

Ολιστική αξιολόγηση και διαχείριση συμπτωμάτων
ασθενών με νεοπλάσματα μαλακών μορίων και οστών

Μαρία Νικολούδη, Ιατρός Παθολόγος, MSc,
Δρ. Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Μονάδα Ανακουφιστικής Φροντίδας, Παράρτημα Αρεταιείου
Νοσοκομείου, Ιατρική Σχολή Αθηνών.

DOC RECOMMENDED
SOMETHING CALLED
"PALLIATIVE CARE."
WHATEVER THAT MEANS.

HOWDY FRIENDS!
ALLOW ME TO EXPLAIN...

PAL OF WHOSIT??



Ανακουφιστική Φροντίδα (Α.Φ)

- ✓ Σύμφωνα με τον ορισμό του Π.Ο.Υ (2013) ορίζεται ως η ολοκληρωμένη φροντίδα που παρέχεται με σκοπό την ανακούφιση απ' όλα τα σωματικά συμπτώματα (πχ πόνος, καχεξία, δύσπνοια, κλπ.) και το στρες σοβαρών ασθενειών.
- ✓ Περιλαμβάνει την αντιμετώπιση του σωματικού, ψυχοκοινωνικού και συναισθηματικού «υποφέρειν» που αντιμετωπίζουν άνθρωποι με σοβαρές ασθένειες, καθώς και την υποστήριξη των μελών της οικογένειας που παρέχουν φροντίδα σε ένα αγαπημένο τους πρόσωπο
- ✓ Επειδή κάθε ασθενής είναι μοναδικός, η ανακουφιστική φροντίδα προσφέρεται εξατομικευμένα και βασίζεται στο πλήρες ιατρικό ιστορικό του ασθενούς, στην ολοκληρωμένη κλινική εκτίμησή του, στη συνεχή παρακολούθηση, στην αξιολόγηση και επαναξιολόγηση της σωματικής και ψυχολογικής κατάστασής του.

Εξέλιξη Α.Φ.

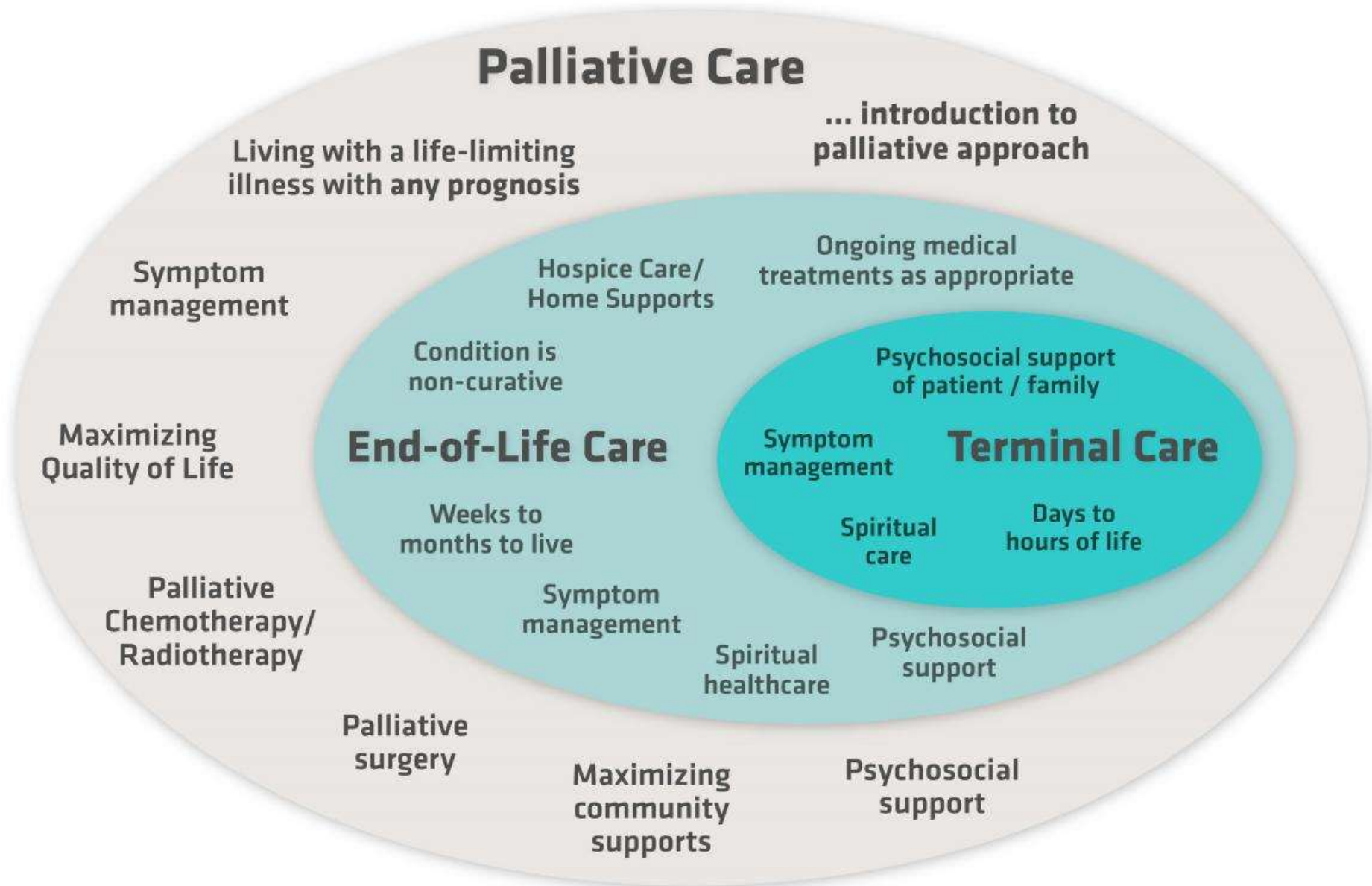
- ✓ Με την αύξηση του αριθμού των ασθενών που πάσχουν από άλλες χρόνιες νόσους εκτός από τον καρκίνο και την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, αυξήθηκαν οι δομές ανακουφιστικής φροντίδας .
- ✓ Κλινικές μελέτες που διενεργήθηκαν απέδειξαν ότι η έγκαιρη- από την διάγνωση της νόσου έναρξη της ανακουφιστικής φροντίδας, παράλληλα με την θεραπευτική αγωγή όχι μόνο βελτιώνει την ποιότητα ζωής του ασθενή, αλλά συμβάλλει και στο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Αυτό έχει ως συνέπεια να μην διακόπτονται οι θεραπείες λόγω παρενεργειών των θεραπειών και ο ασθενής να έχει μεγαλύτερες και βελτιωμένες πιθανότητες επιβίωσης.
- ✓ Σήμερα οι εγκυρότερες επιστημονικές εταιρείες του κόσμου θεωρούν σαν βέλτιστο θεραπευτικό μοντέλο στις κατευθυντήριες οδηγίες και στις συστάσεις τους, την έναρξη της υποστηρικτικής-ανακουφιστικής φροντίδας μαζί με τη κύρια θεραπεία της νόσου, από την διάγνωση

Φιλοσοφία Α.Φ.

- ✓ Αυτονομία
- ✓ Αξιοπρέπεια
- ✓ Σχέση μεταξύ των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας
- ✓ Ποιότητα Ζωής
- ✓ Θέση απέναντι στη ζωή και το θάνατο
- ✓ Επικοινωνία
- ✓ Ειδική Εκπαίδευση
- ✓ Πολυεπιστημονική και Διεπιστημονική προσέγγιση
- ✓ Θρήνος και πένθος



The phases and layers of care



Παροχή Α.Φ

- ✓ Έγκαιρος σχεδιασμός της φροντίδας
- ✓ Συνεχιζόμενη φροντίδα
- ✓ Διαθεσιμότητα φροντίδας
- ✓ Δυνατότητα επιλογής χώρου φροντίδας
- ✓ Η Ανακουφιστική Φροντίδα, σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα είναι δυνατόν να παρασχεθεί: από εξειδικευμένο στην Ανακουφιστική Φροντίδα επιστημονικό προσωπικό (Εξειδικευμένες Υπηρεσίες)



Σφαιρική προσέγγιση της νόσου στην πράξη

- ✓ Η Ανακουφιστική Φροντίδα προσφέρεται από εξειδικευμένη διεπιστημονική ομάδα (ιατρών, νοσηλευτών, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών), που ενσωματώνει στο πεδίο δράσης της, τον ασθενή, την οικογένειά του και την κοινωνία.
- ✓ Βελτιώνει την ποιότητα ζωής και επηρεάζει θετικά την πορεία της ασθένειας.
- ✓ Σύμφωνα με οικονομικές μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί σε χώρες που διαθέτουν δομές ανακουφιστικής φροντίδας, η έγκαιρη ενσωμάτωσή της στην κλινική πρακτική, συμβάλλει στη μείωση των δαπανών υγείας, αποσυμφορίζει τις κλινικές των νοσοκομείων, και βελτιώνει την ποιότητα ζωής του ασθενούς και της οικογένειάς του, μέσα από την καλύτερη παροχή υπηρεσιών υγείας

- ✓ Ο ορισμός του ΠΟΥ έχει εξελιχθεί με τέτοιο τρόπο ώστε η ασθένεια να μην απαιτείται πλέον να θεωρείται ανίατη.
- ✓ Η Ανακουφιστική Φροντίδα περιγράφεται τώρα ως μια προσέγγιση που εφαρμόζεται στην «απειλητική για τη ζωή ασθένεια» και είναι «εφαρμόσιμη νωρίς κατά τη διάρκεια της ασθένειας, σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες που προορίζονται να παρατείνουν τη ζωή». Αυτός ο σύγχρονος ορισμός στοχεύει να συμπεριλάβει τους ασθενείς σε ένα στάδιο της ασθένειάς τους όταν η θεραπεία μπορεί να είναι δύσκολη, αλλά όχι αδύνατη

[Hawley PH](#) The bow tie model of 21st century palliative care [J Pain Symptom Manage.](#)
Jan;47(1):e2-5. doi: 10.1016

The Bow Tie Model of 21st Century Palliative Care



ΣΤΟΧΟΣ

ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΚΑΙ ΣΕΒΑΣΜΟΣ ΤΩΝ
ΠΡΟΣΔΟΚΙΩΝ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ



Palliative Care

Living as Well as Possible for as Long as Possible

Κλινική εκτίμηση χρονίως πασχόντων

- ✓ Η προσεκτική κλινική εκτίμηση του ασθενούς είναι η ουσιαστική βάση για την ολοκληρωμένη συμπτωματική φροντίδα.
- ✓ Οι προτεραιότητες της κλινικής εκτίμησης είναι:
 - ✓ *Να καταγράψουμε λεπτομερώς το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς.*
 - ✓ *Να αναγνωρίσουμε τα κύρια συμπτώματα του ασθενούς και τις ανησυχίες του.*
 - ✓ *Να ακούσουμε τι λέει ο ασθενής.*
 - ✓ *Να πιστέψουμε τι λέει ο ασθενής*



- ✓ Η διεπιστημονική ομάδα συζητά με τον ασθενή, την οικογένεια αλλά και με άλλους ειδικούς τις επιλογές θεραπείας, την πρόγνωση αλλά και τον εκ των προτέρων προγραμματισμό φροντίδας για την καλύτερη αντιμετώπιση των συμπτωμάτων θέτοντας ως προτεραιότητα την ποιότητα ζωής των ασθενών.
- ✓ Για την ορθή αξιολόγηση των συμπτωμάτων χρησιμοποιούνται επιστημονικά εργαλεία αξιολόγησης όπως το Σύστημα Αξιολόγησης Συμπτωμάτων του Edmonton και το εργαλείο Αξιολόγησης Συμπτωμάτων Ανακουφιστικής Φροντίδας

Edmonton Symptom Assessment Scale (Numerical version)

Please circle the number that best describes how you felt during the last 24 hours:

No pain	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst possible pain
Not tired	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst possible tiredness
Not nauseated	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst possible nausea
Not depressed	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst possible depression
Not anxious	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst possible anxiety
Not drowsy	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst possible drowsiness
Best appetite	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst possible appetite
Best feeling of wellbeing	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst possible feeling of wellbeing
No shortness of breath	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst possible shortness of breath
No abdominal discomfort/bloating	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst possible abdominal discomfort/bloating
Able to move normally	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst possible ability to move around normally

Time: _____

- ✓ Η επιλογή ενός εργαλείου αξιολόγησης μπορεί να επιτρέψει μια ποσοτικοποιημένη αξιολόγηση και επανεκτίμηση των συμπτωμάτων για την ενίσχυση της θεραπείας, τη μέτρηση των επιπτώσεων, τη βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, των ασθενών και των οικογενειών, καθώς και τον εντοπισμό συνθηκών που μπορεί να επηρεάσουν την έκβαση των θεραπειών όπως η κατάθλιψη, το άγχος και οι διαταραχές του ύπνου.



- ✓ Η ολοκληρωμένη αξιολόγηση των ασθενών πρέπει να συνοδεύεται από πλήρη κλινική εκτίμηση και διερεύνηση των πιθανών αιτιών των συμπτωμάτων. Κάθε αιτία μπορεί να σχετίζεται με διαφορετικούς υποκείμενους μηχανισμούς, οι οποίοι μπορεί να έχουν και μοναδικές κλινικές εκδηλώσεις. Ανάλογα με τους υποκείμενους μηχανισμούς, μπορεί να απαιτηθούν και ειδικές προσεγγίσεις θεραπείας.

- ✓ Για τη σωστή αξιολόγηση των συμπτωμάτων χρησιμοποιούνται δομημένες κλίμακες που βοηθούν στην εκτίμηση του προβλήματος.
- ✓ Το συνοπτικό ερωτηματολόγιο για την εκτίμηση του πόνου (Brief Pain Inventory) το οποίο έχει σταθμιστεί σε Ελληνικό πληθυσμό (Mystakidou et al., 2000), παρέχει αναλυτικά πληροφορίες σχετικά με την εμπειρία του πόνου με στόχο τη διάγνωση του τύπου του πόνου και την καθοδήγηση της παρέμβασης. Όπως και άλλα εργαλεία αξιολόγησης συμπτωμάτων, το Brief Pain Inventory αξιολογεί τη σοβαρότητα του πόνου αλλά επιπλέον, περιλαμβάνονται και στοιχεία για την αξιολόγηση του ιστορικού, της εντόπισης και της ποιότητας του πόνου, ώστε να καθίσταται δυνατή η αναγνώριση των βασικών μηχανισμών.

Ελληνικό Συνοπτικό Ερωτηματολόγιο Πόνου Greek Brief Pain Inventory (Short Form)

Ταυτότητα Υπευθύνου # _____ Ψυχολόγος _____
 Ημερομηνία _____ / _____ / _____ Ονοματεπώνυμο _____
 Οργανισμός: _____ (Επιλογή) (Υπηρεσία) (Θέση)

1. Βασίλειο τα δώδεκα της ζωής σας, οι δραστηριότητες είναι κατά κανόνα, πόνο ή άλλες ενοχλήσεις παρεμποδίζουν, παρεμποδίζουν και μειώνονται. Παιδιά είναι οι δύο είναι ζωής από αυτούς της αναμενόμενης ζωής.

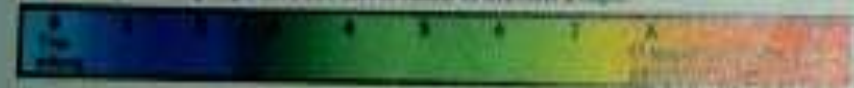
1. Ναι

2. Όχι

2. Στο δώδεκα τα είκοσι της ζωής σας, πόνο ή άλλες ενοχλήσεις παρεμποδίζουν και μειώνονται. Βάλετε ένα X στην περιοχή του σώματος που επηρεάζεται.



3. Παιδιά τα δώδεκα τα είκοσι της ζωής σας, πόνο ή άλλες ενοχλήσεις παρεμποδίζουν και μειώνονται. Βάλετε ένα X στην περιοχή του σώματος που επηρεάζεται.



4. Παιδιά τα δώδεκα τα είκοσι της ζωής σας, πόνο ή άλλες ενοχλήσεις παρεμποδίζουν και μειώνονται. Βάλετε ένα X στην περιοχή του σώματος που επηρεάζεται.



5. Παιδιά τα δώδεκα τα είκοσι της ζωής σας, πόνο ή άλλες ενοχλήσεις παρεμποδίζουν και μειώνονται. Βάλετε ένα X στην περιοχή του σώματος που επηρεάζεται.

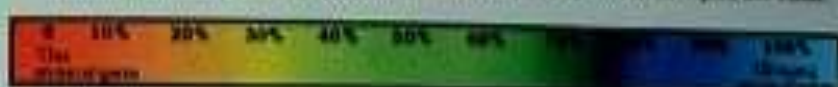


6. Παιδιά τα δώδεκα τα είκοσι της ζωής σας, πόνο ή άλλες ενοχλήσεις παρεμποδίζουν και μειώνονται. Βάλετε ένα X στην περιοχή του σώματος που επηρεάζεται.



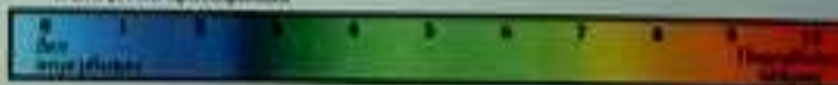
7. Παιδιά τα δώδεκα τα είκοσι της ζωής σας, πόνο ή άλλες ενοχλήσεις παρεμποδίζουν και μειώνονται. Βάλετε ένα X στην περιοχή του σώματος που επηρεάζεται.

