

Przewidywalny i nieprzewidywalny ból przebijający – czy różnicować terapię?

Magdalena Kocot-Kępska
Zakład Badania i Leczenia Bólu
KAIiT UJ CM

Optymalizacja leczenia bólu nowotworowego
17-18.03.2015, Ożarów Mazowiecki

Określenie „ból przebijający” tradycyjnie używa się do opisanego nagłego, ostrego, przejściowego nasilenia bólu u pacjentów z chorobą nowotworową, u których występuje ból stały >12h/dzień i jest on dobrze kontrolowany przy stosowaniu analgetyków ATC.

Brak jednoznacznej definicji w taksonomii IASP

Takie przejściowe nasilenie dolegliwości bólowych dotyczyć może również pacjentów z innymi schorzeniami, którym towarzyszą różne rodzaje bólu: neuropatyczny, mięśniowo-szkieletowy, trzewny, zespoły bólu pooperacyjnego.

Ból przebijający (BP)

```
graph TD; A[Ból przebijający (BP)] --> B[Spontaniczny (idiopatyczny)  
bez specyficznego czynnika  
nieprzewidywalny  
przypadkowy]; A --> C[Incydentalny (wyzwalany)  
przewidywalne czynniki  
związany z jakimś zdarzeniem]; C --> D[Zależny od woli  
Chodzenie, poruszanie się,  
siedzenie, stanie, dotyk]; C --> E[Niezależny od woli  
Kaszel, kichanie, kolka, rozdęcie jelit]; E --> F[Proceduralny - czynności terapeutyczne];
```

Spontaniczny (idiopatyczny)
bez specyficznego czynnika
nieprzewidywalny
przypadkowy

Incydentalny (wyzwalany)
przewidywalne czynniki
związany z jakimś zdarzeniem

Zależny od woli
Chodzenie, poruszanie się,
siedzenie, stanie, dotyk

Niezależny od woli
Kaszel, kichanie, kolka, rozdęcie jelit

Proceduralny - czynności terapeutyczne

Ból przebijający (BP) – Pacjent NP

Pacjent NP l. 65 z guzem kości krzyżowej (przerzut raka płuca) zgłosił się do Poradni Leczenia Bólu z powodu silnego bólu, trudnego do opanowania w warunkach opieki domowej paliatywnej.

Ból zlokalizowany w obrębie krocza, z promieniowaniem do obu pośladków i kończyn dolnych.

Ból o charakterze stałym (NRS =6) z napadami silnego (NRS =10) bólu 6x dziennie bez czynnika wyzwalającego. Ból napadowy opisywany jako szarpiący, przeszywający, czasem jak rażenie prądem do kończyn dolnych.

Dotychczasowe leczenie - silny opioid (oksykodon SR 2x10mg po + morfina IR 4x10mg po), gabapentyna (300mg/dobę po), doraźnie NLPZ.

Rozpoznanie?

Rozpoznanie rodzaju bólu przebijającego u pacjenta NP

1. Spontaniczny o charakterze trzewnym
2. Incydentalny o charakterze trzewnym
3. Spontaniczny o charakterze neuropatycznym
4. Incydentalny o charakterze neuropatycznym

Ból przebijający (BP) - Pacjentka MS

Pacjentka MS I. 75 z mnogimi przerzutami do trzonów kręgów piersiowych, lędźwiowych i do żeber (przerzuty raka nerki) zgłosiła się do Poradni Leczenia Bólu z powodu silnego bólu, trudnego do opanowania w warunkach opieki domowej paliatywnej.

Ból zlokalizowany w obrębie grzbietu i po lewej stronie ściany klatki piersiowej. Ból o charakterze stałym (NRS =3) w spoczynku z napadami silnego (NRS =9) bólu przy ruchach, chodzeniu i czynnościach pielęgnacyjnych. Ból opisywany jako tępy, zlokalizowany w obrębie grzbietu.

Dotychczasowe leczenie - silny opioid (fentanyl TDS 25 mcg/h + morfina IR 3X20 mg po), bisfosfoniany, NLPZ doraźnie.

Rozpoznanie?

