

Μαρία Κιαγιά MD,MsC,PhD.
Παθολόγος

Αντιμετώπιση του χρόνιου καρκινικού πόνου.

Άλγος γενικά

Η λέξη πόνος προέρχεται από το ρήμα παινώ-πένομαι, που σημαίνει 'μοχθώ' (εξ ου και επίπνος). Ο Ιπποκράτης τη χρησιμοποίησε για πρώτη φορά ως ιατρικό όρο που εκφράζει σύμπτωμα νόσου. Ο πόνος πιθανολογείται να είναι το πρώτο σύμπτωμα που δοκίμασε το ανθρώπινο είδος.

Στην αρχαία ελληνική γραμματεία ο Πόνος αναφέρεται ως ο γιος της Έριδας και ο εγγονός της Νύχτας και είναι η ποινή-τιμωρία των ανθρώπων οι οποίοι δέχτηκαν το δώρο της φωτιάς από τον τιτάνα Προμηθέα παραβλέποντας τη θεϊκή βούληση του Δία. Ο Προμηθέας πρόσφερε την φωτιά στους ανθρώπους όταν διαπίστωσε πόσο ανίσχυροι ήταν οι άνθρωποι απέναντι στη φύση.

Ο Επίκουρος έγραψε τον 4ο αιώνα π.Χ. ότι *"όλα τα έμβια όντα απ' τη στιγμή της γέννησής τους απολαμβάνουν την ηδονή και αμύνονται στον πόνο από φυσικές αιτίες"*. Ο ίδιος έπασχε από επώδυνες νόσους του στομάχου και τον νεφρών και είχε παρατηρήσει ότι *"η απουσία του πόνου είναι η ουσία της ηδονής"*.

Ο Διεθνής Οργανισμός Μελέτης του Πόνου (International Association for the Study of Pain- IASP 1986), δίνει τον ακόλουθο ορισμό για τον πόνο: «Ο πόνος είναι μια δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία, που σχετίζεται με πραγματική ή δυνητική ιστική βλάβη ή περιγράφεται με τους όρους μιας τέτοιας βλάβης».

Ο ορισμός αυτός υπογραμμίζει το γεγονός ότι ο πόνος είναι μία σύνθετη, πολυδιάστατη υποκειμενική εμπειρία, με συναισθηματική επένδυση, μία υποκειμενική αντίληψη που ενδεχομένως να μην δικαιολογείται από την παρουσία και την έκταση της νόσου.

Ως χρόνιος χαρακτηρίζεται ο πόνος που εμμένει πέρα των 3-6 μηνών ωστόσο ο ορισμός αυτός δε βρίσκει σύμφωνους όλους όσους ασχολούνται με τον καρκινικό πόνο και ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι 3 μήνες είναι περισσότερος από τον χρόνο που απαιτείται για να χαρακτηριστεί ο καρκινικός πόνος χρόνιος.

Ο καρκινικός πόνος εξακολουθεί να αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους φόβους των καρκινοπαθών αλλά και της οικογένειά τους (με τον όρο οικογένεια ο Π.Ο.Υ. χαρακτηρίζει εκείνα τα άτομα που στέκονται δίπλα στον ασθενή και τον στηρίζουν στην πορεία της νόσου –όχι απαραίτητα άτομα που έχουν συγγένεια μαζί του). Ο σωματικός πόνος επηρεάζει αρνητικά όχι μόνο τη φυσική αλλά και τη συναισθηματική και πνευματική κατάσταση του ασθενή. Είναι ένας απρόσκλητος και εξαιρετικά δυσάρεστος επισκέπτης σε μία δύσκολη περίοδο της ζωής ενός ανθρώπου, σε μία περίοδο κατά την οποία διακυβεύεται η υγεία του.

Περίπου το 30 έως 50% των καρκινοπαθών ασθενών εμφανίζει πόνο κατά τη διάρκεια της θεραπείας, ενώ οι ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο εμφανίζουν πόνο σε ποσοστό 70-90%.

