

Marta Kawalec-Książek

Klinika Intensywnej Terapii i Anestezjologii z Ośrodkiem Ostkich Zatruc, Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie

Zastosowanie fentanylu podjęzykowego w leczeniu bólu przebijającego u chorego z rozpoznaniem nowotworu ślinianki przyusznej

Streszczenie

Guzy złośliwe ślinianek można uznać za rzadko występujące, stanowią one tylko 0,6% wszystkich nowotworów złośliwych, ale z uwagi na złożoność problemu klinicznego często znajdują się w centrum zainteresowania specjalistów wielu dziedzin. Ból nowotworowy jest częstym objawem na każdym etapie leczenia choroby nowotworowej i nierzadko wykazuje charakter mieszany. Opis przypadku dotyczy 45-letniego mężczyzny z rozpoznaniem w 2014 roku nowotworem złośliwym ślinianki przyusznej, po radykalnym leczeniu chirurgicznym i radioterapii, który zgłosił się do Poradni Leczenia Bólu. Dokonano modyfikacji leczenia przeciwbólowego z uwzględnieniem zmiany fentanylu przezśluzówkowego dobranego do aktualnych potrzeb pacjenta.

Palliat Med Pract 2020; 14, supl. 1: 16–18

Słowa kluczowe: ból nowotworowy, ból neuropatyczny, ból przebijający, rotacja opioidów, fentanyl przezśluzówkowy, fentanyl podjęzykowy

Wstęp

Nowotwory gruczołów ślinowych stanowią 2–4% nowotworów głowy i szyi, większość występuje w śliniankach przyusznych (65–80%) [1, 2]. Guzy złośliwe ślinianek można uznać za rzadko występujące, stanowią 0,6% wszystkich nowotworów złośliwych, jednak z powodu złożoności problemu często znajdują się w centrum zainteresowania specjalistów wielu dziedzin zarówno diagnostycznych, jak i klinicznych, z zaangażowaniem patomorfologów, radiologów, otolaryngologów, onkologów, anestezjologów i specjalistów medycyny paliatywnej [3]. Opis przypad-

ku dotyczy 45-letniego mężczyzny z rozpoznaniem w 2014 roku nowotworem głowy i szyi. Pacjent zgłosił się do Poradni Leczenia Bólu z powodu utrzymującego się silnego bólu nowotworowego pomimo prowadzonej terapii przeciwbólowej.

Opis przypadku

Chory, lat 39 z podejrzeniem nowotworu ślinianki przyusznej, bez chorób towarzyszących, został objęty leczeniem onkologicznym w 2014 roku. Jako terapię z wyboru zastosowano pierwotnie leczenie operacyjne, wykonano parotidektomię prawostronną

Adres do korespondencji:

Marta Kawalec-Książek
Klinika Intensywnej Terapii i Anestezjologii z Ośrodkiem Ostkich Zatruc,
Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie
ul. Lwowska 60, 35–301 Rzeszów
tel.: 606 334 340; e-mail: martamkk@wp.pl



Palliative Medicine in Practice 2020; 14, supl. 1, 16–18
Copyright © Via Medica, ISSN 2545–0425
DOI: 10.5603/PMPI.2020.0035

całkowitą. Radykalne leczenie operacyjne wiązało się z nieodwracalnym uszkodzeniem gałęzi nerwu VII i dotyczyło zarówno włókien ruchowych, czuciowych, jak i autonomicznych. Dodatkowo ubytki kostne w zakresie kości twarzoczaszki i niekorzystny proces gojenia ran pooperacyjnych w postaci bliznowców wpływały na złożony charakter zespołu bólowego obserwowanego u pacjenta. W badaniu histopatologicznym stwierdzono guz mieszany złośliwy ślinianki przyusznej prawej (*malignant mixed tumour*) rozwijający się na podłożu gruczolaka wielopostaciowego.

Na kolejnym etapie leczenia przeciwnowotworowego zastosowano radykalną radioterapię na łożę po usuniętym guzie (66 Gy podane w 33 frakcjach), jako optymalne postępowanie w tym rodzaju nowotworu [4]. Pacjent pozostaje pod opieką Poradni Otolaryngologicznej i Onkologicznej, został uznany za wyleczony, jednakże z bardzo istotnymi konsekwencjami klinicznymi przebytego procesu nowotworowego i terapeutycznego. W badaniu fizykalnym u mężczyzny zaobserwowano wygładzenie fałdu nosowo wargowego po stronie prawej, brak napięcia mięśnia szerokiego szyi, poszerzenie szpary powiekowej prawej i niedomykalność powiek, upośledzenie wydzielania łez w oku prawym, a w konsekwencji „zespół czerwonego oka”. Dodatkowo pacjent skarżył się na zaburzone odczuwanie smaku, suchość w jamie ustnej i jednostronne zaczerwienienie oraz pocenie policzka (zespół Frey) [5].

