

Centrul Național de Educație în Îngrijiri Paliative Brașov
Alianța Națională pentru Îngrijiri Paliative (ANIP)
Asociația „Educație pentru Sănătate” (EDUSAN)
Fundația Hospice „Casa Speranței” Brașov

DUREREA ÎN CANCER

Broșură informativă
pentru educație sanitară
în populația generală

*„O rază de soare
străbate prin ploaie.
Surâs printre lacrimi.”*

Pacienții bolnavi de cancer suferă frecvent de durere. Adeseori ei se tem că durerea nu va putea fi controlată, iar unii medici cred de asemenea că în majoritatea cazurilor nu se poate obține un control eficient al durerii. Totuși, în ultimii ani, îmbunătățiri majore au fost făcute în terapia durerii asociate cancerului, precum și în legislația ce reglementează acest domeniu. Un control satisfăcător al durerii poate fi acum realizat pentru aproape toți bolnavii, folosind medicamente și tratamente care sunt disponibile.

Alianța Națională pentru Îngrijiri Paliative (ANIP), Centrul Național de Educație în Îngrijiri Paliative, Fundația Hospice „Casa Speranței” Brașov și Asociația „Educație pentru Sănătate” (EDUSAN) și-au propus editarea unei broșuri informaționale prin care să prezinte modalitățile de combatere eficientă a durerii din boala neoplazică.

Cu sprijinul larg al specialiștilor ne dorim menținerea unui nivel optim de analgezie prin informarea atât a pacientului cât și a aparținătorilor despre modalitățile prin care durerea poate fi ținută sub control. Speranța este ca toți pacienții cu cancer să beneficieze de un tratament eficace al durerii lor, putându-se bucura de o mai bună calitate a vieții.

CUPRINS

| | |
|---|----|
| Introducere | 2 |
| Definiție. Generalități..... | 4 |
| Tipuri de durere..... | 6 |
| Cauzele apariției durerii..... | 8 |
| Începerea tratamentului antialgic..... | 12 |
| Motivetele întârzierii terapiei..... | 13 |
| Consultarea medicului..... | 15 |
| Evaluarea durerii din cancer..... | 18 |
| Planul de îngrijiri | 24 |
| Opțiuni terapeutice în controlul durerii..... | 26 |
| Tratamentul medicamentos..... | 28 |
| Alte opțiuni terapeutice..... | 32 |
| Pacientul terminal..... | 37 |

DEFINIȚIE. GENERALITĂȚI

Apariția durerii ca simptom asociat diagnosticului de cancer nu este o regulă, dar mulți pacienți se confruntă cu ea. În 30–40% din cazuri durerea este prezentă încă din stadiul incipient (nefiind foarte intensă este adeseori neglijată, determinând prezentarea tardivă la medic), ajungând să domine simptomatologia la 65-85% din bolnavii în fazele avansate. În unele tipuri și stadii ale cancerului durerile pot deveni foarte severe.

Cu toate acestea, faptul ca o persoană are cancer nu înseamnă că va fi nevoită să traiască având constant dureri. Majoritatea persoanelor care au cancer sunt capabile să-și controleze în mod eficient durerea.

Definită de obicei ca un simptom complex, cu etiologii variate și care necesită o abordare terapeutică complexă, se poate afirma sintetic faptul că „durerea este ceea ce spune pacientul că este”. Desigur că durerea este o experiență subiectivă și fiecare individ se raportează diferit la ea, în funcție de propria lui experiență dobândită anterior.

În cadrul îngrijirilor paliative s-a impus conceptul de „durere totală”, ce presupune recunoașterea și evaluarea tuturor aspectelor implicate (fizic, psiho-emoțional, social și spiritual), în vederea găsirii unui tratament coordonat, farmacologic și

non-farmacologic, capabil să asigure o remisie rapidă a durerii și prevenirea recurenței sale.

Durerea nu este un simptom fizic singular, ea are repercursiuni și asupra vieții afective, sociale și spirituale a pacientului. Durerea necontrolată sau netratată, la pacienții cu cancer influențează calitatea vieții în mod dramatic. Dacă durerea din cancer nu este tratată, consecințele pot fi: apariția depresiei, ineficiența terapiei, oboseala, retragerea socială, stres persistent, insomnie, îngrijorare, inapetență, singurătate. Durerea necontrolată duce frecvent la interpretări nefericite ale semnificației sale, în sensul recidivei, progresiei bolii sau ineficacității tratamentului antineoplazic. În practică, lipsa controlului durerii se asociază cu o supraviețuire redusă.

Dimpotrivă, un bun control al durerii neoplazice determină pacientul să fie activ, îmbunătățește calitatea somnului, are efecte pozitive asupra apetitului alimentar, îi poate asigura o activitate sexuală normală, se poate bucura de compania familiei și a prietenilor, iar abordarea tratamentului și a afecțiunii se poate face mai eficient.

Durerea din cancer poate fi controlată. Cea mai bună strategie terapeutică pentru controlul durerii este cea realizată de pacient în colaborare cu echipa medicală, permițând pacientului suficientă flexibilitate pentru nevoile sale. Se recomandă administrarea medicației antialgice doar conform recomandărilor medicale. Medicamentele antialgice au

eficiență maximă dacă se utilizează încă de la debutul durerii, înainte ca aceasta să devină severă. Nu se recomandă amânarea administrării medicamentelor antialgice, pentru ca durerea să nu devină severă. Pacientul este cel care decide în privința dozelor terapeutice, în funcție de intensitatea durerii și starea sa generală.

Aproximativ 50% dintre pacienții cu cancer au o durere insuficient controlată. Cu un tratament adecvat, controlul durerii poate fi atins în procent de până la 80%.

TIPURI DE DURERE

Durerea cu care se confruntă pacienții neoplazici poate fi acută sau cronică în funcție de durata ei.

Durerea acută are un debut brusc, crește rapid în intensitate și apoi se menține la un nivel constant pentru o perioadă de timp. Are următoarele caracteristici: este intensă, puternică, localizată. Durata poate fi între o secundă și câteva săptămâni. De obicei apare ca rezultat al lezării unui țesut și diminuează în intensitate odată cu vindecarea. Este întotdeauna asociată cu o leziune tisulară acută. În plan fizic apar manifestări precum: ritm cardiac accelerat și tensiune arterială crescută, neliniște ce poate evolua către agitație, tensiune musculară, transpirație, geamăt, grimasă. Cea mai frecventă cauză de durere acută este tratamentul specific antineoplazic.

