

Kamil Kuć

Oddział Onkologiczny z Pododdziałem Diennej Chemioterapii Wojewódzki Szpital im. Św. Ojca Pio w Przemyślu

Leczenie bólu przebijającego u pacjentki w podeszłym wieku z rozpoznaniem niedrobnokomórkowego raka płuca w stadium rozsiewu

Streszczenie

W niniejszej pracy przedstawiono przypadek 87-letniej chorej z bólem przewlekłym współistniejącym z niedrobnokomórkowym rakiem płuca w stadium rozsiewu, u której uzyskanie skutecznego efektu analgetycznego wymagało stosowania szybko działających opioidów przezsłuzówkowych ze względu na dynamiczne narastanie bólu przebijającego. Zakres modyfikacji dawki umożliwił uniknięcie działań niepożądanych stosowanej terapii i wpłynął pozytywnie na właściwe stosowanie się chorej do zaleceń dotyczących terapii bólu.

Palliat Med Pract 2020; 14, supl. 1: 19–21

Słowa kluczowe: ból przebijający, fentanył, leczenie

Wstęp

Częstość występowania bólu przewlekłego wzrasta z wiekiem i dotyczy około 55% osób w wieku powyżej 85 lat [1]. Zgodnie z danymi z literatury szacuje się, że ból przewlekły występuje u około 50% chorych na nowotwory i stanowi jeden z najczęstszych objawów. Ból u chorych na nowotwory złośliwe jest zjawiskiem złożonym; najczęstszą przyczynę stanowi rozwój choroby podstawowej, ale może być konsekwencją stosowania niekiedy agresywnego leczenia przeciwnowotworowego [2]. Niezależnie od częstego współistnienia nowotworu złośliwego i bólu, należy podkreślić fakt, że ból powinien być poddany kompleksowej ocenie i niezależnej od stosowanego leczenia przeciwnowotworowego terapii. Pomimo skutecznego leczenia bólu podstawowego, około 40–90% pacjentów z bólem w przebiegu nowotworu

skarży się na ból przebijający, który występuje pomimo stosowania skutecznego leczenia bólu podstawowego. Ból przebijający znacznie pogarsza jakość życia chorych, wymaga stosowania farmakoterapii i/lub leczenia nefarmakologicznego. Szczególną grupę pacjentów z bólem przewlekłym stanowią osoby w podeszłym wieku, u których ze względu na zmiany w farmakokinetyce leków istnieje wiele ograniczeń i przeciwwskazań do stosowania analgetyków [3].

Opis przypadku

Pacjentka lat 87 skierowana do Poradni Onkologicznej Wojewódzkiego Szpitala w Przemyślu po hospitalizacji na Oddziale Pulmonologii z rozpoznaniem płynu w lewej jamie opłucnowej w przebiegu zmiany przerzutowej raka gruczołowego jelita grubego. Dodatkowo u chorej rozpoznano stan po nefrektomii

Adres do korespondencji:

Kamil Kuć

Oddział Onkologiczny z Pododdziałem Diennej Chemioterapii

Wojewódzki Szpital im. Św. Ojca Pio

ul. Monte Cassino 18, 37–700 Przemyśl

tel.: + 48 (16) 677 55 10; e-mail: kkuc@wszp.pl



Palliative Medicine in Practice 2020; 14, supl. 1, 19–21

Copyright © Via Medica, ISSN 2545–0425

DOI: 10.5603/PMPI.2020.0036

lewostronnej z powodu marskości nerki w 1997 roku, nadciśnienie tętnicze i cukrzycę typu 2. W badaniu cytologicznym płynu uzyskanego drogą torakocentezy lewostronnej (13 grudnia 2017 r.) uzyskano potwierdzenie obecności komórek nowotworowych o typie gruczolakoraka.

