

Jarosław Woroń

Polskie Towarzystwo Badania Bólu

Kliniczny Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii nr 1 oraz Kliniczny Oddział Chorób Wewnętrznych i Geriatrii, Szpital Uniwersytecki, Kraków

Zakład Farmakologii Klinicznej Katedry Farmakologii Wydziału Lekarskiego, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński, Kraków

Komentarz do *Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain*

Opracowane na podstawie: Busse JW, Craigie S, Juurlink DN i wsp. Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain. CMAJ 2017; 189: E659-E666. doi: 10.1503/cmaj.170363.

Stosowanie analgetyków opioidowych (*opioid analgesics* – OA) u pacjentów z bólem pochodzenia nie-nowotworowego stanowi nadal przedmiot gorących dyskusji. Opracowanie i wdrożenie w 2015 r. polskich wytycznych pokazało istotne różnice w tym zakresie, co więcej – nadal w środowisku zarówno profesjonalistów, jak i pacjentów powszechne jest zjawisko opioidofobii, które dla każdego spotykającego się w swojej pracy na co dzień z opioidami nie jest do końca zrozumiałe.

W tym roku zostały opublikowane kanadyjskie zalecenia dotyczące stosowania OA u pacjentów z bólem nietowarzyszącym chorobie nowotworowej. Jak wynika z dostępnych danych statystycznych, w populacji kanadyjskiej 15–19% pacjentów cierpi z powodu bólu niezwiązanego z chorobą nowotworową. Warto przypomnieć, że w warunkach polskich populacja ta stanowi aż 27%, dlatego też nieustannie poszukuje się możliwości skutecznych i zarazem bezpiecznych standardów leczenia bólu. W omawianych standardach szczególną uwagę zwraca się na optymalizację stosowania analgetyków nieopiodowych przed podjęciem decyzji o włączeniu OA. Wręcz zaleca się, aby OA stosować tylko wtedy, gdy optymalizacja ta nie przyniesie oczekiwanych efektów. Warto pamiętać, że w celu potencjalizacji leczenia bólu można oprócz niesteroidowych leków przeciwzapalnych

(NLPZ) łączyć między sobą leki nieopiodowe, uzyskując co najmniej synergizm działania terapeutycznego. W przypadku bólu z komponentem neuropatycznym należy obowiązkowo włączyć do leczenia odpowiednie leki z grupy koanalgetyków.

Warto pamiętać, że OA w bólu nietowarzyszącym chorobie nowotworowej nie należy stosować u pacjentów uzależnionych od alkoholu, substancji psychoaktywnych oraz leków z uwagi na ryzyko występowania uzależnienia mieszanego.

Dawka dobową analgetyków opioidowych stosowanych w grupie pacjentów niechorujących na nowotwór nie powinna przekraczać 90 mg morfiny lub ekwiwalentnej dawki innych OA. W każdym przypadku należy stosować terapię multimodalną oraz pamiętać o nefarmakologicznych metodach leczenia bólu.

Omawiane standardy kanadyjskie w 10 punktach przedstawiają, w jaki sposób należy racjonalnie prowadzić leczenia OA w bólu nietowarzyszącym chorobie nowotworowej.

Rekomendacja pierwsza – u pacjentów z bólem nietowarzyszącym chorobie nowotworowej przed przepisaniem OA należy zoptymalizować farmakoterapię z użyciem analgetyków nieopiodowych oraz zastosować nefarmakologiczne metody leczenia.

Rekomendacja druga – u pacjentów, u których nie można uzyskać skutecznej kontroli bólu, zaleca się włączenie OA. Wybór leku zawsze powinien być zindywidualizowany i opierać się na patomechanizmie powstawania bólu, jego natężeniu, lokalizacji, a także profilu farmakokinetyczno-farmakodynamicznym OA. Warto pamiętać, że leki z tej grupy znacznie różnią się pomiędzy sobą. Nie ma tzw. efektu klasy. Dawka OA powinna być wymiarowana.

Rekomendacja trzecia – u pacjentów uzależnionych, w szczególności od leków i innych substancji psychotropowych, nie zaleca się włączania OA w przypadku bólu, który nie towarzyszy chorobie nowotworowej.

Rekomendacja czwarta – u pacjentów ze współwystępującymi z bólem chorobami psychicznymi OA mogą być włączane tylko pod ścisłą kontrolą oraz w przypadku stabilnej postaci choroby psychicznej. Należy bezwzględnie pamiętać o niekorzystnych interakcjach pomiędzy OA a lekami psychotropowymi.

Rekomendacja piąta – u pacjentów z występującymi uzależnieniami w przeszłości należy przed włączeniem OA bezwzględnie zoptymalizować inne farmakologiczne i nefarmakologiczne metody leczenia.

Rekomendacja szósta – nie zaleca się przekraczania dobowej dawki 90 mg morfiny lub dawki ekwiwalentnej innych OA.

Rekomendacja siódma – należy bezwzględnie ograniczać dawki OA do najniższych dawek zapewniających efektywną kontrolę bólu.

Rekomendacja ósma – w przypadku wystąpienia działań niepożądanych indukowanych przez OA

zaleca się zastosowanie leczenia korygującego lub rotację na inny OA.

Rekomendacja dziewiąta – w przypadku konieczności zwiększenia dawki ponad 90 mg na dobę wynikającej z natężenia bólu zaleca się w pierwszym rzędzie zastosowanie lub modyfikację terapii skojarzonej, która powinna poszerzać spektrum działania i zmniejszać zapotrzebowanie na analgetyki opioidowe. W przypadku zmiany charakterystyki bólu należy rozważyć także zamianę opioidu na inny, którego profil farmakologiczny jest kompatybilny z profilem aktualnie występującego bólu.

Rekomendacja dziesiąta – u każdego pacjenta stosującego OA w bólu nietowarzyszącym chorobie nowotworowej należy pamiętać, że pacjent taki powinien znajdować się pod opieką zespołu interdyscyplinarnego, którego celem jest prowadzenie skoordynowanej opieki nad pacjentem.

Należy zwrócić uwagę, że omawiane zalecenia kanadyjskie są zbliżone do zaleceń polskich i oparte na aktualnej wiedzy z tego zakresu. Należy jeszcze raz podkreślić, że farmakoterapia bólu wymaga indywidualizacji w zakresie wyboru leku oraz monitorowania skuteczności i bezpieczeństwa prowadzonej terapii.

Adres do korespondencji:

Jarosław Woron
Szpital Uniwersytecki w Krakowie
ul. Śniadeckich 10
31-531 Kraków
e-mail: farmakologiawpraktyce@woron.eu