Dokonano oceny klinicznej bólu w celu określenia jego lokalizacji, natężenia, charakteru i skuteczności dotychczasowego leczenia. Według opisu pacjenta ból zlokalizowany był w okolicy skroniowej, usznej, jarzmowej i przyusznico-żwaczowej po stronie prawej, promieniował do okolicy mostkowo-obojczykowo-sutkowej i do okolicy potylicznej po stronie prawej. Natężenie bólu podstawowego podczas przyjęcia pacjent oceniał na 7 w numerycznej skali oceny bólu (NRS, *numerical rating scale*). Na tle bólu podstawowego występowały epizody bólu przebijającego, incydentalnego i idiopatycznego (2–7 razy na dobę), których natężenie zwykle w bardzo krótkim czasie, około 2–3 minut, wzrastało do wartości 9–10 według NRS i utrzymywało się przez okres około 35 minut [6].

Ze względu na młody wiek mężczyzny (39 lat w chwili rozpoznania) i znaczną aktywność zawodową i społeczną, zastosowano dodatkowe narzędzia w ocenie bólu, takie jak Krótki Inwentarz Bólu, co pozwoliło ocenić codzienne funkcjonowanie chorego, zastosowanie DN4 (*Douleur Neuropathique 4 Questions*) podyktowane było pierwotnym uszkodzeniem nerwu VII podczas radykalnego zabiegu operacyjnego, uzyskany wynik 7/10 potwierdził neuropatyczny charakter bólu. Rozpoznano ból o charakterze mieszanym: ból

receptorowy somatyczny z komponentem neuropatycznym [6–8].

Ból podstawowy, a zwłaszcza ból przebijający nie był skutecznie leczony, pomimo stosowania dużych dawek donosowego fentanylu. Modyfikację dotychczasowego leczenia uznano za konieczną. Podczas przyjęcia do Poradni Leczenia Bólu leczenie obejmowało: oksykodon 40 mg, co 12 godzin, pregabalina 150 mg, co 12 godzin, naproksen 500 mg raz dziennie i w leczeniu bólu przebijającego morfinę o natychmiastowym uwalnianiu w dawce 20 mg 1–2 razy dziennie, fentanyl donosowy 2–7 podań na dobę w dawce 400 µg na dawkę. Dodatkowo stosowano krople nawilżające do worka spojówkowego i profilaktykę zapań. Ostateczna modyfikacja leczenia bólu podstawowego obejmowała zastąpienie oksykodonu tapentadolem w dawce 250 mg, co 12 godzin, co oprócz zmniejszenia natężenia bólu w skali NRS do 3–5, pozwoliło na zwiększenie aktywności społecznej. Włączono lignokainę we wlewie drogą dożylną, co 7 dni i maść recepturową z kapsaicyną. Utrzymano pregabalina w zwiększonej dawce do 150 mg podawanej 3 razy na dobę. Kontynuowano podawanie morfiny o natychmiastowym uwalnianiu przed zabiegami pielęgnacyjnymi.

Następnie zweryfikowano dawki fentanylu przezśluzówkowego, rozważono możliwe korzyści z zastosowania innego leku u pacjenta, biorąc pod uwagę nadal liczne podania (ponad 4 razy na dobę) uprzednio stosowanego fentanylu donosowo, przy obecności wycieku z nosa towarzyszącego wielokrotnej aplikacji „sztucznych łez”, co nasuwało przypuszczenie niepewnego miareczkowania i użycia produktu fentanylu donosowego. Chory rozpoczął miareczkowanie tabletek podjęzykowych od jednej tabletki 133 µg. Każda podjęzykowa aplikacja tabletki poprzedzona była lekkim zwilżeniem jamy ustnej. Ostateczna jednorazowa dawka leku wyniosła 400 µg. Pacjent nie odczuwał zwiększonego dyskomfortu w jamie ustnej, co jest wynikiem fizjologicznego pH produktu i brakiem dodatkowych efektów podczas rozpuszczania leku. Policzalne wydanie leku z blistra skutkowało lepszą kontrolą zużytych dawek tabletek podjęzykowych fentanylu. Efekt przeciwbólowy pojawiał się szybko w okresie 5 do 10 minut od podania leku, co stanowiło skuteczne leczenie bólu przebijającego idiopatycznego [6, 9, 10].

