

Špecifiká bolesti a jej liečby u pacientov s pľúcnymi nádormi

MUDr. Zuzana Čiljaková, MUDr. Miriam Galová

Ambulancia chronickej bolesti – KAIM, MFN, Martin

V našej práci uvádzame charakteristiky bolestivých symptómov a syndrémov u pacientov s tumorom pľúc, postupy a skúsenosti s ich liečbou. Venujeme sa špecifickým bolestivým stavom a syndrémom, ktoré súvisia s rakovinou pľúc. Podrobnejšie opisujeme bolestivý syndrém a postup pri jeho liečbe, ktorý je špecifický pre tumor pľúc lokalizovaný v apikálnej časti pravého pľúcneho laloku. Jedná sa o Pancoastov tumor (Superior Pulmonary Sulcus Syndrom – syndrém horného pľúcneho sulku). Uvádzame kazuistiku pacienta s týmto bolestivým syndrémom.

Kľúčové slová: rakovina pľúc, Superior Pulmonary Sulcus Syndrom, Pancoastov tumor, komplexná liečba.

Specifics of pain and treatment at patients with lung cancer

In our work we present the characteristics of pain symptoms and syndroms in patients with lung cancers, the guidelines and experiences and their treatment. We deal with specific pain syndromes and symptoms, which are in connection with lung cancer. We describe pain syndrom and its treatment, which is specific for lung cancer located in upper right lung field. We talk about Superior Pulmonary Sulcus Syndrom or Pancoast tumor. We would like to present casuistic with this disease.

Key words: lung cancer, Superior Pulmonary Sulcus Syndrom, Pancoast tumor, overall treatment.

Paliat. med. liec. boles., 2010, 3(1): 31–33

Úvod

Rakovina pľúc patrí medzi najčastejšie rakovinové ochorenia. Podľa údajov Štatistického úradu SR za rok 2007 zomrelo na rakovinu pľúc 2 017 osôb, pričom viac ako dve tretiny boli muži. U mužov tvorí rakovina pľúc až 17 % všetkých malígnych ochorení. Je to druhé najčastejšie onkologické ochorenie, hneď za rakovinou prostaty. Priemerný vek, v ktorom k ochoreniu dochádza, je 55 – 60 rokov (1).

Včasnú štádiu rakoviny pľúc sa diagnostikuje väčšinou náhodne, počas preventívnej prehliadky, pri kontrolnom rtg pľúc. Príznaky ochorenia sa v počiatočných štádiách často vôbec neprejavujú. Symptómy, ako kašeľ, dýchavičnosť, hemoptýza, strata hmotnosti, nevládnosť, bolesť, sa vyskytujú až v neskoršom štádiu ochorenia.

Prognóza 5-ročného prežívania u pacientov s rakovinou pľúc je všeobecne nízka. Závisí od histologickej typologizácie nádoru a tiež súvisí so skorým záchytnom ochorenia. Pri nemalobunkovom type, pri skorom záchytnom ochorenia je 5-ročné prežívanie pacientov približne 45 %. Malobunkový nádor je vysoko malígny a prežívanie je nižšie ako 13 % (2).

Pacienti s rakovinou pľúc majú podobné bolestivé syndrómy ako pri iných onkologických ochoreniach, ale aj špecifické syndrómy a symptómy, charakteristické pre toto ochorenie. Vedieť ich správne diagnostikovať je nevyhnutným predpokladom úspešnej liečby.

Bolesť a iné symptómy

Pacient sa stretáva s bolesťou už v období diagnostiky ochorenia. Bolesť sprevádza aj progresiu ochorenia, v súvislosti s lokálnym rastom nádoru, jeho metastatickým postihnutím iných orgánov, a tiež s bolesťou súvisiacou s onkologickou liečbou ochorenia.

V období diagnostiky a operačnej liečby ochorenia je to hlavne bolesť akútna, procedurálna, v dôsledku torakotómie, lobektómie, videotorakoskopie, punkcií hrudníka a drenážnych zákrokov. Operácia hrudníka môže byť príčinou **post-torakotomického bolestivého syndrómu**. Prejavuje sa ako rekurentná alebo stála bolesť v oblasti operačnej jazvy po torakotómii, pretrvávajúca minimálne dva mesiace po operačnom zákroku (3). Pacienti po torakotómii sú tiež vysoko riziková pre rozvoj **syndrómu „zamrznutého“ ramena**, ktorý môže byť ďalším zdrojom bolesti.