Η μεγάλη απόκλιση στα αποτελέσματα οφείλεται στο ότι στις μελέτες αξιολόγησης του πόνου συμμετέχουν ασθενείς σε διάφορα στάδια της νόσου

που λαμβάνουν διαφορετικές θεραπείες. Επιπλέον το άλγος έχει σημαντική υποκειμενική συνιστώσα και τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιούνται στις μελέτες είναι διαφορετικά.

Στην πλειοψηφία των μελετών οι νεότεροι σε ηλικία ασθενείς πονούν περισσότερο χωρίς να μπορεί να διευκρινιστεί αν αυτό το αποτέλεσμα οφείλεται στην μεγαλύτερη ευαισθησία που μπορεί να έχουν οι γιατροί στην ανίχνευση και αντιμετώπιση συμπτωμάτων που ταλαιπωρούν νέα άτομα, ή στην στωικότητα μεγαλύτερων σε ηλικία ατόμων που μπορεί να υπέφεραν από χρόνιο άλγος και πριν τη διάγνωση της νόσου ή και στους δύο παράγοντες.

Το στάδιο της νόσου καθώς και η πρωτοπαθής εστία παίζει ρόλο στην ένταση του πόνου. Για παράδειγμα σχετίζεται λιγότερο με το στάδιο στον καρκίνο του πνεύμονα από ότι σε άλλες κακοήθειες (στο πεπτικό νεόπλασμα το στάδιο σχετίζεται με την ένταση του πόνου σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι στον καρκίνο του πνεύμονα).

Στις περισσότερες περιπτώσεις το άλγος είναι μικτής παθοφυσιολογίας: αλγαισθητικό και νευροπαθητικό. Αλγαισθητικός είναι ο πόνος που προέρχεται από τη δραστηριοποίηση των αλγοϋποδοχέων. Οι αλγοϋποδοχείς είναι αισθητικοί υποδοχείς που είναι ικανοί να μετατρέψουν και να κωδικοποιήσουν βλαπτικά ερεθίσματα. Ενεργοποιούνται από προσταγλαδίνες, αυξητικούς παράγοντες όπως ο nerve growth factor, κυτταροκίνες και σε χαμηλό pH (όξινο περιβάλλον). Το νευροπαθητικό άλγος είναι αποτέλεσμα βλάβης, τραυματισμού - δυσλειτουργίας του περιφερικού ή του κεντρικού νευρικού συστήματος. Πρόκειται για μη φυσιολογικό πόνο, ο οποίος προϋποθέτει την ύπαρξη νευρικής βλάβης. Ασθενείς με καρκίνο εμφανίζουν χρόνιο νευροπαθητικό πόνο σε ποσοστό 19-39%. Κύριες αιτίες είναι η ίδια η νόσος (επέκταση του όγκου και διήθηση νευρικών σχηματισμών, πίεση-διήθηση του νωτιαίου μυελού, παρανεοπλασματική νευροπάθεια), η αντινεοπλασματική θεραπεία και σε άλλες απορρέουσες από τη νόσο διαταραχές.

Η συχνότερη αιτία καρκινικού πόνου είναι ο οστικός πόνος, απότοκος οστικών μεταστάσεων. Μεταξύ 60% και 84% των ασθενών με καρκίνο με συμπαγείς όγκους αναπτύσσουν μεταστάσεις στα οστά. Οι όγκοι που συχνότερα προκαλούν μεταστατικό πόνο στα οστά είναι εκείνοι του μαστού, του πνεύμονα, των νεφρών και του προστάτη. Η σπονδυλική στήλη, η λεκάνη και τα κάτω άκρα είναι οι σκελετικές περιοχές που εμφανίζουν συχνότερα οστικές μεταστάσεις. Έως και 79% των ασθενών με οστικές μεταστάσεις βιώνουν έντονο πόνο πριν την έναρξη της ανακουφιστικής θεραπείας. Η κλινική πορεία της μεταστατικής νόσου των οστών είναι σχετικά μεγάλη με ασθενείς που παρουσιάζουν διαδοχική επιπλοκές σε μια περίοδο αρκετών ετών. Ο πόνος στα οστά δεν αντιμετωπίζεται επαρκώς από πολλούς γιατρούς.

