**Ból totalny u chorej na raka płuca.**

Agnieszka Nowakowska-Arendt, Michał Graczyk, Hanna Gęsińska, Małgorzata Krajnik,

Katedra Opieki Paliatywnej, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy.

Korespondencja:

Agnieszka Nowakowska-Arendt

Katedra Opieki Paliatywnej,

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu,

Collegium Medicum w Bydgoszczy,

ul. Skłodowskiej-Curie 9.

85-094 Bydgoszcz,

e-mail: agnieszka.arendt@cm.umk.pl

Streszczenie

Ból jest objawem towarzyszącym większości chorych z chorobą nowotworową. Zgodnie
z definicją Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu (IASP) ból to nieprzyjemne, zmysłowe i emocjonalne przeżycie towarzyszące istniejącemu lub zagrażającemu uszkodzeniu tkanki, bądź jedynie odnoszone do takiego uszkodzenia. Już ta bardzo „medyczna” definicja wskazuje na to, iż ból jest zjawiskiem psychicznym, subiektywnym, jednocześnie zmysłowym i emocjonalnym, nieprzyjemnym. W opiece paliatywnej nierzadko mamy jednak do czynienia z potrzebą jeszcze szerszego a zarazem głębszego dostrzegania, czym może być ból, nazywany „totalnym”. Przykład młodej pacjentki chorej na raka płuca prezentuje charakterystyczne cechy takiego bólu, składające się na cierpienie fizyczne, psychiczne, duchowe i społeczne.

Słowa kluczowe: ból totalny, komunikacja kliniczna, rak płuca.

Wstęp

Cicely Saunders wprowadziła do opieki paliatywnej pojęcie „bólu totalnego”, dla podkreślenia wielowymiarowości cierpienia i tego, że jego źródło może kryć się w każdej ze sfer: fizycznej, psychicznej, społecznej i duchowej. Na intensywność odczuwania dolegliwości bólowych wpływ może mieć wszystko co jest związane z danym pacjentem. Troska o rodzinę, finanse, lęk przed bólem, śmiercią, uczucie bezradności, złość na los, który zesłał chorobę, bezsenność - to wszystko często nasila ból wynikający z choroby somatycznej i to w sposób zróżnicowany, zależny od indywidualnego człowieka [1]. Istnieją różne czynniki, między innymi takie jak dyskomfort, zmęczenie, lęk, złość, smutek, izolacja społeczna, które powodują obniżenie progu bólu. Istnieją również czynniki takie jak właściwy sen, towarzystwo, zrozumienie, aktywność fizyczna, zmniejszenie lęku, które ten próg podwyższają [2]. Przyjmuje się, że postępowanie przeciwbólowe zgodne z rekomendacjami Światowej Organizacji Zdrowia pozwala uzyskać skuteczny efekt przeciwbólowy u 70-90% chorych leczonych z powodu choroby nowotworowej [3,4]. Fakt, że w praktyce nadal około połowa pacjentów cierpi z powodu bólu, powinien uczulać przede wszystkim na konieczność uważności w jego diagnostyce, a zwłaszcza na całościową ocenę potrzeb i sytuacji chorego i jego bliskich. Warto też pamiętać, że młodzi pacjenci chorujący na choroby nowotworowe mają nieco inne potrzeby niż dzieci czy osoby starsze. Pojawia się problem modyfikacji planów życiowych, różnego typu ograniczeń i reakcji innych ludzi w miejscu pracy czy obawa przed nawrotem choroby. Udane interwencje psychologiczne ułatwiają zmaganie się z chorobą nowotworową [5].

Poniżej przedstawiono przypadek przybliżający znaczenie wielowymiarowości bólu u młodej kobiety chorującej na raka płuca, która w trakcie progresji choroby nowotworowej podawała narastające dolegliwości bólowe, nasilające się okresowo, a słabo reagujące na prowadzone leczenie z wykorzystaniem politerapii (kojarzenie kilku analgetyków opioidowych oraz koanalgetyków).