Bolesť a symptómy súvisiace s progresiou ochorenia, lokálnym rastom nádoru, jeho metastatickým postihnutím iných orgánov

Pleurálna bolesť je výrazná bolesť na hrudníku súvisiaca s dýchaním, eventuálne s kašľom, kýchaním. Je veľmi silná, zvieravá, pacientovi nedá dýchať. Je podobná bolesti pri infarkte myokardu. Má maximum vzadu, v oblasti bázy pľúc na postihnutej strane. Býva hlavne v noci, u pacientov vyvoláva strach, horor mortis (4).

Kostná bolesť sa vyskytuje v súvislosti s kostnými metastázami. 8 % malignómov pľúc metastazuje do kostí. Bolesť je základný príznak metastázy do kostí a v polovici prípadov je prvým príznakom. Krutú bolesť vyvolávajú osteolytické metastázy, patologické zlomeniny, hyperkalcémia, útlak miechy a útlaky nervov podľa lokalizácie. Ide o trvalú silnú bolesť pretrvávajúcu cez deň aj v noci, ktorá veľmi vyčerpáva pacienta. Takmer v 60 % je bolesť lokalizovaná do oblasti krížovej chrbtice, panvy, rebier, stehenných kostí a lebky (4).

Dusivý kašeľ, dušnosť je stav pre pacienta veľmi neprijemný a výrazne obmedzujúci. Prejavuje sa v súvislosti s progresiou ochorenia – lokálnym rastom nádoru, eventuálne komplikáciami, ktoré súvisia so základným ochorením (pneumónia, fluidochothorax, anémia).

V súvislosti s onkologickou liečbou môžu vzniknúť bolestivé poškodenia tkanív. Po chemoterapeutickej liečbe najčastejšie vznikajú postchemoterapeutické periférne bolestivé neuropatie, ktoré po ukončení liečby postupne ustupujú. Externá rádioterapia u časti pacientov môže byť príčinou chronickej bolesti. V priebehu týždňov až pol roka po rádioterapii sa môže objaviť plexopatia (brachiálneho, lumbosakrálneho plexu), ktorá je spôsobená postradiačnou fibrózou v oblasti nervových štruktúr. Postradiačná osteonekróza vzniká ako neskorá komplikácia po ožiarení kostných metastáz (4).

Bolestivý syndróm špecifický pre postihnutie apikálnej časti pľúcnych lalokov tumorom, ktorý infiltruje brachiálny plexus, je **Superior Pulmonary Sulcus Syndrom – Pancoastov tumor** (3). Pacienta s týmto ochorením spomíname aj v našej kazuistike. Jedná sa o neuropatickú bolesť. Je to progresívne sa zväčšujúca bolesť pleca a ulnárnej strany hornej končatiny. Je spojená so senzorickým a motorickým deficitom a Hornerovým syndrómom. Postihnutie dolného brachiálneho plexu (C8, Th1) sa prejavuje bolesťou, ktorá je lokalizovaná paraspinálne, v ramene a lakti, na mediálnej strane predlaktia a v štvrtom a piatom prste. Bolesť sa ďalej šíri do oblasti druhého až štvrtého prsta a sú zvýraznené parestázie (pri progresii ochorenia, postihnutí koreňa C7). Pri postihnutí hornej časti pletenca sa bolesť šíri do ramena a laterálnej strany predlaktia a ruky.

Bolesť je stála, ostrá, rezavá, niekedy má charakter lancinujúcej distenzie na ulnárnej strane predlaktia. Intenzita je veľmi silná. Následne vzniká paralýza, atrofia drobných svalov ruky a strata citlivosti. Občas môžu vzniknúť pri Pancoastovom tumore komplikácie. Pri progresii tumorózneho rastu spinálne do miešneho kanála a následne jeho kompresia. Niekedy, pri infiltrácii laryngeálnych nervov dôjde k zachrípnutiu.