Εργαλεία εκτίμησης.

Τυποποιημένες και αναπαραγόμενες μέθοδοι εκτίμησης της έντασης του πόνου έχουν αναπτυχθεί και μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την μέτρηση της έντασης του πόνου, την ανάπτυξη θεραπευτικής αγωγής και την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της αγωγής που προτάθηκε.

Σημαντικό είναι η επιλογή του καταλληλότερου για τον ασθενή εργαλείου με βάση την ηλικία του, την γνωσιακή λειτουργία και την προηγούμενη εμπειρία του ασθενή με το εργαλείο. Είναι απαραίτητο, το εργαλείο που επιλέγεται για την εκτίμηση της έντασης του πόνου να εφαρμόζεται συστηματικά και με συνέπεια. Υπάρχουν τέσσερις (4) κύριες μονοδιάστατες κλίμακες πόνου που χρησιμοποιούνται στην κλινική πράξη για αντικειμενική εκτίμηση του πόνου: η αριθμητική κλίμακα ταξινόμησης Numeric Rating Scale (NRS), η λεκτική περιγραφική κλίμακα Verbal Descriptor Scale (VDS), η οπτική αναλογική κλίμακα Visual Analog Scale (VAS) και η κλίμακα εκφράσεων πόνου Faces Pain Scale (FPS). Καθεμία αποτελεί έγκυρη και αξιόπιστη μέτρηση έντασης πόνου. Τα πολυδιάστατα εργαλεία εκτίμησης πόνου όπως το Ερωτηματολόγιο Πόνου Mc Gill Pain Questionnaire (MPQ) και η Σύντομη Απογραφή Πόνου Brief Pain Inventory (BPI) είναι επίσης έγκυρες μετρήσεις οξέος και χρόνιου πόνου.

Πίνακας 1: Ομάδες ασθενών με χρόνια καρκινικό πόνο

(τροποποιημένο, DE VITA Vincent T. Management of Cancer Pain, in Cancer : principles and practice of oncology 2004, 7th edition [143].

Προφίλ ασθενών με καρκινικό πόνο
I. Ασθενείς με χρόνια καρκινικό πόνο που:
α. Σχετίζεται με πρόοδο της νόσου
β. Σχετίζεται με την αντινεοπλασματική θεραπεία (χειρουργική, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία)
II. Ασθενείς με προϋπάρχοντα χρόνια πόνο και επιπλέον καρκινικό πόνο
III. Ασθενείς με εθισμό σε φάρμακα και καρκινικό πόνο που:
α. Ενεργητικά κάνουν παράνομη χρήση φαρμάκων
β. Είναι σε πρόγραμμα μεθαδόνης
γ. Έχουν ιστορικό κατάχρησης ουσιών

IV. Τελικού σταδίου ασθενείς με καρκινικό πόνο

Η παρουσία χρόνιου άλγους σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα, μειωμένη ποιότητα ζωής, κακό performance status, παρουσία κατάθλιψης και άγχους.

Το άλγος ,ανάλογα με το χρόνο εμφάνισής του μπορεί να είναι συνεχές (ανεξάρτητο από κινήσεις ή τη στάση του σώματος), ή επεισοδιακό μετά από ορισμένες κινήσεις ή υιοθέτηση συγκεκριμένων στάσεων σώματος (incident pain). Επεισόδια πόνου ξαφνικά ανεξάρτητα από κινήσεις χαρακτηρίζονται ως παροξυσμικά (breakthrough pain).