Rozpoznanie rodzaju bólu przebijającego u pacjentki MS

1. Spontaniczny o charakterze somatycznym
2. Incydentalny o charakterze trzewnym
3. Spontaniczny o charakterze neuropatycznym
4. Incydentalny o charakterze somatycznym

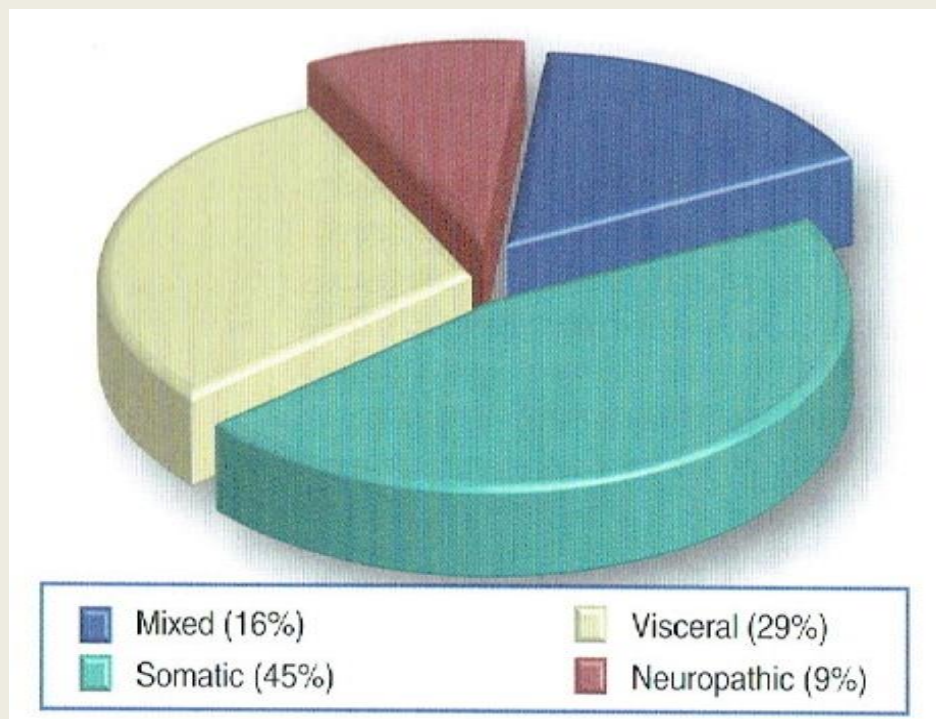
Ból przebijający (BP)- epidemiologia, etiologia

