



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΤΟΜΕΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ
ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

**Επίπτωση νευροπαθητικού πόνου, εργαλεία διάγνωσης,
ψυχολογικές παράμετροι χρόνιου πόνου
και στρατηγικές αντιμετώπισης σε ογκολογικούς ασθενείς**

ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ ΤΖΑΜΑΚΟΥ
Νοσηλεύτρια

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2017



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΤΟΜΕΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ
ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

**Επίπτωση νευροπαθητικού πόνου, εργαλεία διάγνωσης,
ψυχολογικές παράμετροι χρόνιου πόνου
και στρατηγικές αντιμετώπισης σε ογκολογικούς ασθενείς**

ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ ΤΖΑΜΑΚΟΥ
Νοσηλεύτρια

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2017

«Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, δεν υποδηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα». (Νόμος 5343/32, άρθρο 202, Παράγραφος 2)

Ημερομηνία αίτησης της κ. Τζαμάκου Ελευθερίας: 12-12-2011

Ημερομηνία ορισμού Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής: 733^α/3-4-2012

Μέλη Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής:

Επιβλέπων

Αρναούτογλου Ελένη, Επίκουρη Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας

Μέλη

Παυλίδης Νικόλαος, Καθηγητής Παθολογίας-Ογκολογίας
Παπαδόπουλος Γεώργιος, Καθηγητής Αναισθησιολογίας

Ανασύσταση Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής: Αριθμ Συνεδρ. 788^α/31-5-2016

Επιβλέπων

Παπαδόπουλος Γεώργιος, Καθηγητής Αναισθησιολογίας

Μέλη

Παυλίδης Νικόλαος, Καθηγητής Παθολογίας-Ογκολογίας
Αρναούτογλου Ελένη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας

Ημερομηνία ορισμού θέματος: 4-5-2012

«Επίπτωση νευροπαθητικού πόνου, εργαλεία διάγνωσης, ψυχολογικές παράμετροι χρόνιου πόνου και στρατηγικές αντιμετώπισης σε ογκολογικούς ασθενείς»

ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΠΤΑΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ : 792^α/25-11-2016

1. Παυλίδης Νικόλαος τ. Καθηγητής Παθολογίας-Ογκολογίας του Τμήματος Ιατρικής του Παν/μίου Ιωαννίνων
2. Αρναούτογλου Ελένη Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, του Τμήματος Ιατρικής του Παν/μίου Θεσσαλίας
3. Παπαδόπουλος Γεώργιος, Καθηγητής Αναισθησιολογίας, του Τμήματος Ιατρικής του Παν/μίου Ιωαννίνων
4. Πενθερουδάκης Γεώργιος Αναπληρωτής Καθηγητής Ογκολογίας του Τμήματος Ιατρικής του Παν/μίου Ιωαννίνων
5. Πέτρου Αναστάσιος, Επίκουρος Καθηγητής Αναισθησιολογίας του Τμήματος Ιατρικής του Παν/μίου Ιωαννίνων
6. Σιαφάκα Βασιλική Επίκουρη Καθηγήτρια Λογοθεραπείας ΤΕΙ Ηπείρου
7. Τζίμας Πέτρος, Επίκουρος Καθηγητής Αναισθησιολογίας του Τμήματος Ιατρικής του Παν/μίου Ιωαννίνων

Έγκριση Διδακτορικής Διατριβής με βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» στις 19-12-2016

ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Πασχόπουλος Μηνάς

Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας

Η Γραμματέας του Τμήματος

ΚΑΠΤΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ



Οι μεγάλοι πόνοι είναι βουβοί

Friedrich Schiller (1759-1805)

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Καθημερινά υποφέρουν από καρκινικό πόνο περισσότεροι από 9.000.000 ασθενείς παγκοσμίως, εξαιτίας του καρκίνου ή των συνεπειών της θεραπείας του. Στην Ευρώπη το 50% των ασθενών με καρκίνο, δεν ανακουφίζονται αποτελεσματικά.

Ο καρκινικός πόνος είναι σύνθετος και μπορεί να είναι αλγαισθητικός (σωματικός, σπλαχνικός), νευροπαθητικός ή ψυχογενής. Μόνο το 10-20% του πόνου στους ασθενείς με καρκίνο είναι αμιγώς νευροπαθητικός, ενώ περίπου το 40% των ογκολογικών ασθενών θα παρουσιάσουν νευροπαθητικό πόνο. Επιπρόσθετα, μόνο το 20% των ασθενών εμφανίζει ένα μόνο είδος πόνου και συνήθως παρουσιάζουν δύο ή περισσότερα είδη ταυτόχρονα.

Ο νευροπαθητικός πόνος αν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα και σωστά, δύσκολα ελέγχεται, ενώ ορισμένες μελέτες αναφέρουν ότι το 50% του δύσκολα αντιμετωπίσιμου πόνου είναι νευροπαθητικός. Γενικά το 1/3 των Ογκολογικών ασθενών με πόνο θα παρουσιάσουν νευροπαθητικό πόνο.

Η επίπτωση του νευροπαθητικού πόνου φαίνεται ν' αυξάνει με την ηλικία, όπως επίσης αυξάνονται και οι νευροτοξικοί παράγοντες/φάρμακα (Ταξάνες, Πλατίνες κ.α) αντιμετώπισης του καρκίνου.

Συνίσταται να γίνεται η αξιολόγηση χωριστά, για το κάθε είδος πόνου των ασθενών με καρκίνο, λαμβάνοντας υπόψη το αναλυτικό ατομικό, οικογενειακό και ψυχοκοινωνικό ιστορικό, τη φυσική και νευρολογική εξέταση, καθώς και τις απαραίτητες διαγνωστικές εξετάσεις, σε συνδυασμό με τα διαθέσιμα διαγνωστικά εργαλεία. Αναγκαία κρίνεται, η περιοδική εκτίμηση των ογκολογικών ασθενών με νευροπαθητικό πόνο, με σκοπό τη μέγιστη ανακούφισή τους και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Η παρούσα διατριβή αφορά στην επίπτωση του νευροπαθητικού πόνου σε ασθενείς με καρκίνο στον ελληνικό πληθυσμό καθώς και στη διαγνωστική ακρίβεια των ερωτηματολογίων για την αναγνώριση του νευροπαθητικού πόνου, του DN4, του Pain Detect και του S-LANSS συγκριτικά με την ιατρική διάγνωση.

Αισθάνομαι λοιπόν την ανάγκη να ευχαριστήσω την Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας Ελένη Αρναούτογλου που μου ανέθεσε το θέμα της παρούσας διατριβής, η οποία όμως δε θα είχε ολοκληρωθεί χωρίς τη συμβολή και την

αμέριστη βοήθεια του Καθηγητή Αναισθησιολογίας Γεώργιου Παπαδόπουλου. Να ευχαριστήσω επίσης το τρίτο μέλος της Τριμελούς Επιτροπής Καθηγητή Παθολογίας – Ογκολογίας Νικόλαο Παυλίδη, για τις πολύτιμες συμβουλές του.

Αισθάνομαι επιπλέον την ανάγκη, να ευχαριστήσω την Επίκουρο Καθηγήτρια Ψυχολογίας της Υγείας, του τμήματος Λογοθεραπείας του ΤΕΙ Ηπείρου, Βασιλική Σιαφάκα, για την πολύχρονη και πολύτιμη συνεργασία, αλλά και για την ηθική και ψυχολογική υποστήριξη που με ανιδιοτέλεια μου προσέφερε, τις «δύσκολες» στιγμές.

Θα ήταν όμως ανήθικο να παραβλέψω να ευχαριστήσω τους αγαπημένους μου ασθενείς που συμπορευτήκαμε στο ταξίδι αυτό, ένα ταξίδι γεμάτο από ποικίλα χρώματα και συναισθήματα.

Τέλος να ευχαριστήσω την οικογένειά μου και τους γονείς μου, που ήταν δίπλα μου και πίστεψαν σ' εμένα, όταν οι συνθήκες δεν ήταν και τόσο ευνοϊκές.

Τζαμάκου Ελευθερία
Νοσηλεύτρια

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

1.0. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

2.0. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

- 2.1. Επίπτωση καρκινικού πόνου
- 2.2. Επίπτωση Νευροπαθητικού Πόνου στον καρκίνο
- 2.3. Ψυχολογικές παράμετροι χρόνιου πόνου
 - 2.3.1. Κατάθλιψη
 - 2.3.2. Άγχος (Distress)
- 2.4. Ποιότητα ζωής
 - 2.4.1. Ποιότητα ζωής και νευροπαθητικός πόνος
 - 2.4.2. Ποιότητα ζωής σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο
- 2.5. Εργαλεία Διάγνωσης νευροπαθητικού πόνου
 - 2.5.1. Ερωτηματολόγιο για το νευροπαθητικό πόνο (Douleur Neuropathetique 4 Questions – DN4)
 - 2.5.2. Ερωτηματολόγιο Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs (LANSS και S-LANSS)
 - 2.5.3. Ερωτηματολόγιο IDPain
 - 2.5.4. Ερωτηματολόγιο νευροπαθητικού πόνου – Neuropathic Pain Questionnaire (NPQ)
 - 2.5.5. Ερωτηματολόγιο Pain Detect
- 2.6. Εργαλεία εκτίμησης Ποιότητας Ζωής και Ψυχοπαθολογίας
 - 2.6.1. Ερωτηματολόγιο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHOQOL-BREF) για την Ποιότητα Ζωής
 - 2.6.2. Ερωτηματολόγιο SCL-90 για την εκτίμηση της Ψυχοπαθολογίας

3.0. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

4.0. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

5.0. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

6.0. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

- 6.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά
- 6.2. Επίπτωση νευροπαθητικού πόνου
- 6.3. Επίπτωση νευροπαθητικού πόνου σύμφωνα με τα διαγνωστικά εργαλεία (DN4, Pain Detect και S-LANSS)
- 6.4. Διαγνωστική ακρίβεια τριών εργαλείων για την αναγνώριση του νευροπαθητικού πόνου (DN4, Pain Detect και S-LANSS)
- 6.5. Θετικές απαντήσεις των ασθενών με νευροπαθητικό πόνο και η μεταξύ τους σύγκριση
- 6.6. Συχνότητα θετικών απαντήσεων των ερωτημάτων των τριών ερωτηματολογίων (DN4, Pain Detect και S-LANSS)
- 6.7. Θεραπευτική αγωγή

- 6.8. Αναλγητική αγωγή
- 6.9. Έκβαση
- 6.10. Αποτελέσματα σχετικά με τη σχέση ψυχολογικής καταπόνησης, πόνου και Ποιότητας Ζωής

7.0. ΣΥΖΗΤΗΣΗ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- 7.1. Συζήτηση για τα Δημογραφικά και άλλα βασικά χαρακτηριστικά των ασθενών με καρκίνο και χρόνια πόνο (νευροπαθητικό και μη νευροπαθητικό)
- 7.2. Συζήτηση την επίπτωση του νευροπαθητικού πόνου στους Ογκολογικούς ασθενείς, με προχωρημένο καρκίνο
- 7.3. Συζήτηση για τη διαγνωστική ακρίβεια του DN4, του Pain Detect και του S-LANSS για την αναγνώριση του νευροπαθητικού πόνου, συγκριτικά με τη διάγνωση και την αξιολόγησή του Ειδικού για τον πόνο Αναισθησιολόγο
- 7.4. Συζήτηση για την ανάλυση της ευαισθησίας και της ειδικότητας των τριών ερωτηματολογίων
- 7.5. Συζήτηση για τις Θετικές απαντήσεις σε κάθε ερώτημα (και των τριών ερωτηματολογίων), των ασθενών με νευροπαθητικό και μη νευροπαθητικό πόνο, τη συχνότητά τους και το p value του κάθε ερωτήματος
- 7.6. Συζήτηση για τη θεραπευτική (φαρμακευτική και αναλγητική) αγωγή και την έκβαση
- 7.7. Συζήτηση για τη σχέση της ψυχολογικής καταπόνησης, του πόνου και της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής

8.0. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

SUMMARY

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ DN4

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Pain Detect

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3 : ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ S- LANSS

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4 : ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ WHOQOL - BREF

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5 : ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΣL- 90

1.0 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με την μυθολογία ο πόνος ήταν γιος της Έριδας που έσπερνε τη διχόνοια ανάμεσα σε θεούς και σε ανθρώπους. Αδέρφια του πόνου ήταν η Λήθη, ο Λιμός, οι Μάχες, οι Φόνοι, η Δυσνομία και ο Όρκος, που τόσο πολύ ταλαιπωρούν τους θνητούς στη διάρκεια της ζωής τους. Συνώνυμο του πόνου αποτελεί η λέξη άλγος. Ο πόνος στους Ομηρικούς χρόνους σήμαινε σκληρή δουλειά (εξού και επίπνος), τον καιρό του Ηρόδοτου σήμαινε δυσφορία και μόνο την εποχή του Ιπποκράτη συνδέθηκε άμεσα με τη νόσο ή τον τραυματισμό³⁻⁴.

Ο πόνος διακρίνεται σε οξύ και σε χρόνιο πόνο. Ο πόνος αποτελείται από δύο συνιστώσες: την αισθητική (φυσική) και τη συναισθηματική (ψυχολογική-υποκειμενική) με μία δυναμική μεταξύ τους σχέση και όχι στατική. Καθορίζει την αντίδραση και τη συμπεριφορά του ασθενή στη δεδομένη στιγμή και ποικίλει ανάλογα με το χώρο και το χρόνο. Η αισθητική συνιστώσα προέχει σε οξύ πόνο, ενώ η συναισθηματική συνιστώσα αποκτά μεγάλη σπουδαιότητα στο χρόνιο πόνο εξαιτίας βιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικών, πολιτιστικών, οικονομικών και άλλοι παραγόντων⁵.

Διακρίνεται επίσης σε αλγαισθητικό, νευροπαθητικό και ψυχογενή πόνο. Ο αλγαισθητικός (σωματικός, σπλαχνικός) αποτελεί φυσιολογική και ανστρέψιμη διαταραχή της λειτουργικής πλαστικότητας, ενώ οι νευρικές οδοί είναι φυσιολογικές και ανέπαφες. Ο νευροπαθητικός πόνος είναι ο πόνος που προκύπτει σαν άμεση συνέπεια μιας βλάβης ή ασθένειας που επηρεάζει το σωματοαισθητικό σύστημα. Έχει τελείως διαφορετικούς μηχανισμούς πρόκλησης από τον αλγαισθητικό πόνο, είναι παθολογικός και προϋποθέτει πάντα νευρική βλάβη. Ο ψυχογενής πόνος σχετίζεται με ψυχολογικούς παράγοντες και αποτελεί μια χρόνια επώδυνη διαταραχή. Έχει αποδειχτεί ότι παρουσιάζει αληθινά συμπτώματα, αλλά αμφισβητείται το κατά πόσο αποτελεί αποκλειστική αιτία πόνου⁶⁻⁷.

Το 1979 η Διεθνής Εταιρεία Πόνου IASP (International Association for the Study of Pain) έδωσε τον ορισμό του πόνου: «πόνος είναι μια δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία που συνδέεται με πραγματική ή δυνητική βλάβη ή που περιγράφεται σαν τέτοια»⁸. Στον ασθενή με καρκίνο ο χρόνιος πόνος θεωρείται μία από τις κυριότερες εκδηλώσεις του καρκίνου, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις προχωρημένων μορφών της νόσου, που επηρεάζει ποικιλοτρόπως την ποιότητα ζωής των ασθενών. Μια εφημερίδα της Ν. Υόρκης έγραφε για τον

χρόνιο καρκινικό πόνο ότι είναι σαν τον κλέφτη. Εισέρχεται στο σώμα σου και το κυριεύει. Καταστρέφει την καθημερινότητα, την προσωπικότητα, τη διάθεση, τις φιλίες και την οικογένειά σου. Σ' αφήνει ανυπεράσπιστο και κλέβει τις μέρες και τις νύχτες σου μέχρι ολόκληρος ο κόσμος σου να χωρέσει σε ένα στενό κελί πόνου.

Σύμφωνα με τον Albert Schweitzer ο χρόνιος πόνος αποτελεί τον τρομερότερο δυνάστη της ανθρωπότητας, χειρότερο και από τον θάνατο, ενώ ο Αριστοτέλης αναφέρει ότι «πόνος είναι πάθος ψυχής». Η μη αντιμετώπιση του πόνου θεωρείται σύμφωνα με τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ) και τον Οργανισμό Παγκόσμιας Υγείας (ΠΟΥ) εγκληματική αμέλεια και έλλειψη σεβασμού προς τον άνθρωπο.

2.0. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

2.1. Επίπτωση καρκινικού πόνου

Σε ετήσια βάση, στην Ελλάδα χάνουν τη ζωή τους 20.000 έως 25.000 πάσχοντες από καρκίνο. Σε ότι αφορά στο στάδιο νόσου, έχει παρατηρηθεί ότι ανεξάρτητα από τον τύπο του καρκίνου, 30-40% των ασθενών εμφανίζουν αλγώδη συμπτωματολογία ήδη κατά τη στιγμή της διάγνωσης, ενώ το ποσοστό αυξάνει θεαματικά στους ασθενείς με προχωρημένη νόσο. (60-85%)⁹⁻¹⁶.

Πόνο εμφανίζουν το 50% των ασθενών που λαμβάνουν αντικαρκινική θεραπεία, το 53% των ασθενών σε όλα τα στάδια της νόσου και το 64% των ασθενών με προχωρημένη, μεταστατική ή/και τελικού σταδίου νόσο¹⁷.

Σύμφωνα με τις έρευνες των Foley (1985), Portenoy, (1992) και Twycross, (1997) περίπου το 90 % των ογκολογικών ασθενών που βρίσκονται σε προχωρημένο στάδιο της νόσου βιώνουν έντονο πόνο, ενώ πόνος εκδηλώνεται στο 30% όλων των ογκολογικών ασθενών ανεξάρτητα από το στάδιο της νόσου^{9,18,19}. Ο πόνος συνήθως αυξάνεται ανάλογα με την εξέλιξη της νόσου²⁰.

Η συχνότητα εμφάνισης καρκινικού πόνου εξαρτάται από την εστία και το στάδιο της νόσου. Την υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης πόνου παρουσιάζουν οι νεοεξεργασίες των οστών (85%), του παγκρέατος και του οισοφάγου (>80%). Ακολουθούν ο καρκίνος του πνεύμονα, του στομάχου, των χοληφόρων, του προστάτη, των ωοθηκών, της μήτρας και του μαστού (71-80%). Λιγότερο συχνά (61-70%) εμφανίζουν επώδυνη συμπτωματολογία οι καρκίνοι του στοματοφάρυγγα, εντέρου, νεφρών, ουροδόχου κύστης και εγκεφάλου. Τέλος στο 51-60% των λεμφωμάτων, των λευχαιμιών και των σαρκωμάτων των μαλακών μορίων έχουμε παρουσία καρκινικού πόνου¹⁶.

Ο πόνος που βιώνουν οι ογκολογικοί ασθενείς οφείλεται στην ίδια τη νόσο (60%-70%) ή τη διαγνωστική και θεραπευτική προσπάθεια (20%) και χαρακτηρίζεται καρκινικός πόνος ή κακοήθης πόνος. Ωστόσο δεν αποκλείεται η συνύπαρξη πόνου μη κακοήθους αιτιολογίας στον ίδιο ασθενή (2-9%), ιδίως με την αύξηση της ηλικίας και της νοσηρότητας¹⁶.

2.2. Επίπτωση νευροπαθητικού πόνου στον καρκίνο

Ο νευροπαθητικός πόνος (ΝΠ) ή νευρογενής πόνος (neurogenic), είναι ο πόνος που προέρχεται από βλάβη ή νόσο του σωματοαισθητικού συστήματος είτε στο περιφερικό, είτε στο κεντρικό νευρικό σύστημα²¹.

Αποτελεί ένα σημαντικό κλινικό πρόβλημα στους ασθενείς με καρκίνο. Αμιγής νευροπαθητικό καρκινικό πόνο παρουσιάζεται με συχνότητα από 0.5% έως και 20%, ενώ 30-40% των ασθενών με καρκίνο υποφέρουν από μικτής αιτιολογίας (αλγαισθητικό-νευροπαθητικό πόνο)²¹. Ο νευροπαθητικός πόνος στο μεγαλύτερο αριθμό των περιπτώσεων είναι χρόνιος πόνος, ενώ ορισμένες μελέτες αναφέρουν ότι το 50% του δύσκολα αντιμετωπίσιμου πόνου είναι νευροπαθητικός²².

Παρά το γεγονός ότι μετά το 2000 έχει δοθεί περισσότερη προσοχή αναφορικά με τη διάγνωση και τη θεραπεία του, η επίπτωσή του στους Ογκολογικούς ασθενείς, δε φαίνεται να ποικίλλει σε σύγκριση με τις δημοσιεύσεις πριν από το 2000.²³ Όμως η επίπτωσή του φαίνεται να διαφέρει ανάλογα με το περιεχόμενο της φροντίδας. Υψηλότερη επίπτωση έχουν οι νοσηλευόμενοι Ογκολογικοί ασθενείς σε Εξειδικευμένη Κλινική Παρηγορητικής Φροντίδας, με ποσοστό που κυμαίνονται από 49,5% έως και 57,5%. Αντίθετα σε εξωτερικούς ασθενείς άλλων Ογκολογικών Δομών εκτός της Παρηγορητικής φροντίδας, η επίπτωση του νευροπαθητικού πόνου κυμάνθηκε από 11,8% έως και 39,7%²⁴⁻²⁶.

Αυτό επιβεβαιώνεται και από την cross-sectional μελέτη των Oosterling et al., σε 892 ασθενείς με καρκίνο, που πραγματοποιήθηκε στα Εξωτερικά Ιατρεία ενός Ολλανδικού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου, όπου η επίπτωση νευροπαθητικού πόνου ήταν 19% (n=204 - DN4 \geq 3)²⁷.

Μία πολύ πρόσφατη μελέτη των Zhumaliyeva et al.,(2016), έδειξε επίπτωση του νευροπαθητικού πόνου των ασθενών με καρκίνο που εισήχθησαν σε Νοσοκομείο του Καζακστάν σε ποσοστό 11,2 \pm 1,6% των περιπτώσεων²⁸.

Η επίπτωση του νευροπαθητικού πόνου στον καρκίνο υπολογίζεται σε ποσοστό 18,7% -21,4% στους ογκολογικούς ασθενείς²⁹⁻³⁰. Σύμφωνα με τη συστηματική ανασκόπησή των Bennett et al, 2012, η επίπτωση των συνδρόμων πόνου που σχετίζονται με το νευροπαθητικό πόνο (μικτής αιτιολογίας) είναι 19%-39,1%. Ο νευροπαθητικός πόνος αν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα και σωστά δύσκολα ελέγχεται³¹. Γενικά το 1/3 των Ογκολογικών ασθενών με πόνο θα παρουσιάσουν νευροπαθητικό πόνο³².

Σε μια μεγάλη Ισπανική μελέτη το 2011, μελετήθηκε η επίπτωση του νευροπαθητικού πόνου σε 2567 (30%) ασθενείς που πονούσαν. Από αυτούς το 33% εμφάνιζε νευροπαθητικό πόνο σύμφωνα με τον Ειδικό στον πόνο γιατρό, ενώ σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο DN4, μόνο το 19% αναγνωρίστηκε να έχει νευροπαθητικό πόνο³³.

Η επίπτωση του νευροπαθητικού πόνου φαίνεται ν' αυξάνει με την ηλικία (στους ηλικιωμένους), όπως επίσης αυξάνονται και οι νευροτοξικοί παράγοντες/φάρμακα αντιμετώπισης του καρκίνου (Ταξάνες, Πλατίνα, Θαλιδομίδη), κ.α³⁴.

Στη μελέτη των Perez et al.,(2015), η επίπτωση του νευροπαθητικού πόνου σε ασθενείς που έλαβαν χημειοθεραπεία ήταν 20,4%. Επίσης η επίπτωση του νευροπαθητικού πόνου των ασθενών που παραπέμπονται στα Ιατρεία Πόνου είναι υψηλότερη από ότι σε άλλες δομές (κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, κ.α)³⁵.

Λίγες μελέτες έχουν ερευνήσει την επίπτωση του νευροπαθητικού πόνου σε ασθενείς με καρκίνο και ιδιαίτερα την ακριβή επίπτωσή του σε ασθενείς τελικού σταδίου³⁶.

Οι Harada et al, 2016 ανέφεραν ότι η επίπτωση του νευροπαθητικού πόνου σε ογκολογικούς ασθενείς τελικού σταδίου, σε Ιαπωνικές Μονάδες Παρηγορητικής φροντίδας ήταν 18,6%³⁶.

Στη μελέτη των Mañas et al., (2011), η επίπτωση του νευροπαθητικού πόνου σε ασθενείς που παραπέμφθηκαν σε Μονάδα Ακτινοθεραπείας, ήταν 31,1%, εκ των οποίων το 49% ήταν υπέρβαροι, κυρίως με καρκίνο πνεύμονα και μαστού και σταδίου IIIB. Το 75% των περιπτώσεων με νευροπαθητικό πόνο οφειλόταν στη νόσο³⁷.

Οι Bennett et al., (2012) στη συστηματική ανασκόπηση που πραγματοποίησαν μελέτησαν την επίπτωση του νευροπαθητικού πόνου. Μόνο 22 μελέτες πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής. Από τις 22, μόνο οι 8 μελέτες πληρούσαν τα κριτήρια για πιθανό τουλάχιστον νευροπαθητικό πόνο. Και στις 22 μελέτες η επίπτωση του νευροπαθητικού πόνου ήταν 19% (αμιγώς νευροπαθητικός) και 39,1% (μικτός). Οι 8 μελέτες που πληρούσαν τα κριτήρια διάγνωσης του IASP, ανέφεραν επίπτωση αμιγώς νευροπαθητικού πόνου 13,2% και μικτού 35,8%³⁸.

Στη μελέτη των Raymnet et al.,(2012), σε 17 ευρωπαϊκά κέντρα, συμμετείχαν 1051 ασθενείς με μη ιάσιμο καρκίνο (νοσηλεύόμενοι και μη), εκ των οποίων οι 670 πονούσαν. Οι 113 (16,8%) από αυτούς είχαν νευροπαθητικό πόνο, οι 534 (79,70 %) μη νευροπαθητικό πόνο και οι 23 (3,44%) δεν ταξινομήθηκαν στη μία ή στην άλλη κατηγορία³⁹.

Χαμηλότερη επίπτωση νευροπαθητικού πόνου από όλες τις άλλες μελέτες αναφέρεται στην αναδρομική μελέτη των Bhatnagar et al., (2010), όπου μελετήθηκαν 3238 ογκολογικοί ασθενείς, οι οποίοι και παραπέμφθηκαν στην κλινική Πόνου και Ανακουφιστικής φροντίδας ενός τριτοβάθμιου Ογκολογικού κέντρου στην Ινδία. Η επίπτωση του νευροπαθητικού πόνου φάνηκε ότι ήταν 11,8%²⁴.

Οι ογκολογικοί ασθενείς δεν έχουν ένα είδος πόνου και παρουσιάζουν κατά μέσο όρο δύο ή περισσότερα είδη ταυτόχρονα, γι' αυτό, η αξιολόγηση συνίσταται να γίνεται χωριστά για το κάθε είδος πόνου και ταυτόχρονα να εκτιμούνται συνολικά οι σωματικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί, πολιτισμικοί, πνευματικοί παράγοντες^{29,40}, που συνδέονται ή όχι με τον πόνο.

Η αποτελεσματική διαχείριση του νευροπαθητικού πόνου εξαρτάται από τη λεπτομερή κλινική εκτίμηση, τη σωστή αναγνώριση της προέλευσης του πόνου (κατευθείαν από τον όγκο ή από την αντικαρκινική θεραπεία) ή άλλη νόσο, τον τύπο του πόνου (αλγαισθητικός – νευροπαθητικός) και τη χρήση των κατάλληλων διαγνωστικών εργαλείων.

2.3. Ψυχολογικές παράμετροι χρόνιου πόνου

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, οι περισσότερες ψυχιατρικές διαταραχές που παρατηρούνται σε ασθενείς με καρκίνο, είναι στην πραγματικότητα αντιδράσεις στη διάγνωση της νόσου, την πρόγνωση και τις θεραπευτικές τεχνικές. Οι θεραπείες του καρκίνου δημιουργούν ένα εύρος ψυχιατρικών και ψυχολογικών διαταραχών, από απλή κόπωση μέχρι διαταραχή στη διάθεση, με επίπτωση στην ποιότητα ζωής⁴¹⁻⁴².

Η αντίδραση του αρρώστου στον καρκίνο εξαρτάται από:

- Την προσωπικότητά του
- Τους διαθέσιμους αμυντικούς μηχανισμούς

- Τη γενική κατάσταση του ατόμου σε όλα τα επίπεδα (προσωπικό, κοινωνικό, επαγγελματικό και οικονομικό).

Κατά κάποιο τρόπο, ο εσωτερικός κόσμος του ασθενούς, δέχεται ένα σοβαρό πλήγμα που είναι δυνατόν να οδηγήσει σε σοβαρές ανατροπές της ψυχικής ισορροπίας. Ταυτόχρονα, η κοινωνική ζωή του, δηλ. η εξωτερική πραγματικότητα, αλλάζει σημαντικά και επηρεάζεται από:

- Το υποστηρικτικό οικογενειακό πλαίσιο
- Τη στάση που υιοθετεί απέναντι στον ίδιο αλλά και στη νόσο του και
- Την εντόπιση του καρκίνου^{42,43}

Τα στάδια της νόσου είναι ιδιαίτερα σημαντικά, από τη στιγμή που επηρεάζουν σε όλα τα επίπεδα τη ζωή του ασθενούς, στον οποίο, εκτός από τις επιπτώσεις στην εργασία και την οικογένεια, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η «παραφιλολογία», που αναπτύσσεται γύρω από τον καρκίνο, με σοβαρές συνέπειες στην προσαρμογή του. Απόρροια των παραπάνω είναι οι διάφορες δυσλειτουργικές απόψεις και στάσεις που αναπτύσσονται και σε κοινωνικό επίπεδο⁴².

2.3.1. Κατάθλιψη

Η επίπτωση της κατάθλιψης στους ασθενείς με καρκίνο κυμαίνεται από 50-60%⁴⁴⁻⁴⁷, με μεγαλύτερη συχνότητα σε ασθενείς με καρκίνο κεφαλής τραχήλου (22%-57%), καρκίνο παγκρέατος (33%-50%), καρκίνο μαστού (1,5%-46%) και καρκίνο πνεύμονα (11%-44%)⁴⁸.

Τόσο οι αιτίες όσο και οι βιολογικοί μηχανισμοί που εμπλέκονται στην κατάθλιψη, δημιουργούν αυξημένο κίνδυνο θανάτου και σοβαρή ψυχική επιβάρυνση. Είναι πιθανόν ότι η κατάθλιψη επενεργεί άμεσα, μειώνοντας τις δυνάμεις του ανοσοποιητικού συστήματος (το σύστημα άμυνας του οργανισμού) ή δημιουργώντας ορμονικές μεταβολές. Έμμεσα, η κατάθλιψη ενδέχεται να μειώνει τις πιθανότητες επιβίωσης των ασθενών λόγω του ότι επηρεάζει τον τρόπο ζωής τους, ενώ τους κάνει να μη συμμορφώνονται - στο βαθμό που απαιτείται - στις οδηγίες των γιατρών τους και να μην ακολουθούν σωστά τη θεραπεία τους⁴⁹⁻⁵⁰.

Η κατάθλιψη συνδέεται με προχωρημένη νόσο και μη ελεγχόμενο πόνο⁵¹. Είναι γνωστό ότι οι ασθενείς που πονούν εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης, ανησυχίας, εχθρότητας και σωματοποίησης και είναι λιγότερο δραστήριοι⁵²⁻⁵³. Καθώς ο πόνος επιμένει, η κατάθλιψη είναι πιο έκδηλη, όπως

επίσης και οι διαταραχές του ύπνου, η ανορεξία, η κόπωση, η αδυναμία και η εξάντληση, η μειωμένη σεξουαλική επιθυμία και δραστηριότητα^{51,54}, η έλλειψη ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης, η αδυναμία σκέψης και συγκέντρωσης και, τέλος, οι σκέψεις θανάτου. Όλα τα παραπάνω οδηγούν τον ασθενή σε αδυναμία και έλλειψη δραστηριοποίησης. Κοιμάται την ημέρα, εξαιτίας του ότι ο πόνος είναι πιο έντονος τη νύχτα και εμποδίζει με αυτό τον τρόπο τη φυσιολογική επέλευση του ύπνου κατά τις βραδινές ώρες, με αποτέλεσμα να απομονώνεται από το κοινωνικό περιβάλλον, εξαιτίας της κόπωσης και της μεγάλης ανάγκης του για ξεκούραση. Το πιο σημαντικό από όλα είναι ότι ο ασθενής εμφανίζει συμπτώματα καταθλιπτικής διαταραχής εξαιτίας της μακροχρόνιας διάρκειας του πόνου. Για να συσχετιστεί ο χρόνιος πόνος και η κατάθλιψη θα πρέπει σύμφωνα με το DSM-IV-TR, να πληρούνται τα κατάλληλα κριτήρια διάγνωσης για την κατάθλιψη, για τουλάχιστον δύο εβδομάδες και να αναφέρεται οποιαδήποτε αλλαγή αναφορικά με την ποιότητα ζωής του ασθενούς⁴². Οι πιο σημαντικοί ψυχοπαιστικοί παράγοντες που συσχετίζονται με τη νόσο είναι:

- Η επίγνωση της διάγνωσης της νόσου
- Οι υποτροπές
- Η κακή πρόγνωση
- Ένας πιθανός ακρωτηριασμός
- Η απουσία υποστηρικτικού κοινωνικού δικτύου
- Ο ανεπαρκώς ελεγχόμενος πόνος
- Ο φόβος του ασθενούς ότι θα γίνει λειτουργικά ανίκανος και θα εξαρτάται από το περιβάλλον του, καθώς και
- Ο φόβος ενός επικείμενου επώδυνου θανάτου^{42,46,55,56}.

Ο πιο σημαντικός παράγοντας, που συσχετίζεται με την ευαλωτότητα ενός ασθενούς με καρκίνο ως προς την εμφάνιση κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της νόσου ή της θεραπείας, είναι ίσως η παρουσία ιστορικού μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου⁵⁷⁻⁵⁸. Το καταθλιπτικό συναίσθημα, ο αυτοκτονικός ιδεασμός, η ανηδονία, τα αισθήματα αναξιότητας και ενοχής, είναι καθοριστικά για τη διάκριση των ασθενών με μείζονα κατάθλιψη^{42,59}.

