

Špecifiká bolesti a jej liečby u pacientov s orofaciálnymi nádormi – všeobecný prehľad a kazuistika

MUDr. Miriam Galová, MUDr. Marta Kulichová, CSc., MUDr. Zuzana Čiljaková

Ambulancia chronickej bolesti, KAİM, MFN a JLF UK, Martin

Incidenca orofaciálnych nádorov v analyzovanom súbore 3 858 pacientov s nádorovou bolesťou liečených na našej ambulancii v priebehu 25 rokov jej existencie predstavuje približne 7 %. Patofyziologicky ide o bolesť slizničnú, svalovú, kostnú, neuropatickú, významne akcentovanú psychopatickou bolesťou, v dôsledku samotného ochorenia, jeho progresie ale aj liečby. Táto skupina pacientov je vystavená zákrokom na orgánoch, ktoré zabezpečujú základné životné potreby – dýchanie a výživu formou stómie. Liečba nádorovej bolesti pri orofaciálnych nádoroch je špecifická, neskonale náročná v dôsledku obmedzení samotného ochorenia, následkov liečby ochorenia ako aj psychosociálneho stresu. Problematika si zaslúži zvýšenú a špeciálnu pozornosť všetkých algeziológov a dobrú spoluprácu so stomatochirurgami, otorinolaryngológmi a onkológmi. K všeobecnému prehľadu pripájame aj kazuistiku.

Kľúčové slová: orofaciálne nádory, bolesť, výživa, spolupráca.

Specific of pain and its treatment in patients with orofacial tumors – general overview and casuistry

We analyze patients with orofacial tumors who present 7 % from all 3 858 cancer pain patients in our pain clinic during 25 years. This pain is mucousus, muscular, boneus, neuropatic, surmounted by psychopatic pain. These patiens have handicaped organs which are important for breathing and eating. Pain control of these patiens is specific and very difficult because of primary disease, side effects of treatment and corresponding stress. This problem deserve special care of all algesiologists and good cooperation with stomatosurgeons, otorhinolaryngologists and oncologists. We add casuistry too.

Key words: orofacial tumors, pain, nutrition, cooperation.

Paliat. med. liec. boles., 2010, 3(2): 69–70

Malígne orofaciálne nádory – všeobecný prehľad a liečba

K malígnym orofaciálnym nádorom radíme podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb nasledovné tumory, ktoré aj bližšie špecifikujeme:

- C00 – C14 – zhubné nádory pery, dutiny ústnej a hltana
- C30 – zhubné nádory nosovej dutiny a stredného ucha
- C31 – zhubné nádory prínosových dutín
- C32 – zhubné nádory hrtana.

Zhubné nádory pery, dutiny ústnej a hltana – rizikovými faktormi pre vznik týchto typov zhubných nádorov je predovšetkým žutie tabaku, fajčenie a konzumácia najmä „tvrdého“ alkoholu, pričom tieto majú synergický účinok. Typickými príznakmi je dysfágia, krvácanie zo slizníc, leukoplakia, unilaterálna bolesť. V neskoršom štádiu sa môže pridružiť anorexia, anxieta, sťažaná verbálna komunikácia vyplývajúca z lokalizácie tumoru a s tým súvisiaca psychická záťaž. Všeobecne protinádorovú liečbu pri týchto ale aj ostatných typoch zhubných nádorov môžeme zhrnúť na chirurgickú, rádioterapiu a chemoterapiu (1).

Zhubné nádory nosovej dutiny a prínosových dutín sa vyskytujú pomerne zriedkavo

a treba na ne myslieť pri jednostrannom krvavom výtoky z nosa, obštrukcii nosovej dutiny a opuchu tváre. Do prínosových dutín často metastazuje karcinóm obličky (4).

Zhubné nádory stredného ucha sa tiež vyskytujú ojedinele. Predispozičným faktorom je dlhotrvajúci hnisavý výtok pri chronickej otitíde (4).

