

Wojciech Leppert

Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Epidemiologia bólu neuropatycznego u chorych na nowotwory

Streszczenie

Ból neuropatyczny występuje u około 20–30% chorych na nowotwory. Odsetek chorych z bólem neuropatycznym wywołanym leczeniem przyczynowym i schorzeniami współistniejącymi istotnie wzrasta. Związane to jest z wydłużeniem czasu przeżycia chorych i wprowadzeniem do leczenia onkologicznego cytostatyków i terapii molekularnych, które powodują uszkodzenie układu nerwowego i ból neuropatyczny. W porównaniu do innych rodzajów bólu u pacjentów z chorobą nowotworową znacznie częściej przyczyną bólu neuropatycznego jest przebyte lub kontynuowane leczenie onkologiczne o charakterze miejscowym — chirurgia i radioterapia — bądź systemowym — chemioterapia, hormonoterapia, immunoterapia i terapie molekularne. Ból neuropatyczny jest również częściej rozpoznawany w kontekście nowego podejścia do bólu kostnego związanego z występowaniem komponentu neuropatycznego.

Medycyna Paliatywna w Praktyce 2014; 8, 2: 59–60

Słowa kluczowe: ból neuropatyczny, ból receptorowy, choroba nowotworowa, etiologia bólu

Ból neuropatyczny jest częstym zjawiskiem u chorych na nowotwory. W porównaniu z innymi rodzajami bólu u pacjentów z chorobą nowotworową znacznie częściej przyczyną bólu neuropatycznego jest przebyte lub kontynuowane leczenie onkologiczne o charakterze miejscowym (chirurgia, radioterapia) bądź systemowym (chemioterapia, hormonoterapia, immunoterapia, terapie celowane). Częstość występowania bólu neuropatycznego jest oceniana na około 20–25% pacjentów z dolegliwościami bólowymi. W przeglądzie systematycznym dotyczącym analizy 19 badań przeprowadzonych u ponad 11 000 chorych, w których oceniano częstość występowania bólu neuropatycznego u chorych na nowotwory, ból neuropatyczny stwierdzono u ponad 2100 (19%), a ból mieszany u ponad 2200 (20%) chorych; ból receptorowy stwierdzono u ponad 6500 (prawie 60%) chorych [1].

W ocenie chorych z bólem neuropatycznym w przebiegu choroby nowotworowej należy pamiętać o występowaniu bólu „totalnego” (*total pain*)

związanego z postępem choroby, objawami, wywołanymi rozwojem kacheksji zmianami fizycznymi i w wyglądzie pacjenta, a także ze sferą psychiczną, socjalną i duchową, które szczególnie w okresie choroby bardzo zaawansowanej mogą istotnie wpływać na efekty leczenia bólu neuropatycznego i poziom jakości życia chorych, a także pośrednio ich rodzin. Z tych faktów wypływa oczywisty wniosek, że właściwe postępowanie przeciwbólowe u chorych z bólem neuropatycznym w przebiegu choroby nowotworowej powinno obejmować kompleksową ocenę dolegliwości bólowych w kontekście całościowej sytuacji psychologicznej, socjalnej i duchowej danego pacjenta [2].

Na podstawie przeprowadzonej analizy 4 badań [3–6] stwierdzono, że spośród 1674 chorych z bólem neuropatycznym u 1071 (64%) przyczyną bólu był nowotwór, u 340 (20,3%) leczenie przeciwnowotworowe, u 59 (3,5%) pośrednio nowotwór, u 170 (10,2%) ból niezwiązany z chorobą nowotworową, a u 34 (2%) pacjentów etiologia bólu była nieznaną. Dla porównania, u 2266 chorych na nowotwory

Adres do korespondencji: dr hab. n. med. Wojciech Leppert
Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Osiedle Rusa 25A, 61-245 Poznań
tel. i faks: 61 8738 303, e-mail: wojciechleppert@wp.pl



Medycyna Paliatywna w Praktyce 2014; 8, 2, 59–60
Copyright © Via Medica, ISSN 1898–0678

z jakimkolwiek rodzajem bólu przyczyny bólu były następujące: nowotwór (75,7%), leczenie (11,4%), pośrednio choroba nowotworowa (4,8%), przyczyna niezwiązana z chorobą nowotworową (5,9%) i powód bólu nieznaną (2,1%) [4]. Wynika z tego, że ból neuropatyczny jest częściej związany z leczeniem onkologicznym bądź ze schorzeniami współistniejącymi niż w grupie chorych na nowotwory ze wszystkimi rodzajami bólu, choć w obydwu przypadkach główną przyczyną pozostaje aktywna choroba nowotworowa. Prawdopodobnie odsetki chorych z bólem neuropatycznym wywołanym leczeniem przyczynowym i schorzeniami współistniejącymi są obecnie jeszcze większe, w związku z wydłużeniem czasu przeżycia chorych i wprowadzeniem w ostatnich latach do leczenia onkologicznego licznych cytostatyków (głównie z grup pochodnych platyny i taksanów), które powodują uszkodzenie układu nerwowego, a w konsekwencji ból neuropatyczny.