În ceea ce privește durerea cronică, aceasta are următoarele caracteristici: surdă, fără localizare precisă, persistă mai mult de câteva săptămâni (peste 3 săptămâni), este rezultatul unei suferințe grave. Este acel tip de durere care persistă mai mult de o lună după vindecarea unei afecțiuni acute care produce durere, sau de durerea secundară unei afecțiuni cronice precum cancerul, care prin evoluția bolii produce stimularea permanentă a receptorilor pentru durere. Durerea cronică a pacienților neoplazici poate fi determinată de boala în sine sau poate fi un efect advers al tratamentului antineoplazic.

În general, tipul și intensitatea durerii sunt influențate foarte mult de tipul de cancer, de cât de avansat este acesta și de modul în care această boală afectează organismul. În funcție de calitățile durerii descrise de către pacient se pot recunoaște următoarele tipuri:

- durerea nociceptivă (prin afectarea receptorilor pentru durere) este cea mai frecventă durere din cancer și este descrisă ca o durere surdă, profundă, ce poate fi determinată de compresia sau invazia tumorală;

- durerea neuropată apare ca urmare a afectării structurilor nervoase, are caracter de arsură, fulgerare, și este cea de-a doua cauză ca frecvență, a durerii din cancer;

- durerea mixtă este o combinație a celor descrise anterior;

- puseul dureros este o senzație de exacerbare acută a intensității durerii, care apare pe un fond de durere cronică stabilă, controlată sau nu medicamentos

- durerea care persistă în ciuda medicației sau altor tipuri de tratament, este numită durere persistentă.

Așa cum menționam anterior, durerea este o experiență subiectivă, ea nu este resimțită de către toți pacienții la fel. Fiecare persoană are un anumit grad de percepție a durerii.

Factorii care scad percepția durerii sunt: tratamentul simptomelor asociate, somnul, compasiunea, înțelegerea, activității creatoare, relaxarea, scăderea anxietății, creșterea tonusului psihic, analgezice corect folosite. Percepția durerii poate fi influențată negativ de: discomfort, insomnie, oboseală, anxietate, tristețe/supărare, frică, depresie, sentimente de izolare, abandon, furie.

Durerea din cancer poate deveni invalidantă dacă nu este tratată.

CAUZELE APARIȚIEI DURERII

Durerea neoplazică poate avea drept cauză boala însăși sau procedurile medicale utilizate pentru diagnosticarea și tratarea cancerului. De asemenea, durerea poate fi cauzată de o complicație a bolii de bază (de exemplu o infecție - zona zoster, care poate apărea prin reducerea imunității datorită bolii însăși sau tratamentului antineoplazic). Primul pas în realizarea unei

strategii pentru ameliorarea durerii cronice din cancer este înțelegerea cauzelor determinante. Intensitatea durerii poate varia și în funcție de cauza producerii ei.

Frecvent neoplazia se extinde în țesuturile vecine organului în care a debutat, afectând terminațiile nervoase din regiunea aceea. Compresia sau distrugerea structurilor nervoase pot determina senzații de furnicăături sau arsură. În alte situații durerea apare datorită faptului că tumora crește și ajunge să realizeze un efect compresiv asupra structurilor din jur, inclusiv asupra țesutului nervos, ceea ce clinic se va traduce prin durere. Ea poate de asemenea să apese pe vase, oase sau viscere, organe care au o bogată inervație și care trimit impulsuri către structurile nervoase superioare, ce vor fi recepționate și interpretate tot ca durere.

Investigațiile medicale sau procedurile terapeutice pot determina durere atât în timpul, cât și după realizarea acestora. Cele mai multe sunt invazive și constituie o cauză de teamă constantă pentru bolnavii cronici, nu numai pentru cei neoplazici. Ele sunt însoțite de durere acută, de intensitate și durată variabile. Astfel pot fi menționate: punșiunile venoase și arteriale, endoscopiile, biopsiile, clisma baritată. La acestea se adaugă și imobilizarea prelungită în poziții dificile, necesară unor procedee de investigație. În aceste condiții bolnavii, mai ales copiii, devin puțin cooperanți, sunt puternic agresați psihic, și fac dificilă sau chiar imposibilă o investigație corectă. Acesta

este motivul pentru care se impun măsuri de analgezie și chiar anestezie, pentru reușita unor explorări recunoscute ca dureroase.

Datorită faptului că afecțiunea neoplazică este atât de agresivă și invazivă, tratamentul curativ trebuie să fie cel puțin la fel de puternic. În consecință, acesta determină adesea disconfort și alte efecte secundare care necesită măsuri terapeutice suplimentare. Unele metode terapeutice, ca de exemplu intervenția chirurgicală, radioterapia și chimioterapia, pot de asemenea să determine durere. Între 15 și 25 % dintre adulți, și până la 60% dintre copii, acuză durere asociată cu procedurile medicale folosite pentru a diagnostica și trata boala canceroasă.

Pe primul loc între procedeele terapeutice care produc durere acută este tratamentul chirurgical. Cu toate acestea, durerea postoperatorie nu pune mari probleme terapeutice. Complicațiile postoperatorii precoce sunt și ele factori etiologici pentru durerea acută: supurația plăgii, peritonita, pancreatita acută, distensia gastrică acută și altele intră în această categorie.

În cursul radioterapiei poate apare durere acută de multe etiologii: dermatite, mucozite, faringite, esofagite, tulburări gastro-intestinale, proctite (inflamația regiunii rectale), cistite, sughițul. Aceste afecțiuni iatrogene sunt tranzitorii și cedează la tratament antialgic combinat cu tratamente specifice.

Chimioterapia produce durere acută prin mai multe mecanisme, toate considerate efecte secundare ale tratamentului, cu intensitate mai mare sau mai mică, în funcție de medicamentele folosite și mai puțin de numărul curelor aplicate. În cadrul acestor efecte secundare se numără: mucozite, mialgii (în principal ca urmare a corticoterapiei), pancreatite, tulburări gastro-intestinale, dureri anginoase. Nu în ultimul rând trebuie menționată suferința produsă de defectele de tehnică de administrare (administrarea paravenoasă a citostaticelor), unde durerea acută poate fi urmată de durere cronică însoțită de diverse grade de afectare neurologică și articulară.

Asocierea radio-chimioterapeutică crește frecvența și intensitatea acestor complicații, riscul depresiei medulare crește, și direct proporțional cu acesta crește incidența complicațiilor septice de diverse grade, și ele la rândul lor cauzatoare de durere acută.

