



• **FACT SHEET No. 18**

Drabina analgetyczna WHO: Czy jest odpowiednia w przypadku bólu stawów? Od NLPZ do opiodów

Pascale Vergne-Salle, MD PhD

W 1986 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) przedstawiła pierwsze zalecenia dotyczące leczenia bólu nowotworowego. Zalecenia te, które okazały się niewystarczające, oparte były na drabinie analgetycznej WHO, stopniowanym podejściu do stosowania analgetyków w zależności od nasilenia bólu. Zalecenia odnosiły się równolegle do nasilenia bólu i znanej skuteczności analgetyków. WHO wyodrębnia trzy stopnie stosowania analgetyków: Stopień I stosowanie leków nieopiodowych (paracetamol i niesteroidowe leki przeciwzapalne NLPZ), Stopień II stosowanie słabych opiodów (hydrokodon, kodeina lub tramadol), i stopień III stosowanie silnych opiodów (morfina, hydromorfon, oksykodon, fentanyl lub metadon). Dodatkowe leki (adjuwanty) miały być stosowane w celu zmniejszenia niepokoju.

To podejście terapeutyczne krok- po -kroku proponowało stosowanie leków nieopiodowych pacjentom z bólem o niewielkim nasileniu, słabych opiodów pacjentom z bólem o średnim nasileniu, a silnych opiodów pacjentom z bólem o znacznym nasileniu. Zalecenia WHO sugerowały przepisywanie leków stopnia II, jeśli leczenie przy użyciu analgetyków stopnia I było nieskuteczne, a stopnia III w przypadkach kiedy ból utrzymywał się pomimo stosowania leków ze stopnia II. Algorytm ten został potem przeniesiony na ból nienowotworowy, włączając bóle stawów. W ostrym bólu stawów nasilenie bólu może usprawiedliwić rozpoczęcie od razu od słabych lub silnych opiodów w celu szybkiego uśmierzania bólu, a potem przejście do stosowania analgetyków nieopiodowych, jeśli ból ustąpi.



© Prawa autorskie 2016 Międzynarodowe Towarzystwo Badania Bólu.
Wszelkie prawa zastrzeżone.

IASP skupia naukowców, lekarzy, pracownicy służby zdrowia i polityków w celu pobudzenia i wspierania badań nad bólem i przełożyć tę wiedzę do poprawy łagodzenia bólu na całym świecie.

W 2015 roku w środowisku naukowym dyskutowano tę metodę i zaproponowano inną klasyfikację w oparciu o skuteczność kliniczną i mechanizm bólu. Strategia odnosząca się do mechanizmów bólu wydaje się być bardziej odpowiednia. David Lussier i Pierre Beaulieu zaproponowali nową taksonomię w książce *Pharmacology of Pain* (IASP, 2010) w oparciu zarówno o mechanizm bólu, jak i mechanizm działania analgetyków. W przypadku bólu przewlekłego nocyceptywny ból zapalny mógłby być leczony poprzez zmniejszanie stanu zapalnego przy użyciu steroidów lub NLPZ, nocyceptywny ból nie-zapalny przy użyciu opioidów i analgetyków nieopiodowych, a ból neuropatyczny – przy użyciu leków przeciwdepresyjnych i przeciwdrgawkowych, włączając specyficzne leki stosowane w określonych reumatologicznych stanach klinicznych, takie jak kolchicina w leczeniu dny moczanowej. Podejście odmienne od proponowanego przez WHO pozwala lekarzom leczyć ból w oparciu o sytuację kliniczną i unikać sytuacji bycia ograniczonym do stosowania coraz silniejszych leków.

Choroba zwyrodnieniowa stawów jest główną przyczyną bólu pacjentów w wieku podeszłym, którzy często stosują wiele leków w związku z chorobami towarzyszącymi, co należy brać pod uwagę przy wyborze analgetyków. Uprzednio publikowane zalecenia i najnowsze rekomendacje OARSI (Osteoarthritis Research Society International) zalecają stosowanie paracetamolu, NLPZ i duloksetyny w zależności od schorzeń współistniejących. Stosowanie opioidów uznano za leczenie nieodpowiednie. Leki opioidowe powinny być przepisywane tylko pacjentom z bólem towarzyszącym OA opornym na leczenie, w przypadku wystąpienia przeciwwskazań do zalecanego leczenia, u pacjentów oczekujących na operację ortopedyczną lub kiedy operacja nie jest możliwa.

Ból w osteoartrozie może być bardzo zróżnicowany, co sugeruje zaangażowanie różnych mechanizmów. Niektórzy pacjenci opisują ból jako ból neuropatyczny, z możliwą obwodową lub ośrodkową sensytyzacją. W tej podgrupie pacjentów leczenie powinno być ukierunkowane zarówno na zmniejszenie obwodowej i ośrodkowej sensytyzacji, jak i powinno wspomagać zstępujące mechanizmy hamowania bólu (np. leki przeciwdrgawkowe, przeciwdepresyjne lub kapsaicyna).

