

Spolupráce algeziologa a ambulantního psychiatra v péči o závislého pacienta

MUDr. Josef Trnka

MOJIP a léčba bolesti, Nemocnice Sokolov

Již od starověku mají opioidy v léčbě bolesti nezastupitelnou roli. Jejich komplexní účinek pokrývá celou řadu symptomů doprovázejících bolestivé stavy. Potenciál ke vzniku závislosti mají jak pacienti s akutní, tak chronickou bolestí, zejména nenádorovou. Podle standardů léčby bolesti je indikací k podání opioidů nikoliv etiologie bolesti, ale její intenzita. Závislost na lécích proti bolesti na bázi opioidů je relativně častá, ale především velmi obávaná komplikace u pacientů léčených pro chronickou nenádorovou bolest (CHNNB). Představuje vysokou zátěž pro pacienta, zdravotní systém i pro celou společnost. Dlouhodobá expozice opioidům vede k procesům neuroadaptace v CNS – rozvoji tolerance (žádoucí – snížení sedace, odeznění nevolnosti, zvracení x nežádoucí – snížený analgetický účinek). Z klinického hlediska je třeba odlišit fyzickou toleranci opioidů a psychickou závislost na opioidech. Fyzická tolerance představuje fyziologickou adaptaci na trvalou přítomnost určité látky v lidském organismu, jejíž následné vynechání vede k rozvoji syndromu z odnětí (Withdrawal syndrome). Psychická závislost je oproti tomu komplexní biopsychosociální fenomén se specifickým vzorcem chování (nutkavý pocit a chorobná touha užívat danou dávku i přes neblahé zdravotní, psychosociální a existenční důsledky – se ztrátou kontroly nad užíváním léku). K užití opioidu pak dochází nikoliv pro potlačení bolesti, ale pro specifický euforizující efekt. Klasický je návykový trojúhelník – expozice rizikové látce + vnímavý jedinec + typický sociální kontext. Vysoce rizikovým faktorem vzniku psychické závislosti je pak stav bez bolesti. O závislost se nejedná v situaci, kdy se pacient mnohdy opakovaně i agresivně dožaduje úpravy a zesílení léčby pro insuficientní analgezii, pokud po úpravě dávkování a dosažení úlevy dochází k úpravě chování. V klinické praxi se můžeme setkat s terapeutickou závislostí, projevující se lpěním na léčebné modalitě, která v minulosti pomohla. Spolupráce algeziolog – ambulantní psychiatr – závislý pacient je při léčbě naprosto zásadní. Závislý pacient se může objevit kdekoliv, algeziolog však dle platné legislativy nemůže diagnostikovat závislost ani indikovat substituční léčbu. Nejedná se o stovky nebo desítky pacientů, spíše o jednotlivé případy pacientů, jimž je potřeba pomoci.

Klíčová slova: bolest, závislost na opioidech, fyzická tolerance.

Collaboration between a pain specialist and outpatient psychiatrist in the care of a patient with addiction

Since ancient times, opioids have had an irreplaceable role in treating pain. Their comprehensive effect covers a wide range of symptoms accompanying painful conditions. Patients with both acute and chronic, particularly non-tumour-related, pain have a potential for developing an addiction. According to pain management standards, it is not the pain aetiology, but its intensity that is the indication for opioid administration. Addiction to opioid-based pain medications is a relatively common and, what is more, much-feared complication in patients treated for chronic non-tumour-related pain. It is a major burden for the patient, the health care system, and the whole society. Long-term exposure to opioids leads to the processes of neuroadaptation in the CNS – the development of tolerance (desirable – sedation, nausea, vomiting vs. undesirable – analgesic effect). From a clinical viewpoint, a distinction has to be made between physical tolerance to opioids and psychological dependence on opioids. Physical tolerance involves a physiological adaptation to the continuous presence of a certain substance in the human body the subsequent omission of which results in the development of withdrawal syndrome. By contrast, psychological dependence is a comprehensive biopsychosocial phenomenon with a specific pattern of behaviour (a compulsive feeling and pathological craving to take a given dose in spite of negative health, psychosocial, and existential consequences – with a loss of control over