Durerea poate fi determinată și de infecții oportuniste care apar în această situație. Organismul pacienților cu cancer este foarte sensibil și adesea se află într-o stare de imunodepresie datorită tratamentului. Pe un astfel de teren infecțiile se dezvoltă frecvent, și ele nu pot fi înlăturate într-un mod eficient de către sistemul imun al gazdei. Cele mai frecvente infecții care se manifestă cu durere sunt cele virale, cea mai frecventă fiind infecția cu herpes zoster.

ÎNCEPEREA TRATAMENTULUI ANTIALGIC

Pentru reducerea intensității durerii din cancer sunt indicate cele mai puternice analgezice disponibile în prezent.

Deoarece foarte multe tipuri de cancer evoluează rapid și se extind afectând și alte structuri, tratamentul antineoplazic trebuie aplicat cât mai rapid posibil. Astfel, se reduce mult și riscul de apariție a durerilor prin dezvoltarea tumorii și invadarea țesuturilor sănătoase.

Dacă i se permite durerii să devină foarte intensă, tratamentul antialgic ori va trebui să fie mult mai agresiv, ori nu va putea controla durerea. Analgezicele au eficiență maximă dacă se administrează în doza potrivită, la momentul potrivit.

Dacă pacienții au observat că durerea apare în anumite situații (de exemplu: se corelează cu mișcarea), medicii recomandă ca tratamentul analgezic să fie administrat anterior intrării în contact cu stimulul dureros.

Medicamentele analgezice, în special cele care se eliberează doar pe bază de prescripție, pot fi foarte costisitoare. De aceea este de dorit ca pacientul să discute cu medicul specialist și/sau medicul de familie posibilitatea compensării tratamentului.

MOTIVELE ÎNTÂRZIERII TERAPIEI

Deși tratamentul analgezic poate fi foarte eficient și reușește adeseori a curma suferința pacienților, nu toți bolnavii de cancer care au dureri beneficiază de o astfel de terapie. Motivele sunt diverse:

- adeseori medicii nu acordă suficientă importanță durerilor la examenul clinic sau la vizitele periodice ale pacientului la cabinet. Examenul fizic sau vizita la cabinet este însoțită de anamneză, însă rareori pacientul este stimulat să spună ce îl supără și cum a evoluat boala. De obicei discuția se concentrează din start pe simptomele cancerului și nu pe alte acuze ce ar fi putut să apară între timp. Pacienții suferinzi de cancer trebuie întrebați dacă se confruntă cu dureri, iar dacă recunosc prezența lor, medicul trebuie să se oprească și să analizeze acest aspect.

- uneori pacienții nu spun medicului exact ce îi doare, exista și pacienți care nu doresc să „deranjeze medicul cu problemele” lor, uitând că tocmai din acel motiv sunt la cabinet, sau pacienți care nu doresc să admită durerea, din teama că este un semn ca afecțiunea de bază (cancerul) se agravează. O altă categorie de pacienți consideră că doar pentru că au fost diagnosticați cu cancer este normal să apară în timp și durerea și din acest motiv țin ascunsă existența ei. Acest lucru nu este adevărat: cancerul nu trebuie să însemne durere! Iar atunci când aceasta apare, trebuie tratată. Suferința asociată bolii de

fond este și așa destul de importantă, iar pacientul nu trebuie să sufere suplimentar.

- teama de instalare a dependenței de medicația antialgică: este nerealistă și fără motiv cât timp pacientul este conștiincios și își administrează corect medicamentele conform recomandărilor, și evită consumul abuziv de medicamente și alcool

- teama de reacții adverse: este un motiv foarte des invocat de către pacienți. Mulți se tem că analgezicele le vor da somnolență, le vor modifica starea de spirit, făcându-i mai anxioși și iritabili. Trebuie specificat faptul că la început există pericolul ca pacientul să fie mai amețit sau mai somnoros decât de obicei, însă acest efect dispare după câteva zile.

- există printre pacienți chiar și credința (nefondată) că morfina (și opioizii în general) scurtează durata vieții. Acest fapt nu este real și el nu trebuie să fie motivul pentru care durerea nu este tratată adecvat .

De asemenea, este necesar să ținem cont în stabilirea planului de tratament al durerii neoplazice și de faptul că un nivel scăzut socio-economic și lipsa educației sanitare (așa cum se întâmplă și în țara noastră) sunt reale bariere în efectuarea tratamentului. Astfel, o parte din acești pacienți au tot felul de false credințe cu valoare de mituri privind tratamentul medicamentos și se întâmplă frecvent să nu urmeze medicația

analgetică prescrisă. În calea eficacității tratamentului antialgic stau frecvent premise greșite ca:

- doctorii pot opri durerea imediat ce pacientul o acuză,
- durerea este un simptom normal, deci nu trebuie tratat,
- durerea este consecința evoluției cancerului, deci nu se mai poate face nimic pentru bolnav,
- opioidele dau dependență și efecte adverse, deci trebuie evitate,
- cel mai bine ar fi ca intervalul dintre dozele de medicamente antialgice să fie cât mai mare cu puțință,
- medicamentele antialgice au aceeași eficiență la toate persoanele,
- este jenant să te plângi mereu din cauza durerii, iar doctorul și familia nu va respecta pacientul dacă acesta nu dă dovadă de tărie,
- în cazul administrării de narcotice (opioide) pentru controlul durerii, pacientul va deveni dependent de aceste substanțe și își va administra abuziv medicamente pentru controlul durerii.

În aceste condiții, medicul trebuie să lupte nu numai cu cancerul și durerea, dar și cu aceste credințe adânc înrădăcinate într-un anumit segment al populației.

CONSULTAREA MEDICULUI

Este deosebit de important ca pacienții să solicite tratament medical pentru durerea neoplazică ori de câte ori este

nevoie. Durerea este foarte greu de tratat, mai ales atunci când aceasta a devenit severă, nefiind controlată de la debut. În cazul unui pacient diagnosticat cu cancer, se recomandă consultul medical dacă apar următoarele situații:

- durere nou instalată și severă;
- durerea nu mai poate fi controlată cu terapia care a fost recomandată anterior;
- medicamentele administrate pentru controlul durerii sunt eficiente doar o perioadă scurtă de timp;
- apariția simptomelor noi, ca de exemplu dificultăți la mers, la alimentație sau la micțiune;
- apariția efectelor secundare ca de exemplu, greața, vărsături, constipație sau diaree;
- persistența durerii afectează activitățile zilnice, cum ar fi alimentația sau odihna.