Αντιμετώπιση χρόνιου καρκινικού πόνου-Βασικές αρχές

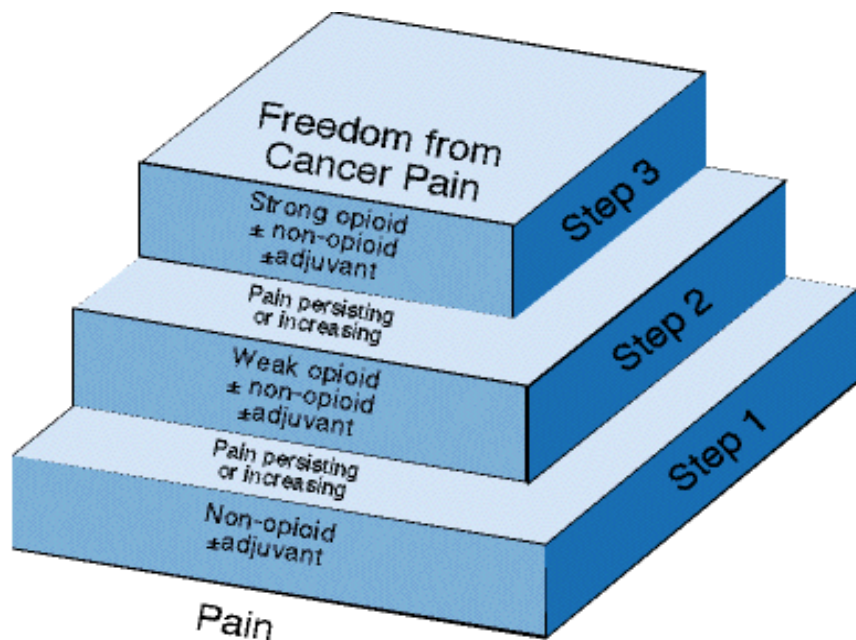
Η αξιολόγηση, η επανεκτίμηση και η αντιμετώπιση του χρόνιου καρκινικού πόνου είναι ουσιώδους σημασίας σε όλα τα στάδια της νόσου (ongoing reassessment).

Στόχος της αναλγητικής αγωγής είναι η ελάττωση του πόνου, η βελτίωση της ποιότητας ζωής και η ικανοποίηση του ασθενούς και της οικογένειάς του.

Η ενημέρωση του ασθενούς και των οικείων του είναι σημαντική παράμετρος στην επιτυχή αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου.

Τα θεραπευτικά σχήματα με την μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα και τις λιγότερες επιπλοκές είναι ο στόχος της αντιμετώπισης του χρόνιου καρκινικού πόνου.

Το 1986 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) πρότεινε μια στρατηγική για τη θεραπεία του καρκινικού άλγους η οποία βασίζεται σε μια τριών σταδίων αναλγητική σκάλα εξελίσσοντας τη φαρμακευτική αγωγή ανάλογα με την ένταση του πόνου. Είκοσι οκτώ χρόνια μετά την πρώτη έκδοση το πρόγραμμα ανακούφισης από τον καρκινικό πόνο του ΠΟΥ παραμένει το σημείο αναφοράς για τη διαχείριση του νεοπλασματικού πόνου.



Εικόνα 1: Αναλγητική Κλίμακα Προσέγγισης του Καρκινικού Πόνου -ΠΟΥ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προτείνει για το χρόνιο καρκινικό πόνο να προτιμάται η από του στόματος φαρμακευτική αγωγή σαν πρώτη επιλογής θεραπεία.

Επίσης συνιστά τη συστηματική χορήγηση αναλγητικής αγωγής -'by the clock' administration-λαμβάνοντας υπόψιν το χρόνο ημίσειας ζωής και τη βιοδιαθεσιμότητα των χορηγούμενων φαρμάκων.

Η τιτλοποίηση της δοσολογίας των φαρμάκων εξατομικεύεται και σωστή δόση είναι αυτή που προσφέρει αναλγησία με τις λιγότερες δυνατόν παρενέργειες.