8. Τα τελευταία 24 ώρες, πόνο ή άλλες ενοχλήσεις παρεμποδίζουν και μειώνονται. Βάλετε ένα X στην περιοχή του σώματος που επηρεάζεται.

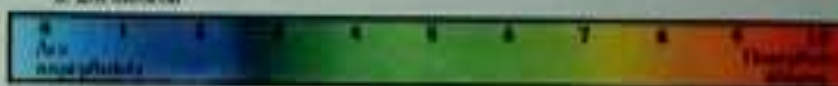


9. Βάλετε το κύριο είναι πρόβλημα που επηρεάζει τις δραστηριότητες της ζωής σας τα τελευταία 24 ώρες, ή άλλες παρεμποδίζουν.

1. Στο γενικό δραστηριότητες



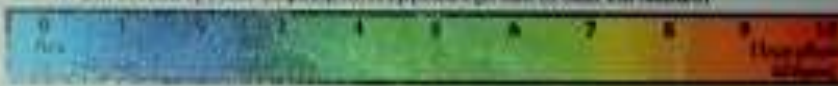
2. Στο φαγητό



3. Στο να κοιμηθείτε για να ξεκουραστείτε



4. Στο να είστε ενεργός δραστηριότητες (παιχνίδια ή να περπατάτε και να περπατάτε)



5. Στο να είστε ενεργός δραστηριότητες (παιχνίδια ή να περπατάτε και να περπατάτε)



6. Στο να είστε ενεργός δραστηριότητες (παιχνίδια ή να περπατάτε και να περπατάτε)



7. Στο να είστε ενεργός δραστηριότητες (παιχνίδια ή να περπατάτε και να περπατάτε)



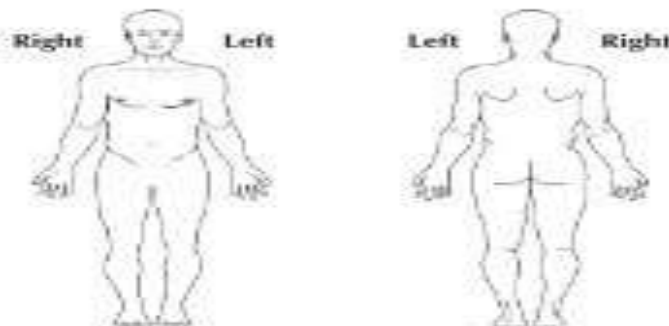
BRIEF PAIN INVENTORY

Date: _____ / _____ / _____ Time: _____

Name: _____

1) Throughout our lives, most of us have had pain from time to time (such as minor headaches, sprains, and toothaches). Have you had pain other than these everyday kinds of pain today?
1. Yes 2. No

2) On the diagram, shade in the areas where you feel pain. Put an X on the area that hurts the most.



3) Please rate your pain by circling the one number that best describes your pain at its WORST in the last 24 hours.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No Pain										Pain as bad as you can imagine

4) Please rate your pain by circling the one number that best describes your pain at its LEAST in the last 24 hours.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No Pain										Pain as bad as you can imagine

5) Please rate your pain by circling the one number that best describes your pain on the AVERAGE.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No Pain										Pain as bad as you can imagine

6) Please rate your pain by circling the one number that tells how much pain you have RIGHT NOW.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No Pain										Pain as bad as you can imagine

7) What treatments or medications are you receiving for your pain?

8) In the last 24 hours, how much relief have pain treatments or medications provided? Please circle the one percentage that shows how much RELIEF you have received.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
No relief										Complete relief

9) Circle the one number that describes how, during the past 24 hours, pain has interfered with your:

A. General activity

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Does not interfere										Completely interferes

B. Mood

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Does not interfere										Completely interferes

C. Walking ability

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Does not interfere										Completely interferes

D. Normal work (includes both work outside the home and housework)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Does not interfere										Completely interferes

E. Relations with other people

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Does not interfere										Completely interferes

F. Sleep

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Does not interfere										Completely interferes

G. Enjoyment of life

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Does not interfere										Completely interferes

- ✓ Η διαχείριση συμπτωμάτων στην Ανακουφιστική Φροντίδα στοχεύει στην αιτία που τα δημιουργεί για τη σωστή αντιμετώπιση τους. Στην πράξη, ο προσδιορισμός της αιτίας μπορεί να είναι δύσκολος. Σε πολλές περιπτώσεις τα αίτια ενός συμπτώματος μπορεί να είναι πολυπαραγοντικά. Επιπρόσθετα, πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν και η αλληλεπίδραση μεταξύ των διαφόρων συμπτωμάτων, και τυχόν θεραπείες που εφαρμόζονται.



- ✓ Σύμφωνα με τα σύγχρονα μοντέλα διαχείρισης συμπτωμάτων, η απάντηση του ατόμου στα συμπτώματα μπορεί να επηρεαστεί από μια σειρά κοινωνικών, πολιτιστικών, δημογραφικών, και περιβαλλοντικών συνθηκών. Μεταξύ ηλικιωμένων και νεότερων ασθενών παρατηρούνται διαφορές στο τρόπο που βιώνουν τα συμπτώματα. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς αντιμετωπίζουν συνήθως μεγαλύτερο αριθμό σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων σε σύγκριση με τους νεότερους, γεγονός που μπορεί να αποδοθεί στα πολλαπλά συστήματα οργάνων που εμπλέκονται στους γηραιότερους, αλλά ακόμα και σε διαφορές που υπάρχουν στον τρόπο εμφάνισης των συμπτωμάτων

- ✓ Η πολυδιάστατη φύση των συμπτωμάτων σημαίνει ότι χρειάζεται τόσο φαρμακευτική όσο και μη φαρμακευτική προσέγγιση για τη διαχείριση τους. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό στην Ανακουφιστική φροντίδα, όπου συνεκτιμώνται η ψυχολογική, η κοινωνική και πνευματική διάσταση των προβλημάτων των ασθενών και των οικογενειών τους. Οι μη φαρμακευτικές προσεγγίσεις μπορεί να περιλαμβάνουν γνωσιακές- συμπεριφορικές θεραπείες, τεχνικές χαλάρωσης και ενσυνειδητότητας, σωματική άσκηση και συμβουλευτικές προσεγγίσεις.



Ολικός Πόνος

Η Cicely Saunders εισήγαγε τον όρο «Ολικός Πόνος».

- ✓ Οι σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές, συναισθηματικές και πνευματικές διαστάσεις του πόνου συνθέτουν το βίωμα του Ολικού Πόνου.
- ✓ Η συνεισφορά της κάθε διάστασης είναι εξατομικευμένη.



Χρόνιος Καρκινικός πόνος

- ✓ Πόνος εξαιτίας της νόσου, εξαιτίας της θεραπείας
(ΑΚΘ,ΧΜΘ,Χ),εξαιτίας της εξασθένησης του οργανισμού
- ✓ Έχει βαθμιαία ή ασαφή έναρξη, συνεχίζει αμείωτος και προοδευτικά
μπορεί να γίνει πιο έντονος
- ✓ Συμπεριφορά κατάθλιψης ή απόσυρσης
- ✓ Συμπτώματα ανορεξίας και αϋπνίας
- ✓ Αλλαγή στον τρόπο ζωής και στην προσωπικότητα
- ✓ Απουσία συμπτωμάτων από το συμπαθητικό

Παθοφυσιολογία

- ✓ Αλγαισθητικός ή φυσιολογικός: διέγερση των αλγαισθητικών υποδοχέων των κυττάρων από μηχανικά, θερμικά και βιοχημικά ερεθίσματα.

Σωματικός (*συνεχής, καλά εντοπισμένος*)

Σπλαγχνικός (*συμπιέζων, όχι καλά εντοπισμένος, συμπτώματα από το αυτόνομο*)

- ✓ Νευροπαθητικός
- ✓ Ψυχογενής

Γενικές αρχές αντιμετώπισης καρκινικού πόνου

Η αντιμετώπισή του:

- ✓ Είναι αναπόσπαστο τμήμα ενός πολυδύναμου σχεδίου της ολιστικής ανακουφιστικής φροντίδας
- ✓ Πρέπει να είναι ανάλογη της πορείας της νόσου
- ✓ Πρέπει να εφαρμόζει το κατάλληλο θεραπευτικό σχήμα
- ✓ Δυνατότητα χρησιμοποίησης πολλών θεραπευτικών σχημάτων ταυτόχρονα
- ✓ Απαιτεί συνέχεια στη θεραπεία
- ✓ Συνεχής επανεκτίμηση της αποτελεσματικότητας και ασφάλειας των χρησιμοποιούμενων θεραπευτικών σχημάτων

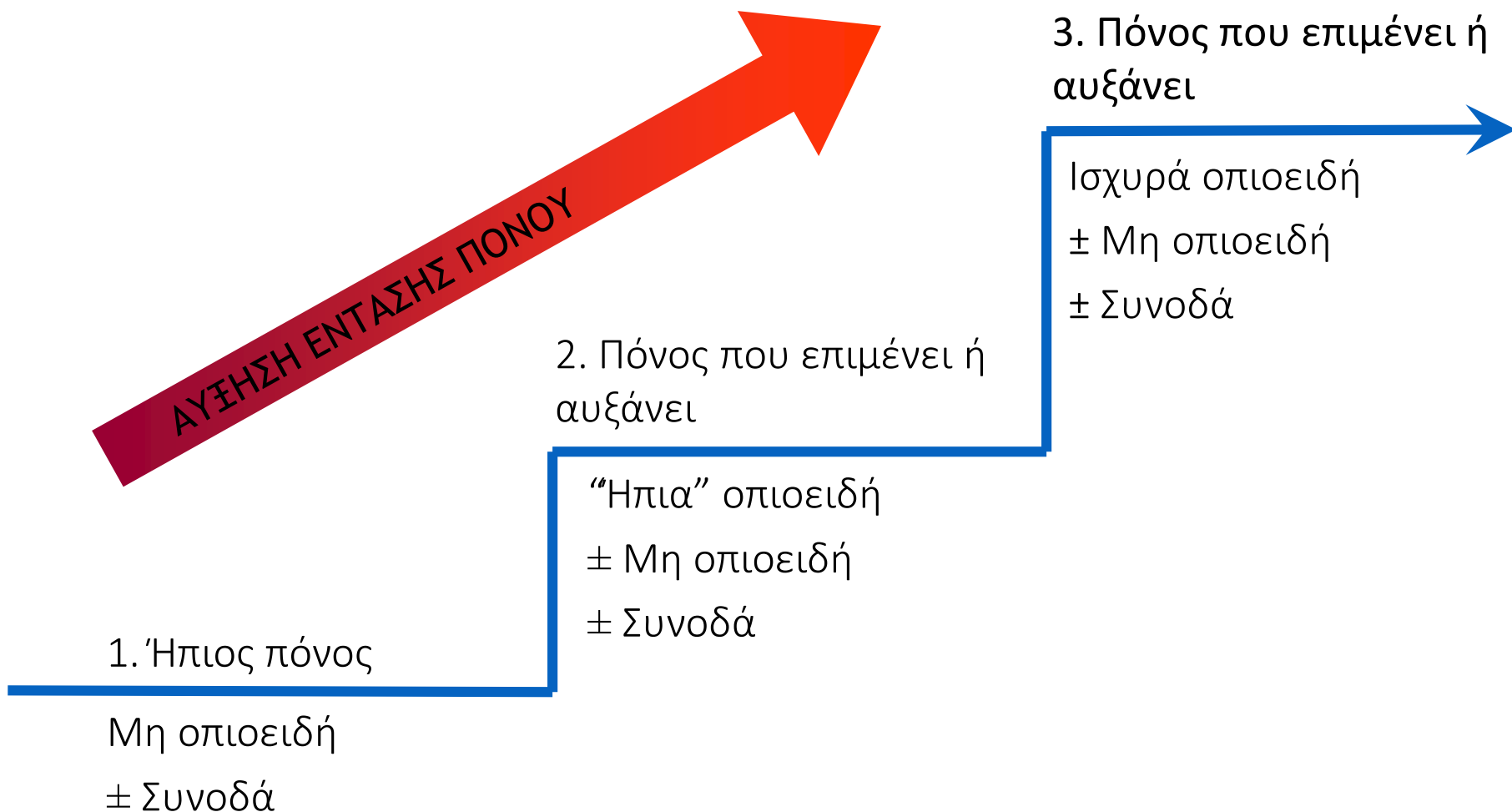
Μη φαρμακευτικές μέθοδοι

- ✓ Φυσικοθεραπεία (Μασάζ, Υδροθεραπεία, Βοηθήματα κίνησης, Ακίνησία, Εφαρμογή θερμότητας, ψύχους, Διαδερμικός ηλεκτρικός ερεθισμός, κτλ)
- ✓ Βελονισμός
- ✓ Ψυχολογική υποστήριξη - ψυχοθεραπεία

Ειδική Θεραπεία – Φαρμακευτική Αγωγή

- ✓ Ειδική θεραπεία: Ακτινοθεραπεία - Χειρουργική θεραπεία
- ✓ Φαρμακευτική αγωγή:
- ✓ Η χορήγηση αναλγητικών πρέπει να έχει σκοπό εκτός από τη θεραπεία και την πρόληψη του πόνου.
- ✓ Σταθερή δοσολογία σε σταθερά διαστήματα το 24 ωρο
- ✓ Κατηγορίες φαρμάκων :
- ✓ NSAID
- ✓ Οπιούχα (ήπια οπιούχα – ισχυρά οπιούχα)
- ✓ Βοηθητικά αναλγητικά: Αντικαταθλιπτικά, Αντιεπιληπτικά, Νευροληπτικά

Η κλίμακα του Π.Ο.Υ



Επεμβατικές Μέθοδοι

- ✓ Μη νευρολυτικές μέθοδοι : Νωτιαία χορήγηση φαρμάκων: εμφύτευση μόνιμου επισκληρίδιου ή υπαραχνοειδή καθετήρα, αποκλεισμοί νεύρων, νευρικών πλεγμάτων.
- ✓ Νευρολυτικές τεχνικές: Χημική ριζοτομή, νευρόλυση μεσοπλεύριων νεύρων, νευρόλυση κοιλιακού πλέγματος, διαδερμική χορδοτομή

Αρχές Φαρμακευτικής Αντιμετώπισης

- ✓ Επιλογή φαρμάκων που να είναι κατάλληλα για το συγκεκριμένο είδος του πόνου
- ✓ Επιλογή φαρμάκων που να είναι κατάλληλα για τη σοβαρότητα του πόνου
- ✓ Αξιοποίηση του συνδυασμού διάφορων κατηγοριών φαρμάκων και όχι φαρμάκων της ίδιας κατηγορίας
- ✓ Εφαρμογή αναλγητικής κλίμακας του Π.Ο.Υ
- ✓ Αξιοποίηση των επικουρικών αναλγητικών φαρμάκων

Οπιούχα

- ✓ Η επίτευξη ικανοποιητικής ανακούφισης του καρκινικού πόνου μπορεί να γίνει μόνο με εξατομίκευση της αναλγητικής αγωγής.
- ✓ Αγωνιστές: μορφίνη, φαιντανύλη, πεθιδίνη, μεθαδόνη, κωδεΐνη, δεξτροπροποξυφαΐνη, διαμορφίνη, υδρομορφόνη, οξυκοδόνη, διϋδροκωδεΐνη, τραμαδόλη, ταπενταδόλη.
- ✓ Ανταγωνιστές: Ναλοξόνη, ναλτρεξόνη
- ✓ Μερικοί αγωνιστές: βουπρενορφίνη
- ✓ Αγωνιστές-ανταγωνιστές: ναλμπουφίνη, πενταζοκίνη

Ήπια οπιούχα

- ✓ Κωδεΐνη: Συνδέεται με τους μ υποδοχείς

Η συνήθης δοσολογία από το στόμα είναι 30mg κάθε 4-6 ώρες. Η μέγιστη ημερήσια δοσολογία είναι 360mg

- ✓ Τραμαδόλη: ημισυνθετικό ανάλογο της κωδεΐνης. Η ανώτατη δοσολογία είναι 400 mg(δισκία βραδείας αποδέσμευσηςx2 και δισκία άμεσηςx4 ή x6).

- ✓ Δεξτροπροποξυφαΐνη: συνθετικό παράγωγο της μεθαδόνης. Χρησιμοποιείται σε δόση 30-60mg peros ή i.v. Ο χρόνος ημιζωής είναι 6-12 ώρες.