Ból incydentalny – zgłaszany przez 44% pacjentów

Ból spontaniczny – 39% pacjentów

Ból mieszany – 17% pacjentów

Davies 2010



Związany z guzem – u 70-80%

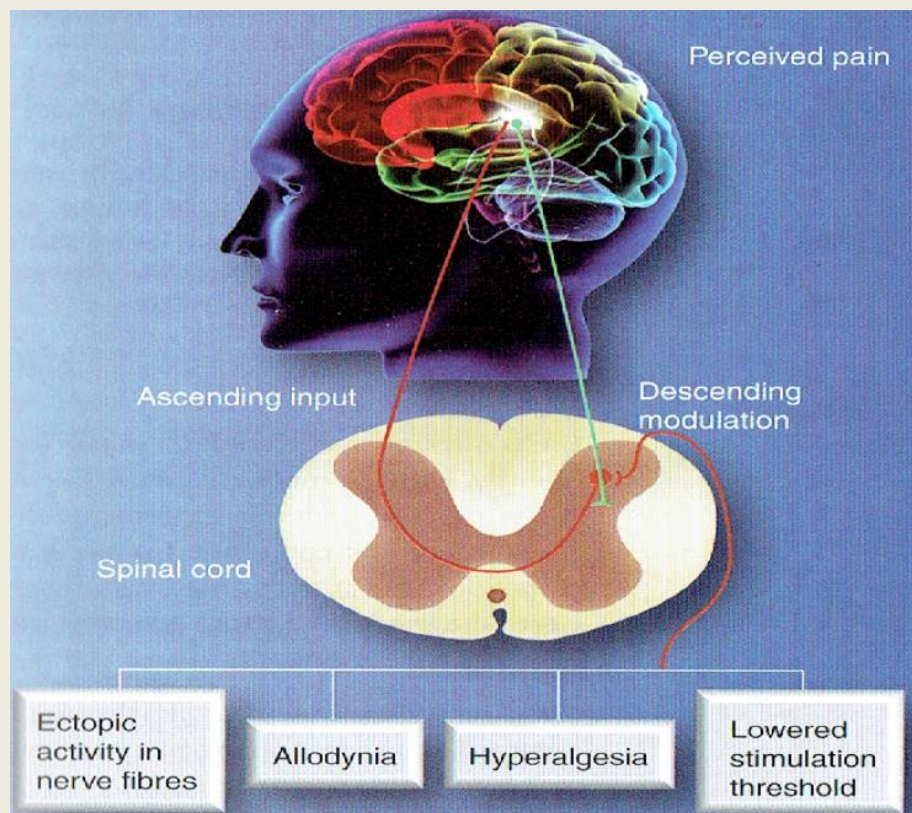
Związany z leczeniem – u 10-20%

Najczęściej związany z ruchem,
aktywnością – u 20-56% pacjentów

*Portenoy 1990, Zeppetella 2000,
Caraceni 2004*

Ból przebijający (BP)- patomechanizm

Mechanizm powstawania podobny do bólu podstawowego u 96%, ale nie można wykluczyć różnych mechanizmów powstawania.

