

Priporočila za zdravljenje kronične bolečine pri odraslem bolniku z rakom (Povzetek posodobljenih priporočil)

Slavica Lahajnar

Uvod

Bolečina je eden najpogostejših simptomov, zaradi katerih bolniki iščejo pomoč pri zdravniku v osnovni zdravstveni dejavnosti. Vodenje bolnika, ki trpi zaradi kronične bolečine, nastale zaradi raka, je eden največjih izzivov za zdravnika v ambulantni in na domu. Žal pogosto opažamo, da vodenje bolečine pri bolnikih z rakom ni vedno optimalno. Tako stanje bi morda lahko rešili s strokovno podprtimi in usklajenimi priporočili, uporabnimi v praksi.

Prva priporočila za zdravljenje bolečine pri odraslem bolniku z rakom so pri nas izšla leta 2001. V obliki brošure so bila poslana vsem splošnim zdravnikom v Sloveniji. Že leta 2002 so bila priporočila na konferenci v Ljubljani revidirana in interdisciplinarno usklajena.

Zaradi novih spoznanj na tem področju je bilo treba priporočila posodobiti. Zato smo leta 2006 predstavniki anesteziologov, splošnih zdravnikov in onkologov pripravili nova Priporočila za zdravljenje bolečine pri odraslem bolniku z rakom.

Pri nastanku posodobljenih priporočil smo sodelovali prim. mag. Slavica Lahajnar Čavlovič, dr. med. (Onkološki inštitut), prim. mag. Nevenka Krčevski, dr. med. (Klinični center Maribor), asist. Aleksander Štepanovič, dr. med. (Zdravstveni dom Kranj) in prof. dr. Tanja Čufer, dr. med. (Onkološki inštitut). Recenzenti so bili specialisti družinske medicine, interne medicine, nevrologije in predsednica Slovenskega združenja za zdravljenje bolečine (SZZB). Izdajatelja priporočil sta bila SZZB in Združenje zdravnikov družinske medicine.

Glavni strokovni svet Slovenskega zdravniškega društva je na svoji 24. redni seji 11. 9. 2007 obravnaval posodobljena priporočila za zdravljenje bolečine pri odraslem bolniku z rakom in sklenil, da so dobro pripravljena, usklajena in primerna za objavo v Zdravniškem vestniku. Farmacevtsko podjetje Janssen-Cilag bo finančno podprlo izdajo Priporočil v obliki tiskane knjižice, ki bo vsem zdravnikom dostopna že letos.

Podlaga za posodobljena priporočila so škotske smernice za zdravljenje bolečine pri bolniku z rakom, izsledki številnih raziskav in mnenja strokovnjakov. V besedilu so ob trditvah navedene tudi ravni z dokazi podprte medicine (angl. EBM – Evidence Based Medicine) in označene točke dobre klinične prakse, ki smo jih avtorji priporočil želeli poudariti, kar je že nekaj časa ustaljena praksa pri tovrstnih publikacijah. Priporočilom so dodani algoritem zdravljenja bolečine zaradi raka in navodila za ukrepanje v nujnih stanjih.

V posodobljenih priporočilih smo avtorji upoštevali nova spoznanja o zdravljenju bolečine.

Uporaba vprašalnikov

Bolnik oceni jakost bolečine s pomočjo vizualne analogne lestvice (VAL), ki jo pretvorimo v številčno oceno. Bolečino lahko s pettočkovno kategorično lestvico oceni tudi besedno. Svetujemo uporabo Kratkga vprašalnika o bolečini, kjer bolnik poleg jakosti bolečine oceni tudi vpliv bolečine na vsakdanje dejavnosti. Preproste ocenjevalne lestvice uporabljamo čim pogosteje. Uporabimo lestvico, ki je najprimernejša za posameznega bolnika.

