

CZY ZAWSZE POTRAFIMY ZAPEWNIĆ CHORYM SKUTECZNE POSTĘPOWANIE PRZECIWBÓLOWE

Wojciech Leppert

Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu

IV ZJAZD POLSKIEGO TOWARZYSTWA MEDYCYNY PALIATYWNEJ

WROCŁAW, 19 WRZEŚNIA 2014

Drabina analgetyczna WHO



Aktualne zalecenia leczenie bólu u chorych na nowotwory



Europejskie Stowarzyszenie Medycyny Onkologicznej
ESMO Clinical Practice Guidelines 2012



Europejskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej
Evidence-based recommendation from the EAPC 2012

Ból trudny do leczenia

- **Komponent bólu neuropatycznego (kostnego)**
- **Bóle przebijające**
- **Ból tenosmoidalny (naciek odbytu i odbytnicy)**
- **Ból związany z naciekiem splotów nerwowych (pleksopatie w przebiegu nowotworów zlokalizowanych w miednicy małej i w szczycie płuca)**
- **Chorzy z bólem „totalnym”**

Ogólne zalecenia postępowania

- **Optymalne stosowanie opioidu samodzielnie lub w połączeniu: morfina, oksykodon, buprenorfina**
- **Metadon (złożona analgeza), ale działania niepożądane i liczne interakcje**
- **Właściwe stosowanie koanalgetyków**
- **Leczenie onkologiczne (radioterapia, leczenie systemowe)**
- **Techniki anestezyjologiczne (blokady, neurolizy)**
- **Wsparcie psychologiczne, socjalne i duchowe, dobra komunikacja z pacjentem i rodziną**

OPIS PRZYPADKU

- 43-letni chory z bólem neuropatycznym w przebiegu chrzęstniakomięśaka kości krzyżowej z silnym (NRS 8-10) bólem okolicy krzyżowej, promieniującym do kończyn dolnych

OPIS PRZYPADKU – LECZENIE PRZYCZYNOWE

- W 2006 r. wystąpił ból okolicy krzyżowej prawej, promieniujący do kończyny dolnej prawej o charakterze bólu neuropatycznego
- W 2006 r. wykonano zabieg operacyjny – tumorektomię

OPIS PRZYPADKU – LECZENIE PRZYCZYNOWE

- W 2007 r. z powodu nawrotu ponowny zabieg operacyjny: częściowa resekcja kości krzyżowej po stronie prawej i stabilizacja lędźwiowo-miedniczna
- W 2009 r. operacja cytoredukcyjna
- W 2010 r. dwukrotnie (40 Gy + 30 Gy) radioterapia

OPIS PRZYPADKU – LECZENIE PRZYCZYNOWE

- W grudniu 2010 r. wyłonienie kolostomii
- W styczniu 2011 r. całkowita resekcja guza, ze stabilizacją krzyżowo-miedniczną, plastyką skóry i tkanki podskórnej, z przeszczepieniem płatów skórno-mięśniowych dla pokrycia ubytku
- Powikłaniem po zabiegu były zaburzenia gojenia rany, z powodu martwicy przeszczepów płatów mięśniowych i przetoka skórna w ranie pooperacyjnej

OPIS PRZYPADKU – LECZENIE PRZYCZYNOWE

- W lipcu 2012 r. wycięcie przetok w bliźnie i plastyka skóry oraz terapia podciśnieniowa odleżyny okolicy guza kulszowego po stronie prawej
- W listopadzie i grudniu 2011 r. terapia w komorze hiperbarycznej, znaczne zmniejszenie wycieku i częściowe zamknięcie powłok skórnych
- W badaniach obrazowych nie stwierdzono nawrotu nowotworu

OPIS PRZYPADKU – LECZENIE BÓLU

- Dolegliwości bólowe okolicy kręgosłupa lędźwiowego, promieniujące do kończyn dolnych, o charakterze neuropatycznym, uległy znacznemu nasileniu w 2008 r.
- W lutym 2009 r. chory został zgłoszony do Poradni Medycyny Paliatywnej, przy Katedrze i Klinice Medycyny Paliatywnej UM w Poznaniu
- Po konsultacji w domu, z powodu niezadowalającej analgezji (NRS 8), pacjent został zakwalifikowany do przyjęcia na Oddział Medycyny Paliatywnej