W jednym z większych wielośrodkowych badań, obejmującym ponad 8600 chorych leczonych na oddziałach onkologicznych w Hiszpanii, stwierdzono występowanie bólu u 30% chorych na nowotwory, a w tej grupie ból neuropatyczny stwierdzono u 33% pacjentów. Kwestionariusz DN-4 pozwolił na rozpoznanie bólu neuropatycznego jedynie u 19%, a więc nieco ponad połowy chorych [3]. Grond i wsp. [6] stwierdzili występowanie bólu neuropatycznego u 32 (5,4%) chorych, a mieszanego (receptorowego i neuropatycznego) u 181 (30,5%) spośród 593 chorych na nowotwory leczonych w poradni przeciwbólowej. Wśród 944 chorych na nowotwory z bólem leczonych w ramach opieki paliatywnej ambulatoryjnej i stacjonarnej Fainsinger i wsp. [7] stwierdzili występowanie bólu neuropatycznego u 257 (27%) pacjentów. Mercadante i wsp. [8] stwierdzili, że spośród 167 kolejnych chorych skierowanych do opieki paliatywnej stacjonarnej celem leczenia bólu przy użyciu opioidów u 60 (35,9%) rozpoznano ból neuropatyczny, a u 30 (21,6%) wystąpienie bólu neuropatycznego było prawdopodobne. W innym badaniu spośród 3238 chorych na nowotwory z dolegliwościami bólowymi leczonych ambulatoryjnie ból neuropatyczny stwierdzono u 378 (11,7%), a ból receptorowy u 1524 (47%) pacjentów; u 1336 (41,3%) chorych występował ból mieszany [9]. Caraceni i Portenoy [10] spośród 1095 chorych z bólem w przebiegu choroby nowotworowej leczonych ambulatoryjnie u 638 (58,3%) rozpoznali ból receptorowy, u 84 (7,7%) ból neuropatyczny, a u 351 (32%) ból o mieszanej etiologii; u 22 (2%) chorych etiologia bólu była nieznaną.

Do tej pory przeprowadzono niewiele badań, w których oceniano częstość występowania bólu

neuropatycznego u chorych na nowotwory, ponadto brak jednoznacznych kryteriów rozpoznania bólu neuropatycznego. Należy podkreślić ograniczoną przydatność narzędzi służących do rozpoznania bólu neuropatycznego u chorych na nowotwory, a także brak walidacji dostępnych narzędzi w grupie pacjentów z chorobą nowotworową. Istotnym elementem jest również fakt częstego występowania komponentu bólu neuropatycznego obok bólu receptorowego, a także klasyfikowanie w ostatnich latach bólu wywołanego rozwojem nowotworu w układzie kostnym jako bólu z komponentem neuropatycznym. Wymienione przyczyny wskazują, że prawdopodobnie ból neuropatyczny występuje znacznie częściej niż jest rozpoznawany, a co za tym idzie również leczenie jest mniej skuteczne, także z powodu ograniczonej efektywności farmakoterapii bólu neuropatycznego.

Piśmiennictwo

1. Bennett M.I., Rayment C., Hjermstad M., Aass N., Caraceni A., Kaasa S. Prevalence and aetiology of neuropathic pain in cancer patients: A systematic review. *Pain* 2012; 153: 359–356.
2. Leppert W., Majkovicz M., Ahmedzai S.H. The adaptation of the Sheffield Profile for Assessment and Referral for Care (SPARC) to the Polish clinical setting for needs assessment of advanced cancer patients. *J. Pain Symptom. Manag.* 2012; 44: 916–922.
3. Garcia de Peredes M.L., del Moral González F., Martinez del Prado P. i wsp. First evidence of oncologic neuropathic pain prevalence after screening 8615 cancer patients. Results of the On study. *Ann. Oncol.* 2011; 22: 924–930.
4. Grond S., Zech D., Diefenbach C., Radbruch L., Lehmann K.A. Assessment of cancer pain: a prospective evaluation in 2266 cancer patients referred to a pain service. *Pain* 1996; 64: 107–114.
5. Chua K.S.G., Reddy S.K., Lee M.C., Patt R.B. Pain and loss of function in head and neck cancer survivors. *J. Pain Symptom. Manag.* 1999; 18: 193–202.
6. Grond S., Radbruch L., Meuser T., Sabatowski R., Loick G., Lehmann K.A. Assessment and treatment of neuropathic cancer pain following WHO guidelines. *Pain* 1999; 79: 15–20.
7. Fainsinger R.L., Nekolaichuk C., Lawlor P. i wsp. An international multicentre validation study of a pain classification system for cancer patients. *Eur. J. Pain* 2010; 46: 2896–2904.
8. Mercadante S., Gebbia V., David F. i wsp. Tools for identifying cancer pain of predominantly neuropathic origin and opioid responsiveness in cancer patients. *J. Pain* 2009; 10: 594–600.
9. Bhatnager S., Mishra S., Roshni S., Gogia V., Khanna S. Neuropathic pain in cancer patients — prevalence and management in the tertiary care anesthesia — run referral clinic based in urban India. *J. Palliat. Med.* 2010; 13: 819–824.
10. Caraceni A., Portenoy R.K. An international survey of cancer pain characteristics and syndromes. *Pain* 1999; 82: 263–274.