Pentru stabilirea unui plan individualizat de ameliorare a durerii pentru fiecare pacient, trebuie consultat un medic specialist. Acesta va stabili strategii de ameliorare a durerii, ceea ce va îmbunătăți calitatea vieții indiferent de stadiul bolii. Obiectivul terapeutic este acela de a menține durerea la un nivel acceptabil, unul care să permită pacientului să își realizeze activitățile zilnice fără dificultate, lucru care să îi confere un oarecare confort personal, precum și starea de spirit necesară pentru a duce o viață cât mai aproape de normal.

În general, durerea pe care o acuză pacienții neoplazici este atât de complexă încât echipa care îl va trata nu va fi formată doar dintr-o singură persoană. Din echipa multidisciplinară vor face parte și psihologi, asistenți sociali și farmaciști în vederea acoperirii tuturor aspectelor durerii. Nu întotdeauna este nevoie doar de eliminarea durerii fizice, disconfortul psihic este la fel de important.

Dezvoltarea unei relații bazată pe încredere între pacient și medicul curant îmbunătățește considerabil complianța bolnavului la tratament. În plus sunt și alți factori care contribuie la aceasta, cum ar fi:

- gradul de conștiență al pacientului în privința bolii
- disconfortul produs de durerea asociată unei afecțiuni acute,
- instrucțiunile scrise ale medicației
- alcătuirea unei scheme de tratament simple
- perioada scurtă de așteptare a pacientului pentru consultație
- schimbarea unui singur aspect al vieții pacientului la interval regulat de timp (renunțarea la fumat, regim alimentar).

De asemenea trebuie eliminată factorii care contribuie la scăderea complianței pacientului la tratament:

- percepția subiectivă a bolnavului de doctor „rece” și inabordabil
- perioada lungă de așteptare înainte de a fi consultat de medic
- simple instrucțiuni verbale pentru medicație
- o schemă prea complicată de tratament

- schimbarea marcată și prea rapidă a regimului de viață a pacientului.

Fiecare pacient cu cancer are un prag diferit de percepție a durerii. Doar pacientul poate descrie intensitatea durerii resimțite. La consultul medical este foarte important ca pacientul să-i răspundă medicului sincer și la obiect atunci când întreabă despre caracterul durerii.

De asemenea, încă de la primele consultații trebuie stabilit scopul tratamentului, care ulterior trebuie monitorizat. Cu ocazia consulturilor medicale ulterioare, pacientul trebuie să informeze medicul despre momentul apariției episoadelor dureroase și despre eficiența sau ineficiența tratamentului. Dacă în urma tratamentului durerea nu este controlată eficient, cel mai probabil medicul va modifica schema terapeutică sau va recomanda doze mai mari de analgezic.

EVALUAREA DURERII DIN CANCER

Este important să i se explice pacientului că evaluarea este importantă pentru găsirea tratamentului cel mai potrivit situației sale și că nu este o pierdere de timp.

Controlul durerii începe cu o evaluare completă, cu istoricul detaliat, un examen fizic complet (inclusiv neurologic), testele diagnostice necesare și realizarea planului de tratament. Reevaluarile repetate la intervale regulate sunt necesare pentru monitorizarea eficacității tratamentului și intervenției pentru

posibilele efecte adverse. Acestea sunt principalele principii de evaluare a durerii cronice în cancer care se cer respectate:

- pacientul trebuie crezut întotdeauna
- dacă sunt mai multe localizări ale durerii, fiecare durere se evaluează separat
- trebuie încurajată discuția despre durere, nu întotdeauna pacientul cu durere cronică se manifestă explicit
- intensitatea durerii trebuie măsurată
- anamneza durerii este nevoie să fie amănunțită
- examenul clinic este obligatoriu
- se indică investigațiile paraclinice considerate absolut necesare
- se apreciază extensia bolii
- reevaluarea este obligatorie

Pentru durerea neoplazică, la sfârșitul evaluării, medicul trebuie să fie apt să aprecieze dacă durerea:

- este cauzată de boala de bază (cancer), de tratamentul bolii sau de o altă patologie.
- constituie un sindrom specific.
- este nociceptivă, neuropată sau mixtă.
- este sau nu însoțită / accentuată de elementul psihologic.
- are impact negativ asupra aparținătorilor.

Doar pacientul cunoaște caracteristicile durerii pe care o resimte. Medicul nu poate decât să pună o serie de întrebări obiective care să îi creeze o imagine generală. Ulterior, acesta

va recomanda inițial o schemă terapeutică clasică, însă pașii următori vor fi influențați de simptomatologia pacientului și evoluția sub tratament.

Pentru a primi cele mai bune îngrijiri, este nevoie de o descriere cât mai corectă, cât mai exactă și sinceră a durerii. Medicul trebuie informat despre:

- momentul apariției durerii, cum este resimțită de către pacient, durata ei și orice variații ale intensității acesteia. Pentru o descriere cât mai exactă a caracterului durerii, se recomandă folosirea cuvintelor ca de exemplu: durere ușoară, continuă, surdă, sfâșietoare, durere bruscă, arsură, etc.

- localizarea exactă a durerii: pentru o localizare cât mai exactă, din punct de vedere anatomic, se poate folosi o schemă corporală; medicul trebuie informat dacă durerea este prezentă doar într-un singur loc, dacă se mută de la un loc la altul (iradiază) sau dacă este prezentă în mai multe locuri în același timp

- factorii care ameliorează sau agravează durerea

- existența altor simptome

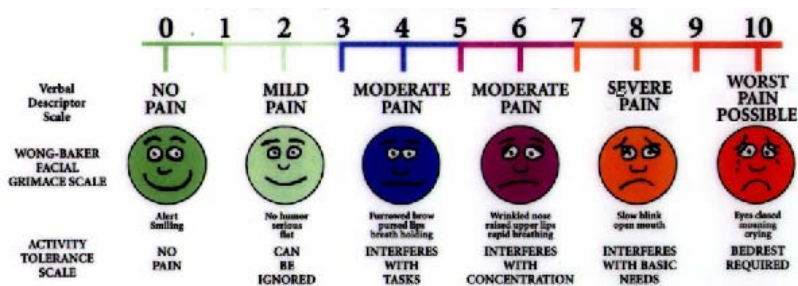
- efectul pe care îl are asupra altor activități zilnice uzuale

- intensitatea și severitatea durerii: intensitatea durerii se poate aprecia cu ajutorul unei scale gradate de la 0 la 10, unde 10 reprezintă durerea atroce, resimțită de pacient la cea mai mare intensitate posibilă. Pentru a veni atât în ajutorul pacientului cât și al medicului, se recomandă folosirea unui caiet pentru

notarea zilelor și a orelor când durerea se agravează sau se ameliorează.