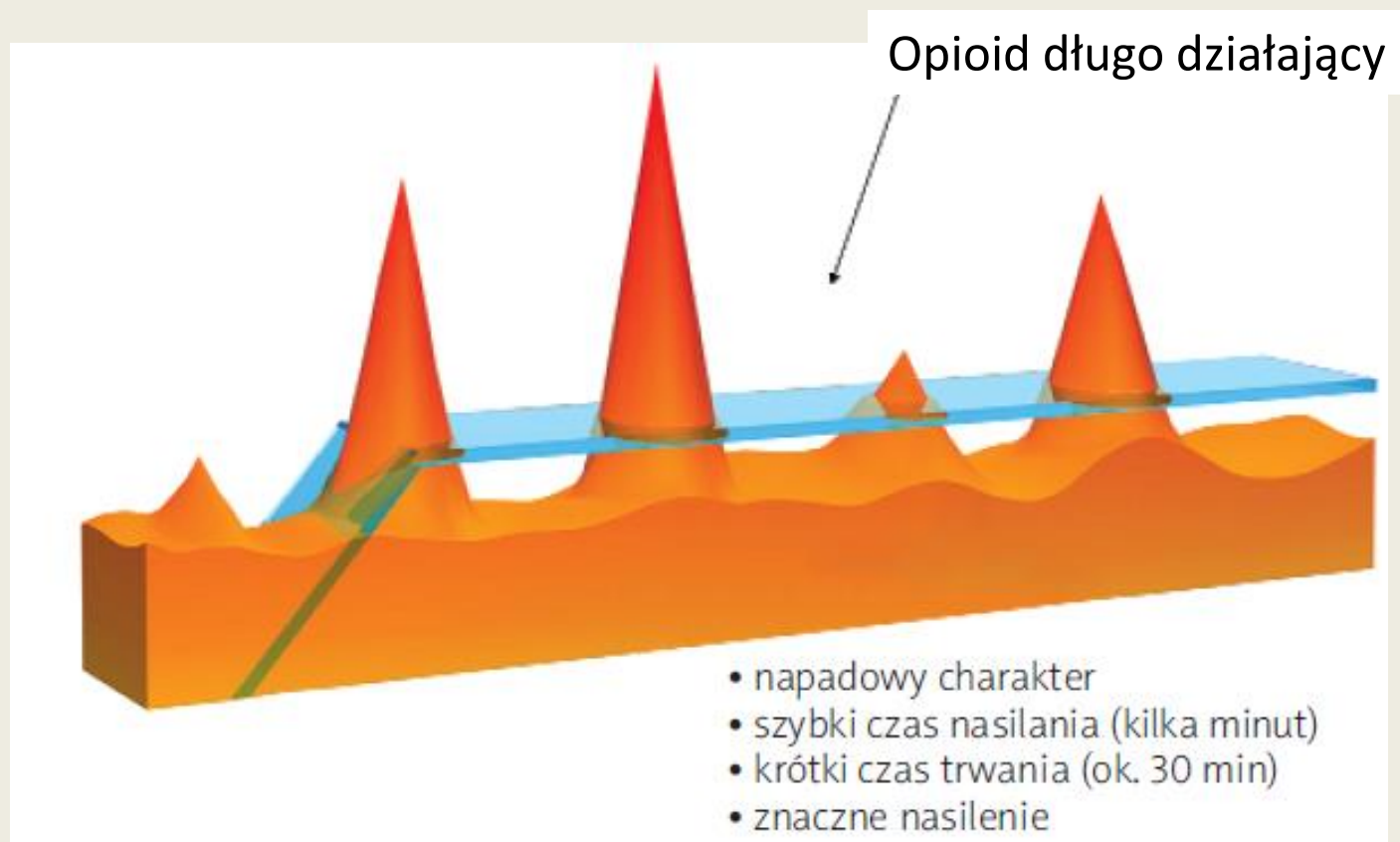


Sensytyzacja ośrodkowa:
•hiperalgezja

Sensytyzacja obwodowa:

- obniżenie progu pobudliwości nocyceptorów
- wyładowania ektopowe
- alodynia

Ból przebijający (BP)- charakterystyka



Hilgier 2007, Zeppetella 2011

Ból przebijający (BP)- charakterystyka

Początek, czas i częstość epizodów bólu różna:

- 40-50% - napadowy charakter
- Szybki początek, max. natężenie bólu < 3 min. 43% pacjentów
- Średni czas trwania – 15-30 min
- Względnie krótki czas trwania, u 94% pacjentów < 1 godz.
- Średnia ilość epizodów w ciągu dnia - 4-7 (1-60)
- Stopień natężenia - bardzo silny i maksymalny - 92%
- Znacznie częściej u pacjentów ze złą „kontrolą” bólu podstawowego

Zeppetella 2000, Portenoy 1999, Kaasa 2007

Ból przebijający (BP) – strategia leczenia

Kliniczna ocena bólu – wywiad, mechanizm powstawania

1. Patients with pain should be assessed for the presence of breakthrough pain (Grade of recommendation - D).
2. Patients with breakthrough pain should have this pain specifically assessed (D).

Patients with breakthrough pain should have this pain specifically re-assessed (D).

Ból przebijający (BP) – strategia leczenia

Kliniczna ocena bólu – wywiad, mechanizm powstawania

- natężenie
- lokalizacja
- charakterystyka bólu:
 - liczba ataków w ciągu doby
 - czas do najsilniejszego bólu
 - czas trwania ataku
- czynniki wyzwalające:
 - brak (bóle nieprzewidywalne)
 - spowodowane jakimś czynnikiem
- mechanizm bólu:
 - somatyczny (zlokalizowany, napadowy, kłujący)
 - trzewny (rozlany, nękający, kurczowy, ostry)
 - neuropatyczny (palący, strzelający, przeszywający)

Ból przebijający (BP) – strategia leczenia

Leczenie przyczynowe zawsze, gdy to możliwe:

- Chemioterapia paliatywna
- Radioterapia paliatywna zmian kostnych
- Leczenie chirurgiczne
- Unieruchomienie złamań
- Leki przeciwkaszłowe
- Leki przeczyszczające
- PPI
- kortykosteroidy

Davies 2009, Zeppetella 2011

3. The management of breakthrough pain should be individualized (D).
4. Consideration should be given to treatment of the underlying cause of the pain (D).
5. Consideration should be given to avoidance / treatment of the precipitating factors of the pain (D).