**Opis przypadku**

W sierpniu 2013 roku do Kujawsko-Pomorskiego Centrum Pulmonologii (KPCP) w Bydgoszczy zgłosiła się 36-letnia pacjentka. Przy przyjęciu zgłaszała suchy kaszel, duszność wysiłkową oraz ból lewej połowy klatki piersiowej nasilający się przy głębokim oddychaniu. W wywiadzie podawała wole tarczycy, przyjmowała lewotyroksynę 1 x 100 ug. Sama nigdy nie paliła papierosów, natomiast w domu rodzinnym była biernym palaczem (palił ojciec pacjentki). Ponadto w gospodarstwie, w którym mieszkała, na budynku gospodarczym znajdował się dach pokryty azbestem. Przy przyjęciu w badaniu fizykalnym oraz radiologicznym klatki piersiowej stwierdzono obecność płynu w lewej jamie opłucnej. Wykonano punkcję diagnostyczno-odbarczającą, uzyskując krwisty płyn, który wysłano do dalszych badań. Przeprowadzono diagnostykę laboratoryjną, endoskopową oraz obrazową. Ze względu na niejednoznaczny wynik badania cytologicznego płynu z jamy opłucnej i konieczność dalszej diagnostyki różnicowej pomiędzy rakiem gruczołowym płuca a międzybłoniakiem opłucnej, zaplanowano wideotorakoskopię. Podczas badania ewakuowano płyn z jamy opłucnowej oraz uwidoczniono na powierzchni opłucnej, płuca i przeponie oraz worku osierdziowym liczne zmiany drobnoguzkowe, z których pobrano wycinki do oceny histopatologicznej. Ustalono rozpoznanie raka gruczołowego niskozróżnicowanego płuca. Przeprowadzono również diagnostykę genetyczną, uzyskując ujemny wynik mutacji EGFR, czyli receptora naskórkowego czynnika wzrostu. Zakwalifikowano chorą do chemioterapii, po czym podawano 4 cykle chemioterapii standardowej wg schematu PE-NSLC (cisplatyna + etopozyd zgodnie z wytycznym BCCaner, (British Columbia Cancer). Zakończyła leczenie w listopadzie 2013 r. Dalsze kontrole odbywały się w ramach Poradni Chorób Płuc KPCP w Bydgoszczy. Z uwagi na dodatni wynik oznaczenia rearanżacji genu ALK ( genu kinazy chłoniaka anaplastycznego) skierowano chorą do dalszego leczenia w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym. Na przestrzeni czasu obserwowano stopniową progresję choroby z rozsiewem do wątroby, śledziony, układu kostnego (żebra, trzonu mostka oraz kręgosłup~~a~~ piersiowego). W styczniu 2015 r. otrzymała radioterapię paliatywną na obszar mózgowia, z uwagi na uwidocznione zmiany o charakterze przerzutów. Następnie we wrześniu 2015 r. była hospitalizowana w Klinice Położnictwa, Chorób Kobiecych i Ginekologii Onkologicznej Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 w Bydgoszczy, gdzie wykonano zabieg histerektomii z przydatkami, appendektomii, omentektomii i usunięcia węzłów chłonnych zasłonowych z powodu rozsiewu raka płuca do narządu rodnego. Wraz z progresją choroby nasilały się dolegliwości bólowe, zlokalizowane głównie w lewej połowie klatki piersiowej, a okresowo również w innych lokalizacjach. Ból był o typie mieszanym – somatycznym, trzewnym oraz n europatycznym. Równoczasowo z postępem choroby nowotworowej nadal prowadzono kolejne rzuty chemioterapii.

Podczas kontrolnych wizyt w Poradni Chorób Płuc pacjentka zgłaszała znaczące nasilenie dolegliwości bólowych, zwłaszcza podczas pobytu w domu. Chora mieszkała w domu wielopokoleniowym, z mężem oraz dwójką nastoletnich dzieci, córką i synem, oraz swoimi rodzicami. Rodzina pacjentki od pokoleń prowadziła gospodarstwo rolne. Chora od wielu lat zajmowała się domem oraz pomagała rodzicom w gospodarstwie.

