

## **Οξύς και χρόνιος πόνος**

*Από την Αθηνά Βαδαλούκα, MD, PhD, FIPP*

Αναπλ. Καθηγήτρια Ανααισθησιολογίας'

Διευθύντρια , Ά Ανασθησιολογικής Κλινικής, Θεραπείας Πόνου και Παρηγορητικής Φροντίδας, Αρεταίειου Νοσοκομείου, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Πρόεδρος Μεσογειακού Τμήματος Παγκόσμιου Ινστιτούτου Πόνου, τ. Πρόεδρος Ευρωπαϊκής Εταιρείας Περιιοχικής Ανααισθησίας

*Ο πόνος είναι "ο δυνάστης των λαών" έλεγε ο Αλβέρτος Σβάιτσερ, ενώ ο Αριστοτέλης αναφέρει ότι "πόνος είναι πάθος ψυχής".*

Ο πόνος (από το ρήμα πένομαι), στους Ομηρικούς χρόνους σήμαινε σκληρή δουλειά (εξού και επίπονος), τον καιρό του Ηρόδοτου σήμαινε δυσφορία και μόνο την εποχή του Ιπποκράτη συνδέθηκε άμεσα με τη νόσο ή τον τραυματισμό.

Η στενή ετυμολογική σχέση της λέξης πόνος με τη λέξη ποινή (Poena στα λατινικά) προφανώς αντανακλά την ηθικά ανυψωτική αντίληψη για τον πόνο που επικρατεί σε διάφορες θρησκείες.

Εξάλλου, ο σωματικός πόνος αποτελεί ακόμη και σήμερα τρόπο τιμωρίας-φρονηματισμού των παιδιών και μερικές φορές και των ενηλίκων.

Ο Ιπποκράτης υποστηρίζει ότι η ανακούφιση από τον πόνο είναι θεϊόν έργο και διδάσκει τους μαθητές του ότι το ευγενέστερο αντικείμενο των φροντίδων τους είναι η αναλγησία.

Η διδασκαλία του Ιπποκράτη επηρεάζει μέχρι σήμερα την ιατρική σκέψη, ενώ η ολιστική άποψή του για τη μελέτη του ασθενούς και όχι της νόσου είναι μια από τις πολλές, χρήσιμες ακόμα και σήμερα, προσεγγίσεις στην εκτίμηση του ασθενούς με χρόνιο πόνο.

Ο τελικός ορισμός του πόνου δόθηκε το 1979 από την IASP (International Association for the Study of Pain) "ως μια δυσάρεστη υποκειμενική αισθητική και συναισθηματική εμπειρία, που συνδέεται με πραγματική ή δυνητική ιστική βλάβη ή που περιγράφεται σαν τέτοια".

Δυο είναι οι μεγάλες κατηγορίες πόνου που απασχολούν τον ιατρό. Ο οξύς και χρόνιος πόνος.

Ο οξύς και ο χρόνιος πόνος διαφέρει ως προς της αιτιολογία, την παθοφυσιολογία, τη διάγνωση και τη θεραπεία τους. Ο οξύς πόνος είναι αυτοπεριοριζόμενος και εξυπηρετεί μια προστατευτική βιολογική λειτουργία, δρώντας ως προειδοποίηση μιας εξελισσόμενης ιστικής βλάβης. Είναι σύμπτωμα της εξέλιξης μίας νόσου και

εμφανίζεται, ή γύρω από τον τραυματισμένο ή τον πάσχοντα ιστό. Τα συνοδά ψυχολογικά συμπτώματα είναι ελάχιστα και συνήθως περιορίζονται στο ήπιο άγχος. Ο οξύς πόνος είναι βλαπτικής φύσης και εμφανίζεται δευτεροπαθώς μετά από χημικό, μηχανικό και θερμικό ερεθισμό των A-δέλτα και C-πολυπαραγόντων υποδοχέων του πόνου.