the use of the drug). As a result, opioid use occurs not because of pain relief, but for a specific euphorizing effect. There typically occurs an addiction triangle – exposure to a risk substance + susceptible individual + typical social context. Accordingly, a pain-free condition is a high-risk factor for developing psychological dependence! Dependence is not the case when the patient often repeatedly and aggressively requests treatment adjustment and intensification because of insufficient analgesia, and when, after dosage adjustment and obtaining relief, behaviour modification occurs. In the clinical practice, it is possible to encounter therapeutic dependence manifested by insisting on a treatment modality that was helpful in the past. The collaboration of the pain management specialist, outpatient psychiatrist, and addicted patient is essential in the treatment. An addicted patient can be encountered anywhere; however, under current legislation, a pain management specialist cannot diagnose addiction and indicate replacement therapy. Rather than hundreds or dozens of patients, we are talking about individual patient cases that require our assistance.

Key words: pain, opioid addiction, physical tolerance.

Typický pacient léčený na pracovištích pro léčbu bolesti je dosti specifický. Mezi společné rysy pacientů bezpochyby patří častá polymorbidita, z ní plynoucí polypragmázie, léčba četnými specialisty, nežádka nekoordinovaná. Pravidlem je dlouhodobé užívání neopioidních analgetik (NSA, NOA), často s četnými nežádoucími účinky. Pacienti zhusta mívají zkušenosti s alternativními metodami léčby, často mají za sebou řadu invazivních operačních zákroků. S chronickou stavu a dlouhodobou pracovní neschopností, a tedy i relativním dostatkem času, koresponduje povětšinou zdánlivě hluboká informovanost o léčbě z internetu. Nejeden pacient má zkušenost s návykovými látkami, opioidy nevyjímaje. Bolest u těchto pacientů je třeba chápat nikoliv jako příznak (symptom), ale jako syndrom (bolestivé chování). Není pak divu, že na jiných pracovištích je pacient nežádka vnímán jako obtížný a neoblíbený. Opioidy jsou základním pilířem farmakoterapie intenzivní bolesti – pokud je sledována opioid-senzitivní. Právě intenzita bolesti je primární indikací k podání opioidu, přičemž je stran strategie léčby zásadně důležité odlišit bolest akutní od chronické. Etiologie bolesti, nádorová (maligní) či nenádorová (nemaligní, CHNNB) v rozhodnutí o nasazení opioidů zásadní roli nehraje. Nicméně v kontextu soudobých poznatků o léčbě bolesti se u CHNNB považují i opioidní agonisté za látky se stropovým efektem (ekvivalentně 120–180 mg p.o. morfinu)! Je na místě konzervativní přístup k jejich nasazení. Krom potentního účinku se u dlouhodobého užívání opioidů oceňuje zejména v podstatě nulová orgánová toxicita, nicméně komplexní účinek opioidů má i své nevýhody. Dlouhodobá expozice vede k procesům neuroadaptace v CNS – rozvoji tolerance, která

může být jak žádoucí (snížení sedace, odeznění nevolnosti a zvracení), tak i nežádoucí (pokles analgetického účinku). Rizika léčby potencuje nedostatečně monitorovaná terapie, zejména s ohledem na známou výraznou individuální tolerabilitu opioidů. Právě riziko vzniku nežádoucích účinků, především vznik závislosti, bylo příčinou výrazné opiofobie, která s nástupem nových molekul na trh byla vystřídána až opio-euforií, aby nyní převládá střízlivý realismus. Jaké jsou ty obávané nežádoucí účinky? Kromě již zmiňovaného rozvoje fyzické tolerance je to především obávaná psychická závislost. Je třeba též zmínit riziko abnormální percepce bolesti (opioidy indukovaná hyperalgie), možné hormonální změny a případně imunoalteraci (zvýšené riziko vzniku malignity). Krédem léčby opioidy je dosažení optimálního poměru mezi již dostatečnou analgezií a přijatelným stupněm vedlejších účinků.