Ból przebijający (BP) – strategia leczenia

Optymalizacja leczenia podstawowego

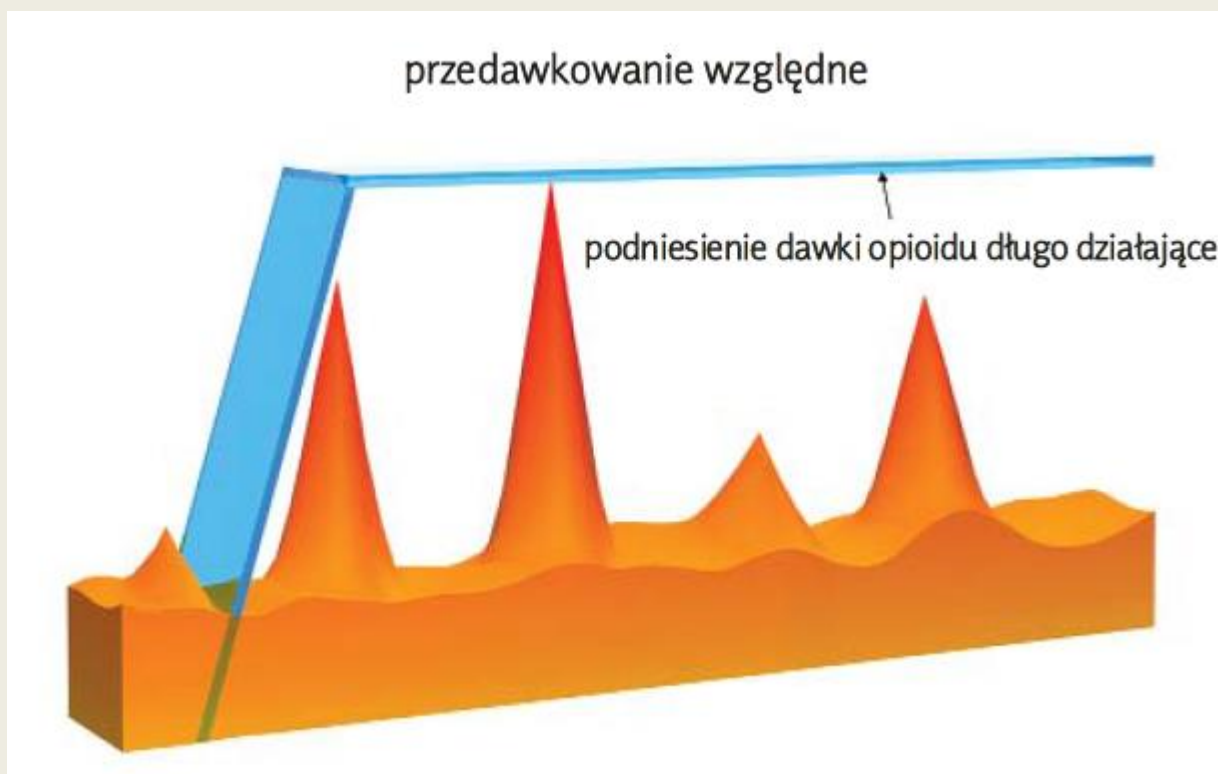
- miareczkowanie dawki podstawowego analgetyku
- skrócenie odstępów pomiędzy kolejnymi dawkami leku
- Rotacja opioidu
- Dodanie analgetyku o innym mechanizmie działania
- Leki adjuwantowe

Davies 2009, Zeppetella 2011, Caraceni 2012

**Consideration should be given to modification of the background analgesic regimen /
“around the clock medication” (D).**