OPIS PRZYPADKU – LECZENIE BÓLU

- Podczas pobytu na Oddziale Medycyny Paliatywnej ustalono leczenie:
- Fentanyl przez skórny 25 µg/godz., co 72 godziny
- Morfina o kontrolowanym uwalnianiu 2 x 100 mg
- W razie bólu przebijającego 15 – 30 mg morfiny o natychmiast. uwalnianiu
- Diklofenak 1 x 100 mg
- Venlafaksyna 1 x 75 mg
- Metoklopramid 3 x 10 mg
- Omeprazol 1 x 20 mg
- Baklofen 3 x 25 mg,
- Karbamazepina 2 x 150 mg
- Laktuloza 3 x 7,5 g

OPIS PRZYPADKU – LECZENIE BÓLU

- Podczas pobytu na Oddziale Medycyny Paliatywnej uzyskano poprawę efektu analgetycznego (NRS 4–5), przy dość dobrej tolerancji leczenia
- Po zwolnieniu pacjenta do domu, zamieniono karbamazepinę na pregabalinę, w dawce 2 x 75 mg, pozostałe leki bez zmian

OPIS PRZYPADKU – LECZENIE BÓLU

- Od kwietnia 2011 r. przyjmował dotychczasowe leki, z wyłączeniem diklofenaku, omeprazolu, baklofenu i morfiny o kontrolowanym uwalnianiu; chory otrzymywał jedynie krótko działającą morfinę, w razie bólu przebijającego, w dawce jednorazowej 10 – 20 mg
- Oprócz dotychczas podawanych leków, pacjent regularnie przyjmował paracetamol 3 x 500 mg
- We wrześniu 2011 r. nasilenie bólu (NRS 6) i prośba pacjenta o zmianę leczenia przeciwbólowego

OPIS PRZYPADKU – LECZENIE BÓLU

- Po rozmowie z chorym, podjęto decyzję o zamianie plastra fentanylu w dawce 25 $\mu\text{g}/\text{godz.}$, na przez skórną buprenorfinę w dawce 35 $\mu\text{g}/\text{godz.}$, zmieniane 2 razy w tygodniu
- Uzyskano poprawę efektu analgetycznego (NRS 4), przy zadowalającej tolerancji leczenia; możliwe było również stopniowe odstawienie paracetamolu
- Po kilku miesiącach, z powodu nieco większego nasilenia bólu (NRS 5), zwiększono dawkę buprenorfiny do 52,5 $\mu\text{g}/\text{godz.}$, uzyskując ponownie zadowalającą analgezję (NRS 3)

OPIS PRZYPADKU – LECZENIE BÓLU

- Ze względu na znaczne nasilenie bólu dawkę buprenorfiny w czasie ostatnich 12 miesięcy stopniowo zwiększono do obecnej 140 µg/godz., pregabalinę do dawki 2 x 150 mg, venlafaksyną 2 x 75 mg i laktulozą 20 ml objawowo
- W razie bólu przebijającego chory przyjmuje fentanyl dopoliczkowo w dawce 200 – 400 µg
- Ze względu na niedostateczną analgezję dołączono morfinę krótko działającą w dawce 3 x 20 mg z częściowym efektem (NRS 5), który zamieniono na morfinę o kontrolowanym uwalnianiu (2 x 30 mg)