Μη οπιοειδή αναλγητικά

Η παρακεταμόλη και τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (ΜΣΑΦ) χρησιμοποιούνται σε οποιοδήποτε στάδιο της σκάλας του ΠΟΥ. Η μακροχρόνια χρήση ωστόσο των ΜΣΑΦ εγκυμονεί κινδύνους και οι ασθενείς πρέπει να παρακολουθούνται προσεκτικά διότι η χρήση τους μπορεί να προκαλέσει σοβαρή τοξικότητα, όπως: γαστρεντερική αιμορραγία, δυσλειτουργία των αιμοπεταλίων και νεφρική ανεπάρκεια. Ωστόσο είναι εξαιρετικά χρήσιμα φάρμακα στην αντιμετώπιση του άλγους και αν ένα ΜΣΑΦ είναι αναποτελεσματικό ή προκαλεί παρενέργειες μπορεί να αντικατασταθεί από κάποιο άλλο διαφορετικής χημικής ομάδας προτού εγκαταλειφτεί η χρήση τους.

Είδη αναλγητικών

Οπιοειδή αναλγητικά

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές της ΠΟΥ, τα οπιοειδή είναι ο ακρογωνιαίος λίθος της αναλγητικής θεραπείας.

Τα οπιοειδή ταξινομούνται σύμφωνα με τη δράση τους σε ήπια, μέτρια και ισχυρά. Ανάλογα με τη σύνθεσή τους ταξινομούνται σε φυσικά αλκαλοειδή,

ημισυνθετικά και συνθετικά και αναλόγως της δράσης τους στους υποδοχείς σε αγωνιστές, ανταγωνιστές μερικοί αγωνιστές και αγωνιστές –ανταγωνιστές.

Τα οπιοειδή μεταβολίζονται από το ήπαρ και απεκκρίνονται με τα ούρα και για αυτό το λόγο χρειάζεται προσοχή σε καταστάσεις ηπατικής ή νεφρικής δυσλειτουργίας.

Ήπια οπιοειδή

-Η κωδεΐνη έχει αναλγητική δράση μικρότερη της μορφίνης και είναι κατάλληλη για χειρισμό του ήπιου- μέτριου καρκινικού πόνου.

Συνήθως χρησιμοποιούνται σκευάσματα που περιλαμβάνουν συνδυασμούς κωδεΐνης με μη οπιοειδή αναλγητικά όπως παρακεταμόλη .

Εάν χρησιμοποιηθεί σε μονοθεραπεία και χρειαστούν υψηλές δόσεις για να επιτευχθεί αναλγησία εμφανίζονται παρενέργειες όπως ναυτία και δυσκοιλιότητα.

Το 15% περίπου των ασθενών δεν μπορεί να μεταβολίσει την κωδεΐνη

σε μορφίνη λόγω ανεπάρκειας του κατάλληλου ενζυμικού μηχανισμού (ένζυμο CYPD211) . Αυτός ο παράγοντας πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε περιπτώσεις που αποτυγχάνει χωρίς άλλη προφανή αιτία η αναλγητική αγωγή με κωδεΐνη. Δοσολογία: 10-60 mg κάθε 4 ώρες αναλόγως με τη θεραπευτική αναγκαιότητα.

-Η προποξυφαΐνη είναι συνθετικό οπιοειδές με αναλγητικό αποτέλεσμα 25-50 φορές μικρότερο από αυτό της μορφίνης. Δοσολογία: Από το στόμα: 65 mg 3-4 φορές την ημέρα, αναλόγως με τις ανάγκες του αρρώστου. Ενδομυϊκώς ή ενδοφλεβίως: 75 mg 1-3 φορές την ημέρα. Από το ορθό: 75-150 mg την ημέρα. Μέγιστη ημερήσια δόση 300 mg.

Ισχυρά οπιοειδή

-Μορφίνη:είναι το πρότυπο αναλγητικό οπιούχο προς το οποίο συγκρίνονται τα άλλα οπιοειδή. Χορηγείται από όλες τις οδούς και η βιοδιαθεσιμότητά της από το στόμα είναι 35-75% ενώ το αναλγητικό της αποτέλεσμα δεν έχει οροφή δράσης.