Ból przebijający (BP) – strategia leczenia

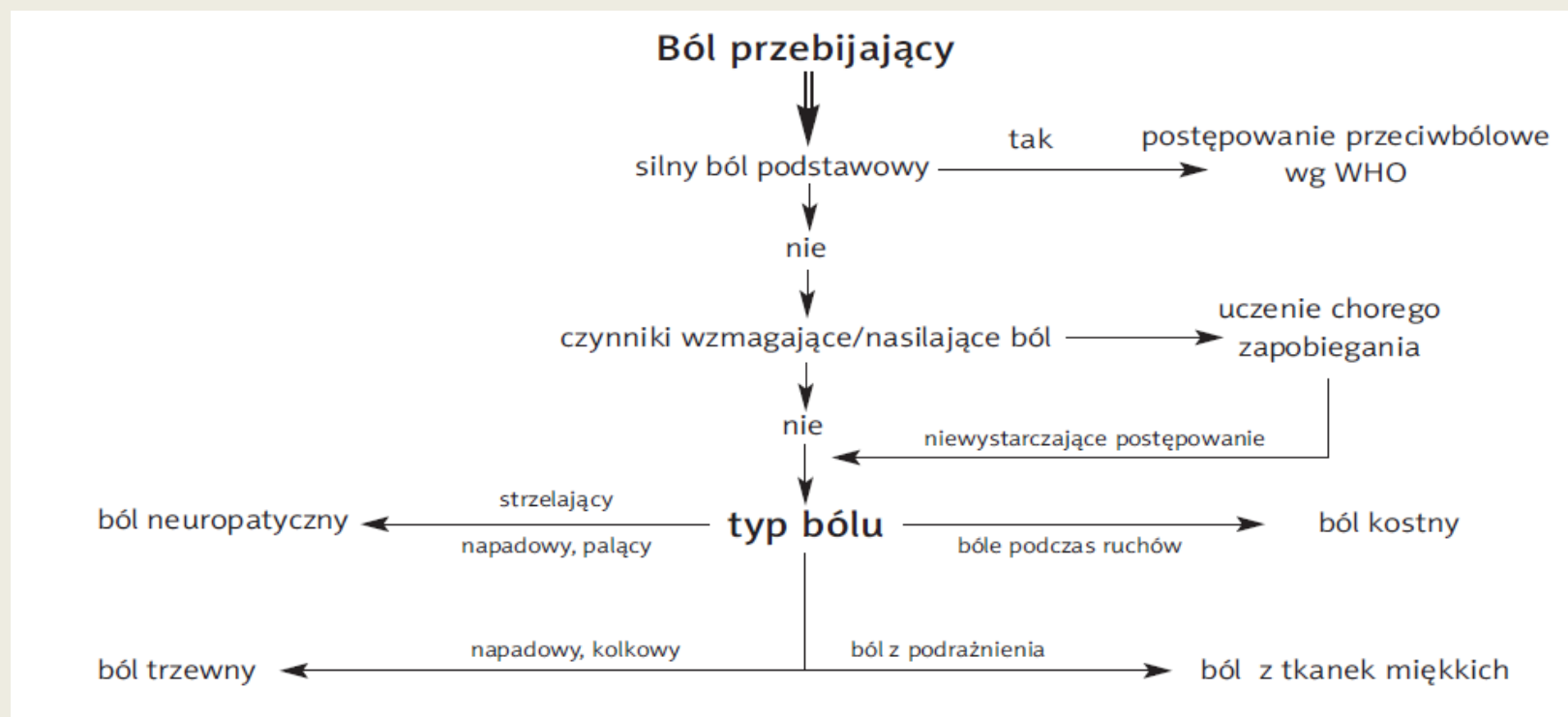
Zwiększanie dawki opioidu podstawowego ?
Ryzyko objawów niepożądanych!



Ból przebijający (BP) – strategia leczenia

Mechanism oriented pain treatment

Objawowe leczenie farmakologiczne



Hilgier 2007, Woolf 2004

Ból przebijający (BP) – strategia leczenia

7. Opioids are the “rescue medication” of choice in the management of breakthrough pain episodes (D).
8. The dose of opioid “rescue medication” should be determined by individual titration (B).

Davies 2009

Leczenie u pacjenta NP

Dgn – ból podstawowy o charakterze mieszanym nocyceptywnym i neuropatycznym
BP o charakterze neuropatycznym

1. Dostosowanie dawki opioidu SR, tak aby NRS około 2-3 – oksykodon SR 2x20mg
2. Miareczkowanie dawki gabapentyny do tolerowanej dawki efektywnej – 1800mg
3. Steroid – 4mg/d
4. Lek przeciwdepresyjny na noc – mianseryna 10mg

Leczenie jw. zmniejszyło ilość napadów bólu przebijającego do 2-3/dobę
Zmienił się także charakter bólu BP – aktualnie opisywany raczej jako bardziej tępy, rozlany

Modyfikacja leczenia: dołączenie opioidu IR – fentanyl po zmiareczkowaniu
100mcg/dawkę

Leczenie u pacjentki MS

Dgn – ból o charakterze nocyceptywnym , komponent bólu neuropatycznego

BP o charakterze nocyceptywnym, incydentalny

Utrzymano podstawowe leczenie opioidem IR, bisfosfonianem
Zmiana leku na BP – fentanyl IR po zmiareczkowaniu 200 mcg/dawkę
Włączono gabapentyne w dawce 1200 mg/d
Steroid 4 mg/d

Po leczeniu j.w. ból incydentalny o nasileniu NRS = 2-3 pozwalający na czynności pielęgnacyjne

NLPZ – jeśli skuteczny to jaki preparat?
Inne leki nieopiodowe?