Σύμφωνα με τον Lederberg (2005), στους ασθενείς με καρκίνο τα αισθήματα αναξιότητας και ενοχής είναι παροδικά και μέσης βαρύτητας, σε αντίθεση με τους καταθλιπτικούς ασθενείς που βιώνουν ένα ισχυρό αίσθημα

απόρριψης, του ίδιου τους του εαυτού⁶⁰. Επιπρόσθετα, παρότι οι σκέψεις θανάτου είναι συχνές στους ασθενείς με καρκίνο, δεν έχουν την ίδια ένταση και την επιθυμία θανάτου που είναι χαρακτηριστική στους καταθλιπτικούς. Ωστόσο, ο αυτοκτονικός ιδεασμός από μόνος του δεν σημαίνει κατ' ανάγκη και διάγνωση κατάθλιψης⁶¹. Ερευνητές από τον Καναδά για να κατανοήσουν και να αξιολογήσουν καλύτερα τις επιδράσεις της κατάθλιψης σε ασθενείς με καρκίνο, όσο αφορά τόσο στην προοδευτική επιδείνωση της νόσου όσο και στη διάρκεια επιβίωσης τους, ανέλυσαν όλες τις σχετικές πρόσφατες έρευνες. Οι Καναδοί ερευνητές συγκέντρωσαν 26 έρευνες οι οποίες συμπεριέλαβαν συνολικά 9.417 ασθενείς με καρκίνο και στις οποίες εξετάστηκαν οι επιπτώσεις της κατάθλιψης στην επιδείνωση του καρκίνου και στη διάρκεια επιβίωσης τους⁶². Συγκεκριμένα, οι ασθενείς που είχαν καταθλιπτικά συμπτώματα είχαν 25% υψηλότερα ποσοστά θανάτου, ενώ στους ασθενείς με καρκίνο στους οποίους είχε γίνει η διάγνωση ήπιας ή σοβαρής κατάθλιψης, τα ποσοστά θανάτων ήταν 39% ψηλότερα συγκριτικά με τους ασθενείς που δεν είχαν οποιαδήποτε καταθλιπτική συμπτωματολογία^{42,46,59,60}. Σε ασθενείς με συννοσηρότητα πόνου και κατάθλιψης, η επιδείνωση του πόνου τείνει να επιδεινώνει τα καταθλιπτικά συμπτώματα, όπως και η χειροτέρευση της κατάθλιψης τείνει να επιδεινώνει τον αναφερόμενο πόνο. Τα ποσοστά της συννόσησης ποικίλλουν ευρέως, ανάλογα με τους μελετώμενους πληθυσμούς και τα χρησιμοποιούμενα κριτήρια: το 15-100% των καταθλιπτικών ασθενών αναφέρουν πόνο και το 2-100% των ασθενών που πονούν αναφέρουν κατάθλιψη⁶³. Η κατάθλιψη μπορεί επίσης ως ένα βαθμό, να προκαλέσει πόνο εκ νέου. Πολλοί ασθενείς με κατάθλιψη παραπονιούνται για πόνο που δεν μπορεί να εξηγηθεί από ιατρική άποψη και ανταποκρίνονται στα κριτήρια για τη σωματόμορφη διαταραχή (somatoform disorder)⁶⁴.

Σε μερικούς πολιτισμούς η κατάθλιψη είναι πιθανότερο ν' αναφερθεί ως φυσικό σύμπτωμα μάλλον παρά ως ψυχολογική ή συναισθηματική εμπειρία⁶⁵.

Η αντιμετώπιση της κατάθλιψης στους ασθενείς με καρκίνο περιλαμβάνει ένα συνδυασμό φαρμακευτικής αγωγής με αντικαταθλιπτικά, (εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης, εκλεκτικοί αναστολείς σεροτονινεργικών και αδρενεργικών υποδοχέων, τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά) και ψυχοδιεγερτικά, καθώς και ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, όπως υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, γνωσιακές/συμπεριφορικές τεχνικές, ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία^{42,46,59,60}.

2.3.2. Άγχος

Ο ασθενής με καρκίνο συνήθως αντιμετωπίζει υψηλά επίπεδα άγχους, ενώ παράλληλα χρειάζεται να λάβει αποφάσεις κρίσιμης σημασίας για τη θεραπεία του. Οι αγχώδεις διαταραχές στους ασθενείς με καρκίνο χαρακτηρίζονται από ένα ευρύ κλινικό φάσμα και η αιτιολογία τους είναι πολυπαραγοντική^{42,60}. Η ίδια η νόσος προκαλεί αγχώδη συμπτωματολογία μέσω βιολογικών μηχανισμών και συγκεκριμένα ορμονικών διαταραχών, όπως είναι γνωστό κυρίως για τους ενδοκρινικούς όγκους και τα καρκινοειδή⁶⁰.

Γενικά, το βασικό διαγνωστικό χαρακτηριστικό της αγχώδους διαταραχής που οφείλεται σε γενική ιατρική κατάσταση είναι κλινικά σημαντικό άγχος, το οποίο αποδίδεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της συγκεκριμένης ιατρικής κατάστασης. Συγκεκριμένα, ασθενείς με πρωτοπαθή νεοπλασμάτα στο Κ.Ν.Σ, είναι δυνατό να παρουσιάζουν ψυχιατρικά συμπτώματα του τύπου των αγχωδών διαταραχών, τα οποία σχετίζονται με την εντόπισή τους στον εγκέφαλο. Επιπρόσθετα ενδοκρινολογικές διαταραχές όπως π.χ. στην περίπτωση του όγκου των καρκινοειδών, ευθύνονται για την εκδήλωση σοβαρού άγχους στους πάσχοντες⁶⁰. Σε άτομα με προδιάθεση, ανάλογα με τη δομή του ψυχισμού τους και τη νευρωσικού τύπου δομή προσωπικότητας, είναι δυνατόν η σοβαρότητα της διάγνωσης του καρκίνου να πυροδοτήσει κρίσεις άγχους, οι οποίες, κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις, ενδέχεται να μετατραπούν σε δομημένες κλινικές εικόνες, όπως είναι η Διαταραχή Πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία, η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή και η Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή^{42,60}.

Η εκδήλωση άγχους σε ασθενείς με καρκίνο σχετίζεται όπως προαναφέρθηκε, με διάφορους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, με τη δομή της προσωπικότητας, καθώς και με την ιατρική εκτίμηση, η σοβαρότητα της οποίας επηρεάζει την προσαρμογή του ασθενούς και κατ' επέκταση την ποιότητα ζωής του. Συγκεκριμένα, η πιθανότητα εκδήλωσης έντονου άγχους αυξάνεται στις παρακάτω συνθήκες:

- Μικρή ηλικία
- Χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο
- Έλλειψη σταθερού συντρόφου και
- Έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης^{42,66}.

Το άγχος ασθενών με καλή επαφή και επικοινωνία ενδέχεται να επιδεινώνεται από Ψυχολογικούς παράγοντες, όπως τα οικονομικά βάρη, ο φόβος εγκατάλειψης ή το αίσθημα αποξένωσης⁴².

Στους ασθενείς με καρκίνο ενδέχεται να εκδηλώνεται διαταραχή άγχους, η οποία εμφανίζεται με αίσθημα έντασης ή ανησυχίας, φόβο, αυξημένη εγρήγορση, εύκολη έκπληξη, υπερδραστηριότητα του αυτόνομου συστήματος, αϋπνία, εύκολη απόσπαση προσοχής, δυσκολία στην αναπνοή, μούδιασμα, αγχώδη προσμονή και μηρυκασμό της σκέψης. Συχνά τα σωματικά συμπτώματα κρύβουν τα ψυχολογικά, και θα πρέπει να αναζητούνται και να συζητούνται⁶⁷⁻⁶⁹.

Σύμφωνα με τους Glover et al., (1995), οι ασθενείς με καρκίνο και χρόνιο πόνο, έχουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα ανησυχίας, κατάθλιψης και θυμού σε σχέση με τους ασθενείς με καρκίνο που δεν πονούν, ενώ οι ασθενείς με μεγαλύτερη ένταση και διάρκεια του πόνου έχουν περισσότερες διαταραχές της διάθεσης⁷⁰.

Σε ασθενείς με προχωρημένη νόσο τα συμπτώματα άγχους είναι πιο πιθανό να προέρχονται από επιπλοκές της νόσου ή της θεραπείας. Υποξία, σήψη, μη καλά αντιμετωπιζόμενος πόνος, και φαρμακευτικές ανεπιθύμητες ενέργειες μπορεί να εκδηλωθούν με άγχος. Στέρηση βενζοδιαζεπινών, αλκοόλ ή και άλλων ουσιών ειδικότερα σε νεαρότερες ηλικίες θα πρέπει να διερευνώνται⁷¹⁻⁷².

Ως προς την αντιμετώπιση του άγχους, το βασικό κριτήριο για την έναρξη της θεραπείας είναι το υποκειμενικό αίσθημα δυσφορίας του ασθενούς. Άλλοι παράγοντες περιλαμβάνουν την προβληματική συμπεριφορά του ασθενούς, την αντίδραση της οικογένειας και του προσωπικού υγείας στη δυσφορία του ασθενούς και το ισοζύγιο ανάμεσα στα οφέλη και τα μειονεκτήματα της θεραπείας⁷¹⁻⁷².

Οι μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις για το άγχος περιλαμβάνουν την υποστηρικτική ψυχοθεραπεία και συμπεριφορικές παρεμβάσεις, μόνες ή σε συνδυασμό. Βραχεία υποστηρικτική ψυχοθεραπεία είναι συχνά χρήσιμη τόσο στην διαχείριση κρίσεων όσο και σε υπαρξιακά θέματα. Ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις μπορεί να απευθύνονται τόσο στον ασθενή όσο και στην οικογένειά του, ιδιαίτερα όταν ο ασθενής χάνει την ικανότητά του να συμμετέχει⁷¹⁻⁷². Οι στόχοι της ψυχοθεραπείας σε ασθενείς με άγχος είναι η εγκατάσταση θεραπευτικής σχέσης, ώστε να μειωθεί η αίσθηση απομόνωσης. Άλλοι στόχοι είναι η αντιμετώπιση της νόσου με αξιοπρέπεια και αυτοεκτίμηση, ο επαναπροσδιορισμός παρεξηγήσεων

σχετικά με το παρελθόν και το παρόν, και η ενσωμάτωση της νόσου στο συνεχές των εμπειριών της ζωής. Επιπρόσθετα, στόχος της ψυχοθεραπείας αποτελεί η διερεύνηση θεμάτων αποχωρισμού, απώλειας καθώς και του επικείμενου αγνώστου και αβέβαιου μέλλοντος. Όπως και στη θεραπεία της κατάθλιψης, ο θεραπευτής θα πρέπει να δίνει έμφαση σε παλαιότερες ικανότητες και να ενισχύει παλαιότερους επιτυχημένους τρόπους προσαρμογής. Αυτό βοηθάει τον ασθενή να κινητοποιεί εσωτερικούς πόρους, να τροποποιεί τα σχέδια για το μέλλον, και ίσως και να φτάσει στην αποδοχή του αναπόφευκτου του θανάτου⁶⁷⁻⁶⁹.

Οι ασθενείς με καρκίνο, ακόμα και σε προχωρημένα στάδια, είναι υποψήφιοι για συμπεριφορική θεραπεία. Συχνά, ο θεραπευτής καλείται να αναλάβει πιο ενεργό ρόλο αναφορικά με την καθοδήγηση του ασθενή, δημιουργώντας ένα ασφαλές περιβάλλον και προκαλώντας έτσι μια εξαρτημένη απάντηση στη φωνή ή την παρουσία του θεραπευτή. Η τυπική συνηθισμένη παρέμβαση για το άγχος περιλαμβάνει ασκήσεις χαλάρωσης σε συνδυασμό με τεχνικές απόσπασης ή φαντασίωσης. Απλές ασκήσεις αναπνοής, διαλογισμός και διαδοχική μυϊκή χαλάρωση μπορεί να χρησιμοποιηθούν για να ελαττώσουν το περιστασιακό άγχος. Σε τυχαίοποιημένη μελέτη στην οποία συγκρίθηκαν οι τεχνικές χαλάρωσης με την αλπραζολάμη, βρέθηκε ότι και οι δύο θεραπείες είναι αποτελεσματικές στην αντιμετώπιση μικρού ήπιου έως μέτριου άγχους ή δυσφορίας. Η αλπραζολάμη ήταν πιο αποτελεσματική σε σοβαρότερες περιπτώσεις άγχους⁶⁷⁻⁶⁹. Η μη φαρμακολογική διαχείριση του άγχους και του καταθλιπτικού συναισθήματος είναι επωφελής και ζωτικής σημασίας και δε θα πρέπει σε καμία περίπτωση να παραβλέπεται η αξία της. Περιλαμβάνει τις παρακάτω παρεμβάσεις:

- ▶ Δημιουργία ειλικρινούς σχέσης αμοιβαίας εμπιστοσύνης με τον ασθενή και την οικογένειά του
- ▶ Ενθάρρυνση του ασθενούς να αναγνωρίσει και να εκφράσει τα συναισθήματά του, τους φόβους του και τις ανησυχίες του
- ▶ Εξασφάλιση του δικαιώματος του ασθενή για λήψη αποφάσεων που αφορούν στην κατάστασή του
- ▶ Δημιουργία ασφαλούς και ήρεμου περιβάλλοντος
- ▶ Εκπαίδευση ασθενούς και οικογένειας, σε συνδυασμό με τη σωστή και επαρκή πληροφόρηση και ενημέρωση⁷³⁻⁷⁴.

2.4. Ποιότητα ζωής

Η ποιότητα ζωής αποτελεί μια ευμετάβλητη, πολυδιάστατη και υποκειμενική έννοια, η οποία λαμβάνει προσωπικό νόημα για το κάθε άτομο. Ορίζεται ως η κατάσταση καλής ζωής ως συνισταμένης δύο παραγόντων:

- α. της ικανότητας να επιτελεί το άτομο καθημερινές δραστηριότητες που αντακλούν σωματική, κοινωνική και ψυχική ευρωστία και
- β. της ικανοποίησής του σε ό,τι αφορά στη λειτουργικότητά του και στον έλεγχο της ασθένειας⁷⁵.

Είναι συνεπώς, η υποκειμενική αξιολόγηση του ικανοποιητικού τρόπου ζωής ως συνόλου⁷⁶, που αντιπροσωπεύει το λειτουργικό αποτέλεσμα μιας ασθένειας και της θεραπείας της (όπως το αντιλαμβάνεται ο ίδιος ο ασθενής)⁷⁷ και αποτελεί το χάσμα μεταξύ των επιτευγμάτων και των προσδοκιών του ασθενούς: όσο μικρότερο το χάσμα τόσο καλύτερη η ποιότητα ζωής⁷⁸.

Για τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η έννοια της ποιότητας ζωής είναι στενά συνδεδεμένη με την υποκειμενική αντίληψη των ατόμων για τη θέση τους στη ζωή, μέσα στα πλαίσια των πολιτισμικών χαρακτηριστικών και του συστήματος αξιών της κοινωνίας, στην οποία ζουν και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους^{79,80}.

Η ποιότητα ζωής αποτελεί ένα δυναμικό μέγεθος που υπόκειται σε μεταβολές, διαμορφώνεται και τροποποιείται ανάλογα με την προηγούμενη εμπειρία και βίωμα του πόνου, την προσωπικότητα, τις προσωπικές αξίες, αντιλήψεις, επιδράσεις, κίνητρα, καθώς και τις αντιδράσεις του ατόμου στα γεγονότα που το επηρεάζουν^{25,81}.

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, είναι ένα σύνθετο εννοιολογικό σύνολο που περιλαμβάνει τη σωματική, την ψυχολογική, τη γνωσιακή, την κοινωνική διάσταση και την πνευματικότητα, ενώ συνεπάγεται την πλήρη εκτίμηση της υγείας του ατόμου⁸²⁻⁸³. Οι παραπάνω διαστάσεις της ποιότητας ζωής είναι αλληλοεπιδρώμενες και συνεπώς δύσκολα μπορεί να οριστούν και να μετρηθούν με ακρίβεια⁸⁴.

Η μέτρηση της ποιότητας ζωής, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εκτίμηση αποτελέσματος, προγνωστικός παράγοντας ή παρέμβαση. Πρέπει να περιλαμβάνει και τη μελέτη του τρόπου με τον οποίο οι ασθενείς αντιμετωπίζονται

θεραπευτικά, τα καθοριστικά κριτήρια στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων, την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και το κόστος αυτής⁸⁵.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι κυριότεροι παράγοντες από τους οποίους επηρεάζεται η ποιότητα ζωής είναι η οικογενειακή κατάσταση, ο τύπος και το στάδιο της νόσου (υποκείμενη βλάβη), το ιστορικό υποτροπής, ο τρόπος νοσηλείας, το είδος θεραπείας, κ.ά⁸⁶⁻⁸⁷.

Αδιαμφισβήτητα, σ' αυτούς τους παράγοντες εντάσσεται και ο πόνος που αποτελεί το πιο συνηθισμένο από τα φυσικά συμπτώματα για το οποίο οι ασθενείς παραπονιούνται εκφράζοντας τη δυσφορία τους λεκτικά, μη λεκτικά ή και τα δυο μαζί. Είναι μια σωματική προστατευτική αίσθηση, η οποία, όμως, όταν χρονίσει, οδηγεί στην απραξία, στην κοινωνική απομόνωση και τελικά στην φαρμακευτική εξάρτηση. Μετατρέπεται δηλαδή σε μια καταστροφική κατάσταση επιφέροντας σοβαρές επιπτώσεις στη ζωή του ατόμου, όπως μερική ή πλήρη ανικανότητα, σοβαρή επιδείνωση της ποιότητας ζωής (μεγαλύτερη ένταση πόνου και μεγαλύτερη επιρροή στις καθημερινές δραστηριότητες, ακόμη κι αν ελεγχθεί η ένταση του πόνου)⁸⁸⁻⁹⁰.

2.4.1. Ποιότητα ζωής και νευροπαθητικός πόνος

Κάθε άνθρωπος που πονά εκφράζεται με «παρόμοιο τρόπο». Αποτελεί όμως μία ξεχωριστή οντότητα με διαφορετική ψυχοσωματική υποδομή, έχοντας επίσης διαφορετική ή κοινή αιτία πόνου και αντιμετώπιση⁹¹⁻⁹².

Συνολικά, η ποιότητα της ζωής των ασθενών με νευροπαθητικό πόνο είναι κατά περίπου 50% χαμηλότερη από αυτή του γενικού πληθυσμού, με βάση ειδική κλίμακα αξιολόγησης που αφορά στην ψυχική και σωματική υγεία, την κοινωνική ζωή, την εργασία και άλλες παραμέτρους της ποιότητας ζωής. Συνοδά συμπτώματα των ασθενών με νευροπαθητικό πόνο αποτελούν:

- α) η δυσκολία στον ύπνο (60-70%)
- β) η αίσθηση χρόνιας κόπωσης (50-60%)
- γ) η υπνηλία (40-50%)
- δ) η δυσκολία συγκέντρωσης (30-40%)
- ε) η κατάθλιψη (30-40%)
- στ) το άγχος (20-40%) και
- ζ) η μειωμένη όρεξη (10-20%)

Επιπρόσθετα, συνηθίζεται στους ασθενείς με νευροπαθητικό πόνο να επιτείνεται ο πόνος κατά τη διάρκεια της νύχτας και να καθίσταται ανθεκτικός στα συνήθη αναλγητικά, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η ένταση του πόνου⁵.

Στη μελέτη των Jones et al., (2015), συσχετίθηκε ο νευροπαθητικός πόνος με τη δυσκολία στη φροντίδα και φάνηκε πιο συχνά στους ασθενείς με καρκίνο του εντέρου⁹³.

Η μελέτη των Oosterling et al., (2016), που πραγματοποιήθηκε στα Εξωτερικά Ιατρεία ενός Ολλανδικού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου και έλαβαν μέρος 892 ασθενείς με καρκίνο, έδειξε ότι πάνω από το 40% των ασθενών που ανέφερε μέτριο προς σοβαρό πόνο (23%), είχε και συμπτώματα νευροπαθητικού πόνου (19%), προκαλώντας αύξηση της παρέμβασής του στις καθημερινές δραστηριότητες²⁷.

Έχει αναφερθεί η αντίληψη και η αντίδραση του ατόμου στον πόνο επηρεάζεται και εξαρτάται από κοινωνικοοικονομικούς – πολιτισμικούς παράγοντες και βιοψυχοκοινωνικούς παράγοντες, όπως η υποκείμενη νόσος, η προσωπικότητα του ασθενούς, τα προηγούμενα βιώματα πόνου, οι εμπειρίες ζωής και ο βαθμός προσαρμογής του, το υποστηρικτικό ή μη περιβάλλον (οικογενειακό, εργασιακό κ. ά.), η κόπωση, η επίδραση του περιβάλλοντος του νοσοκομείου, η κατάσταση της ψυχικής του υγείας, ποικίλοι στρεσογόνοι παράγοντες η ηλικία, το επίπεδο μόρφωσης κ.α.⁹⁴.

Ο νευροπαθητικός πόνος επιδεινώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών επηρεάζοντας την αντίληψη και την ένταση του πόνου. Επηρεάζει τη λειτουργικότητά τους σε κάποιες καθημερινές δραστηριότητες, όπως ντύσιμο και χτένισμα των μαλλιών, αλλά και την ψυχολογική τους κατάσταση, τις διαταραχές της διάθεσης και την προσωπικότητά τους⁹⁵.

2.4.2. Ποιότητα ζωής σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο

Ο κλάδος της ιατρικής που ασχολείται με την ενεργητική φροντίδα των ασθενών με προχωρημένη και εξελικτική ασθένεια που δεν ανταποκρίνεται σε θεραπευτικές ενέργειες είναι η παρηγορητική ιατρική. Η ανακουφιστική αγωγή αποτελεί τμήμα της υποστηρικτικής αγωγής. Ξεκινά τη στιγμή που γίνεται αντιληπτό ότι δεν μπορεί να επιτευχθεί ίαση με τα διαθέσιμα μέσα⁹⁶.

Το 2002 ο ΠΟΥ (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας) διατύπωσε τον ακόλουθο ορισμό για την ανακουφιστική αγωγή: «Ανακουφιστική Αγωγή είναι η ενεργή, ολιστική αντιμετώπιση των ασθενών, η οποία στοχεύει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής (ή αλλιώς της υποκειμενικής ευδαιμονίας), όταν η αγωγή για τη θεραπεία της ασθένειας και την παράταση της ζωής δεν αποτελεί πλέον ρεαλιστικό στόχο».

Η υποστηρικτική αγωγή αντιμετωπίζει τα φυσικά συμπτώματα και τις επιπλοκές ως συνεπεία της νόσου. Ελαττώνει ή προλαμβάνει την τοξικότητα της θεραπείας, βελτιώνει την επικοινωνία με τους ασθενείς και τους βοηθά να κατανοήσουν την έκταση της νόσου και την πρόγνωση. Αμβλύνει τη συναισθηματική επιβάρυνση των ασθενών και των οικείων τους, ενώ βοηθά τους ασθενείς με καρκίνο να αντιμετωπίσουν ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα⁹⁶.

Η ποιότητα ζωής στην παρηγορητική ή ανακουφιστική φροντίδα δεν είναι διαφορετική από την ποιότητα στη φροντίδα υγείας, αλλά στους ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο η ποιότητα ζωής είναι αυτοσκοπός. Επιβεβαιώνει τη ζωή και αντιμετωπίζει το θάνατο ως ένα φυσικό φαινόμενο της ζωής. Δεν επιταχύνει, ούτε επιβραδύνει το θάνατο⁹⁶.

Οι κατευθυντήριες αρχές της ανακουφιστικής αγωγής βασίζονται γενικά στα ανθρώπινα δικαιώματα, στα δικαιώματα των ασθενών, στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια, στην αλληλεγγύη, στην ελευθερία επιλογής. Σκοπός της είναι η επίτευξη της καλύτερης δυνατής ποιότητας ζωής, όχι μόνο για τους ασθενείς, αλλά και για τις οικογένειές τους. Προσφέρει ένα σύστημα υποστήριξης, ώστε ο ασθενής να είναι στην καλύτερη δυνατή κατάσταση και να έχει την καλύτερη ποιότητα ζωής σε συνάρτηση με το στάδιο της νόσου⁹⁶.

Η ανακουφιστική/παρηγορητική αγωγή έχει τους ακόλουθους στόχους:

- τον έλεγχο του πόνου
- τον έλεγχο των συμπτωμάτων
- τη ψυχολογική- συναισθηματική και πνευματική στήριξη
- τη στήριξη των φροντιστών κατά τη διάρκεια της φροντίδας και
- τη στήριξη των φροντιστών κατά τη διάρκεια του πένθους

Για την επίτευξη των παραπάνω στόχων θα πρέπει να λαμβάνονται οπωσδήποτε υπόψη η συμμετοχή των ασθενών στις αποφάσεις, η οικογένεια ως μονάδα φροντίδας, ποικίλα πνευματικά και υπαρξιακά ζητήματα, καθώς και η δημιουργία και η συνεργασία διεπιστημονικών ομάδων που στηρίζουν τον ασθενή

και την οικογένειά του (απαρτίζονται από νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, γιατρούς, ιερείς, ψυχολόγους, διαιτολόγους, φυσιοθεραπευτές και εθελοντές)⁹⁶.

Κρίνεται απαραίτητη η κρατική στήριξη, η πολιτική αναγνώριση της παρηγορητικής φροντίδας, η επάρκεια φαρμάκων (ιδιαίτερα ισχυρών οπιοειδών), η στελέχωση των ογκολογικών τμημάτων και των Ιατρείων Πόνου με επαρκή αριθμό ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και η ανάπτυξη και δημιουργία ευκαιριών για έρευνα.

2.5. Εργαλεία διάγνωσης νευροπαθητικού πόνου

Αρκετά εργαλεία διάγνωσης έχουν μεταφραστεί σε διαφορετικές γλώσσες εκτός της αρχικής, σ' ένα ποσοστό μεγαλύτερο από 30%⁹⁷.7 Σχετίζονται κυρίως με την περιγραφή διαφόρων χαρακτήρων του πόνου και βασίζονται:

- A. σε προφορικές αναφορές περιγραφής του πόνου (βελονιές και τσιμπήματα, ζέστη ή κάψιμο, θερμοκρασία, μουδιάσματα, ηλεκτρικό ρεύμα, επιδείνωση πόνου με το άγγιγμα, τα ρούχα, την πίεση, κ.α) και
- B. στην κλινική εξέταση⁹⁸⁻⁹⁹.

Για τη διάγνωση του νευροπαθητικού πόνου στον καρκίνο έχουν χρησιμοποιηθεί τα εξής εργαλεία:

2.5.1. Ερωτηματολόγιο Douleur Neuropathetique 4 Questions – DN4

Χρησιμεύει στη διάκριση ανάμεσα στο νευροπαθητικό και μη-νευροπαθητικό πόνο. Περιέχει ερωτήσεις που αφορούν την περιγραφή του πόνου, την εμφάνιση παραισθησίας/δυσαισθησίας εντός της επώδυνης περιοχής, την ύπαρξη αισθητικού ελλείμματος και τον προκλητό πόνο. Συγκεκριμένα το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει επτά ερωτήσεις που έχουν σχέση με την επώδυνη περιοχή και απαντά με ναι ή όχι εάν παρατηρείται: κάψιμο, επώδυνη αίσθηση κρύου, αίσθηση ηλεκτρικού ρεύματος, μυρμήγκιασμα, βελονιές και τσιμπήματα, μούδιασμα, φαγούρα. Περιλαμβάνει ακόμη 3 ερωτήσεις που απαντώνται από τον ασθενή επίσης με ναι ή όχι και προκύπτουν από την κλινική εξέταση της περιοχής που αισθάνεται πόνο. Ο ασθενής απαντά στο γιατρό εάν έχει υπαισθησία αφής ή υπαισθησία νύξης, ή εάν ο πόνος προκαλείται ή εντείνεται από τρίψιμο ή χαϊδεμα. Για κάθε απάντηση με ναι (θετική) βαθμολογείται με 1 και για κάθε όχι (αρνητική)

με 0. Εάν η βαθμολογία είναι ≥ 4 έχουμε διάγνωση νευροπαθητικού πόνου. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο εφαρμόστηκε σε γαλλικές έρευνες και απέδειξε καλή αξιοπιστία⁹⁴. Σε Ισπανική προοπτική επιδημιολογική πολυκεντρική μελέτη χρησιμοποιήθηκε το DN4 για να εκτιμηθεί η επίπτωση και η διαχείριση του νευροπαθητικού πόνου σε ογκολογικούς ασθενείς σε Ισπανικές Ογκολογικές μονάδες. Στη συγκεκριμένη μελέτη από τους 2567 (30%) ογκολογικούς ασθενείς που πονούσαν, το 33% είχαν νευροπαθητικό πόνο σύμφωνα με τους ερευνητές και το 19% σύμφωνα με το DN4³³. Σε άλλη Ισπανική μελέτη των Mañas et al, (2011), που αφορά στην επίπτωση του νευροπαθητικού πόνου σε ακτινοθεραπευτικές μονάδες χρησιμοποιήθηκε το DN4 ως διαγνωστικό εργαλείο και έδειξε ότι η επίπτωση του νευροπαθητικού πόνου σε σύνολο 1098 ασθενών με πόνο γενικά, ήταν 31,1% (291 ασθενείς)³⁷. Η ευαισθησία του DN4 ήταν 82.9% και η ειδικότητα 89.9%¹⁰⁰, ενώ στη μελέτη των Attal et al., (2011) σε ασθενείς με οσφυαλγία, η ευαισθησία του DN4 ήταν 80% και η ειδικότητά του 92%⁹⁷. Κατά τη στάθμισή του στα Κορεάτικα στη μελέτη των Kim et al., (2016), σε ασθενείς με χρόνια πόνο εξαιτίας εκφυλίσεων από τη σπονδυλική στήλη, η ευαισθησία και η ειδικότητα ήταν 87,1% και 94,1% αντίστοιχα, με cutoff ≥ 4 ¹⁰¹. Στη μελέτη των Perezetal., (2014) σε ασθενείς που λάμβαναν χημειοθεραπεία η ευαισθησία και η ειδικότητά του ήταν 87,5% και 88,4% αντίστοιχα¹⁰². Κατά τη στάθμιση του DN4 στην ελληνική γλώσσα σε ασθενείς με χρόνια πόνο, από τους Sykioti et al., (2015) με cutoff ≥ 4 , η ευαισθησία ήταν 89% και η ειδικότητα 78%¹⁰³.

Γενικά είναι ένα ερωτηματολόγιο απλό και εύκολο να εφαρμοσθεί^{37,103}.

2.5.2. Ερωτηματολόγιο Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs (LANSS) και Self report - LANSS (S-LANSS)

Πρόκειται για μία Αγγλική έκδοση ενός ερωτηματολογίου για τη διάγνωση και διάκριση του νευροπαθητικού από το μη νευροπαθητικό πόνο (αλγαισθητικό). Βαθμολογούνται 5 τύποι πόνου: θερμικός, δυασαισθητικός, παροξυσμικός, προκλητός και η αυτόνομη δυσλειτουργία⁹⁴.

Το LANSS είναι ένα απλό και έγκυρο εργαλείο 7 θεμάτων για την αναγνώριση του νευροπαθητικού πόνου. Οι πρώτες 5 ερωτήσεις αφορούν την παρουσία δυσάρεστων αισθήσεων στο δέρμα (βελονιές και τσιμπήματα, μυρμήγκιασμα, μούδιασμα κ.α) ή κόκκινο/ζεστό ή ροζ δέρμα. Παρουσιάζεται

αύξηση της ευαισθησίας του δέρματος στο άγγιγμα, κάψιμο, ή/και ξαφνική αίσθηση να χτυπάει ηλεκτρικό ρεύμα. Οι τελευταίες δύο ερωτήσεις αφορούν στον έλεγχο της αισθητικότητας για την παρουσία αλλοδυνίας και τροποποιημένο κατώφλι στο τρύπημα. Διαφορετικό σκορ καταγράφεται ανάλογα με τη σημαντικότητα του ερωτήματος για το νευροπαθητικό πόνο. Για τις θετικές απαντήσεις το μέγιστο είναι το 24. Με σκορ < 12 είναι απίθανο ο ασθενής να είναι νευροπαθητικός, ενώ σκορ > 12 είναι πιθανό κάποιοι νευροπαθητικοί μηχανισμοί να συμβάλλουν στον πόνο του ασθενούς. Είναι ένα απλό τεστ που από τη μία συμπληρώνεται εύκολα από τον ασθενή και από την άλλη αποτελεί μία σύντομη κλινική εκτίμηση¹⁰⁴. Το LANSS χρησιμοποιήθηκε επίσης σε μία αγγλική μελέτη των Potter et al., (2003) ως εργαλείο διάγνωσης νευροπαθητικού πόνου σε ογκολογικούς ασθενείς με καρκίνο κεφαλής τραχήλου. Ο ειδικός ερευνητής διέγνωσε νευροπαθητικό πόνο στους 14 από τους 25 ασθενείς που πονούσαν (οι 13 παρουσίασαν μικτό πόνο). Το LANSS αναγνώρισε 11 από τους 25 ασθενείς με νευροπαθητικό πόνο και είχε ευαισθησία 79% και ειδικότητα 100%, δίνοντας αρκετά καλά αποτελέσματα (απλό και εύχρηστο), αν και μπορεί να βελτιωθεί ακόμη περισσότερο¹⁰⁵. Στη μελέτη των Perez et al., (2014) σε ασθενείς που ελάμβαναν χημειοθεραπεία η ευαισθησία και η ειδικότητα του LANSS ήταν 68,1% και 93,4% αντίστοιχα¹⁰², ενώ σε παλαιότερη μελέτη του Bennett (2001) είχε ευαισθησία 83% και ειδικότητα 87%¹⁰⁴.

Το S-LANSS πρόκειται για ένα αυτοσυμπληρούμενο εργαλείο (κλίμακα αυτοαναφοράς) διάγνωσης του νευροπαθητικού πόνου και τη διάκρισή του από τον αλγαισθητικό, χωρίς τη διαδικασία της κλινικής εξέτασης. Από τη μελέτη των Mercadante et al., (2009), σε ογκολογικούς ασθενείς με καρκινικό πόνο μελετήθηκε η ευαισθησία και η ειδικότητα του S-LANSS και τα αποτελέσματα έδειξαν 29,5% ευαισθησία και 91,4% ειδικότητα¹⁰⁶.