Fyzická tolerance je projevem fyziologické adaptace na trvalou přítomnost určité látky v lidském organismu. Její odebrání vede k rozvoji syndromu z odnětí (Withdrawal syndrome) – v případě opioidů v důsledku vysoké aktivity centrálního nervového sympatoadrenálního systému po odeznění obecně tlumivého účinku opioidů na CNS (locus coeruleus). K nejčastějším projevům patří zvýšená nervozita, podrážděnost, neklid nohou, zívání, myalgie, husí kůže, zimomřivost, poruchy spánku, úzkost, deprese, pacient se „cítí divně“. Akutní fáze trvá zpravidla 2–3 dny, doznívání některých symptomů ale až 6 měsíců.

Psychická závislost je oproti tomu komplexní biopsychosociální fenomén se specifickým vzorcem chování (nutkavý pocit a chorobná touha užívat danou dávku i přes neblahé zdravotní, psychosociální a existenční důsledky – se ztrátou kontroly nad užíváním léku). Zásadním znakem

je užití opioidu ne pro potlačení bolesti, ale pro specifický euforizující efekt. Při rozboru anamnézy nalézáme klasický návykový trojúhelník – expozice rizikové látky + vnímavý jedinec + typický sociální kontext. Nejrizikovějším faktorem je pak stav bez bolesti.

U pacientů se silnou bolestí mohou se projevovat příznaky imitující psychickou závislost – mnohdy opakované i agresivní dožadování se úpravy a zesílení léčby pro insuficientní analgezii. Tyto projevy však po úpravě dávkování a dosažení úlevy mizí.

Terapeutická závislost se pak projevuje lpěním na léčebné modalitě, která v minulosti pomohla. K projevům patří též hromadění léků do zásoby.

Fyzická tolerance a psychická závislost se často prolínají, některé projevy lze nalézt prakticky u každého léčeného pacienta. Dle stávající Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 prakticky každý pacient léčený opioidy s chronickou bolestí splňuje 2 kritéria pro závislost (Tab. 1), 3. a 4. kritérium.

Pro stanovení diagnózy závislosti se proto používá Diagnostický a statistický manuál duševních poruch Americké psychiatrické společnosti (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) – DSM-V z roku 2013.

Mezi typické projevy adikce (což je širší pojem znamenající zneužívání látky, často s kriminálním kontextem) patří falšování receptů, alternativní (injekční a jiné aplikace) p.o. opioidů, nedodržování a modifikování léčby bez souhlasu lékaře, rychlá spotřeba předepsaných opioidů, prodej předepsaných opioidů, simultánní nekontrolovaný abúzus alkoholu a jiných drog, vyhledávání jiných lékařů k zajištění preskripce opioidů, časté návštěvy pohotovosti. Setkáváme se s opakovaným „ztracením“

Tab. 1. MKN-10: dg. F11.2 poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním opioidů – syndrom závislosti (WHO 1992)

Splnění alespoň 3 kritérií v průběhu 1 roku:
Silná touha nebo nutkání užít opioidy
Zhoršená schopnost kontrolovat chování spojené s užíváním látky, ve smyslu začátku a ukončení užívání nebo množství látky
Fyziologické projevy tělesného odvykacího stavu
Průkaz tolerance k účinku látky
Zaujetí užíváním látky s postupným zanedbáváním jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky
Trvalé užívání opioidů navzdory jasnému důkazu škodlivosti následků

Tab. 2. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách § 48

(2) Poskytovatel může ukončit péči o pacienta v případě, že
a) prokazatelně předá pacienta s jeho souhlasem do péče jiného poskytovatele,
b) pominou důvody pro poskytování zdravotních služeb; to neplatí, jde-li o registrujícího poskytovatele; ustanovení § 47 odst. 2 není dotčeno,
c) pacient vysloví nesouhlas s poskytováním veškerých zdravotních služeb,
d) pacient závažným způsobem omezuje práva ostatních pacientů, úmyslně a soustavně nedodržuje navržený individuální léčebný postup, pokud s poskytováním zdravotních služeb vyslovil souhlas, nebo se neřídí vnitřním řádem a jeho chování není způsobeno zdravotním stavem,
e) přestal poskytovat součinnost nezbytnou pro další poskytování zdravotních služeb; to neplatí, jestliže neposkytování součinnosti souvisí se zdravotním stavem pacienta;
Ukončením péče nesmí dojít k bezprostřednímu ohrožení života nebo vážnému poškození zdraví pacienta.
(5) Důvody odmítnutí přijetí pacienta do péče podle odstavce 1 nebo ukončení péče podle odstavce 2 posuzuje poskytovatel. Poskytovatel o odmítnutí přijetí do péče podle odstavce 1 nebo o ukončení péče podle odstavce 2 písm. d) a e) nebo o odmítnutí poskytnutí zdravotních služeb podle § 50 odst. 2 vydá pacientovi písemnou zprávu, ve které je uveden důvod odmítnutí nebo ukončení.