Ισχυρά οπιούχα

- ✓ Μορφίνη: διατίθενται τρεις μορφές προς χορήγησης (υδατικό διάλυμα, δισκία αμέσου και βραδείας αποδέσμευσης). Η δοσολογία της μπορεί να αυξηθεί εφόσον υπάρχει αποτελεσματική αναλγητική δράση και γίνεται καλά ανεκτή από τον ασθενή, γι αυτό δεν υπάρχει μέγιστη δοσολογία.
- ✓ Πετιδίνη: Οι επαναλαμβανόμενες δόσεις της οδηγούν στην άθροιση των τοξικών της μεταβολιτών με αποτέλεσμα την υπερδιεγερσιμότητα του ΚΝΣ. Η διάρκεια της αναλγησίας είναι μικρότερη από χρόνο ημιζωής. Οπότε η πετιδίνη δεν χρησιμοποιείται στο χρόνιο καρκινικό πόνο.
- ✓ Μεθαδόνη: χρήσιμη σε ασθενείς που έχουν αναπτύξει ανοχή στην μορφίνη, ή είχαν κάποια προηγούμενη εμπειρία με οπιούχα. Σταθερές επαναλαμβανόμενες αναλγητικές δόσεις, οδηγούν σε άθροιση, εξαιτίας της αναντιστοιχίας μεταξύ της ημιζωής του φαρμάκου και διάρκειας της αναλγησίας. Λόγω των φαρμακοκινητικών της χαρακτηριστικών, συνήθως χρησιμοποιείται σε νέους ασθενείς. Η αρχική προς δοσολογία είναι 10 – 20 mg/d

- ✓ Φαιντανύλη: χρησιμοποιείται σε διαδερμική χορήγηση (TTS). Η αρχική δόση χορήγησης είναι 12- 25μg/h (διάρκεια δράσης 72 ώρες). Δεν υπάρχει μέγιστη δοσολογία.

Για μέτριο προς ισχυρό πόνο

- ✓ Ταπενταδόλη: Έχει δράση αγωνιστή στους υποδοχείς οπιοειδών και αναστέλλει την επαναπρόσληψη της νορεπινεφρίνης. Τα δισκία βραδείας απελευθέρωσης(50-250mg)χορηγούνται/12ωρο,και η ανώτατη δόση ανέρχεται σε 500mg/24ωρο.
- ✓ Οξυκωδόνη: Έχει δράση αγωνιστή στους υποδοχείς οπιοειδών. Δισκία χορήγησης/6ωρο ή 8ωρο με ανώτατη ημερήσια δόση 80mg

Τρόποι χορήγησης

- ✓ Από το στόμα: είναι ο συνηθέστερα χρησιμοποιούμενος τρόπος χορήγησης, εύκολος στην εφαρμογή του και μπορεί να καλύψει την πλειοψηφία των ασθενών.
- ✓ Διαδερμική: ένα σύστημα διαδερμικής απελευθέρωσης φαρμάκου έχει επιτευχθεί για τη φαιντανύλη. Με επανειλημμένες τοποθετήσεις κάθε 72 ώρες του TTS επιτυγχάνονται σταθερές συγκεντρώσεις του φαρμάκου στο πλάσμα.
- ✓ Συνεχής υποδόρια: όταν η χορήγηση αναλγητικών από το στόμα δεν είναι δυνατή, μπορεί να χρησιμοποιηθεί η υποδόρια χορήγηση με αντλία συνεχούς έγχυσης. Με τον τρόπο αυτό διατηρείται σταθερή η συγκέντρωση του φαρμάκου στο πλάσμα ενώ παράλληλα μπορούν να χορηγηθούν και βοηθητικά φάρμακα.
- ✓ Από το ορθό: όταν η peros χορήγηση δεν είναι δυνατή.
- ✓ Συνεχής ενδοφλέβια: χρησιμοποιείται όταν η peros χορήγηση φαρμάκων δεν είναι δυνατή, και πάντα μέσα στο νοσοκομείο εξαιτίας της στενής παρακολούθησης που απαιτείται. Η χορήγηση του φαρμάκου επιτυγχάνεται με αντλία συνεχούς έγχυσης.
- ✓ Νωτιαία: χρησιμοποιείται είτε σε ασθενείς των οποίων ο πόνος δεν ελέγχεται επαρκώς με χορήγηση οπιούχων από το στόμα ή παρεντερικά, είτε σε ασθενείς που ελέγχονται επαρκώς μεν, αλλά παρουσιάζουν σοβαρές παρενέργειες

Βοηθητικά Αναλγητικά

- ✓ NSAID
- ✓ Κορτικοστεροειδή
- ✓ Διφωσφονικά/καλσιτονίνη
- ✓ Αντικαταθλιπτικά (Τρικυκλικά: αμιτριπτιλίνη, εκλεκτικοί Αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης-νοραδρεναλίνης: σιταλοπράμη, ντουλοξετίνη)
- ✓ Αντιεπιληπτικά (Γκαμπαπεντίνη, πρεγκαμπαλίνη, καρβαμαζεπίνη, τοπιραμάτη) με σταδιακή τιτλοποίηση

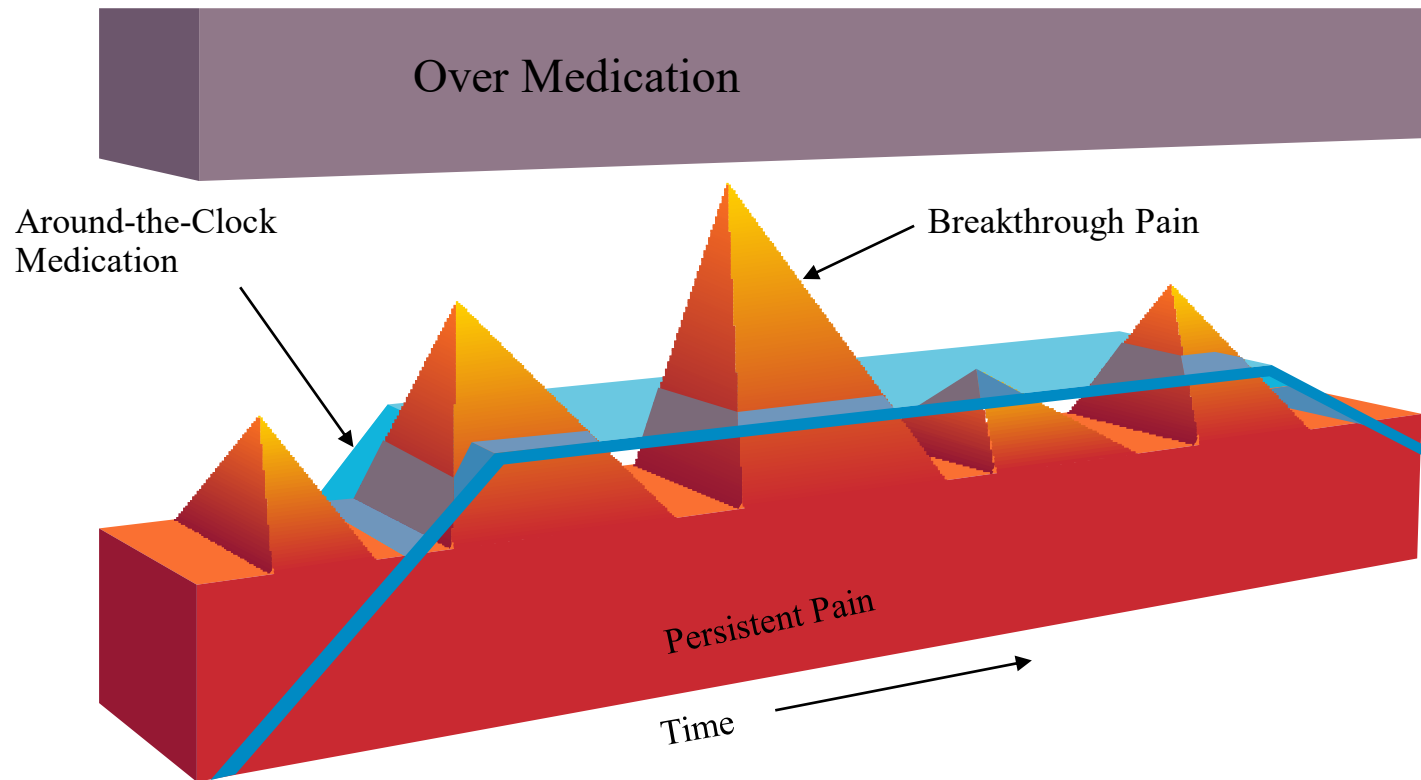
Παροξυσμικός πόνος

Αποτελεί μια παροδική έξαρση του υποκείμενου και ελεγχόμενου χρόνιου πόνου, αιφνίδιας έναρξης, μέτριας έως σοβαρής έντασης και σχετικά σύντομης διάρκειας (μέση διάρκεια περίπου 30 λεπτά) σε ασθενείς που βρίσκονται σε χρόνια αγωγή με οπιοειδή

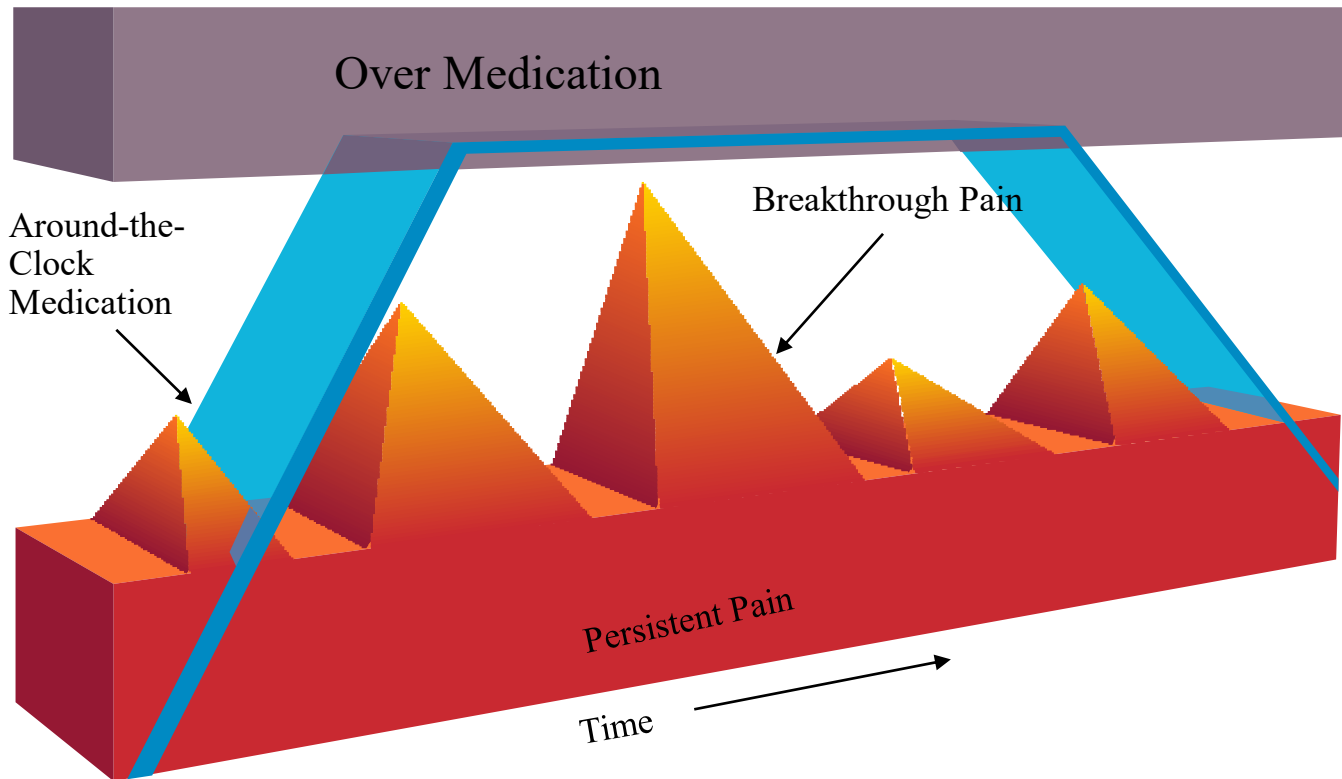
Χαρακτηριστικά Παροξυσμικού πόνου

- ✓ Ταχεία έναρξη Μέσος χρόνος μέχρι την μέγιστη ένταση: 3 λεπτά
- ✓ Βραχεία διάρκεια Μέση διάρκεια: ≈ 30 λεπτά
- ✓ Συχνότητα Μέση ημερήσια συχνότητα 4 επεισόδια
- ✓ Φαρμακοτεχνικές Μορφές Φαιντανύλης: Υπογλώσσια , Διαβλεννογόνια, Διαρρινική

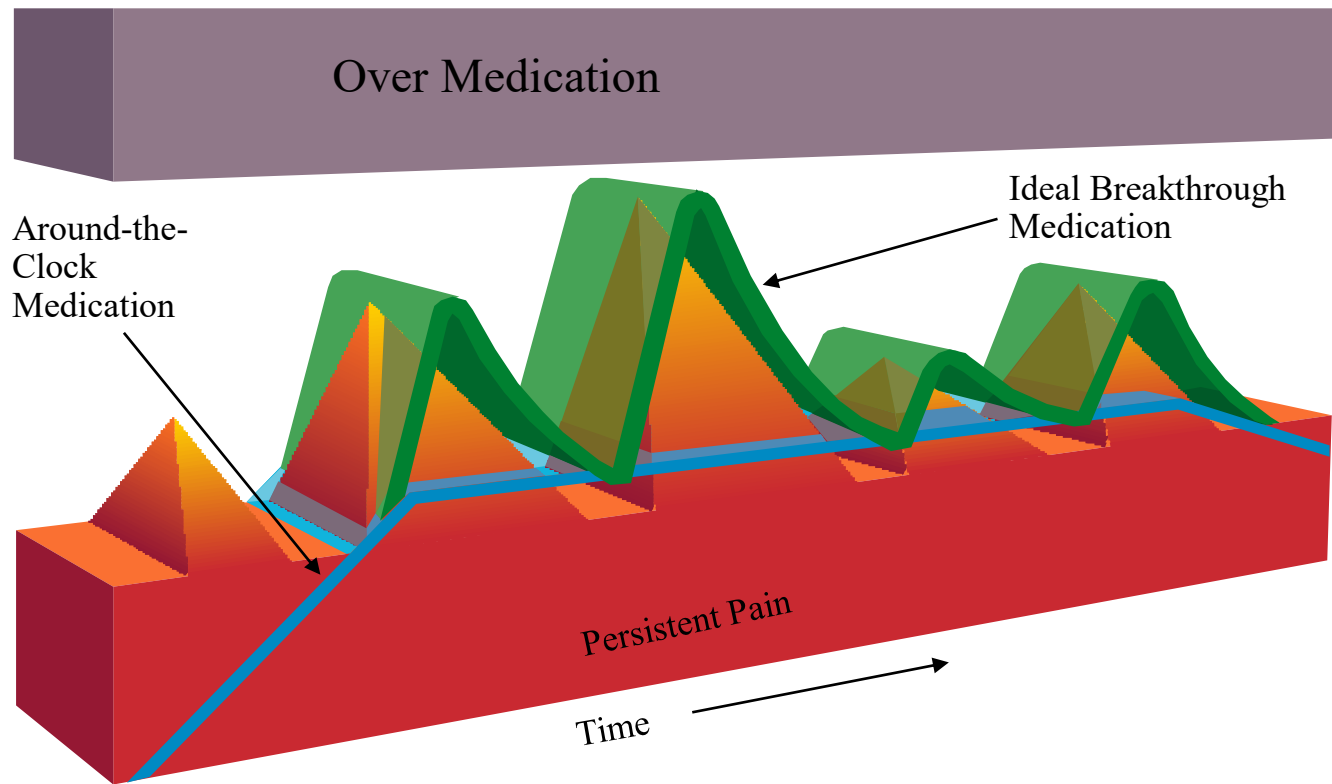
ATC Medications—Shortcomings



Increasing Dose of ATC Medication— More Side Effects



Treating Cancer Pain—Ideal



Πόνος στα οστά που προκαλείται από το
καρκίνο

- Τα οστά είναι η τρίτη πιο κοινή εστία μεταστατικής νόσου, μετά το ήπαρ και τον πνεύμονα. Περίπου το 75% αυτών των ασθενών υποφέρουν από πόνο (Ibrahim et al., 2013). Ο πόνος στα οστά που προκαλείται από τον καρκίνο (CIBP) είναι ένα σημαντικό κλινικό πρόβλημα, με περιορισμένες επιλογές, γρήγορης και αποτελεσματικής θεραπείας.
- Η τρέχουσα θεραπευτική διαχείριση βασίζεται κυρίως σε μελέτες για τον μη καρκινικό πόνο ο οποίος διαφέρει, όχι μόνο στα κλινικά χαρακτηριστικά, αλλά και από πλευράς παθοφυσιολογίας.
- Για την ορθή αξιολόγηση των θεραπειών και την ανάπτυξη νέων, είναι σημαντικό να κατανοήσουμε τους υποκείμενους μηχανισμούς του CIBP (Portenoy, 2011).

Προκλινικά χαρακτηριστικά του CIBP

- Υπάρχουν πολύπλοκες αλληλεπιδράσεις μεταξύ τοπικών παραγόντων στο σημείο της μετάστασης, με φλεγμονώδεις και νευροπαθητικές διαδικασίες, που συμβάλλουν στην απόκριση που προκαλείται εντός του κεντρικού νευρικού συστήματος.
- Οι αλλαγές στο νωτιαίο μυελό που συμβαίνουν σε CIBP φαίνεται να είναι μοναδικές και διαφορετικές από άλλους χρόνιους πόνους.
- Η κατανόηση όλων αυτών των διαδικασιών βοηθάει στην ανάπτυξη καινοτόμων στοχευμένων θεραπειών που μπορεί να βελτιώσουν τη διαχείριση αυτού του κλινικού προβλήματος.