Σε μελέτη των Bennett et al., (2005), 200 ασθενείς με χρόνιο πόνο συμπλήρωσαν το S-LANSS χωρίς βοήθεια και στη συνέχεια συμπληρώθηκε από τον ερευνητή μετά από συνέντευξη. Το S-LANSS αναγνώρισε σωστά το 75% των τύπων του πόνου των ασθενών που το συμπλήρωσαν χωρίς βοήθεια και το 80% αυτών που εκτιμήθηκαν μετά από συνέντευξη. Στάλθηκε επίσης μέσω ταχυδρομείου σε 160 ασθενείς στην κοινότητα και σε 150 νέους ασθενείς που περίμεναν μετά από παραπομπή να εκτιμηθούν από το Ιατρείο Πόνου. Στη μελέτη μέσω του ταχυδρομείου στα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια που επιστράφηκαν (128/174) διαγνώστηκαν με νευροπαθητικό πόνο οι 58 ασθενείς (57,5% των

ασθενών). Το ότι σχεδόν όλοι οι ασθενείς (95% έως 99%) το συμπλήρωσαν και το έστειλαν πίσω, υποστηρίζει την αποδοχή του S-LANSS από τους ίδιους τους ασθενείς. Η ευαισθησία του ανάλογα με το cutoff σκορ, κυμαίνεται από 74% (cutoff ≥ 12) και 78% (cutoff ≥ 10) και η ειδικότητά του 76% και 68% αντίστοιχα. Είναι σύμφωνο με την κλινική διάγνωση κατά 75 %¹⁰⁷.

Σε επόμενη μελέτη των Walsh et al., (2012), το S-LANSS αναγνώρισε τους 15 (33%) από τους 45 ασθενείς με σκορ ≥ 12 , ενώ το DN4 τους 19 (42%) με σκορ ≥ 4 , σε ασθενείς με πόνο στο πόδι σχετιζόμενο με οσφυαλγία. Υπήρξε συμφωνία των δύο ερωτηματολογίων σχετικά με την ταξινόμηση του νευροπαθητικού πόνου με rvalue 0.34. Υπήρξε επίσης μέτρια προς καλή συσχέτιση μεταξύ των σκορ που έδωσαν τα δύο ερωτηματολόγια ($r=0.62$, $P < .001$)¹⁰⁸.

Στη μελέτη των Reyes-Gibby et al., (2010), 240 γυναικών με καρκίνο μαστού που επιβίωσαν από τη νόσο, το 45% αυτών ανέφεραν πόνο την τελευταία εβδομάδα. Από αυτές που ανέφεραν πόνο, το 33% είχε νευροπαθητικό πόνο σύμφωνα με το θεράπον ιατρό και το 19% είχε θετικό το S-LANSS, με 67% ευαισθησία και 93,5% ειδικότητα¹⁰⁹.

Το S-LANSS χρησιμοποιήθηκε επίσης στη μελέτη των Potter et al., (2003) ως εργαλείο διάγνωσης νευροπαθητικού πόνου σε ογκολογικούς ασθενείς με καρκίνο κεφαλής τραχήλου και έδειξε ευαισθησία και ειδικότητα 79%⁵⁰. Στη μελέτη των Batistaki et al., (2016), σε ασθενείς με χρόνια πόνο, κατά τη μετάφραση, πολιτισμική προσαρμογή και στάθμιση του LANSS και του S-LANSS στην ελληνική γλώσσα, υπολογίστηκε η ευαισθησία και η ειδικότητα. Για το μεν LANSS ήταν 82,76% και 95,24% και για το S-LANSS 86,21% και 95,24% αντίστοιχα¹¹⁰.

2.5.3. Ερωτηματολόγιο ID Pain

Περιλαμβάνει 5 περιγραφικά θέματα αισθητικότητας και 1 θέμα σχετικά με το εάν ο πόνος εντοπίζεται στις αρθρώσεις (χρησιμοποιείται για τη διάγνωση του αλγαισθητικού πόνου). Δεν απαιτεί επίσης κλινική εξέταση¹¹¹.

Στη μελέτη των Reyes-Gibby et al., (2010), 240 γυναικών με καρκίνο μαστού που επιβίωσαν από τη νόσο, το 45% αυτών ανέφεραν πόνο την τελευταία εβδομάδα. Από αυτές που ανέφεραν πόνο, το 33% είχε νευροπαθητικό πόνο σύμφωνα με το θεράπον ιατρό, το 39% είχαν θετικό ID Pain (≥ 2). Το ID Pain δεν είναι ένα εργαλείο πολλών διαστάσεων, διότι δεν παρέχει μέτρηση της έντασης του

πόνου ούτε των χαρακτηριστικών του. Ως διαγνωστικό εργαλείο, πάντως όσον αφορά στην ανάπτυξή του, είναι εύκολο στη χρήση, έγκυρο και με προβλεπόμενη ακρίβεια. Έδειξε 50% ευαισθησία και 86% ειδικότητα¹⁰⁹. Το ερωτηματολόγιο ID Pain έδειξε επίσης 73% ευαισθησία και 69% ειδικότητα στη μελέτη του Portenoy (2006)¹¹¹.

2.5.4. Ερωτηματολόγιο νευροπαθητικού πόνου – Neuropathic Pain Questionnaire (NPQ)

Περιλαμβάνει 12 θέματα εκ των οποίων τα 8 χρησιμεύουν στη διάκριση της μορφής του πόνου και τα 2 στην παρακολούθηση των συμπτωμάτων. Ο πόνος διακρίνεται σε 8 κατηγορίες: καυστικός, υπερβολική ευαισθησία στην αφή, διαξιφιστικός, αιμωδίες, σαν ηλεκτρικό ρεύμα, νηγμώδης, συσφικτικός και αίσθηση ψύχους. Ο ασθενής βαθμολογεί τον πόνο ως δυσάρεστο ή ανυπόφορο και καλείται να συσχετίσει την αιτία του πόνου με την αφή ή την αλλαγή του καιρού. Η ευαισθησία και η αξιοπιστία της μεθόδου είναι μέτριες⁹⁴. Η ευαισθησία του σύμφωνα με τους Krause and Bakonja, 2003 ήταν 66,6% και η ειδικότητα 74,4%¹¹² και σύμφωνα με τους Bennett et al., (2005) η ευαισθησία ήταν 74% ενώ η ειδικότητα 89%, με μια συμφωνία του NPQ με την κλινική διάγνωση, 73%^{107,112}.

2.5.5. Ερωτηματολόγιο PainDETECT

Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο που αναπτύχθηκε και σταθμίστηκε το 2006 από την ομάδα του Freynhagen R και των συνεργατών του, σε μια προοπτική, πολυκεντρική μελέτη, με την υποστήριξη της φαρμακευτικής εταιρείας Pfizer και μετρά τον επιπολασμό του νευροπαθητικού πόνου και ιδιαίτερα την παρουσία του στην χρόνια οσφυαλγία (8000 ασθενείς)¹¹³.

Αποτελεί ένα απλό και εύκολο εργαλείο για χρήση από τον ίδιο τον ασθενή. Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο με 9 θέματα τα οποία δεν απαιτούν κλινική εξέταση. Τα 7 θέματα περιγράφουν τη διαβάθμιση της αισθητικότητας (ποτέ έως πολύ έντονα) και τα δύο σχετίζονται με τα προσωρινά χαρακτηριστικά του πόνου εξατομικευμένα για τον κάθε ασθενή. Με το ερωτηματολόγιο αυτό διαπιστώθηκε ότι το 37% των πασχόντων από χρόνια οσφυαλγία έχουν νευροπαθητικό πόνο¹¹³⁻¹¹⁶.

Εάν η συνολική βαθμολογία είναι μεγαλύτερη ή ίση του 19, τότε είναι πιθανή η ύπαρξη νευροπαθητικού πόνου, ενώ εάν είναι κάτω από 12, τότε το να πάσχει ο ασθενής από νευροπαθητικό πόνο είναι μάλλον απίθανο. Αμφιβολίες διατυπώνονται εάν το αποτέλεσμα κυμαίνεται μεταξύ 13 και 18^{94,113}.

Η ευαισθησία του ερωτηματολογίου είναι 85% και η ειδικότητά του 80%¹¹³, ενώ στη μελέτη των Garzón-Rodríguez et al., (2013) σε μη νοσηλευόμενους ογκολογικούς ασθενείς (εξωτερικούς ασθενείς) με χρόνια πόνο η ευαισθησία του ήταν 53% και η ειδικότητά του 77%³⁰.

Υπάρχουν και άλλα ερωτηματολόγια τα οποία όμως χρησιμοποιούνται πιο σπάνια ή μόνο σε κλινικές μελέτες.

Τον Απρίλιο του 2013, με πρωτοβουλία της ΠΑΡΥΣΗΑ, πραγματοποιήθηκε η πρώτη συνάντηση ειδικών για τη σύνταξη Κατευθυντηρίων Οδηγιών για τον νευροπαθητικό πόνο. Μετά από συναίνεση για την διάγνωση του Νευροπαθητικού Πόνου (ΝΠ) αποφασίσθηκαν τα εξής: α) Τα διαγνωστικά ερωτηματολόγια του νευροπαθητικού πόνου μπορεί να αποτελέσουν το πρώτο βήμα στην διαγνωστική διαδικασία για την αναγνώριση του νευροπαθητικού πόνου. β) Τα αποτελέσματά τους θα πρέπει να συνδυασθούν με την γενική εξέταση του ασθενούς, έτσι ώστε να βρεθεί η δυνητική αιτία του πόνου. γ) Τα ερωτηματολόγια που έχουν σταθμισθεί στην Ελληνική γλώσσα θα πρέπει να προτιμούνται. δ) Στην Ελληνική γλώσσα έχουν σταθμισθεί το DN4¹⁰⁰, και το Pain Detect¹¹³, το LANSS και το S-LANSS¹¹⁰.

Τα διαγνωστικά ερωτηματολόγια έχουν σταθμισθεί σε ασθενείς που έχουν πόνο αποκλειστικά ή κυρίως μόνο σε μία θέση. Η ικανότητα αυτών των εργαλείων να διακρίνουν το νευροπαθητικό από το μη νευροπαθητικό πόνο, είναι αξιόπιστη εάν και όταν εφαρμόζονται σε ασθενείς με μία επώδυνη περιοχή και ταυτόχρονα να εκτιμούνται συνολικά οι σωματικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί, πολιτισμικοί, πνευματικοί παράγοντες^{29,40}, που συνδέονται ή όχι με τον πόνο. Κρίνεται απαραίτητο να επισημανθεί ότι όλα τα διαγνωστικά εργαλεία για το νευροπαθητικό πόνο έχουν σταθμισθεί σε ασθενείς με χρόνια πόνο γενικά και όχι σε ασθενείς με καρκίνο¹¹⁷. Η αποτελεσματική διαχείριση του νευροπαθητικού πόνου εξαρτάται από τη σωστή αναγνώριση της προέλευσης του πόνου (κατευθείαν από τον όγκο ή από την αντικαρκινική θεραπεία) ή άλλη νόσο, την κλινική εκτίμηση, τον τύπο του πόνου (αλγαισθητικός – νευροπαθητικός) και τη χρήση των κατάλληλων

διαγνωστικών εργαλείων. Αναγκαία κρίνεται η περιοδική επανεκτίμηση του ασθενή^{29,40,118}. Τα διαγνωστικά εργαλεία που έχουν δημιουργηθεί παρόλο που δεν μπορούν ν' αναγνωρίσουν το 10-20% των ασθενών με νευροπαθητικό πόνο που έχουν ήδη διαγνωστεί από τον κλινικό γιατρό, προσφέρουν ένα είδος καθοδήγησης στους γιατρούς που θέτουν τη διάγνωση⁹⁵, χωρίς ν' αντικαθιστούν την κρίση του και τα αποτελέσματά τους θα πρέπει να ερμηνεύονται στα πλαίσια μιας γενικότερης εκτίμησης αυτών των ασθενών. Παρέχουν και ένα κύριο εκπαιδευτικό ρόλο στο ν' αποδείξουν ότι η αναγνώριση του νευροπαθητικού πόνου είναι εφικτή ακόμη και από τους μη ειδικούς στον πόνο γιατρούς. Επιπρόσθετα τα διαγνωστικά εργαλεία δε χρησιμοποιούνται για να εκτιμήσουν τα αποτελέσματα του θεραπευτικού αποτελέσματος και δε δίνουν πληροφορίες για την αιτία του πόνου, της βλάβης ή της νόσου, η διάγνωση των οποίων απαιτεί κλινική εξέταση σε συνδυασμό με απεικονιστικό, εργαστηριακό ή ηλεκτροφυσιολογικό έλεγχο του ασθενούς^{117,119}.

2.6. Εργαλεία εκτίμησης ποιότητας ζωής και Ψυχοπαθολογίας

2.6.1. Ερωτηματολόγιο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHOQOL-BREF)για την ποιότητα ζωής

Το ερωτηματολόγιο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHOQOL-BREF). αποτελείται από 100 ερωτήσεις⁸⁰ και παρέχει πληροφορίες για την Σωματική Υγεία, την Ψυχολογική Υγεία, τις Κοινωνικές Σχέσεις και το Περιβάλλον. Δίνει επίσης ένα γενικό δείκτη εκτίμησης της ποιότητας ζωής και της γενικής κατάστασης της υγείας. Θεωρείται έγκυρο και αξιόπιστο ερωτηματολόγιο, η δε συντομευμένη αυτή μορφή θεωρείται περισσότερο χρήσιμη και ευέλικτη για μελέτες που απαιτούν μια σύντομη εκτίμηση της ποιότητας ζωής, όπως οι μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες και οι κλινικές δοκιμές. Συνίσταται ιδιαίτερα για χρήση από επαγγελματίες υγείας που εξετάζουν την αποτελεσματικότητα διαφόρων θεραπευτικών παρεμβάσεων⁸⁰. Η ικανότητά του να εκτιμήσει την ποιότητα ζωής και η καλή του λειτουργία ως τέτοιου εργαλείου, έχει εκτιμηθεί σε μεγάλες μελέτες, κυρίως σε αναπτυσσόμενες και αναπτυσσόμενες χώρες και έχει μεταφραστεί μέχρι στιγμής σε 12 γλώσσες. Ενδιαφέρον σημείο στο θέμα αυτό, είναι το γεγονός πως στις διαπολιτιστικές αυτές μελέτες, οι γυναίκες απέδωσαν πολύ μεγαλύτερη

σημασία και εκτιμούσαν ως ιδιαίτερα σημαντικά τα θέματα των ερωτήσεων από ότι οι άντρες και αυτό ίσχυε και για τις μικρότερες ηλικίες, σε σχέση με τις μεγαλύτερες¹²⁰.

2.6.2. Ερωτηματολόγιο SCL-90 για την εκτίμηση της ψυχοπαθολογίας

Η κλίμακα SCL-90 αναπτύχθηκε από τον Derogatis (1977) και αποτελεί ένα πολυδιάστατο ερωτηματολόγιο εκτίμησης της ψυχοπαθολογίας με 90 ερωτήματα, τα οποία είναι έτσι διατυπωμένα ώστε να δίνουν ένα μέτρο για την ένταση της συμπτωματολογίας σε αρκετές διαστάσεις της ψυχοπαθολογίας¹²¹. Θεωρείται ένα έγκυρο εργαλείο εκτίμησης της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας τόσο για τον γενικό πληθυσμό, όσο και για χρήση σε ψυχιατρικούς ασθενείς αλλά και σε ασθενείς που πάσχουν από διάφορες σωματικές νόσους. Εμπεριέχει εκτιμήσεις για 9 διαστάσεις ψυχιατρικής συμπτωματολογίας: τη σωματοποίηση, τα ιδεοψυχαναγκαστικά-καταναγκαστικά συμπτώματα, την διαπροσωπική ευαισθησία, την κατάθλιψη, το άγχος, την επιθετικότητα, το φοβικό άγχος, τον παρανοειδή ιδεασμό και τον ψυχωτισμό. Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (0-1-2-3-4). Πέραν του εξαγόμενου δείκτη για κάθε υποκλίμακα, προκύπτουν 3 συνολικοί δείκτες, οι οποίοι αφορούν το γενικό δείκτη συμπτωμάτων, το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων και το δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων αντίστοιχα¹²¹.

Η προσαρμογή της κλίμακας στον Ελληνικό πληθυσμό παρουσίασε ικανοποιητική εγκυρότητα κριτηρίου και συγκλίνουσα εγκυρότητα, καθώς και σημαντικές συσχετίσεις των υποκλιμάκων της με συναφείς υποκλίμακες του MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory)¹²²⁻¹²³.

3.0 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η Επίπτωση του νευροπαθητικού πόνου σε ασθενείς με καρκίνο ποικίλλει από 0.5 έως και 20% για αμιγή νευροπαθητικό καρκινικό πόνο, ενώ 30-40% των ασθενών με καρκίνο υποφέρουν από μικτής αιτιολογίας (αλγαισθητικό-νευροπαθητικό πόνο)²¹, ενώ δεν υπάρχουν δεδομένα για την επίπτωσή του στον Ελληνικό χώρο. Οι διαφορές στην επίπτωση του νευροπαθητικού πόνου οφείλονται πιθανότατα στις διαφορές που υπάρχουν σε ασθενείς με διαφορετικό στάδιο της νόσου, όπως επίσης στην ευαισθησία και ειδικότητα διαγνωστικών εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν.

Βασικοί σκοποί της μελέτης ήταν να μελετήσουμε :

- Την επίπτωση του νευροπαθητικού πόνου στους Ογκολογικούς ασθενείς
- Τη διαγνωστική ακρίβεια του DN4, του Pain Detect και του S-LANSS για την αναγνώριση του νευροπαθητικού πόνου, σε σύγκριση με τη διάγνωση και την αξιολόγησή του Ειδικού για τον πόνο Αναισθησιολόγο
- Την ευαισθησία και την ειδικότητά των τριών ερωτηματολογίων του DN4, του Pain Detect και του S-LANSS και
- Τη σχέση της ψυχολογικής καταπόνησης, του πόνου και της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής.

4.0. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Πρόκειται για μια συγχρονική(cross-sectional)προοπτική, επιδημιολογική, μελέτη παρατήρησης, η οποία πραγματοποιήθηκε σε Εξωτερικό Ιατρείο Πόνου, ενός μόνο Κέντρου. Εγγράφηκαν 256 ογκολογικοί ασθενείς με χρόνια καρκινικό πόνο, που προσήλθαν ύστερα από παραπομπή από τον Ογκολόγο ή από ιατρούς άλλων ειδικοτήτων στο Ιατρείο Πόνου, από τον Απρίλιο του 2012 έως και τον Ιούλιο του 2015.

Κριτήρια εισαγωγής

Ογκολογικοί ασθενείς ηλικίας ≥ 18 ετών, χρόνιος πόνος διάρκειας > 3 μήνες, προσδόκιμο επιβίωσης ≥ 3 μήνες. Ασθενείς με πολύ καλή γνώση της ελληνικής γλώσσας (γραφή, κατανόηση και ανάγνωση) και Πόνο ≥ 4 όπως ορίζεται από την αριθμητική κλίμακα αξιολόγησης του πόνου (Numerical Pain Scale – NRS από 0-10, όπου 0 καθόλου πόνος και όπου 10 αφόρητος πόνος).

Κριτήρια αποκλεισμού

Αποκλείστηκαν οι ασθενείς χωρίς πόνο την τελευταία εβδομάδα, οι ασθενείς οι οποίοι δεν μπορούσαν να συμπληρώσουν επαρκώς τα ερωτηματολόγια και οι ασθενείς με σοβαρή νόσο αναπνευστικού, ηπατική ή/και νεφρική ανεπάρκεια. Εξαιρέθηκαν επίσης οι ασθενείς με διαγνωσμένη Ψυχιατρική και Νευρολογική διαταραχή, με κατάχρηση ουσιών (ναρκωτικά και αλκοόλ), με σακχαρώδη διαβήτη και όσοι ελάμβαναν παρεντερική σίτιση από ρινογαστρικό σωλήνα (Levin) ή γαστροστομία. Τέλος αποκλείστηκαν και οι ασθενείς με πόνο κεντρικής αιτιολογίας, ινομυαλγία, προηγούμενο ιστορικό νευροπαθητικού πόνου και περιφερική νευροπάθεια εξαιτίας της Χημειοθεραπείας ή νευροπάθεια οφειλόμενη στην Ακτινοθεραπεία.

Η μελέτη διεξήχθη μετά από έγκριση από την Επιστημονική Επιτροπή του Π.Γ.Ν.Ιωαννίνων και μετά από ενυπόγραφη ενημερωμένη συγκατάθεση.

Η διάγνωση νευροπαθητικού πόνου έγινε από τον ειδικό Αναισθησιολόγο (gold standard) μετά από λεπτομερή λήψη ιστορικού και κλινική εξέταση, που περιλάμβανε μια αδρή νευρολογική εξέταση και ενδεχομένως διαγνωστικές και απεικονιστικές εξετάσεις.

Σε όλους τους ασθενείς κατά την πρώτη επίσκεψη στο Ιατρείο πόνου καταγράφηκαν:

- τα κοινωνικο-δημογραφικά δεδομένα, ο τύπος του καρκίνου, η παρουσία μεταστάσεων
- η εντόπιση (χρησιμοποιώντας ένα χάρτη σώματος)
- η ένταση (NRS 0-10) και η αιτία του πόνου
- η εντόπιση του όγκου, η παρούσα φαρμακευτική αγωγή (αναλγητική και θεραπευτική – ανακουφιστική), η πιθανή τοξικότητα από θεραπευτικές επιλογές
- άλλα συνοδά προβλήματα, καθώς και η έκβαση των ασθενών
- η ποιότητα ζωής και το ψυχοκοινωνικό ιστορικό

Στη συνέχεια ελήφθη υπόψη η διάγνωση του παραπέμποντος Ιατρού και συμπληρώθηκε το DN4 μετά από συνέντευξη με τον ασθενή από άλλον ειδικά εκπαιδευμένο γιατρό, ενώ ο ασθενής συμπλήρωσε τα δύο ερωτηματολόγια: το Pain Detect και το S-LANSS.

Όλοι οι ασθενείς είχαν και μία πρώτη συνεδρία με τον Ψυχολόγο του Ιατρείου Πόνου, όπου αξιολογήθηκαν η ποιότητα ζωής, με το ερωτηματολόγιο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHOQOL-BREF)⁸⁰ και η παρουσία ψυχοπαθολογίας με την κλίμακα SCL-90. Οι συνεδρίες με τον Ψυχολόγο συνεχίστηκαν στις περιπτώσεις που το επιθυμούσε ο ίδιος ο ασθενής, ή η οικογένειά του.

Κλινική εκτίμηση

A. Στο ιστορικό καταγράφηκαν στοιχεία που αφορούσαν: στην έναρξη, στην ένταση, στη συχνότητα, στην τοπογραφική εντόπιση, στα χαρακτηριστικά, στην αντανάκλαση του πόνου και στο είδος του, στους παράγοντες ανακούφισής του ή επιδείνωσης, στην προηγούμενη και παρούσα φαρμακευτική και αναλγητική αγωγή (παρενέργειες - αποτελεσματικότητα). Καταγράφηκαν επίσης το ατομικό, οικογενειακό και ψυχοκοινωνικό ιστορικό.

Β. Στην κλινική εξέταση πραγματοποιήθηκε: επισκόπηση αναφορικά με τη στάση του σώματος και την κίνηση του ασθενούς, ελέγχθηκε η παρουσία οιδημάτων, έγινε επισκόπηση του δέρματος και καταγράφηκαν τυχόν αποχρωματισμός και ατροφία δέρματος και ονύχων (βλάβη συμπαθητικού συστήματος). Ελέγχθηκαν επίσης διαταραχές της εφίδρωσης. Τέλος πραγματοποιήθηκε ψηλάφηση μυών, οστών, νεύρων και ελέγχθηκε η διάθεση του ασθενούς και η εξωτερική του πόνου – προσωπείο, λεκτικά και μη λεκτικά.

Ανιχνεύτηκε τυχόν ευαισθησία, κατά την κίνηση ή την ηρεμία. Ψηλαφήθηκαν αρχικά οι επώδυνες περιοχές και στη συνέχεια έγινε η κατά στρώματα- εξέταση των ιστών του δέρματος, του υποδόριου ιστού, των επιπολής και των εν τω βάθει μυϊκών ιστών.

Έλεγχος κινητικότητας: Ο ειδικός Αναισθησιολόγος παρατήρησε για τυχόν δεσμιδώσεις και αυτόματες κινήσεις (τρόμος, σπαστικότητα), το μυϊκό τόνο και τη μυϊκή ισχύ. Δοκίμασε όλες τις κινήσεις των αρθρώσεων και των άκρων και παρατήρησε την ευκολία με την οποία γινόταν (υπερτονία ή υποτονία, αδυναμία, κόπωση). Ήλεγξε το συντονισμό των κινήσεων των άνω και κάτω άκρων και των τενόντιων αντανακλαστικών.

Έλεγχος της αισθητικότητας: Πραγματοποιήθηκε η χρήση τολύπιου βάμβακος και λεπτής βελόνας (pinprick) για τον έλεγχο της αφής. Χρησιμοποιήθηκαν δύο δοκιμαστικά σωληνάκια το ένα γεμάτο με καυτό νερό και το άλλο με παγωμένο, για την αναζήτηση του θερμού και του ψυχρού, για την εξέταση της επιφανειακής αίσθησης διαφοράς θερμοκρασίας. Αξιολογήθηκε η αντίδραση στην πίεση και συγκεκριμένα η απαλή πίεση μυών ή αρθρώσεων για την εν τω βάθει ευαισθησία (μηχανική εν τω βάθει υπεραλγησία) και η αντίδραση στο άγγιγμα – ακόμα και η επαφή με τα σεντόνια ή τα ρούχα (εξαιρετικά επώδυνη κάποιες φορές).

Γ. Εργαλεία διάγνωσης νευροπαθητικού πόνου, ποιότητας ζωής και ψυχοπαθολογίας : Χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια: DN4, Pain Detect (PD-Q) και S-LANSS για τη διάγνωση του νευροπαθητικού πόνου.

Για την εκτίμηση της Ποιότητας Ζωής χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHOQOL-BREF) και για την εκτίμηση της Ψυχοπαθολογίας χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα SCL-90 (Τα ερωτηματολόγια παρατίθενται στο τέλος, στα Παραρτήματα 1,2,3,4 και 5).

5.0. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Παρατίθενται οι περιγραφικές μετρήσεις, όπως ο μέσος όρος και ο σταθερός διαχωρισμός για την περιγραφή συνεχόμενων δεδομένων, ποσοστών, καθώς και μετρήσεων, ταξινομημένα σε κατηγορίες. Εκτιμήθηκαν οι διαφορές μεταξύ των αρχικών χαρακτηριστικών με τη χρήση ανεξάρτητων δειγμάτων t- test στην περίπτωση των μεταβλητών μιας κλίμακας και τη χρήση του Chi-square test στην περίπτωση κάποιας κατηγοριοποίησης.

Η διαγνωστική ακρίβεια της κάθε μιας από τις τρεις μεθόδους υπολογίστηκε με τη χρήση της ανάλυσης της καμπύλης ROC (receiver operating characteristics), υπολογίζοντας την AUC (περιοχή κάτω από την καμπύλη). Στη συνέχεια συγκρίθηκαν μεταξύ τους όλες οι AUC's με τη χρήση του DeLong's test με σκοπό να εκτιμηθούν οι διαφορές μεταξύ τους. Οι δείκτες αξιοπιστίας που χρησιμοποιήθηκαν είναι, για το μεν DN4, ο Küder Richardson, ενώ για το Pain Detect, ο Cronbach's α . Η ανάλυση ισχύος για τις διαφορές μεταξύ των δύο AUC's (του DN4 και του Pain Detect), πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του PASS v.11.0. Η στατιστική διαφορά ορίστηκε στο 0,05 και η ανάλυση εκτελέστηκε με τη χρήση του stata v12.0.

6.0. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 256 ασθενείς με καρκίνο, οι οποίοι παραπέμφθηκαν στο Ιατρείο Πόνου. Από αυτούς αποκλείστηκαν οι 71:

- Αιματολογικά περιστατικά (n= 3, 4%)
- Ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη (n= 9, 13%),
- Ασθενείς με περιφερική νευροπάθεια μετά από Χημειοθεραπεία (n= 6, 8%),
- Ασθενείς ≥ 75 έτη και ασθενείς με ελλιπή στοιχεία (n= 53, 75%)

Τελικά, στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν και αναλύθηκαν 185 ασθενείς.

6.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στον παρακάτω πίνακα (Πίνακα 1) περιγράφονται τα δημογραφικά και άλλα βασικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στη μελέτη κατά την 1^η επίσκεψη (μέσος όρος), καθώς επίσης και ο αριθμός των ασθενών με μέτριο (NRS = 5-6) και σοβαρό/αβάσταχτο πόνο (NRS = 7-10).

Στον Πίνακα 2 περιγράφονται τα δημογραφικά και άλλα βασικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στη μελέτη, των ασθενών δηλαδή με νευροπαθητικό και με αλγαισθητικό πόνο (διάγνωση γιατρού) κατά την 1^η επίσκεψη (μέσος όρος), καθώς επίσης και το p value.

Πίνακας 1. Δημογραφικά και βασικά χαρακτηριστικά ασθενών με καρκίνο και χρόνια πόνου

	Αριθμός Ασθενών n=185, %
Ηλικία (έτη), μέσος όρος	63,48 ±11,057
Φύλο, γυναίκα/άνδρας, n (%)	n=61, (33) / n=124, (67)
Βάρος (kg) μέσος όρος	68,62 ± 16,49
Οικογενειακή κατάσταση n (%)	
Έγγαμος/η	134 (72)
Άγαμος/η	13 (7)
Χωρισμένος/η	10 (5)
Χήρος/α	19 (10)
Μορφωτικό επίπεδο n (%)	
Πρωτοβάθμια εκπαίδευση	108(58)
Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	26 (14)
Τεχνολογικά Ιδρύματα	4 (2)
Ιδιωτική Επαγγελματική εκπαίδευση	2 (1)
Πανεπιστήμιο	20 (11)
Πιο συχνός τύπος καρκίνου, n (%)	
Πνεύμονας	59 (32)
Πάγκρεας	18 (10)
Μαστός	16 (8,5)
Έντερο	15 (8)
Prostate	14 (7,5)
Ουροδόχο κύστη	10 (5)
Συχνότερη περιοχή/ όργανο μετάστασης, n (%)	
Οστά	102 (55)
Πνεύμονες	67 (36)
Ήπαρ	70 (38)
Λεμφαδένες	54 (29)
Άλλο	63 (34)
Συχνότερο σημείο εντόπισης πόνου, n (%)	
Άνω άκρα	49 (26)
Κάτω άκρα	70 (38)
Οσφύ	88 (48)
Κοιλιακή χώρα	56 (30)
Ένταση του πόνου (Numeric Rating Scale –NRS, σκορ 0-10):	
Ήπιος πόνος (NRS = 4) n (%)	14 (7,5)
Μέτριος πόνος (NRS: 5-6) n (%)	81 (44)
Σοβαρός /αβάσταχτος πόνος (NRS: 7-10) n (%)	90 (48,5)

Πίνακας 2. Δημογραφικά και βασικά χαρακτηριστικά ασθενών με νευροπαθητικό πόνο (ΝΠ) και με μη νευροπαθητικό πόνο (ΜΜΝ)

	Νευροπαθητικός πόνος σύμφωνα με το γιατρό (n=76)	Μη νευροπαθητικός πόνος(n=109)	P value
Ηλικία (έτη), μέσος όρος	61,70 ± 11,54	65± 10,50	0,050
Φύλο, γυναίκα/άνδρας, n (%)	23/53, (30.3/69.7)	37/69, (33.9/65.1)	0,511
Βάρος (kg) μέσος όρος	69,66 ± 15,23	67,59 ± 17,75	0,418
Μορφωτικό επίπεδο n (%)			
Πρωτοβάθμια εκπαίδευση	42 (55)	66 (60.5)	0,340
Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	12 (16)	14 (13)	
Τεχνολογικά Ιδρύματα	2 (3)	2 (2)	
Ιδιωτική Επαγγελματική εκπαίδευση	1(1.4)	1(1)	
Πανεπιστήμιο	10 (15)	10 (9)	
Πιο συχνός τύπος καρκίνου n (%)			
Πνεύμονας	29 (38)	30 (27.5)	0,121
Πάγκρεας	4 (5)	14 (13)	
Μαστός	11(14.5)	5 (4.5)	
Έντερο	6 (8)	9 (8)	
Προστάτης	6 (8)	8 (7)	
Ουροδόχος κύστη	2 (3)	8 (7)	
Συχνότερη περιοχή/ όργανο μετάστασης, n (%)			
Οστά	40 (53)	62 (57)	0,785
Πνεύμονες	34 (45)	33 (30)	0,146
Ήπαρ	30 (39.5)	40 (37)	0,663
Λεμφαδένες	22 (29)	32 (29)	0,857
Άλλο	21 (28)	42(38.5)	0,023
Συχνότερο σημείο εντόπισης πόνου, n (%)			
Άνω άκρα	33 (43)	16 (15)	<0,001
Κάτω άκρα	32 (42)	38 (35)	0,313
Οσφύ	29 (38)	59 (54)	0,033
Κοιλιακή χώρα	15 (20)	41 (37.5)	0,009
Ένταση του πόνου (Numeric Rating Scale –NRS, σκορ 0-10), κατά την 1 ^η επίσκεψη (μέσος όρος)	6,30±1,79	6,28±1,97	0,945

Στον πίνακα 2α καταγράφεται η ένταση του χειρότερου πόνου (NRS, σκορ 0-10) στις χρονικές στιγμές μία εβδομάδα πριν την επίσκεψή του στο Ιατρείο πόνου, κατά την 1^η επίσκεψη, και κατά την τελευταία εβδομάδα της ζωής, των συμμετεχόντων ασθενών (0=με μη νευροπαθητικό πόνο και 1=με νευροπαθητικό πόνο).