Leczenie przeciwbólowe rozpoczęto zgodnie z trójstopniową drabiną analgetyczną. Początkowo do leczenia włączono niesteroidowy lek przeciwzapalny (NLPZ) - ketoprofen w dawce 200 mg/dobę, w dawkach podzielonych, w połączeniu z tramadolem (początkowo 200 mg/dobę, a następnie podwyższano dawki do 400 mg/dobę). Jednak w ciągu kilku miesięcy nastąpiło nasilenie dolegliwości bólowych lewej połowy klatki piersiowej, oceniane wg pacjentki na 8-9/10 wg NRS. Zmodyfikowano leczenie, zastąpiono słaby opioid silnym analgetykiem opioidowym. W celu miareczkowania dawki silnego opioidu włączono morfinę o natychmiastowym uwalnianiu 5 mg co 4 godziny. Utrzymano NLPZ, włączono również gabapentynę, 2 x 300 mg, z uwagi na neuropatyczny komponent zgłaszanych dolegliwości. Wdrożono także profilaktykę zaparć. Mimo stopniowego zwiększania dawki morfiny, zaobserwowano tylko częściową redukcję zgłaszanych dolegliwości bólowych (NRS 7/10). Z uwagi na uporczywe oraz niereagujące na leczenie zaparcia modyfikowano leczenie opioidami. Wykonano rotację opioidów zamieniając morfinę na ekwianalgetyczną dawkę oksykodonu z naloksonem. Pacjentka wymagała stopniowego zwiększania dawki, do 60 mg oksykodonu + 30 mg naloksonu, podawanego w dawkach podzielonych. Ze względu na brak efektu morfiny podawanej w preparacie o natychmiastowym uwalnianiu, do leczenia bólu o charakterze przebijającym włączono fentanyl przezśluzówkowy (miareczkując od 50ug/dawkę do 100ug/dawkę, uzyskując dobrą kontrolę bólu przebijającego). Modyfikowano również leczenie koanalgetykami. Zwiększano dawkę gabapentyny do 400 mg /dobę, a następnie włączono dodatkowo wenlafaksynę w dawce 75 mg jeden raz na dobę oraz amitryptylinę w dawce 10 mg na noc. Mimo stosowanego leczenia przeciwbólowego kontrola bólu nie była zadowalająca. Chora zgłaszała utrzymujące się dolegliwości bólowe oceniane przez chorą wg skali numerycznej na 5/10

W czasie pobytu na Oddziale Chorób Płuc i Leczenia Raka Płuc, podczas rozmowy lekarz prowadzący, zaobserwował duży niepokój u pacjentki. Zadawała pytania „dlaczego ona zachorowała skoro nigdy nie paliła papierosów, papierosy palił ojciec i bracia pacjentki”.

Chora została skierowana do Poradni Medycyny Paliatywnej celem konsultacji i ewentualnej modyfikacji leczenia objawowego. U pacjentki z uwagi na ból mieszany z wyraźnym komponentem neuropatycznym dołączono do wcześniej stosowanego leczenia, metadon w dawce 3 mg co 8 godzin + 3 mg w razie bólu dodatkowo (nie częściej niż co 6 godzin). Dawkę leku przy kolejnej wizycie zwiększono do 5 mg w odstępach co 8 godzin. Mimo modyfikacji leczenia przeciwbólowego, z uwagi na brak efektu analgetycznego chorą zatrzymano w Oddziale Stacjonarnym Hospicjum. W rozmowie z psychologiem podczas pierwszego dnia pobytu chora ujawniła silną obawę o dalsze losy swojej rodziny, męża i dwójki dzieci. Czuła się bezradna w sytuacji niemożności dalszego pomagania rodzicom w gospodarstwie. Ponadto rodzice pacjentki zapowiedzieli, iż po jej śmierci dalsze mieszkanie z nimi zięcia i wnuków będzie niemożliwe. Perspektywa, że utracą oni dach nad głową potęgowała u pacjentki odczuwanie dolegliwości bólowych. Z tego powodu konieczna była rozmowa zarówno z mężem jak i rodzicami pacjentki. W dalszym etapie leczenia chora objęta była opieką zespołu interdyscyplinarnego składającego się z lekarzy, fizjoterapeuty i psychologa, przy czy ten ostatni zaoferował wsparcie zarówno pacjentce, jak i jej rodzinie. Udało się zaprosić do współpracy męża, dzieci oraz rodziców pacjentki. Po kilku pierwszych spotkaniach rodziców pacjentki z psychologiem Hospicjum zaobserwowano złagodzenie lęku oraz lepszą kontrolę bólu u chorej. Bez konieczności modyfikacji dawek leków średnie nasilenie/natężenie bólu z 9-10/10 wg NRS zmniejszyło się w czasie zaledwie kilku dni do 2-3/10 wg NRS. Zatroszczenie się o potrzeby chorej i jej bliskich, a zwłaszcza odzyskanie przez nią nadziei, że jej mąż i dzieci będą bezpieczni w domu jej rodziców, po jej śmierci oraz o dobrą komunikację w rodzinie dzięki której zostało odbudowane wzajemne zaufanie i wsparcie oraz poczucie wspólnoty okazały się być ważną składową całościowego postępowania w przypadku wielowymiarowego bólu i cierpienia chorej.