Liečba bolesti pacientov s tumorom pľúc

Počas diagnostiky a chirurgickej liečby rakoviny pľúc zasahujeme do liečby akútnej pooperačnej a procedurálnej bolesti prostredníctvom servisu akútnej bolesti. Na našom pracovisku servis akútnej pooperačnej starostlivosti zabezpečuje ACHB v spolupráci s anesteziológmi a personálom chirurgických disciplín. Máme vypracované štandardné postupy na riadenie pooperačnej bolesti (6).

Pri veľkých hrudných operáciách je metódou voľby riadenia perí a pooperačnej bolesti a prevencie post-thorakotomického syndrómu **kontinuálna epidurálna analgézia**.

Pri nemožnosti epidurálnej analgézie je možné ovplyvniť pooperačnú bolesť a predchádzať rozvoju následnej neuropatickej bolesti z operačnej jazvy intravenózne podávanou analgéziou – sestrou kontrolovanou analgéziou (kontinuálna i.v. analgézia, štandardne podávaná analgézia), prípadne pacientom kontrolovanou analgéziou (PCA).

V ďalšom období zasahujeme do liečby podľa charakteristiky bolesti.

Pre úspešnosť liečby bolesti pacienta s rakovinou pľúc musíme k jeho problému pristupovať prísne individuálne a komplexne (7).

Pleurálna bolesť vyžaduje komplexnú farmakologickú i nefarmakologickú liečbu. Analgetická liečba je indikovaná podľa analgetického rebríka WHO (Svetovej zdravotníckej organizácie) – neopioidné analgetiká, slabé opioidy, silné opioidy. Veľký dôraz sa kladie na psychickú rovnováhu a tlmenie príznakov depresie, preto sú súčasťou liečby adjuvanciá – anxiolytiká, antidepresíva. Pri nedostatočnom efekte medikamentózne liečby sú indikované anestetické invazívne postupy na kontrolu bolesti – vegetatívna blokáda hrudného sympatiku alebo hrudná epidurálna analgézia, interpleurálna blokáda (4).

Pri voľbe analgetickej liečby **kostnej bolesti** vychádzame z údajov pacienta o charaktere a intenzite bolesti. Liekom voľby sú nesteroidné antireumatiká (NSA). Majú inhibičný účinok na syntézu mediátorov (prostaglandíny, 5-lipooxygenáza,...), ktoré senzitivizujú nervové zakončenia v postihnutej kosti. Nevylučuje sa možnosť analgetického účinku NSA aj v centrálnom nervovom systéme (4). Ďalšou skupinou liekov ovplyvňujúcou kostnú bolesť sú opioidy. Pri ich indikácii opäť postupujeme podľa WHO analgetického rebríka. Účinný analgetický efekt má aj aplikácia externej rádioterapie na oblasti postihnuté kostnými metastázami a stabilizácia skeletu pri hrozíacej patologickej zlomenine. V komplexnej liečbe kostnej bolesti sa liečba dopĺňa prípravkami, ktoré ovplyvňujú kostný metabolizmus: bifosfonáty a kalcitonín (4). Dôležité sú tiež adjuvanciá ovplyvňujúce psychickú rovnováhu pacienta – anxiolytiká, antidepresíva, prípadne neuroleptiká.

Dusivý kašeľ, dušnosť sa dá pri správnom postupe významne ovplyvniť citlivým algeziologickým postupom. Zriedkavo sa dá odstrániť kompletne. Ak poznáme príčinu dyspnoe pacienta a je riešiteľná, tak sa snažíme pacienta liečiť a zabezpečiť mu úľavu (liečba infekcie, punkcia pleurálneho výpotku, talkáž, reštrikcia tekutín, podanie transfúzie krvi,...). Najvhodnejšie lieky podávané pri dušnosti pacienta sú opioidy – dihydrokodeín, oxykodón a ako liek prvej voľby morfin. Opioidy znižujú frekvenciu dýchania a tým konzumpciu kyslíka. Zmenšením odpovede na hyperkapniu a hypoxiu znižujú percepciu, pocit nedostatku dychu. Postup pri liečbe dušnosti je tiež komplexný. Význam má aj podporná farmakologická liečba (anxiolytiká, antidepresíva, brochodilatanciá, oxygenoterapia). Veľmi dôležité je liečbu dušnosti doplniť aj nefarmakologickými postupmi (dychové cvičenia, chladný, čerstvý vzduch). Pomáhame pacientovi, aby sa naučil dušnosť ovládať (9).