Πίνακας 2α: Ένταση πόνου σε ασθενείς με αλγαισθητικό και νευροπαθητικό πόνο κατά τη διάρκεια της θεραπείας

	0=μη νευροπαθητικός πόνος και 1=νευροπαθητικός πόνος	Αριθμός ασθενών	Ένταση πόνου (NRS 0-10) $\bar{x} \pm sd$	Std. Λάθος Μέσος όρος
Κατά την 1 ^η επίσκεψη	0	106	6,28±1,965	,191
	1	76	6,30±1,789	,205
Κατά την προηγούμενη εβδομάδα (χειρότερος πόνος)	0	106	9,14±1,334	,130
	1	76	9,22±1,218	,140
Κατά την τελευταία εβδομάδα της ζωής	0	88	3,99±1,685	,180
	1	68	4,22±1,878	,226

Στον πίνακα 2β καταγράφεται η ένταση του πόνου (NRS, σκορ 0-10) ήπιος –μέτριος - σοβαρός στους 76 ασθενών με νευροπαθητικό πόνο, μία εβδομάδα πριν την επίσκεψή του στο Ιατρείο πόνου, κατά την 1^η επίσκεψη και κατά την τελευταία εβδομάδα της ζωής.

Πίνακας. 2β: Ένταση του ήπιου, μέτριου και σοβαρού πόνου στο σύνολο των 76 ασθενών με νευροπαθητικό πόνο, κατά την πρώτη επίσκεψη, και κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

	Αριθμός ασθενών κατά την 1 ^η επίσκεψη (n=76), (%)	Αριθμός ασθενών κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας (χειρότερος πόνος), (n=76), (%)	Αριθμός ασθενών κατά την τελευταία επίσκεψη/ εβδομάδα της ζωής τους (n=76), (%)	P value 1η -2η	P value 1η-3η	P value 2η-3η
Ήπιος πόνος (NRS:4)	0	0	27(35,5)	<0,001	<0,001	<0,001
Μέτριος πόνος (NRS:5-6)	44 (58)	3 (4)	35 (46)			
Σοβαρός πόνος (NRS: 7-10)	32 (42)	73 (96)	6 (8)			
Ελλιπή δεδομένα	-	-	8 (10,5)	-	-	-
Σύνολο ασθενών με νευροπαθητικό πόνο	76 (100)	76 (100)	76 (100)	-	-	-

6.2. Επίπτωση νευροπαθητικού πόνου

Σύμφωνα με τη διάγνωση του Ειδικού γιατρού στον πόνο, οι 76 (41,1%) από τους 185 ασθενείς είχαν νευροπαθητικό πόνο. Στον Πίνακα 3 φαίνεται ο αριθμός των ασθενών με αμιγώς νευροπαθητικό πόνο (16 ασθενείς, 21,1%) και των ασθενών με μικτό νευροπαθητικό πόνο (60 ασθενείς, 78,9%).

Πίνακας 3. Επίπτωση νευροπαθητικού πόνου και αριθμός ασθενών με νευροπαθητικό πόνο σύμφωνα με το γιατρό n (%)

Επίπτωση νευροπαθητικού πόνου, n (%)	76 (41)
Αμιγώς νευροπαθητικός πόνος, n (%)	16 (21)
Μικτός νευροπαθητικός πόνος, n (%)	
-Νευροπαθητικός και οστικός πόνος, n (%)	44 (58)
-Νευροπαθητικός και σπλαχνικός πόνος, n (%)	10 (17)
-Νευροπαθητικός και σπλαχνικός και οστικός πόνος, n (%)	6 (10)
Συνολικός αριθμός μικτού νευροπαθητικού πόνου	60 (79)

Στον πίνακα 4 φαίνεται ο αριθμός των ασθενών με μη νευροπαθητικό πόνο (αλγαισθητικό) σύμφωνα με το γιατρό.

Πίνακας 4. Αριθμός ασθενών με μη νευροπαθητικό πόνο σύμφωνα με το γιατρό, από το σύνολο των συμμετεχόντων n=185, n (%)

Οστικός πόνος	54 (50)
Σπλαχνικός πόνος	43 (39)
Οστικός και σπλαχνικός πόνος	12 (11)
Συνολικός αριθμός ασθενών με μη νευροπαθητικό πόνο n (%)	109 (100)
Αριθμός ασθενών με μη νευροπαθητικό πόνο από το σύνολο των συμμετεχόντων n=185, n (%)	109 (59)

6.3. Επίπτωση νευροπαθητικού πόνου σύμφωνα με τα διαγνωστικά εργαλεία (DN4, Pain Detect και S-LANSS)

Στον Πίνακα 5, φαίνεται η επίπτωση του νευροπαθητικού πόνου σύμφωνα με το DN4, το Pain Detect στο σύνολο των 185 ασθενών και σύμφωνα με το S-LANSS στο σύνολο 71 ασθενών.

Πίνακας 5. Επίπτωση νευροπαθητικού πόνου σύμφωνα με το DN4, το Pain Detect και το S-LANSS στο σύνολο (το DN4, Pain Detect σε 185 ασθενείς, και το S-LANSS σε 71)

Νευροπαθητικός πόνος	Επίπτωση νευροπαθητικού πόνου σύμφωνα με τα ερωτηματολόγια n (%)		
	DN4	Pain Detect	S-LANSS
Όχι	121 (65)	134 (72)	55 (30)
Ναι	64 (35)	20 (11)	16 (9)
Ασαφές	0	31 (17)	0
Σύνολο ασθενών που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια (%)	185 (100)	185 (100)	71 (38)
Ελλιπή στοιχεία	-	-	114 (62)
Σύνολο συμμετεχόντων ασθενών n (%)	185 (100)	185 (100)	185 (100)

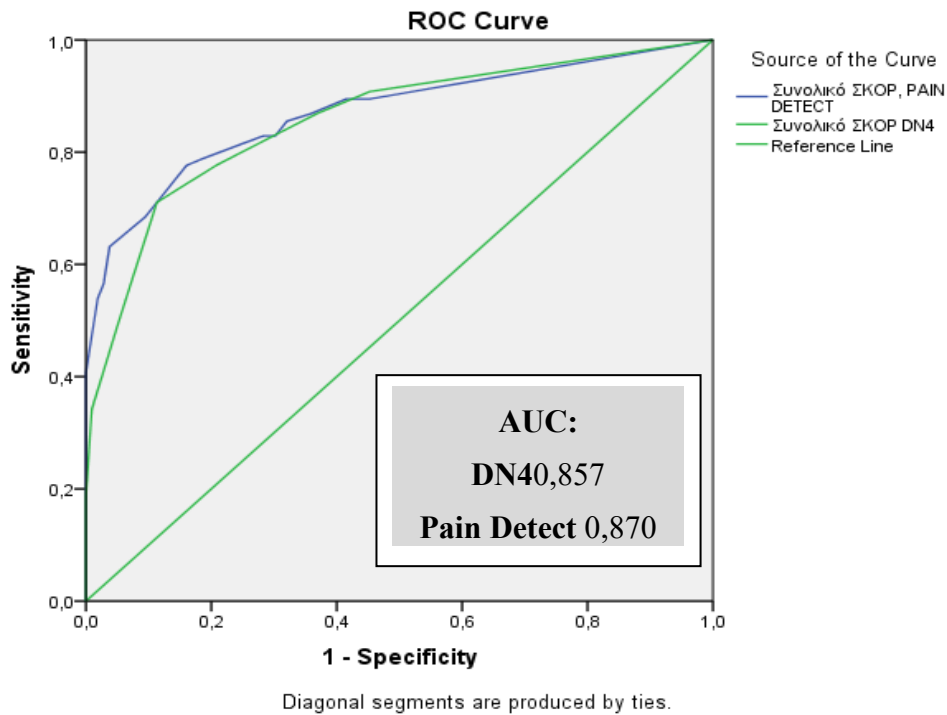
Στον Πίνακα 6, φαίνεται η επίπτωση του νευροπαθητικού πόνου σύμφωνα με τον Ειδικό για τον πόνο γιατρό (n=76) και σύμφωνα με το DN4 και το Pain Detect στο σύνολο των 76 ασθενών και το S-LANSS στο σύνολο των 27 ασθενών.

Πίνακας 6. Επίπτωση νευροπαθητικού πόνου σύμφωνα με την ιατρική διάγνωση (n=76) και σύμφωνα με το DN4 και το Pain Detect στο σύνολο των 76 ασθενών και το S-LANSS στο σύνολο των 27 ασθενών

Νευροπαθητικός πόνος	Επίπτωση νευροπαθητικού πόνου σύμφωνα με τον Ειδικό, n (%)	Επίπτωση νευροπαθητικού πόνου σύμφωνα με τα ερωτηματολόγια, n (%)		
		DN4	Pain Detect	S-LANSS
	Ασθενείς με νευροπαθητικό πόνο σύμφωνα με τον Ειδικό, n (%)			
Όχι	109 (59)	25 (33)	29 (38)	14 (18)
Ναι	76(41)	51 (67)	20 (26)	13 (17)
Ασαφές	-	0	27(35)	0
Ελλιπή στοιχεία	-	-	-	49(64,5)
Σύνολο ασθενών με νευροπαθητικό πόνο σύμφωνα με την Ιατρική διάγνωση, που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια n (%)	-	76 (100)	76 (100)	27(35,5)
Σύνολο ασθενών με νευροπαθητικό πόνο	76(100)	76 (100)	76 (100)	76 (100)

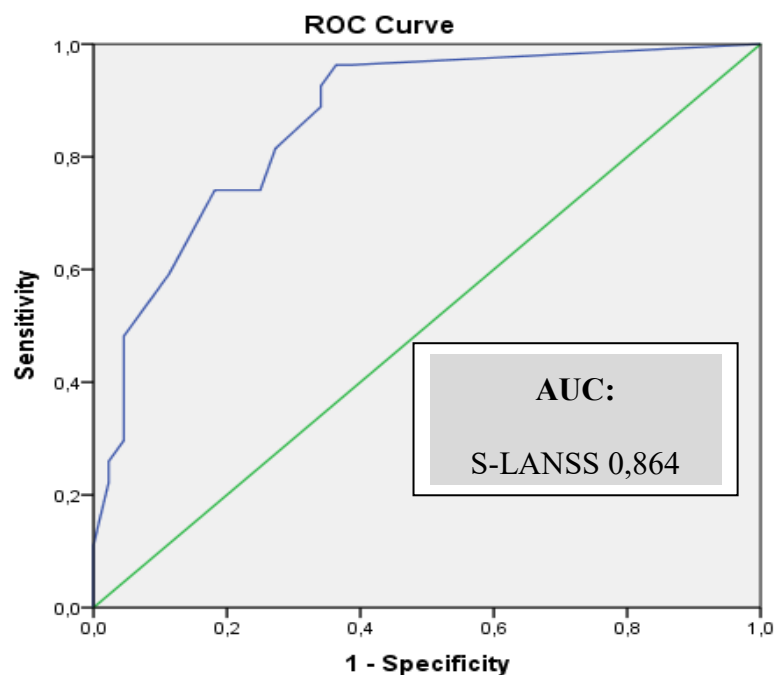
6.4. Διαγνωστική ακρίβεια τριών εργαλείων για την αναγνώριση του Νευροπαθητικού πόνου (DN4, Pain Detect και S-LANSS)

Στο σχήμα 1 απεικονίζονται οι καμπύλες ROC και η AUC (περιοχή κάτω από την καμπύλη ROC) για το DN4 και το Pain Detect



Σχήμα 1. Καμπύλες ROC και περιοχή κάτω από την καμπύλη ROC (AUC), της ελληνικής έκδοσης των δύο ερωτηματολογίων, του DN4 και του PainDetect, για τη διαφορική διάγνωση του νευροπαθητικού από το μη νευροπαθητικό πόνο

Στο σχήμα 2 απεικονίζεται η καμπύλη ROC (Receiver operating characteristic) και η AUC (περιοχή κάτω από την καμπύλη ROC) για το S-LANSS.



Diagonal segments are produced by ties.

Σχήμα 2. Καμπύλη ROC (Receiver operating characteristic) και περιοχή κάτω από αυτή (AUC), της ελληνικής έκδοσης του S-LANSS, για τη διαφορική διάγνωση του νευροπαθητικού από το μη νευροπαθητικό πόνο

Στον Πίνακα 7, απεικονίζονται η ευαισθησία και η ειδικότητα των τριών ερωτηματολογίων (DN4, Pain Detect και S-LANSS), το cutoff για το καθένα και η περιοχή κάτω από από την καμπύλη ROC (AUC).

Πίνακας 7. Ευαισθησία και ειδικότητα του DN4, του Pain Detect και του S-LANSS αναφορικά με την ικανότητα διάγνωσης ασθενών με νευροπαθητικό πόνο και το cutoff για το καθένα

	DN4 %	Pain Detect %	S-LANSS %	p value
<i>Cut Off</i>	≥4	≥19	≥12	-
Ευαισθησία	51,3	21,1	44,4	-
Ειδικότητα	94,3	100	95,5	-
AUC (CI)	0,857 (0,799-0,914)	0,870 (0,813-0,926)	0,864 (0,779 – 0,949)	<0,386

6.5. Θετικές απαντήσεις των ασθενών με νευροπαθητικό και μη νευροπαθητικό πόνο και η μεταξύ της σύγκριση

Στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 8), καταγράφονται οι θετικές απαντήσεις των ασθενών σε κάθε ερώτημα και των τριών ερωτηματολογίων: του DN4, του Pain Detect και του S-LANSS και της δύο ομάδες (με νευροπαθητικό και μη νευροπαθητικό πόνο) καθώς της και το p value του κάθε ερωτήματος.

Πίνακας 8. Θετικές απαντήσεις σε κάθε ερώτημα των ασθενών με νευροπαθητικό και μη νευροπαθητικό πόνο και p value του κάθε ερωτήματος

Ερωτηματολογία- Ερωτήματα	Αριθμός ασθενών με θετικές απαντήσεις		
	Αριθμός ασθενών με νευροπαθητικό πόνο σύμφωνα με το γιατρό (n=76)	Αριθμός ασθενών με μη νευροπαθητικό πόνο σύμφωνα με το γιατρό (n=109)	P value
DN4			
1.Κάψιμο	42	13	<0.001
2.Επώδυνη αίσθηση κρύου, παγώνει	18	9	<0.004
3.Ηλεκτρικό ρεύμα	43	19	<0.001
4.Μυρμήγκιασμα	42	13	<0.001
5.Βελονιές και τσιμπήματα	51	26	<0.001
6. Μούδιασμα	40	15	<0.001
7.Φαγούρα	27	14	<0.001
8.Υπαισθησία αφής	24	5	<0.001
9.Υπαισθησία νύξης	23	7	<0.001
10.Πρόκληση πόνου κατά το τρίψιμο ή το χάιδεμα	25	6	<0.001
Pain Detect			
1.Κάψιμο (0-5), 4/5	17/21	2/2	<0.001
2.Μυρμήγκιασμα (0-5), 4/5	27/20	½	<0.001
3.Επώδυνη περιοχή μετά από ελαφριά επαφή με ρούχα- σκεπάσματα (0-5), 4/5	13/1	0/0	<0.001
4.Κρίσεις πόνου σα ρεύμα (0-5), 4/5	31/14	1/1	<0.001
5.Πρόκληση πόνου από ζέστη ή κρύο (0-5), 4/5	2/1	0/0	0.07
6.Μούδιασμα στην επώδυνη περιοχή (0-5), 4/5	19/20	1/3	<0.001
7.Πίεση στην περιοχή (με το δάχτυλο) (0-5), 4/5	11/10	0/2	<0.001
S-LANSS			
1 Καρφίτσες και βελόνες, τσιμπήματα ή μυρμηγκιάσματα	23	13	<0.001
2. Αλλαγή χρώματος του δέρματος σε δυνατό πόνο	3	0	0.024
3. Δυσάρεστα ευαίσθητη η περιοχή του δέρματος στην επαφή	12	3	<0.001
4. Αιφνίδιος πόνος σε ηρεμία	16	10	<0.001
5. Αφύσικα ζεστό, σα κάψιμο	18	9	<0.001
6 Είναι διαφορετική η περιοχή μετά την τριβή	14	6	<0.001
7. Είναι διαφορετική η περιοχή μετά την πίεση	9	2	<0.001

6.6. Συχνότητα θετικών απαντήσεων των ερωτημάτων των τριών ερωτηματολογίων (DN4, Pain Detect και S-LANSS)

Από τον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 9) φαίνονται οι πιο συχνές θετικές απαντήσεις των ασθενών και των τριών ερωτηματολογίων: του DN4, του Pain Detect και του S-LANSS.

Πίνακας 9. Πιο συχνές θετικές απαντήσεις των ασθενών με νευροπαθητικό πόνο σύμφωνα με το γιατρό, για τα τρία ερωτηματολόγια (DN4, Pain Detect και S-LANSS) και αριθμός ασθενών με συχνές θετικές απαντήσεις

	Αριθμός ασθενών που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο n (%)
DN4	76 (100)
PainDetect	76 (100)
S-LANSS	27 (35,5)
Συχνές θετικές απαντήσεις	Αριθμός ασθενών με συχνές θετικές απαντήσεις n (%)
DN4	
5. Βελονιές και τσιμπήματα	51 (67)
3. Ηλεκτρικό ρεύμα	43 (56.5)
1. Κάψιμο	42 (55)
4. Μυρμήγκιασμα	42 (55)
6. Μούδιασμα	40 (52.5)
Pain Detect	
4. Κρίσεις πόνου σαν ηλεκτρικό ρεύμα (0-5), (4 και 5)	31/14(40,8/18,4)
2. Μυρμήγκιασμα (0-5), (4 και 5)	27/20 (35,5/26)
6. Μούδιασμα (0-5), (4 και 5)	19/20 (25/26)
1. Κάψιμο(0-5), (4 και 5)	17/21 (22/27,5)
S-LANSS	
1. Βελονιές και τσιμπήματα	23 (85)
5. Ασυνήθιστα ζεστό σα κάψιμο	18 (66.5)
4. Αιφνίδιος πόνος που εμφανίζεται χωρίς εμφανή λόγο	16 (59)
6. Διαφορετική επώδυνη περιοχή μετά από τριβή	14 (52)
3. Δέρμα αφύσικα ευαίσθητο στο άγγιγμα	12 (44)

6.7. Θεραπευτική αγωγή

Στον πίνακα 10, φαίνεται το είδος της θεραπευτικής αγωγής που έλαβαν οι ασθενείς με νευροπαθητικό πόνο και οι ασθενείς με μη νευροπαθητικό πόνο.

Πίνακας 10. Θεραπευτική αγωγή και αριθμός ασθενών με νευροπαθητικό και μη νευροπαθητικό πόνο και p value

	Ασθενείς με νευροπαθητικό πόνο σύμφωνα με το γιατρό n=76 n (%)	Ασθενείς με Μη Νευροπαθητικό πόνο n=109 (%) n (%)	P value
Συνολική θεραπεία	52(68)	68 (62)	0,393
Βιολογικοί παράγοντες	8 (10,5)	8 (7)	0,445
Ακτινοθεραπεία (ΑΚΘ)	28(37)	18 (16,5)	0,002
Χημειοθεραπεία (ΧΜΘ)	42(55)	55(50)	0,520
Φάρμακα που προκαλούν νευροπάθεια	12(16)	15(14)	0,705
Ορμονοθεραπεία	4(5)	5(4,5)	0,826
Χειρουργική επέμβαση	1(1)	2(2)	0,789
Διφωσφονικά (Zometa)	12(16)	15(14)	0,690

6.8. Αναλγητική αγωγή

Από τον Πίνακα 11, φαίνεται το είδος της αναλγητικής αγωγής που έλαβαν οι ασθενείς με νευροπαθητικό πόνο και οι ασθενείς με μη νευροπαθητικό πόνο.

Πίνακας 11. Αναλγητική αγωγή κατά την 1^η επίσκεψη και αριθμός ασθενών με νευροπαθητικό και μη νευροπαθητικό πόνο

	Ασθενείς με Νευροπαθητικό πόνο n=76 n (%)	Ασθενείς με Μη Νευροπαθητικό πόνο n=109 n (%)	P value
Διαδερμική Φαιντανύλη(TTS)	64 (84)	88 (81)	0,541
Οξύς παροξυσμικός πόνος	35(46)	43 (39,5)	0,378
Σιρόπι μορφίνης (Brompton)	14 (18,5)	33 (30)	0,070
Lonalid (παρακεταμόλη και κωδεΐνη και καφεΐνη)	18 (24)	25 (23)	0,912
Lonalgal (παρακεταμόλη και κωδεΐνη)	29 (38)	29 (26,5)	0,094
Παρακεταμόλη	32 (42)	63 (58)	0,036
Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (NSDADS)	31 (41)	50 (46)	0,492
Zaldiar (Παρακεταμόλη και Τραμαδόλη)	27 (35,5)	33 (30)	0,457
Τραμαδόλη	35 (46)	35 (32)	0,055
Γκαπαπεντίνη (Neurontin)	3 (4)	4(3,5)	0,915
Πρεγκαμπαλίνη (Lyrica)	38 (50)	7(6)	<0,001
Versatis (patch Λιδοκαΐνης)	8 (10,5)	7(6)	0,315
Quetenza (Patch Καψαϊκίνης)	3 (4)	-	-
Ντουλοξετίνη (Cymbalta)	27(35,5)	13 (12)	<0,001
Άλλα αντικαταθλιπτικά	13(17)	7(6)	0,021
Υπνωτικά – Αγχολυτικά	13 (17)	12 (11)	0,232
Ενδοραχιαία έγχυση φαρμάκων	1(1)	1(1)	0,794
Διηθήσεις	4(5)	1(1)	0,074
Άλλο	20(26)	29 (26,5)	0,965

Από τον Πίνακα 12, φαίνεται το είδος της αναλγητικής αγωγής που έλαβαν οι ασθενείς με νευροπαθητικό πόνο και οι ασθενείς με μη νευροπαθητικό πόνο, κατά την παραπομπή τους στο Ιατρείο Πόνου και κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Πίνακας 12. Αναλγητική αγωγή ασθενών με νευροπαθητικό και μη νευροπαθητικό πόνο, κατά την παραπομπή τους στο Ιατρείο Πόνου και κατά τη διάρκεια της θεραπείας

	Ασθενείς με νευροπαθητικό πόνο σύμφωνα με το γιατρό (n=76) κατά την παραπομπή στο Ιατρείο Πόνου (%)	Ασθενείς με νευροπαθητικό πόνο σύμφωνα με το γιατρό (n=76) κατά τη διάρκεια της θεραπείας n (%)	P value
Διαδερμική Φαιντανύλη(TTS)	54(71)	64 (84)	0,052
Οξύς παροξυσμικός πόνος	35(46)	35(46)	1,000
Σιρόπι μορφίνης (Brompton)	14(18)	14 (18,5)	0,989
Lonarid (παρακεταμόλη και κωδεΐνη και καφεΐνη)	18(24)	18 (24)	0,997
Lonalgal ((παρακεταμόλη και κωδεΐνη)	25(33)	29 (38)	0,494
Παρακεταμόλη	20(26)	32 (42)	0,040
Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (NSDADS)	20(26)	31 (41)	0,059
Zaldiar (Παρακεταμόλη και Τραμαδόλη)	15(20)	27 (35,5)	0,030
Τραμαδόλη	27 (35,5)	35(46)	0,187
Γκαπαπεντίνη (Neurontin)	2(3)	3(4)	0,651
Πρεγκαμπαλίνη (Lyrica)	33(43)	38 (50)	0,415
Versatis (patch Λιδοκαΐνης)	3(4)	8(10,5)	0,115
Quetenza (Patch Καψαϊκίνης)	1(1)	3 (4)	0,314
Ντουλοξετίνη (Cymbalta)	14(18,5)	27(35,5)	0,018
Άλλα αντικαταθλιπτικά	7 (9)	13 (17)	0,150
Υπνωτικά – Αγχολυτικά	13(17)	13(17)	1,000
Ενδοραχιαία έγχυση φαρμάκων	-	1(1)	-
Διηθήσεις	-	4(5)	-
Άλλο	9(12)	20(26)	0,023

6.9. Έκβαση

Στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 13) φαίνεται η επιβίωση όλων των συμμετεχόντων ασθενών από την έναρξή της στη μελέτη έως το κλείσιμό της.

Πίνακας 13. Επιβίωση όλων των ασθενών(n=185) από την έναρξή της στη μελέτη έως το κλείσιμό της

	Αριθμός ασθενών n (%)
Απεβίωσαν	112 (61)
Έν ζωή	19 (10)
Επισκέφθηκαν μόνο μία φορά το Ιατρείο	54 (29)
Συνολικός αριθμός συμμετεχόντων n (%)	185 (100)

Στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 13^α) φαίνεται ο χρόνος επιβίωσης των συμμετεχόντων ασθενών από την παραπομπή της έως το θάνατό της, σε μήνες

Πίνακας 13^α. Χρόνος επιβίωσης από την παραπομπή έως το θάνατο των συμμετεχόντων ασθενών

	Αριθμός ασθενών n (%)	Ελάχιστος χρόνος σε μήνες	Μέγιστος χρόνος σε μήνες	Διάμεσος χρόνος σε μήνες $\bar{x} \pm sd$
Έγκυρα δεδομένα	147 (79,5)	,10	37,00	3 (36,7)
Ελλιπή δεδομένα	38 (20,5)	-	-	-
Σύνολικός αριθμός	185 (100)	-	-	-

Στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 14) φαίνεται η επιβίωση των ασθενών με νευροπαθητικό πόνο (n=76) από την έναρξη της μελέτης έως το κλείσιμό της.

Πίνακας 14. Επιβίωση των ασθενών με νευροπαθητικό πόνο (n=76) από την έναρξη της μελέτης έως το κλείσιμό της n (%)

	Αριθμός ασθενών n (%)
Απεβίωσαν	52 (68)
Εν ζωή	6 (8)
Επισκέφτηκαν μόνο μία φορά το Ιατρείο	18 (24)
Συνολικός αριθμός ασθενών με νευροπαθητικό πόνο n (%)	76 (100)

Στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 14^α) φαίνεται ο χρόνος επιβίωσης των ασθενών με νευροπαθητικό πόνο (n=76) από την παραπομπή τους έως το θάνατό τους, σε μήνες.

Πίνακας 14^α. Χρόνος επιβίωσης από την παραπομπή έως το θάνατο ασθενών με νευροπαθητικό πόνο (n=76)

	Αριθμός ασθενών N=76 (%)	Ελάχιστος χρόνος σε μήνες	Μέγιστος χρόνος σε μήνες	Διάμεσος χρόνος σε μήνες $\bar{x} \pm sd$
Έγκυρα δεδομένα	63 (83)	,10	37,00	3 (36,7)
Ελλιπή δεδομένα	13 (17)	-	--	-
Συνολικός αριθμός	76 (100)	-	-	-

6.10. Αποτελέσματα σχετικά με τη σχέση ψυχολογικής καταπόνησης, πόνου και ποιότητα ζωής

Πίνακας 15. Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά	(n=125) (%)
Ηλικία (έτη) (min – max : 32-75) (mean ± SD)	62.8 ± 9.5
Φύλο Γυναίκα, N (%) Ανδρας, N (%)	53 (42) 72 (57.5)
Οικογενειακή κατάσταση, N (%) Άγαμος Έγγαμος Διαζευγμένος Χήρος	5 (4.0) 103 (82) 6 (5) 11 (9)
Εκπαίδευση, N (%) Αγράμματος/η Απόφοιτος Δημοτικού Απόφοιτος Γυμνασίου Απόφοιτος Λυκείου Απόφοιτος ΑΕΙ / ΤΕΙ	5 (4) 82 (65.5) 14 (11) 9 (7) 15 (12)
Κλινικά Χαρακτηριστικά	
Χρόνος από τη διάγνωση (μήνες) Mean ± SD	26.7± 31.3
Τύπος καρκίνου N, (%) Πνεύμονα Εντέρου Μαστού Ουροποιητικού Γυναικολογικός Άλλος	38 (30) 38 (30) 14 (11) 15 (12) 9 (7) 11 (9)
Μεταστάσεις, N (%)	89 (71)
VAS, Mean ± SD	6.4 ± 2.1
Ένταση πόνου N (%)* Ήπια Μέτρια / Σοβαρή	21 (17) 104 (83)
Τύπος πόνου N (%) Νευροπαθητικός Οστικός Σπλαχνικός	57 (45.5) 80 (64) 42 (33.5)

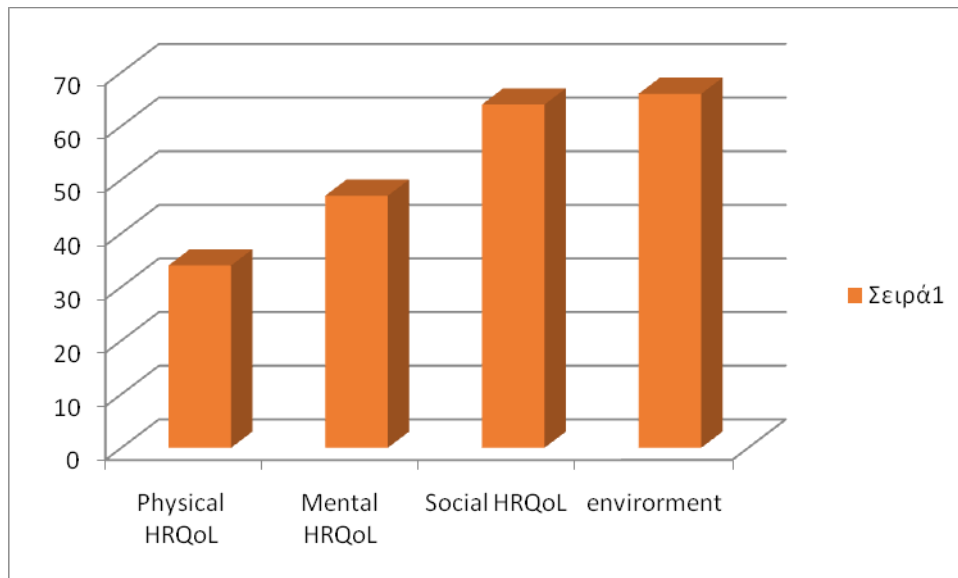
* VAS scoring: No pain : 0-4mm, Mild: 5-44mm
Moderate: 45-74mm, Severe: 75-100mm

Στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 16), παρουσιάζονται τα αποτελέσμα-τα (μέσες τιμές) του Ερωτηματολογίου SCL-90 (Δείκτης Ψυχοπαθολογίας- max 4)

Πίνακας 16. Αποτελέσματα (μέσες τιμές ± Τυπική απόκλιση) του Ερωτημα-τολογίου SCL-90 (Δείκτης Ψυχοπαθολογίας- max 4)

	M.O. ± T.A
Σωματοποίηση	1.22 ± 0.58
Ιδιο-ψυχαναγκασμός	0.80 ± 0.47
Διαπροσωπική ευαισθησία	0.34 ± 0.36
Κατάθλιψη	1.55 ± 0.82
Άγχος	0.98 ± 0.64
Εχθρικότητα	0.35 ± 0.51
Φοβικό άγχος	0.52 ± 0.57
Παρανοϊκός Ιδεασμός	0.24 ± 0.34
Ψυχωτισμός	0.33 ± 0.23
Διαταραχές όρεξης (+)	1.84 ± 1.46
Διαταραχές όρεξης (-)	0.06 ± 0.27
Διαταραχή επέλευσης ύπνου	1.76 ± 1.41
Πρόωρη αφύπνιση	1.46 ± 1.45
Ανήσυχος ύπνος	2.02 ± 1.37
Σκέψεις θανάτου	1.46 ± 1.26
Ενοχή	0.28 ± 0.71
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων (GSI)	0.83 ± 0.41
Κλινικά σημαντικά συμπτώματα κατάθλιψης, N (%)	50 (40)

Στο παρακάτω Ιστόγραμμα (Ιστόγραμμα 1), απεικονίζονται οι μέσες τιμές του δείγματος στους τέσσερις τομείς της ποιότητας ζωής (σωματική υγεία, ψυχική υγεία, κοινωνικές σχέσεις και σχετιζόμενη με το περιβάλλον ποιότητα ζωής), σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο της Ποιότητας Ζωής WHOQOL-BREF.



Ιστόγραμμα 1. Μέσες τιμές των τεσσάρων τομέων της ποιότητας ζωής (σωματική υγεία, ψυχική υγεία, κοινωνικές σχέσεις και σχετιζόμενη με το περιβάλλον ποιότητα ζωής), σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο της Ποιότητας Ζωής WHOQOL-BREF

Στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 17), παρουσιάζονται οι συσχετίσεις μεταξύ των σημαντικότερων χαρακτηριστικών του SCL-90 και των τεσσάρων τομέων της ποιότητας ζωής του WHOQOL-BREF καθώς και το r value, έτσι όπως προέκυψαν μετά από εξειδικευμένη στατιστική ανάλυση (Ανάλυση Πολλαπλής Λογιστικής Παλινδρόμησης).

Πίνακας 17. Συσχετίσεις μεταξύ των σημαντικότερων χαρακτηριστικών του SCL-90 και των τεσσάρων τομέων της ποιότητας ζωής (ΠΖ) του WHOQOL-BREF καθώς και το p value, έτσι όπως προέκυψαν μετά από εξειδικευμένη στατιστική ανάλυση (Ανάλυση Πολλαπλής Λογιστικής Παλινδρόμησης)

	Σωματική ΠΖ	Ψυχική ΠΖ	Κοινωνικές Σχέσεις	Περιβάλλον
	P value	P value	P value	P value
SCL-90				
Ιδεοψυχαναγκασμός		.008		
Διαπροσωπική ευαισθησία			.001	.037
Κατάθλιψη	.000	.000		.000
Παρανοϊκός Ιδεασμός			.045	
Διαταραχή ύπνου	.001	.028	.007	.038
Ενοχή	.014			

7.0 ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα κυριότερα αποτελέσματα της έρευνάς μας είναι:

1. Οι ογκολογικοί ασθενείς υποδιαγιγνώσκονται και υποθεραπεύονται όσον αφορά τον πόνο και παραπέμπονται στο Ιατρείο Πόνου όταν βρίσκονται σε προχωρημένο στάδιο.
2. Η επίπτωση του νευροπαθητικού πόνου στο Ιατρείο Πόνου ανήλθε 41,1%.
3. Οι κλίμακες DN4, Pain Detect και S- LANSS) παρουσιάζουν χαμηλή ειαισθησία και υψηλή ειδικότητα, είναι χρήσιμες αναφορικά στη διάγνωση, δεν υποκαθιστούν όμως την κλινική εξέταση του Ειδικού.
4. Οι ασθενείς παρουσίαζαν υψηλές τιμές σε σωματοποίηση, κατάθλιψη, διαταραχές ύπνου και σκέψεις θανάτου. (ερωτηματολόγιο SCL-90)
5. Η σωματική ποιότητα ζωής (ερωτηματολόγιο WHOQOL) συσχετίσθηκε με κατάθλιψη, διαταραχές ύπνου και ενοχή. Η ψυχική ποιότητα ζωής με κατάθλιψη και διαταραχή ύπνου, οι κοινωνικές σχέσεις με διαπροσωπική ευαισθησία και παρανοϊκό ιδεασμό και το περιβάλλον με διαπροσωπική ευαισθησία, κατάθλιψη και διαταραχές ύπνου.
6. Οι διαταραχές ύπνου συσχετίζονταν σημαντικά με όλους τους τομείς ποιότητας ζωής (ερωτηματολόγιο WHOQOL).
7. Τα παραπάνω αποτελέσματα δεν επηρεάζονταν από τον τύπο (νευροπαθητικό –αλγαισθητικό) και την ένταση του πόνου, τις μεταστάσεις, τον τύπο καρκίνου, το χρονικό διάστημα από τη διάγνωση και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών.
8. Η ψυχολογική υποστήριξη που παρέχεται είναι ελλιπής εξαιτίας της μη έγκαιρης παραπομπής των ασθενών στον Ειδικό.

