

# AZ AKUT FÁJDALMAK ÉS KEZELÉSI LEHETŐSÉGEIK AZ ONKOLÓGIÁBAN

**Tóth Judit dr.**

Debreceni Egyetem OEC,  
Onkológiai Tanszék,  
Debrecen



A cikk online változata  
megtalálható a  
[www.olo.hu](http://www.olo.hu) weboldalon.

A daganatos betegek fájdalomcsillapításában minden beteggel kapcsolatba kerülő orvosnak fel kell készülni akut epizódok ellátására is. A gyógyszeres terápia speciális megközelítést igényel, mivel a betegek egyik része már erős hatású kábító fájdalomcsillapítót szed az alapbetegség stádiuma miatt. Optimális, ha a hatékony, de biztonságos kezelésre az NCCN (National Comprehensive Cancer Network) ajánlása alapján kerül sor. A gyógyszeres terápia mellett szükség lehet invazív módszerekre is, amelynek feltétele a multidiszciplináris orvoscsoporthoz való együttműködése. A perkután vertebroplasztika, kifoplasztika új eljárásnak tekinthető, amely gyorsan mérsékli a beteg fájdalmait. A palliatív célú sugárkezelés szintén gyors és hatékony fájdalomcsillapítást eredményezhet, gyakran nem csak önállóan, hanem egyéb invazív eljárások kiegészítéseként. Az epidurális vagy intratekálisan adott morfin-szulfát és helyi érzéstelenítő gyors, reverzibilis megoldást jelenthet.

A daganatos fájdalomcsillapítása a kezelő, gondozó orvos/ok kötelessége, de az akutan kialakuló epizódok komoly feladatok elé állítanak minden orvost, akik a beteggel találkozhatnak. Mindennapi probléma lehet, és hasonló megközelítést igényel az is, ha tudjuk, hogy fájdalmas esemény várható, pl. csontátétes beteg szállítása, nyelőcsődaganat esetében sztent behelyezés vagy cseréje, stb. Bár sok hasonló módszert és eszközt használhatunk, amelyeket a nem daganathoz társuló fájdalmak esetében megtanultunk, viszont néhány speciális szempontot figyelembe kell vennünk a siker és a biztonságosság érdekében. A kezelés a gyógyszeres lehetőségeken kívül később tartalmazhat invazív anesztéziológiai, sebészeti, radioterápiás, esetleg izotópos kiegészítést is – a tartós eredmény érdekében.

Az akut epizóddal találkozó orvosnak gyors diagnózist kell felállítania arról, mi a fájdalom oka. Legfontosabb dolog tisztázni elsőként, hogy a fájdalom összefügg-e az alapbetegség progressziójával, vagy attól függetlenül, esetleg a kezelések mellékhatásaként jelentkezett. Az elsőre példa lehet a gerinc melletti

átétes nyirokcsomólánc által okozott nyomási tünetek rövid idő alatt történő erősödése, a hasnyálmirigy-daganat növekedése, a másodikkra pedig a végbéldaganat sugárkezelése mellett kialakuló enteritisz okozta hasi görcsöket lehetne említeni. Amennyiben az ok belátható időn belül megszüntethető, törekedjünk erre a rövidhatású intenzív fájdalomcsillapítás azonnali alkalmazása mellett.

A leggyakrabban előforduló okok között szerepel pl. a csontátétet követően kialakult patológias törés, akár a csöves csontokban, akár a csigolyákban az ún. kompressziós csigolyatörés. Gyakoriak lehetnek hasi görcsök a nyelőcső-, gyomor-, hasnyálmirigy-, vastagbél-, végbéldaganat környezeti infiltrációja, gyulladása, perforációja vagy elzáródása miatt. Amikor a daganat idegekkel jól ellátott területet, mint pl. a mellhártya, csonthártya ér el hirtelen neuropátiás fájdalom jelentkezhet. Komoly fájdalommal járhat a sugárkezelés mellékhatásaként kialakuló nyálkahártya-károsodás, a mukozitisz, akár a szájbán, a nyelőcsőben, végbélben vagy a húgyhólyagban fordul is elő. Daganatos betegeknél viszonylag gyakran alakul ki herpes zooster, ami a



klasszikus bőrtünetek megjelenéséig megtevesztő lehet. Agydaganatok progressziója mellett gyakran heves fejfájás jelentkezhet. Az erős fájdalom rövid időn belül történő csökkentése az októl függetlenül mindenképpen indokolt, amelyet leggyorsabban gyógyszeres úton érhetünk el. Legtöbbször a fájdalom olyan erős, hogy kábító fájdalomcsillapító adására kényszerülünk. Daganatos beteg esetében mindenképpen tisztázandó kérdés, kap-e tartósan fájdalomcsillapítókat a beteg: tudnunk kell, hogy ún. „ópiát-naív”, vagyis még előkezelésben nem részesült korábban, vagy már a „fájdalom-lépcső” szintjének megfelelően eljutott a magas dózisú kábító fájdalomcsillapító és kiegészítő szerek alkalmazásáig az alapteregség állapota miatt. Első esetben kisebb adagokkal, esetleg az adjuváns szerek hozzáadásával gyorsan eredményt érhetünk el, magasabb dózisú hosszú hatású ópiát mellett viszont az optimális dózis megtalálása időnként nehezebb, nagyobb adagok sem lesznek teljes mértékben elégségesek. Ehhez ad segítséget az NCCN (National Comprehensive Cancer Network) terápiás algoritmus. Az ajánlást az 1. ábrán olvashatjuk.