**Dyskusja**

Zaprezentowany przypadek młodej chorej pokazuje, że ból należy oceniać i leczyć w sposób całościowy uwzględniając sferę fizyczną, psychosocjalną i duchową pacjenta. Co więcej, przemawia za tym, że na przebieg chorowania, a także codziennego znoszenia ciężaru choroby mogą wpływać różne czynniki, takie jak wiek i sytuacja życiowa.

Green i Hart-Johnson w swojej analizie ukazali, iż młodsi pacjenci skarżyli się częściej na bardziej nasilone dolegliwości bólowe. Ponadto wykazali, iż najstarsi pacjenci, w grupie >60 r.ż. lepiej funkcjonowali w zakresie emocjonalnym oraz poznawczym w porównaniu z młodszymi pacjentami <40 r.ż. [6]. Sugden w swojej pracy prezentował wielopłaszczyznowy charakter bólu totalnego na podstawie dwóch przypadków. Podkreślał potrzebę skutecznej komunikacji z pacjentem oraz wielodyscyplinarnego podejścia zespołu do zgłaszanych dolegliwości somatycznych. [7]. Prezentowany przypadek pokazuje, iż fizyczny wymiar bólu nie powinien być rozpatrywany w oderwaniu od cierpienia psychicznego, społecznego i duchowego, którego doświadcza pacjent. Składnik psychologiczny jest często określany jako emocjonalny element „bólu totalnego” [8,9]. Ból emocjonalny pacjentki wyrażany był przez uczucia takie jak: bezsilność, bezradność, strach. Komponent społeczny również był ważny. Obawa o dalsze losy rodziny, jej miejsca zamieszkania, nasilały dolegliwości pacjentki. Ból duchowy objawiał się pojawianiem się myśli „dlaczego ja zachorowałam, dlaczego mnie to spotkało”. Interdyscyplinarny zespół opieki paliatywnej cierpliwie słuchał wszystkich zgłaszanych przez pacjentkę dolegliwości oraz obaw, udzielał wsparcia psychologicznego. Rodzina pacjentki została włączona do opieki nad pacjentką oraz zachęcona do współpracy z psychologiem. W toku pracy z zespołem udało się zapoznać rodzinę z odczuciami pacjentki związanymi z chorobą, jej postępem oraz obawami związanymi z dalszymi losami najbliższych. Podczas odbywanych wcześniej wizyt pacjentki w Poradni, błędem w naszej opinii był fakt, że nie zapytano chorej czy chce podczas wizyty być sama, zawsze towarzyszył jej mąż. Nie dawało to możliwości intymnej rozmowy, w której chora mogłaby się otworzyć i wcześniej ujawnić prawdziwe przyczyny jej ogólnego złego samopoczucia i wielowymiarowego cierpienia. Wszystko to powodowało, że lekarze, pomimo obaw związanych między innymi z ryzykiem interakcji lekowych, próbowali sięgać po przeróżne leki analgetyczne i koanalgetyki. Prezentacja przypadku pokazuje jak ważne jest dobre komunikowanie się z chorymi i uważność słuchania, bez której niemożliwe jest właściwe zdiagnozowanie wielowymiarowego bólu i adekwatne postępowanie terapeutyczne [10,11].

.

**Wnioski**

„Ból totalny” w chorobie nowotworowej jest dość powszechnym zjawiskiem. Łagodzenie psychicznych, społecznych oraz duchowych wymiarów cierpienia jest równie ważne jak leczenie bólu fizycznego [12, 13]. Takie podejście przynosi korzyści w postaci lepszej kontroli bólu, poprawy jakości życia oraz podwyższa poziom satysfakcji pacjenta [14, 15,16]. Pojęcie „bólu totalnego” powinno być siłą napędową w diagnozowaniu oraz postępowaniu z pacjentami chorującymi na choroby nowotworowe. [17] Podstawowe znaczenie odgrywa podejście interdyscyplinarne, umiejętności komunikowania się oraz włączenie osób bliskich choremu do współuczestniczenia w procesie leczniczym. [18]

Literatura:

1. Global year against cancer pain: October 2008-October 2009: Total cancer pain. [Last accessed on 2013 Oct 20]. Available from: <https://www.iasp-pain.org/GlobalYear/CancerPain>