7.1. Συζήτηση για τα Δημογραφικά και άλλα βασικά χαρακτηριστικά των ασθενών

Από την ανάλυση των δημογραφικών στοιχείων των 185 ασθενών βρέθηκε ότι το 67% των ασθενών ήταν άνδρες και το 33% γυναίκες, η ηλικία τους ήταν 63 έτη (30- 75). Έγγαμοι ήταν το 72 % και ως προς το μορφωτικό τους επίπεδο, η πλειοψηφία του δείγματος ήταν απόφοιτοι Δημοτικού (58%). Τα παραπάνω χαρακτηριστικά τους είναι σύμφωνα με τη βιβλιογραφία^{30, 100,124-127}. Διαφορές

καταγράφηκαν ως προς την ηλικία, η οποία ήταν μικρότερη στην έρευνα των Harifi et al., και των Unal –Cevik et al.¹²⁴⁻¹²⁵.

Οι πιο συχνές διαγνώσεις ήταν: καρκίνος πνεύμονα (n=59, 32%), καρκίνος παγκρέατος (n=18, 10%), καρκίνος μαστού (n=16, 8,5%), καρκίνος εντέρου (n=15, 8%) και καρκίνος προστάτη (n=14, 7,5 %). Παρόμοια αποτελέσματα ανέφεραν σε αντίστοιχες μελέτες οι Chow et al., (2006)¹²⁸ και οι Garzón–Rodriguez et al., (2013)³⁰. Στην μελέτη των Pina et al., (2015), ο πιο συχνός τύπος καρκίνου των 371 ογκολογικών ασθενών που παραπέμφθηκαν σε κλινική πόνου, ήταν ο καρκίνος κεφαλής τραχήλου (n=92, 24,8 %), ο καρκίνος στο γαστρεντερικό σύστημα (n=82, 22%) και ο καρκίνος στο ουροποιογεννητικό (n=79, 23 %)¹⁷. Στη δική μας μελέτη οι ασθενείς με καρκίνο κεφαλής τραχήλου ήταν ελάχιστοι (n=9, 5%).

Ένταση πόνου

Στην παρούσα μελέτη ο μέσος όρος της έντασης του πόνου στο σύνολο των ασθενών (NRS: 0-10) ήταν NRS = 6,29 ± 1,88, χωρίς να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στους ασθενείς με νευροπαθητικό και μη νευροπαθητικό πόνο. Ένα ιδιαίτερο εύρημα είναι ότι το 42% των ασθενών έπασχαν από σοβαρό / αβάσταχτο πόνο.

Στην έρευνά μας χρησιμοποιήθηκε η αριθμητική κλίμακα βαθμολόγησης (NRS)¹²⁹⁻¹³⁰, η οποία σύμφωνα με την έρευνα των Woo et al (2015), έχει δείξει ιδιαίτερη αξιοπιστία σε ασθενείς με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, είναι απλή στη χρήση και μπορεί να συμπληρωθεί και προφορικά και γραπτά. Αντίθετα, η οπτική κλίμακα βαθμολόγησης (VAS) μπορεί να είναι πιο δύσκολη για τους πιο ευάλωτους ασθενείς ή γι' αυτούς που έχουν μειωμένη όραση¹³¹.

Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, είναι σε αντίθεση με τις έρευνες των Oosterling et al., (2016)²⁷ και Utne et al., (2009)¹³². Στην έρευνα των Oosterling et al²⁷, που πραγματοποιήθηκε στα Εξωτερικά Ιατρεία Ογκολογικού ενός Ολλανδικού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου, έλαβαν μέρος 892 ασθενείς με καρκίνο, εκ των οποίων το 23% ανέφερε μέτριο προς σοβαρό πόνο, ενώ στη μελέτη των Utne et al., (2009), που αφορά νοσηλευόμενους ογκολογικούς ασθενείς, το 56% των ασθενών είχε μέτριο προς σοβαρό πόνο¹³².

Στην παρούσα μελέτη δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ φύλου, βάρους και ηλικίας των ασθενών με νευροπαθητικό και με μη νευροπαθητικό πόνο.

Εντόπιση όγκου

Η πιο συχνή εντόπιση του όγκου στους ασθενείς με νευροπαθητικό πόνο στην έρευνά, ήταν στον πνεύμονα (38%), στο μαστό (11%),στο έντερο και στον προστάτη (8%) αντίστοιχα. Σύμφωνα με τη μελέτη των Mañas et al., ο καρκίνος του πνεύμονα και του μαστού έχουν συσχετιστεί περισσότερο με το νευροπαθητικό πόνο³⁷. Στη μελέτη των Rayment et al., από τους 113 ογκολογικούς ασθενείς με νευροπαθητικό πόνο, η πιο συχνή διάγνωση αφορά στο γαστρεντερικό (26%), το αναπνευστικό (17%), τον καρκίνο του μαστού (17%) και το ουροποιητικό (16,5%)³⁹.

Η αιτία του νευροπαθητικού πόνου σε όλους τους ασθενείς ήταν η ίδια η νόσος,όλοι οι ασθενείς είχαν μεταστατικό καρκίνο και πόνο τουλάχιστον σ' ένα σημείο, αλλά και σε περισσότερα.

Αναφορικά με το σημείο της μετάστασης μεταξύ των δύο κατηγοριών φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στην εμφάνιση μεταστάσεων σε θέση «άλλη». Συχνότερη είναι η εμφάνιση στους ασθενείς χωρίς νευροπαθητικό πόνο (38,5%), έναντι των ασθενών με νευροπαθητικό πόνο (27,5%), και p value 0,023. Η διαφορά αυτή δε συνάδει με τα αποτελέσματα της μελέτης των Rayment et al., όπου τα ποσοστά μεταστάσεων σε θέση «άλλη» εμφανίζονται μικρότερα και χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους 24,5% για τους ασθενείς με μη νευροπαθητικό πόνο και (n=26), 23 % για τους ασθενείς με νευροπαθητικό πόνο. Σύμφωνα με την έρευνα των Rayment et al., στους ασθενείς με νευροπαθητικό πόνο οι κυριότερες περιοχές μετάστασης ήταν: τα οστά (53%), οι λεμφαδένες (37%) και το ήπαρ (24%)³⁹.

Σύμφωνα με την έρευνα των Birtle et al., που διεξήχθη στο Ηνωμένο βασίλειο και συμμετείχαν 90 ασθενείς με νευροπαθητικό πόνο οι οποίοι και επισκέφθηκαν σε εξωτερική βάση τους Ογκολόγους, τα οστά ήταν η πρώτη περιοχή μετάστασης (24 % και δεύτερη ήταν οι λεμφαδένες (n=17), 19 % και ομοίως η «άλλη» περιοχή 19 %¹³³.

Στη δική μας μελέτη επίσης πρώτη περιοχή μετάστασης των ασθενών με νευροπαθητικό πόνο ήταν τα οστά (53%) και στη συνέχεια οι πνεύμονες ((45%), το ήπαρ (39,5%) και οι λεμφαδένες (29%).

Στατιστικά σημαντική διαφορά υπάρχει επίσης σχετικά με τη συχνότερη εμφάνιση της περιοχής του πόνου στους ασθενείς χωρίς νευροπαθητικό πόνο συγκριτικά με τους ασθενείς με νευροπαθητικό πόνο και είναι:

1. πόνος στην οσφυϊκή χώρα (n=59, 54%, p=0,033),
2. πόνος στην κοιλιακή χώρα (n=41 37,5%, p=0,009) και
3. πόνος στα κάτω άκρα (n=38, 35%, p=0,313).

Συχνότερη περιοχή πόνου με επίσης στατιστικά σημαντική διαφορά στους ασθενείς με νευροπαθητικό πόνο, από τους ασθενείς χωρίς νευροπαθητικό πόνο, είναι τα άνω άκρα (43%, p<0,001).

Δε βρέθηκαν δεδομένα για τη συχνότερη περιοχή πόνου στην πρόσφατη βιβλιογραφία διότι ενδέχεται να την ταυτίζουν με το σημείο της μετάστασης. Το σημαντικό όμως που αναφέρουν αρκετές μελέτες είναι ότι οι ασθενείς έχουν πόνο σε περισσότερες από μία περιοχές^{25,35,133}.

Αναφορικά με την ένταση του πόνου σε αυτούς που είχαν νευροπαθητικό πόνο και σε αυτούς που δεν είχαν, δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά (p= 0,945), στις δύο κατηγορίες ασθενών.

Ερωτηματολόγια πόνου

Τα τρία ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη μας, αφορούσαν ασθενείς με ένταση πόνου NRS ≥ 4 . Αυτό σημαίνει ότι στην έρευνά μας ήπιο πόνο είχαν αυτοί με σκορ=4, μέτριο πόνο αυτοί με σκορ= 5-6 και σοβαρό πόνο αυτοί με σκορ= 7-10¹²⁹⁻¹³⁰.

Από το σύνολο των 185 ασθενών, 7,5% είχαν ήπιο πόνο, 44% είχαν μέτριο πόνο και 48,5% σοβαρό πόνο.

Από τους 76 ασθενείς με νευροπαθητικό πόνο, 4% είχαν μέτριο πόνο και 96% σοβαρό πόνο την προηγούμενη εβδομάδα της παραπομπής τους στο Ιατρείο Πόνου. Κατά την πρώτη επίσκεψη, 58% είχαν μέτριο πόνο, ενώ 42% σοβαρό πόνο. Κατά την τελευταία επίσκεψη σοβαρό πόνο είχαν το 8%. Οι διαφορές που καταγράφηκαν ήταν στατιστικά σημαντικές (p<0,001).

Η μελέτη των Pina et al., (2015), έδειξε ότι ένα ποσοστό 77% των ασθενών που παραπέμπονται σε κλινική ή Ιατρεία Πόνου, έχουν μέτριο έως σοβαρό πόνο. Αυτές οι μελέτες (cross sectional), αναφέρουν ότι υπάρχει μια διακύμανση της έντασης του πόνου κατά τη διάρκεια της ημέρας περίπου 19%, ένα εύρημα που ενδέχεται ν' αντικατοπτρίζει τις γνωστές και τις άγνωστες διαστάσεις της έντασης

του πόνου και συνίσταται αναγκαία η διεξαγωγή μιας έρευνας με περισσότερες καταγραφές κατά τη διάρκεια της μέρας¹⁷.

7.2. Συζήτηση για την επίπτωση του νευροπαθητικού πόνου στους Ογκολογικούς ασθενείς, με προχωρημένο καρκίνο

Στην παρούσα μελέτη, η επίπτωση του νευροπαθητικού πόνου στους Ογκολογικούς ασθενείς με προχωρημένη κυρίως νόσο που παραπέμφθηκαν στο Ιατρείο Πόνου Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου, ανήλθε στο 41% (76 από τους 185 ασθενείς: οι 16 ασθενείς με αμιγώς νευροπαθητικό και οι 60 με μικτό πόνο), ποσοστό που πλησιάζει τα ποσοστά σχετικών μελετών²⁴⁻²⁶.

Στη μελέτη των Roberto et al., το 2015, σε 50 Ιταλικά Κέντρα Παρηγορητικής φροντίδας, αναγνωρίστηκαν και αναλύθηκαν 29 προοπτικές μελέτες παρατήρησης αναφορικά με την επίπτωση του νευροπαθητικού πόνου και φάνηκε ότι η συνολική ομαδοποιημένη επίπτωσή του - σε Ογκολογικά τμήματα και σε Τμήματα Παρηγορητικής φροντίδας- ήταν 30% και 32% αντίστοιχα (χωρίς διάκριση αμιγώς νευροπαθητικού και μικτού πόνου). Όταν στην ίδια μελέτη μελετήθηκε η επίπτωση ξεχωριστά στους Ξενώνες τελικής νοσηλείας (σε νοσηλευόμενους και εξωτερικούς ασθενείς) το ποσοστό ανήλθε στο 44% και για τις Κλινικές Παρηγορητικής φροντίδας στο 43%²³.

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία και τα αποτελέσματά μας, περισσότεροι από ένας στους τρεις ασθενείς με πόνο υποφέρει από νευροπαθητικό πόνο, σύμφωνα με την κλινική διάγνωση του Ειδικού στον πόνο γιατρού²³.

Οι Kebra et al., (2010) χρησιμοποίησαν το ερωτηματολόγιο S-LANSS και διέγνωσαν την παρουσία νευροπαθητικών χαρακτηριστικών στο 17% των ασθενών που έπαιρναν θεραπεία για επώδυνες οστικές μεταστάσεις και αυτά τα χαρακτηριστικά σχετιζόταν με μεγαλύτερη ένταση πόνου¹³⁴. Η επίπτωση αυτή είναι χαμηλότερη από ότι στη μελέτη των Grond et al., (1999), οι οποίοι ανέφεραν ποσοστό 36% μεταξύ των ασθενών με καρκίνο που παραπέμφθηκαν σε κάποια δομή Πόνου¹³. Στη μελέτη των Lechner et al., (2016) φάνηκε ότι από τους 62 ασθενείς με οστικές μεταστάσεις που παραπέμφθηκαν για παρηγορητική Ακτινοθεραπεία, οι 16 (26%) διαγνώστηκαν με νευροπαθητικό πόνο, μετά από τη συμπλήρωση του S-LANSS¹³⁵.

Στην έρευνά μας, σύμφωνα με τον ειδικό στον πόνο γιατρό, το 52,5% των ασθενών είχαν οστικές μεταστάσεις και νευροπαθητικό πόνο (n= 76). Επιπλέον από τους 60 ασθενείς με μικτό νευροπαθητικό πόνο, οι 44 (58%) είχαν νευροπαθητικό και οστικό πόνο ταυτόχρονα (μικτός). Το χαμηλό ποσοστό των προαναφερόμενων μελετών ίσως να δικαιολογείται από το γεγονός ότι η διάγνωση έγινε μόνο με το S-LANSS και όχι με το συνδυασμό: μιας λεπτομερούς κλινικής εξέτασης από τον ειδικό στον πόνο γιατρό, της καταγραφής της κατανομής του πόνου και των απεικονιστικών και άλλων ειδικών εξετάσεων. Ενδέχεται να υπάρχουν διαφορές στην έκφραση των νευροπαθητικών μηχανισμών, οι οποίοι μπορεί να είναι αποτέλεσμα των οστικών μεταστάσεων. Διαφορετικά συμπτώματα μπορεί να είναι λιγότερο φανερά σε ασθενείς με καρκίνο, τα οποία ενδέχεται να επηρεάσουν την εγκυρότητα του S-LANSS (ή και όποιου άλλου ερωτηματολογίου χρησιμοποιηθεί), σ' αυτό το πλαίσιο.

Παρόλα αυτά, όλες οι παραπάνω μελέτες συμφωνούν με την υπόθεση ότι οι ασθενείς με οστικές μεταστάσεις παρουσιάζουν νευροπαθητικά χαρακτηριστικά ^{13,134,135}.

7. 3. Συζήτηση για τη διαγνωστική ακρίβεια των DN4, Pain Detect και του S-LANSS και την αξιολόγησή του Ειδικού για τον πόνο Αναισθησιολόγο

Το ποσοστό «θετικής ανίχνευσης» νευροπαθητικού πόνου ήταν 42% από τον Ειδικό γιατρό, 34,5% από το DN4, 13% από το Pain Detect και 22,5% από S-LANSS. Από τη λογιστική παλινδρόμηση καταγράφηκε στατιστικά σημαντική διαφορά της ανίχνευσης του νευροπαθητικού πόνου μεταξύ της κλινικής εξέτασης και του Pain Detect ($p<0,001$) και του S-LANSS ($p=0,005$). Παράλληλα, στατιστικά σημαντική διαφορά, είναι η διαφορά μεταξύ του DN4 και του Pain Detect ($p<0,001$).

Το DN4 και το Pain Detect δόθηκαν και στους 76 ασθενείς όπου διέγνωσε ο Ειδικός για τον Πόνο γιατρός με νευροπαθητικό πόνο και αναγνώρισαν τους 51 (67%) και τους 20 (26%) από τους 76 αντίστοιχα. Το S-LANSS δόθηκε μόνο στους 27 ασθενείς από τους 76 και διέγνωσε τους 13(17%) από τους 27 με νευροπαθητικό πόνο.

Από τα τέσσερα ερωτηματολόγια που είναι σταθμισμένα στην ελληνική γλώσσα (το DN4, το Pain Detect, το LANSS και S-LANSS) το DN4 και το LANSS συνδυάζουν συνέντευξη με κλινική εξέταση.

Εξαιτίας όμως ότι ο πόνος είναι υποκειμενικός και διαφορετικά τον αντιλαμβάνεται ο κάθε ασθενής, χρειαζόμαστε και την άποψη του ασθενούς χρησιμοποιώντας το S-LANSS και το Pain Detect (αυτοσυμπληρούμενα), τα οποία μπορούν να απαντηθούν και τηλεφωνικά κάτι, που δε συμβαίνει με τα άλλα δύο.

Στη μελέτη των Sykioti et al., στην οποία έλαβαν μέρος ασθενείς με πόνο ≥ 5 , η ευαισθησία του DN4 ήταν 89% και η ειδικότητα 78%¹⁰³. Στη μελέτη των Perez et al., (2015) σε 358 ογκολογικούς ασθενείς που επρόκειτο να λάβουν χημειοθεραπεία, η ευαισθησία και η ειδικότητα του DN4 ήταν 87,5% και 88,4% αντίστοιχα³⁵. Τα αποτελέσματα αυτά, είναι σύμφωνα με τα αποτελέσματα παρόμοιων μελετών¹⁰⁰. Στη μελέτη μας το DN4 ανίχνευσε νευροπαθητικό πόνο στο 59% από τους 185 ασθενείς, ενώ από τους 76 ασθενείς που διέγνωσε ο γιατρός, το DN4 ανέδειξε τους 51 (67%) ασθενείς με νευροπαθητικό πόνο. Η ευαισθησία και η ειδικότητά του ήταν 51,3% και 94,3% αντίστοιχα με cutoff ≥ 4 . Τα αποτελέσματα αυτά είναι σε αντίθεση με την μελέτη των Sykioti et al., όπου βρέθηκε υψηλή ευαισθησία (93%) και χαμηλή ειδικότητα 78%¹⁰³. Ένα από τα πλεονεκτήματα του DN4 είναι ότι συνδυάζει τη συνέντευξη με τον ασθενή και την κλινική εξέταση στο προσκέφαλο του ασθενούς.

Στη μελέτη των Batistaki et al., η ευαισθησία και ειδικότητα: του LANSS ήταν 82,76% και 95,24% αντίστοιχα και για το S-LANSS :86.21% και 95.24% αντίστοιχα¹¹⁰.

Το S-LANSS πρωτοδημιουργήθηκε και επικυρώθηκε από τους Bennett et al. το 2005 και απέδειξε ότι πρόκειται για ένα αποτελεσματικό εργαλείο μέτρησης και διάγνωσης του νευροπαθητικού πόνου με αναπαράξιμα αποτελέσματα¹⁰⁷. Οι Jones and Backonja το 2013, ολοκλήρωσαν μία ανασκόπηση των εργαλείων εκτίμησης και διάγνωσης του νευροπαθητικού πόνου και διαπίστωσαν ότι τα προαναφερόμενα ποσοστά ευαισθησίας και ειδικότητας είναι σχετικά υψηλά, συγκρινόμενα με άλλα αντίστοιχα εργαλεία¹³⁶ και το S-LANSS είναι ένα χρήσιμο εργαλείο εκτίμησης της επίπτωσης του νευροπαθητικού πόνου σε ασθενείς που παραπέμφθηκαν για παρηγορητική ακτινοθεραπεία¹³⁵.

Στην παρούσα μελέτη, το δείγμα των ασθενών οι οποίοι αξιολογήθηκαν με το S-LANSS ήταν μικρό, σταθμίστηκε κατά τη διάρκεια της μελέτης και χρειάζεται

μεγαλύτερος αριθμός ασθενών για πιο έγκυρα αποτελέσματα. Μόνο 71 ασθενείς το συμπλήρωσαν από τους 185. Από αυτούς κατάφερε ν' ανιχνεύσει τους 16 (21%) ασθενείς με νευροπαθητικό πόνο. Από τους 76 που διέγνωσε ο γιατρός, μόνο οι 27 το συμπλήρωσαν, εκ των οποίων οι 13 (48,1%) είχαν νευροπαθητικό πόνο. Η ευαισθησία και η ειδικότητά του ήταν 44,4% και 95,5% αντίστοιχα, με cutoff ≥ 12 .

Στη μελέτη των Garzón-Rodríguez et al., BMC, (2013), το Pain Detect συγκρίθηκε με την κλινική εκτίμηση για την αναγνώριση της περιφερικής νευροπάθειας και έδειξε χαμηλή ευαισθησία (53%) και ειδικότητα (77%)³⁰.

Στη δική μας μελέτη, το Pain Detect με cutoff point value ≥ 19 , έδειξε ευαισθησία και ειδικότητα 22,22% και 100% αντίστοιχα. Τα αποτελέσματα αυτά είναι αρκετά κοντά με τα αποτελέσματα των Perez et al., (2015), όπου μελετήθηκαν 358 ογκολογικοί ασθενείς (προσπάθεια αναγνώρισης του νευροπαθητικού πόνου) που επρόκειτο να λάβουν χημειοθεραπεία, όπου η ευαισθησία και η ειδικότητα του Pain Detect ήταν 17,9%% και 97,5%% αντίστοιχα³⁵. Στη μελέτη των Rayment et al., (2012), η ευαισθησία και η ειδικότητα του Pain Detect ήταν 53% και 77% αντίστοιχα (με μέσο όρο του σκορ του Pain Detect για το μεν νευροπαθητικό πόνο το 13, για το δε μη νευροπαθητικό πόνο, το 8)³⁹. Αντίστοιχα στην παρούσα μελέτη, η ευαισθησία και η ειδικότητα ήταν 77,8% και 88,64% αντίστοιχα, με cutoff point value ≤ 12 .

Το Pain Detect αναγνώρισε τους 20 (26,3%) ασθενείς από τους 76, ενώ οι 27 ασθενείς ήταν ασαφής (είχαν σκορ από 13 έως 18) με cutoff point value ≥ 19 . Η χαμηλή του βέβαια ευαισθησία δικαιολογείται, διότι το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο σταθμίστηκε (όπως και τα άλλα δύο DN4 S-LANSS) σε ασθενείς με χρόνια πόνο και όχι σε ογκολογικούς. Σταθμίστηκε σε ασθενείς με οσφυαλγία¹¹³ και δεν περιλαμβάνει ασθενείς με αρνητικά φαινόμενα αισθητικότητας, τα οποία επικρατούν στο νευροπαθητικό καρκινικό πόνο¹³⁷.

Στη μελέτη των Perez et al., (2015), στην προσπάθεια αναγνώρισης του νευροπαθητικού πόνου σε 358 ογκολογικούς ασθενείς που επρόκειτο να λάβουν χημειοθεραπεία, τα δύο κοινά ερωτηματολόγια με τη δική μας μελέτη, είχαν παρόμοια ποσοστά αναφορικά με την επίπτωση του νευροπαθητικού πόνου. Στη δική μας μελέτη το DN4 και το Pain Detect αναγνώρισε 64 (34,6%) ασθενείς από τους 185 και 20 (10,8%) ασθενείς από τους 185, ενώ στη μελέτη των Perez et al.,

(2015), το DN4 και το Pain Detect αναγνώρισε 77 (39,9%%) ασθενείς από τους 193 και 16 (8,3%) ασθενείς από τους 193³⁵.

Στη μελέτη των Garzòn-Rodríguez et al.,(2013), το Pain Detect δε φαίνεται να βοήθησε τους γιατρούς στην αναγνώριση του νευροπαθητικού πόνου σε 557 ασθενείς με καρκίνο σε ποσοστό 60 %, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις που οι ίδιοι ήταν σίγουροι για τη διάγνωση, αλλά θεωρήθηκε χρήσιμο στις περιπτώσεις όπου η διάγνωση ήταν λιγότερο ξεκάθαρη. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι το Pain Detect δε σχεδιάστηκε για να αντικαταστήσει την κλινική εκτίμηση, αλλά να καταδείξει την πιθανή παρουσία του νευροπαθητικού πόνου³⁰.

Τέλος τα αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια ή τα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς, αντιπροσωπεύουν ένα φτηνό τρόπο εξαγωγής δεδομένων (στα πλαίσια εξοικονόμησης χρόνου και κόστους). Μπορούν να εφαρμοστούν σε μεγάλο σε αριθμό πληθυσμό και σε άτομα που αισθάνονται άβολα όταν τους παίρνουν συνέντευξη. Αυτοί ήταν οι λόγοι επιλογής του S-LANSS από το LANSS.

Στην πρόσφατη βιβλιογραφία, αναφέρονται 14 μελέτες που αφορούν στη διαγνωστική ακρίβεια των ερωτηματολογίων για την αναγνώριση του νευροπαθητικού πόνου στους ενήλικες την πενταετία από τον Ιανουάριο του 2010 έως το Μάρτιο του 2015. Διαπιστώνεται ότι η διαγνωστική ακρίβεια με τις ήδη γνωστές μεθόδους ποικίλλει ουσιαστικά από τον πληθυσμό της μελέτης, την ταξινόμηση του νευροπαθητικού πόνου, το διαγνωστικό εργαλείο που θα χρησιμοποιηθεί, αλλά και το cutoff που θα επιλέξει ο ερευνητής, εξηγώντας έτσι την ποικιλία μεταξύ των διαφορετικών μελετών. Από τις 14 αυτές μελέτες, μόνο οι δύο απευθυνόταν σε ογκολογικούς ασθενείς¹³⁸ και είναι οι ακόλουθες: Η πρώτη πρόκειται για μια πολυκεντρική, cross-sectional μελέτη των Rayment et al., (2012) και απευθυνόταν σε 560 ασθενείς που επισκέφτηκαν Ογκολογικά Νοσοκομεία/κλινικές και κλινικές παρηγορητικής φροντίδας. Οι ασθενείς είχαν τοπικά προχωρημένο καρκίνο ή μεταστατικό καρκίνο, αλλά δεν ήταν τελικού σταδίου και αξιολογήθηκε η διαγνωστική ακρίβεια μόνο με το Pain Detect³⁹. Η δεύτερη μελέτη των Perez et al., (2014), μελέτησε 359 ασθενείς που έλαβαν χημειοθεραπεία σε ένα μόνο Ογκολογικό κέντρο. Για της διάγνωση της περιφερικής νευροπάθειας λόγω χημειοθεραπείας χρησιμοποίησαν το DN4, το LANSS και το Pain Detect¹⁰². Στη δική μας μελέτη οι ασθενείς με περιφερική νευροπάθεια (n=6) αποκλείστηκαν εξαρχής από τη μελέτη. Τα διαγνωστικά εργαλεία εκτίμησης του νευροπαθητικού πόνου χρησιμοποιούνται πιο συχνά στην

παρηγορητική φροντίδα, διότι η διάγνωση και η θεραπεία του πόνου, αποτελούν ουσιώδεις παραμέτρους στην κλινική τους πρακτική. Αυτή βέβαια η προσέγγιση έχει και συνέπειες³³.

Στην επιδημιολογική μελέτη που διεξήχθη στην Ισπανία των Garcia de Paredes et al., το 2011, η επίπτωση του νευροπαθητικού πόνου σύμφωνα με την άποψη του γιατρού και μόνο, ήταν 33,3%, αλλά όταν εφαρμόστηκε ένα εργαλείο εκτίμησης και διάγνωσης του νευροπαθητικού πόνου (συγκεκριμένα το DN4), η επίπτωση μειώθηκε στο 19,4%. Σ' αυτή την περίπτωση η συστηματική χρήση ενός ερωτηματολογίου με συγκεκριμένο στόχο, τη διάγνωση του νευροπαθητικού πόνου, μείωσε το επίπεδο της αβέβαιης παρουσίας νευροπαθητικού πόνου³³. Το DN4 στη μελέτη μας, διέγνωσε με νευροπαθητικό πόνο τους 64 (34,6%) ασθενείς από το σύνολο των 185 και ακολούθως τους 51 (67,1%) από τους 76 που διέγνωσε ο ειδικός για τον πόνο γιατρός. Τα αποτελέσματά μας δε συμφωνούν με την έρευνα των Bisaga et al., (2010), όπου το DN4 διέγνωσε τους 47 (78,5%) ασθενείς με νευροπαθητικό πόνο και τους 15 (24,2%) με μη νευροπαθητικό πόνο, από το σύνολο των 62 ασθενών που συμμετείχαν. Στην ίδια έρευνα των Bisaga et al., (2010) τα αποτελέσματα και για το Pain Detect είναι πολύ υψηλά συγκριτικά με τα δικά μας. Το Pain Detect διέγνωσε 34 (54,8%) ασθενείς με νευροπαθητικό πόνο και 38 (45,2%) με μη νευροπαθητικό πόνο. Τα υψηλά ποσοστά στην έρευνά τους, «δικαιολογούνται» ίσως από το ότι το δείγμα ήταν αρκετά μικρό (n=62) και υπήρχε ποικιλία διαγνώσεων (μόνο οι μισοί είχαν καρκινικό πόνο)¹³⁹.

Στη δική μας έρευνα, το Pain Detect κατάφερε να ανιχνεύσει μόνο 20 (11%) ασθενείς από τους 185 και ομοίως 20 (26%) ασθενείς από τους 76. Αυτό σημαίνει πολύ χαμηλή ευαισθησία, ενώ αντίθετα η ειδικότητα ήταν 100% (Η ειδικότητα σημαίνει ότι έχουμε επιτυχημένο εντοπισμό των αρνητικών αποτελεσμάτων και επομένως όσο το δυνατόν λιγότερα ψευδώς αποτελέσματα). Επομένως και οι 20 ασθενείς έχουν αδιαμφισβήτητα νευροπαθητικό πόνο. Δεν τίθεται θέμα ψευδούς αρνητικού αποτελέσματος. Επιπρόσθετα το Pain Detect και το S-LANSS μπορούν και να δοθούν και μέσω συνέντευξης του ασθενούς από τον ειδικό για τον πόνο γιατρό, παρόλο που είναι αυτοσυμπληρούμενα¹¹². Αυτό πραγματοποιήθηκε στη μελέτη των Krause and Backonja, (2002), όπου το S-LANSS δόθηκε και με συνέντευξη. Ανέδειξε 75% ευαισθησία (διέγνωσε 3 στους 4 ασθενείς με χρόνια πόνο) γι' αυτούς που το συμπλήρωσαν μόνοι τους και 80% (βελτιώθηκε η ορθή ταξινόμηση) μετά από συνέντευξη. Αυτή είναι η καλύτερη ταξινόμηση από

οποιοδήποτε άλλο εργαλείο διάγνωσης νευροπαθητικού πόνου, παρόλο που ένα 20%– 25% ταξινομήθηκε λανθασμένα¹¹².

7.4. Συζήτηση για την ευαισθησία και ειδικότητα των τριών ερωτηματολογίων

Στην έρευνά μας η ευαισθησία για το DN4 ήταν χαμηλή (51,3%), η ειδικότητα ήταν υψηλή (94,3%). Παρόμοια ήταν για το Pain Detect (ευαισθησία 21,1% - ειδικότητα 100%) και το S-LANSS (ευαισθησία 44,4% - ειδικότητα 95,5%). Σε σύγκριση με άλλες μελέτες η ευαισθησία και των τριών ερωτηματολογίων ήταν χαμηλή.

Στην έρευνα των Bouhassira et al, (2005), η ευαισθησία για το DN4 ήταν 82.9% και η ειδικότητα 89.9%¹⁰⁰. Στη μελέτη των Attal et al., (2011), η ευαισθησία του DN4 ήταν 80% και η ειδικότητά του 92% (μη ογκολογικοί ασθενείς)⁹⁷. Στη μελέτη των Kim et al., (2016), σε ασθενείς με χρόνια νευροπαθητικό πόνο από τη σπονδυλική στήλη, η ευαισθησία και η ειδικότητα ήταν 87,1% και 94,1% αντίστοιχα.¹⁰¹. Στην έρευνα των Sykioti et al., (2015), η ευαισθησία του DN4 ήταν 89% και η ειδικότητα 78%¹⁰³. Στη μελέτη των Perez et al., (2014) σε ασθενείς που ελάμβαναν χημειοθεραπεία η ευαισθησία και η ειδικότητά του ήταν 87,5% και 88,4% αντίστοιχα¹⁰². Η μελέτη των Freynhagen et al., (2006) η ευαισθησία του Pain Detec ήταν 85% και η ειδικότητά του 80%¹¹³, ενώ στη μελέτη των Garzón-Rodríguez et al., (2013) σε μη νοσηλευόμενους ογκολογικούς ασθενείς με χρόνια πόνο η ευαισθησία του ήταν 53% και η ειδικότητά του 77%³⁰. Στη μελέτη των Mercadante et al., (2009), σε ογκολογικούς ασθενείς με καρκινικό πόνο η ευαισθησία του S-LANSS ήταν 29,5% και η ειδικότητά του 91,4%¹⁰⁶. Η μελέτη των Potter et al., (2003) έδειξε ευαισθησία και ειδικότητα 79%, ενώ στη μελέτη Batistaki et al., (2016), η ευαισθησία του S-LANSS ήταν 86,21% και η ειδικότητά του 95,24%¹⁰⁵.

Η χαμηλή ευαισθησία που καταγράφηκε στην έρευνά μας για τα: DN4, Pain Detect και SLANSS και η υψηλή ειδικότητα, ενδέχεται να οφείλεται στο γεγονός ότι εφαρμόστηκαν σε ογκολογικούς ασθενείς τελικού σταδίου. Ωστόσο από την ανάλυση της καμπύλης ROC και της περιοχής κάτω από την καμπύλη βρέθηκε ότι τα DN4 (AUC= 0.857) και Pain Detect (AUC= 0.870) έδειξαν υψηλή αξιοπιστία

χωρίς να υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ τους. Και τα δύο ερωτηματολόγια μας δίνουν χρήσιμες ενδείξεις για την αναγνώριση του νευροπαθητικού πόνου. Επιπρόσθετα, για το S-LANSS η AUC ήταν 0,864 (μικρό δείγμα).