Εισαγωγή στα κλινικά χαρακτηριστικά

- Ο πόνος ως αποτέλεσμα της μεταστατικής νόσου στα οστά αποτελεί σημαντικό κλινικό πρόβλημα για τους ασθενείς, τους φροντιστές τους και τους επαγγελματίες υγείας (Fallon και McConnell, 2007).
- Ο πόνος στα οστά μπορεί να έχει σημαντική επίπτωση στη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική ευημερία και εν γένει στη συνολική ποιότητα ζωής (Rusteon et al., 2005).
- Το CIBP είναι δύσκολο στη διαχείριση και τη θεραπεία και απαιτεί τη χρήση πολλαπλών τύπων παρεμβάσεων (Clare et al., 2005). Η χρήση της αναλγητικής σκάλας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) είναι κρίσιμη για την επιτυχή διαχείριση του CIBP.

Επιδημιολογία

Τα οστά είναι η πιο κοινή πηγή πόνου σε ασθενείς με κακοήθη νόσο. Σε μελέτες φαίνεται ότι περίπου το 28% των εσωτερικών ασθενών σε ξενώνα, το 34% των ασθενών σε κλινική πόνου για καρκίνο και το 45% των ασθενών με προχωρημένο καρκίνο που παρακολουθούνται στο σπίτι αντιμετωπίζουν πόνο οστικών μεταστάσεων (Twycross and Fairfield, 1982; Banning et al., 1991a; Portenoy and Lesage, 1999; Loeser, 2000).

- Μελέτες δείχνουν επίσης ότι οι βλάβες στα οστά αντιπροσωπεύουν το 30-35% του πόνου σε όλους τους καρκίνους σε ασθενείς με προχωρημένη νόσο (Twycross και Fairfield, 1982; Grond et al., 1996). Μερικοί ασθενείς βιώνουν πόνο σε πολλαπλές θέσεις λόγω οστικών μεταστάσεων.
- Ωστόσο, δεν έχουν όλοι πόνο ως αποτέλεσμα οστικών μεταστάσεων. Για παράδειγμα, το ένα τρίτο των ασθενών με μεταστατική νόσο του μαστού που επηρεάζουν τον σκελετό, δεν παραπονιούνται για πόνο (Front et al., 1979). Οι μηχανισμοί που μεσολαβούν στην εμφάνιση πόνου σε ορισμένες μεταστάσεις είναι ελάχιστα κατανοητοί, ωστόσο η εντόπιση του όγκου και το άμεσο περιβάλλον του παίζει σημαντικό ρόλο.

Κλινικά χαρακτηριστικά

- Οι περιγραφές του οστικού πόνου που σχετίζεται με τον καρκίνο είναι ποικίλες.
- Είναι γενικά αποδεκτό ότι μπορεί να διακριθεί σε αυθόρμητο πόνο κατά την ηρεμία και πόνο που σχετίζεται με την κίνηση. Ο πόνος που σχετίζεται με την κίνηση είναι μια μορφή παροξυσμικού πόνου και μαζί με τον αυθόρμητο πόνο κατά την ηρεμία αποτελούν τύπους παροξυσμικού πόνου (Mercadante και Arcuri, 1998;Urch, 2004).
- Ο παροξυσμικός πόνος αναφέρεται ως «παροδική έξαρση» του πόνου που βιώνει ο ασθενής που έχει σχετικά σταθερό και επαρκώς ελεγχόμενο βασικό πόνο» (Portenoy et al., 2004).

- Ο αυθόρμητος πόνος αναφέρεται σε επεισόδια παροξυσμικού πόνου που εμφανίζονται απροσδόκητα σε ηρεμία.
- Αντίθετα, πόνος που σχετίζεται με την κίνηση αναφέρεται σε επεισόδια του παροξυσμικού πόνου που σχετίζονται με συγκεκριμένα γεγονότα (Davies, 2006). Ο πόνος που σχετίζεται με την κίνηση είναι η πιο κοινή μορφή σε ασθενείς με CIBP, ωστόσο συχνά προκύπτουν και άλλοι τύποι παροξυσμικού πόνου, όπως πόνος κατά τον βήχα ή την αναπνοή, που σχετίζεται με μεταστάσεις πλευρών ή στέρνου.

Εντόπιση πόνου

- Σε μια μελέτη το 41% των συμμετεχόντων είχε πόνο λόγω καρκίνου στα οστά και τις αρθρώσεις, το 13% είχε πόνο στη ΣΣ , το 7,1% είχε πόνο στην πυέλο, το 6,8% είχε πόνο στο θωρακικό τοίχωμα από βλάβες των πλευρών, το 3,9% είχε πόνο στα μακριά οστά και το 10,2% είχε γενικευμένο οστικό πόνο από πολλαπλές οστικές μεταστάσεις (Caraceni και Portenoy, 1999).

Ακτινοβολία πόνου

- Συνήθως ο πόνος εντοπίζεται σε μια συγκεκριμένη περιοχή (και συχνά υπάρχει τοπική ευαισθησία στην πληγείσα περιοχή των οστών). Σε άλλες περιπτώσεις, ο πόνος μπορεί να είναι αντανακλαστικός (Mercadante, 1997). Για παράδειγμα, η μεταστατική νόσος στο ισχίο μπορεί να οδηγήσει σε πόνο στην περιοχή του γόνατος. μετάσταση στην αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης μπορεί να οδηγήσει σε πόνο στην ινιακή περιοχή ή στην κορυφή του κρανίου (Loeser, 2000).

- Ένα άλλο χαρακτηριστικό που αναγνωρίζεται στο CIBP είναι το φαινόμενο ενός « πόνου με μεταναστευτικό πρότυπο».
- Μπορεί να εμφανιστεί πόνος μια περιοχή του σώματος τη δεδομένη στιγμή και μετά να μετακινηθεί σε μια εντελώς διαφορετική περιοχή του σώματος με πλήρη επίλυση του πόνου στην αρχική τοποθεσία (Pollen and Schmidt, 1979).

Ποιότητα (χαρακτήρας) πόνου

- Οι περιγραφές του πόνου ήταν ποικίλες.
- Πρόσφατες εργασίες έχουν δείξει ότι μπορεί να συσχετίζεται πιο συχνά με όρους όπως «αιχμηρός», «παλμικός» και «μυρμήγκιασμα» (Laird et al., 2011).

Ένταση (σοβαρότητα) πόνου

- Η ένταση του οστικού πόνου είναι ανεξάρτητη από τον τύπο του όγκου, τη θέση, τον αριθμό και το μέγεθος των μεταστάσεων, το φύλο και την ηλικία του ασθενούς (Oster et al., 1978).
- Τα παραπάνω επιβεβαιώνουν την κλινική εντύπωση ότι ο CIBP συχνά αποτελεί θεραπευτική πρόκληση.

Ανακουφιστικοί παράγοντες του πόνου

- Μια ποικιλία διαφορετικών μη φαρμακολογικών, φαρμακολογικών, και άλλων τύπων παρεμβάσεων έχουν χρησιμοποιηθεί για την αντιμετώπιση του πόνου των οστών.

Άλλα χαρακτηριστικά του πόνου

- Καθώς ο πόνος των οστών λόγω καρκίνου εδραιώνεται, μπορεί να αναπτυχθεί με μηχανικό τρόπο αλλοδυνία, με αποτέλεσμα πόνο από ένα ερέθισμα ή δραστηριότητα που συνήθως δεν ήταν επώδυνη, για παράδειγμα, κίνηση στο κρεβάτι (Clohisy και Mantyh, 2003).

- Πρόσφατες μελέτες προτείνουν επίσης ότι ο πόνος των οστών που σχετίζεται με τον καρκίνο μπορεί να οδηγήσει σε παραισθησία (αλλοιωμένη αίσθηση), δυναμική αλλοδυνία (αντίληψη του πόνου ως απάντηση σε ελαφρύ βούρτσισμα του δέρματος), στατική αλλοδυνία (αντίληψη πόνου ως ανταπόκριση στην πίεση), ή θερμική υπεραλγησία (πόνος σε φυσιολογικά επίπεδα χαμηλών και υψηλών θερμοκρασιών) (Medhurst et al., 2002; Menendez et al., 2003a). Η ομαλοποίηση της θερμικής υπεραλγησίας σχετίζεται με επιτυχή ανακούφιση από τον πόνο κατά την παρηγορητική ακτινοθεραπεία και βελτιωμένη λειτουργικότητα (Scott et al., 2012; Sande et al., 2013).

Τρέχουσα διαχείριση του CIBP

- Τα ΜΣΑΦ και η ανακουφιστική ακτινοθεραπεία αποτελούν τις βασικές στρατηγικές που συμπληρώνουν την αναλγησία με οπιοειδή στην ανακούφιση CIBP.
- Η τυπική προσέγγιση στη διαχείριση του CIBP είναι ο συνδυασμός αναλγησίας και ακτινοθεραπείας.
- Η ακτινοθεραπεία είναι η χρυσή τυπική θεραπεία για την ανακούφιση από τον πόνο CIBP, υπάρχει όμως ένας σημαντικός αριθμός ασθενών στους οποίους δεν επιτυγχάνεται επαρκής αναλγησία.

- Τα τρέχοντα θεραπευτικά σχήματα αφήνουν έως και 45% των ασθενών με ανεπαρκή έλεγχο του πόνου (de Wit et al., 2001; Meuser et al., 2001).
- Η βελτιωμένη κατανόηση των παθοφυσιολογικών μηχανισμών στους οποίους βασίζεται, ειδικότερα, ο αυθόρμητος πόνος σε ανάπαυση και ο πόνος που σχετίζεται με την κίνηση, είναι σημαντική.
- Η ανάπτυξη αποτελεσματικών φαρμακολογικών παρεμβάσεων για να δράσουν ως επικουρικά στην ανακουφιστική ακτινοθεραπεία για τη βελτίωση του βαθμού ανακούφισης από τον πόνο, αποτελεί ένα σημαντικό κομμάτι της έρευνας.

- Η θεραπεία με οπιοειδή παραμένει η βάση για την αντιμετώπιση CIBP.
- Επιλέγεται το καλύτερο οπιοειδές για ένα άτομο, με βάση τις ιδιαίτερες εξατομικευμένες ανάγκες του.
- Εκτιμάται η διατήρηση της ισορροπίας μεταξύ αναλγησίας και παρενεργειών.
- Αξιολογείται η φαρμακοκινητική και φαρμακοδυναμική για τα διαθέσιμα οπιοειδή (Quigley, 2004).

Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα

- Η χρήση ΜΣΑΦ στο CIBP έχει αμφισβητηθεί λόγω της έλλειψης ισχυρών κλινικών στοιχείων (Fucella et al., 1975; Stambaugh et al., 1988; Sunshine και Olson, 1988; Staquet, 1989; Estape et al., 1990; Minotti et al., 1998).
- Τα φάρμακα της κατηγορίας COX2 (μια επαγώγιμη ισομορφή της κυκλοοξυγενάσης(COX) ένζυμο που εμπλέκεται στη σύνθεση προσταγλανδινών) μπορεί θεωρητικά να έχουν μεγαλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα (Shengetal, 1997; Sumitani et al., 2001).

- Μια ανασκόπηση για τα ΜΣΑΦ για τον καρκινικό πόνο δημοσιεύτηκε το 2004 (McNicol et al., 2004; Zeppetella, 2007). Περιλάμβανε 42 δοκιμές με τη συμμετοχή 3084 ασθενών.
- Η ανασκόπηση κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα ΜΣΑΦ ήταν αποτελεσματικά για τη βραχυπρόθεσμη θεραπεία του καρκινικού πόνου και ότι δεν υπήρχαν σαφή στοιχεία που να υποστηρίζουν την μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα ή ασφάλεια ενός ΜΣΑΦ έναντι ενός άλλου.
- Περιλάμβανε 14 δοκιμές που αφορούσαν ασθενείς με οστικές μεταστάσεις, αλλά οι συγγραφείς δεν μπόρεσαν να καταλήξουν σε ακριβή συμπεράσματα για το ρόλο των ΜΣΑΦ στο CIBP.

- Τα αποτελέσματα αυτής της συστηματικής ανασκόπησης ήταν σύμφωνα με τα αποτελέσματα μιας προηγούμενης συστηματικής ανασκόπησης της βιβλιογραφίας για τα ΜΣΑΦ.
- Συνοπτικά, λοιπόν, παρά τα καλά προκλινικά στοιχεία, υπάρχει έλλειψη κλινικών στοιχείων για τον ρόλο των ΜΣΑΦ στην διαχείριση του CIBP. Παρόλα αυτά, ορισμένοι κλινικοί γιατροί συνεχίζουν να τα χρησιμοποιούν και θεωρούν τα ΜΣΑΦ ως σημαντικό μέρος της διαχείρισης του CIBP εκτός εάν υπάρχουν αντενδείξεις.

Διφωσφονικά για τον πόνο των οστών

- Με την πάροδο των χρόνων, έχει αναπτυχθεί ένας αριθμός διαφορετικών διφωσφονικών με τους νεότερους παράγοντες να παρουσιάζουν αυξημένη ισχύ (Wong, 2007).
- Υπάρχουν αυξανόμενος αριθμός μελετών για τα διφωσφονικά στη διαχείριση/πρόληψη του CIBP και άλλων σκελετικών συμβάντων (SRE), συμπεριλαμβανομένου του παθολογικού κατάγματος, της συμπίεσης του νωτιαίου μυελού και της υπερασβεστιαϊμίας (Krempien et al., 2005; Stewart, 2005).

- Πέντε τυχαιοποιημένες δοκιμές παρείχαν άμεσες συγκρίσεις μεταξύ διαφορετικών διφωσφονικών. Όλες συνέκριναν την παμιδρονάτη έναντι ενός διαφορετικού διφωσφονικού. (Zhang et al., 1997; Diel et al., 1999; Jagdev et al., 2001, (Berensen et al., 2001; Rosen et al., 2001).
- Με βάση τα περιορισμένα διαθέσιμα δεδομένα, η παμιδρονάτη φαίνεται να είναι η καλύτερη επιλογή με μεγαλύτερο ποσοστό απόκρισης και το μεγαλύτερο μέγεθος ανακούφισης από τον πόνο.
- Απαιτούνται περαιτέρω μελέτες για να αποσαφηνιστούν τα σχετικά πλεονεκτήματα της παμιδρονάτης και πιο ισχυρών διφωσφονικών (Cameron et al., 2006).

- Οι παρενέργειες των διφωσφονικών που περιγράφονται συνήθως περιλαμβάνουν σύνδρομα γρίπης και αντιδράσεις στο σημείο της ένεσης. Τυχαιοποιημένες δοκιμές με τις τυπικές δόσεις δεν εντόπισαν υπερβολική γαστρεντερική τοξικότητα, (Lanza, 2002).
- Η νεφρική τοξικότητα είναι ένας άλλος σημαντικό πρόβλημα. Οι γρήγορες εγχύσεις μπορεί να οδηγήσει σε νεφρική τοξικότητα, ιδιαίτερα σε ασθενείς με νεφρική δυσλειτουργία.
- Ανεπιθύμητα οφθαλμικά συμβάντα συμπεριλαμβανομένης της ραγοειδίτιδας, της σκληρίτιδας και της επιπεφυκίτιδας έχουν αναφερθεί με χρήση αμινο-διφωσφονικών, και ιδιαίτερα με τη χρήση παμιδρονάτης (Leung et al., 2005).

- Η οστεονέκρωση της κάτω γνάθου σχετίζεται με τη χρήση διφωσφονικών (Migliorati et al., 2005).
- Η παθοφυσιολογία αυτής της κατάστασης είναι άγνωστη, αλλά παράγοντες κίνδυνου αποτελούν η εξαγωγή δοντιών, το τοπικό τραύμα, η τοπική μόλυνση και η συστηματική χημειοθεραπεία.
- Κατάλληλη προφυλακτική οδοντιατρική αξιολόγηση και η διαχείριση, μαζί με αντιβιοτική θεραπεία εάν ενδείκνυται, είναι η θεμέλιος λίθος για την ελαχιστοποίηση της εμφάνισης αυτής της επιπλοκής.

- Τα διφωσφονικά καθυστερούν την ανάπτυξη σκελετικών συμβάντων, ιδιαίτερα σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού, πολλαπλό μυέλωμα και καρκίνο του προστάτη.
- Μια θετική επίδραση της καθυστέρησης αυτών των σκελετικών συμβάντων είναι η συνολική μείωση του πόνου, της οστικής απορρόφησης και των επιπλοκών της (π.χ. παθολογικό κάταγμα). Τα διφωσφονικά παρέχουν επίσης ανακούφιση από τον πόνο των οστών, αν και το αποτέλεσμα είναι μέτριο και μπορεί να διαρκέσει έως 12 εβδομάδες.

Ακτινοθεραπεία

- Η εξωτερική ακτινοθεραπεία είναι μακράν η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη
- Η μέθοδος ακτινοβολίας στη διαχείριση του οστικού πόνου είναι η τοπική ακτινοθεραπεία πεδίου (van As και Huddart, 2007).
- Ακτινοθεραπεία ευρέος πεδίου και ραδιοϊσότοπα χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία διάσπαρτων οστικών μεταστάσεων.
- Γενικά η ακτινοθεραπεία παρέχει αποτελεσματική αναλγησία για οστικές μεταστάσεις

- Πάνω από το 40% των ασθενών θα μπορούσε να αναμένει τουλάχιστον 50% ανακούφιση από τον πόνο σε 1 μήνα και το 20% θα μπορούσε να αναμένει πλήρη ανακούφιση (McQuay et al., 2000).
- Ένας αριθμός ραδιοϊσοτόπων έχει χρησιμοποιηθεί στη θεραπεία των οστικών μεταστάσεων (π.χ. φώσφορος-32, στρόντιο-89, σαμάριο-153, ρήνιο-186). Σε μια συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση των ραδιοφαρμάκων στη θεραπεία του CIBP (κυρίως από τον προστάτη ή του μαστού) περίπου το 70% των ασθενών είχαν κάποιο αναλγητικό όφελος με τοξικότητα που εμφανίζεται σε έως και 15% όσων υποβλήθηκαν σε θεραπεία (D'angelo et al., 2012).