A fentanyl tartalmú gyógyszerek intranazális és szublingvális alkalmazása közel az intravénás adagolásnak felel meg, míg a morfin-szulfát szubkután alkalmazása valahol „félúton” található az orális és intravénás gyógyszerforma felszívódása között.

A gyógyszeres kezelés kiegészíthető a fájdalom típusa szerint NSAID vagy kortikoszteroid készítményekkel. Csonttáttét vagy idegi kompresszió esetén gyors hatás várható tőlük. Az agynyomás fokozódása esetén a kortikoszteroid néhány óra alatt jól mérsékli a tüneteket, míg a kábító fájdalomcsillapító szinte teljesen hatástalannak bizonyulhat.

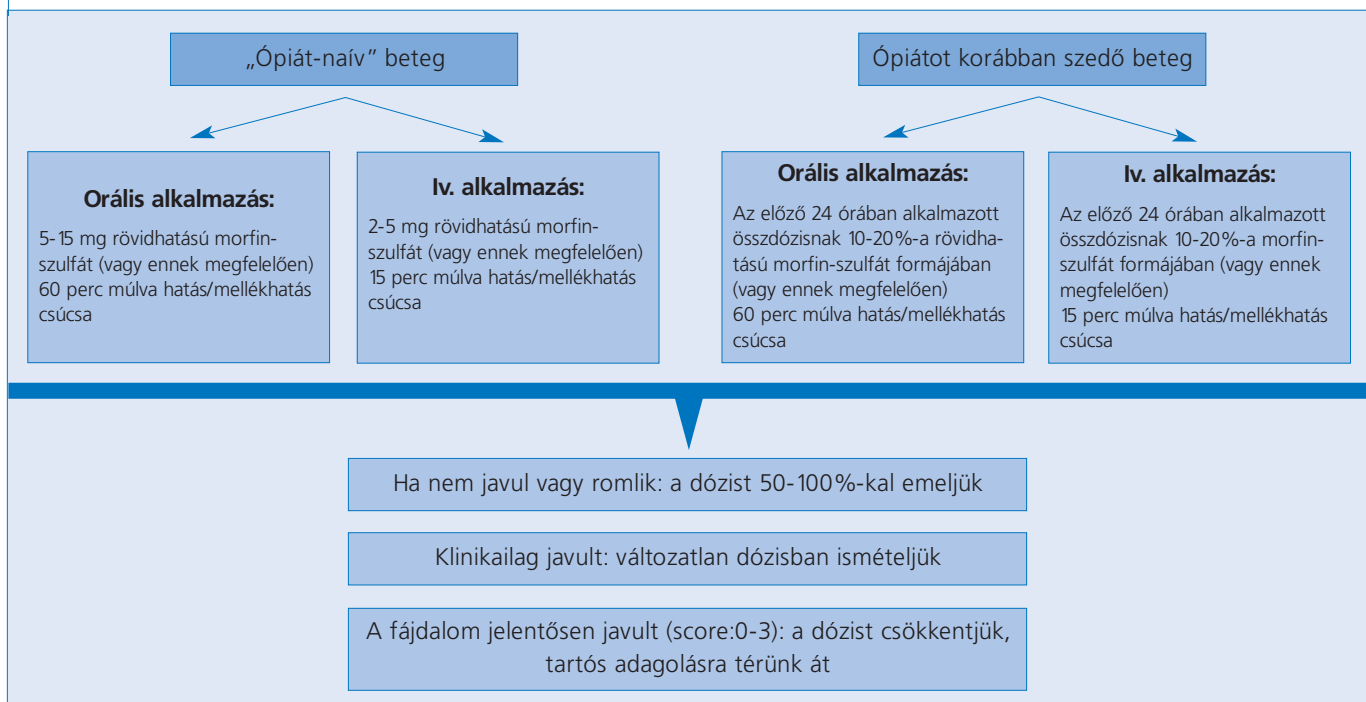
Amikor stabilizáltuk a beteg állapotát, vagyis elviselhető tartományba kerül a fájdalom (score 0-3), van időnk megtervezni a további terápiát. Fontos feltenni két kérdést:

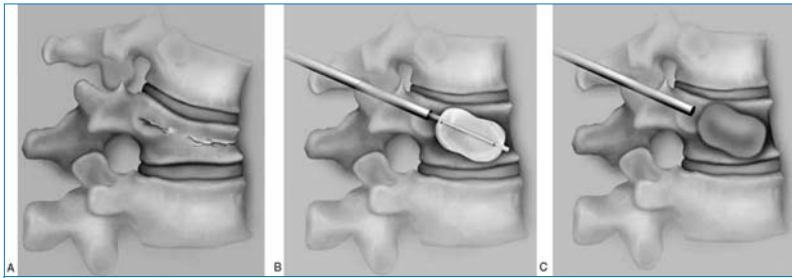
1. Megszüntethető e a fájdalmat kiváltó ok?
2. Mennyi az alapteregség által meghatározott, várható élettartam?