Ανάλογα με το σκεύασμα και την οδό χορήγησης έχει ενδοφλέβια έναρξη:<1 min, αιχμή:5-20min, διάρκεια:2-7ώρες. Ενδομυϊκά: έναρξη:1-5min, αιχμή:30-60min, διάρκεια:2-7ώρες. Υποδόρια: έναρξη:15-30 min, αιχμή:50-90min, διάρκεια:2-7 ώρες. Από του στόματος: έναρξη:15-60 min, αιχμή:1-4 ώρες, διάρκεια:2-7 ώρες. Από του στόματος βραδείας αποδέσμευσης: έναρξη:60-90 min, αιχμή:30-60min, διάρκεια:6-12 ώρες.

Δοσολογία:από το στόμα (σε χρόνιο πόνο κακοήθους αιτιολογίας) 60-200 mg την ημέρα ανάλογα με τις ανάγκες του αρρώστου. Σε ανυπόφορο πόνο (intractable pain) μπορεί να απαιτηθεί υπερδοσολογία μέχρι 1 g την ημέρα. Μέγιστη δόση δεν υπάρχει . Δόσεις μεγαλύτερες των 120-180 mg πρέπει να χορηγούνται από ιατρό με εμπειρία στην αντιμετώπιση του πόνου.

-Η φεντανύλη είναι ημισυνθετικό ισχυρό οπιοειδές 75 φορές περίπου πιο ισχυρή από τη μορφίνη. Η φεντανύλη λόγω του χαμηλού της μοριακού βάρους και του λιπόφιλου χαρακτήρα της, αποτελεί την ιδανική λύση για χορήγηση μέσω διαδερμικού θεραπευτικού συστήματος αναλγησίας. Η απορρόφηση της ουσίας δεν επηρεάζεται από την ανατομική θέση τοποθέτησης του patch (θώρακα, κοιλιακή χώρα, βραχίονα). Άνοδος της θερμοκρασίας του σώματος στους 40° C αυξάνει την απορρόφηση κατά 30%. Επίσης η εφίδρωση επηρεάζει την αποδέσμευση του φαρμάκου από το σύστημα στο δέρμα. Η συγκέντρωση της

φεντανύλης στο πλάσμα αυξάνεται προοδευτικά το πρώτο 24ωρο και στη συνέχεια μειώνεται αργά μέχρι την συμπλήρωση 72 ωρών. Είναι σημαντικό να υπολογιστεί ότι χρειάζονται 12-18 ώρες μέχρι να καταγραφεί κλινική ανταπόκριση μετά από την τοποθέτηση του πρώτου αυτοκόλλητου. Δοσολογία: Πρέπει να εξατομικεύεται. Σε ασθενείς που δεν έχουν λάβει άλλη δόση οπιοειδούς η έναρξη γίνεται με αυτοκόλλητο 12-25 μg/ώρα. Μπορεί να γίνει εξατομικευμένη αύξηση της δόσης ανά 3μερο μέχρι να επιτευχθεί αναλγητικό αποτέλεσμα. Το αυτοκόλλητο αφαιρείται μετά 72 ώρες. Εάν ο ασθενής ελάμβανε προηγουμένως μορφίνη η αντιστοιχία είναι 90 mg μορφίνης = 1 αυτοκόλλητο των 25 μg/ώρα.

Τα οπιοειδή μπορεί να προκαλέσουν ανεπιθύμητες παρενέργειες όπως ναυτία, υπνηλία, σύγχυση και δυσκοιλιότητα. Συστήνεται η συγχορήγηση υπακτικών. Η παρατεταμένη χρήση οπιούχων και οπιοειδών προκαλεί ανοχή στο φάρμακο, αναγκαιότητα για μεγαλύτερες δόσεις και μπορεί να προκαλέσει σωματική εξάρτηση από το φάρμακο.

Τραμαδόλη

Έχει δράση αγωνιστή στους υποδοχείς οπιοειδών και επίσης αναστέλλει την επαναπρόσληψη των νευροδιαβιβαστών σεροτονίνη και νορεπινεφρίνη περιορίζοντας επομένως την μετάδοση των επώδυνων σημάτων στην ανιούσα και κατιούσα οδό του πόνου. Η τραμαδόλη δεν έχει αντιφλεγμονώδη δράση και δεν επιδρά δυσμενώς στο καρδιαγγειακό, δεν ενοχοποιείται για πρόκληση γαστρορραγίας, αλλά η δόση της θα πρέπει να περιορίζεται σε ασθενείς με δυσλειτουργία του ήπατος και των νεφρών. Μέγιστη ημερήσια δόση σε ασθενείς χωρίς περιορισμούς είναι τα 400 mg για τους νέους και 300mg για τους ηλικιωμένους, σε ισάριθμα διαιρεμένες δόσεις.