- Υπάρχει συνεχές ενδιαφέρον για αυτή τη μορφή θεραπείας με νεότερους παράγοντες να αναπτύσσονται (Yuan et al., 2013). Παρά τα θετικά στοιχεία, δεν χρησιμοποιούνται ευρέως επί του παρόντος και το κόστος μπορεί να είναι ένα σοβαρό ζήτημα σε πολλές χώρες.

Χημειοθεραπεία

- Η χημειοθεραπεία μπορεί επίσης να έχει σημαντική αξία στη διαχείριση του μεταστατικού πόνου στα οστά όταν ένας όγκος είναι χημειοευαίσθητος.
- Τα παραδείγματα περιλαμβάνουν το μυέλωμα, το καρκίνο του πνεύμονα, και καρκίνο του μαστού

Ορμονική θεραπεία

- Η ορμονοθεραπεία έχει επίσης αξία σε ορμονοευαίσθητους όγκους
- Αρκετά σοβαρές απαντήσεις μπορούν να επιτευχθούν μέσα σε λίγες ημέρες έναρξης θεραπείας με αντιανδρογόνα στον καρκίνο του προστάτη.
- Η ανταπόκριση στον μεταστατικό καρκίνο του μαστού είναι γενικά πιο αργή και απαιτούνται συνήθως πρόσθετα μέτρα για την ανακούφιση από τον πόνο τις πρώτες εβδομάδες από την έναρξη της ορμονοθεραπείας.
- Ορμονική θεραπεία, όπως και οποιαδήποτε άλλη θεραπεία που μπορεί να προκαλέσει οξεία νέα δραστηριότητα στα οστά, μπορεί να σχετίζεται με παροδική έξαρση του πόνου που πρέπει να αντιμετωπιστεί με κατάλληλο χειρισμό αναλγησίας.

Φυσικοθεραπεία και εργοθεραπεία

- Πολλές από τις τεχνικές μεγιστοποίησης του ελέγχου του πόνου μέσω της διεπιστημονικής ομαδική προσέγγιση είναι αναπόσπαστο μέρος της κατάλληλης φροντίδας ασθενών με CIBP. Η ζωή μπορεί να γίνει απείρως ευκολότερη για τον ασθενή που δυσκολεύεται να κινητοποιηθεί και να βελτιωθούν προβλήματα σε τομείς όπως η τουαλέτα και το μπάνιο, από την εισαγωγή συγκεκριμένων τεχνικών κινητοποίησης μαζί με κατάλληλη εξατομικευμένη βοήθεια.

Επεμβατική αναλγησία

- Διαδερμική σπονδυλική τσιμεντοπλαστική (γνωστή και ως διαδερμική σπονδυλοπλαστική) υπό ακτινολογικό έλεγχο χρησιμοποιείται για τη μείωση του πόνου και τη θεραπεία της κατάρρευσης του σπονδυλικού σώματος (Gangi et al., 1996). Η πρόσβαση σε αυτή την τεχνική εξαρτάται από την τοπική εμπειρία.
- Σταθεροποίηση μικροκαταγμάτων έχουν θεωρηθεί ως αναλγητικοί μηχανισμοί (Legroux-Gerot et al., 2004).
- Μια μελέτη ασθενών με δυσεπίλυτο πόνο από σπονδυλικό μυέλωμα διαπίστωσε ότι το 97% των ασθενών είχαν τουλάχιστον «μέτρια» μείωση στον πόνο μετά από διαδερμική σπονδυλική τσιμεντοπλαστική (Cortet et al., 1997).

- Η διαρροή τσιμέντου είναι ένα πιθανό πρόβλημα, το οποίο μπορεί να εισέλθει στον επισκληρίδιο χώρο, με κίνδυνο συμπίεσης της ρίζας ή της ΣΣ (Gangi et al., 2003).
- Εμβολή τσιμέντου μπορεί επίσης να συμβεί εάν υπάρχουν ενδείξεις φλεβικής διαρροής

Σπονδυλική αναλγησία

- Γενικά, όταν οι ασθενείς υποφέρουν από μη ελεγχόμενο CIBP παρά τη βέλτιστη φαρμακολογική και μη φαρμακολογική διαχείριση, τότε θα πρέπει να εξεταστεί είτε η επισκληρίδιος είτε η ενδορραχιαία αναλγησία.
- Περιλαμβάνει έγχυση μικρών ποσοτήτων οπιοειδούς σε συνδυασμό με τοπικό αναισθητικό, μερικές φορές σε συνδυασμό με κλονιδίνη.
- Είναι σημαντικό οι ασθενείς που έχουν παθολογικό κάταγμα και είναι πολύ κοντά στο θάνατο να αξιολογούνται επειγόντως για επισκληρίδιο ή ενδορραχιαία αναλγησία. Οι ασθενείς αυτοί συχνά υποφέρουν από έντονο πόνο ακόμη και με μικρές κινήσεις και η ποιότητα στο τέλος της ζωής τους μπορεί να βελτιωθεί με αυτές τις παρεμβάσεις αναλγησίας.

Ορθοπεδικές παρεμβάσεις

- Ο στόχος της διόρθωσης των παθολογικών καταγμάτων είναι διαφορετικός από αυτόν του τραυματικού (μη παθολογικού) κατάγματος (Al-Hakim et al., 2007) Η επούλωση των οστών σε αυτές τις καταστάσεις είναι αργή και συχνά τα θραύσματα δεν ενώνονται μεταξύ τους.
- Προτεραιότητα είναι η επέμβαση να περιλαμβάνει μέθοδο στερέωσης κατάγματος που μπορεί να επιτρέψει την άμεση επιστροφή στην κανονική λειτουργία.
- Ορισμένες κακοήθειες βλάβες των οστών προκαλούν συμπτώματα ελλείψει κατάγματος τέτοιες βλάβες κινδυνεύουν να υποστούν κάταγμα σε κάποιο σημείο στο μέλλον. Γενικά, οι μεταστάσεις σε μακρά οστά εξελίσσονται σε κατάγματα στο 25% των περιπτώσεων (αν και αυτό αυξάνεται σε περίπου 60% στο εγγύς μηριαίο οστό).

- Η απόφαση πρέπει να λαμβάνεται με βάση τον ασθενή και τη νόσο.
- Ωστόσο, οι ασθενείς με έντονο πόνο παρά τα κατάλληλα αναλγητικά, ακτινοθεραπεία και άλλα μέτρα, μπορεί να ωφεληθούν από τη χειρουργική επέμβαση.
- Η απόφαση σχετικά με τη χειρουργική επέμβαση πρέπει να είναι ιδιαίτερα εξατομικευμένη.

Συμπτώματα

- ✓ Κόπωση-Ανορεξία – Καχεξία
- ✓ Αδυναμία – Υποθρεψία
- ✓ Πόνος
- ✓ Ναυτία – Έμετος
- ✓ Συμπτώματα αναπνευστικού συστήματος: (δύσπνοια, βήχας, λόξυγγας, αιμόπτυση)
- ✓ Συμπτώματα πεπτικού συστήματος: (δυσφαγία, δυσπεψία, δυσκοιλιότητα, διάρροια, εντερική απόφραξη)

Ψυχολογικά Συμπτώματα Ογκολογικών Ασθενών

- ✓ Άγχος και φόβος
- ✓ Φόβοι συνοδευόμενοι παράλληλα από ενοχές, απογοήτευση και συναισθηματική καταπόνηση
- ✓ Κατάθλιψη (αντιδραστική 25-77%)
- ✓ Οργανικό ψυχοσύνδρομο
- ✓ Διαταραχές πανικού
- ✓ Σωματόμορφες διαταραχές
- ✓ Μετατραυματικές διαταραχές



ΚΟΠΩΣΗ

«Υποκειμενικό, δυσάρεστο σύμπτωμα που περιλαμβάνει αίσθημα καταβολής έως και εξάντλησης και αφορά ολόκληρο το σώμα , δημιουργώντας μια διαρκή κατάσταση που επηρεάζει την ικανότητα ενός ατόμου να λειτουργεί σύμφωνα με τις μέχρι τότε δυνατότητές του»

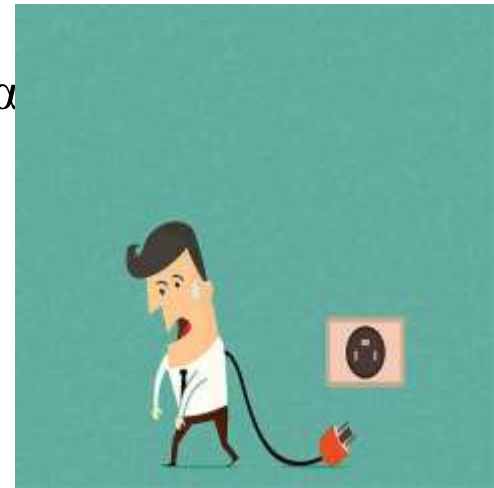


- ✓ Η κόπωση αποτελεί κοινό και δυσάρεστο σύμπτωμα που βιώνουν ασθενείς με καρκίνο. Σε έρευνες φαίνεται ποσοστό επιπολασμού πάνω από $> 75\%$ με το ποσοστό αυτό να αυξάνει σε $> 90\%$ όταν συμπεριληφθούν ασθενείς μετά από θεραπεία (ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία).
- ✓ Παρά το μεγάλο ποσοστό επιπολασμού και το μεγάλο αντίκτυπο της κόπωσης στη ποιότητα ζωής, το πρόβλημα υποεκτιμάται τόσο σε κλινικό όσο και σε ερευνητικό επίπεδο.
- ✓ Η κόπωση επηρεάζει τη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική ευημερία.
- ✓ Αν και το μεγαλύτερο μέρος της έρευνας αφορά την κόπωση που σχετίζεται με τον καρκίνο, αναγνωρίζεται επίσης ότι η κόπωση έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής των ασθενών με μη κακοήγη νόσο.

- ✓ Πρόκειται για πολυπαραγοντικό σύνδρομο στην εμφάνιση του οποίου συμμετέχουν συχνά πολλές αιτίες.
- ✓ Η πολυδιάστατη φύση της κόπωσης καθιστά απαραίτητη τη συστηματική αξιολόγηση. Όλοι οι ασθενείς στην Ανακουφιστική Φροντίδα θα πρέπει να ελέγχονται για την παρουσία κόπωσης. Η αξιολόγηση πρέπει να περιλαμβάνει ιστορικό κόπωσης, φυσική εξέταση και κατάλληλα εργαλεία.
- ✓ Το ιστορικό που σχετίζεται με τη κόπωση πρέπει να περιλαμβάνει πληροφορίες για τη σοβαρότητα, χρονικά χαρακτηριστικά (π.χ. έναρξη, πορεία, διάρκεια και καθημερινές διακυμάνσεις), παράγοντες επιδείνωσης και ανακούφισης, και αντίκτυπο στην καθημερινή ζωή.
- ✓ Οι στρατηγικές διαχείρισης της κόπωσης είναι περιορισμένες και απαιτείται περαιτέρω έρευνα.

Εκτίμηση

- ✓ Αυτοαξιολόγηση από τον ίδιο τον ασθενή και εκτίμηση απο τους επαγγελματίες υγείας (ιστορικό θεραπειών, λαμβανόμενη θεραπεία, ποιότητα ύπνου, διατροφή, πιθανές αλλαγές στην όρεξη και το σωματικό βάρος).
- ✓ Δεν υπάρχει ένα μόνο εργαλείο αξιολόγησης, συχνά χρησιμοποιείται ένα σύστημα βαθμολόγησης της κόπωσης βασισμένο στο Εργαλείο Αξιολόγησης Ανακουφιστικής Φροντίδας (Palliative Care Assessment tool- PACA)
 - 0 = χωρίς κόπωση.
 - 1 = κόπωση, αλλά δεν επηρεάζει την καθημερινή ζωή.
 - 2 = κόπωση και μέτρια επίδραση στην καθημερινή ζωή.
 - 3 = παρουσία κόπωσης και συντριπτική επίδραση στην καθημερινή ζωή.
- ✓ Η επανεκτίμηση και αξιολόγηση των παρεμβάσεων πρέπει να πραγματοποιούνται σε τακτά χρονικά διαστήματα.



Διαχείριση

- ✓ Η διαχείριση της κόπωσης πρέπει να είναι εξατομικευμένη.
- ✓ Οι στρατηγικές διαχείρισης ποικίλλουν και διαφοροποιούνται ανάλογα με το στάδιο της νόσου.
- ✓ Αιτίες κόπωσης όπως αναιμία, λοιμώξεις, επίδραση φαρμάκου, αϋπνία, κατάθλιψη θα πρέπει να αντιμετωπίζονται κατάλληλα.
- ✓ Όταν δεν αναγνωρίζονται συγκεκριμένες αιτίες κόπωσης, μη φαρμακευτικές προσεγγίσεις αλλά και φαρμακευτική θεραπεία μπορεί να χορηγηθεί αν το επιτρέπει η κλινική κατάσταση του ασθενούς.



Μη φαρμακευτική διαχείριση

- ✓ Η διαχείριση μπορεί να περιλαμβάνει:
 - Συμβουλές για τη διατροφή, τον ύπνο και την άσκηση.
 - Εργοθεραπεία.
 - Φυσικοθεραπεία.
 - Ψυχολογική υποστήριξη
- ✓ Προγράμματα άσκησης έχουν αποδειχθεί ωφέλιμα για τη διαχείριση της κόπωσης ,κατά τη διάρκεια και μετά απο θεραπείες για τον καρκίνο.
- ✓ Έχει αποδειχθεί ότι οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις (εκπαίδευση των ασθενών, παροχή βιβλιογραφίας, διδασκαλία αντιμετώπισης, στρατηγικές διαχείρισης δραστηριοτήτων) μειώνουν το επίπεδο κόπωσης.



Φαρμακευτική διαχείριση

- ✓ Η διαχείριση της κόπωσης περιλαμβάνει τη χρήση κορτικοστεροειδών, ψυχο-διεγερτικών ή αντικαταθλιπτικών.
- ✓ Τα στοιχεία για την αποτελεσματικότητα των κορτικοστεροειδών στη διαχείριση της κόπωσης είναι περιορισμένα.
- ✓ Τα κορτικοστεροειδή δίνονται συχνά για συνυπάρχοντα συμπτώματα όπως ο πόνος και η ανορεξία. Η δεξαμεθαζόνη αποτελεί το συνιστώμενο κορτικοστεροειδές. Η προτεινόμενη αρχική δόση είναι 4 mg ημερησίως. Ο ασθενής επανεκτιμάται μετά από 5-7 ημέρες και εάν δεν υπάρχουν ενδείξεις βελτίωσης, διακόπτονται τα κορτικοστεροειδή. Εάν υπάρχουν ενδείξεις βελτίωσης, ο ασθενής διατηρεί την χαμηλότερη αποτελεσματική δόση κορτικοστεροειδών.
- ✓ Τα ψυχοδιεγερτικά (υδροχλωρική μεθυλφαινιδάτη) φαίνεται να βελτιώνουν την κόπωση που σχετίζεται με τον καρκίνο σε περιορισμένο αριθμό μελετών επομένως απαιτείται περισσότερη έρευνα για να αποσαφηνιστεί ο ρόλος τους.



ΑΝΟΡΕΞΙΑ-ΚΑΧΕΞΙΑ

**Η καχεξία ορίζεται ως ένα πολυπαραγοντικό
σύνδρομο το οποίο
χαρακτηρίζεται από απώλεια μυϊκής μάζας (με ή
χωρίς απώλεια λίπους) που δεν μπορεί να
αντιστραφεί πλήρως με τη
συμβατική διατροφική υποστήριξη και οδηγεί σε
προοδευτική
λειτουργική βλάβη.**

Η φυσιολογία της καρκινικής καχεξίας- ανορεξίας περιλαμβάνει:

- ✓ συστηματική φλεγμονή
- ✓ μειωμένη πρόσληψη τροφής
- ✓ αλλαγές στο μεταβολισμό
- ✓ αυξημένη κατανάλωση ενέργειας ανάπαυσης (> 110% της προβλεπόμενης)



Επιπτώσεις καρκινικής καχεξίας

Σωματικές:

- ✓ Αύξηση παρενεργειών απο τη χημειοθεραπεία
- ✓ Μειωμένος αριθμός ολοκληρωμένων κύκλων ΧΜΘ
- ✓ Μείωση της απάντησης στη ΧΜΘ
- ✓ Μείωση ποσοστού επιβίωσης
- ✓ Μείωση ποιότητας ζωής
- ✓ Μείωση λειτουργικότητας
- ✓ Αύξηση πόνου και άλλων συμπτωμάτων

Ψυχολογικές:

- ✓ Αλλαγή εικόνας σώματος
- ✓ Χαμηλή αυτοεκτίμηση
- ✓ Αύξηση άγχους ,κατάθλιψης και αισθήματος αβοηθητότητας
- ✓ Κοινωνική απομόνωση
- ✓ Συγκρούσεις μεταξύ του ασθενούς και της οικογενειά του για το φαγητό

Θεραπεία καρκινικής καχεξίας

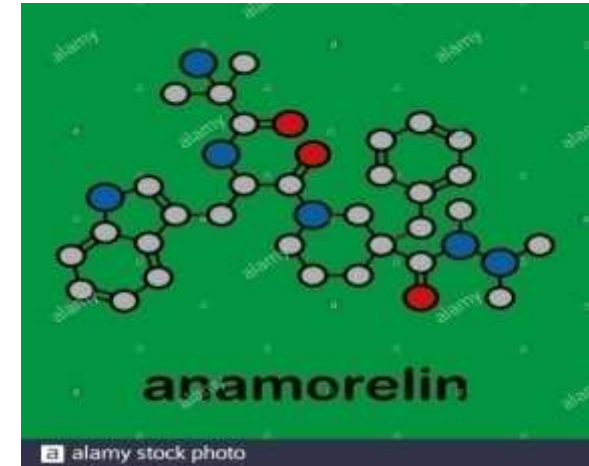
- ✓ Φαρμακευτική θεραπεία
- ✓ Διατροφική θεραπεία
- ✓ Άσκηση
- ✓ Ψυχοκοινωνική θεραπεία



Φαρμακευτική Θεραπεία

Πολλά διαφορετικά φάρμακα έχουν προταθεί κατά της καρκινικής καχεξίας. Τα φάρμακα αυτά εκτελούν τρεις βασικές λειτουργίες.