Zhubné nádory hrtana majú výrazne vyššiu incidenciu u mužov, a to najmä v 5. a 6. dekáde života. U fajčiarov je riziko vzniku 5 – 25-krát vyššie, konzumácia alkoholu zvyšuje riziko o 2 – 6-krát. Súčasné pitie najmä koncentrovaného alkoholu a fajčenie má synergický účinok a niekoľkonásobne zvyšuje riziko vzniku karcinómu hrtana. Väčšina hrtanových nádorov vzniká na úrovni hlasiviek, a preto býva včasným príznakom dysfónia. Každý pacient s chripotom trvajúcim dlhšie ako 1 mesiac by mal byť vyšetrený otorinolaryngológom (2).

Bolesť, ktorá je prítomná pri týchto typoch nádorov, vzniká v súvislosti so samotným ochorením, jeho progresiou a tiež s liečbou, najmä aktinoterapiou. Udáva sa, že až 25 % onkologických pacientov trpí na chronickú bolesť v dôsledku terapie. U týchto pacientov sa často vyskytuje postaktinacná bolesť, ktorá pretrváva, a to aj napriek tomu, že samotné

ochorenie je už vyliečené. Príčinou je radiačný efekt na pomaly sa deliace bunky jednotlivých orgánov, fibrotická premena tkaniva a sekundárne nervové poškodenie, ktoré vzniká v odstupe niekoľkých mesiacov až rokov (3).

Stretávame sa s bolesťou **slizničnou**, ktorá vzniká v dôsledku poškodenia epiteliálnych buniek, erytému, edému a ulcerácií, **svalovou**, vznikajúcou v dôsledku senzibilizácie svalových mechanoreceptorov a nociceptorov, a **kostnou**. Kostná bolesť je najčastejší algický syndróm pri nádorových ochoreniach a vyskytuje sa u 30 – 70 % pacientov. Táto bolesť je priamo zapríčinená deštrukciou kosti a nepriamo kompresiou príslušných štruktúr (3). **Neuropatická** bolesť vzniká v dôsledku postihnutia hlavových nervov, najmä n. trigeminus. **Psychologická a sociálna** bolesť je daná chronicitou ochorenia, beznádejou, obavou z blížiacej sa smrti, tiež vyplýva z umiestnenia nádoru, zo sťaženej verbálnej komunikácie, napr. po amputácii jazyka alebo po tracheostómii, často býva prítomný aj foetor ex ore.

Liečba onkologického ochorenia je kombináciou protinádorovej liečby a liečby bolesti, ktorá by mala prebiehať od samého začiatku ochorenia. Postavenie farmakoterapie sa mení

v závislosti od štádia ochorenia (3). V liečbe sa používajú NSDA, ktoré majú dobrý záber na bolesť v oblasti hlavy, samostatne alebo v kombinácii s opioidmi. Problémy s perorálnym príjmom u pacientov nemusí byť hneď od samého začiatku ochorenia. Preto je možné v tejto fáze využiť aj perorálne formy a následne prejsť na formy transdermálne. Vhodný je aj morfínový roztok, ktorý má okrem celkového analgetického účinku aj účinok lokálny, a to v dôsledku exteriorácie opioidných receptorov v postihnutej sliznici.

V liečbe sa uplatňujú tiež antidepresíva na zvládnutie psychosociálnej bolesti. Aj tu uprednostňujeme kvapkové formy pred tabletkovými.

Dôležitým faktorom je zabezpečiť dostatočnú výživu, čo môže byť u pacientov s nádormi v oblasti hlavy a krku problém. Nádorové ochorenie môže spôsobiť zmenu čuchových a chuťových vnemov a s ním spojené nechutenstvo. Toto môže byť zapríčinené aj ťažkosťami pri žuvaní a prehĺtaní. Pacienti preto pochopiteľne uprednostňujú krémové a kašovité pokrmy. Pokiaľ sa nedá zabezpečiť dostatočný perorálny príjem, treba myslieť aj na možnosť gastrostómie. Gastrostómia však nemusí byť posledným riešením pri zabezpečení výživy pacienta. Možno o nej uvažovať aj ako o dočasnom riešení zabezpečenia výživy v období radiačnej liečby, kedy v dôsledku žiarenia dochádza k vzniku akútnej bolesti a tým k zhoršeniu perorálneho príjmu.