Intensitatea durerii se măsoară folosind instrumente validate științific, aspect important atât pentru monitorizarea tratamentului cât și pentru comunicarea eficientă între medici. Durerea unui pacient se „măsoară” convențional folosind scale. Aceste scale se folosesc pentru pacient, nu se implică aparținătorii. Scalele pot fi unidimensionale sau multidimensionale, fiecare dintre acestea cu avantajele și dezavantajele ei.

Scalele unidimensionale măsoară intensitatea durerii. Avantajul lor constă în faptul ca sunt ușor de utilizat. Dezavantajul este că nu oferă nici o informație despre caracterul durerii. Cele mai utilizate sunt: scala verbală, scala numerică, scala analog vizuală.



Pentru scala analog vizuală (VAS) pacientul își plasează (un cursor) intensitatea durerii, așa cum o resimte el, pe o linie orizontală între 2 extreme: una este reprezentată de absența durerii iar cealaltă de cea mai mare intensitate posibilă

pe care și-o poate imagina. Verso-ul liniei orizontale este marcat de la 0 la 10, evaluatorul putând cuantifica printr-o cifră intensitatea durerii raportată de pacient (cu cât este mai mare cifra, cu atât mai intensă este durerea).

Pentru scala numerică pacientul cuantifică el însuși intensitatea durerii resimțite, pe scala de la 0 la 10, între extremele descrise mai sus. Chiar dacă sunt considerate ușor de utilizat, în practică poate fi nevoie de o perioadă de acomodare a pacientului cu acest sistem de apreciere. Scalele de la 0 la 10 se pot folosi și ca scale de apreciere a gradului de calmare a durerii și pot da o imagine mai sensibilă a diferențelor dintre diferitele medicamente folosite sau între doze diferite ale aceluiași medicament.

Copiii sub 8 ani nu pot utiliza aceleași scale de evaluare ca adulții. Pentru ei există scale faciale (de la o față veselă, fără durere, la una foarte tristă, care exprimă o durere mare).

În situația în care pacientul este confuz, inconștient și/sau nu poate comunica sunt importanți următorii indicatori:

- indiciile non-verbale: grimase, nervozitate, agitație sau letargie, suspine, poziție neobișnuită
- investigarea altor posibile cauze ale durerii în funcție de diagnostic: metastaze osoase, compresie de nerv, invazie locală.
- observațiile aparținătorilor,
- alte semne verbale: gemete, suspine

- expresii faciale (grimase) sau posturi neobișnuite, apăsarea/masarea zonei dureroase
- modificarea unor valori fiziologice (TA, AV)
- răspunsul la o doză - test de analgetic

Este de asemenea necesar să fie explorată, componenta non-fizică a durerii. Aceasta poate fi psiho-emoțională, socială și spirituală, însă în practică aceste componente se întrepătrund. Explorarea acestei componente non-fizice presupune informarea despre:

- efectul aflării diagnosticului și nivelul de înțelegere al pacientului și a aparținătorilor;
- semnificația durerii pentru pacient și aparținători;
- dureri semnificative din trecut și efectul lor asupra pacientului;
- influența durerii asupra vieții cotidiene a pacientului;
- disfuncționalități între membrii familiei ;
- comportamentul pacientului în situațiile de stres și de experimentare a durerii (dacă există un istoric de abuz de alcool sau altfel de abuzuri în momentele dificile din viață);
- cunoștințele, nivelul de interes, preferințele și așteptările pacientului în ceea ce privește tratamentul durerii;
- prejudecățile pacientului privind anumite tratamente (în mod deosebit cel cu opioide);
- povara economică a durerii și tratamentelor ei;
- schimbările de dispoziție survenite ca urmare a durerii (depresie, anxietate);

În ceea ce privește examenele paraclinice, este universală recomandarea ca pacientul să nu fie supus unor investigații inutile, care i-ar putea agrava suferința (inclusiv în ceea ce privește aspectul financiar). Orice investigație paraclinică își poate dovedi utilitatea numai dacă rezultatul ei ar putea conduce la schimbări în ceea ce privește tratamentul.

Reevaluarea este absolut necesară, atât în ceea ce privește durerea cât și gradul de analgezie obținut; cei cu dureri severe ar trebui reevaluați frecvent (la câteva ore), cei cu dureri moderate la 1-2 zile, probabilitatea ca tratamentul inițial să fie neadecvat crescând odată cu intensitatea durerii.

PLANUL DE ÎNGRIJIRI

Pacientul și familia au uneori dificultăți în a-și aminti toate detaliile planului de îngrijiri medicale pentru durerea din cancer. Acest plan reprezintă înregistrarea scrisă a tratamentului și a răspunsului la tratament. Acesta trebuie realizat și actualizat cu ajutorul familiei și a personalului medical implicat în îngrijirea pacientului. În acest fel atât pacientul cât și echipa medicală pot ști în orice moment, când a fost administrat un anumit tratament, eficiența sa și toate efectele secundare care au apărut în urma administrării tratamentului și pot să monitorizeze în acest fel, progresul și eficiența planului realizat pentru a controla durerea neoplazică.

Poate fi utilă și notarea întrebărilor adresate medicilor.

Aceste adnotări pot conține și alte informații ori instrucțiuni precise cum ar fi: momentul când pacientul trebuie să se prezinte pentru control sau reevaluare, ce medic trebuie solicitat dacă apar probleme sau dacă pacientul are nelămuriri.

În același jurnal vor fi notate și reacțiile adverse care pot să apară la tratament. Contorizarea lor este esențială în deciziile terapeutice ulterioare: medicul nu va administra medicamente cu efecte adverse ce se pot potența sau cumula, care pot atinge niveluri toxice sau pot influența periculos sănătatea psihică.

Acest jurnal, în care sunt notate momentul apariției durerii, durata episodului dureros, metodele terapeutice folosite pentru ameliorarea durerii, dozele de medicamente și eficiența acestora și eventualele întrebări sau nelămuriri ale pacientului legate de episodul dureros, trebuie prezentat medicului curant la consultul medical periodic. Eficiența lui a fost demonstrată practic, dovedindu-se un sprijin adevărat în managementul terapeutic al fiecărui pacient.