Από την άλλη πλευρά, ο χρόνιος πόνος δεν εξυπηρετεί καμία προστατευτική βιολογική λειτουργία. Ο χρόνιος πόνος δεν είναι σύμπτωμα της εξέλιξης μιας νόσου, αλλά είναι ο ίδιος εξέλιξη μιας νόσου. Ο χρόνιος πόνος δεν υποχωρεί και δεν αυτοπεριορίζεται.

### **Ταξινόμηση του πόνου:**

1. **Αλγαισθητικός:** Σωματικός και σπλαχνικός.
2. **Νευροπαθητικός:** Κεντρικός και περιφερικός.
3. **Ιδιοπαθής.**
4. **Ψυχογενής.**

Ο κυριότερος εκπρόσωπος του οξέος πόνου είναι ο μετεγχειρητικός πόνος ενώ ο χρόνιος πόνος διακρίνεται σε καλοήθη και κακοήθη. Χαρακτηρίζουμε χρόνο κάθε πόνο που διαρκεί περισσότερο από 2-6 μήνες.

Ο χρόνιος πόνος αντιμετωπίζεται από το 1986 στα ειδικά κέντρα πόνου και παρηγορητικής αγωγής σύμφωνα με τις αποφάσεις της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ). Η επιστημονική ομάδα απαρτίζεται από ένα σύνολο ατόμων που, χωρίς αμφιβολία, έχουν προσελκυστεί στο έργο αυτό για ποικίλους λόγους. Μια επιτυχημένη ομάδα εργασίας βασίζεται κατ' αρχάς στην προσεκτική επιλογή των μελών της: η επαγγελματική ικανότητα, η ευελιξία, η αίσθηση του χιούμορ, ο σεβασμός για τους άλλους, η ικανότητα υποστήριξης των συναδέλφων και, πάνω απ' όλα, η κατανόηση της έννοιας της εμπιστοσύνης, είναι όλα απαραίτητα.

Η επιστημονική ομάδα αποτελείται από Αναισθησιολόγο, Ογκολόγο, Ακτινοθεραπευτή, Νευροχειρουργό, Χειρουργό, Ψυχίατρο, Ψυχολόγο, Νοσηλευτές, Κοινωνική Λειτουργό, Φυσιοθεραπευτή, Ιερείς και εθελοντές.

Σε έρευνα σε 16 χώρες της Ευρώπης σε 46.394 ασθενείς, που τα αποτελέσματά της δημοσιεύτηκαν την τελευταία χρονιά, αποδείχθηκε ότι σχεδόν ένας στους πέντε (19%) Ευρωπαίους πολίτες (75.000.000) υποφέρουν από χρόνια πόνο. Τα υψηλότερα ποσοστά εμφανίζονται στη Νορβηγία, Πολωνία και Ιταλία (30%) και τα χαμηλότερα στην Ισπανία (11%).

Το 1/3 των πασχόντων αναφέρει ότι βιώνει τον πόνο συνέχεια ενώ οι υπόλοιποι μία φορά καθημερινά ή πολλές φορές την εβδομάδα.

Εξάλλου το ίδιο ποσοστό αναφέρει ότι η ένταση του πόνου είναι τόσο ισχυρή που δεν μπορεί πλέον να τον ανεχτεί. Αξιοσημείωτο είναι ότι πάνω από 40% των πασχόντων αισθάνονται ανίκανοι να σκεφτούν και να λειτουργήσουν φυσιολογικά λόγω του πόνου τους, ενώ ένας στους έξι ασθενείς θεωρεί ότι ο πόνος του μερικές φορές είναι τόσο φρικτός που επιθυμεί να πεθάνει.

### **Χρόνιος Καρκινικός Πόνος**

Περίπου 4,3 εκατομμύρια ασθενών πεθαίνουν ετησίως από καρκίνο σε ολόκληρο τον κόσμο ή 1 στους 10 θανάτους οφείλεται σε καρκίνο.

Περίπου 6 εκατομμύρια νέοι καρκινοπαθείς εμφανίζονται κάθε χρόνο, που σημαίνει ότι περισσότερο από το μισό του πληθυσμού των υπό ανάπτυξη χωρών υποφέρει από καρκίνο, ο οποίος τη στιγμή που διαγιγνώσκεται είναι ήδη μη θεραπεύσιμος, σύμφωνα με στοιχεία της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας.