Omówienie

Zalecenia postępowania terapeutycznego u chorych na nowotwory z bólem obejmują kilka zasad, zaczynając od wyboru właściwego analgetyku i drogi jego podażu, zarówno w leczeniu bólu podstawowe-

go, jak i przebijającego, aż po monitorowanie skuteczności analgetycznej, z równoległą oceną jakości życia chorego i opiekunów [7]. Leczenie bólu przebijającego u opisanego pacjenta przed modyfikacją leczenia nie spełniało wszystkich podstawowych zasad farmakoterapii bólu u chorych na nowotwory, nie uwzględniało właściwego monitorowania skuteczności analgetycznej zastosowanych leków. Możliwe do przewidzenia epizody bólu przebijającego właściwie leczono krótkodziałającą morfiną, natomiast wymagał rozważenia pierwotny dobór fentanylu przez szluzówkowego. Brak monitorowania leczenia bólu skutkowało nieefektywną podażą preparatu fentanylu donosowo, nie uwzględniał dodatkowych objawów patologicznych, które pojawiły się u pacjenta w trakcie leczenia choroby nowotworowej. Użycie tabletek podjęzykowych fentanylu było przez pacjenta dobrze tolerowane, poprawiło efekty leczenia bólu przebijającego oraz zmniejszyło całkowity koszt terapii. Modyfikacja leczenia zapewniła pacjentowi zarówno lepszą kontrolę bólu związanego z chorobą nowotworową, jak i powrót do większej aktywności społecznej, a przede wszystkim rodzinnej, z minimalizacją działań niepożądanych leczenia przeciwbólowego i poczuciem lepszej kontroli własnego życia.

Deklaracja konfliktu interesów

Autorzy oświadczają, że nie występuje konflikt interesów.

Finansowanie

Praca sfinansowana przez Angelini Pharma Polska sp. z o.o.

Manuskrypt nie zawiera informacji, które mogłyby umożliwić identyfikację pacjenta.

Piśmiennictwo

1. Kordzińska-Cisek I, Grzybowska-Szatkowska L. Salivary gland cancer — epidemiology. *Nowotwory. Journal of Oncology*. 2018; 68(1): 22–27, doi: [10.5603/njo.2018.0005](https://doi.org/10.5603/njo.2018.0005).
2. Stachura J, Domagała W. *Patologia: słowo o chorobie*. Pol Akad Umiejętności 2008: 2.
3. International Agency for Research on Cancer – **CANCER TODAY**. IARC, WHO.
4. Wang X, Luo Y, Li M, et al. Management of salivary gland carcinomas - a review. *Oncotarget*. 2017; 8(3): 3946–3956, doi: [10.18632/oncotarget.13952](https://doi.org/10.18632/oncotarget.13952), indexed in Pubmed: [27992367](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27992367/).
5. Szwedowicz P, Osuch-Wójcikiewicz E, Bruzgielewicz A, et al. Powikłania leczenia chirurgicznego gruczolaka wielopostaciowego ślinianki przyusznej. *Otolaryngologia Polska*. 2011; 65(5): 46–52, doi: [10.1016/s0030-6657\(11\)70708-9](https://doi.org/10.1016/s0030-6657(11)70708-9).
6. Wordliczek J, Kotlińska-Lemieszek A, Leppert W, et al. Pharmacotherapy of pain in cancer patients - recommendations of the Polish Association for the Study of Pain, Polish Society of Palliative Medicine, Polish Society of Oncology, Polish Society of Family Medicine, Polish Society of Anaesthesiology and Intensive Therapy and Association of Polish Surgeons. *Pol Przegl Chir*. 2018; 90(4): 55–84, doi: [10.5604/01.3001.0012.2904](https://doi.org/10.5604/01.3001.0012.2904), indexed in Pubmed: [30293970](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30293970/).
7. Leppert W, Wordliczek J, Malec-Milewska M, et al. Zalecenia postępowania diagnostyczno–terapeutycznego u chorych na nowotwory z bólem. *Varia Medica*. 2018.
8. Janecki M. Przegląd narzędzi służących do oceny bólu neuropatycznego. *Med Paliat Prakt*. 2014; 8(2): 74–77.
9. Zajączkowska R, Leppert W. Ocena i leczenie bólu przebijającego u chorych na nowotwory. *Palliative Medicine in Practice*. 2016; 10(1): 14–21.
10. Krajnik M., Sobański P. Leczenie farmakologiczne i radioterapia bólu nowotworowego u dorosłych i młodzieży. *Med Prakt*. 2019; 10: 75–87.