Liečba bolesti pri **Pancoastovom tumore** prebieha podľa zásad liečby neuropatickej

bolesti. Medikamentózna liečba sa riadi podľa WHO analgetického rebríka. Neodmysliteľnou súčasťou liečby je adjuvantná liečba (anxiolytiká, antidepresíva, neuroleptiká, hypnotiká). Farmakologická liečba sa dopĺňa vnútrožilovou infúznou liečbou – antineuropatickými infúziami (s pridaním ketamínu) a invazívnymi anestetickými postupmi, blokádou brachiálneho plexu. Neoplastická infiltrácia brachiálneho plexu (napr. pri Pancoastovom tumore) je jedinou indikáciou na neurolytickú blokádu brachiálneho plexu (5, 8).

Kazuistika

Pacient, 53-ročný muž. Jeho osobná anamnéza bola bez závažného predchodca. V marci a apríli 2008 prekonal opakovane zápal pľúc.

Terajšie ochorenie: v máji 2008 bol u pacienta diagnostikovaný tumor pľúc lokalizovaný v apikálnej časti pravého pľúcneho laloku. Histologicky sa jednalo o nemalobunkový typ nádoru v pokročilom, inoperabilnom štádiu ochorenia. Na scintigrafickom vyšetrení boli prítomné metastázy v pravom ramene a v oblasti prvého až štvrtého rebra vpravo. U pacienta bola indikovaná externá rádioterapia na oblasť tumoru a pravého ramena.

Algeziologická anamnéza:

P: pacient udával bolesť pravej hornej končatiny (PHK) a na hrudníku.

Q: bolesť bola pichavá. Sťažoval sa na trpnutie a slabosť pravej ruky.

R: bolesť sa šírila do celej pravej hornej končatiny, v priebehu inervácie brachiálneho plexu.

S: silu bolesti pacient udával ako veľmi silnú až neznesiteľnú.

T: pretrvávajúce bolesti pacient udával asi 6 týždňov.

Úľavu mal v pokoji, keď ležal na ľavom boku. Minimálnu úľavu udával po užití metamizolu.

Pacientovi sa bolesť zhoršovala vo vertikálnej polohe a na pravom boku nemohol ležať. Kašeľ, hlboký nádych výrazne ovplyvňoval bolesť. Pacient schudol 15 kg v priebehu 2 mesiacov, mal obavy, nespával.

Objektívne vyšetrenie: Už pri prvom vyšetrení boli prítomné známky dystrofického štádia komplexného regionálneho bolestivého syndrómu (KRBS). PHK bola edematózna, lividná, chladnejšia, svalová sila bola slabšia, spontánne ho bolela, bola prítomná allodýnia, porušená estézia. Bola obmedzená aktívna hybnosť PHK a aj pasívna hybnosť v ramennom kĺbe. RSD skóre podľa Blumberga pri prvom vyšetrení bolo 16 bodov, o 4 mesiace neskôr už plný počet – 18 bodov.

Diagnostický záver: Chronická nádorová bolesť pri diagnostike a progresii základného ochorenia, komplexný regionálny bolestivý syndróm typ II. (kauzalgia) pravej hornej končatiny, kód IASP: 283.94.

ESS (Edmontský hodnotiaci systém liečby nádorovej bolesti): 3. st. (A3 – prítomná neuropatická bolesť, B2 – prítomná incidentálna bolesť, E2 – vysoká psychická tenzia, strach, F2 – v anamnéze potátov).