Από τους καρκινοπαθείς 3,5 εκατομμύρια υποφέρουν ημερησίως από πόνο που προέρχεται από καρκίνο. Στις βιομηχανικά αναπτυγμένες χώρες ο πόνος δεν αντιμετωπίζεται σ' όλους τους ασθενείς, ενώ στις υπό ανάπτυξη χώρες σύμφωνα με τις μελέτες της Π.Ο.Υ. το μεγαλύτερο ποσοστό ελάχιστα ή καθόλου αντιμετωπίζεται.

Τα πιο κοινά αίτια για την κακή αντιμετώπιση του πόνου είναι αυτά που σχετίζονται με τον άρρωστο και την οικογένειά του και εκείνα που σχετίζονται με το γιατρό και το νοσηλευτικό προσωπικό.

Η εσφαλμένη εντύπωση ότι ο πόνος από καρκίνο δεν θεραπεύεται, η μη σωστή ενημέρωση για συστηματική λήψη των αναλγητικών φαρμάκων, η κακή επικοινωνία ασθενούς και ιατρού, καθώς και η έλλειψη επικοινωνίας του ασθενούς με το οικογενειακό του περιβάλλον, οδηγούν στη μη σωστή αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου.

Εξάλλου, η μη επαρκής εκπαίδευση των ιατρών σε θέματα θεραπείας του πόνου και παρηγορητικής αγωγής οδηγεί σε χορήγηση ανεπαρκών ποσοτήτων ναρκωτικών αναλγητικών, ή λανθασμένη εφαρμογή παρεμβατικών μεθόδων, ή ανεπαρκή ψυχοκοινωνική υποστήριξη του αρρώστου και της οικογένειάς του.

Τέλος η ανεπαρκής νομική και κυβερνητική συμπαράσταση και η έλλειψη ικανοποιητικού αριθμού ειδικών μονάδων αντιμετώπισης πόνου σε παγκόσμια κλίμακα, οδηγούν στη θλιβερή διαπίστωση της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, ότι 3.500.000 καρκινοπαθείς υποφέρουν από πόνο που δεν αντιμετωπίζεται σωστά.

Η συχνότητα εμφάνισης πόνου σε ασθενείς με καρκίνο αρχομένου σταδίου είναι 30-40%, ενώ στο τελικό στάδιο, ανάλογα με την εντόπιση της νεοπλασίας κυμαίνεται σε ποσοστό 60-80%.

Αντίθετα με την αντίληψη ότι ο πόνος συμβαδίζει με τον καρκίνο και είναι αναπόφευκτο κομμάτι του, ο πόνος μπορεί και πρέπει να αντιμετωπίζεται, με στόχο την εξασφάλιση ποιότητας ζωής στους καρκινοπαθείς και αξιοπρέπεια στο θάνατο.

Είναι γνωστό ότι ο πόνος στους καρκινοπαθείς αυξάνεται ή ελαττώνεται εάν συνυπάρχουν οι κάτωθι συνθήκες:

1. Κοινωνική εγκατάλειψη, κόπωση, άγχος, αϋπνία, λύπη, κατάθλιψη και εσωστρέφεια, που προκαλούν αύξηση στην αντίληψη του πόνου.
2. Συμπτωματική θεραπεία, ξεκούραση, συμπάθεια, κατανόηση, ενασχολήσεις, ελαττωμένο άγχος και αναλγητικά που προκαλούν μείωση στην αντίληψη του πόνου.

Η παρακολούθηση του πόνου του καρκινοπαθούς απαιτεί ιδιαίτερη φροντίδα του ασθενούς που συνοψίζεται στον Πίνακα 1.