- ✓ μείωση της σχετιζόμενης με τον όγκο φλεγμονής
Ρυθμιστές κυτοκινών(Infliximab, Thalidomide, Pentoxifyline)
- ✓ εξοικονόμηση αναβολικού δυναμικού του σώματος για την αντιμετώπιση της σπατάλης και της υπερκαταβολικής κατάστασης
Αναβολικοί παράγοντες (ινσουλίνη)
- ✓ διέγερση της όρεξης
προγεστερινοειδή(μεγεστρόλη)
κορτικοστεροειδή
κανναβινοειδή
μελατονίνη
αναμορελίνη



Διατροφική Θεραπεία

- ✓ Η διατροφική παρέμβαση περιλαμβάνει συμβουλευτική διατροφής, συμπληρώματα διατροφής και τεχνητή διατροφή.
- ✓ Πρέπει να γίνεται υπολογισμός ενεργειακών και διατροφικών απαιτήσεων.
- ✓ Οι συστάσεις περιλαμβάνουν διαιτητικές αλλαγές, όπως τη ληψη διατροφής πλούσιας σε ενέργεια και πρωτεΐνες και αλλαγές στον τρόπο ζωής, όπως αύξηση της συχνότητας και μείωση της ποσότητας των γευμάτων.

Ψυχοκοινωνική θεραπεία

- ✓ Η καχεξία έχει αντίκτυπο σε ψυχολογικούς, κοινωνικούς και συναισθηματικούς τομείς τόσο για τους ασθενείς όσο και την οικογένειά τους
- ✓ Η ψυχοκοινωνική στήριξη του ασθενούς και της οικογένειάς του αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της ολοκληρωμένης αντιμετώπισης της καχεξίας.

Η παροχή αποτελεσματικής διατροφικής φροντίδας απαιτεί πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση της επιδείνωσης της διατροφικής κατάστασης και κατάλληλες παρεμβάσεις διόρθωσης.



Ναυτία - Έμετος

- ✓ Ενοχλητικά συμπτώματα τα οποία υποβαθμίζουν την ποιότητα ζωής των χρονίων πασχόντων (καρκινοπαθών, ασθενών με AIDS, ασθενών με ηπατική και νεφρική ανεπάρκεια).
- ✓ Στο 40-70% των ασθενών τελικού σταδίου με πόνο, συνυπάρχουν ναυτία και έμετος. Η συχνότητα εμφάνισης του τριπλού αυτού συνδυασμού συμπτωμάτων δεν έχει αλλάξει την τελευταία δεκαετία.
- ✓ Η παρέμβαση στη θεραπεία της ναυτίας και του εμέτου πρέπει να περιλαμβάνει την αντιμετώπιση του αιτίου που τα προκαλεί. Απαραίτητη η διερεύνηση της εμπλοκής μηχανισμών κεντρικής αιτιολογίας.

Οι συχνότερες αιτίες ναυτίας και εμέτου

✓ Χημικά αίτια:

- ✓ Φάρμακα (οπιοειδή, διγοξίνη, αντικαταθλιπτικά, αντιβιοτικά, κυτοξίνες)
- ✓ τοξίνες (τροφική δηλητηρίαση, ισχαιμία εντέρου, εντερική απόφραξη)
- ✓ μεταβολικές διαταραχές (οργανική ανεπάρκεια, υπερασβεστιαμία, κετοξέωση).

✓ Γαστρική στάση:

- ✓ αντιχολινεργικά φάρμακα
- ✓ Οπιοειδή
- ✓ Ασκίτης
- ✓ Ηπατομεγαλία
- ✓ πεπτικό έλκος
- ✓ γαστρίτιδα (στρες, φάρμακα, ακτινοθεραπεία).

✓ Διαταραχή του γαστρεντερικού σωλήνα:

- ✓ δυσκοιλιότητα,
- ✓ εντερική απόφραξη,
- ✓ μεταστάσεις στο μεσεντέριο.

✓ Διαταραχές σπλαχνικών οργάνων:

- ✓ ηπατική μετάσταση
- ✓ απόφραξη ουρητήρων
- ✓ οπισθοπεριτοναϊκός καρκίνος

Οι συχνότερες αιτίες ναυτίας και εμέτου

✓ Φλεγμονή γαστρεντερικού σωλήνα:

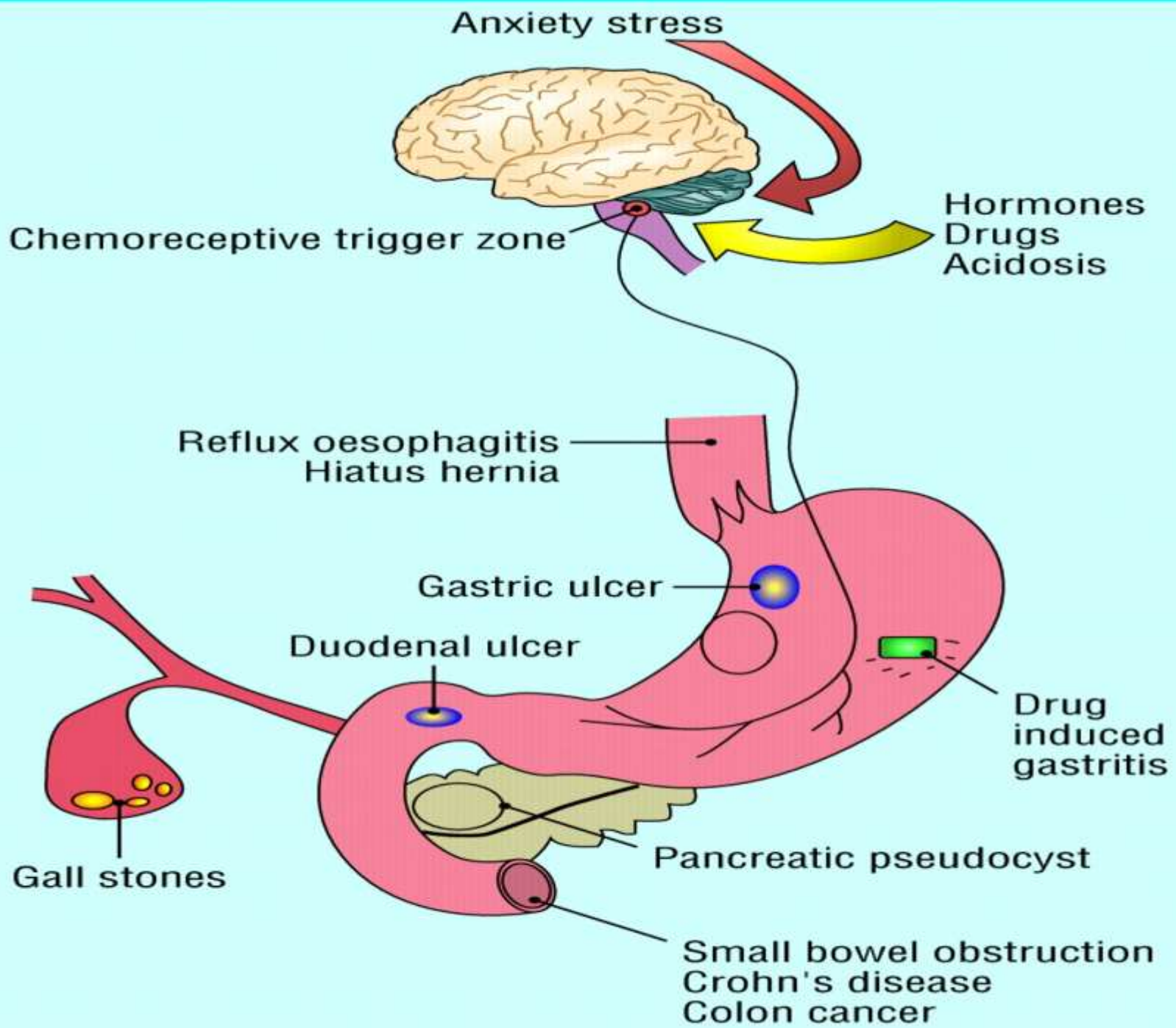
- ✓ κρυπτοσποριδίωση
- ✓ μετακτινική εντερίτις

✓ Αύξηση ενδοκράνιας πίεσης/μηνιγγίτις:

- ✓ εγκεφαλικό οίδημα
- ✓ ενδοκρανιακός όγκος
- ✓ ενδοκράνια αιμορραγία
- ✓ μηνιγγιτιδική διήθηση νεοπλάσματος
- ✓ μετάσταση
- ✓ μικροβιακή μόλυνση Κ.Ν.Σ.

✓ Άγχος:

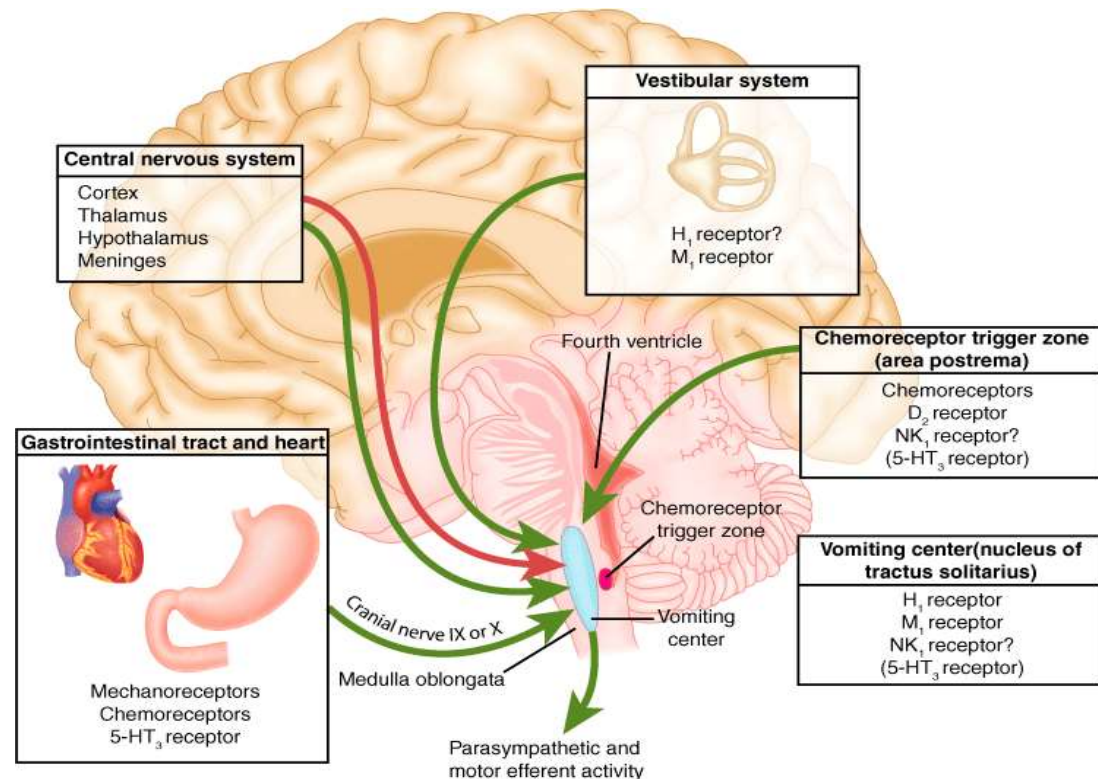
- ✓ ιδιοπαθές
- ✓ προκλητό από άλλα άτομα
- ✓ προκλητό από τη νόσο
- ✓ προκλητό από τα συμπτώματα.



- ✓ Η ναυτία και ο έμετος μπορεί να σχετίζονται με τη νόσο ή τη θεραπεία και απαιτούν ολιστική προσέγγιση στη διαχείρισή τους. Αν και πολλά φάρμακα είναι διαθέσιμα, νεότεροι παράγοντες έχουν βελτιώσει τη διαχείριση διαφόρων τύπων ναυτίας και εμέτου (ειδικά εμέτου που σχετίζεται με χειρουργική επέμβαση, χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία). Μη φαρμακολογικά μέτρα, συμπεριλαμβανομένου της τοποθέτησης stent, θεραπείας με λέιζερ μπορεί να εφαρμοστούν σε επιλεγμένους ασθενείς.

Αντιμετώπιση ναυτίας και έμετου

- ✓ Μη φαρμακευτικά μέτρα: διατροφή, ισοζύγιο υγρών, θέση ασθενούς, στοματική υγιεινή.
- ✓ Διόρθωση της υποκείμενης αιτίας
- ✓ Συνήθης αντιεμετική αγωγή
- ✓ Σετρόνες
- ✓ Κορτικοστεροειδή
- ✓ Μεγιστρόλη



- ✓ Βασικό χαρακτηριστικό της διαχείρισης είναι η αναγνώριση της αιτίας και αν αυτή είναι αναστρέψιμη ή όχι. Η αξιολόγηση των ασθενών περιλαμβάνει προσεκτικό ιστορικό με ιδιαίτερη έμφαση στα φάρμακα (ειδικά πρόσφατης έναρξης φάρμακα, συμπεριλαμβανομένης της πρόσφατης χημειοθεραπείας), ο χρόνος έναρξης του εμέτου, η παρουσία γαστρικής δυσφορίας και δυσπεψίας, η δυσκοιλιότητα ή η πιθανή απόφραξη εντέρου, και νευρολογικά συμπτώματα, ιδιαίτερα κεφαλαλγία και σύγχυση.

Δυσφαγία

- ✓ Η δυσφαγία ορίζεται ως η δυσκολία μετάβασης υγρών ή στερεών τροφών από το στόμα στο στομάχι.
- ✓ Η επίπτωση του συμπτώματος σε καρκινοπαθείς ασθενείς κυμαίνεται από 12 - 23%.
- ✓ Η συχνότητα εμφάνισης της δυσφαγίας σε ασθενείς που νοσούν από καρκίνο κεφαλής και τραχήλου είναι $\approx 40\%$ και φθάνει έως και 80% με την πρόοδο της νόσου.
- ✓ Στη νόσο κινητικού νευρώνα η επίπτωση είναι 60%.

Αίτια δυσφαγίας που συνδέονται με χρόνια νοσήματα

- ✓ Απόφραξη από κακοήθεια στη στοματική κοιλότητα, στον φάρυγγα, στον οισοφάγο.
- ✓ Διήθηση ινώδους ιστού στα τοιχώματα του στόματος, φάρυγγα ή οισοφάγου που προκαλούν μειωμένη κινητικότητα και/ή βλάβη στο νευρικό πλέγμα.
- ✓ Εξωγενής απόφραξη (π.χ. όγκος μεσοθωρακίου).
- ✓ Βλάβες ανώτερου κινητικού νευρώνα
- ✓ Βλάβες κατώτερου κινητικού νευρώνα

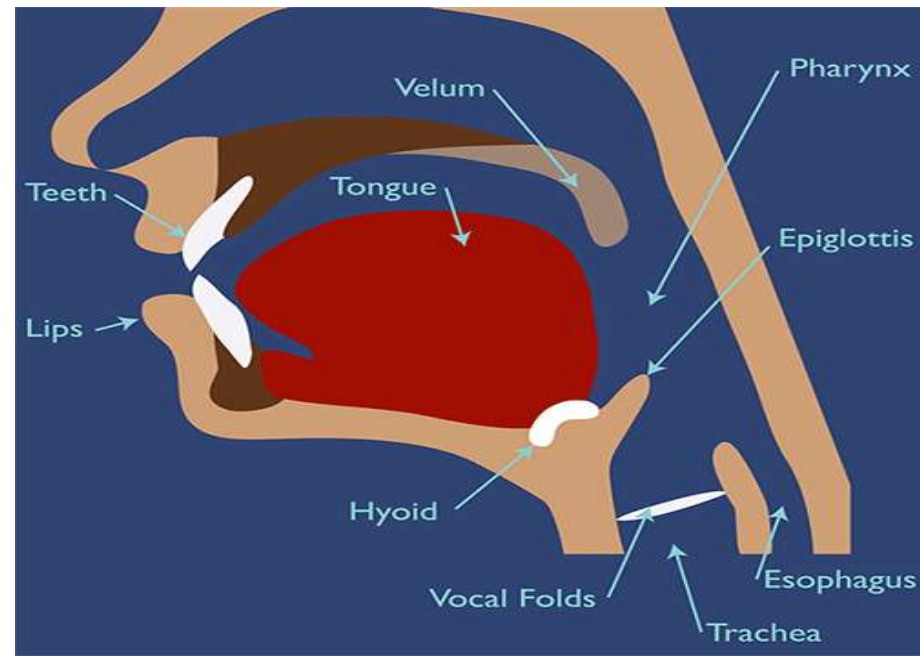
Αίτια δυσφαγίας που συνδέονται με χρόνια νοσήματα

- ✓ Βλάβη της κινητικής ή αισθητικής μοίρας των κρανιακών νεύρων (όγκος στη βάση του κρανίου, λεπτομηνιγγική διήθηση, εγκεφαλική μετάσταση)
- ✓ Εγκεφαλική βλάβη: (από έμφρακτο, χειρουργική επέμβαση, όγκο).
- ✓ Παρανεοπλασματική νευροπάθεια.
- ✓ Νευρομυϊκή δυσλειτουργία (μυασθένεια, μυοπάθεια, πολυμυοσίτιδα, νόσος Πάρκινσον)

Θεραπευτικά αίτια

- ✓ χειρουργική επέμβαση: μπορεί να αλλοιώσει τη δομή του οισοφάγου ή να βλάψει τη νεύρωσή του ή να δημιουργηθεί μετεγχειρητικά ίνωση.
- ✓ ακτινοθεραπεία: ίνωση, μείωση έκκρισης της σιέλου, βλεννογονίτις.
- ✓ χημειοθεραπεία : βλεννογονίτις
- ✓ φάρμακα: νευροληπτικά, μετοκλοπραμίδη, αντιχολινεργικά.

