



- **OPRACOWANIE NR 9**

Postępowanie w bólu pooperacyjnym u pacjentów leczonych przedoperacyjnie opioidami

Wzrasta liczba pacjentów kwalifikowanych do zabiegów operacyjnych, którzy przyjmują leki opioidowe wcześniej z powodu:

- Bólu w przebiegu choroby nowotworowej
- Przewlekłego bólu pochodzenia nienowotworowego (np. z powodu osteoartrozy)
- Nawracającego bólu ostrego (np. anemia sierpowata lub zapalenie trzustki)
- Substytucyjne leczenie opioidami u osób uzależnionych
- Nielegalne, pozamedyczne stosowanie substancji (w tym opioidów)
- Stosowanie wysokich dawek i/lub silnych opioidów przez dłuższy czas po operacji lub urazie

U wielu z tych pacjentów występuje tolerancja na analgetyczny efekt opioidów. „Tolerancja” odnosi się do fizjologicznego zmniejszenia wrażliwości na efekt leku, podawanego w sposób powtarzalny w czasie, lub równoważnie, do konieczności zwiększania dawki w czasie leczenia do uzyskania takiej samej odpowiedzi fizjologicznej jak przy dawce początkowej.

U pacjentów stosujących opioidy występuje zwiększone ryzyko ostrego i przewlekłego bólu pooperacyjnego oraz niedostatecznego leczenia bólu. Leczenie bólu w tej grupie pacjentów stanowi wyzwanie, które najlepiej opierać na systematycznych, opartych na dowodach strategiach postępowania. Nadrzędne zasady postępowania okołoperacyjnego u pacjentów stosujących opioidy obejmują:

- Dokładna ocena (w tym czynników psychologicznych)
- Zapewnienie skutecznej analgezji, pomimo zmniejszonej skuteczności opioidów
- Osłabienie tolerancji i hiperalgezji indukowanej przez opioidy (OIH)
- Zapobieganie zespołowi odstawiennemu

- Ścisły kontakt z innymi pracownikami ochrony zdrowia
- Właściwe zaplanowanie wypisania ze szpitala

Zabezpieczenie skutecznej analgezji

Opioidy mogą być stosowane w celu uzyskania analgezji w okresie pooperacyjnym nawet u pacjentów stosujących opioidy. Jednak dawka opioidu musi być wymiarczkowana do dawki skutecznej (najlepiej początkowo poprzez zastosowanie analgezji sterowanej przez pacjenta), a efekt analgetyczny może być ograniczony. W tych warunkach szczególnie przydatna może być analgezja multimodalna:

- W miarę możliwości techniki analgezji regionalnej, dostosowane do rodzaju i miejsca operacji oraz braku przeciwwskazań takich jak koagulopatia.
- Stosowanie analgetyków nieopiodowych
- Stosowanie leków adiuwantowych, jak opisano poniżej

Zapobieganie tolerancji i hiperalgezji indukowanej opioidami (OIH)

Długoterminowe stosowanie opioidów może, poza indukowaniem tolerancji na działanie przeciwbólowe, spowodować zwiększenie wrażliwości na stymulację nocyceptywną, co jest określane jako „hiperalgezja indukowana opioidami” (OIH). Opisano kilka sposobów postępowania w celu osłabienia tych zjawisk:

- „Rotacja” —zamiana na inny lek opioidowy
- Zastosowanie antagonistów receptora NMDA (np. ketamina)
- W niektórych przypadkach modulatory podjednostki alfa-2-delta kanału wapniowego (gabapentyna, pregabalina)

Zapobieganie objawom odstawiennym u pacjentów hospitalizowanych po zabiegach operacyjnych

Długoterminowe stosowanie opioidów indukuje uzależnienie fizyczne, co zwiększa ryzyko wystąpienia zespołu odstawiennego przy nagłym zmniejszeniu lub odstawieniu opioidów lub po podaniu antagonisty - naloksonu. Zasady postępowania zapobiegającego wystąpieniu objawów odstawienia obejmują:

- Utrzymanie przedoperacyjnej dawki opioidu w okresie okołoperacyjnym
- Substytucja innym opioidem, jeśli wcześniej pacjent był leczony opioidem podawanym doustnie, a taka droga podania nie może być wykorzystana w okresie pooperacyjnym
- Ostrożne stosowanie antagonistów opioidowych (np. w leczeniu hypowentylacji prawdopodobnie spowodowanej opioidami); jeśli to konieczne, podawanie małych dawek naloksonu i miareczkowanie do minimalnego pożądanego efektu
- Agoniści receptora alfa 2-adrenergicznego (klonidyna, lofeksydyna, deksmedetomidyna) mogą zminimalizować objawy odstawienia, podobnie jak leki modulujące podjednostkę alfa-2-delta kanału wapniowego (gabapentyna, pregabalina)

Planowanie wypisu

Wypisanie ze szpitala pacjenta stosującego opioidy wymaga uważnego zaplanowania i koordynacji leczenia z pracownikami ochrony zdrowia, którzy będą zapewniać opiekę ambulatoryjną (w tym



© Copyright 2017 International Association for the Study of Pain. All rights reserved.