Tab. 3. Tabulka ekvivalenčních dávek opioidů (Metodické pokyny pro farmakoterapii bolesti SSLB)

Morfin s.c. (i.m.)	10	20	30	40	50	60	80	100	200
Morfin mg p.o. ¹	30	60	90	120	150	180	240	300	600
Oxykodon mg p.o.	20	40	60	80	100	120	160	200	400
Hydromorfon mg p.o.	4	8	12	16	20	24	32	40	80
Tapentadol mg p.o.	100	200	300	400	500				
Oxykodon/naloxon p.o.	20/10	40/20	60/30	80/40	100/50	120/60	160/80		
Buprenorfin TDS µg/h			35	52,5		70	105		
Fentanyl TTS µg/h	12	25		50		75	100	125	250
Piritramid mg i.m.	15	30	45						

1. Morfin: platí pro chronické p.o. dávkování morfinu (poměr 1:3). Pro jednorázové podání je poměr 1:3–6 (10 mg morfinu s.c. odpovídá spíše 60 mg morfinu)

receptů a léků s „klasickým“ typem omluvy, častými telefonáty za účelem včasné kontroly, zdůrazňováním alergie na neopioidní analgetika, kodein a případně lokální anestetika („jen jeden lék je účinný a vždy pomůže“). Pacient bývá ošetřován často „ve spěchu“ (neobjednán případně přicházející v jiný čas při plné ordinaci). Často prezentuje relativně dobré znalosti příslušné farmakologie a terminologie („není stropní dávka opioidu“). Z osobní zkušenosti si dovoluji připojit i další dle mého soudu rovněž typické projevy – odvolávání se na autority v příslušném oboru, zkrácené citace z odborné literatury účelově vytržené z kontextu, agrese (verbální i jiná) a citové vydírání, vyhrožování (dobře zná svá práva, povinnosti ale bagatelizuje či přímo popírá)...

Závěr

U pacientů dlouhodobě léčených opioidy nelze vždy od sebe odlišit fyzickou toleranci a psychickou závislost. Při efektivní léčbě se funkční (zdravotní, sociální) stav pacienta zlepšuje. V opačném případě se bez zjevného zhoršování klinického nálezu intenzita bolesti, funkční stav a další terapeutická kritéria nelepší nebo jsou i horší, než tomu bylo v době zahájení léčby před řádově měsíci až léty. Zcela na místě je pak otázka – léčím nadále bolest, nebo abstinenci syndrom? Pominout nelze ani riziko rozvoje hyperalgie.

Závislost na lécích proti bolesti na bázi opioidů je třeba chápat jako chronické onemocnění, které je srovnatelné například s arteriální hypertenzí či diabetem. Pacienti vykazují podobné rysy závislosti a srovnatelné způsoby závislostního chování jako