- ✓ Αρχικά γίνεται εξατομικευμένη εκτίμηση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων, ιατρική παρέμβαση όπου απαιτείται, και σε κάποιες περιπτώσεις σε αρχικά στάδια μπορεί να γίνει παραπομπή σε λογοθεραπευτή. Ορισμένες κατηγορίες φαρμάκων, συμπεριλαμβανομένων των μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών, αντικαταθλιπτικά, αντιϊσταμινικά, οπιοειδή και νευροληπτικά μπορεί να προκαλέσουν ξηροστομία, καθιστώντας δύσκολη τη μάσηση και την κατάποση.



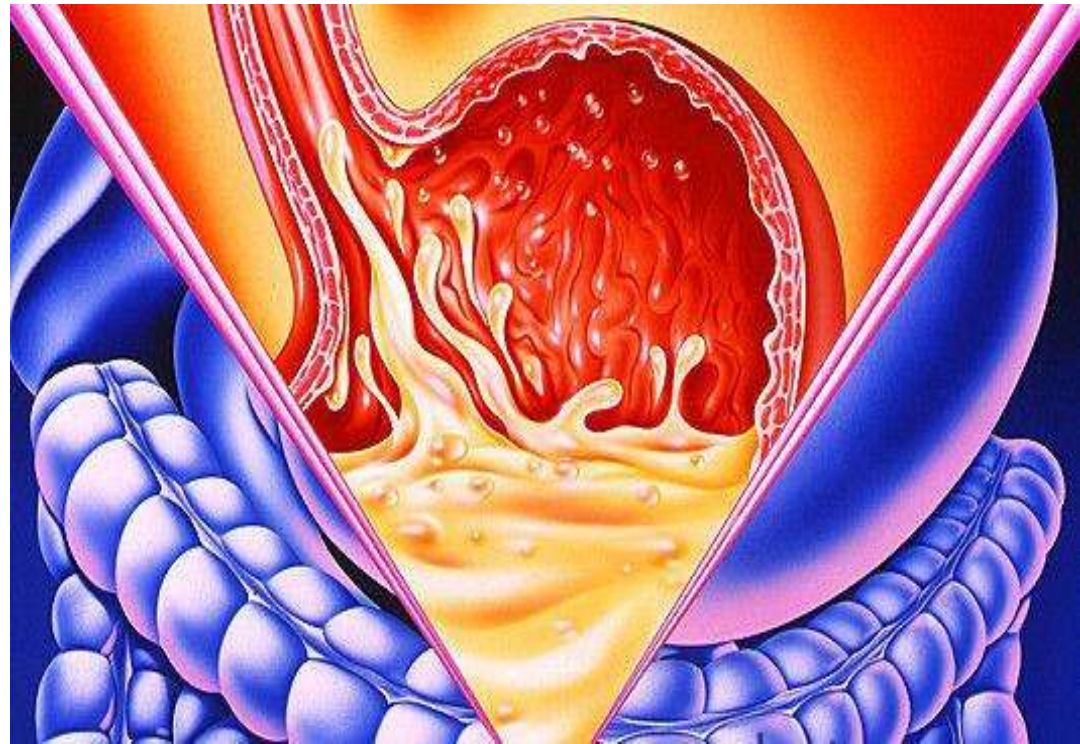
- ✓ Η δυσφαγία αυξάνει τον κίνδυνο πνιγμού, και πνευμονίας απο εισρόφηση. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται έτσι ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος εισρόφησης η οποία είναι πιθανό να οδηγήσει σε σοβαρά αναπνευστικά προβλήματα

Αντιμετώπιση

- ✓ Η αντιμετώπιση είναι κυρίως συμπτωματική.
- ✓ Ιδίως όταν υπάρχει χαμηλό προσδόκιμο επιβίωσης, τότε υποδεικνύουμε στον ασθενή και στο οικείο περιβάλλον του, εναλλακτικούς τρόπους τροφής (πολτοποιημένες τροφές, συμπληρώματα διατροφής σε υγρή μορφή και καλή αναλγησία)
- ✓ Σε αντίθεση, όταν το προσδόκιμο επιβίωσης είναι μεγάλο και η γενική κατάσταση του ασθενούς καλή, τότε μπορούν να γίνουν παρηγορητικές επεμβάσεις όπως γαστροστομία ή νηστιδοστομία.

Δυσπεψία

✓ Δυσπεψία είναι η δυσφορία και η δυσκολία στην πέψη που αναφέρει ο ασθενής μετά τη λήψη τροφής. Η δυσπεψία περιλαμβάνει ένα φάσμα συμπτωμάτων.



Συμπτώματα που συνοδεύουν τη δυσπεψία

- ✓ Επιγαστρικός πόνος: συνήθως εμφανίζεται αμέσως μετά το γεύμα
- ✓ Επιγαστρική δυσφορία: εκφράζεται σαν αρνητικό συναίσθημα χωρίς να συνοδεύεται από πόνο.
- ✓ Πρόωρο αίσθημα κορεσμού κατά τη διάρκεια λήψης τροφής: αναγκάζει τον ασθενή να διακόψει το γεύμα του.
- ✓ Παρατεταμένο αίσθημα κορεσμού μετά τη λήψη τροφής
- ✓ Ερυγές
- ✓ Οπισθοστερνικό καύσος
- ✓ Λόξυγγας
- ✓ Ναυτία
- ✓ Έμετος

Αίτια δυσπεψίας

✓ Κακοήθεια:

- ✓ ανεγχείρητος καρκίνος στομάχου
- ✓ μεγάλη ασκτική συλλογή
- ✓ γαστροπάρεση

✓ Θεραπευτικά:

- ✓ Μετεγχειρητικά: (γαστρεκτομή, γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση)
- ✓ ακτινοθεραπεία: στην οσφυϊκή μοίρα Σ.Σ., στην κατώτερη θωρακική μοίρα Σ.Σ., στο επιγάστριο.
- ✓ Φάρμακα : σίδηρος, μετρονιδαζόλη, τρανεξαμικό οξύ,μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, κορτικοστεροειδή, αντιχολινεργικά, οπιοειδή, Cis-platin.

Αντιμετώπιση

- ✓ Η αντιμετώπιση της δυσφαγίας αρχίζει πρώτα με τη συζήτηση και την επεξήγηση των συμπτωμάτων στον ασθενή. Στη συνέχεια ανάλογα με το αίτιο προτείνεται αγωγή.
- ✓ π.χ. για ασθενείς με όξινες ερυγές, αντικαθιστούμε το φάρμακο, εάν υπάρχει η δυνατότητα, με άλλο ασθενέστερης αντιχολινεργικής δράσης (αμιτριπτυλίνη → ντεξιπραμίνη ή χλωροπρομαζίνη → αλοπεριδίνη)
- ✓ Για ασθενείς που λαμβάνουν μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (NSAID) τα οποία μπορούν να προκαλέσουν δυσπεψία, η θεραπεία εκλογής είναι η *μισοπροστόλη* ανάλογο της προσταγλανδίνης.
- ✓ Οι ανταγωνιστές H₂ – υποδοχέων εμποδίζουν την ανάπτυξη δωδεκαδακτυλικού έλκους από χορήγηση NSAID γι' αυτό καλό είναι να συγχρηγοούνται.

Λόξυγγας

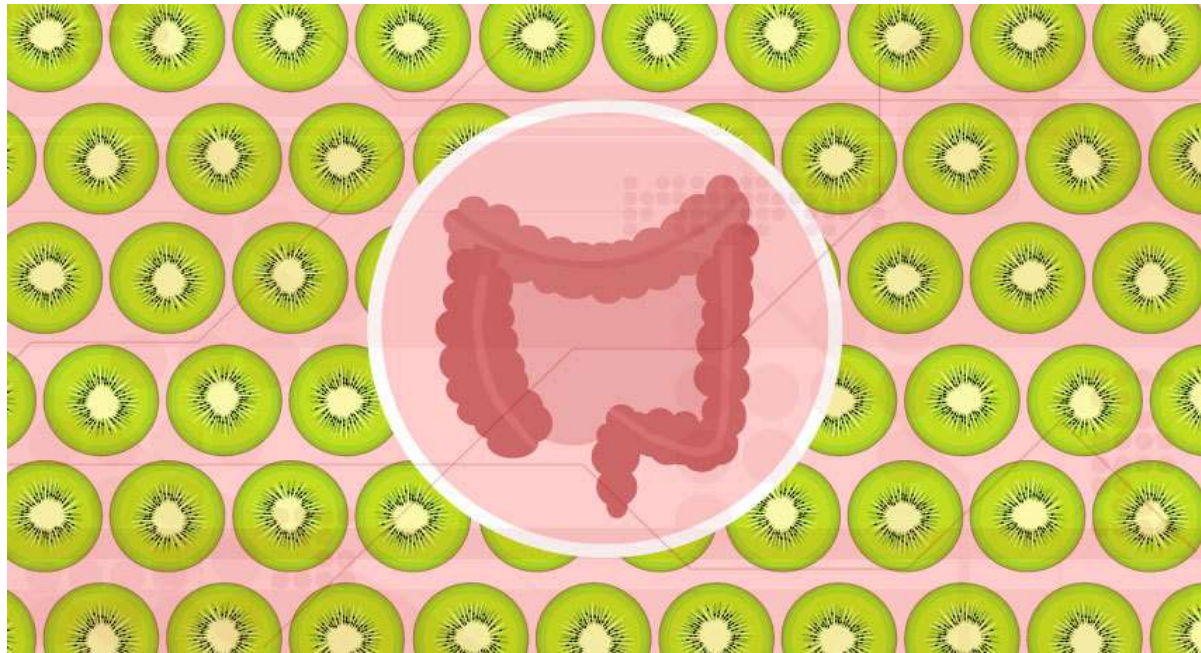
- ✓ Ο λόξυγγας όπως και ο βήχας είναι φυσιολογικό αντανακλαστικό το οποίο όταν επιμένει γίνεται ιδιαίτερα ενοχλητικό για τον ασθενή.
- ✓ Είναι αποτέλεσμα της σύσπασης του διαφράγματος και των μεσοπλεύριων μυών ακολουθούμενη από αιφνίδια εισπνοή με κλειστή γλωττίδα.
- ✓ Τα συνήθη αίτια του λόξυγγα είναι:
 - α) γαστρική διάταση
 - β) ερεθισμός πνευμονογαστρικού νεύρου (από όγκο, απο ΑΚΘ στο μεσοθωράκιο κ.α.)
- ✓ Η αντιμετώπισή του εξαρτάται από το αίτιο που τον προκαλεί. Στην περίπτωση που δεν αίρεται το αίτιο τότε είναι φαρμακευτική.

- ✓ Ο λόξυγγας αν είναι ανθεκτικός, μπορεί να επηρεάσει τη συνομιλία, τη συγκέντρωση, τη λήψη τροφής από το στόμα και οι ασθενείς μπορεί να οδηγηθούν σε αίσθημα απογοήτευσης, κόπωση και αϋπνία. Μπορεί επίσης να συμβάλει στην αύξηση του πόνου.

- ✓ Είναι ενδιαφέρον να επισημάνουμε ότι μερικά από τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία του λόξυγγα εμπλέκονται πολλές φορές στην αιτία του (π.χ. στεροειδή, βενζοδιαζεπίνες, οπιοειδή και αντιντοπαμινεργικά). Αυτό οφείλεται στην πολυπλοκότητα της προέλευσης του λόξυγγα, η οποία πιθανόν να περιλαμβάνει οδούς ντοπαμίνης, σεροτονίνης, οπιοειδών, διαύλων ασβεστίου και γ-αμινοβουτυρικού οξέος (GABA) στο εγκεφαλικό στέλεχος και το μυελό.

Δυσκοιλιότητα

- ✓ Η Δυσκοιλιότητα είναι ένα σύμπτωμα εμφανιζόμενο αρκετά συχνά σε ηλικιωμένους που ζουν στο σπίτι (~22%). Το ποσοστό αυξάνεται στο ~63% όταν νοσηλεύονται.
- ✓ Στην Ανακουφιστική Αγωγή το ποσοστό εμφάνισης στα άτομα που παραπέμπονται στο νοσοκομείο είναι περίπου 50% και αυξάνεται στα τελικά στάδια της νόσου.



Αίτια δυσκοιλιότητας

- ✓ Κακοήθεια
 - ✓ Απευθείας λόγω ανάπτυξης του όγκου
 - ✓ εντερική απόφραξη λόγω όγκου στο εντερικό τοίχωμα ή εξωτερικής πίεσης από όγκο της κοιλίας ή της πυέλου
- ✓ Συνοδά συμπτώματα κακοήθειας
 - ✓ βλάβη στην ιεροκοκκυγική χώρα, ιππουρίδα ή στο πυελικό πλέγμα
 - ✓ υπερασβεστιαμία
 - ✓ ανεπαρκής πρόσληψη τροφής
 - ✓ μείωση κινητικότητας
 - ✓ αφυδάτωση
 - ✓ σύγχυση
 - ✓ αδυναμία
 - ✓ κατάθλιψη

Αίτια δυσκοιλιότητας

- ✓ Φάρμακα
 - ✓ οπιοειδή
 - ✓ αντιχολινεργικά (υοσκίνη, φαινοδειαζίνες, τρικυκλικά, αντιπαρκινσονικά)
 - ✓ διουρητικά
 - ✓ σίδηρος
 - ✓ αντιυπερτασικά
 - ✓ ορισμένα κυτταροστατικά
- ✓ Συνυπάρχουσες ασθένειες
 - ✓ διαβήτης
 - ✓ υποκαλιαιμία
 - ✓ υποθυρεοειδισμός
 - ✓ αιμορροΐδες

Αντιμετώπιση

Η καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση είναι η προφύλαξη που επιτυγχάνεται με:

- ✓ Τον γενικότερο έλεγχο των συμπτωμάτων.
- ✓ Την ενθάρρυνση της δραστηριότητας.
- ✓ Την καλή ενυδάτωση σε συνδυασμό με τη διατροφή.
- ✓ Την προφυλακτική χορήγηση υπακτικών όταν χορηγούνται φάρμακα τα οποία προκαλούν δυσκοιλιότητα.

Η χορήγηση υπακτικών από το στόμα.

- ✓ *Αυτά που δρουν αυξάνοντας τον όγκο των κοπράνων (φυτικές ίνες). Χρησιμοποιούνται σε απλή και ήπια δυσκοιλιότητα.*
- ✓ *Μαλακτικά των κοπράνων (παραφίνη - Nujol). Προσεκτική χρήση σε επώδυνες καταστάσεις του δακτυλίου, λόγω του κινδύνου πνευμονίας από εισπνοή παραφίνης.*
- ✓ *Διεγείροντα την εντερική κινητικότητα (δισακοδύλη, πικοθειικό νάτριο, σισαπρίδη). Η χορήγησή τους καλό είναι να μην γίνεται για μεγάλο χρονικό διάστημα και όταν υπάρχει υπόνοια εντερικής απόφραξης.*
- ✓ *Αλατούχα καθαρικά (milk of magnesia).*
- ✓ *Ωσμωτικώς δρώντα καθαρικά (λακτουλόζη).*

Γενική προσέγγιση

- ✓ Αποκλείουμε την εντερική απόφραξη
- ✓ Αν ο ασθενής έχει πολλές μέρες να ενεργηθεί, είναι καλύτερα να εφαρμόζεται χαμηλός ή υψηλός υποκλυσμός και στη συνέχεια να ακολουθεί η χορήγηση κάποιου υπακτικού.
- ✓ Αν υπάρχει εντερικό περιεχόμενο με μειωμένο περισταλτισμό, ενδείκνυνται τα καθαρτικά που διεγείρουν την εντερική κινητικότητα.
- ✓ Αν το περιεχόμενο είναι μικρό, τότε τα παραπάνω φάρμακα θα πρέπει να συνδυάζονται με κάποιο μαλακτικό των κοπράνων

Διάρροια

- ✓ Ως διάρροια ορίζουμε τον αυξημένο αριθμό των κενώσεων ημερησίως (>3), συνοδευόμενες συχνά από κολικοειδή άλγη. Η κατάσταση αυτή προκαλεί άλγος και ερεθισμό του πρωκτού καθώς επίσης εξάντληση και αδυναμία.
- ✓ Η διάρροια ορίζεται ως χρόνια όταν διαρκεί περισσότερο από τρεις εβδομάδες και συχνά συνδέεται με σοβαρή οργανική νόσο. Συνήθως όμως είναι οξεία, διαρκεί μόνο λίγες ημέρες και γενικώς είναι το αποτέλεσμα φλεγμονώδους νόσου του εντέρου.