Egészen más megközelítést igényel pl. az emlő-, vagy prosztatadaganat csonttáttéte mellett kialakult kompressziós csigolyatörés, amellyel a beteg hosszú éveket élhet jó életminőségben, mint pl. a petefészek daganat előrehaladott stádiumában kialakult bélelzáródás okozta hasi görcsei. Alapvető elvnek tekinthetjük, hogy a fájdalomcsillapítási céllal végzett beavatkozás nem okozhat nagyobb megterhelést a beteg számára, mint a várható nyereség, vagyis nem ronthatja jelentősen a beteg életminőségét.

Teherviselő csontok patológiás törésekor gyakran nem kerülhető el a műtét, amikor a törtségeket rögzítik, ezzel mentesítve a beteget a mozgás provokálta fájdalomtól. Csigolyát érintő akut epizódok ellátása több tényezőtől függ. Amennyiben gyorsan progrediáló

1. ábra: NCCN (National Comprehensive Cancer Network) terápiás algoritmus. A fájdalom mértéke  $\geq 4$ , vagy a fájdalom nem kontrollálható, kifejezett (1)





2. ábra:  
Kifoplasztika  
perkután behatolásból.  
Az összeroppant csigolyatestet  
kitöltő cement megemeli a korábban beroppant lemezt, így a csigolya csaknem visszanyeri eredeti méretét.  
A beavatkozást követően a fájdalom rövid idő alatt megszűnik.

neurológiai tünetek jelentkeznek, idegsebészeti – ún. dekompresziós – műtét szöbe jöhet, amit az alapbetegség kiterjedése, a beteg általános állapota befolyásolhat. Újabb technika a vertebroplasztika, kifoplasztika, amikor az összeroppant csigolyatestet egy polimetil-metakrilát tartalmú cementtel perkután behatolásból, helyi érzéstelenítésben feltöltik, az visszanyerheti eredeti magasságát, így a fájdalom rövid idő alatt mérséklődik vagy esetleg meg is szűnhet. Vertebroplasztika során a beavatkozás után megszilárduló anyagot képerősítő ellenőrzése mellett direkt módon fecskendezik a kóros csigolya állományába. Ennek finomított technikája, amikor kifoplasztika során egy ballon védelmében kerül a cementanyag a csontba, így annak kiterjedése behatárolt, a környező szövetekbe nem juthat. Az utóbbi beavatkozást az 2. ábra mutatja.

A kifoplasztikával kezelt csigolyatest sugárkezelése a későbbiekben szöbe jön.

A fájdalomcsillapítás igen hatékony eszköze a palliatív célú sugárkezelés. Az akut esemény után rövid időn belül elkezdve megszünteti, de legalábbis jelentősen mérsékli a fájdalmat

és a mozgáskorlátozottságot, statisztikai adatok alapján a betegek legalább 70-90%-uknál. Jó prognózisú eseteknél, néhány vagy izolált áttétek területére rövid idő alatt 20-40 Gy dózis kerül leadásra. Nagyobb tumoros területek gyakran kifejezett nyomási tüneteket okoznak, amelyek lokális besugárzás után jelentősen megkisebbedhetnek, az általuk okozott fájdalom uralhatóvá válik. A tüneti terápiaként, fájdalomcsillapítási cézzattal adott sugárkezelés leggyakrabban mégis a csont- és nyirokcsomó áttétek területére történik.

Hasi fájdalmak esetén gyors és reverzibilis megoldás lehet az epidurális behelyezett kanülön keresztüli adott morfin szulfát helyi érzéstelenítővel, clonidinnel kiegészítve. A fenol idégblokádok sikeres fájdalomcsillapítást eredményezhetnek, de mivel irreverzibilis eljárásokról van szó az akut ellátásnak nem képezik részét. A perifériás idegek, plexusok, interkostális idegek, a különböző ganglionok blokádjá, az idegek stimulációja vagy a csontáttétek rádiófrekvenciás kezelése szintén hatékony lehet, de mivel invazív eljárásokról van szó előkészítést igényel, így elsősorban a krónikus ellátás részét képezik a gyakorlatban.

A daganatos betegek akut fájdalmának sikeres, tartós csillapítása komplex szemléletet igényel, jól együttműködő orvoscsoport közreműködését igényli, de az első ellátó orvos felelőssége óriási. A gyógyszeres terápia elengedhetetlen, ami a speciális szempontok figyelembevételével lehet csak hatásos és biztonságos.

## IRODALOM

1. NCCN (National Comprehensive Cancer Network) Adult Cancer Pain Version 1: 2012.
2. Kasper DM, et al. Kyphoplasty, *Semin Intervent Radiol*

2010; 27 (2): 172–184.

3. Polgár Cs. A palliatív sugárkezelés indikációi. *LAM* 2003; 13 (5): 373–378.