IASP łączy naukowców, klinicystów, świadczeniodawców ochrony zdrowia i decydentów w celu inicjowania i wspierania badań nad bólem i przekładania zdobytej wiedzy na poprawę leczenia bólu na całym świecie.

pracownicy zespołów leczących uzależnienia). Należy położyć nacisk na właściwe stosowanie najniższej skutecznej dawki opioidów w możliwie najkrótszym czasie po wypisie (dozwolonej w często występującej tolerancji na działanie analgetyczne opioidów). Należy także zwracać uwagę na możliwość chronifikacji bólu ostrego w celu wczesnego wdrożenia leczenia.

Informacja zorientowana na pacjenta

Na całym świecie wzrasta zużycie leków opioidowych, leków przeciwbólowych podobnych do morfiny, zarówno w leczeniu bólu a także w leczenia uzależnień. Pacjent stosujący opioidy wymaga szczególnej opieki w okresie okołoperacyjnym ze względu na zwiększone ryzyko bólu pooperacyjnego. Postępowanie wymaga uważnego stosowania odpowiednio dobranych leków przeciwbólowych i zastosowania szczególnych metod oceny, mających na celu zmniejszenie objawów odstawiennych.

ŹRÓDŁA I PIŚMIENICTWO

[1] Faculty of Pain Medicine, ANZCA. Publications. Available at:

<http://fpm.anzca.edu.au/Resources/Publications> .

[2] Huxtable CA, Roberts LJ, Somogyi AA, MacIntyre PE. Acute pain management in opioid-tolerant patients: a growing challenge. *Anaesth Intensive Care* 2011;39:804–23.

[3] Schug SA. Acute pain management in the opioid-tolerant patient. *Pain Manag* 2012;2:581–91.

AUTORZY

Stephan A. Schug, MD, FANZCA, FFPMANZCA
Chair of Anaesthesiology
Pharmacology, Pharmacy, and Anesthesiology Unit
School of Medicine and Pharmacology
University of Western Australia
Director of Pain Medicine, Royal Perth Hospital
Perth, Australia

RECENZENCI

Hazem A. Ashmawi, MD, PhD
Head of the Pain Clinic, Department of Anesthesia
Hospital das Clínicas of the University of São Paulo School of Medicine
Collaborative Professor, Department of Surgery
University of São Paulo School of Medicine
São Paulo, Brazil
Maria Dolma Gudez-Santos, M.D., M.H.A.
Director, Pain Management Clinic
Consultant, Department of Anesthesiology
The Medical City General Hospital
Manila, Philippines



© Copyright 2017 International Association for the Study of Pain. All rights reserved.

IASP łączy naukowców, klinicystów, świadczeniodawców ochrony zdrowia i decydentów w celu inicjowania i wspierania badań nad bólem i przekładania zdobytej wiedzy na poprawę leczenia bólu na całym świecie.

**O Międzynarodowym Stowarzyszeniu Badania Bólu
*International Association for the Study of Pain®***

IASP jest wiodącym profesjonalnym forum naukowym, praktycznym i edukacyjnym w zakresie bólu. [Uzyskanie członkostwa](#) jest możliwe dla wszystkich zajmujących się zawodowo bólem, w tym badaniem, diagnostyką i leczeniem bólu. IASP zrzesza ponad 7000 członków w 133 krajach, 90 oddziałów krajowych i 20 specjalnych grup roboczych (*Special Interest Groups*).

Jako element Ogólnoświatowego Roku na Rzecz Ulgi w Bólu Pooperacyjnym IASP przedstawia serię opracowań dotyczących specyficznej tematyki związanej z bólem pooperacyjnym. Opracowania te zostały przetłumaczone na wiele języków i są dostępne do nieodpłatnego pobrania. W celu uzyskania dalszych informacji odwiedź stronę www.iasp-pain.org/globalyear .



© Copyright 2017 International Association for the Study of Pain. All rights reserved.

IASP łączy naukowców, klinicystów, świadczeniodawców ochrony zdrowia i decydentów w celu inicjowania i wspierania badań nad bólem i przekładania zdobytej wiedzy na poprawę leczenia bólu na całym świecie.