Problematika liečby pacientov s orofaciálnymi nádormi si zasluhuje zvýšenú pozornosť nielen algeziológov, ale všetkých odborníkov podieľajúcich sa na liečbe týchto pacientov.

Za 25 rokov existencie nášho pracoviska sa z celkového súboru 3 858 pacientov s nádorovou bolesťou liečilo na nádory tváre a krku 7 % z nich.

Kazuistika

52-ročný pacient sa dostal do našej starostlivosti v marci 2006 s inoperabilným karcinómom tonzily vľavo. V septembri 2005 začal mať ťažkosti s prehĺtaním, v septembri až novembri 2005 absolvoval rádioterapiu a chemoterapiu, v marci 2006 došlo k výraznej lokálnej progresii ochorenia a k zhoršeniu bolesti.

Z dokumentácie: 20 rokov psoriasis vulgaris, stav po operácii varixov, 2x operácia pravého ramena, úraz mandibuly.

Algeziologická anamnéza: lokalizácia ľavá mandibula, kvalita ostrá, pichavá, vystreľovacia, radiácia do ľavého ucha, intenzita veľmi silná, úľavové faktory: chlad, zhoršujúce faktory: teplý kúpeľ, pridružené symptómy: nechutenstvo, ne-

spavosť, vytekanie väzkých slín, bolestivé prehĺtanie, opuch krku, zaľahnutie v ľavom uchu.

Pri prvej návšteve v našej ambulancii pacient vážil 65 kg, ústa otvoril na 2,5 cm, jazyk bol čiastočne fixovaný, bol prítomný foetor a palpačne boli citlivé temporomandibulárne kĺby obojstranne.

Dg. záver: chronická nádorová bolesť pri progresii základného ochorenia – hlavy a krku, slizničná a neuralgická, kód IASP 027.54, ESS 3.st (A3, E2).

Na liečbu sme v tom čase odporučili klonazepam 3–5 gtt večer, Algifen 20–30 gtt á 8–6 hod, tramadol 20–30 gtt á 8–6 hod a tetrakainové cukríky na cmúľanie pred jedlom.

Pri kontrole po týždni udáva výrazné zmierenie vystreľovacej bolesti a zlepšenie spánku. Po cca 6 týždňoch dochádza opäť k zhoršeniu bolesti, ktorá je stále aj vystreľovacia, môže spať iba v polohe na ľavom boku, progreduje kachexia (60 kg), stolica je nepravidelná. Z liečby vysadzujeme tramadol a nahrádzame ho morfínovým roztokom 3 x 15 mg a dopĺňame laktulózu. Pri tejto liečbe sa bolesti zmiernili asi iba o 20 % a pridružila sa výrazná obstipácia. Liečbu ďalej upravujeme: transdermálny fentanyl 25 ug/h, dopĺňaný morfínovým roztokom pri bolesti, liečba klonazepamom, tetrakainovými cukríkmi a laktulózou pokračuje. Vzhľadom na to, že si pacient aj naďalej potreboval dopĺňať morfínový roztok 2 x 15 mg, zvyšujeme dávku transdermálneho fentanylu na 50 ug/h. Stolicu má už pravidelnú. V júli 2006 výrazne progreduje kachexia – 52 kg, pacient vôbec nemôže prehĺtať, je slabý, má závraty, preto je z vitálnej indikácie po dohovore s ORL lekárom 13. 7. 2006 vykonaná v celkovej anestézii urgentná gastrostómia + tracheostómia. 2 týždne po tomto výkone je pacient optimistický, bolesť je dobre kontrolovaná transdermálnym fentanylom v dávke 50 ug/h a klonazepamom 3–0–5 gtt, má chuť do jedla, začína priberať na váhe. Po 2 mesiacoch od gastrostómie pribral 9 kg, bolesť je pri spomínanej liečbe kontrolovaná, ale vystreľovanie do uší je intenzívnejšie, spí dobre, zle sa mu rozpráva – vtedy sa aj bolesti zhoršujú. V októbri 2006 bola vykonaná nekrektómia dutiny ústnej, dochádza k progresii edému tváre, verbálny kontakt nie je možný, ale jeť mu chutí, priberá na váhe (64 kg), spí dobre. V decembri 2006 má už 68 kg, bolesti sú dobre kontrolované transdermálnym fentanylom 50 ug/h, ale počas dňa je spavejší. Z tohto dôvodu znižujeme jeho dávku na 25 ug/h, čo pacient po mesiaci hodnotí pozitívne, je aktívnejší, chutí mu jeť, stolicu má pravidelnú. V marci 2007 má už 75 kg (+ 23