Ból przebijający (BP) – strategia leczenia

Leczenie bólu spontanicznego i incydentalnego

Optymalizacja leczenia podstawowego:

1. Dostosowanie dawki leku podstawowego
2. Dołączenie analgetyku o innym mechanizmie działania
3. Koanalgetyki

Indywidualizacja leczenia
Doświadczenie pacjenta

Ból przebijający (BP) – strategia leczenia

Ból spontaniczny - lek na ratunek – opioid o szybkim początku działania i krótkim czasie działania

Ból incydentalny - lek na ratunek z wyprzedzeniem

Wg zaleceń EAPC (Caraceni 2012) należy stosować opioidy IR p.o. lub fentanyl przezśluzówkowy.

W wybranych przypadkach preparaty fentanylu przezśluzówkowego mogą być preferowane ze względu na szybki początek działania i krótki czas działania.

Cochrane 2013 (Zeppetella i Davies 2013) – brak wsparcia dla ww. rekomendacji dot. opioidów p.o., lepszy efekt analgetyczny fentanylu w badaniach *head-to-head*.

Ból przebijający (BP) – strategia leczenia

Idealny analgetyk na ratunek

- Skuteczny
- Bezpieczny
- Szybki początek działania dostosowany do charakteru bólu
- Krótki czas działania (ryzyko objawów niepożądanych)
- Odpowiedni do leczenia bólu spontanicznego i incydentalnego
- Łatwy w stosowaniu
- Akceptowany przez pacjentów
- Łatwo dostępny
- Opłacalny

Ból przebijający (BP) – strategia leczenia

Idealny analgetyk na ratunek

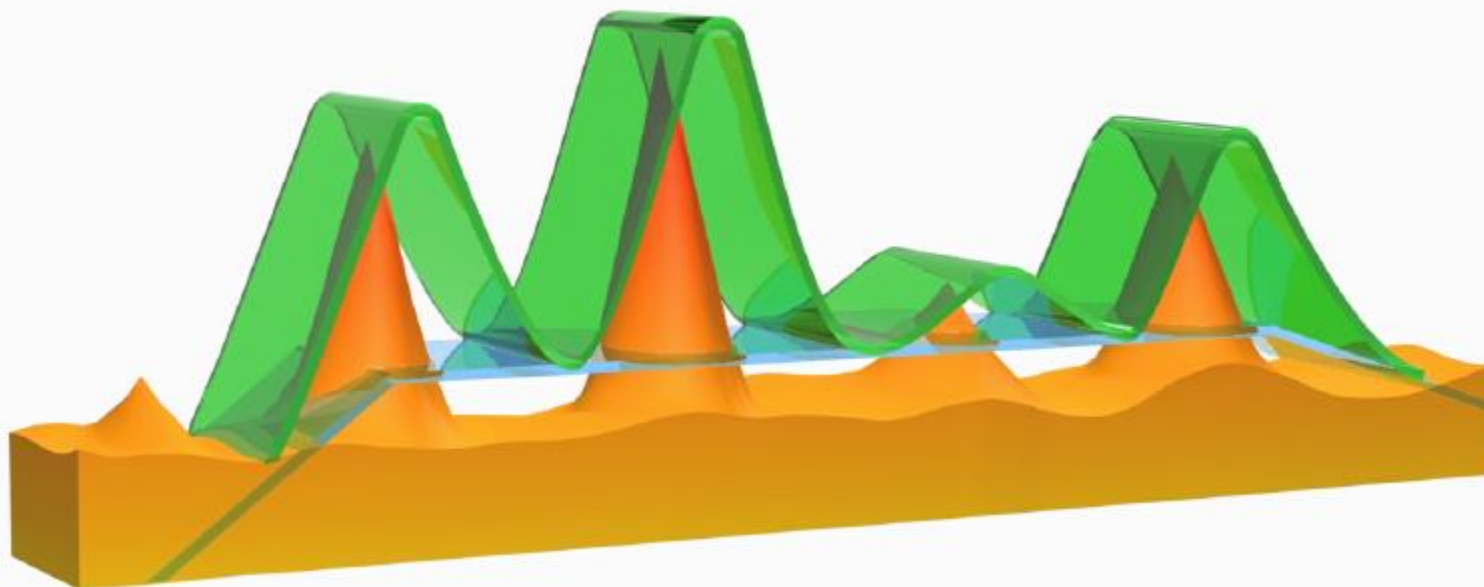
Analgetyki podawane drogą parenteralną – sc, iv, PCA
Przezśluzówkowe preparaty fentanylu

