

Léčba nádorové bolesti v roce 2012 – multimodální přístup a pragmatická polypragmazie

Ondřej Sláma – editor hlavního tématu

Klinika komplexní onkologické péče, Masarykův onkologický ústav, Brno

Onkologie 2012; 6(1): 8

Klinický průběh nádorových onemocnění prodělal v posledních desetiletích díky pokrokům v diagnostice a léčbě velké změny. Některé typy nádoru umíme zcela vyléčit. U jiných se z onemocnění vedoucích dříve během několika měsíců ke smrti stala „chronická“ onemocnění, se kterými pacienti mohou žít i několik let. Do popředí zájmu se dostává kvalita tohoto „přidaného“ života. Jedním ze symptomů, který kvalitu života onkologických pacientů zásadním způsobem negativně ovlivňuje, je bezpochyby bolest. Bolest se může vyskytnout v průběhu nádorové nemoci v různé podobě: může být vyvolána nádorem nebo jeho diagnostikou a léčbou, může mít různou lokalizaci, charakter i intenzitu. Spíše než o nádorové bolesti (obecně) je proto vhodné hovořit o syndromech nádorové bolesti, které se mohou lišit příčinou, charakterem i léčbou (1).

Základní principy léčby nádorové bolesti byly opakovaně formulovány řadou mezinárodních institucí a gremií, např. WHO 1996, APS 2008, ESMO 2008 (2, 3, 4). Doporučení lze shrnout do následujících bodů:

Zjišťování přítomnosti a léčba bolesti jsou nedílnou součástí komplexní onkologické péče a měly by být pacientům dostupné od stanovení diagnózy po celou dobu péče.

Bolest by měla být posuzována komplexně, v kontextu pacientova života a stavu základního onemocnění. Nezbytné je aktivní ovlivňování psychosociálních a spirituálních faktorů pacientova prožívání bolesti.

Léčba bolesti (symptomatická) se podává současně s protinádorovou (kauzální) léčbou onkologického onemocnění.

V léčbě bolesti užíváme farmakologické i nefarmakologické postupy (např. operační ře-

šení, kyfoplastiky, vertebroplastiky, radioterapii, fyzikální léčbu, některé metody komplementární medicíny atd.).

Farmakoterapie je hlavním pilířem léčby nádorové bolesti. Základní lékovou skupinou jsou opioidy. Spíše výjimečně je však podáváme v monoterapii. Obvyklá je kombinace s neopioidními analgetiky a řadou koanalgetik a adjuvantních léků. Pacient tak obvykle při léčbě bolesti současně užívá 2–5 různých léků. Tato „polypragmazie“ je racionální a je založená na ovlivňování významných receptorů a mediátorů přenosu a modulace bolesti. Při volbě a dávkování léků a jejich kombinací však musíme postupovat pragmaticky, tedy metodou „pokus–omyl“. Pokud přidání dalšího léku nevede k očekávanému účinku, je třeba jej rychle vysadit.

V posledních letech byla věnována velká pozornost psychosociálním souvislostem nádorové bolesti. Ukazuje se, že vliv a význam bolesti u pacientů úzce souvisí s celkovým zvládáním nádorové nemoci. Byly identifikovány osobnostní charakteristiky i strategie, které vedou k lepší adaptaci na chronickou bolest. Poradenství, psychologická a psychoterapeutická podpora může být pacientům v této oblasti velkou pomocí (5, 6). Ukazuje se také, že spiritualita a duchovní péče mohou být pacientům zdrojem energie, motivace, ale také imaginace ke zvládání náročných situací života s nádorovou nemocí (7). Řada průzkumů ukazuje, že velká část onkologických pacientů nemá bolest dobře zmírněnou (8). Tento fenomén má jistě řadu příčin, některé na straně pacientů, jiné na straně zdravotníků a zdravotního systému.

Hlavním problémem léčby nádorové bolesti v ČR v roce 2012 není nedostupnost potřebných léků a léčebných metod, ale chybění potřebných

znalostí a dovedností na straně zdravotníků jakož i motivace se bolestí náležitě zabývat.

Následující články formou přehledových sdělení zpracovávají nejčastější typy nádorové bolesti: kostní nádorovou bolest a bolest neuropatickou a viscerální. Jeden článek pojednává o psychologických a spirituálních aspektech nádorové bolesti. Budeme potěšeni, když tyto články přispějí ke zlepšení péče o onkologické pacienty s bolestí.

Literatura

1. Hjermstad MJ, Fainsinger R, Kaasa S. European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC). Assessment and classification of cancer pain. *Curr Opin Support Palliat Care* 2009; 3: 24–30.
2. WHO. Cancer pain relief, 2nd edn. Geneva, Switzerland: Health Organization, 1996.
3. American Pain Society (APS). Principles of analgesic use in the treatment of acute pain and cancer pain, 6th edn. Glenview, IL, USA: American Pain Society, 2008.
4. ESMO Guidelines Working Group. Management of cancer pain: ESMO clinical recommendations. *Ann Oncol* 2008; 19(Suppl. 2): ii119–21.
5. Cassileth BR, Keefe FJ. Integrative and behavioral approaches to the treatment of cancer-related pain. *Oncologist* 2010; 15(Suppl. 2): 19–23.
6. Yalom, ID. Existenciální psychoterapie. Praha: Portál 2006; str. 41, 65: 119–121.
7. Kwekkeboom KL, Cherwin CH, Lee JW, Wanta B. Mind-body treatments for the pain-fatigue-sleep disturbance symptom cluster in persons with cancer. *J Pain Symptom Manage* 2010; 39: 126–38.
8. Deandrea S, Montanari M, Moja L, Apolone G. Prevalence of undertreatment in cancer pain. A review of published literature. *Ann Oncol* 2008; 19: 1985–91.

MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.

Klinika komplexní onkologické péče
Masarykův onkologický ústav Brno
Žlutý kopec 7, 656 53 Brno
oslama@mou.cz