Ocenimo vrsto bolečine, saj bomo le tako lahko izbrali najprimernejše zdravljenje. Za oceno nevropatske bolečine si pomagamo z vprašalnikom DN4.

Ali je prišel čas za spremembo tristopenjske lestvice SZO?

Temeljna načela zdravljenja bolečine zaradi raka so prikazana v tristopenjski lestvici Svetovne zdravstvene organizacije. Analgetike v tej lestvici izberemo glede na jakost in vrsto bolečine ter glede na vzrok za bolečino. Zdravila uvajamo stopenjsko. Najprej uvedemo neopioide, ki jih, če ne zadostujejo, zamenjamo ali dodamo šibke opioide. Če šibki opiodi ne zadostujejo, jih zamenjamo z močnimi. Na vseh stopnjah zdravljenja bolečine pri nevropatski bolečini uporabimo še dodatna zdravila za zdravljenje nevropatske bolečine.

Tristopenjska lestvica je bila objavljena pred skoraj 20 leti. Od takrat je bilo narejenih malo randomiziranih in prospektivnih študij, ki bi podale močne dokaze za njeno učinkovitost. Nasprotno, nekatere študije kažejo, da so majhni odmerki močnih opiodov enako učinkoviti in nimajo bolj izraženih neželenih učinkov kot veliki odmerki srednje močnih opiodov z dodatkom nesteroidnih antirevmatikov. Predvsem v paliativni medicini, kjer se zaradi napredovanja bolezni jakost bolečine hitro stopnjuje, priporočajo uvajanje močnih opiodov brez predhodne uporabe srednje močnih, priporočajo torej opustitev druge stopnice na lestvici.

Po nastanku tristopenjske lestvice sta dve spoznanji še izboljšali možnosti učinkovitega zdravljenja bolečine. To sta zdravljenje prebijajoče bolečine s kratko delujočim opiodom, ki ga bolnik vzame po potrebi, in rotacija opiodov, kadar je izbrani opiod neučinkovit ali povzroča bolniku hujše neželene učinke.

Titracija dnevnega odmerka opioda in izbira močnega opioda

Kronična bolečina pri bolnikih z rakom je navadno stalna, zato bolnik dobiva zdravilo v rednih intervalih. Predpišemo mu opiod z dolgotrajnim delovanjem, ki ga zaužije ali dobi transdermalno. Učinkovit dnevni odmerek močnega opioda je odvisen od številnih dejavnikov, zato ga za vsakega bolnika določimo s titracijo. Z njo želimo najti dnevni odmerek dolgo

	Zdravilo	Običajni odmerek	Največji dnevni odmerek	Opomba
PERORALNI OPIOIDI	morfin kratko delujoča oblika	10–20 mg na 4 ure	Največjega dnevnega odmerka ni.	Primerno je tudi dajanje ampuliranega morfina subkutano, (tretjina peroralnega odmerka).
	morfin dolgo delujoča oblika	60–90 mg na 12 ur	Največjega dnevnega odmerka ni.	Tablete ne smemo zdrobiti, lahko jo damo rektalno.
	metadon kratko delujoča oblika	10–30 mg na 6–8 ur	Največjega dnevnega odmerka ni.	Dolga razpolovna doba, podaljšana toksičnost.
	oksikodon dolgo delujoča oblika	10–40 mg na 12 ur	Največjega dnevnega odmerka ni.	Hitrejši začetek delovanja zaradi dvofaznega sproščanja učinkovine.
	hidromorfon dolgo delujoča oblika	kapsule 8 mg na 12 ur	Največjega dnevnega odmerka ni.	Vsebinsko kapsule lahko stresemo po hladni redki hrani.
	hidromorfon OROS dolgo delujoča oblika	tablete 16 mg na 24 ur	Največjega dnevnega odmerka ni.	Odmerjanje enkrat na dan.
TRANS DERMALNI OPIOIDI	transdermalni fentanil dolgo delujoča oblika	50-mikrogramski obliž na 72 ur	Največjega dnevnega odmerka ni.	Obliži sproščajo 12,5, 25, 50, 75, 100 µg učinkovine na uro; menjava obliža na 72 ur (izjemoma na 48 ur). Počasen učinek prvih odmerkov, podaljšan učinek zadnjega odmerka.
	transdermalni buprenorfin dolgo delujoča oblika	70-mikrogramski obliž na 96 ur	2 x 70-mikrogramski obliž na 96 ur	Obliži sproščajo 35, 52,5 ali 70 µg učinkovine na uro; menjava obliža na 96 ur. Počasen učinek prvih odmerkov, podaljšan učinek zadnjega odmerka.