Pe măsură ce afecțiunea progresează, este necesară schimbarea planului de îngrijire medicală pentru a controla durerea din cancer. În continuare sunt prezentate informații care pot ajuta pacientul în luarea deciziei de a schimba sau nu planul terapeutic.

OPȚIUNI TERAPEUTICE ÎN CONTROLUL DURERII

Administrarea tratamentului antialgic conform indicațiilor medicului curant reduce durerea din cancer, ameliorează efectele secundare și îmbunătățește starea fizică și psihică a pacientului.

Pentru controlul durerii, medicul va recomanda administrarea anumitor medicamente, combinații de medicamente sau va dispune creșterea dozelor. Atunci când este posibil, acesta va îndepărta sau reduce tumora canceroasă care este răspunzătoare de apariția durerii. Chimioterapia, radioterapia sau tratamentul chirurgical, se pot utiliza pentru a îndepărta sau reduce tumora canceroasă.

Pentru tratarea durerii severe sunt disponibile și alte terapii. Dintre acestea fac parte blocarea nervoasă și pompele ce se pot implanta subcutanat și care eliberează în organism substanțele direct la nivelul măduvei spinării. Pacientul poate apela și la psiholog pentru a obține un mai bun control al durerii. O mare parte dintre pacienți folosesc și terapii complementare pentru ameliorare, ca de exemplu acupunctura și aromoterapia.

O strategie terapeutică agresivă va îmbunătăți calitatea vieții indiferent de stadiul bolii. Durerea somatică și viscerală beneficiază în gradul cel mai înalt de administrarea opioidelor slabe sau puternice. Existența pe piață atât a preparatelor de tip retard cât și a celor cu eliberare rapidă, cu administrare orală,

permite un bun control al durerii încă de la primele doze și o complianță excelentă din partea bolnavilor.

Administrarea terapiei antialgice trebuie să satisfacă o serie de condiții pentru a realiza un echilibru corect între prețul de cost, eficiența lui și complianța bolnavului. Administrarea dozelor se va face la intervale fixe (după ceas), pentru a preveni recurența durerii. Anterior medicul va realiza individualizarea dozei în funcție de pacient și de gradul său de durere. Administrarea de preparate cu eliberare lentă va fi însoțită obligatoriu de medicație cu eliberare rapidă pentru prevenirea crizelor dureroase acute. De câte ori este posibil se va prefera medicația administrată oral și posibilitatea de administrare într-un număr minim de prize zilnice. Pacientul va fi informat și va primi instrucțiuni scrise asupra dozei, numărului de prize, acțiunii medicamentului, a posibilelor efecte secundare și interferențelor cu alte medicamente. Datorită faptului că unele substanțe pot influența metabolizarea altor substanțe farmacologice și pot interacționa cu ele, potențându-și reciproc reacțiile adverse și uneori chiar favorizând acumularea de concentrații cu efecte toxice, este foarte important ca pacientul să informeze corect medicul cu privire la tratamentele cronice pe care le urmează. Deoarece durerea are un caracter unic pentru fiecare pacient, pot fi necesare diferite combinații terapeutice pentru controlul

acesteia și strategia terapeutică va trebui ajustată frecvent. Bolnavul va fi reexaminat și reevaluat periodic.

TRATAMENTUL MEDICAMENTOS

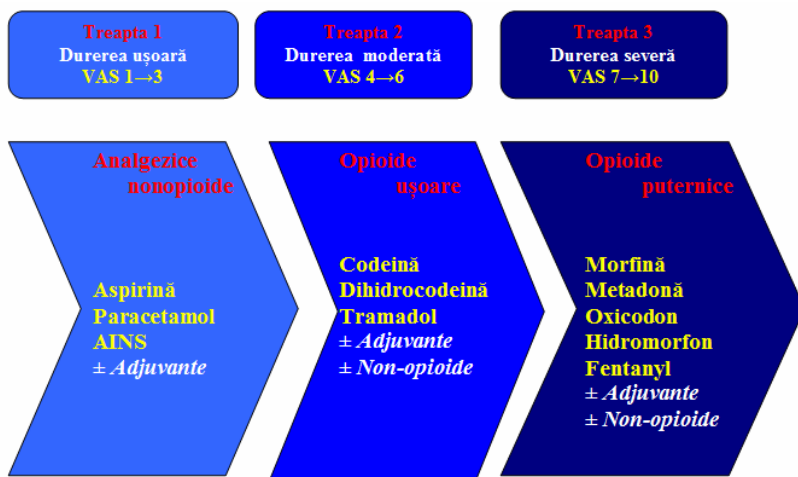
Medicația antialgică se recomandă în tratarea formelor ușoare, moderate și severe de durere, precum și în tratarea durerii cu anumite caractere, ca de exemplu arsura și parestezia.

Este cunoscut și utilizat peste tot în lume tratamentul durerii în 3 trepte după criteriile OMS. În conformitate cu acest algoritm de tratament „în trepte”, alegerea terapiei analgezice constituite din non-opioide, opioide (de treapta II și opioide de treapta III) și adjuvante, trebuie individualizată și condusă în funcție de intensitatea durerii evaluată prin scala analog-vizuală.

Treapta I corespunde unui nivel de durere redusă, de 1-3 diviziuni pe scala VAS. Tratamentul constă de regulă în administrarea unui non-opioid de tipul aspirinei, AINS sau paracetamolului, asociat cu adjuvante co-analgetice, în special în cazul durerilor neuropate, cum sunt: antidepressivele triciclice, stabilizatoarele de membrană neuronală (ex. carbamazepina) și corticosteroizii.

În cazul persistenței sau accentuării durerii se trece la treapta a doua, corespunzătoare unui nivel VAS de 4-6. În acest caz se preferă administrarea unui opioid slab, de genul derivaților de codeină (Dihidrocodeină, Oxycontin),

tramadolului, propoxifenului, la care se pot adauga non-opioidele menționate anterior dar și adjuvante co-analgetice.