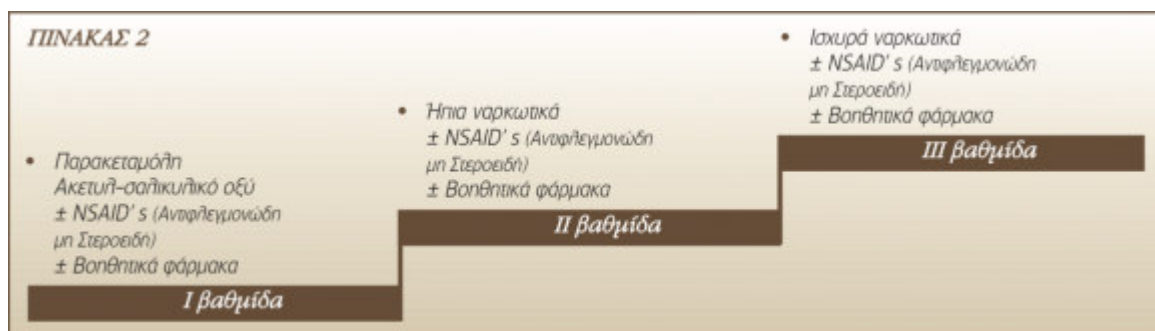
**ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΠΟΝΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ**

- 1 Η αρχική θεραπεία περιλαμβάνει: Χημειοθεραπεία, Ακτινοθεραπεία, Χειρουργική, Φυσιοθεραπεία, (N.S.A.I.D.) Αντιφλεγμονώδη Μη-Στεροειδή, Ήπια ναρκωτικά από το στόμα, Ισχυρά ναρκωτικά από το στόμα, ± Βοηθητικά φάρμακα.
- 2 Εάν ο πόνος επιμένει, στα πλαίσια μιας συνεχούς παρακολούθησης, εάν είναι περιοχικός, τότε επεμβαίνουμε με: Παρεμβατικές μεθόδους ± Ναρκωτικά αναλγητικά ± Βοηθητικά φάρμακα.
- 3 Εάν ο πόνος είναι διάχυτος, τότε χρησιμοποιούμε: Ισχυρά ναρκωτικά, (N.S.A.I.D.) αντιφλεγμονώδη μη στεροειδή, Βοηθητικά φάρμακα.

Ο ασθενής και η οικογένειά του πρέπει να αποκτήσουν το συναίσθημα της ασφάλειας στην ομάδα αντιμετώπισης του πόνου και παρηγορικής αγωγής, αφού τους εξασφαλισθεί η δυνατότητα να μιλούν για τα προβλήματά τους, να ενθαρρύνονται για να αντιμετωπίσουν την κατάσταση και να ενισχύονται στην ελπίδα για μια ποιότητα ζωής απαλλαγμένη από πόνο και συνοδά συμπτώματα, μέχρι το τέλος του βίου τους.

Η Saunders υιοθέτησε για πρώτη φορά στα τέλη της δεκαετίας του '60 τον όρο "Καθολικός Πόνος" ακριβώς για να τονίσει την πολυπλοκότητα του πόνου των καρκινοπαθών με τους οποίους εργαζόταν. Διακρίνει τέσσερα χαρακτηριστικά στοιχεία σε κάθε άνθρωπο, τα σωματικά, τα συναισθηματικά, τα κοινωνικά και τα πνευματικά και υπογραμμίζει πως η πολυπλοκότητα του πόνου καθιστά απίθανη την ανακούφισή του, όταν δεν αντιμετωπισθεί ξεχωριστά το καθένα από αυτά τα στοιχεία του ασθενούς.

Από το 1982, η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας έχει προτείνει την αναλγητική κλίμακα για την αντιμετώπιση του πόνου του καρκινοπαθούς, ανάλογα με την ένταση που εμφανίζεται, όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 2.