Postup liečby pacienta

Na základe anamnézy, subjektívnych ťažkostí pacienta a objektívneho vyšetrenia sme zvolili postup medikamentózneho liečby podľa „lift up“ metódy WHO analgetického rebríka. Vynechali sme liečbu slabými opioidmi. Zahájili sme komplexnú analgetickú liečbu. Cez krátko účinný morfín sme pacienta nastavili na retardovanú formu morfínu v dávke 120 mg na deň. Na prelomovú bolesť si potreboval dopĺňať krátko účinný morfín v dávke 10 – 20 mg na deň. Analgetickú liečbu sme doplnili nevyhnutnou adjuvantnou liečbou (antidepresíva, neuroleptiká, hypnotiká). Pri progresii KRBS sme pristúpili k infúznej analgetickej antineuropatickej liečbe (s prida-

ním ketamínu). Neskôr sme k liečbe pridali aj invazívne algeziologické postupy, opakovane sme vykonali analgetickú blokádu brachiálneho plexu (hlboká cervikálna blokáda). Po každom zákroku (infúzia, blokáda) pacient pociťoval úľavu, ale len krátkodobo.

Výsledok

Počas liečby pacienta trvajúcej 9 mesiacov sme dosiahli dobrú kontrolu bolesti. Základná medikamentózna liečba (retardovaná forma morfínu v dávke 120 mg na deň, dopĺňaná krátko účinným morfínom na prelomovú bolesť) bola stabilná. Na začiatku liečby mal pacient výbornú úľavu. Čiastočne sa upravila funkčnosť a prekrvenie ruky, zmiernila sa alodýnia. Pacient bol sebestačný, zvládal domáce práce, v noci dobre spával. V neskoršom období, asi 4 mesiace po zahájení liečby, sa opäť zväznila dystrofia a nastúpila plégia pravej hornej končatiny. Ruka bola ako „drevená“ s výraznými trofickými zmenami.

Pacient počas liečby nemal bolesti, ale spokojný nebol. Chcel sa vrátiť do práce. Očakával omnoho viac, vrátenie funkčnosti pravej hornej končatiny, zvrátenie choroby. Umrel v januári 2009.

Literatúra

1. Rakovina pľúc. Dostupné na [www: <http://primar.sme.sk/c/4116854/rakovina-pluc.html#ixzz0bmGXT7xK>](http://primar.sme.sk/c/4116854/rakovina-pluc.html#ixzz0bmGXT7xK).
2. Miaskowski Ch. Oncology Nursing, an essential guide for patient care. W. B. Saunders Company 1997: 31–32, 81.
3. Classification of chronic pain: description of chronic pain syndroms and definitios of pain terms / prepared by the IASP. Task Force on Taxonomy. Editors, Merskey H, Bogduk N. Second edition, IASP edition 1994: 95–96, 143–144.
4. Rokyta R, Kršiak M, Kozák J. Bolest. Tigris Praha 2006: 363–395, 406–413, 528–550.
5. Kulichová M. Bolest u onkologického pacienta – diferenciálno-diagnostické spracovanie. Onkológia (Bratisl.) 2007; roč. 2(5): 287–291.
6. Kulichová M. Pooperačná analgézia: farmakoterapia. In Intraoperačný manažment. Ed. Romanová L, Trenkler Š. Prešov: Náuka 2004: 111–116. ISBN 80-89038-31-X.
7. Kulichová M. Kontrola nádorovej bolesti obtiažne reagujúcej na systémovú liečbu opioidmi. Bolest 2005; 1: 27–30.
8. Kulichová M. Miesto a význam preventívnych postupov v liečbe bolesti. In: Romanová L, Trenkler Š. Novinky v anestéziológii, intenzívnej medicíne a v algeziológii. Zborník 13. kongresu SSAIM a XXXIV. Reimanových dní, Prešov 17.–19. máj 2006: 219–221. ISBN 80-7097-633-0.
9. Kulichová M a kol. Algeziológia. EDIS 2005: 249–253, 288.

MUDr. Zuzana Čiljaková

Ambulancia chronickej bolesti – KAIM, MFN
Kollárova 2, 036 59 Martin
z.ciljakova@stonline.sk



6. ROČNÍK MEDZINÁRODNEJ
ZDRAVOTNÍCKEJ
A FARMACEUTICKEJ VÝSTAVY

29. - 30. 4. 2010

EXPO CENTER a.s., Pod Sokolicami 43, 911 01 Trenčín
tel./fax: +421 - 32 - 743 23 88, mobil: +421 - 905 - 55 11 27
e-mail: petkova@expocenter.sk

www.expocenter.sk

ZZZSK
zoznam zdravotníckych zariadení
mediálni partneri

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

EXPO CENTER
TRENČÍN