- ± Tratament oncologic (radioterapie, chirurgie, chimioterapie)
- ± Psihoterapie, terapii fizice, terapii complementare
- ± Înlăturarea factorilor socio-economici, spirituali

În cazul lipsei eficienței la doze crescute de tratament, al durerilor severe, cu grad 7-10 pe scala VAS, se trece (și uneori se începe din start) la administrarea de opioide puternice de genul morfinei cu eliberare rapidă (Sevredol, morfină hidroclorică injectabilă, hidromorfon), sau cu eliberare lentă (MST Continus), derivaților de metadonă (Sintalgon), Oxycodon sau plasturi de Fentanyl cu administrare transdermală. Ca și în treapta a II-a se pot asocia non-opioide și adjuvante co-analgetice. Medicamentele de treaptă III nu se

combină niciodată cu cele de treaptă II, acționând la nivelul aceluiași receptor și pot anula reciproc efectele antialgice.

Majoritatea medicamentelor pentru controlul durerii din cancer pot fi administrate pe cale orală, sub formă de comprimate sau sirop. De asemenea, administrarea medicației se poate face și sub formă de plasturi, creme sau unguente aplicate local la nivelul tegumentelor, supozitoare, soluții orale sau pe cale injectabilă intradermic, intravenos sau la nivelul măduvei spinării.

Prin aceste abordări se obține un control al durerii la aproximativ 80-90% dintre pacienții cu cancer. Ceea ce marchează o diferență semnificativă față de anii trecuți este faptul că începând cu anul 2005 datorită apariției pe piață a mai multor produse opioide și a noilor reglementări legislative, este posibilă rotația de la un opioid la altul în cazul în care nu se mai obține răspuns terapeutic, sau efectele adverse împiedică tratamentul eficient.

Tot mai mult se discută despre introducerea treptei 4 în tratamentul durerii, și anume „etapa intervențională”. Pacienții care continuă să prezinte durere severă după tratamentul sistemic cu opioizi, în doze optime, pot fi considerați candidați pentru tratamentul intervențional al durerii, cum este analgezia intraspinală sau blocajul neurologic.

Medicii din ambulator trebuie să evalueze nevoile pacientului și ale familiei acestuia și să discute toate opțiunile

terapeutice. Este foarte important ca metodele de tratament, medicația sistemică sau tehnicile intervenționale să fie explicate în detaliu pacienților, cu discutarea riscurilor și a beneficiului terapeutic, ca și posibilitățile și durata de răspuns. Orice plan de tratament al durerii trebuie conceput pe baza acordului bolnavului, în concordanță cu așteptările acestuia privind rezultatul tratamentului, dar trebuie luați în calcul și factori cum sunt statusul de performanță, nivelul de calitate a vieții și costul tratamentului.

La pacienții în stadii terminale, medicația analgezică convențională și chiar terapia analgezică invazivă pot să nu obțină controlul adecvat al durerii. Opțiunile pentru această fază includ infuzia subcutanată de opiacee și/sau sedative. În aceste cazuri, este foarte important de diferențiat accentuarea durerii de delir, caz în care evident escaladarea dozei de opiacee nu își are rostul, iar utilizarea de haloperidol și corticosteroizi se impune.

Pe lângă tratamentul durerii, se va cuprinde și controlul altor simptome asociate cu durerea intratabilă din cancer, cum sunt cele de ordin fizic și psihologic, dar și religios și spiritual.

Atunci când medicația antialgică nu reușește să amelioreze durerea din cancer sau are efecte secundare multiple, se pot utiliza alte metode terapeutice. Aceste metode au drept scop mai mult ameliorarea durerii decât tratarea bolii care cauzează durerea.

ALTE OPȚIUNI TERAPEUTICE

Radioterapia este utilizată cu scopul de a reduce proliferarea tumorii maligne care comprimă structurile nervoase, oasele sau măduva spinării. Radioterapia administrată depinde de tipul tumorii maligne, de zona afectată și de tipul de radioterapie efectuat anterior.

Terapia chirurgicală este utilizată pentru îndepărtarea tumorilor care comprimă structurile nervoase, oasele și măduva spinării, în acest mod fiind ameliorată durerea. De asemenea, tratamentul chirurgical poate fi utilizat pentru rezolvarea unei ocluzii intestinale datorate invaziei tumorale la nivelul intestinului, care poate bloca tranzitul. Cu toate că intervenția chirurgicală realizată în scopul ameliorării durerii din cancer nu vindecă tumora malignă, aceasta poate îmbunătăți calitatea vieții și supraviețuirea pe termen lung. Înainte de efectuarea intervenției chirurgicale pentru ameliorarea durerii, pacientul trebuie să discute cu medicul specialist despre beneficiile și riscurile intervenției chirurgicale. Pe lângă tratamentul chirurgical în sine, medicul chirurg sau oncologul poate realiza și proceduri intervenționale care își propun să amelioreze durerile. Acestea pot include puls-radiofrecvența, neuromodularea, introducerea directă a analgezicelor în țesutul respectiv (sursa durerii), ablația nervoasă.

Blocajele nervoase Un tratament la care se apelează doar după ce toate celelalte au eşuat este blocajul nervos. În cadrul acestei proceduri se injectează un anesteziec local în sau lângă un nerv, ceea ce va realiza controlul temporar al durerii. În vederea ameliorării durerii se poate plasa pacientului o pompă intratecal, din care să se elibereze concentrații reduse de medicament analgezic direct în lichidul cefalorahidian. Un alt dispozitiv cu efecte analgezice care poate fi implantat este stimulatorul de măduvă spinală. Este plasat lângă suprafața dorsală a măduvei spinale și poate genera impulsuri electrice care vor modifica percepția durerii de către pacient. Există și varianta permanentă, în care nervul respectiv este secționat chirurgical astfel încât să nu mai transmită niciun fel de impuls electric mai departe. Senzația de durere există, ia naștere local, însă nu mai poate fi condusă până la nivelul structurilor superioare care o analizau și interpretau.

Psihoterapia

Un bun control al durerii nu se poate obține fără o colaborare strânsă cu pacientul și nici nu poate fi un demers finalizat cu succes ignorând aspectul emoțional. La pacienții cu cancer, durerea poate determina sentimente de descurajare, neajutorare și deznădejde, ce pot merge de la un sentiment normal de neliniște în legătură cu starea lor de sănătate către manifestări clinice specifice depresiei. Așadar, într-o strategie

terapeutică eficientă privind ameliorarea durerii este absolut necesar să se țină seama și de tratarea unor afecțiuni, ca depresia, anxietatea sau tulburări ale somnului care pot accentua percepția durerii.