1. MacLeod R. Total pain-physical, psychological and spiritual. Goodfellow Symposium. 2007. [Last accessed on 2013 Oct 20]. Available from: <http://www.fmhs.auckland.ac.nz/soph/centres/goodfellow/_docs/total_pain_handout.pdf>
2. PTBB – Farmakoterapia bólu u chorych na nowotwory
3. Wytyczne WHO dotyczące leczenia bólu
4. Zebrack BJ. Psychological, social, and behavioral issues for young adults with cancer. Cancer. 2011;117:2289–94. [[Pub Med](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21523748)]
5. Green CR, Hart-Johnson T. Cancer pain: An age-based analysis. Pain Med. 2010;11:1525–36. [[PubMed](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21199305%22%20%5Ct%20%22pmc_ext)]
6. Sugden C. Total pain: A multidisciplinary approach. Scott J Health Chaplain. 2001;4:2–7
7. Mehta A, Chan LS. Understanding of the concept of total pain: A prerequisite for pain control. J Hosp Palliat Nurs. 2008;10:26–32
8. Syrjala KL, Jensen MP, Mendoza ME, Yi JC, Fisher HM, Keefe FJ Psychological and behavioral approaches to cancer pain management, J.Clin Oncol. 2014;32(16): 1703-1711. Doi:10.1200/jco.2013.54.4825
9. Jonathan Silverman, Suzanne Kurtz, Juliet Draper „skills for communicating with patients” third edition
10. [Shindul-Rothschild J](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Shindul-Rothschild%20J%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=28843634)1, [Flanagan J](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Flanagan%20J%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=28843634)2, [Stamp KD](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Stamp%20KD%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=28843634)2, [Read CY](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Read%20CY%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=28843634)2. [Pain Manag Nurs.](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28843634) 2017 Dec;18(6):401-409. doi: 10.1016/j.pmn.2017.05.003. Epub 2017 Aug 23, Beyond the Pain Scale: Provider Communication and Staffing Predictive of Patients' Satisfaction with Pain Control.
11. Akhila Reddy, MD, David Hui, MD, MSc, and Eduardo Bruera, MD, A Successful Palliative Care Intervention for Cancer Pain Refractory to Intrathecal Analgesia

 Department of Palliative Care & Rehabilitation Medicine, The University of Texas M. D

 Anderson, Cancer Center, Houston, Texas, USA

 *J Pain Symptom Manage*. 2012 July ; 44(1): . doi:10.1016/j.jpainsymman.2011.07.0

1. Amy B. Wachholtz, Christina E. Fitch, Suzana Makowski, Jennifer Tjia; A Comprehensive Approach to the Patient at End of Life: Assessment of Multidimensional Suffering

 South Med J. 2016 April ; 109(4): 200–206. doi:10.14423/SMJ.0000000000000439

1. Palliative Treatment of Cancer-Related Pain [Internet]Editors, [Kongsgaard U](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kongsgaard%20U%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=29320015), [Kaasa S](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kaasa%20S%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=29320015), [Dale O](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Dale%20O%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=29320015), [Ottesen S](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Ottesen%20S%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=29320015), [Nordøy T](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Nord%C3%B8y%20T%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=29320015), [Hessling SE](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Hessling%20SE%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=29320015), [von Hofacker S](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=von%20Hofacker%20S%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=29320015), [Bruland ØS](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Bruland%20%C3%98S%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=29320015), [Lyngstadaas A](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Lyngstadaas%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=29320015).
2. [Agnes Panikulam](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Panikulam%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21811375), Total Pain Management , [Indian J Palliat Care](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3140083/). 2011 Jan; 17(Suppl): S68–S69. doi:  [[10.4103/0973-1075.76246](https://dx.doi.org/10.4103/0973-1075.76246)]
3. Jeannie M.Brant, PhD, APRN, AOCN, FAAN Holistic Total Pain Management in Palliative : Cultural and Global Considerations Palliative Medicine and Hospice Care Open Journal, PMHCOJ-SE-1-108.pdf, p.32-38
4. Silbermann M, Pitsilide B, Al-Alfi N, Omran S, Al-Jabri K, Elshamy K, Ghrayeb I, Livneh J, Daher M et all Multidisciplinary care team for cancer patient and its implenetation in several Middle Easten countries. Annals of Oncology 2013;24 (suppl 7), vii41-vii47. Doi: 10.1093/annonc/mdt265
5. Amy B. Wachholtz, Christina E. Fitch, Suzana Makowski, Jennifer Tjia; A Comprehensive Approach to the Patient at End of Life: Assessment of Multidimensional Suffering

 South Med J. 2016 April ; 109(4): 200–206. doi:10.14423/SMJ.0000000000000439