7.5. Συζήτηση για τις απαντήσεις των των ασθενών με Νευροπαθητικό και μη νευροπαθητικό πόνο, τη συχνότητά τους

Η ανάλυση της ευαισθησίας και της ειδικότητας του κάθε ερωτήματος ξεχωριστά των τριών ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη μας, παρουσίασε δυσκολία για το Pain Detect και το S-LANSS, διότι οι απαντήσεις στο κάθε ερώτημα δεν ήταν με ένα ναι=1 και όχι=0, όπως ήταν στο DN4. Στο Pain Detect υπάρχει διαβάθμιση και στα 7 ερωτήματα με σκορ από 0 έως 5. Αξιολογήσαμε λοιπόν τη συχνότητα θετικής απάντησης, σε όλα τα ερωτήματα που είχαν σκορ 4 ή 5. Επίσης ιδιαιτερότητα είχε και το S-LANSS, όπου στις απαντήσεις, υπήρχαν ναι και όχι, με διαφορετικό όμως σκορ (ναι=2, ή 3 ή 5).

Τα αποτελέσματά μας έδειξαν ότι οι συχνότερες θετικές απαντήσεις ήταν:

- Για το ερωτηματολόγιο **DN4**: οι 51(67%) ασθενείς ένωσαν «Βελονιές και τσιμπήματα», οι 43 (56,5%) σαν «Ηλεκτρικό ρεύμα», οι 42 (55%)σαν «Κάψιμο» και «Μυρμήγκιασμα» και οι 40 (52,5%)σαν «Μούδιασμα», συγκεντρώνοντας τις πιο συχνές θετικές απαντήσεις και για τις οποίες η περιοχή κάτω από την καμπύλη ROC ήταν μεγαλύτερη, από ότι στις άλλες απαντήσεις.
- Για το ερωτηματολόγιο **Pain Detect** με βαθμολόγηση 4 και 5 (πολύ=4, πάρα πολύ=5) σε κλίμακα 0-5 αντίστοιχα.: οι 31 σκορ =4 και οι 14 σκορ=5 (41% και 18% αντίστοιχα) ένωσαν «Κρίσεις πόνου σαν ηλεκτρικό ρεύμα », οι 27 και οι 20 (35,5 και 26%) «Μυρμήγκιασμα», οι 19 και οι 20 (25% και 23%) «Μούδιασμα» και οι 17 και οι 21 (22% και 27,5%) «Κάψιμο», συγκεντρώνοντας τις πιο συχνές θετικές απαντήσεις, Η περιοχή κάτω από την καμπύλη ROC στις παραπάνω απαντήσεις ήταν μεγαλύτερη, από ότι στις υπόλοιπες.
- Τέλος για το ερωτηματολόγιο **S-LANSS** : οι 23 (85%) σαν «Βελονιές και τσιμπήματα», οι 18 (66,5%) «Ασυνήθιστα ζεστό σα κάψιμο», οι 16 (59%) «Αιφνίδιος πόνος που εμφανίζεται χωρίς εμφανή λόγο», οι 14 (52%) «Διαφορετική επώδυνη περιοχή μετά από τριβή» και οι 12 (44%) «Δέρμα αφύσικα ευαίσθητο στο άγγιγμα», συγκέντρωσαν τις πιο συχνές θετικές απαντήσεις και για τις οποίες η

περιοχή κάτω από την καμπύλη ROC ήταν μεγαλύτερη, από ότι στα άλλα ερωτήματα.

Τα αποτελέσματα της μελέτη μας για τις πιο συχνές θετικές απαντήσεις είναι σύμφωνα με την τρέχουσα βιβλιογραφία. Συγκεκριμένα στη μελέτη των Luetal., (2016) η απάντηση για **βελονιές και τσιμπήματα** ήταν η πιο συχνή (n =97, 64,7%) στους ασθενείς με νευροπαθητικό πόνο, κατά τη συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου υπό την επίβλεψη των ειδικών για τον πόνο¹⁴⁰.

Στη μελέτη επίσης των Jones et al., (2015), οι μισοί από τους ασθενείς (οποιοδήποτε τύπου καρκίνου) με **βελονιές και τσιμπήματα** αναμενόταν να έχουν πτωχή ποιότητα ζωής. Ειδικότερα οι ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου που εμφάνιζαν νευροπαθητικό πόνο από την πρώτη επίσκεψη, είχαν περισσότερες πιθανότητες να έχουν μειωμένη ποιότητα ζωής⁹³.

Τα αποτελέσματα της πιο πρόσφατης μελέτη των Zhumaliyeva et al,(2016), σε ασθενείς με καρκίνο που εισήχθησαν σε Νοσοκομείο του Καζακστάν, συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο με συγκεκριμένες για το νευροπαθητικό πόνο ερωτήσεις: «βελονιές και τσιμπήματα» 47,6±7,7%, «μυρμήγκιασμα» 38,1±7,5%, «ηλεκτρικό ρεύμα» 14,3±5,4% και «αλλαγές της θερμοκρασίας στο δέρμα» 52,4±7,7%. Εδώ φάνηκε ότι η ερώτηση **«αλλαγές της θερμοκρασίας στο δέρμα»** δίνει θετική απάντηση αρκετά συχνά, στους μισούς περίπου ασθενείς με καρκίνο²⁸. Αυτό δεν το έδειξε η δική μας μελέτη, που στην ίδια ερώτηση του S-LANSS (μικρό δείγμα ασθενών), μόνο 3 ασθενείς από τους 76 με νευροπαθητικό πόνο απάντησαν θετικά στην παραπάνω ερώτηση. Το ποσοστό όμως για την ερώτηση «βελονιές και τσιμπήματα» στο S-LANSS, στη μελέτη μας, ήταν 85,2% (23 από τους 27 ασθενείς) και συμφωνεί με την πρόσφατη βιβλιογραφία.

7. 6. Συζήτηση για τη θεραπευτική (φαρμακευτική και αναλγητική) αγωγή και την επιβίωση

Οι περισσότεροι ασθενείς κατά την παραπομπή τους στο Ιατρείο Πόνου ελάμβαναν ταυτόχρονα παρηγορητική Χημειοθεραπεία, παρηγορητική Ακτινοθεραπεία και θεραπεία με Διφωσφονικά (Zometa). Συνολικά, 52 ασθενείς (68,4%) με νευροπαθητικό πόνο ελάμβαναν γενικά κάποια θεραπεία. Οι μισοί περίπου ασθενείς με νευροπαθητικό πόνο (42 ασθενείς, 55,2%) ελάμβαναν χημειοθεραπεία και από αυτούς οι 12 (15,8%) έλαβαν φάρμακο που μπορούσε εν

δυνάμει να προκαλέσει νευροτοξικότητα. Η διαφορά μεταξύ των ασθενών με νευροπαθητικό πόνο=28 (37%), που έλαβαν Ακτινοθεραπεία και των ασθενών με μη νευροπαθητικό πόνο (n=18, 16,5%), ήταν στατιστικά σημαντική με $p=0,002$. Τα αποτελέσματά μας είναι σύμφωνα με τη βιβλιογραφία και την έρευνα των Lechner et al., (2016), όπου η Παρηγορητική Ακτινοθεραπεία αποτελεί θεραπεία εκλογής για τους ασθενείς με νευροπαθητικό πόνο¹³⁵.

Αναφορικά με την αναλγητική αγωγή στους ασθενείς με νευροπαθητικό πόνο σύμφωνα με τη διάγνωση του ειδικού γιατρού (n=76), οι 64 (84,2%) από τους 76 ασθενείς πήραν φεντανύλη και οι 14 (18,5%) ασθενείς ή/και σιρόπι μορφίνης.

Τα οπιοειδή χρησιμοποιούνται αρκετά συχνά στο νευροπαθητικό πόνο στον καρκίνο γιατί ο καρκινικός πόνος έχει μικτή αιτιολογία και ακόμη και εάν υπάρχει αμιγώς νευροπαθητικός πόνος είναι ένα από τα είδη πόνου που βιώνουν οι ασθενείς με καρκίνο¹⁴¹.

Οι 27 (25,5%) ασθενείς πήραν Zaldiar (Παρακεταμόλη και Τραμαδόλη), οι 35 (46%) πήραν Τραμαδόλη και οι 41 (53,9%) αντιεπιληπτικά. 50 ασθενείς πήραν αντικαταθλιπτικά (59,62%) και σε 11 ασθενείς (13,9%) εφαρμόστηκε αυτοκόλλητο (patch) Λιδοκαΐνης και Καψαϊκίνης.

Στατιστικά σημαντική ήταν η διαφορά των ασθενών με νευροπαθητικό πόνο που έλαβαν Πρεγκαμπαλίνη (Lyrica), (n=38, 50%, $p<0,001$), Ντουλοξετίνη (Cymbalta), (n=27, 35,5%, $p<0,001$) και Αντικαταθλιπτικά (n=13, 17%, $p=0,021$) συγκριτικά με τους ασθενείς με μη νευροπαθητικό πόνο. Και τα τρία φάρμακα είναι φάρμακα εκλογής για το νευροπαθητικό πόνο, σύμφωνα και με τις έρευνες των Dworkin et al., (2007), Tasmuth et al., (2002) και Nishihara et al., (2013)¹⁴²⁻¹⁴⁵. Οριακή ($p=0,055$) ήταν η διαφορά των ασθενών που έλαβαν Τραμαδόλη και είχαν νευροπαθητικό πόνο, με αυτούς που δεν είχαν νευροπαθητικό πόνο και έλαβαν το ίδιο φάρμακο.

Κατά την ανάλυση της αναλγητικής αγωγής που δόθηκε από το Ιατρείο Πόνου στους 185 ασθενείς της μελέτης, υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά σε αυτούς που πήραν: Παρακεταμόλη (n=32, 42%, $p=0,040$), Παρακεταμόλη και Τραμαδόλη (Zaldiar) (n=27, 35,5%, $p=0,030$), Ντουλοξετίνη (Cymbalta) (n=27, 35,5%, $p=0,018$) και άλλο (n=20, 26,3%, $p=0,023$), συγκριτικά με την αγωγή που έπαιρναν οι ίδιοι ασθενείς την ημέρα παραπομπής τους στο Ιατρείο Πόνου.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες για τη χρήση αντιεπιληπτικών (Neurontin και Lyrica), αντικαταθλιπτικών (Cymbalta και τρικυκλικά) και τοπικά αναισθητικά (καψαΐκίνη και λιδοκαΐνη) είναι φάρμακα επιλογής αλλά υπάρχει μία έλλειψη καλών – ποιοτικών και τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών στον καρκίνο που αφορά στο νευροπαθητικό πόνο¹⁴¹⁻¹⁴². Η μελέτη της αναλγητικής αγωγής δεν ήταν πρωταρχικός στόχος της μελέτης δεν έγινε λεπτομερής ανάλυση των δεδομένων, παρόλο που από μια πρώτη εκτίμηση φαίνεται ότι οι ασθενείς παραπέμφθηκαν πολύ αργά στο Ιατρείο και υποθεραπεύτηκαν (οι μισοί περίπου έλαβαν σωστή αγωγή). Άλλοι λόγοι που δεν έλαβαν τη σωστή αγωγή για το νευροπαθητικό πόνο είναι: Οι συμμετέχοντες στη μελέτη ήταν ασθενείς μεγάλης ηλικίας με συνοσηρότητα (συνοδά προβλήματα, προβλήματα από το καρδιαγγειακό, ηπατική και νεφρική δυσλειτουργία κ.α), οπότε υπήρξε δυσκολία εκ μέρους του γιατρού να δώσει κάποια φάρμακα εκλογής για το νευροπαθητικό πόνο π.χ Lyrica. Άλλοι παράγοντες υποθεραπείας του πόνου ήταν ημη συμμόρφωση των ίδιων των ασθενών (φόβος για τα φάρμακα, πολυφαρμακία), η έλλειψη υποστηρικτικού περιβάλλοντος (κοινωνικοοικονομικά προβλήματα, ανασφάλιστοι κ.α), το μικρό προσδόκιμο επιβίωσης κ.α.

Από τους 185 ασθενείς που συμμετείχαν στη μελέτη μας και για όσο χρονικό διάστημα διήρκησε (3 χρόνια και 3 μήνες), οι 112 απεβίωσαν, οι 19 ζούσαν ακόμη και οι 54 επισκέφτηκαν το Ιατρείο μόνο μία φορά. Σύμφωνα με τα διαθέσιμα δεδομένα ο διάμεσος χρόνος επιβίωσης από την παραπομπή έως το θάνατο των 147 από τους 185 συνολικά ασθενείς, ήταν 3 μήνες. Από τους 76 ασθενείς με νευροπαθητικό πόνο σύμφωνα με την ιατρική διάγνωση, οι 52 απεβίωσαν, οι 6 ζούσαν ακόμη και οι 18 επισκέφτηκαν το Ιατρείο μόνο μία φορά. Σύμφωνα με τα διαθέσιμα δεδομένα ο διάμεσος χρόνος επιβίωσης από την παραπομπή έως το θάνατο των 63 (από τους 76) ασθενών με νευροπαθητικό πόνο, ήταν 3 μήνες.

7. 7 Συζήτηση για τη σχέση της ψυχολογικής καταπόνησης, του πόνου και της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής

Από την ανάλυση των δεδομένων των 125 ασθενών φάνηκε ότι, όσον αφορά στα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν άνδρες (N=72, 57.6%), με μέσο όρο ηλικίας τα 62,5 έτη. Ως προς

την οικογενειακή τους κατάσταση, το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν έγγαμοι, (N=103, 82,4 %), ενώ ως προς το μορφωτικό τους επίπεδο, η πλειοψηφία του δείγματος ήταν απόφοιτοι Δημοτικού (N=82,65,6%). Οι πιο συχνές διαγνώσεις ήταν: καρκίνος πνεύμονα (N=38, 30,4%), καρκίνος εντέρου (N=38, 30,4%), καρκίνος μαστού (N=14,11,2%) και καρκίνος ουροποιητικού (N=15, 12,0%). Οι 89 (71%) από τους 125 ασθενείς είχαν μεταστάσεις, ενώ το 83,1% (N=104) ανέφεραν μέτριο έως σοβαρό πόνο, με μέσο όρο βαθμολόγησης του πόνου: VAS = 6,4. Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στον τύπο του πόνου (νευροπαθητικός – αλγαισθητικός) και στην ποιότητα ζωής. Όταν ο ασθενής πονάει η ποιότητα ζωής του είναι πτωχή. Ο μέσος όρος του χρόνου ζωής από τη διάγνωση, ήταν 26,7 μήνες.

Από την ανάλυση του ερωτηματολογίου εκτίμησης ψυχοπαθολογίας SCL-90 φάνηκε ότι οι ασθενείς παρουσίαζαν υψηλές τιμές στις κλίμακες: σωματοποίηση, κατάθλιψη, διαταραχές ύπνου και σκέψεις θανάτου. Σύμφωνα με την κλινική εκτίμηση, 50 ασθενείς παρουσίαζαν καταθλιπτική συμπτωματολογία. Τα αποτελέσματα αυτά, είναι σύμφωνα με τη μελέτη των Brownetal., 2010¹⁴⁶ και περιγράφονται εκτενώς στη βιβλιογραφία^{42, 149}.

Σχετικά με την Ποιότητα ζωής, οι ασθενείς παρουσίαζαν χαμηλότερες τιμές στη σωματική (34.06 ± 21.08) και την ψυχική υγεία (47.43 ± 20.85). Οι μέσες τιμές για τις κοινωνικές σχέσεις και τη σχετιζόμενη με το περιβάλλον ΠΖ ήταν αντίστοιχα $64,90 \pm 16,64$ και $66,57 \pm 14.01$ (Ιστόγραμμα 1).

Αναφορικά με τον έλεγχο πιθανών συσχετίσεων μεταξύ του πόνου και της ποιότητας ζωής, στο επίπεδο των αναλύσεων, δεν προέκυψαν στατιστικές σημαντικές συσχετίσεις. Ορισμένες στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις «εύκολα χάθηκαν» στην πολυπαραγοντική ανάλυση στην οποία εντάχθηκαν όλες οι μεταβλητές που παρουσίαζαν στατιστική σημαντικότητα. Ελέγχθηκε και η ύπαρξη πιθανών συσχετίσεων μεταξύ των κλιμάκων του SL-90 και του WHOQOL–BRIEF. Από τον έλεγχο φάνηκε ότι η κατάθλιψη είχε ισχυρή και ανεξάρτητη συσχέτιση με τη σωματική ($p=.000$), ψυχική ($p=.000$) και τη σχετιζόμενη με το περιβάλλον ($p=.000$) ποιότητα ζωής. Σε όλες τις περιπτώσεις, η κατάθλιψη δικαιολογούσε μεγάλο μέρος της μεταβολής και έτσι μπορεί να θεωρηθεί ως ένας αρκετά αξιόπιστος και ανεξάρτητος παράγοντας για την ποιότητα ζωής.

Αξίζει να σημειωθεί επίσης ότι η σωματική ποιότητα ζωής συσχετιζόταν με τα αισθήματα ενοχών ($p=.014$) που συχνά αποτελούν σύμπτωμα κατάθλιψης,

ενδεικτικό της σοβαρότητάς της. Συνεπώς φαίνεται να κυριαρχεί η κατάθλιψη ως παράγοντας που καθορίζει την ΠΖ περισσότερο από οποιοδήποτε άλλο κλινικό ή κοινωνικοδημογραφικό χαρακτηριστικό, κάτι στο οποίο συμφωνούν οι περισσότερες μελέτες.

Στην κατάθλιψη το βίωμα του πόνου εντείνεται αφενός, αλλά από την άλλη όποιος πονάει έχει ως συνέπεια την κατάθλιψη, που μάλλον κατακλύζει τους δικούς μας ασθενείς. Ομοίως στην έρευνα των Tavoletal., (2008), φάνηκε ότι μεταξύ των ασθενών που πονούσαν και ο πόνος τους παρέμενε, τα υψηλά σκορ πόνου ήταν θετικά και σημαντικά σχετιζόμενα με υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης¹⁴⁷. Επιπρόσθετα στην έρευνα των Jack et al., (2011), φάνηκε ότι η κατάθλιψη βελτιώνεται όταν μειώνεται ο πόνος¹⁴⁷⁻¹⁴⁸.

Κατά συνέπεια τα αποτελέσματα αυτών των συσχετίσεων δεν επηρεάζονταν από τον τύπο (νευροπαθητικό –αλγαισθητικό) και την ένταση του πόνου, τις μεταστάσεις, τον τύπο καρκίνου, το χρονικό διάστημα από τη διάγνωση και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών.

Ενδιαφέρον είναι, ότι οι διαταραχές ύπνου συσχετιζόνταν σημαντικά με όλους τους τομείς του WHOQOL, δηλαδή με τη σωματική ($p=.001$) και την ψυχική υγεία ($p=.028$), τις κοινωνικές σχέσεις ($p=.007$), καθώς και με τη σχετιζόμενη με το περιβάλλον ποιότητα ζωής ($p=.038$). Το εύρημα αυτό θεωρείται σημαντικό, μιας και συχνά οι διαταραχές ύπνου υποτιμούνται στην κλινική εξέταση, με αποτέλεσμα να υποδιαγιγνώσκονται και αυτό έχει ως άμεση συνέπεια του συνολικού επιπέδου της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Αναφορικά με τον τομέα των Κοινωνικών Σχέσεων η πιο αρνητική σημαντική συσχέτιση καταγράφεται με τη Διαπροσωπική ευαισθησία που περιλαμβάνει αισθήματα ανεπάρκειας και κατωτερότητας. Αυτό σημαίνει ότι όσο συχνότερα οι ασθενείς ανέφεραν αισθήματα ανεπάρκειας και κατωτερότητας τόσο φτωχότερη ήταν η ποιότητα ζωής των κοινωνικών σχέσεων, ενώ όσο πιο σπάνια ανέφεραν χαρακτηριστικά διαπροσωπικής ευαισθησίας, τόσο πιο στενές και συχνές κοινωνικές σχέσεις διατηρούσαν. Οι κοινωνικές σχέσεις φαίνεται να επηρεάζονται επίσης, από την καχυποψία και την επιφυλακτικότητα απέναντι στους άλλους (Paranoid-Ideation- Παρανοϊκός Ιδεασμός $p=.045$).

Επιπρόσθετα, σε τομείς του WHOQOL-BREF παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με τον ιδεοψυχαναγκασμό, την ενοχή, τον παρανοϊκό ιδεασμό και τη διαπροσωπική ευαισθησία.

8. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Λείπουν οι συγκριτικές μελέτες παροχής πληροφοριών σχετικά με την ειδικότητα και την ευαισθησία των εργαλείων αυτών, όταν εφαρμόζονται στη διάγνωση του νευροπαθητικού πόνου στους ασθενείς με καρκίνο. Επίσης αβέβαιο είναι στη μελέτη των Roberto et al., το 2015πιο από τα τρία διαγνωστικά εργαλεία που εφαρμόστηκαν, εκτιμά και ανιχνεύει καλύτερα το νευροπαθητικό πόνο στην κλινική πράξη (DN4, NPQ και LANSS)²³, αλλά το ίδιο συμβαίνει και με όλα τα διαθέσιμα ερωτηματολόγια για το νευροπαθητικό πόνο σε παρόμοιες μελέτες. Και στη δική μας μελέτη και τα τρία ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν έδειξαν παρόμοια χρησιμότητα για την αναγνώριση του νευροπαθητικού πόνου (τα πρώτα αποτελέσματα του S-LANSS) με χαμηλή όμως ευαισθησία, συγκριτικά με άλλες μελέτες σε μη ογκολογικούς ασθενείς.

Είναι πλέον γνωστό από τη βιβλιογραφία ότι οι ογκολογικοί ασθενείς έχουν πόνο σε αρκετά σημεία, με μέσο όρο τουλάχιστον σε δύο σημεία. Αυτός είναι ένας επιπλέον λόγος που εφιστά ιδιαίτερη προσοχή κατά τη διάγνωση του νευροπαθητικού πόνου στις διάφορες ομάδες των ογκολογικών ασθενών (ασθενείς με οστικές μεταστάσεις, με παρενέργειες από ΧΜΘ, ΑΚΘ, ασθενείς τελικού σταδίου, ηλικιωμένοι ασθενείς κ.α). Αποτελεί επομένως περιοριστικό παράγοντα σε όλες τις μελέτες η χρήση των ερωτηματολογίων και μόνο για τη διάγνωση του νευροπαθητικού πόνου. Το ερωτηματολόγιο απαιτεί από αυτόν που το συμπληρώνει να βασίζεται τις απαντήσεις του σε μία και μόνο περιοχή πόνου, εκεί όπου είναι πιο έντονος. Είναι επομένως πιθανό, ο ασθενής να πονά σε μία περιοχή όπου ο πόνος παρουσιάζει νευροπαθητικά χαρακτηριστικά, αλλά να μην είναι η περιοχή με τον πιο έντονο/σοβαρό πόνο οπότε στο ερωτηματολόγιο δεν καταγράφεται, επομένως χάνεται και κατά συνέπεια υποεκτιμάται η επίπτωση του νευροπαθητικού πόνου¹³⁵.

Τα διαθέσιμα εργαλεία διάγνωσης νευροπαθητικού πόνου, εξαιτίας του ότι αναπτύχθηκαν, αξιολογήθηκαν και σταθμίστηκαν αρχικά σε μη ογκολογικούς ασθενείς, φαίνεται να έχουν περιορισμένη αξία στους ογκολογικούς ασθενείς και κάποιες φορές αμφισβητούμενη χρησιμότητα και διαγνωστική ακρίβεια^{33,39,106}. Έτσι εξηγείται και η χαμηλή ευαισθησία των τριών ερωτηματολογίων που αναλύθηκαν στην παρούσα μελέτη, ενώ από την πρόσφατη βιβλιογραφία προκύπτει υψηλότερη ευαισθησία των αντίστοιχων ερωτηματολογίων. Πέραν αυτού χρήζει περαιτέρω

ανάλυσης η διαγνωστική ακρίβεια του Pain Detect και του S-LANSS σε ογκολογικούς ασθενείς συγκρίνοντάς τους με μη Ογκολογικούς ασθενείς. Η χρήση τους όμως ενδέχεται να βοηθήσει ιδιαίτερα το δύσκολο καθήκον των μη ειδικών στον πόνο γιατρών, σχετικά με την ανίχνευση και διάγνωση του νευροπαθητικού πόνου των ασθενών¹¹⁵. Τα διαγνωστικά εργαλεία μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να προεπιλέξουν υποψήφιους ασθενείς (με νευροπαθητικό πόνο) υπό την προϋπόθεση ότι είναι προσεκτικά επιλεγμένα και σωστά χορηγούμενα³⁵.

Τα τρία ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη μας, αφορούσαν σύμφωνα με τα κριτήρια εισαγωγής, ασθενείς, με ένταση πόνου σύμφωνα με την αριθμητική κλίμακα βαθμολόγησης (NRS) ≥ 4 . Αυτό σημαίνει ότι ήπιο πόνο είχαν αυτοί με σκορ=4, μέτριο πόνο αυτοί με σκορ 5-6 και σοβαρό πόνο αυτοί με σκορ 7-10¹²⁹. Αυτό εξ αρχής αποτελεί περιορισμό στη μελέτη, από τη στιγμή όπου προκαθορίζεται εν μέρει, το υψηλό ποσοστό μέτριου και σοβαρού πόνου.

Επιπρόσθετα, ίσως κάποιες ερωτήσεις των ήδη σταθμισμένων ερωτηματολογίων στον ελληνικό πληθυσμό, να χρειάζονται τροποποίηση, προσαρμογή ή και αλλαγή για την καλύτερη διαγνωστική ακρίβεια και χρησιμότητα, αναφορικά με τη διάγνωση και τον πληθυσμό στον οποίο απευθύνονται.

Με αυτό τον τρόπο τα ερωτηματολόγια θα συμβάλλουν στην περαιτέρω έρευνα και θα οδηγήσουν στην καλύτερη και ευρύτερη κατανόηση των επιδημιολογικών δεδομένων του νευροπαθητικού πόνου στον ελληνικό πληθυσμό¹³⁵ και συγκεκριμένα στους ασθενείς με καρκίνο και προχωρημένη νόσο.

Τα διαφορετικά επίπεδα γνώσης και εμπειρίας μεταξύ των των Επαγγελματιών Υγείας αναφορικά με τη διαγνωστική αναγνώριση του νευροπαθητικού πόνου σε ογκολογικούς ασθενείς, μπορεί να συμβάλλουν στη διαφορετική εκτίμηση και διάγνωση του συγκεκριμένου τύπου πόνου και να οδηγήσουν σε διαφορές στο σχεδιασμό της θεραπευτικής αγωγής (φαρμακευτικής και μη φαρμακευτικής αγωγής) και κατ' επέκταση στη βέλτιστη έκβαση της νόσου και της θεραπείας²³. Θεραπεύοντας περισσότερα από ένα μόνο σύμπτωμα, με ένα συγκεκριμένο φάρμακο για το νευροπαθητικό πόνο αποφεύγεται η πολυφαρμακία. Η επιτυχία έγκειται στην κατάλληλη επιλογή του ασθενούς¹⁴¹ και στο βαθμό στον οποίο αυτός συμμορφώνεται με την αναλγητική αγωγή.

Επιπρόσθετα, οι παρεμβάσεις στα πρώιμα στάδια της νόσου βοηθούν στη βίωση του προχωρημένου καρκίνου με πιο προσαρμοστικό τρόπο. Η φροντίδα

των ασθενών με προχωρημένη νόσο, πρέπει να μην εστιάζεται μόνο στη ρύθμιση του πόνου, αλλά και στην αντιμετώπιση της ενδεχόμενης Ψυχοπαθολογίας.

Οι ψυχιατρικές εκδηλώσεις αυξάνονται σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο και πόνο, κυρίως η κατάθλιψη, αλλά και οι Διαταραχές Ύπνου. Η κατάθλιψη ειδικά σε ασθενείς τρίτης ηλικίας με καρκίνο, είναι η πιο κοινή διαταραχή και σχετίζεται με αναπηρία, νοσηρότητα και θνησιμότητα.

Η συμμόρφωση είναι καθοριστική για τον περιορισμό των επιπλοκών, των επαναλαμβανόμενων εισαγωγών του ασθενούς στο νοσοκομείο και για τις ορθές θεραπευτικές παρεμβάσεις από την ομάδα φροντίδας των Ιατρικών Πόνου. Η σωστή χρήση των αναλγητικών και η έγκαιρη έναρξη τους, πάντα σε συνεργασία ασθενή και της ομάδας Ιατρικού Πόνου, προφυλάσσει τον ασθενή από μεγάλη ταλαιπωρία και παρέχει τόσο σε αυτόν, όσο και σ' αυτούς που τον φροντίζουν, τη βέλτιστη Ποιότητα Ζωής.

Χρειάζεται κατά συνέπεια ιδιαίτερη προσοχή στην ορθή διάγνωση του νευροπαθητικού πόνου, στη σωστή χρήση των διαθέσιμων διαγνωστικών εργαλείων και στην έγκαιρη παραπομπή των ασθενών στους Ειδικούς. Η σωστή επιλογή και χορήγηση των συγκεκριμένων για το νευροπαθητικό πόνο φαρμάκων, καθώς επίσης και η έγκαιρη παραπομπή για ψυχολογική – ψυχιατρική εκτίμηση και αντιμετώπιση (εστιασμένη διαχείρισή τους, με στόχο τη θεραπεία τους), στοχεύει στη μέγιστη βελτίωση της Ποιότητας Ζωής τόσο των ασθενών με καρκίνο όσο και των φροντιστών τους.

Η ανακούφιση των ασθενών από το νευροπαθητικό πόνο αλλά και γενικότερα από τον καρκινικό πόνο, δεν μπορεί να επιτευχθεί εάν δε ληφθούν σοβαρά υπόψη και δεν επιλυθούν, θέματα όπως: η έλλειψη ενημέρωσης για τις βασικές και θεμελιώδεις μεθόδους διαχείρισής του πόνου, η έλλειψη συστηματικής διδασκαλίας φοιτητών ιατρικής αλλά και άλλων επαγγελματιών παροχής υγείας, η ελλιπής γνώση της παθοφυσιολογίας και των αιτιών του πόνου, η μη αποτελεσματική επικοινωνία ιατρού – ασθενούς – οικογένειας, οι νομοθετικοί περιορισμοί χρήσης και διάθεσης οπιοειδών, η έλλειψη οικονομικών πόρων, οι περιορισμοί του προσωπικού (ανεπαρκής αριθμός) και του συστήματος παροχής υγείας καθώς επίσης και η έλλειψη της ολιστικής διαχείρισης του καρκινικού πόνου από τις εκάστοτε κυβερνήσεις.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ. Ο νευροπαθητικός πόνος εμφανίζεται σε περισσότερο από 20 % των ογκολογικών ασθενών και είναι συχνά δύσκολα ελεγχόμενος. Για την διάγνωσή του, τα ερωτηματολόγια DN4, Pain Detect και S- LANSS, έχουν σταθμιστεί στην Ελληνική γλώσσα, αλλά η διαγνωστική τους ακρίβεια δεν έχει μελετηθεί, αναλυθεί και συγκριθεί στους ογκολογικούς ασθενείς στην Ελλάδα.

ΣΚΟΠΟΣ. Να μελετηθεί η επίπτωση του νευροπαθητικού πόνου στους ογκολογικούς ασθενείς και η διαγνωστική ακρίβεια ερωτηματολογίων DN4, Pain Detect και S- LANSS. Επίσης να μελετηθεί η σχέση μεταξύ της ψυχολογικής καταπόνησης, του πόνου και της Ποιότητας Ζωής.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ. Προοπτική, διασταυρούμενη, επιδημιολογική μελέτη παρατήρησης, μετά από έγκριση της Ε. Ε. του Νοσοκομείου και μετά από ενυπόγραφη συγκατάθεση των ασθενών.

Μελετήθηκαν 256 ασθενείς με χρόνια καρκινικό πόνο, από τον Απρίλιο του 2012 έως και τον Ιούλιο του 2015. Η διάγνωση του νευροπαθητικού πόνου τέθηκε από τον ειδικό Αναισθησιολόγο, οι ασθενείς συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια Pain Detect, S- LANSS, ενώ το DN4, συμπληρώθηκε από άλλον ειδικό γιατρό μετά από συνέντευξη. Εκτιμήθηκε η ψυχοπαθολογία των ασθενών και η ποιότητα ζωής, με τις κλίμακες WHOQOL-BREF και SCL-90.

Στατιστική: t – test, Chi square, Καμπύλες ROC. Δείκτες αξιοπιστίας για το DN4 και το Pain Detect: Küder Richardson και Cronbach's α , αντίστοιχα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ. Εξαιρέθηκαν 71 ασθενείς. Επίπτωση νευροπαθητικού πόνου: 41,1% (76 ασθενείς), 16 (21,1%) ασθενείς με αμιγώς νευροπαθητικό και 60 (78,9%) με μικτό πόνο. Οι καμπύλες ROC για DN4 και Pain Detect, με AUC: 0.857 και 0.870 αντίστοιχα, έδειξαν αξιοπιστία και στα δύο ερωτηματολόγια.

Ευαισθησία και Ειδικότητα: DN4: 51,3% και 94,3%, Pain Detect: 21,1% και 100% και S-LANSS: 44,4% και 95,5% αντίστοιχα. Δεν προέκυψαν συσχετίσεις μεταξύ των ασθενών: αναφορικά με τον τύπο (νευροπαθητικός-αλγαισθητικός) και την ένταση του πόνου, την ηλικία, το φύλο και το μορφωτικό επίπεδο. Η εκτίμηση της αναλγητικής αγωγής ανέδειξε ότι οι ασθενείς υποθεραπεύονται. Αναφορικά με την ποιότητα ζωής οι ασθενείς παρουσίασαν χαμηλές τιμές στη σωματική (34.06 ± 21.08) και ψυχική υγεία (47.43 ± 20.85). Για τις κοινωνικές σχέσεις και το περιβάλλον: $64,90 \pm 16,64$ και $66,57 \pm 14.01$, αντίστοιχα. Οι παραπάνω

παράμετροι συσχετίστηκαν σημαντικά με τις διαταραχές ύπνου και στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με: ενοχή, ιδεοψυχαναγκασμό, παρανοϊκό ιδεασμό και διαπροσωπική ευαισθησία. Αναφορικά με την ψυχοπαθολογία υψηλές τιμές αφορούσαν: σωματοποίηση, κατάθλιψη, διαταραχές ύπνου και σκέψεις θανάτου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ. Οι ασθενείς παραπέμπονται στο Ιατρείο Πόνου σε πολύ προχωρημένο στάδιο, υποδιαγιγνώσκονται και υποθεραπεύονται αναφορικά με την αναλγητική αγωγή και την ψυχολογική υποστήριξη. Η διάγνωση παραμένει κυρίως κλινική. Τα διαθέσιμα διαγνωστικά εργαλεία ενδέχεται, μετά από κάποιες τροποποιήσεις, να ενισχύσουν την κλινική διάγνωση, όχι όμως και να την αντικαταστήσουν. Η παρουσία χρόνιου πόνου στους Ογκολογικούς ασθενείς συνοδεύεται από κατάθλιψη, αίσθημα ανεπάρκειας και κατωτερότητας, δυσφορία του ασθενούς, ανησυχία, διαταραχές ύπνου και πτωχή Ποιότητα Ζωής.

