέλεσμα τον επαρκή έλεγχο του πόνου στην πλειονότητα των ασθενών. Σε κάποιο μικρό ποσοστό ασθενών το ίδιο αποτέλεσμα εξασφαλίζεται με εναλλακτικές μεθόδους. **B**

16) Σε μικρό ποσοστό ασθενών εμφανίζονται ανυπόφορες επιπλοκές από τη χορήγηση της μορφίνης από το στόμα. Εδώ πρέπει να γίνει αλλαγή μορφίνης με άλλο οπιοειδές ή αλλαγή οδού χορήγησης. **B** [*Αρχικά προτείνεται η μείωση της δοσολογίας της μορφίνης. Σε αποτυχία συνιστάται αλλαγή οπιοειδούς και τιτλοποίηση. Σε επαναλαμβανόμενες αλλαγές, η πρακτική χαρακτηρίσθηκε με τον όρο opioid rotation, η οποία όμως φαίνεται ότι περιπλέκει την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου και δεν συνιστάται η εφαρμογή της από μη ειδικούς].*

17) Η υδρομορφίνη και η οξυκωδόνη από το στόμα αποτελούν αποτελεσματικά οπιοειδή, εναλλακτικά της μορφίνης. **A** (*Κανένα δεν διατίθεται στην Ελλάδα).*

18) Η μεθαδόνη αποτελεί επίσης εναλλακτικό της μορφίνης, αλλά είναι πιο πολύπλοκη στη χρήση της σε σχέση με τα άλλα οπιοειδή, λόγω εξατομικευμένων διαφορών στο χρόνο ημίσειας ζωής στο πλάσμα, στην αναλγητική ισχύ και στη διάρκεια δράσης της. Απαιτεί εμπειρία. **C** [*Πρόκειται για συνθετικό οπιοειδές που διατίθεται ευρέως σε μορφή από το στόμα. Η αρχική αναλγητική δράση διαρκεί 4-6 h και ο χρόνος ημίσειας ζωής στο πλάσμα ποικίλει από 17-100 h (με μέσο όρο περίπου 24 h). Λόγω άθροισης, σε χρόνια χορήγηση δεν πρέπει να δίνεται συχνότερα από 8h. Η αλλαγή από άλλο οπιοειδές σε μεθαδόνη παρουσιάζει δυσκολία στον προσδιορισμό της ισοαναλγητικής δόσης].*

Σύμφωνα με 52 αναφορές η μορφίνη είναι το οπιοειδές 1^{ης} επιλογής, ενώ η μεθαδόνη το 2^ο πιο συχνά χορηγούμενο οπιοειδές. Η αλλαγή από το ένα στο άλλο εκτιμάται ως χρήσιμος κλινικός χειρισμός (opioid switching) με σκοπό τη βελτίωση της ρύθμισης του πόνου ή τη μείωση των παρενεργειών.⁹

19) Η διαδερμική φεντανύλη αποτελεί αποτελεσματική εναλλακτική επιλογή για ασθενείς με σταθεροποιημένες ανάγκες σε οπιοειδή. Έχει το πλεονέκτημα της χορήγησης μέσω αυτοκόλλητου. **B** [*Το χαμηλό M.B. και η υψηλή λιποδιαλυτότητα της φεντανύλης διευκολύνουν την απορρόφηση της δια του δέρματος. Μετά την εφαρμογή, η φεντανύλη δεν ανιχνεύεται στη συστηματική κυκλοφορία για 1-2 h. Σταδιακά τα επίπεδα στον ορό αυξάνονται με εμφάνιση αναλγητικής δράσης εντός 8-16 h και σταθεροποιούνται σε 72 h. Κάθε αυτοκόλλητο εφαρμόζεται ανά 3 ημέρες. Δημιουργείται μια ενδοδερμική δεξαμενή φεντανύλης, και απαιτούνται 16 h για να μειωθούν τα επίπεδα φαρμάκου στον ορό στο 50% μετά την αφαίρεση του αυτοκόλλητου. Υπάρχουν ορισμένες κλινικές ενδείξεις ότι συνοδεύεται από μικρότερο πρόβλημα δυσκοιλιότητας].*

20) Νωτιαία χορήγηση οπιοειδών σε συνδυασμό με τοπικά αναισθητικά ή κλονιδίνη συνιστάται όταν, παρά τη σωστή εφαρμογή της αγωγής, δεν εξασφαλίζεται επαρκής αναλγησία ή υπάρχουν σοβαρές παρενέργειες **B**

Συμπερασματικά, καθώς η συλλογή τεκμηριωμένων στοιχείων συνεχίζεται, η αναλγητική κλίμακα αναμένεται να εισέλθει σε διαδικασία αναμόρφωσης, υπό το φως της εικοσαετούς κλινικής εμπειρίας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) E.Eisenberg and others. Time to Modify the WHO Analgesic Ladder? PAIN, Clinical Updates, Volume XIII, No.5, December 2005.
- 2) WHO. Cancer Pain Relief. Geneva: World Health Organization, 1986.
- 3) Expert Working Group of the Research Network of the European Association for Palliative Care. Morphine and alternative opioids in cancer pain: the EAPC recommendations. Br J Cancer 84: 587-93, 2001.
- 4) Sebastiano Mercadante. Cancer pain: pharmacotherapy guidelines. Highlights in Regional Anaesthesia and Pain Therapy: 191-194, 2005.
- 5) AHRQ. Management of Cancer Pain. Evidence Report / Technology Assessment: Number 35.
- 6) Α. Ζαραλίδου. Επεμβατικές τεχνικές. Στρογγυλή Τράπεζα: Καρκινικός πόνος. 5^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Πόνου. Καστοριά, 2004.
- 7) APS, Guideline for the Management of Cancer Pain in Adults and Children. Glenview, Jan.31, 2005.
- 8) Wiffen PJ and others. Oral morphine for cancer pain. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005.
- 9) Quigley C. Opioid switching to improve pain relief and drug tolerability. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005.