Tabela 1: Pregled močnih opioidov

Opioid	Dnevni odmerek							
dihidrokodein (mg)	120	240						
tramadol (mg)	200	300		600				
morfin (mg)	30	60	90	120	150	180	210	240
oksikodon (mg)		30		60		90		120
hidromorfon (mg)	4	8	12	16	20	24	28	32
fentanil TDS (µg/h)	12,5	25	37,5	50	62,5	75	87,5	100
buprenorfin TDS (µg/h)		35		52,5		70		105

Tabela 2: Primerjalni odmerki opioidov

delujočega opioida, ki bo imel za bolnika dober analgetični učinek in čim manj neželenih učinkov. Za titracijo uporabljamo kratko delujoči morfin. Načini titracije so natančno razloženi v priporočilih.

Za vzdrževalno zdravljenje uporabljamo dolgo delujoči opioid. Morfin je najdlje uporabljan močni opioid, zato imamo z njim največ izkušenj. Vendar bolnike enako dobro zdravimo z drugimi močnimi opioidi (tabela 1) in vprašanje je, ali je morfin še prvo sredstvo izbire za zdravljenje srednje močne do močne bolečine zaradi raka. Morfin ostaja standardno zdravilo, s katerim primerjamo analgetične in neželene učinke drugih opioidov.

Močni opioidi (morfin, fentanil, hidromorfon, oksikodon, buprenorfin, metadon) so enako učinkoviti v ekvivalenčnih odmerkih in imajo podobne neželene učinke, le da so ti pri bolnikih lahko različno izraženi. Razlikujejo se v nekaterih farmakokinetičnih lastnostih, kar je lahko odločilno pri izbiri močnega opioida za bolnike z jetrno in ledvično odpovedjo. Pri izbiri je lahko odločilna tudi farmakološka oblika zdravila. Za vse veljajo podobna opozorila in previdnostni ukrepi ter kontraindikacije za uporabo.

Rešilni odmerek opioida za prebijajočo bolečino

Prebijajoča bolečina je tista, ki se pojavi kljub rednemu jemanju dolgo delujočih opioidov in dobro zdravljeni stalni bolečini. Pogosto jo imajo bolniki s kostnimi zasevki in nevropatsko bolečino.

Bolniku skupaj z dolgo delujočim opioidom predpišemo tudi kratko delujočo obliko morfina za lajšanje prebijajoče bolečine. Rešilni odmerek kratko delujočega morfina je 10 do 15 odstotkov (približno šestina) dnevnega odmerka dolgo delujočega morfina ali ekvivalenta drugega močnega opioida. Če en rešilni odmerek ne pomaga, bolnik čez 30 minut vzame še enega. Če je kljub ponovljenemu odmerku bolečina močna, je treba znova oceniti bolnikovo stanje.

Rotacija močnih opioidov

Farmakogenetske raziskave so pokazale različno odzivnost na zdravljenje z različnimi opioidi. Opioid zamenjamo, če kljub velikim odmerkom izbranega močnega opioida bolečine ne olajšamo ali če izbrani opioid povzroča moteče neželene

učinke kljub njihovemu preprečevanju in zdravljenju. Pri nekaterih bolnikih je potrebna večkratna rotacija močnih opioidov.