Προσοχή χρειάζεται όταν το φάρμακο συνδυάζεται με εκλεκτικούς αναστολείς της επαναπρόσληψης σεροτονίνης, τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και μερικά νευροληπτικά φάρμακα λόγω του κινδύνου πρόκλησης σεροτονινεργικού συνδρόμου που είναι απειλητικό για τη ζωή.

Επικουρικά Φάρμακα

Με τον όρο αυτόν χαρακτηρίζουμε τα φάρμακα τα οποία έχουν αναλγητική δράση ενώ η πρωταρχική ένδειξη χορήγησης τους είναι άλλη. Συνοδεύουν τα αμιγώς αναλγητικά και αυξάνουν την αποτελεσματικότητά τους. Τέτοια φάρμακα είναι:

- Αντικαταθλιπτικά (σεροινεργικά και αδρενεργικά. Κύρια δράση τους είναι η αναστολή της επαναπρόσληψης των μονοαμινεργικών νευρομεταβιβαστών:σεροτονίνης και νορεπινεφρίνης. Ενισχύουν επίσης τις κατιούσες ανασταλτικές οδούς του πόνου στο ΚΝΣ και τροποποιούν τη δραστηριότητα στο οπίσθιο κέρασ του νωτιαίου μυελού).

- Αντιεπιληπτικά (χρησιμοποιούνται συνήθως μόρια που δεσμεύουν την α2δ1 υπομονάδα των εξαρτώμενων από δυναμικό διαύλων ασβεστίου με κύριους εκπρόσωπους την πρεγκαμπαλίνη και τη γκαμπαπεντίνη. Επίσης χρησιμοποιείται η καρβαμαζεπίνη που δρα στους διαύλους Na και μπορεί επιπλέον να αυξήσει τα επίπεδα της 5-HT στον εγκέφαλο που είναι ανασταλτικός νευροδιαβιβαστής)

- Κορτικοστεροειδή (λόγω παρενεργειών δε συνιστώνται στη διαχείριση του χρόνιου άλγους)

- Νευροληπτικά (δεν έχουν αναλγητική δράση άλλα χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της αϋπνίας ,της ναυτίας, της καρκινικής κόπωσης και την βελτίωση της διάθεσης. Μπορεί να χρησιμοποιηθούν σε ανθεκτικό νευροπαθητικό άλγος)
- Βενζοδιαζεπίνες (Ωφελούν λόγω της αγχολυτικής δράσης τους ενώ η διαζεπάμη μπορεί να είναι χρήσιμη σε αρρώστους με μυϊκό σπασμό)
- Αντιισταμινικά και πολλά άλλα.

Διφωσφονικά

Στα οστά, τα διφωσφονικά ενώνονται ισχυρά με τους κρυστάλλους υδροξυαπατίτη. Όταν δεσμεύονται στον υδροξυαπατίτη, συμπεριφέρονται ως εκλεκτικοί αναστολείς της δραστηριότητας των οστεοκλαστών γεγονός που οδηγεί τελικά σε αναστολή της οστικής απορρόφησης.Το αναλγητικό αποτέλεσμα εκδηλώνεται σε 48-72 ώρες.

Τοπικά φάρμακα

-Η Καψαΐκίνη είναι αγωνιστής των TRPV1 υποδοχέων στις αλγαισθητικές νευρικές απολήξεις.