kg/7 mesiacov), objavujú sa však svalové bolesti, hlavne v ramenách, ľavé rameno je postupne fixované, pacient si zvyšuje dávku transdermálneho fentanylu z 25 ug/h na 50 ug/h. Pri tejto dávke udáva, že bolesť je dobre kontrolovaná aj napriek tomu, že bolestivosť svalstva nôh a ľavej hornej končatiny pretrváva. Je podľa svojich možností aktívny, bicykuje, chodí na huby, je optimisticky naladený. Tento zlepšený stav pretrváva približne 6 mesiacov. Na jeseň (september 2007) však dochádza k zhoršeniu bolesti, najmä odpoľudnia a po najedení, opäť chudne (63 kg), do liečby pridávame morfínový roztok, ktorý si dopĺňa v dávke 20 mg/die, v októbri 2007 sa dávka morfínového roztoku vyšplhala až na 80–160 mg/die. Opäť sa pridružila obstipácia, spáva dobre. 16. 11. 2007 napriek gastrostómii, ktorá denne berie aj 4 l mixovanej stravy, progreduje kachexia – 57 kg. Pri transdermálnom fentanyle 50 ug/h si pacient dopĺňa 90 mg morfínového roztoku denne a má pri tom divný pocit v hrudníku, „akoby mu išiel hnis na srdce“. Na ďalšiu návštevu pacient už neprišiel...

Záver

Spomínaný pacient bol v našej starostlivosti 18 mesiacov a absolvoval 28 návštev. Veľmi pozitívne hodnotíme vykonanie gastrostómie a následne zlepšenie stavu výživy, vďaka čomu pacient nadobudol nové sily a na niekoľko mesiacov sa aktívne zaradil do života a mohol sa venovať svojim koničkom.

Touto kazuistikou sme chceli vyzdvihnúť a poukázať na možnosť riešenia výživy pacienta s orofaciálnym nádorom, kedy je znemožnený perorálny príjem potravy a kedy by mohlo dôjsť k vyhľadovaniu pacienta doslova „na smrť“. Pomocou gastrostómie sa tento problém dá elegantne riešiť, a tak môžeme pacientom poskytnúť plnohodnotnejšie a aktívnejšie prežitie posledných mesiacov so svojimi blízkymi.

Literatúra

1. Miakowski Ch. Oncology nursing. An essential guide for patient care. WB Saunders Company 1997: 25, 36, 39.
2. Barta T. Súčasná možnosť diagnostiky a liečby epidermoidného karcinómu hrtana a hypofaryngu. Onkológia (Bratisl.) 2009; 4 (4): 208–212.
3. Nemčíková L. Nádorová bolesť. In: Kulichová M, et al. Algeziológia. Edis 2005: 232–235, 238, 239, 241.
4. Berkow R. MSD Kompendium klinickej medicíny. X-Egem 1996: 2320, 2330.

MUDr. Miriam Galová
ACHB, KAIM, MFN a JLF UK
Kollárova 2, 036 59 Martin
miriamgalova@yahoo.com