pacienti závislí na heroinu. Většinou se nejedná o samostatnou psychiatrickou diagnózu, často se zároveň vyskytují deprese, úzkostné poruchy, posttraumatická stresová porucha, hyperaktivita s poruchou pozornosti, bipolární porucha. Převedení pacienta na substituční léčbu je prakticky jedinou možností terapie. Aby byla terapie co nejúčinnější a nejbezpečnější, je nutná úzká spolupráce psychiatra a algeziologa. V léčbě se se uplatňuje např. kombinace buprenorfinu s naloxonem (SUBOXONE). Pro něj je typický výborný profil účinku s velkou terapeutickou šíří (kardiovaskulární stabilita, bez ovlivnění ledvinových funkcí) a referovaným nízkým rizikem zneužití. Pro léčbu je však nezbytný souhlas pacienta s léčbou a se zařazením do registru, problematičtější je hrazení léčby a tím i její dostupnost. Buprenorfin (terapeuticky účinná látka kombinovaného preparátu) je parciální opioidní agonista s vysokou afinitou a nízkou vlastní aktivitou na μ -opioidním receptoru, je antagonistou na κ -receptoru. Naloxon je opioidní antagonist, jenž účinkuje pouze v případě jiného než řádného užití buprenorfinu/naloxonu (např. intravenózně, nazálně). Zlepšuje bezpečnostní profil medikace, protože mj. ztěžuje obchodování a zneužívání. Adekvátní terapie vede k zamezení touhy po opioidech a zlepšení compliance léčby. Při dostatečném dávkování (16 mg) jsou μ -receptory obsazeny až z 95 %. Nevzniká tak žádný další účinek při užití dalších opioidů. Nemá obvykle žádný euforický účinek ve srovnání s rychle působícími plnými agonisty, což podporuje dodržování terapie. Je též dokumentována menší tělesná závislost než na plných opioidních agonistech, vysoká bdělost a fungování v každodenním životě. Výhodou je velká terapeutická šíře obvykle bez srdečních komplikací, dechových depresí. Byl popsán antidepresivní účinek a dobrá snášenlivost buprenorfinu ledvinami.

V běžném provozu algeziologické praxe je pacient s psychickou závislostí na opioidech výraznou komplikací („persona non grata“). Současná legislativa umožňuje jeho léčbu pouze na specializovaných adiktologických pracovištích, a to pouze u pacientů s touto léčbou souhlasících. Ve snaze objektivizovat dávkování opioidu (paralelní preskripce) nelze se spolehnout na žádný registr ani na data od pojišťovny (neposkytne je). Možnosti z hlediska právního jsou rovněž omezeny (viz Zákon č. 372/2011 Sb. §48, Tab. 2) s ohledem na potenciálně životu nebezpečný syndrom z odnětí. Předání pacienta do péče jiného kolegy (např. pro

ztrátu důvěry) je výrazně limitované zejména mimo větší aglomerace, vyřazení pacienta z evidence pak aktem za hranou platné legislativy.

Diskuze

Algeziolog standardně užívá ve své praxi ke srovnání analgetické účinnosti a rotaci opioidů ekvianalgetickou tabulku (Tab. 3). Z prostého srovnání vyplývá, že terapeutická dávka užívaná v léčbě bolesti zdaleka nedosahuje terapeutické

dávky v léčbě závislosti. Je nutné si uvědomit, že cílem medikace je pokaždé něco jiného. V případě adiktologické léčby nikoliv primárně léčit bolest, ale zamezit abúzu – škodlivému užívání. Zásadní je též odlišit, zda pacient nadále potřebuje analgetickou medikaci, nebo „pouze“ převést přes odvykací stavy a léčbu vysadit.

Léčba bolesti musí být vždy komplexní, rozhodně se nejedná o pouhou preskripci opioidů. Rozsah článku dovoluje jen zmínit možnosti inva-

zivní léčby, techniky anesteziologické, radiologické i neurochirurgické, stejně tak rozsáhlé možnosti farmakoterapie, rehabilitace a lázeňské léčby, radioterapie a dalších odvětví medicíny. U některých typů bolesti je účinná terapie antidepressiv (zejména tricyklická antidepressiva, duloxetin, venlafaxin), antikonvulzivy (carbamazepin, gabapentin, pregabalin), tedy látkami hojně užívanými i v psychiatrii. Pouze fungující spolupráce napříč obory tedy může vést ke kýženému výsledku.

LITERATURA

1. Metodické pokyny pro farmakoterapii bolesti SSLB (www.ssilb.cz)
2. Lejčko J. Chronická bolest, opioidy a závislost – jdeme

správným směrem? Bolest, 2015; 18(4): 186–193.

3. Koranda M. Léčba závislosti na opioidních analgetících u pacientů s chronickou bolestí, Seč, AT konference, 2015.

4. zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách § 48.