

-naivního a počáteční dávku silného opioidu upravit dle ekvianalgetické tabulky a efektu dosavadní léčby.

Preskripce silných opioidů není vázána na specializaci lékaře, tj. všechny běžně užívané silné opioidy mohou být preskribovány všemi lékaři s ukončeným magisterským studiem v oboru všeobecného lékařství. Léčba bolesti i mimo kontext paliativní medicíny patří do nepodkročitelného minima každého lékaře.

Obecné principy léčby silnými opioidy

- U opioid-naivních pacientů zahajujeme léčbu rychle působícími formami (immediate release, IR), např. morfin 10 mg p. o. či s. c. (např. Sevredol p. o., Morphin Biotika, s. c. Morfin sulfát Ardez 8 kapek p. o.), oxykodon 5 mg p. o. (Oxykodon Stada) a léčbu titrujeme do nástupu účinku.
- U opioid-naivních pacientů volíme nejnížší možnou dávku ER formy, např. fentanyl (Fentanyl, Adolor, Durogesic), transdermální náplast 12 mcg/hod à 72 hod, buprenorfin transdermální náplast 5 mcg/hod à 7 dní (Buprenorfin Stada).
- IR formy je dle SPC možné podávat à 4 hodiny, dle SPC je současně maximální plazmatická koncentrace (Cmax) běžně preskribovaných IR forem dosažena (pro jednoduché zapamatování) za cca 15 minut po i. v. podání, 30 minut po s. c. podání a za 1 hodinu po p. o. podání; je tedy otázkou, zda je nutné při nedostatečné kontrole bolesti a současně absenci nežádoucích účinků v kontextu paliativní medicíny u paliativně relevantních diagnóz čekat s další dávkou léku dle doporučení SPC (tzv. patient-controlled analgesia) (17).
- Sublingvální či transnazální formy opioidů (např. Lunaldin, Fenroo, Effentora, Instanyl) nelze vzhledem k odlišné technologii převést na ekvianalgetické dávky, nejsou tedy vhodné pro úvodní titraci léčby bolesti.
- U pacientů již dříve léčených slabým či silným opioidem vychází počáteční dávka z ekvianalgetické tabulky opioidů, přičemž rotaci opioidů zvažujeme při nedostatečné účinnosti, dosažení maxi-

mální dávky (buprenorfin), nepřijatelných nežádoucích účincích či změně klinického stavu (jaterní či renální selhávání) (18).

- Při rotaci opiátů je nutné přepočtenou ekvianalgetickou dávkou snížit o 25–50% pro kompenzaci neúplně zkřížené tolerance mezi opioidy a tedy snížení rizika předávkování (rotace na metadon, i když se jedná o téma zajímavé a potřebné, přesahuje rozsah tohoto textu) (18).
- V léčbě silnými opioidy je vhodná koanalgezie v kombinaci se neopioidním analgetikem, méně vhodná je kombinace se slabým opioidem (19).
- Je nutné pravidelné hodnocení a dokumentace efektu léčby a současně nežádoucích účinků zdravotníkem či pacientem nebo rodinou.
- Je nezbytné zdůraznit racionální a opatrné zacházení s opioidy, které jsou určeny pro léčbu silné bolesti, přičemž zvláštní opatrnost je potřeba věnovat stále větší skupině křehkých geriatrických pacientů.

Mýty a fakta o opiátech

„Nasazení opiátů znamená konec života“

Ve skutečnosti může být včasná a přiměřená léčba opioidními analgetiky klíčem k obnovení kvality života, umožnění pohybu, komunikace, a dokonce zlepšení spánku a duševní pohody. Opioidy nejsou rezervovány výhradně pro terminální stavy, ale patří do širšího spektra léčby bolesti pokročilých a nevyléčitelných onemocnění.

„Opiáty se nemohou podávat pacientům s onemocněním plic“

Další obava se týká použití opioidů u pacientů s chronickým plicním onemocněním, například CHOPN či plicní fibrózou, kdy panuje mylný názor, že podání opioidů vede nevyhnutelně k respiračnímu útlumu. Při správné indikaci a titraci však opioidy, zejména nízké dávky morfinu, velmi účinně tlumí pocit dušnosti a zlepšují komfort pacienta bez signifikantního negativního ovlivnění dechového centra. Tento efekt byl potvrzen v několika studiích i systematických přehledech (22–25).

„Opiáty způsobují závislost“

Tento rozšířený mýtus často vede k iracionálním obavám ze zahájení léčby opioidy, a to i u pacientů se silnou bolestí. Je nezbytné rozlišovat mezi fyziologickou závislostí, která je očekávaným důsledkem dlouhodobého užívání opioidů (projevující se například abstinenčním syndromem při náhlém vysazení), a psychickou závislostí ve smyslu narušení sebekontroly a kompulzivního vyhledávání látky. U pacientů v paliativní péči, kteří užívají opioidy z indikace silné bolesti a jsou adekvátně monitorováni, je riziko vzniku závažné psychické závislosti extrémně nízké. V této souvislosti nelze zaměňovat nutnost pravidelného dávkování za závislost. Obavy z návykového potenciálu by neměly být překážkou racionálního použití opioidů, zejména pokud je cílem úleva od utrpení a zachování důstojnosti. Naopak poddávkování nebo zbytečné odkládání léčby silné bolesti z obavy ze závislosti může vést k fyzickému i psychickému strádání pacienta (26, 27).

Nežádoucí účinky opioidů a jejich management

Přestože jsou opioidy v léčbě bolesti účinné, jejich užívání je spojeno s řadou nežádoucích účinků, které mohou negativně ovlivnit kvalitu života pacientů, adherenci k léčbě a compliance. Nežádoucí účinky se liší dle konkrétního typu opioidu, dávky, způsobu podání a individuálních charakteristik pacienta.

Zácpa je nejčastější nežádoucí účinek postihující většinu pacientů léčených opioidy. Na rozdíl od jiných vedlejších účinků se na ni tolerance nevyvíjí, proto je doporučeno preventivní nasazení laxativ současně se zahájením terapie opioidy, kdy možnosti léčby významně přesahují široce užívanou laktulózu (viz Tab. 9).

Nauzea a zvracení se mohou objevit v úvodních 7 dnech léčby opioidy se spontánním ústupem, resp. rozvojem tolerance u většiny pacientů. Opioidy stimulují area postrema v prodloužené míše (chemoreceptor trigger zone, CTZ, dopaminergní receptory, D2) a zpomalují gastrointestinální motilitu. Lékem první volby je proto metoklopramid (Degan, Cerucal), itoprid (Itoprid) či haloperidol (Haloperidol). Naopak vzhledem k mechanismu vzniku nevolnosti a zvracení nelze očekávat účinek setronů (20).