PRZECIWHIPERALGETYCZNE WŁASNOŚCI BUPRENORFINY

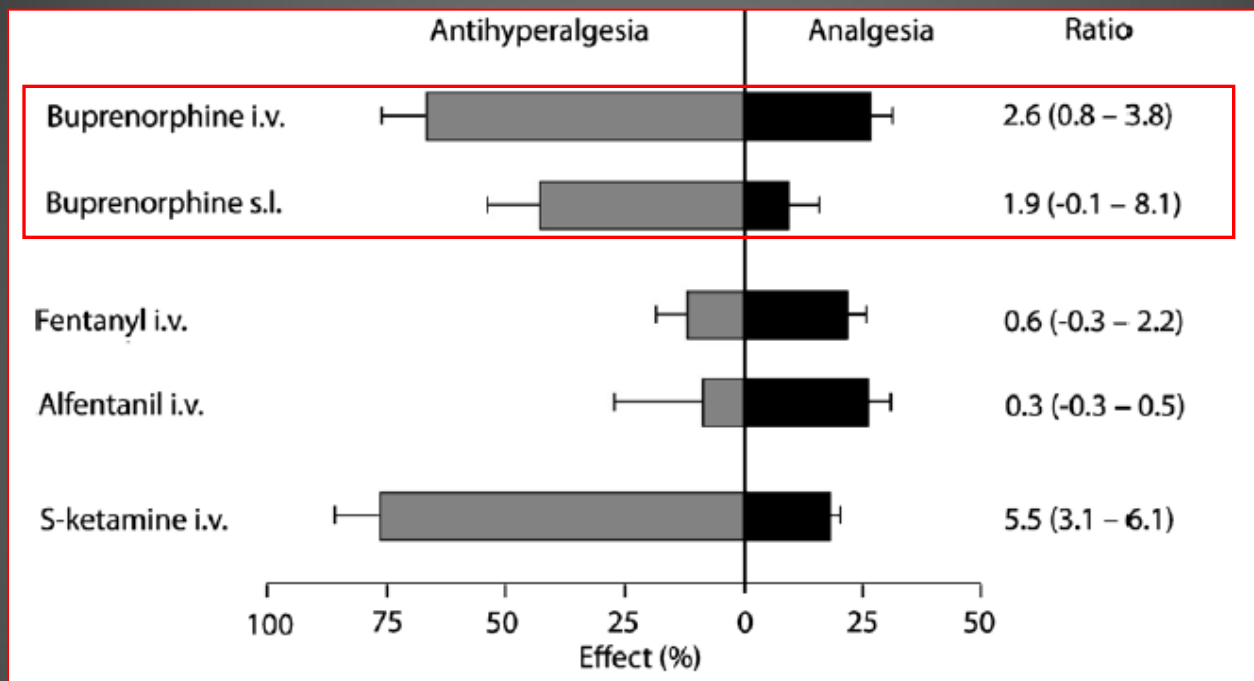


Fig. 4. Ratios of antihyperalgesic and analgesic effects after application of the respective medication, based on the areas under the curve of the individual ratings (AUC antihyperalgesia/AUC analgesia) (Koppert et al., 2005). *Key:* i.v. = intravenous; s.l. = sublingual. The data for fentanyl, alfentanil and S-ketamine are re-analysed from previous studies (Koppert et al., 2001; Tröster et al., 2004). Data are expressed as mean and SD.

BADANIA EKSPERYMENTALNE MODELU BÓLU NEUROPATYCZNEGO

- **Buprenorfina silniej niż morfina i fentanyl hamuje mechaniczną allodynię i termiczną hiperalgezę**
- **Tolerancja na działanie analgetyczne buprenorfiny rozwija się wolniej, niż w przypadku morfiny i fentanylu**

WNIOSKI Z OBSERWACJI KLINICZNYCH

- W czasie ponad 12 miesięcy leczenia konieczne było kilkukrotne zwiększenie dawki plastra buprenorfiny z początkowej 35 do obecnej 140 $\mu\text{g}/\text{godz.}$, co jednak nie zapewniło zadowalającej analgezji
- Nieco skuteczniejsze leczenie bólu (NRS 5) i akceptowalną tolerancję terapii przyniosło dodanie morfiny w dawce 60 mg na dobę

ZNACZENIE OBSERWACJI DLA PRAKTYKI KLINICZNEJ

- **U chorych na nowotwory ze zespołem bólu neuropatycznego często konieczne jest kojarzenie opioidów z koanalgetykami (pregabalina, wenlafaksyna)**
- **U chorych na nowotwory z bólem neuropatycznym dodanie morfiny istotnie zwiększa efekt analgetyczny buprenorfiny**

CZĘŚĆ OPISU PRZEDSTAWIONEGO CHOREGO OPUBLIKOWANO

Leppert W. A successful Switch From Transdermal Fentanyl to
Transdermal Buprenorphine in a Patient with Neuropathic Pain: A Case Report.
Am J Hosp Palliat Med 2014; 31 (1): 101–104

**BARDZO DZIĘKUJĘ
PAŃSTWU ZA UWAGĘ !**