### Αναλγητικά μη οπιοειδή και βοηθητικά φάρμακα

1. Αντιπυρετικά - αναλγητικά (παράγωγα παρα-αμινοφαινόλης, σαλικυλικά)
2. Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη
3. Αντικαταθλιπτικά
4. Αντιεπιληπτικά
5. Νευροληπτικά
6. Τοπικά αναισθητικά
7. Κορτικοστεροειδή
8. Κλονιδίνη
9. Καλσιτονίνη
10. Αγχολυτικά
11. Βακλοφαίνη
12. NMDA - αναστολείς

### Παρεμβατικές Τεχνικές

Η αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου, εκτός από τη συντηρητική φαρμακευτική θεραπεία όταν ο πόνος επιμένει ή όταν οι παρενέργειες των συντηρητικών μεθόδων εξαντλούν τον ασθενή, περιλαμβάνει παρεμβατικές τεχνικές με τις οποίες επιτυγχάνεται διακοπή ή καταστροφή της νευρικής οδού μεταβίβασης του πόνου. Οι τεχνικές αυτές οι οποίες εφαρμόζονται στο 10% περίπου των καρκινοπαθών με μεγάλη επιτυχία, μπορούν να διακριθούν σε νευροχειρουργικές και αναισθησιολογικές.

### **Νευροχειρουργικές τεχνικές**

Η νευροχειρουργική αντιμετώπιση του πόνου, περιλαμβάνει τεχνικές που με τη σύγχρονη πρόοδο των αναισθησιολογικών τεχνικών, των νευρικών αποκλεισμών και νευρόλυσης, εφαρμόζονται ολοένα και λιγότερο.

### **Αναισθησιολογικές τεχνικές**

1. Ειδικοί Αποκλεισμοί Νεύρων
2. Αποκλεισμός αστεροειδούς γαγγλίου
3. Αποκλεισμός Βραχιονίου Πλέγματος
4. Μπλοκ Μεσοπλεύριων νEURων
5. Επισκληρίδιος και υπαραχοειδής αποκλεισμός
6. Νευρολύσεις νευρικών πλεγμάτων ή νEURων

### **Παρηγορική αγωγή ασθενών τελικού σταδίου**

Η προσφορά βοήθειας σε ανθρώπους που πάσχουν από καρκίνο σε πολύ προχωρημένα στάδια απαιτεί περισσότερες ικανότητες από αυτές που είναι δυνατόν να διαθέτει ένα άτομο. Μέχρι τη στιγμή της δεκαετίας του '70, η ομαδική διεπιστημονική προσέγγιση είχε αναπτυχθεί σε τομείς όπως η παιδιατρική, όπου ολόκληρη η οικογένεια είναι αναμειγμένη στο πρόβλημα. Σήμερα, είναι γενικά αποδεκτό, ότι πουθενά αλλού δεν είναι τόσο απαραίτητη η ομαδική προσέγγιση, όσο στην εξυπηρέτηση των εκφρασμένων και κατανοητών αναγκών των ασθενών που βρίσκονται στα τελικά στάδια του καρκίνου καθώς και των οικογενειών τους.

Στο Πανευρωπαϊκό Συνέδριο της EFIC ο Diego Beltrutti (1997) κατέληξε ότι "η αντιμετώπιση του πόνου και η ανακουφιστική αγωγή είναι δείκτης του πολιτισμού ενός λαού". Η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών τελικού σταδίου πρέπει να πεθάνει στο σπίτι, έστω κι αν προηγηθούν περισσότερες από μία εισαγωγές για συμπτωματικό έλεγχο στο νοσοκομείο ή την κλινική με την υποστήριξη της ομάδας κατ' οίκον νοσηλείας.

Η Ομάδα της Κλινικής Πόνου, της Υποστηρικτικής και Ανακουφιστικής Θεραπείας, πρέπει να κινηθεί γρήγορα και με ομαλή επικοινωνία, εφόσον στόχος είναι η ανεύρεση των ψυχικών αποθεμάτων και της γαλήνης, τόσο του ασθενούς όσο και της οικογένειάς του.

Στόχος της ομάδας αυτής όπως διακήρυξε η Cicely Saunders το 1970, είναι να προσφέρει ποιοτική βελτίωση της ζωής και των σχέσεων, τόσο των ασθενών, όσο και των οικογενειών τους, όταν απομένει μόνο ένα περιορισμένο χρονικό διάστημα ζωής

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (2002), η παρηγορική στοχεύει στην εξασφάλιση ποιότητας ζωής μέσα από την πρόληψη του «υποφέρειν».