În mod sigur, un pacient anxios sau depresiv este mai dificil de tratat, deoarece aceste stări psihice influențează foarte mult capacitatea organismului de a face față bolilor și capacitatea individului de a-și mobiliza resursele personale pentru vindecare sau măcar ameliorare. Recomandarea este ca abordarea acestor probleme să se facă anterior demersurilor de tratare a durerii. Explicația este simplă – un astfel de pacient nu va reuși să ofere informații utile și corecte care să ajute medicul curant să realizeze o evaluare și un plan de tratament adecvat. Pacienților li se recomandă să informeze medicul curant despre orice problemă de natură afectivă cu care se confruntă. În unele cazuri, pentru un bun control al durerii, diferența o poate face introducerea în schema de tratament a unui anxiolitic sau antidepressiv. De asemenea, suportul emoțional primit din partea echipei medicale, a psihologului, a grupurilor ce funcționează pe lângă organizațiile pentru lupta împotriva cancerului pot îmbunătăți capacitatea de a controla durerea și pot ajuta atât pacientul cât și familia să depășească mai eficient unele perioade mai dificile.

În prezent, există și alte alternative la terapia medicamentoasă - **terapiile complementare**. Prin utilizarea acestor terapii complementare, pacientul poate reduce dozele medicamentelor antialgice. Dezavantajul constă în faptul că majoritatea terapiilor complementare nu au fost testate în cadrul unor studii clinice riguroase privind siguranța și eficiența. Se recomandă obținerea acordului medicului curant înainte de începerea terapiei complementare considerată eficientă pentru fiecare pacient în parte.

Exemple de terapii complementare:

- **biofeedback-ul** este o metodă prin care se încearcă un control în mod conștient a unor funcții ale organismului care în mod normal se realizează inconștient: temperatura cutanată, tonusul muscular, ritmul cardiac sau tensiunea arterială.

- **terapia cognitiv – comportamentală** este o abordare menită să ajute oamenii afectați de un spectru larg de dificultăți psihologice. Principiul de bază al acestei abordări terapeutice s-ar putea rezuma astfel: ceea ce gândesc oamenii influențează modul în care se simt și acțiunile lor.

- **exercițiile de relaxare**,

- **terapia prin muzică și credința** reduc tensiunea și ajută la relaxare și reduc stresul,

- **terapia prin râs**,

- **imageria dirijată**, care mai este numită și vizualizare, este adesea recomandată pentru a se descoperi „un ajutor interior”,

- **hipnoza** reprezintă o stare de conștiință modificată, care prin tehnici specifice permite pacientului să se detașeze de mediul înconjurător,
- **terapiile fizice** care folosesc mediile calde sau reci pentru a ameliora contractura musculară, reducând astfel durerea,
- **hidroterapia (fizioterapia)** folosește apa, sub orice formă, pentru a trata unele afecțiuni sau pentru a menține starea de sănătate;
- **masajul** ajută la reducerea tensiunii musculare și a durerii, îmbunătățind circulația și favorizând relaxarea;
- **stimularea electrică nervoasă transcutanată TENS** utilizează curentul electric care este transmis la nivelul tegumentelor prin intermediul unor electrozi cu scopul de a ameliora durerea.
- **acupunctura**
- **aromoterapia** este o metodă care utilizează aroma produselor pe baza de uleiuri (uleiuri esențiale) extrase din flori, frunze, tulpini, scoarța de copac, coaja unor fructe sau rădăcini. Aceste uleiuri sunt amestecate cu alte substanțe (ca de exemplu, ulei, alcool sau diverse loțiuni) și aplicate la nivelul tegumentului, pulverizate în aer sau folosite pentru infuzie;
- terapia complementară denumită „**Healing Touch**” cumulează mai multe tehnici recunoscute în domeniu (atingere delicată sau lucrul deasupra corpului), având ca scop reducerea stresului, relaxarea, diminuarea durerii, recuperarea post-

operatorie, rezolvarea problemelor emoționale, diminuarea simptomelor provocate de cancer, boli cronice;

- **meditația** este o metodă prin care pacientul își induce o stare de pierdere parțială a conștienței, de obicei concentrându-se asupra unor idei care îi induc o stare de calm și de claritate a viziunilor despre viață;

- **yoga** reprezintă un program de meditație care include exerciții ce îmbunătățesc flexibilitatea și respirația, scad stresul și mențin starea de sănătate.

- **suportul emoțional**: în anumite spitale și comunități există secții sau grupuri de suport pentru pacienții cu cancer sau pentru cei cu diverse dureri. Dacă un astfel de centru există și în zona dumneavoastră, medicul curant vă poate recomanda participarea la sesiunile grupurilor respective.

În cazul în care pacientul face chimioterapie sau radioterapie, nu se recomandă utilizarea unor astfel de metode fără consultarea prealabilă a medicului.

PACIENTUL TERMINAL

Scopul instituirii tratamentului analgezic este ameliorarea calității vieții pacientului, astfel încât acesta să își poată realiza în mod normal (sau cât mai aproape de normal) activitățile cotidiene, și să se poată relaxa. Există însă și un punct în care orice tratament va deveni inefficient.

Dorința cea mai frecventă a pacienților este să moară fără dureri. Din păcate, există și posibilitatea ca nici tratamentul analgezic să nu mai poată face față simptomelor dureroase, iar starea pacientului să se degradeze considerabil într-un interval relativ scurt. În astfel de situații, echipa medicală va ajuta pacientul, îi va răspunde corect și pertinent la întrebări și îl poate ajuta eficient în preocuparea privind confortul personal. Personalul medical specializat în îngrijiri la domiciliu poate asigura asistența medicală a pacientului cu cancer chiar și la domiciliul acestuia pentru că foarte mulți pacienți își doresc să-și petreacă ultimele zile acasă.

Pacienții pot considera util ca în această perioadă să ia o serie de decizii legate de chestiuni legale (de exemplu, testamentul), dar și să stabilească modalitatea în care doresc să gestioneze situația bolii lor în continuare.

Pacientul poate să-și exprime în scris dorințele privind îngrijirile medicale în stadiul terminal, cu mult timp înainte de faza terminală, cu menționarea opțiunii privind asigurarea îngrijirilor medicale până la final sau întreruperea acestora la un moment dat. Acesta poate alege dintre diferitele tipuri de tratament pe cel mai eficient pentru afecțiunea sa. În cazul în care pacientul nu mai este capabil să vorbească sau să ia decizii, în numele său va putea lua decizii persoana pe care acesta a desemnat-o (de regulă un membru al familiei).