SUMMARY

Background. Oncology patients often experience neuropathic pain in approximately 20% and it is the most difficult type of pain to be controlled. DN4, Pain Detect and S-LANSS questionnaires have been validated in greek language. Their diagnostic accuracy have never been studied, analyzed and compared in Greek cancer patients.

Objectives. This study aimed to evaluate the prevalence of neuropathic pain in cancer patients and the diagnostic accuracy of DN4, Pain Detect and S-LANSS. Furthermore, the relationship between psychosocial distress, pain and quality of life was of interest.

Materials and Methods. This study is an observational, cross-sectional, prospective, epidemiological research. The study protocol was approved by the Hospital Ethics Committee and all participants provided an informed consent. A total of 256 consecutive oncology patients were studied and analyzed during the period between April 2012 and July 2015. The clinical diagnosis for neuropathic pain was established by a Pain Specialist and patients were completed DN4 and Pain Detect, while DN4 was completed by another Pain Specialist, through an interview. It was also evaluated their Quality of Life and Psychopathology (WHOQO L-BREF and SCL-90).

Statistics: t-test, Chi square, receiver operating characteristic (ROC) curves. Reliability indexes for DN4 and Pain Detect: Küder Richardson and Cronbach's α respectively

Results. 71 patients were excluded. The prevalence of neuropathic pain due to Pain Specialist was 41% (76 patients): 16 patients out of 76 (21%), experience pure neuropathic pain and 60 (79%) patients, mixed pain. It was examined the reliability indexes of DN4 and Pain Detect and their AUC were equal to 0.857 and 0.870 respectively, showing reliability to both of them. Sensitivity and Specificity : 51,3% and 94,3% for DN4, 21,1% and 100% for Pain Detect and 44,4% and 95,5% for S-LANSS, respectively. There weren't any statistically significant differences between type (neuropathic-nociceptive) and intensity of pain, age, sex and educational level. The treatment evaluation, revealed that patients were undertreated.

In relation to quality of life, patients appeared lower values in physical (34.06 ± 21.08) and mental health (47.43 ± 20.85) and for social relationships and environment : $64,90 \pm 16,64$ and $66,57 \pm 14.01$, respectively. It is interesting that sleep disturbances were statistically significant. We found statistically significant correlations to: Guilt, Obsessive Compulsive, Paranoid Ideation and Interpersonal Sensitivity. From the analysis of SCL-90 we concluded that patients had high values to somatization, depression, sleep disturbances and thoughts of death.

Conclusions. We concluded that patients referred in Outpatient Pain Clinic in an advanced stage of disease. Their neuropathic cancer pain has underrecognised and undertreated, in relation to analgesic drugs and psychosocial support. The diagnosis remains in a clinical setting. The available diagnostic tools have low sensitivity and some manifestations are required, in order to increase clinical diagnosis without replace it. The presence of chronic pain is accompanied by depression, lack of efficiency, inferiority, distress, anxiety, sleep disturbances and poor quality of life.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Λώλα Κ, Καλιαρδού Ε, Λώλα Ι, Αργύρα Ε, Καραύσσα Φ. Στοιχεία από την Ιστορία της Φαρμακευτικής Θεραπείας του Πόνου. In: Αντιμετώπιση Οξέος & Χρόνιου Πόνου. Αργύρα Ε, Βαδλούκα Α, Σιαφάκα Ι, Αναστασίου Ε, Παπαδόπουλος Γ. Εκδόσεις ΕΦΥΡΑ.2006. σελ150-31.
2. Ρηγάτος Γ. Η αρχαιότητα του Πόνου In: Ο πόνος στον πολιτισμό & στην ιστορία της Ιατρικής. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις. 2009: 27-37.
3. Γεωργιάδης, Αχ. Ε. Περί Πόνου. Πανεπιστήμιο Αθηνών. 2012.
4. Αστουρακάκη, Ε. Ερμηνευτική Προσέγγιση της “Αναισθησίας”, του “Υπνου”.2010.
5. Merskey H et al. (Eds) In: Classification of Chronic Pain : Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms. 1994:209-212.
6. Shen MJ, Redd WH, Winkel G, et al. Associations among pain, pain attitudes and pain behaviours in patients with metastatic breast cancer. Journal of behavioural medicine. 2012;1-12.
7. Gorin SS, Kerbs P, Bard H et al. Meta-analysis of psychosocial interventions to reduce pain in patients with cancer. Journal of Clinical Oncology. 2012; 30 (5):539-547
8. Διεθνής Εταιρεία Πόνου IASP (International Association for the Study of Pain). 1979.
9. Portenoy RK, Miransky J, Thaler HT et. al. Pain in ambulatory patients with lung or colon cancer prevalence, characteristics and effect. Cancer 1992;70:1616 - 1624.
10. Lussier D, Portenoy RK. Adjuvant analgesics in pain management. In: Doyle D, Hanks G, Cherny N, et. al. Oxford Textbook of Palliative Medicine, Third Edition. Oxford, England: Oxford University Press, 2003:349 - 377.
11. Coyle N, Adelhart J, Foley K.M, et. al. Character of terminal illness in the advanced cancer patient :pain and other symptoms during the last four weeks of life. J Pain Symptom Manage 1990;5:83-93.
12. Vielhaber A, Portenoy RK. Advances in cancer pain management. Hematol Oncol Clin North Am 2002;16:527 - 541.
13. Grond S, Radbrush L, Meuser T, et. al. Assessment and treatment of neuropathic cancer pain following WHO guidelines. Pain 1999;79:1520.
14. Dworkin RH, Backonja M, Rowbotham MC, et. al. Advances in neuropathic

pain: diagnosis, mechanism, and treatment recommendations. Arch Neurol 2003;60: 1524 - 1534.

15. Cherny NI, Portenoy R.K. Cancer pain: principles of assessment and syndromes. In: Wall PD, Melzack R, eds. Textbook of Pain, Fourth Edition. London: Churchill Livingstone, 1999:1017 - 1064.

16. Mercadante S. Cancer pain undertreatment and prognostic factors. Pain. 2012;153(8):1770-1771.

17. Pina P, Sabri E, Lawlor PG. Characteristics and associations of pain intensity in patients referred to a specialist cancer pain clinic. Pain Res Manag. 2015 Sep-Oct;20(5):249-54. classification. Acta Anaesthesiol Scand.;41:141-145.

18. Foley KM. (1985) The treatment of cancer pain. N Engl J Med.;313:84-95

19. Twycross R. (1997) Cancer Pain:

20. Lesage P. and Portenoy RK. (1999), Cancer Control; Journal of the Moffitt Cancer Center ; 6(2):136-145.

21. IASP Press, Pain 2008. An updated review. Refresher Course Syllabus. IASP Press, p.11-24.

22. Treede RD et al. Neuropathic pain: redefinition and grading system for clinical research purposes. Neurology 2008,70:1630-1635.

23. Roberto A, Deandrea S, Greco MT, Corli O, Negri E, Pizzuto M, Ruggeri F. Prevalence of Neuropathic Pain in Cancer Patients: Pooled Estimates From a Systematic Review of Published Literature and Results From a Survey Conducted in 50 Italian Palliative Care Centers. J Pain Symptom Manage. 2016 Jun;51(6):1091-1102.

24. Bhatnagar S, Mishra S, Roshni S, Gogia V, Khanna S. Neuropathic pain in cancer patients prevalence and management in a tertiary care anesthesia-run referral clinic based in urban India. J Palliat Med 2010;13:819-824.

25. Caraceni A, Portenoy RK. An international survey of cancer pain characteristics and syndromes. IASP Task Force on Cancer Pain. International Association for the Study of Pain. Pain. 1999 Sep;82(3):263-74.

26. Chua KS, Reddy SK, Lee MC, Patt RB. Pain and loss of function in head and neck cancer survivors. J Pain Symptom Manage 1999;18:193-202.

27. Oosterling Anne, Nienke te Boveldt, Verhagen Constans, Winette T. van der Graaf, Van Ham Maaike, Miep Van der Drift, Kris Vissers, Yvonne Engels.

Neuropathic Pain Components in Patients with Cancer: Prevalence, Treatment, and Interference with Daily Activities. *Pain Practice*, Vol 16(4) 2016 413-421.

28. Zhumaliyeva V, Cialkowska-Rysz A, Sirota V, Kulishov V, Omarova I. Epidemiology of neuropathic chronic pain in oncology patients. *Georgian Med News*. 2016 May;(254):10-5.

29. Knudsen AK, Brunelli C, Klepstad P, et al. Which domains should be included in a cancer pain classification system? Analyses of longitudinal data. *Pain*.2012; 153(3): 696-703.

30. Garzón-Rodríguez C, Lyras L, Gayoso OL, Sepúlveda JM, Samantas E, Pelzer U, Bowen S, van Litsenburg C and Strand M. Cancer-related neuropathic pain in out-patient oncology clinics: a European survey. *BMC Palliative Care* 2013, 12(1) :41-52.

31. Loomba V, Kaveeshvar H, Upadhyay A, Sibai N. Neuropathic pain in cancer patients: A brief review. *Indian Journal of Cancer*. 2015;52(3); 425-428

32. Vadalouca A, Raptis E, Moka E, Zis P, Sykioti P, Siafaka I. Pharmacological Treatment of Neuropathic Cancer Pain: A Comprehensive Review of the Current Literature. *Pain Practice*. 2012; 12 (3); 219–251.

33. Garcia de Paredes ML, del Moral Gonzalez F, Martinez del Prado P, et al. First evidence of oncologic neuropathic pain prevalence after screening 8615 cancer patients. Results of the on study. *Ann Oncol* 2011; 22:924-930.

34. Paice JA. Mechanisms and management of neuropathic pain in cancer. *J.Support Oncol*. 2003;1(2):107-120.

35. Pérez C, Sánchez-Martínez N, Ballesteros A, Blanco T, Collazo A, González F, Villoria J. Prevalence of pain and relative diagnostic performance of screening tools for neuropathic pain in cancer patients: A cross-sectional study. *Eur J Pain*. 2015 Jul;19(6):752-61.

36. Harada S, Tamura F, Ota S. The Prevalence of Neuropathic Pain in Terminally Ill Patients With Cancer Admitted to a Palliative Care Unit: A Prospective Observational Study. *Am J Hosp Palliat Care*. 2016 Jul;33(6):594-8.

37. Mañas A, Monroy J.I, Ramos A, Cano C, Gomez V, Masramón X, Pérez M. Prevalence of Neuropathic Pain in Radiotherapy Oncology Units. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2011 Oct 1;81(2):511-20

38. Bennett MI, Rayment C, Hjerstad M, Aass N, Caraceni A, Kaasa S. Prevalence and aetiology of neuropathic pain in cancer patients: a systematic

review. *Pain*. 2012 Feb;153(2):359-65

39. Rayment C, Hjermstad MJ, Aass N, Kaasa S, Caraceni A, Strasser F, Heitzer E, Fainsinger R, Bennett MI; European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC). Neuropathic cancer pain: prevalence, severity, analgesics and impact from the European Palliative Care Research Collaborative-Computerised Symptom Assessment study. *Palliat Med*. 2012 Sep;27(8):714-21

40. Ζαχαρία Γ. Νικολούζος Σ. Καποδίστριας Ν. Μουζακίτη Α. Ντουβέλης Ε. Πλέσια Ε. Καρκινικός πόνος και παρηγορητική αγωγή. *ΙΑΤΡΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ ΒΟΡΕΙΟΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ* 2013, Τόμος 9, Τεύχος 2

41. Razavi D, Stiefel F. Common psychiatric disorders in cancer patients I. Adjustment disorders and depressive disorders. *Support Care Cancer* 1994, 2:223–232

42. Μουσσάς ΓΙ., Καρκανιάς ΑΠ., Παπαδοπούλου Α. Ψυχολογικά και Ψυχιατρικά προβλήματα στους ασθενείς Γενικού Νοσοκομείου με καρκίνο. *Ψυχιατρική* 2008, 19:124–144

43. Greenberg D, Vitaglianno H, Pirl W, Abrams A, Murriel A, Rauch P. Patients with cancer and the evolution of the role of psychiatry in oncology. In: Stern T, Fricchione G, Cassem N, Jellinek M, Rosenbaum J (eds) *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry*, Mosby, 2004:571–591

44. Citero VA, Nogueira-Martins LA, Lourenço MT et al. – Clinical demographic profile of cancer patients in a consultation-liaison psychiatric service. *São Paulo Med J*, 2003; 121:111-116

45. Schmidt AP, Riboldi CO, Moreira RK et al. – Síndromes neuropsiquiátricas em cuidados paliativos: ansiedade e depressão. *Rev Soc Bras Cancer*, 2004;(2):26-33

46. Breitbart W. Identifying patients at risk for and treatment of major psychiatric complications of cancer. *Support Care Cancer* 1995, 3:45–6

47. Passik S D, McDonald MV, Dugan JR WM et al. – Depression in cancer patients: recognition and treatment. *Medscape Psychiatry Ment Health eJ*, 2, 1997

48. Massie MJ. Prevalence of Depression in Patients with Cancer. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*. 2004. No 32

49. Cassen EH. Depression and anxiety secondary to medical illness. *Psychiatr Clin North Am* 1990, 13:597–612

50. Cassen NH, Bernstein JG. Depressed Patients. In: Stern TA, Fricchione GL, Cassen WH, Jellinek MS, Rosenbaum JF (eds) *Massachusetts General Hospital*

Handbook of General Hospital. 5th ed. Philadelphia, PA: Mosby, Elsevier, 2004:25–68

51. Davis MP and, Walsh D. Epidemiology of cancer pain and factors influencing poor pain control. *Am J Hosp Palliat Care*. 2004 Mar-Apr;21(2):137-42

52. Woodforde JM, Fielding JR. Pain and cancer. In: Weisenburg M, ed. *Pain, Clinical and Experimental Perspectives*. St Louis: C. V. Mosby, 1975;332-336

53. Cleeland C. The Impact of Pain on the Patient with Cancer. *Cancer* 1984, 54 :2635-2641

54. Ozkan S. Psychiatric aspects of pain in cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2010;11 Suppl 1:113-6

55. Ιακωβίδης Β. Κατάθλιψη σε ασθενείς με καρκίνο. *Psychiatriki*, 2006, 17:102–105 46

56. Zabora J, Brintzenhofeshoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-oncology* 2001, 10:19–28

57. Massie MJ, Holland JC. Depression and the cancer patient. *J Clin Psychiatry* 1990, 51:12–17 48

58. Mermelstein HT, Lesko L. Depression in patients with cancer. *Psycho-oncology* 1992, 1:199–215 49

59. Angelino A, Treisman G. Major Depression and demoralization in cancer patients: diagnostic and treatment considerations. *Support Care Cancer* 2001, 9:344–349

60. Lederberg M. Psycho-Oncology. In: Sadock B, Sadock V (ed) *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins, 2005

61. Tatsuo A, Hitoshi O, Yataka N, Yosuke U. Predictive factors for suicidal ideation in patients with unresectable lung carcinoma. *American cancer society*, 2002:1085–1093

62. Satin J. R, Linden W, Phillips M.J. Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients. A Meta-Analysis. *Cancer* 2009 ; 115 (22): 5349–5361

63. Bair MJ, Robinson RI, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Arch Intern Med* 2003;163:2433-45

64. Stewart DE. Physical symptoms of depression: unmet needs in special

- populations. *J Clin Psychiatry* 2003;64 suppl 7:12-6
65. Stahl S, Briley M. Understanding pain in depression. *Hum Psychopharmacol* 2004;19 suppl 1 s 9-13
66. Friedman IC, Kalidas M, Elledge R, Chant J, Romero C, Husain I et al. Optimism, social support and psychosocial functioning among women with breast cancer. *Psycho-oncology* 2006, 15:595–603
67. Parad HJ, Parad LG. Crisis Intervention: An introductory overview. In: *Crisis Intervention: The practitioner's sourcebook for brief therapy*, Family Service America, 1990
68. Hollister LE. Pharmacotherapeutic considerations in anxiety disorders. *J Clin Psychiatry* 1986; 47 Suppl:33
69. Jacobsen PB, Meade CD, Stein KD, et al. Efficacy and costs of two forms of stress management training for cancer patients undergoing chemotherapy. *J Clin Oncol* 2002; 20:2851
70. Glover J, Dibble SL, Dodd MJ., Miaskowski C. Mood states of oncology outpatients: Does pain make a difference? *Journal of Pain and Symptom Management*. 1995, 10(2): 120-128
71. Temoshok L. 1987 Personality, coping style, emotion, and cancer. Towards an integrative model. *Cancer Surv* 6545-567
72. Βλάχος Θεμιστοκλής. Ψυχιατρικές και ψυχολογικές διαταραχές σε ενήλικες που πάσχουν απο καρκίνο. Ιατρική επιθεώρηση ενόπλων δυνάμεων αφιέρωμα στην ογκολογία. 2013, σελ 57-68
73. Lemone P, Bruke K. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με καρκίνο. Στο: Lemone P, Bruke K. (eds). *Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική: κριτική σκέψη κατά τη φροντίδα του ασθενούς*. 3η εκδ. Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις Λαγός, 2006: 349-412
74. McMillan SC, Tittle M, Hagan S, et al. Knowledge and attitudes of nurses in veterans hospitals about pain management in patients with cancer. *Oncol Nurs Forum* 2000, 27(9): 1415-1423
75. Gotay CC, Korn EL, McCabe MS et al.: Quality - of - life assessment in cancer treatment protocols: research issues in protocol development, *J Natl Cancer Inst* 84:575– 579,1992
76. Van Knippenberg FC, de Haes JC.: Measuring the quality of life of cancer

- patients: psychometric properties of instruments. *J Clin Epidemiol* 41:1043–1053,1988
77. Schipper H, Clinch J: Assessment of treatment of cancer. In: Smith GT (ed.) *Measuring Health: A Practical Approach*. New York, John Wiley & Sons,109 - 139,1988
78. Calman KC: Quality of life in cancer patients - an hypothesis. *J Med Ethics* 10:124– 127,1984
- 79.Soni MK, Cella D. Quality of life and symptom measures in oncology: an overview. *Am J Manag Care*. 2002;8 (18 Suppl):S560 – 73
80. THE WHOQOL GROUP (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the Health Organization. *Social Science and Medicine*: 41: 1403-1409
81. Sneeuw KC, Aaronson N.K, Sprangers MA, Detmar SB, Wever LD, Schornagel JH. Evaluating the quality of life of cancer patients: Assessment by patients, significant others, physicians, and nurses. *British Journal of Cancer* 1999;81(1):87 - 94
82. Aaronson N. Quality of life research in cancer clinical trials: A need for common rules and language. *Oncology (Huntington)* 1990;4(5): 59 - 66
83. Rustoen T, Moum T, Wiklund I, Hanestad BR. Quality of life in new diagnosed patients. *Journal of Advanced Nursing* 1999; 29(2): 490-498
84. Παπαγεωργίου Δημήτριος, Κουτελέκος Ιωάννης. Ποιότητα ζωής και οφειλόμενη σε χημειοθεραπεία νευροτοξικότητα. *ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ Τόμος 8ος, Τεύχος 4ο, Οκτώβριος - Δεκέμβριος 2009 Σελίδα 291-303*
85. Tsevat J, Weeks JC, Guadagnoli E. et al. Using health-related quality of life information: clinical encounters, clinical trials, and health policy. *J Gen Intern Med*. 1994;9:576–82
86. Πολυκανδριώτη Μ, Ευαγγέλου Ε, Βλάχος Χ, Δημητρακοπούλου Π, Κερμελή Π, Κουκουλάρης Δ. Κυρίτση Ε. Ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο. *Το Βήμα του Ασκληπιοίου*.2005;4(2):93 - 103
87. King C.R, HabermanM, Berry D.L, Bush N, Butler L, DowK.H, etal. Qua lity of life and the cancer experience: The state of the knowledge. *Oncology Nursing Forum* 1997;24: 27 - 41
88. Torrance N, Smith BH, Bennett MI, Lee AJ. The epidemiology of chronic pain of

predominantly neuropathic origin. Results from a general population survey. *J pain* 2006 ; 7: :2 81–9

89. Smith BH, Torrance N, Bennett MI, Lee AJ. Health and quality of life associated with chronic pain of predominantly neuropathic origin in the community. *Clin J Pain*. 2007 Feb;23(2):143-9

90. Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *Pain* 2008;136 :380 – 7.

91. Smith M, Haythornthwaite JA. How do sleep disturbance and chronic pain inter-relate? Insights from the longitudinal and cognitive - behavioural clinical trials literature. *Sleep Medicine Reviews* 2004;8(2):119 - 132.

92. Boehmke M. M., Dickerson S. S. Symptom, symptom experiences, and symptom distress encountered by women with breast cancer undergoing current treatment modalities. *Cancer Nursing* 2005; 28(5): 382 - 389.

93. Jones D, Zhao F, Brell J, Lewis MA, Loprinzi CL, Weiss M, Fisch MJ. Neuropathic symptoms, quality of life and clinician perception of patient care in medical Oncology outpatients with colorectal, breast, lung and prostate cancer. *J Cancer Surviv*. 2015 Mar;9(1):1-10.

94. Γουλές Δ. Νευροπαθητικός πόνος. Νοσολογικό περιεχόμενο νευροπαθητικού πόνου. *Επιστημονικά Θέματα*. 2002: 24-30.

95. Esin E, Yalcin S. Neuropathic cancer pain: What we are dealing with? How to manage it? *Onco Targets and therapy* 2014;7 599-618.

96. Smith TJ, Temin S, Alesi ER, et al. American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: the integration of palliative care into standard oncology care. *Journal of Clinical Oncology*. 2012; 30(8): 880- 887.

97. Attal N, Perrot S, Fermanian J, Bouhassira D. The neuropathic components of chronic low back pain: a prospective multicenter study using the DN4 Questionnaire. *J Pain*. 2011 Oct;12(10):1080-7.

98. IASP (International Association for the study of pain) pain clinical updates, Vol.xx, Issue 2, March 2012.

99. Cleeland CS Farrar JT, Hausheer FH. Assessment of cancer-related neuropathy and neuropathic pain. *Oncologist* 2010;15 (Suppl2);13-8.

100. Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, et al. Comparison of pain syndromes

associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain*. 2005;114:29–36.

101. Kim Jung Han et al. High-Dose Fentanyl Patch for Cancer Pain of a Patient with Cholangiocarcinoma. *The Korean Journal of Internal Medicine*. 2010 Sep; 25 (3): 337-340.

102. Pérez C, Sánchez-Martinez N, Ballesteros A, Blanco T, Collazo A, González F, et al. Prevalence of pain and relative diagnostic performance of screening tools for neuropathic pain in cancer patients: a cross-sectional study. *Eur J Pain*. 2014 Sep 30.

103. Sykioti P, Zis P, Vadalouca A, Sifaka I, Argyra E, Bouhassira D, Stavropoulou E, Karandreas N. Validation of the Greek Version of the DN4 Diagnostic Questionnaire for Neuropathic Pain. *Pain Practice*, 2015 : 15, (7), 627–632.

104. Bennett M. The LANSS pain scale: The Leeds assessment of neuropathic symptoms and signs. *Pain*. 2001;92:147-157.

105. Potter J, Higginson I, Scadding J and Quigley C. Identifying neuropathic pain in patients with head and neck cancer: use of the Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs Scale. *J R Soc Med*. 2003. August; 96(8): 379–383.

106. Mercadante S., Gebbia V., David F., Aielli F., Verna L., Casuccio A., Porzio G., Mangione S., Ferrera P. (2009). Tools for identifying cancer pain of predominantly neuropathic origin and opioid responsiveness in cancer patients. *J Pain*. 10, 594–600.

107. Bennett M., Smith BH., Torrance N, Potter J. The S-LANSS score for identifying pain of predominantly neuropathic origin: Validation for use in clinical and postal research *The Journal of Pain*. Volume 6, Issue 3, March 2005, Pages 149–158.

108. Walsh J, Rabey MI, Hall TM. Agreement and correlation between the self-report leeds assessment of neuropathic symptoms and signs and Douleur Neuropathique 4 Questions neuropathic pain screening tools in subjects with low back-related leg pain. *J Manipulative Physiol Ther*. 2012 Mar-Apr;35(3):196-202.

109. Reyes-Gibby C, Morrow P, Bennett M, Jensen M, Shete S. Neuropathic Pain in Breast Cancer Survivors: Using the ID Pain as a Screening Tool. *J Pain Symptom Manage*. 2010 May;39 (5):882-889.

110. Batistaki C, Lyrakos G, Drachtidi K, Stamatiou G, Kitsou MC, Kostopanagiotu G. Translation, Cultural Adaptation and Validation of Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs (LANSS) and Self-Complete Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs (S-LANSS) Questionnaires into the Greek Language. *Pain Pract.* 2016 Jun;16(5):552-64.
111. Portenoy R. For the ID Pain Steering Committee. Development and testing of a neuropathic pain screening questionnaire: ID Pain. *Curr Med Res Opin* 2006;22:1555-65.
112. Krause SJ, Backonja MM. Development of a Neuropathic Pain Questionnaire. *ClinJPain* 2002;18:297-310.
113. Freynhagen R, Baron R, Gocke IU, Tölle TR. Pain DETECT: a new screening questionnaire to identify neuropathic components in patients with back pain. *Curr Med Res Opin* 2006;22:1911-1920.
114. May S, Serpell M. Diagnosis and assessment of neuropathic pain. F1000 Medicine reports. October 2009.
115. Bennett M, Attal N, Backonja M, Baron R, Bouhassira D, Freynhagen R, Scholz J, Tölle T, Wittchen H, Jensen T. Using screening tools to identify neuropathic pain. *Pain* 2007;127 :199-203.
116. Cruccu G, Truini A. Tools for assessing neuropathic pain. *Plos Med* 6 (4) :2009.
117. Βαδαλούκα Α. Βραχνού Ε και Σιαφάκα Ι. Κατευθυντήριες οδηγίες της Ελληνικής Εταιρείας Θεραπείας Πόνου & Παρηγορικής Αγωγής (ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α) για την φαρμακευτική αντιμετώπιση του Χρόνιου Νευροπαθητικού Πόνου. Σεπτέμβριος 2013. Έκδοση 1.0.
118. Boland EG, Mulvey MR, Bennett MI. Classification of neuropathic pain in cancer patients. *Curr Opin Support Palliat Care.* 2015 Jun;9(2):112-5.
119. Bouhassira D, Attal N. Diagnosis and assessment of neuropathic pain: the saga of clinical tools. *Pain.* 2011 Mar;152(3 Suppl):S74-83.
120. Saxena S, Carlson D, Billington R, Orley J The WHO quality of life assessment instrument (WHOQOL-BREF): The importance of its items for cross-cultural research. *Quality of Life Research.* 2001; 10 (8): 711–721.
121. Derogatis, L. (1977). *The SCL-90 Manual, Scoring, Administration and Procedures for the SL-90.* Baltimore, MD: John Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit.

122. Camara, W. J., Nathan, J. S., & Puente, A. E. (2000). "Psychological test usage: Implications in professional psychology". *Professional Psychology: Research and Practice* 31 (2): 141–154.
123. Donias, Stamatis; Karastergiou, Anastasia; Manos, Nicholas. Standardization of the symptom checklist-90-R rating scale in a Greek population. *Psychiatriki*, Vol 2(1), Jan-Mar 1991, 42-48.
124. Harifi G, Quilki I, El Bouchti I, Quazar M.A, Belkhou A, Younsi R, Amine M, Tazi I, Abouqal R, Niamane R, El Hassani S. (2011). Validity and reliability of the Arabic adapted version of the DN4 questionnaire for differential diagnosis of pain syndromes with a neuropathic or Somatic component. *Pain Pract* 11, 139-147.
125. Unal-Cevik I, Sarlioglu-Ay S, Encik D.(2010). A comparison of the DN4 and LANSS questionnaires in the assessment of neuropathic pain: Validity and reliability of the Turkish version of DN4. *J Pain* 11, 1129-1135.
126. Pérez C, Gálvez R, Huelbes S, Insausti J, Bouhassira D, Díaz S, Rejas J. Validity and reliability of the Spanish version of the DN4 questionnaire for differential diagnosis of pain syndromes associated to a neuropathic or somatic component. *Health Qual Life Outcomes*. 2007;5,66.
127. Pérez C, Ribera MV, Gálvez R, Micó JA, Barutell C, Failde I, Sánchez-Magro I, Stern A. High prevalence of confirmed, but also of potential and believed, neuropathic pain in pain clinics. *Eur J Pain*. 2013 Mar;17(3):347-56
128. Chow E, Doyle M, Li K, Bradley N, Harris K, Hruby G, Sinclair E, Barnes EA, Danjoux C. Mild, moderate, or severe pain categorized by patients with cancer with bone metastases. *J Palliat Med*. 2006 Aug;9(4):850-4.
129. Serlin, R. C., Mendoza, T. R., Nakamura, Y., Edwards, K. R., & Cleeland, C. S. When is cancer pain mild, moderate or severe? Grading pain severity by its interference with function. *Pain*.1995;61(2), 277-284.
130. Paul SM, Zelman DG, Smith M, Miakowski C. Categorizing the severity of cancer pain: further exploration of the establishment of cut points. *Pain* 2005;113 (1-2):37-44.
131. Woo A, Lechner B, Fu T, Shun Wong C, Chiu N, Lam H, Pulezas N, Soliman H, DeAngelis C, Chow E. Cut points for mild, moderate, and severe pain among cancer and non-cancer patients: a literature review. *Ann Palliat Med* 2015;4(4):176-183.

132. Utne I, Miaskowski C, Bjordal K, Paul S, Jakobsen and Rustøen T. Differences in the Use of Pain Coping Strategies between Oncology Inpatients with Mild vs Moderate to Severe Pain. *J Pain Symptom Manage* 2009;38:717-726.
133. Birtle A, Davidson S, Atkinson G and Litsenburg C. Screening for cancer related neuropathic pain in the oncology outpatient setting in the united kingdom. *The Open Pain Journal*, 2013, 6:208-216.
134. Kerba M, Wu JS, Duan Q, Hagen NA, Bennett MI. Neuropathic pain features in patients with bone metastases referred for palliative radiotherapy. *J Clin Oncol* 2010;28(33): 4892- 4897.
135. Lechner B, Chow S, Chow R, Zhang L, Tsao M, Danjoux C, Barnes E, De Angelis C, E Vuong S, Ganesh V, Chow E. The incidence of neuropathic pain in bone metastases patients referred for palliative radiotherapy. *Radiother Oncol*. 2016 Mar;118(3):557-61.
136. Jones R, Backonja M. Review of neuropathic pain screening and assessment tools. *Curr Pain Headache Rep* 2013;17:363.
137. Mulvey MR., Rolke R., Klepstad P., Caraceni A., Fallon M., Colvin L., Barry L., Bennett M. Confirming neuropathic pain in cancer patients: Applying the NeuPSIG grading system in clinical practice and clinical research. *Pain*: May 2014 - Volume 155 - Issue 5 - p 859–863.
138. Diagnostic Methods for Neuropathic Pain: A Review of Diagnostic Accuracy. CADTH Rapid Response Service, Ottawa (on), 2015
139. Bisaga W, Dorazil M, Dobrogowski J, Wordliczek J. A comparison of the usefulness of selected neuropathic pain scales in patients with chronic pain syndromes: a short communication. *Adv. Pall. Med.* 2010; 9, 4: 117–122.
140. Lu F, Song L, Xie T, Tian J, Fan Y, Liu H. Current status of Malignant Neuropathic Pain in Chinese Patients with Cancer: Report of a Hospital Pain in Chinese Patients with Cancer: Report of a Hospital –based Investigation of Prevalence, Etiology, Assessment, and Treatment. *Pain Pract.* 2016 Mar 15.
141. Fallon M. Neuropathic pain in cancer. *British Journal of Anaesthesia* 2013;111(1):105-11.
142. ΠΑΡΥΣΗΑ. Θεραπευτικά Πρωτόκολλα για την Φαρμακευτική Αντιμετώπιση του Χρόνιου Νευροπαθητικού Πόνου. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ – ΕΟΦ Οκτώβριος 2013, Έκδοση 1.0 9.
143. Dworkin RH, O'Connor AB, Backonja M, Farrar JT, Finnerup NB, Jensen TS

et al. Pharmacologic management of neuropathic pain : evidence-based recommendations. *Pain* 2007;132(3);237-51.

144. Tasmuth T, Harte IB, Kalso E. Venlafaxine in neuropathic pain following treatment of breast cancer. *Eur J Pain Symptom Manag.* 2002;27);133-9

145. Nishihara M, Arai YC, Yamamoto Y, Nishida K, Arakawa M, Ushida T et al. Combinations of low-dose antipressants and low dose pregabalin as useful adjuvants to opioids for intractable, painful bone metastases. *Pain Physician.* 2013;16(5);E547-52.

146. Brown LF, Kroenke K, Theobald DE, Wu J, Tu W. The association of depression and anxiety with health-related quality of life in cancer patients with depression and/or pain, *Psychooncology.* 2010. Jul;19(7):734-41.

147. Tavoli A, Montazeri A, Roshan R, Tavoli Z, Melyani M. Depression and quality of life in cancer patients with and without pain: the role of pain beliefs. *BMC Cancer.* 2008 Jun 21;8:177.

148. Jack L, Colvin L, Laird B and Fallon M. Pain and depression in cancer patients: a longitudinal study. *BMJ Support Palliat Care* 2011;1: A11.

149. Syrjala Karen L., Jensen Mark P., Mendoza M. Elena, Yi C. Jean, Fisher M. Hannah and Keefe J..Francis. Psychological and Behavioral Approaches to Cancer Pain Management. *Journal of Clinical Oncology.* 2014;32(16):1703-1711.