Αίτια διάρροιας στην Ανακουφιστική Φροντίδα

- ✓ Κακή χρήση καθαρτικών σκευασμάτων: Αποτελεί τη συχνότερη αιτία διάρροιας στην Ανακουφιστική Αγωγή. Στη περίπτωση αυτή η διάρροια υποχωρεί μέσα σε 24 – 48 ώρες από τη διακοπή του καθαρτικού.
- ✓ Άλλα αίτια:
 - ✓ φάρμακα: αντιόξινα, αντιβιοτικά, κυτταροστατικά, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, σίδηρος.
 - ✓ ακτινοθεραπεία
 - ✓ απόφραξη (ψευδοδιάρροιες από απόφραξη)
 - ✓ δυσαπορρόφηση: καρκίνος παγκρέατος, γαστρεκτομή, εκτομή ειλεού, εκτομή παχέως εντέρου

Αίτια διάρροιας στην Ανακουφιστική Φροντίδα

- ✓ Άλλα αίτια:
 - ✓ κακοήθεια: καρκίνος παχέως εντέρου, καρκίνος ορθού, καρκίνος νησιδίων παγκρέατος, καρκινοειδές.
 - ✓ συνοδά νοσήματα: σακχαρώδης διαβήτης, υπερθυρεοειδισμός, φλεγμονώδης νόσος του εντέρου, ευερέθιστο έντερο, γαστρεντερική λοίμωξη.
 - ✓ διατροφικά αίτια: φυτικές ίνες, φρούτα, αλκοόλ.

Αντιμετώπιση διάρροιας

- ✓ Συμπτωματική αγωγή χορηγώντας υγρά, ηλεκτρολύτες και θερμιδική υποστήριξη εάν κρίνεται απαραίτητο.

Ειδική θεραπεία ανάλογα με την αιτία

- ✓ Δυσασπορρόφηση λιπών: χορήγηση παγκρεατίνης της οποίας η δράση ενισχύεται όταν συγχορηγείται πριν τα γεύματα ανταγωνιστής H₂.
- ✓ Ακτινοθεραπεία: χορήγηση χολεστηραμίνης 4 - 12 gr τρεις φορές ημερησίως ή ασπιρίνης.
- ✓ Σύνδρομο Zollinger – Ellison: χορήγηση ανταγωνιστών H₂ (π.χ. ρανιτιδίνη) αρχικά 150 mg τρεις φορές την ημέρα.
- ✓ Ψευδομεμβρανώδης κολίτις: βανκομυκίνη 125mg τέσσερις φορές ημερησίως ή μετρονιδαζόλη 400mg τρεις φορές ημερησίως.
- ✓ Ελκώδης κολίτις: στεροειδή, αμινοσαλικυλικά (μεσαλαζίνη) 1.2 – 2.4gr ημερησίως.

Παραλήρημα

- ✓ Το παραλήρημα είναι μια κοινή νευροψυχιατρική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από οξεία έναρξη αλλαγής της προσοχής ή της αντίληψης, που συνοδεύεται από αλλαγή στο γνωσιακό επίπεδο. Ο επιπολασμός του παραληρήματος ασθενών που λαμβάνουν ανακουφιστική φροντίδα είναι υψηλό. Παραλήρημα παρατηρήθηκε σε 42 και 88% των ασθενών κατά τη στιγμή της εισαγωγής σε μονάδα ανακουφιστικής φροντίδας και πριν το θάνατο, αντίστοιχα

- ✓ Το παραλήρημα μπορεί να προκληθεί από πολλούς παράγοντες, όπως λοίμωξη, φλεγμονή, τοξικότητα στα φάρμακα ,εγκεφαλικές μεταστάσεις, μεταβολικές διαταραχές κτλ. οι οποίοι οδηγούν σε μια οξεία εγκεφαλική απόκριση. Ο χρόνιος πόνος οδηγεί σε δυσλειτουργία του συστήματος κορτιζόλης και παρατεταμένη υπερδραστηριότητα κυτοκινών. Ως εκ τούτου σε συνδιασμό με τα αίτια που το προκαλούν ο οξύς ή χρόνιος πόνος μπορεί να μειώσει το κατώφλι για την ανάπτυξη παραληρήματος. Υπάρχουν τρεις τύποι παραληρήματος: Υπερενεργητικός, Υποενεργητικός, μικτός.

- ✓ Το παραλήρημα είναι ένα δυσάρεστο σύμπτωμα για τους ασθενείς αλλά και για τους φροντιστές και το ιατρικό προσωπικό. Ως εκ τούτου, η σωστή αξιολόγηση και διαχείριση του παραληρήματος είναι σημαντική για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών αλλά και των φροντιστών τους.
- ✓ Το παραλήρημα σε ασθενείς με καρκίνο σχετίζεται με τη νόσο και την πορεία της και συχνά προκαλείται από φάρμακα (π.χ. οπιοειδή και κορτικοστεροειδή) που χορηγούνται συχνά σε αυτούς τους ασθενείς . Διάφορες παθοφυσιολογικές καταστάσεις που σχετίζονται με τον καρκίνο, όπως η υπερασβεστιαμία και οι εγκεφαλικές μεταστάσεις, είναι επίσης πιθανό να προκαλέσουν παραλήρημα

- ✓ Το παραλήρημα στο τέλος της ζωής είναι συχνά ανθεκτικό στη θεραπεία και απαιτείται καθορισμός στόχων και εξατομικευμένη διαχείριση. Για τη φαρμακευτική αντιμετώπιση του παραληρήματος προτείνονται για το υπερενεργητικό και μικό τα αντιψυχωσικά όπως η ρισπεριδόνη και η αλοπεριδόλη τα οποία όμως θα πρέπει να χρησιμοποιούνται με ιδιαίτερη προσοχή σε ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο και για το υποενεργητικό η υδροχλωρική μεθυλφαινυδάτη. Σε ασθενείς που έχει επιβεβαιωθεί πρόκληση παραληρήματος απο χορήγηση οπιοειδών προτείνεται αλλαγή

- ✓ Λίγες μελέτες έχουν διερευνήσει την αποτελεσματικότητα των μη φαρμακολογικών παρεμβάσεων στην επίπτωση ή τη σοβαρότητα του παραληρήματος. Η αποτελεσματικότητα των μηφαρμακευτικών μεθόδων όπως η θεραπεία μέσω άσκησης φαίνεται να έχει κάποια επίδραση στην επίπτωση αλλά όχι στη σοβαρότητα, του παραληρήματος.

Δύσπνοια

- ✓ Η δύσπνοια όπως και ο πόνος είναι αίσθημα υποκειμενικό. Όπως λέει ο όρος, η δύσπνοια είναι η δυσκολία στην αναπνοή, η οποία οδηγεί το άτομο στην *αύξηση του αερισμού ή στην μείωση της δραστηριότητας* και δεν σημαίνει απαραίτητα υποξαιμία.
- ✓ Δεν θα πρέπει να συγχέεται η δύσπνοια με την ταχύπνοια (αύξηση της συχνότητας), την υπέρπνοια (αύξηση του αερισμού λόγω π.χ. μεταβολικής οξέωσης) και τον υπεραερισμό (αύξηση της αναπνοής λόγω ψυχολογικών παραγόντων).

Η συχνότητα εμφάνισης δύσπνοιας σε ασθενείς τελικού σταδίου.

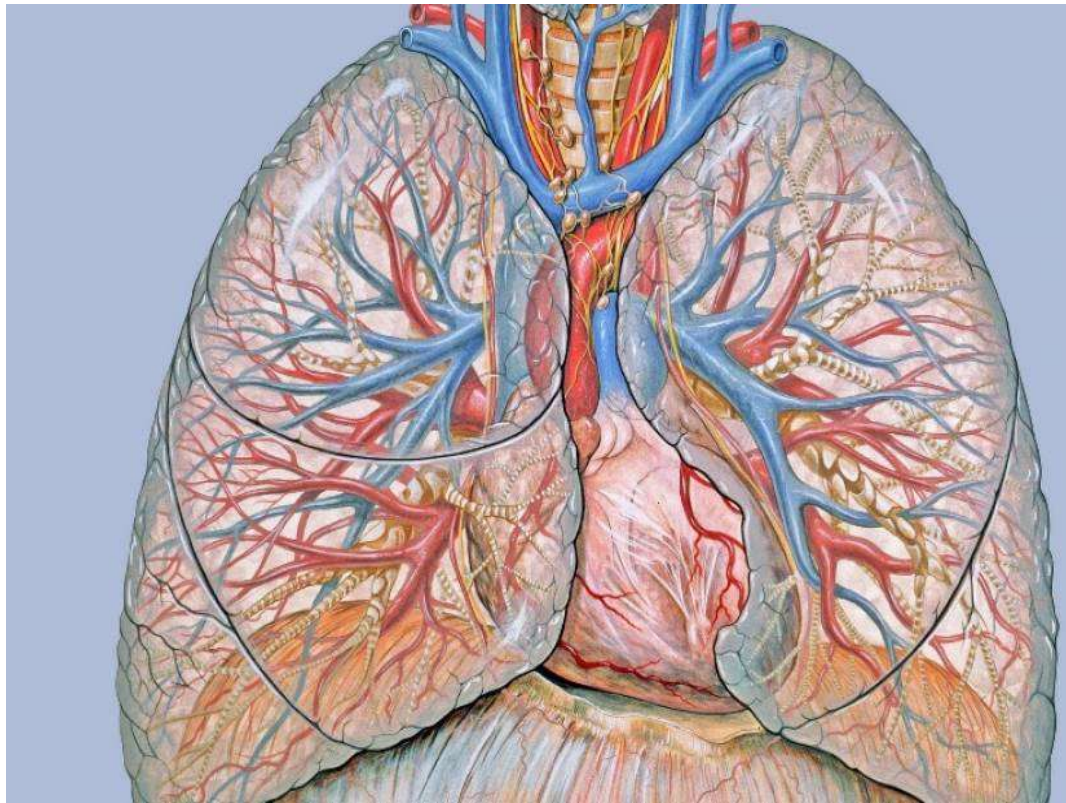
- ✓ Η συχνότητα εμφάνισης της δύσπνοιας στις καταληκτικές νόσους ποικίλει στις διάφορες μελέτες από 29 - 74%. Σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονος το ποσοστό είναι ακόμη μεγαλύτερο, ενώ προϋπάρχουσες ασθένειες του αναπνευστικού όπως οι Χρόνιες Πνευμονοπάθειες έρχονται να επιδεινώσουν την κλινική εικόνα.

Αίτια της δύσπνοιας

- ✓ Πνευμονικά: άσθμα, ΧΑΠ, πνευμοθώρακας, βρογχική απόφραξη, πνευμονική εμβολή, πλευριτική συλλογή, τραχειακή απόφραξη, συμπίεση αεραγωγού, τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο, εισρόφηση, πνευμονική πύκνωση, πνευμονική ίνωση, καρκινωματώδης λεμφαγγειίτιδα, μετακτινική βλάβη.
- ✓ Υπεζωκότας: πλευριτική συλλογή, νεόπλασματική νόσος, επαγγελματική νόσος.
- ✓ Θωρακικός κλωβός: νεοπλασία θωρακικού τοιχώματος, παραμόρφωση σκελετού λόγω ρευματικών νοσημάτων, κάκωση θωρακικού κλωβού, μυασθένεια.
- ✓ Καρδιακά: καρδιακή ανεπάρκεια, περικαρδίτις, στεφανιαία νόσος.
- ✓ Νευρομυϊκά: κινητικές νευρομυϊκές παθήσεις
- ✓ Ψυχολογικά: υπεραερισμός.

Ψυχολογικοί παράγοντες

- ✓ Δεν υπάρχουν εργασίες που να αναφέρονται στην συμπεριφορά της δύσπνοιας σαν αντίστοιχο της συμπεριφοράς του πόνου. Παρ'όλα αυτά φαίνεται πως η «παρατεταμένη» δύσπνοια είναι μη λειτουργικής αιτιολογίας.



Ηλικία

- ✓ Η παράμετρος της ηλικίας φαίνεται πως επηρεάζει μέσω του γενικότερα αυξημένου αερισμού λόγω διαταραχών διάχυσης και ανταλλαγής αερίων.

Κόπωση των αναπνευστικών μυών

- ✓ Η κόπωση των αναπνευστικών μυών είναι ένας σημαντικός παράγοντας που μπορεί να οφείλεται είτε σε μείωση της δύναμης των αναπνευστικών μυών, είτε σε μειωμένη ενδοτικότητα των πνευμόνων, είτε σε συνδυασμό και των δύο.

Μέτρηση της Δύσπνοιας

- ✓ Καθώς η δύσπνοια είναι αίσθημα υποκειμενικό, χρειαζόμαστε κάποια σημεία αναφοράς για να μπορέσουμε να την εκτιμήσουμε και να έχουμε την δυνατότητα σύγκρισης και μελέτης.
- ✓ Χρησιμοποιούμε έτσι την βαθμολόγηση.
 - λεκτικές κλίμακες (καθόλου, ήπια, μέτρια, σοβαρή)
 - αριθμητικές (0-10 ή 0-100).
- ✓ Παράλληλα μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε κάποιες διαγνωστικές εξετάσεις (ακτινογραφία θώρακος, αέρια αίματος, παλμική οξυμετρία, πνευμονικές λειτουργικές δοκιμασίες, σπινθηρογράφημα αερισμού- αιματώσεως).

Επιλογή θεραπευτικής προσέγγισης

✓ Ογκολογική:

- ακτινοθεραπεία (ΑΚΘ)
- χημειοθεραπεία (ΧΜΘ)
- ενδοβρογχική θεραπεία (θεραπεία με laser, κρυοθεραπεία, τοποθέτηση ενδοβρογχικού stent).

✓ Φαρμακευτική: (ανάλογα με το αίτιο)

- Αναπνευστικό: (βρογχοδιασταλτικά, μεθυλξανθίνες, κορτικοστεροειδή, διεγερτικά του αναπνευστικού, κατασταλτικά του αναπνευστικού).
- Καρδιακή ανεπάρκεια: διουρητικά, αναστολείς ΜΕΑ, διγοξίνη
- Σύνδρομο Άνω Κοίλης Φλέβας: κορτικοστεροειδή, ΑΚΘ
- Καρκινωματώδης λεμφαγγειίτις: κορτικοστεροειδή, κατασταλτικά αναπνευστικού, οξυγονοθεραπεία, μη επεμβατικός μηχανικός αερισμός
- Πνευμονική εμβολή: αναλγητικά, οξυγονοθεραπεία, αντιπηκτικά

Επιλογή θεραπευτικής προσέγγισης

- ✓ **Φυσικοθεραπεία:**
 - όταν υπάρχει ένδειξη (αναπνευστική γυμναστική)
- ✓ **Οξυγονοθεραπεία:**
 - όταν συνυπάρχει υποξυγοναιμία χωρίς υπερκαπνία.
- ✓ **Μη επεμβατικός μηχανικός αερισμός:**
 - CPAP, Bi PAP
- ✓ **Επεμβατικός μηχανικός αερισμός:**
 - *ένα μεγάλο ηθικό δίλημμα για συγγενείς και ιατρούς*

Διαχείριση συμπτωμάτων στο τέλος της ζωής

- ✓ Η φροντίδα στο τέλος της ζωής ορίζεται ως η κατάσταση στην οποία παρέχεται φροντίδα σε έναν ασθενή που έχει σταματήσει την οποιαδήποτε θεραπεία/παρέμβαση με σκοπό την ίαση ή τον έλεγχο της ασθένειάς του. Η φροντίδα στο τέλος της ζωής περιλαμβάνει τη σωματική, ψυχολογική, κοινωνική και την πνευματική υποστήριξη για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Ο στόχος της φροντίδας στο τέλος της ζωής είναι ο έλεγχος του πόνου και των άλλων συμπτωμάτων, ώστε ο ασθενής να έχει ποιότητα ζωής στο τελικό στάδιο.

- ✓ Η φροντίδα στο τέλος της ζωής ουσιαστικά είναι μια μετατόπιση από τη θεραπευτική φροντίδα σε μια προσέγγιση με την ανακουφιστική φροντίδα που επιτρέπει στους ανθρώπους να πεθάνουν με αξιοπρέπεια, χωρίς πόνο ή ανησυχία, και στο περιβάλλον επιλογής τους.

Συμπέρασμα

- ✓ **Η επιτυχία της ολοκληρωμένης φροντίδας του ασθενούς βασίζεται:**
 - ✓ στην αναγνώριση της αιτίας των συμπτωμάτων και στην ανακούφισή τους
 - ✓ Στη συνεχή επικοινωνία και ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς και των οικείων του με την επιστημονική ομάδα της «Μονάδας Ανακουφιστικής Αγωγής»



Palliative
Care
Always