Pri rotaciji opioidov si pomagamo s tabelo primerjalnih odmerkov (tabela 2). Priporočamo začetek s 30 do 50 odstotkov manjšim odmerkom novega opioida, kot je napisan v tabeli. Bolnika skrbno opazujemo in novi opioid titriramo do kliničnega učinka.

Ob prehodu s peroralnega na transdermalno zdravljenje naj bolnik ob namestitvi prvega obliža vzame še zadnji odmerek dolgo delujočega peroralnega opioida.

Rotacija poti vnosa

Za zdravljenje kronične bolečine je najprimernejša pot vnosa analgetikov skozi usta, ker zagotavlja stalno raven zdravila v krvi in možnost dokaj hitrega spreminjanja dnevnega odmerka glede na potrebe bolnika.

Transdermalno dajanje je primerno za bolnike, ki imajo stabilno kronično bolečino ali zdravil ne morejo zaužiti. Bolniki, ki prejemajo transdermalne opioide, so redkeje zaprti.

Podkožno dajanje zdravil v stalni infuziji s črpalkami je primerno za tiste bolnike z napredujočim rakom, ki zdravil ne morejo zaužiti. Pri bolnikih v zadnjem stanju bolezni lahko v črpalke poleg protibolečinskih zdravil dodamo še zdravila za zdravljenje drugih simptomov napredujoče bolezni, npr. antiemetik (haloperidol), sedativ (midazolam), kortikosteroid (deksametazon), zaviralec H₂ (ranitidin). Bolnika lahko tudi hidriramo.

Dodatna zdravila in postopki za zdravljenje bolečine

Bolnikom z nevropatsko bolečino hkrati z analgetikom predpišemo tudi protiepileptična zdravila ali antidepresive. Po navodilu anesteziologa lahko v podkožni infuziji ali infuziji v veno dobijo lidokain ali ketanest. Z anesteziološkimi postopki

(bloкаде, intraspinalno dajanje zdravil) dovajamo zdravila na mesto, iz katerega izhaja močna neobvladljiva bolečina.

Kortikosteroidi imajo močan protivnetni učinek in zmanjšajo oteklino, zato jih uporabljamo pri tistih bolečinah, kjer je zaradi vnetja bolečina močna (npr. bolečina zaradi kostnih zasevkov, glavobol zaradi povečanega intrakranialnega tlaka, pritisk na hrbtenjačo, periferne živce, pleteže, nateg jetrne kapsule zaradi zasevkov).

Zdravljenje z bifosfonati uporabimo pri bolnikih z diseminiranim plazmocitomom, bolnikih z rakom dojke in rakom prostate, ki imajo bolečine zaradi kostnih zasevkov. Paliativno obsevanje bolečih kostnih zasevkov in kompresije hrbtenjače zmanjša bolečino in možnost nevroloških zapletov.

Sklep

Najučinkovitejše zdravljenje bolečine zaradi rakave bolezni je učinkovito zdravljenje raka, če je to mogoče.

Z upoštevanjem priporočil za zdravljenje bolečine pri bolnikih z rakom lahko olajšamo bolečino več kot 80 odstotkom bolnikov. Pri nekaterih je za doseganje optimalnega rezultata potrebna multidisciplinarna obravnava, zato v zdravljenje bolečine po potrebi vključimo anesteziologa, kirurga, psihologa, onkologa in druge.

Pri uvajanju zdravljenja bolečine v najkrajšem možnem času poskrbimo, da bolnik nima hujših bolečin (VAS ≤ 3), da ima čim manj neželenih učinkov zdravil za zdravljenje bolečine in čim boljšo kakovost življenja.

Viri

1. Lahajnar S, Krčevski N, Stepanovič A, Čufer T. Usmeritve za zdravljenje bolečine pri odraslem bolniku z rakom. Zdrav Vestn 2008; 77: 7–12.