Ερωτηματολόγιο DN4

1^η
ΕΠΙΣΚΕΨΗ

Παρακαλούμε συμπληρώστε αυτό το ερωτηματολόγιο σημειώνοντας με X μία απάντηση για κάθε σημείο στις 4 παρακάτω ερωτήσεις:

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

01

ΕΡΩΤΗΣΗ 1:

Ο πόνος παρουσιάζει ένα ή περισσότερα από τα εξής χαρακτηριστικά:

- | | | |
|---|---------------------------|---------------------------|
| 1. Κάψιμο | <input type="radio"/> ΝΑΙ | <input type="radio"/> ΟΧΙ |
| 2. Επώδυνη αίσθηση κρύου σαν να παγώνει | <input type="radio"/> ΝΑΙ | <input type="radio"/> ΟΧΙ |
| 3. Σαν ηλεκτρικό ρεύμα | <input type="radio"/> ΝΑΙ | <input type="radio"/> ΟΧΙ |

02

ΕΡΩΤΗΣΗ 2:

Ο πόνος συνδυάζεται στην ίδια περιοχή με ένα ή περισσότερα από τα εξής συμπτώματα:

- | | | |
|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 4. Μυρμήγκισμα | <input type="radio"/> ΝΑΙ | <input type="radio"/> ΟΧΙ |
| 5. Βελονιές και τοιμήματα | <input type="radio"/> ΝΑΙ | <input type="radio"/> ΟΧΙ |
| 6. Μούδιασμα | <input type="radio"/> ΝΑΙ | <input type="radio"/> ΟΧΙ |
| 7. Φαγούρα | <input type="radio"/> ΝΑΙ | <input type="radio"/> ΟΧΙ |

ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

03

ΕΡΩΤΗΣΗ 3:

Ο πόνος εντοπίζεται σε περιοχή στην οποία η εξέταση διαπιστώνει ένα ή περισσότερα από τα εξής χαρακτηριστικά:

- | | | |
|---------------------|---------------------------|---------------------------|
| 8. Υπαισθησία αφής | <input type="radio"/> ΝΑΙ | <input type="radio"/> ΟΧΙ |
| 9. Υπαισθησία ύψους | <input type="radio"/> ΝΑΙ | <input type="radio"/> ΟΧΙ |

04

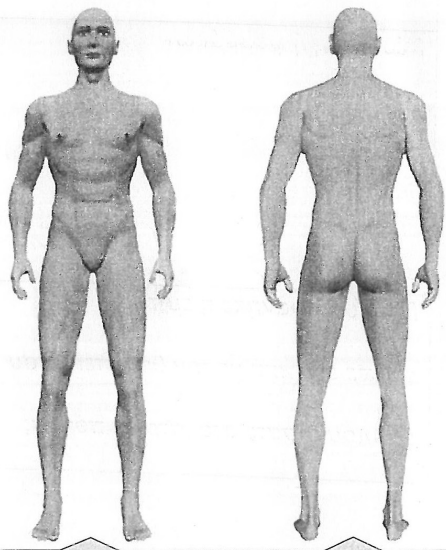
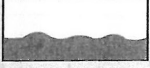
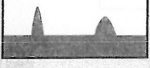

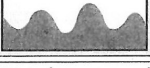
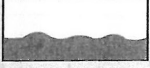
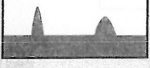

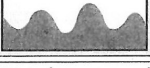
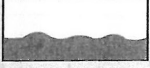
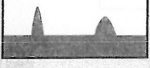

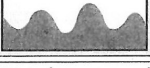
ΕΡΩΤΗΣΗ 4:

Ο πόνος προκαλείται ή εκτείνεται από:

- | | | |
|-----------------------|---------------------------|---------------------------|
| 10. Τρίψιμο ή χάιδεμα | <input type="radio"/> ΝΑΙ | <input type="radio"/> ΟΧΙ |
|-----------------------|---------------------------|---------------------------|

ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ: /10

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2 : ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Pain Detect

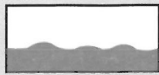
painDETECT™		ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΟΝΟΥ																																		
Ημερομηνία: <input style="width: 100px;" type="text"/>		Ασθενής: Επίθετο: <input style="width: 100px;" type="text"/>																																		
Όνομα: <input style="width: 100px;" type="text"/>		Προσδιορίστε την κύρια περιοχή πόνου																																		
Πώς θα αξιολογούσατε τον πόνο σας τώρα, αυτή τη στιγμή; <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> </table> καθόλου μέγιστος Πόσο δυνατός ήταν ο χειρότερος πόνος σας τις τελευταίες 4 εβδομάδες; <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> </table> καθόλου μέγιστος Πόσο δυνατός ήταν ο πόνος κατά μέσο όρο τις τελευταίες 4 εβδομάδες; <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> </table> καθόλου μέγιστος		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																										
Σημειώστε την εικόνα που περιγράφει καλύτερα τον χαρακτήρα του πόνου σας: <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;"></td> <td>Επίμονος πόνος με ελαφρές διακυμάνσεις</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"></td> <td>Επίμονος πόνος με κρίσεις πόνου</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"></td> <td>Κρίσεις πόνου χωρίς πόνο στα μεσοδιαστήματα</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"></td> <td>Συχνές κρίσεις πόνου με πόνο και στα μεσοδιαστήματα</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			Επίμονος πόνος με ελαφρές διακυμάνσεις	<input type="checkbox"/>		Επίμονος πόνος με κρίσεις πόνου	<input type="checkbox"/>		Κρίσεις πόνου χωρίς πόνο στα μεσοδιαστήματα	<input type="checkbox"/>		Συχνές κρίσεις πόνου με πόνο και στα μεσοδιαστήματα	<input type="checkbox"/>	Ο πόνος σας εξαπλώνεται και σε άλλες περιοχές του σώματός σας; ναι <input type="checkbox"/> όχι <input type="checkbox"/> Αν ναι, σχεδιάστε ένα βέλος που να δείχνει την κατεύθυνση προς την οποία εξαπλώνεται ο πόνος.																						
	Επίμονος πόνος με ελαφρές διακυμάνσεις	<input type="checkbox"/>																																		
	Επίμονος πόνος με κρίσεις πόνου	<input type="checkbox"/>																																		
	Κρίσεις πόνου χωρίς πόνο στα μεσοδιαστήματα	<input type="checkbox"/>																																		
	Συχνές κρίσεις πόνου με πόνο και στα μεσοδιαστήματα	<input type="checkbox"/>																																		
Υποφέρετε από αίσθηση «καψίματος» (π.χ. όπως από τσουκνίδες) στην περιοχή που σημειώσατε; καθόλου <input type="checkbox"/> σχεδόν καθόλου <input type="checkbox"/> ελαφρώς <input type="checkbox"/> μέτρια <input type="checkbox"/> πολύ <input type="checkbox"/> πάρα πολύ <input type="checkbox"/>																																				
Αισθάνεστε μυρμηγκιασμα ή τσιμπήματα στην περιοχή που πονάτε (σαν να περπατάνε μυρμηγκια ή σαν μυρμηγκιασμα από ηλεκτρικό ρεύμα); καθόλου <input type="checkbox"/> σχεδόν καθόλου <input type="checkbox"/> ελαφρώς <input type="checkbox"/> μέτρια <input type="checkbox"/> πολύ <input type="checkbox"/> πάρα πολύ <input type="checkbox"/>																																				
Η ελαφριά επαφή (ρουχισμός, σκεπάσματα) σε αυτή την περιοχή σας προκαλεί πόνο; καθόλου <input type="checkbox"/> σχεδόν καθόλου <input type="checkbox"/> ελαφρώς <input type="checkbox"/> μέτρια <input type="checkbox"/> πολύ <input type="checkbox"/> πάρα πολύ <input type="checkbox"/>																																				
Παθαίνετε ξαφνικές κρίσεις πόνου στην περιοχή που πονάτε σαν να σας χτυπάει ρεύμα; καθόλου <input type="checkbox"/> σχεδόν καθόλου <input type="checkbox"/> ελαφρώς <input type="checkbox"/> μέτρια <input type="checkbox"/> πολύ <input type="checkbox"/> πάρα πολύ <input type="checkbox"/>																																				
Το κρύο ή η ζέστη (π.χ. όταν κάνετε μπάνιο) σας προκαλεί περιστασιακά πόνο σε αυτή την περιοχή; καθόλου <input type="checkbox"/> σχεδόν καθόλου <input type="checkbox"/> ελαφρώς <input type="checkbox"/> μέτρια <input type="checkbox"/> πολύ <input type="checkbox"/> πάρα πολύ <input type="checkbox"/>																																				
Υποφέρετε από μούδιασμα στην περιοχή που σημειώσατε; καθόλου <input type="checkbox"/> σχεδόν καθόλου <input type="checkbox"/> ελαφρώς <input type="checkbox"/> μέτρια <input type="checkbox"/> πολύ <input type="checkbox"/> πάρα πολύ <input type="checkbox"/>																																				
Αν σας πιέσουν ελαφρά σε αυτή την περιοχή π.χ. με το δάχτυλο, προκαλείται πόνος; καθόλου <input type="checkbox"/> σχεδόν καθόλου <input type="checkbox"/> ελαφρώς <input type="checkbox"/> μέτρια <input type="checkbox"/> πολύ <input type="checkbox"/> πάρα πολύ <input type="checkbox"/>																																				
(Να συμπληρωθεί από τον γιατρό)																																				
καθόλου	σχεδόν καθόλου	ελαφρώς	μέτρια	πολύ	πάρα πολύ																															
<input type="checkbox"/> x0= 0	<input type="checkbox"/> x1= <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> x2= <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> x3= <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> x4= <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> x5= <input type="checkbox"/>																															
Συνολικό αποτέλεσμα <input type="checkbox"/> στα 35																																				
R. Freynhagen, R. Baron, U. Gockel, T.R. Tölle, Curr Med Res Opin Vol 22, 2006, 1911-1920 © 2005 Pfizer Pharma GmbH, Pfizerstr.1, 76139 Karlsruhe, Germany																																				

Ημερομηνία: Ασθενής: Επίθετο: Όνομα:

Μεταφέρετε εδώ το συνολικό αποτέλεσμα του ερωτηματολογίου πόνου:

Συνολικό αποτέλεσμα

Προσθέστε τους παρακάτω αριθμούς, ανάλογα με τον τυπικό χαρακτήρα του πόνου και την εξάπλωση που σημειώσατε. Στη συνέχεια, αθροίστε το τελικό αποτέλεσμα:



Επίμονος πόνος με ελαφρές διακυμάνσεις

0



Επίμονος πόνος με κρίσεις πόνου

-1

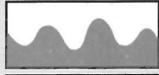
αν σημειώσατε αυτό ή



Κρίσεις πόνου χωρίς πόνο στα μεσοδιαστήματα

+1

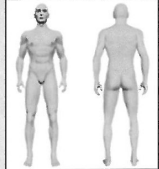
αν σημειώσατε αυτό ή



Συχνές κρίσεις πόνου με πόνο και στα μεσοδιαστήματα

+1

αν σημειώσατε αυτό



Εξάπλωση πόνου;

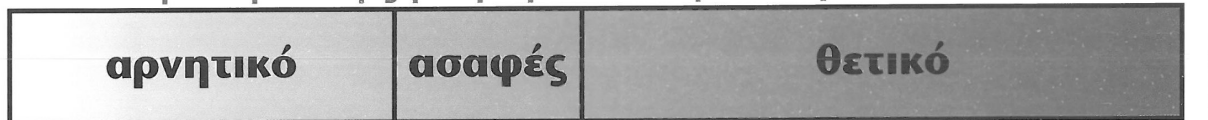
+2

αν ναι

Τελικό αποτέλεσμα

Αποτέλεσμα ελέγχου

για την ύπαρξη παράγοντα νευροπαθητικού πόνου



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38

Δεν είναι πιθανή η ύπαρξη παράγοντα νευροπαθητικού πόνου (< 15%)

Το αποτέλεσμα είναι αβέβαιο, ωστόσο είναι πιθανή η ύπαρξη παράγοντα νευροπαθητικού πόνου

Είναι πιθανή η ύπαρξη παράγοντα νευροπαθητικού πόνου (> 90%)

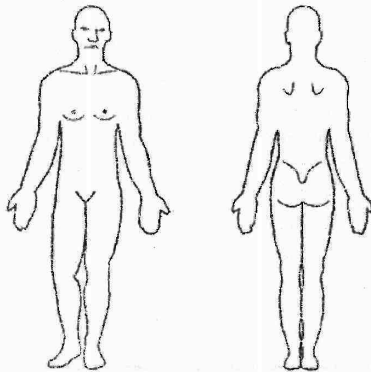
Το έντυπο αυτό δεν υποκαθιστά την ιατρική διάγνωση. Χρησιμοποιείται για να ελεγχθεί η ύπαρξη παράγοντα νευροπαθητικού πόνου.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ S- LANSS

ΚΛΙΜΑΚΑ ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ S-LANSS Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs (συμπληρώνεται από τον ασθενή)

Όνοματεπώνυμο:..... Ημερ/νία:.....

- Το ερωτηματολόγιο αυτό θα μας πληροφορήσει σχετικά με τον τύπο του πόνου από τον οποίο υποφέρετε και θα μας βοηθήσει να επιλέξουμε την καλύτερη θεραπεία.
- Παρακαλώ σημειώστε στο παρακάτω διάγραμμα πού αισθάνεστε πόνο. Εάν πονάτε σε περισσότερες από μία περιοχές, **σικιάστε μόνο την περιοχή που έχετε το χειρότερο πόνο.**



- Στην παρακάτω κλίμακα παρακαλώ σημειώστε πόσο έντονος ήταν ο πόνος σας (αυτός που σχεδιάσατε στο διάγραμμα) κατά την προηγούμενη εβδομάδα, όπου: «0» σημαίνει καθόλου πόνος και «10» σημαίνει ο χειρότερος πόνος που μπορεί να υπάρξει.

Καθόλου
πόνος

Αβάσταχτος
πόνος

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Στην επόμενη σελίδα υπάρχουν 7 ερωτήσεις σχετικά με τον πόνο σας (αυτόν του διαγράμματος).
- Σκεφθείτε πώς έγινε αντιληπτός ο πόνος που σχεδιάσατε στο διάγραμμα **την προηγούμενη εβδομάδα**. Παρακαλώ, κυκλώστε τις περιγραφές που αντιστοιχούν καλύτερα στον πόνο σας. Οι περιγραφές μπορεί να αντιστοιχούν ή όχι στον πόνο σας ανεξάρτητα από την έντασή του.
- Κυκλώστε μόνο τις απαντήσεις που περιγράφουν τον πόνο σας. **Παρακαλώ γυρίστε σελίδα.**

- 1) Μήπως στην περιοχή που πονάτε, αισθάνεστε επίσης «καρφίτσες και βελόνες», τσιμπήματα ή μυρμηγκιάσματα;
- α) ΟΧΙ – Δεν έχω τέτοια αίσθηση.....(0)
- β) ΝΑΙ - Έχω αυτήν την αίσθηση αρκετά συχνά.....(5)
- 2) Μήπως η επώδυνη περιοχή αλλάζει χρώμα (μοιάζει διάστικτη ή περισσότερο κόκκινη) όταν ο πόνος σας είναι ιδιαίτερα δυνατός;
- α) ΟΧΙ – Ο πόνος δεν επιδρά στο χρώμα του δέρματός μου.....(0)
- β) ΝΑΙ - Έχω παρατηρήσει ότι ο πόνος κάνει το χρώμα του δέρματός μου διαφορετικό από το φυσιολογικό.....(5)
- 3) Μήπως ο πόνος σας κάνει την πάσχουσα περιοχή του δέρματος να είναι «περίεργα» ευαίσθητη στην αφή; Μήπως όταν αγγίζετε το δέρμα σας έχετε δυσάρεστη αίσθηση ή πόνο; Θα το περιγράφατε έτσι;
- α) ΟΧΙ – Ο πόνος μου δεν καθιστά το δέρμα μου «περίεργα» ευαίσθητο στην αφή(0)
- β) ΝΑΙ - Το δέρμα στην πάσχουσα περιοχή είναι ιδιαίτερα ευαίσθητο στην αφή.....(3)
- 4) Μήπως ο πόνος σας εμφανίζεται αιφνίδια και κατά ριπές χωρίς εμφανή αιτία, ακόμη και όταν είστε απολύτως ήρεμος; Ίσως λέξεις όπως «ηλεκτρικό ρεύμα», «τινάγματα» και «ριπές» περιγράφουν αυτήν την αίσθηση.
- α) ΟΧΙ – Ο πόνος μου δεν είναι έτσι.....(0)
- β) ΝΑΙ – Έχω τέτοια συμπτώματα αρκετά συχνά.....(2)
- 5) Μήπως στην επώδυνη περιοχή νιώθετε το δέρμα σας να είναι αφύσικα ζεστό, σαν να «καίει»;
- α) ΟΧΙ - Δεν έχω τέτοια αίσθηση.....(0)
- β) ΝΑΙ - Έχω τέτοια συμπτώματα αρκετά συχνά.....(1)

6) Τρίψτε απαλά την επώδυνη περιοχή με το δείκτη του χεριού σας και μετά τρίψτε μία περιοχή που δεν πονάει (για παράδειγμα μία περιοχή του δέρματος μακριά ή στην αντίθετη πλευρά από αυτήν που πονάει). Πώς αισθάνεστε την επώδυνη περιοχή μετά την τριβή;

α) Δεν υπάρχει διαφορά.....(0)

β) Νιώθω δυσφορία, τοιμήματα από «καρφίτσες και βελόνες», μυρμηγκιάσματα ή κάψιμο στην επώδυνη περιοχή και αυτό είναι διαφορετικό από τη μη-επώδυνη περιοχή(5)

7) Πιέστε απαλά την περιοχή που πονάτε με το άκρο του δακτύλου σας και στη συνέχεια πιέστε με τον ίδιο τρόπο μία περιοχή που δεν πονάει (την ίδια περιοχή που επιλέξατε στην προηγούμενη ερώτηση). Πώς το αντιλαμβάνεστε αυτό στην επώδυνη περιοχή;

α) Δεν υπάρχει διαφορά.....(0)

β) Αισθάνομαι μούδιασμα ή ευαισθησία στην επώδυνη περιοχή και αυτό είναι διαφορετικό από την ανώδυνη περιοχή(3)

Βαθμολόγηση: βαθμολογία μεγαλύτερη του 12, υποδηλώνει πόνο κυρίως νευροπαθητικής αιτιολογίας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ WHOQOL - BREF

WHOQOL-BREF

(Μετάφραση-Προσαρμογή: Μ. Τζινιέρη-Κοκκώση και συν, 2000)

Στο ερωτηματολόγιο αυτό εξετάζεται πως εσείς αξιολογείτε την ποιότητα ζωής σας, την υγεία σας καθώς και άλλες πλευρές της ζωής σας. Παρακαλούμε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις. Αν δεν είστε σίγουρος/η για την απάντηση σε κάποια ερώτηση, παρακαλούμε να διαλέξετε εκείνη που νομίζετε ότι είναι η πιο κατάλληλη για σας. Συχνά, η πιο σωστή απάντηση μπορεί να είναι η πρώτη απάντηση που σκεφτήκατε να δώσετε.

Παρακαλούμε να σκεφτείτε τα δικά σας κριτήρια και τις δικές σας προσδοκίες στη ζωή, καθώς και ό,τι σας δίνει χαρά, αλλά και ό,τι μπορεί να σας απασχολεί. Θα θέλαμε να φέρετε στην μνήμη σας τις δύο τελευταίες εβδομάδες της ζωής σας και να δώσετε τις απαντήσεις σας σύμφωνα με αυτό το χρονικό πλαίσιο. Για παράδειγμα, σκεπτόμενοι τις δύο τελευταίες εβδομάδες, μία ερώτηση θα μπορούσε να είναι:

Έχετε από τους άλλους την συγκεκριμένη υποστήριξη που χρειάζεστε;	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Απόλυτα
	1	2	3	4	5

Θα πρέπει να σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό που αντιστοιχεί περισσότερο στο βαθμό στον οποίο αισθάνεστε ότι έχετε υποστήριξη από τους άλλους τις δυο τελευταίες εβδομάδες. Για παράδειγμα, εάν έχετε σε μεγάλο βαθμό υποστήριξη από τους άλλους, θα σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό 4 που αντιστοιχεί στη διαβάθμιση «Πολύ».

Αν δεν έχετε «Καθόλου» την υποστήριξη που χρειάζεστε από τους άλλους τις δύο τελευταίες εβδομάδες, τότε θα σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό 1.

Παρακαλούμε να διαβάσετε κάθε ερώτηση, να σκεφτείτε και να αξιολογήσετε τα συναισθήματά σας και να σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό της κλίμακας που δίνει την πιο κατάλληλη για σας απάντηση, σε κάθε ερώτηση.

	Πολύ κακή	Κακή	Ούτε κακή ούτε καλή	Καλή	Πολύ καλή
Πως θα βαθμολογούσατε την ποιότητα της ζωής σας γενικά;	1	2	3	4	5

	Πολύ δυσαρεστημένος/η	Δυσανεστημένος/η	Ούτε δυσαρεστημένος/η ούτε ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Πολύ ικανοποιημένος/η
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την υγεία σας;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν πόσο πολύ βιώνετε κάποιες καταστάσεις τις δυο τελευταίες εβδομάδες

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι σωματικοί πόνοι σας εμποδίζουν να κάνετε τις δουλειές σας;	1	2	3	4	5
Πόσο χρειάζεστε κάποιου είδους ιατρική θεραπεία για να λειτουργήσετε στην καθημερινή ζωή;	1	2	3	4	5
Πόσο απολαμβάνετε τη ζωή;	1	2	3	4	5
Αισθάνεστε ότι η ζωή σας έχει νόημα ;	1	2	3	4	5
Πόσο καλά μπορείτε να συγκεντρωθείτε σε κάτι που κάνετε ;	1	2	3	4	5
Πόσο ασφαλής από εξωτερι-κούς κινδύνους αισθάνεστε στην καθημερινή ζωή σας;	1	2	3	4	5
Πόσο υγιεινό είναι το φυσικό περιβάλλον που ζείτε;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν πόσο απόλυτα, δηλαδή σε ποιο βαθμό μπορείτε να βιώνετε κάποιες καταστάσεις ή πόσο ικανός/ή θεωρείτε ότι είστε έτσι ώστε να κάνετε ορισμένα πράγματα τις δυο τελευταίες εβδομάδες.

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Απόλυτα
Έχετε την απαραίτητη ενεργητικότητα για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	1	2	3	4	5
Μπορείτε να αποδεχθείτε τη σωματική εμφάνισή σας;	1	2	3	4	5
Έχετε τα απαραίτητα χρήματα για να καλύψετε τις ανάγκες σας;	1	2	3	4	5
Πόσο εύκολα μπορείτε να έχετε την πληροφόρηση που χρειάζεστε για θέματα που αφορούν την καθημερινή ζωή σας;	1	2	3	4	5
Σε ποιο βαθμό έχετε ελεύθερο χρόνο για ψυχαγωγία;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανός/ή είστε να κινείστε στο χώρο και να κυκλοφορείτε;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν **πόσο ικανοποιημένος/η** νιώθετε από διάφορες πλευρές της ζωής σας τις **δύο τελευταίες εβδομάδες**.

	Πολύ δυσανε- στημένος/η	Δυσανε- μένος/η	Ούτε δυσανε- στημένος/η ούτε ικανοποιημένος	Ικανοποιη- μένος/η	Πολύ ικανοποιημένος
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τον ύπνο σας;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την ικανότητά σας να βγάζετε πέρα με τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την ικανότητά σας για εργασία;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τον εαυτό σας;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις προσωπικές σχέσεις σας;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την σεξουαλική ζωή σας;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τη υποστήριξη που έχετε από τους φίλους σας;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις συνθήκες που υπάρχουν στον τόπο που κατοικείτε;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την πρόσβαση που έχετε στις διάφορες υπηρεσίες υγείας;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τα μεταφορικά μέσα που χρησιμοποιείτε;	1	2	3	4	5

Η επόμενη ερώτηση εξετάζει **πόσο συχνά** έχετε ορισμένα συναισθήματα τις **δύο τελευταίες εβδομάδες**.

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Συνεχώς
Πόσο συχνά έχετε αρνητικά συναισθήματα όπως μελαγχολική διάθεση, απελπισία, άγχος, κατάθλιψη;	1	2	3	4	5

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ SCL -90

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ SCL-90 (Derogatis, 1977)

(Απόδοση και προσαρμογή για τον Ελληνικό πληθυσμό: Ντώνιας & συν., 1991)

ΟΔΗΓΙΕΣ

Παρακάτω υπάρχει ένας κατάλογος με προβλήματα και ενοχλήματα που έχουν μερικές φορές οι άνθρωποι. Παρακαλείσθε να διαβάσετε το κάθε ένα προσεκτικά. Ύστερα, βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς στο δεξιό μέρος, που να δείχνει καλύτερα πόση ενόχληση σας έχει προκαλέσει αυτό το πρόβλημα κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας, συμπεριλαμβανομένης και της σημερινής ημέρας.

Πρέπει να βάλετε σε κύκλο μόνον έναν αριθμό και δεν πρέπει να παραλείψετε καμία απάντηση.

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ:

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
Πόσο έχετε ενοχληθεί από:					
1. Πόνους στο σώμα	0	1	2	3	4

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
1. Υποφέρετε από πονοκεφάλους;	0	1	2	3	4
2. Νοιώθετε νευρικήτητα ή εσωτερική τρεμούλα;	0	1	2	3	4
3. Έχετε επαναλαμβανόμενες δυσάρεστες σκέψεις που δεν φεύγουν από το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
4. Έχετε τάση για λιποθυμία ή ζαλάδα;	0	1	2	3	4
5. Έχετε χάσει το σεξουαλικό σας ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση;	0	1	2	3	4
6. Έχετε διάθεση να κατακρίνετε τους άλλους;	0	1	2	3	4
7. Νομίζετε ότι κάποιος άλλος ελέγχει τη σκέψη σας;	0	1	2	3	4
8. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι φταίνε για τα προβλήματά σας;	0	1	2	3	4
9. Δυσκολεύεσθε να θυμάσθε διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
10. Ανησυχείτε για το ότι είσθε απεριποίητος ή στημένητος;	0	1	2	3	4
11. Αισθάνεσθε ότι νευριάζετε ή ερεθίζεσθε εύκολα;	0	1	2	3	4
12. Νοιώθετε πόνους στην καρδιά ή στον θώρακα;	0	1	2	3	4
13. Αισθάνεσθε φόβο όταν βρίσκεσθε σε ανοιχτούς χώρους ή στους δρόμους;	0	1	2	3	4

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
14. Αισθάνεσθε υποτονικός, αδρανής, αποδυναμωμένος;	0	1	2	3	4
15. Έχετε σκέψεις αυτοκτονίας;	0	1	2	3	4
16. Ακούτε φωνές που οι άλλοι άνθρωποι δεν ακούν;	0	1	2	3	4
17. Τρέμετε;	0	1	2	3	4
18. Αισθάνεσθε ότι δεν μπορείτε να εμπιστευτείτε τους περισσότερους ανθρώπους;	0	1	2	3	4
19. Έχετε ανορεξία	0	1	2	3	4
20. Κλαίτε εύκολα;	0	1	2	3	4
21. Αισθάνεσθε ντροπαλός ή όχι άνετα με το άλλο φύλο;	0	1	2	3	4
22. Νοιώθετε ότι έχετε μπλεχτεί ή παγιδευτεί;	0	1	2	3	4
23. Ξαφνικά φοβάσθε χωρίς κανένα λόγο;	0	1	2	3	4
24. Έχετε εκρήξεις οργής που δεν μπορείτε να ελέγξετε;	0	1	2	3	4
25. Φοβάσθε να βγείτε μόνος από το σπίτι σας;	0	1	2	3	4
26. Κατηγορείτε τον εαυτό σας για διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
27. Έχετε πόνους στη μέση;	0	1	2	3	4
28. Αισθάνεσθε ότι εμποδίζεσθε να κάνετε αυτά που θέλετε;	0	1	2	3	4
29. Αισθάνεσθε μοναξιά;	0	1	2	3	4
30. Αισθάνεσθε κακοκεφιά;	0	1	2	3	4
31. Ανησυχείτε υπερβολικά για διάφορες καταστάσεις;	0	1	2	3	4
32. Δεν βρίσκετε ενδιαφέρον σε τίποτα;	0	1	2	3	4
33. Νοιώθετε φοβισμένος;	0	1	2	3	4
34. Τα αισθήματά σας εύκολα πληγώνονται;	0	1	2	3	4
35. Οι άλλοι γνωρίζουν τις προσωπικές σας σκέψεις;	0	1	2	3	4
36. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι δεν σας καταλαβαίνουν και δεν σας συμπονοούν;	0	1	2	3	4
37. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι είναι εχθρικοί ή σας αντιπαθούν;	0	1	2	3	4
38. Πρέπει να ενεργείτε πολύ αργά ώστε να είστε σίγουρος ότι δεν έχετε κάνει λάθος;	0	1	2	3	4
39. Νοιώθετε καρδιακούς παλμούς ή ταχυπαλμία;	0	1	2	3	4
40. Έχετε ναυτία ή στομαχικές διαταραχές;	0	1	2	3	4
41. Αισθάνεσθε κατώτερος από τους άλλους;	0	1	2	3	4
42. Νοιώθετε πόνους στους μύς;	0	1	2	3	4

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
43. Αισθάνεσθε ότι σας παρακολουθούν ή ότι μιλούν για σας;	0	1	2	3	4
44. Υποφέρετε από αϋπνία;	0	1	2	3	4
45. Πρέπει να ελέγχετε ξανά και ξανά ότι κάνετε;	0	1	2	3	4
46. Δυσκολεύεσθε να παίρνετε αποφάσεις;	0	1	2	3	4
47. Φοβάσθε να ταξιδεύετε με λεωφορείο ή τρένο;	0	1	2	3	4
48. Έχετε δύσπνοια;	0	1	2	3	4
49. Αισθάνεσθε ζέστη ή κρύο;	0	1	2	3	4
50. Νοιώθετε ότι πρέπει να αποφεύγετε μερικά πράγματα, μέρη ή σχολίες γιατί σας φοβίζουν;	0	1	2	3	4
51. Νοιώθετε να αδειάζει το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
52. Αισθάνεσθε μούδιασμα ή ελαφρό πόνο σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
53. Έχετε ένα κόμπο στο λαιμό;	0	1	2	3	4
54. Πιστεύετε ότι δεν έχετε ελπίδες για το μέλλον;	0	1	2	3	4
55. Δυσκολεύεσθε να συγκεντρωθείτε;	0	1	2	3	4
56. Αισθάνεσθε αδυναμία σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
57. Αισθάνεσθε τεντωμένα τα νεύρα σας ή γεμάτος αγωνία;	0	1	2	3	4
58. Νοιώθετε βάρος στα χέρια ή στα πόδια σας;	0	1	2	3	4
59. Έχετε σκέψεις θανάτου ή ότι πεθαίνετε;	0	1	2	3	4
60. Τρώτε παραπάνω από το κανονικό;	0	1	2	3	4
61. Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν σας κοιτάνε ή μιλούν για σας;	0	1	2	3	4
62. Έχετε σκέψεις που δεν είναι δικές σας;	0	1	2	3	4
63. Έχετε παρορμήσεις να χτυπήσετε, να τραυματίσετε ή να βλάψετε κάποιον;	0	1	2	3	4
64. Ξυπνάτε πολύ νωρίς το πρωί;	0	1	2	3	4
65. Πρέπει να επαναλαμβάνετε τις ίδιες πράξεις (ν' αγγίζετε, να μετράτε, να πλένετε κάτι);	0	1	2	3	4
66. Κοιμάσθε ανήσυχα ή με διακοπές;	0	1	2	3	4
67. Σας έρχεται να σπάσετε πράγματα ή να καταστρέψετε πράγματα;	0	1	2	3	4
68. Έχετε ιδέες και απόψεις που οι άλλοι δεν συμμερίζονται;	0	1	2	3	4
69. Νοιώθετε πολύ συνεσταλμένος όταν βρίσκεσθε με άλλους;	0	1	2	3	4

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
70. Δεν αισθάνεσθε άνετα μέσα στο πλήθος (στα καταστήματα ή στον κινηματογράφο);	0	1	2	3	4
71. Νοιώθετε ότι και για το παραμικρό πράγμα πρέπει να κάνετε προσπάθεια;	0	1	2	3	4
72. Έχετε περιόδους με τρόμο ή πανικό;	0	1	2	3	4
73. Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν τρώτε ή πίνετε δημόσια;	0	1	2	3	4
74. Τσακώνεσθε συχνά;	0	1	2	3	4
75. Αισθάνεσθε νευρικήτητα όταν μένετε μόνος;	0	1	2	3	4
76. Νοιώθετε ότι οι άλλοι δεν εκτιμούν όσο πρέπει αυτά που κάνετε;	0	1	2	3	4
77. Αισθάνεσθε μοναξιά ακόμα και όταν βρίσκεσθε με κόσμο;	0	1	2	3	4
78. Είστε τόσο ανήσυχος ώστε δεν μπορείτε να μείνετε σε μία θέση;	0	1	2	3	4
79. Αισθάνεσθε ότι δεν αξίζετε;	0	1	2	3	4
80. Έχετε το προαίσθημα ότι κάτι κακό θα σας συμβεί;	0	1	2	3	4
81. Φωνάζετε ή πετάτε πράγματα;	0	1	2	3	4
82. Φοβάσθε ότι θα λιποθυμήσετε όταν είστε σε πολύ κόσμο;	0	1	2	3	4
83. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι θα σας εκμεταλλευθούν αν τους το επιτρέψετε;	0	1	2	3	4
84. Έχετε σκέψεις για σεξουαλικά θέματα που σας ενοχλούν πολύ;	0	1	2	3	4
85. Νομίζετε ότι θα έπρεπε να τιμωρηθείτε για τις αμαρτίες σας;	0	1	2	3	4
86. Έχετε σκέψεις ή φαντασίες που σας τρομάζουν;	0	1	2	3	4
87. Νομίζετε ότι έχετε κάποιο σοβαρό ελάττωμα στο σώμα σας;	0	1	2	3	4
88. Δεν αισθάνεσθε ποτέ κοντά σε άλλο πρόσωπο;	0	1	2	3	4
89. Νοιώθετε ενοχές;	0	1	2	3	4
90. Νομίζετε ότι κάτι δεν λειτουργεί καλά στο μυαλό σας;	0	1	2	3	4