

Tab. 6. Přehled nežádoucích účinků silných opioidů u onkologických pacientů (volně podle 35)

Nejčastější, většinou přechodné	
Nauzea a zvracení	Často mizí během několika dnů. Předcházení nauzey metoklopramidem může zlepšit compliance na počátku léčby.
Obluzenost, nerovnováha, nestabilita	Kontrola ostatní tlumivé medikace a ev. její redukce. Dobrá hydratace.
Delirium v úvodu	Hrozí u specificky křehkých pacientů – terminální, starší, probíhající infekci, metabolické potíže.
Časté, dlouhodobé	
Zácpa	Laxativa patří k zahájení opioidní léčby s výjimkou pacienta s průjmami. Naloxegol pro pacienty s nedostatečným efektem laxativ.
Sucho v ústech	Většinou tolerováno, režimová opatření.
Méně časté	
Neurotoxita – hyperalgie, alodynie, myoklonus	Bývá důvodem k rotaci opioidu a zvažování methadonu.
Pocení	Někdy lze kontrolovat antihistaminiky, event. butylskopolaminem, jindy rotací opioidu.
Serotoninová toxicita	Hyperaktivita autonomního nervového systému + neuromuskulární aktivita + zmatenost. Týká se pouze tramadolu, pethidinu, vzácněji fentanylu. Pozor na interakce s rizikovými léky.
Svědění	Není-li dostatečný efekt antihistaminik, vyžaduje rotaci opioidu.
Retence moči	U pacientů s omezeným kontaktem se může projevit výrazným neklidem.
Spasmus Oddiho svěrače	Starší literatura udává menší riziko pro pethidin než morfin, evidence je nedostatečná. Bezpečný v tomto směru se zdá fentanyl, spazmu může pravděpodobně bránit naloxegol (43,44).
Útlum dechového centra	Bolest působí aktivně proti opiátu působenému útlumu. Terapie naloxonem.
Endokrinopatie	Komplexní změny – útlum hypotalamo-hypofyzární osy (s hypogonadismem, hypokortikalismem) si může vyžádat substituční léčbu.
Vliv na imunitní systém	Komplexní vlivy, klinický význam není zcela jasný.
Delirium	Zvláště hypoaktivní delirium u pacientů s pokročilým onkologickým onemocněním může uniknout pozornosti a je vhodný jeho screening (25).
Závislost	U nádorové bolesti vzniká vzácně, ale i rizikové onkologické pacienty lze identifikovat.

Tab. 7. Slabé opioidy dostupné v ČR

Opioid	Receptorová aktivita	Léková forma	Nástup účinku	Poznámka
Codein	μ-agonista	p.o. tablety	30 min	V praxi častěji používaný jako antitusikum, event. k ovlivnění průjmu
Dihydrocodein	μ-agonista	p.o. tablety s řízeným uvolňováním	2–3 h	
Tramadol	μ-agonista, inhibitor zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu	p.o. tablety s rychlým i řízeným uvolňováním, kapky, čípky, i.v. injekce	30 min	Pro část pacientů vhodný k léčbě chronické nádorové bolesti, někdy i v kombinovaných preparátech s paracetamolem

tento stupeň přeskóčit. Před érou e-receptů bylo možné pozorovat určitý blok některých lékařů předepsat adekvátní silný opioid na recept s modrým pruhem a protahovat nedostatečně účinnou léčbu slabými opioidy. Eskalace dávek slabých opioidů mnohdy nedává u nádorové bolesti smysl.

Silné opioidy – přehled dostupných preparátů a poznámky k praktickému použití (Tab. 8)

Antagonisté – poznámky k praktickému použití

Antagonisty užívané v léčbě předávkování, managementu závislosti a v léčbě nežádoucích účinků opioidů můžeme rozdělit na ty, které přestupují hematoencefalickou bariéru a působí v centrálním nervovém systému (naloxon, naltrexon) a na periferně působící antagonisty (naloxegol, metylnaltrexon, naloxon v perorálních kombinovaných preparátech) (Tab. 9).

Organizační zajištění vedení opioidní léčby v onkologii

Řídit opioidní analgezii by měl jeden lékař a v ČR to může být velmi dobře i lékař praktický. Ve větších nemocnicích a také v onkologických centrech řídí opioidní léčbu buď onkologové, algeziologové center pro léčbu bolesti nebo konziliární paliativní týmy. V ambulantní sféře se jedná nejčastěji o zodpovědnost onkologů, ambulancí pro léčbu bolesti, vzácněji paliativních ambulancí a v terminálních fázích také hospicových lékařů kamenných či lůžkových hospiců. Autor je konziliářem nemocničního paliativního týmu a setkává se s pacienty v různém prostředí a kooperuje s kolegy různých odborností. Některé postřehy z této pozice jsou shrnuty v Tab. 11.

Závěr

Opioidy zůstávají nejučinnějšími a tedy základními léky v léčbě nádorové bolesti.

Zatímco jsme se v předcházejících desetiletích v České republice setkávali s opiofobií a nedostatečnou preskripcí, lze v budoucnu očekávat zvyšující se potřebu bezpečné a dobře regulované preskripce opioidů ve snaze zabránit škodlivému abúzu a nežádoucímu rozšíření opioidů mimo indikované případy. Úkolem lékaře bude i nadále dobře zvažovat, zda je daný pacient k opioidní terapii správně indikován a zároveň zajistit, aby pacienti s nádorovou bolestí dosáhli snadno na adekvátní terapii. Iniciální volba preparátu bývá jednoduchá, dle efektu a nežádoucích účinků bývá nutná jejich léčba a ev. rotace dle přepočtu na ekvianalgetické dávky. Stejně významné jako farmakologické charakteristiky opioidů je dobré znát preskripční zvyklosti lékařů v různém prostředí a různých odborností. Paliativní konziliář může přispět k dobré komunikaci napříč obory a napomoci provést pacienta zdravotním systémem za setrvalé dobré kontroly bolesti.