Η εφαρμογή της στην επώδυνη περιοχή προκαλεί απευαισθητοποίηση των TRPV1 υποδοχέων (defunctionalization) και μείωση της δημιουργίας

του παράγοντα ανάπτυξης των νεύρων λόγω αναστολής της παραγωγής του από το ενδοπλασματικό δίκτυο.Ο νευροτροφικός παράγοντας ανάπτυξης εκκρίνεται από τον νευρώνα και δρά παρακρινικά ή αυτοκρινικά στο ίδιο το νεύρο ή σε παραπλήσια. Συμμετέχει στην νευρογενή φλεγμονή και ο κύριος φυσιολογικός του ρόλος είναι η παραγωγή καινούργιων εκβλαστήσεων νεύρων (sprouting) όπως και η δημιουργία νέων διαύλων Na⁺ και TRPV1. Το θεραπευτικό αποτέλεσμα αναμένεται σε 2 εβδομάδες και διαρκεί 8-12 εβδομάδες. Η θεραπεία επαναλαμβάνεται 4-6 φορές. Κατά τη διάρκεια εφαρμογής του επιθέματος συστήνεται η παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης, η προληπτική χορήγηση αναλγητικών και η αποφυγή εφαρμογής σε βλεννογόνους. Η καψαΐκίνη 8% δεν παρουσιάζει συστηματικές αντιδράσεις. Κύρια ανεπιθύμητη δράση της είναι ο καύσος, το ερύθημα και το τοπικό οίδημα, τα οποία υποχωρούν σε 24 ώρες.

- Διαδερμικό επίθεμα Λιδοκαΐνης 5% Είναι αποτελεσματική για τον έλεγχο των έκτοπων διεγέρσεων και της αλλοδυνίας διαφόρων συνδρόμων περιφερικού νευροπαθητικού άλγους Δοσολογία: Έως 3 επιθέματα την ημέρα επικόλληση επί 12 συνεχόμενες ώρες.

Συμπεράσματα

Ο χρόνιος καρκινικός πόνος υποβαθμίζει την ποιότητα ζωής του πάσχοντα και των οικείων του .Εκτός της σωματικής συνιστώσας έχει και ψυχολογική,πνευματική και κοινωνικο-οικονομική παράμετρο.Η θεραπεία του πρέπει να είναι μέρος **ενός καλά συντονισμένου σχεδίου και συνολικής φροντίδας. Στόχος της θεραπείας δεν είναι μόνο η πρόσκαιρη ανακούφιση του ασθενή αλλά και η πρόληψη επανεμφάνισής του πόνου.**

Βιβλιογραφία

1. Merskey H, Bogduk N: Classification of chronic pain. In James N Campbell (Ed): Pain 1994, An updated review. IASP press, Seattle 1994; p210.
2. Lesage P. and Portenoy RK. Cancer Control; Journal of the Moffitt Cancer Center 1999;6(2):136-145
3. www.whocancerpain.wisc.edu/?q=node/130 [accessed in 25/01/2014]
4. Brescia FJ, Adler D, Gray G, Ryam MA, Cimino J, Mamtani R. Hospitalised advanced cancer patients: a profile. J Pain Symptom Manage 1990;5(4):221—7.
5. Caraceni A. An international survey of cancer pain characteristics and syndromes. Pain 1996;82:263—74.
6. Greenwald HP, Bonica JJ, Bergner M. The prevalence of pain in four cancers. Cancer 1987;60:2563—9.
7. Foley KM. Pain syndromes in patients with cancer. In: Bonica JJ, Ventafridda V, editors. Advances in pain research and therapy. New York: Raven Press; 1979. p. 59—75.
8. Coyle N. The last four weeks of life. Am J Nursing 1990;90:72—5.
9. Ventafridda V, Ripamonti C, De Conno F, Tamburini M, Cassileth BR. Symptom prevalence and control during cancerpatients last days of life. J Palliat Care 1990;6(3):7—11.
10. J. Potter, I.J. Higginson Pain experienced by lung cancer patients: a review of prevalence, causes and pathophysiology Lung Cancer (2004) 43, 247—257
11. Vincent T. De Vita. Cancer, 7th.edition,2004. Management of Cancer Pain, Classification of Patients with Cancer Pain. (Table 55.1-2).