W zapalnych chorobach reumatycznych najbardziej optymalne leczenie obejmuje stosowanie NLPZ i kortykosteroidy. Analgetyki opioidowe i nieopiodowe są preferowane w leczeniu bólu mechanicznego wywołanego przez zniszczenie stawu. Obecnie bioterapie są elementem leczenia bólu w zapalnych chorobach reumatycznych jako metody przeciwbólowe. W przypadku artropatii kryształowych optymalne leczenie wymaga zastosowania NLPZ, kolchicyny lub kortykosteroidów w oparciu o zalecenia EULAR (European League Against Rheumatism) dotyczących leczenia pseudodny i dny moczanowej.

W przypadku fibromialgii leki nieopiodowe i słabe opioidy prowadzą jedynie do niewielkiej ulgi w bólu. Stopień nasilenia bólu u tych pacjentów jest często wysoki, co teoretycznie powinno skłaniać do stosowania silnych opioidów w oparciu o drabinę analgetyczną WHO, nie ma jednak dowodów na



© Prawa autorskie 2016 Międzynarodowe Towarzystwo Badania Bólu.
Wszelkie prawa zastrzeżone.

IASP skupia naukowców, lekarzy, pracownicy służby zdrowia i polityków w celu pobudzania i wspierania badań nad bólem i przełożyć tę wiedzę do poprawy łagodzenia bólu na całym świecie.

skuteczność ich stosowania, a lekarze powinni rozważyć stosowanie innych metod terapeutycznych. Częściej zalecane są leki modulujące zstępujące drogi hamowania bólu.

Podsumowując, drabina analgetyczna WHO nie jest odpowiednia w leczeniu ostrego i przewlekłego bólu stawów. Wyzwaniem na przyszłość jest lepsze poznanie różnych mechanizmów bólu stawów i stosowanie leków w oparciu o ich mechanizm działania.

Piśmiennictwo

1. McAlindon TE, Bannuru RR, Sullivan MC, Arden NK, Berenbaum F, Bierma-Zeinstra SM et al. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis. *Osteoarthritis and cartilage* 2014; 22: 363-388.
2. Sivera F, Andrés M, Carmona L, Kydd AS, Moi J, Seth R et al. Multinational evidence-based recommendations for the diagnosis and management of gout: integrating systematic literature review and expert opinion of a broad panel of rheumatologists in the 3e initiative. *Ann Rheum Dis* 2014; 73: 328-35.
3. Zhang W, Doherty M, Pascual E, Barskova V, Guerne PA, Jansen TL et al. EULAR recommendations for calcium pyrophosphate deposition. Part II: management. *Ann Rheum Dis* 2011; 70: 571-5.
4. Lussier D and Beaulieu P. Toward a rational taxonomy of analgesic drugs. *Pharmacology of pain*, Pierre Beaulieu, David Lussier, Frank Porreca, Anthony H Dickenson. Ed IASP Press 2010: p27-42.
5. Marchand S. The physiology of pain mechanisms: from the periphery to the brain. *Rheum Dis Clin North Am* 2008; 34: 285-309.
6. [Gaujoux-Viala C](#), [Gossec L](#), [Cantagrel A](#), [Dougados M](#), [Fautrel B](#), [Mariette X](#) et al; [French Society for Rheumatology](#). Recommendations of the French Society for Rheumatology for managing rheumatoid arthritis. *Joint Bone Spine* 2014; 81: 287-97.
7. Vergne-Salle P, Laroche F, Bera-Louville A, Marty M, Javier RM, Perrot S. Les opioïdes forts dans les douleurs ostéo-articulaires non cancéreuses : revue de la littérature et recommandations pour la pratique clinique : « Les recommandations de Limoges 2010 ». *Douleurs* 2012;13:259–75.

O Międzynarodowe Towarzystwo Badania Bólu®

IASP jest wiodącym profesjonalnym forum dla nauki, praktyki i edukacji w dziedzinie bólu . [Członkostwo jest otwarte dla wszystkich](#) osób zaangażowanych w badania, diagnozowania lub leczenia bólu . IASP ma ponad 7000 członków w 133 krajach, 90 rozdziałów krajowych i 20 grup interesów .

Planują przyłączyć się do kolegów podczas [16. Światowego Kongresu Pain](#), 26-30 września, 2016, w Jokohamie, w Japonii.

W ramach Globalnego roku przeciwko ból stawów, IASP oferuje szereg arkuszy 20 Fakt, że obejmują konkretne tematy związane z bólem stawów. Dokumenty te zostały przetłumaczone na wiele języków i są dostępne do pobrania za darmo. Odwiedź www.iasp-pain.org/globalyear aby uzyskać więcej informacji.



© Prawa autorskie 2016 Międzynarodowe Towarzystwo Badania Bólu.
Wszelkie prawa zastrzeżone.

IASP skupia naukowców, lekarzy , pracownicy służby zdrowia i polityków w celu pobudzania i wspierania badań nad bólem i przełożyć tę wiedzę do poprawy łagodzenia bólu na całym świecie.