Podobny efekt analgetyczny po 30 min.

Bennett 2005, Zeppetella 2010, Zeppetella i Davies 2013

Ból przebijający (BP) – strategia leczenia

Characteristic oriented pain treatment?



Ból przebijający (BP) – strategia leczenia

Non-pharmacological methods may be useful in the management of breakthrough pain episodes (D).

Non-opioid analgesics may be useful in the management of breakthrough pain episodes (D).

Interventional techniques may be useful in the management of breakthrough pain (D).

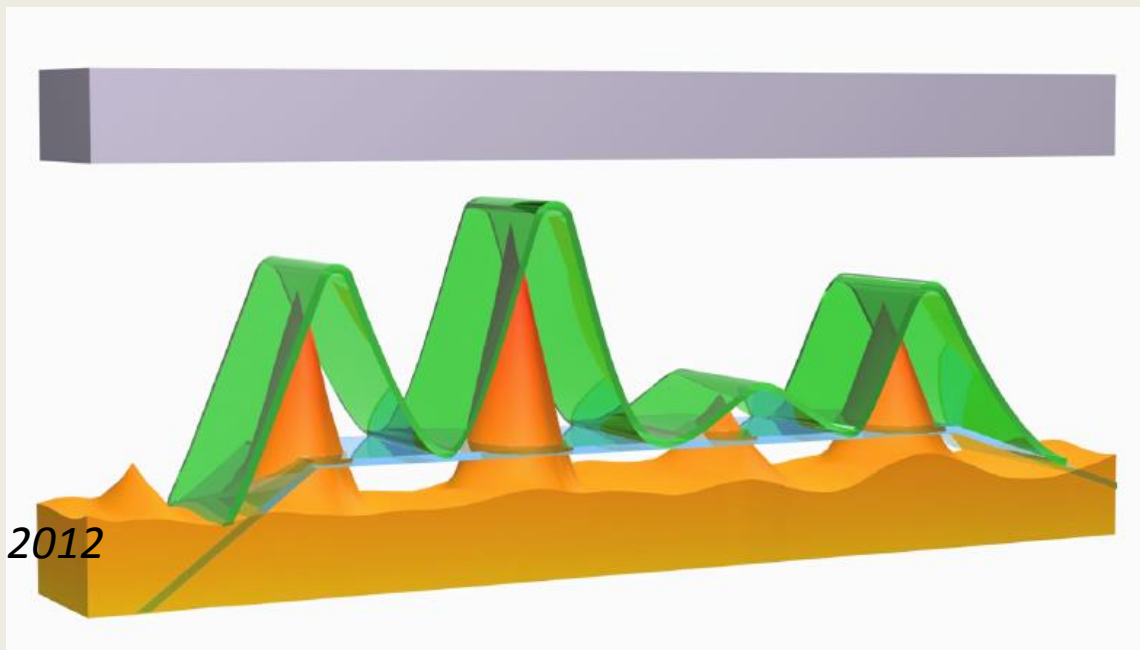
Davies 2009

Ból przebijający (BP) – podsumowanie

Wybór leku w leczeniu bólu przebijającego nie powinien być przypadkowy

Charakterystyka i patomechanizm powstawania bólu przebijającego
Profil farmakokinetyczno-farmakodynamiczny zastosowanego leku

Charakterystyka bólu przebijającego (amplituda, czas jego narastania, czas trwania) jest podstawą indywidualizacji wyboru farmakoterapii w bólu przebijającym.



Woroń 2012, Malec-Milewska 2012