Podczas pierwszej wizyty w Poradni Onkologicznej (5 stycznia 2018 r.) stan ogólny chorej według ECOG 2. W wywiadzie stan po radykalnym usunięciu raka gruczołowego G2 jelita grubego (polipektomia w 2016 r.), bez wskazań do leczenia uzupełniającego, w obserwacji, bez ewidentnych cech wznowy. W dniu wizyty prawidłowe wyniki markerów nowotworowych (Ca 19–9 16,5 U/ml i CEA 4,06 ng/ml). W kontrolnym RTG klatki piersiowej przywnękowo po stronie prawej stwierdzono owalny cień (guz?) – zalecono tomografię komputerową (CT, *tomography computed*) i płyn w jamach opłucnowych. W USG jamy brzusznej bez cech czynnego procesu nowotworowego. Ze względu na duże ryzyko nefropatii pokontrastowej związane z przebytą nefrektomią i wiekiem chorej odstąpiono od wykonania badania CT. Chorą skierowano do dalszej diagnostyki na Oddziale Chirurgii Klatki Piersiowej. W dniu 16 stycznia 2018 roku wykonano wideoskopię lewostronną z pobraniem wycinków. Z powodu szybko narastającego płynu w jamie opłucnowej lewej podczas wideoskopii wykonano również pleurodezę talkiem. W wyniku badania histopatologicznego uzyskano rozpoznanie przerzutów raka gruczołowego o immunofenotypie raka płuca. Wobec powyższego u chorej wykluczono związek aktualnie diagnozowanego procesu nowotworowego z rakiem jelita grubego i ostatecznie rozpoznano raka gruczołowego płuca prawego w IV stopniu zaawansowania klinicznego z cechą M1a ze względu na obecność obustronnego wysięku nowotworowego w opłucnej. Ze względu na stan ogólny chorej, dodatkowe istotne klinicznie obciążenia chorobowe, w tym stan po nefrektomii lewostronnej i wiek biologiczny pacjentce nie podano pochodnej platyny. Zaproponowano chemioterapię metronomiczną winorelbina w dawce 50 mg drogą doustną 3 razy w tygodniu, która zapewniła stabilizację choroby.

Podczas pierwszej wizyty w Poradni Onkologicznej chora oceniła natężenie bólu według numerycznej skali oceny bólu (NRS, *numerical rating scale*) na 7. Ból o charakterze stałym, piekącym zlokalizowany był w rzucie prawego płuca. Włączono fentanyl w dawce 25 µg/godzinę w systemie transdermalnym i koanalgetyki drogą doustną: pregabalina 75 mg 2 razy dziennie dobowo i amitryptylina 25 mg raz dziennie wieczorem. Dodatkowo poproszono o regularną ocenę bólu w warunkach domowych z zastosowaniem skali NRS. Podczas kolejnej wizyty kontrolnej w Poradni

Onkologicznej stwierdzono akceptowaną przez chorą, kontrolę bólu podstawowego (NRS 1–2), nie stwierdzono istotnych działań niepożądanych zastosowanej terapii. Jednocześnie na podstawie prowadzonej przez chorą ocenie bólu w domu stwierdzono występowanie epizodów bólu przebijającego, którego charakterystyczną cechą było szybkie (w okresie 15 min) narastanie, nasilenie do 7 w skali NRS i dość krótki czas trwania (średnio, wg chorej ok. 45–60 min). Wobec powyższego zaproponowano chorej zastosowanie przezśluzówkowej postaci produktu fentanylu. Ze względu na preferencje chorej dotyczące drogi podania i lęk przed postacią donosową, zaproponowano formę podjęzykową, która została przez pacjentkę zaakceptowana. Postać do stosowania podjęzykowego była chorej znana ze względu na stosowane wcześniej leczenie nadciśnienia i konieczność doraźnego stosowania leku kaptopryl, co nie powodowało lęku związanego z nową terapią. Ze względu na trudną do przewidzenia farmakokinetykę fentanylu w związku ze zmniejszonym klirensiem kreatyniny (wiek chorej, stan po nefrektomii, cukrzyca typu 2 i nadciśnienie tętnicze) zdecydowano o konieczności zastosowania produktu umożliwiającego maksymalnie bezpieczne dostosowanie dawki leku. Zaproponowano fentanyl w postaci przeznaczonej do podawania drogą podjęzykową w dawce początkowej 133 µg w przypadku wystąpienia bólu przebijającego. Na wizycie kontrolnej po 7 dniach stwierdzono skuteczność leczenia bólu podstawowego i 1–2 epizodów bólu przebijającego dziennie. Zaproponowana dawka 133 µg skutecznie łagodziła ból przebijający — natężenie bólu po zastosowaniu leku chora oceniała na NRS 3. Dodatkowo pacjentka zgłosiła nieznacznie nasilone zawroty głowy występujące bezpośrednio po zastosowaniu leku, dlatego dawkę fentanylu zmniejszono do 67 µg, co zapewniło skuteczną analgezę (NRS 2–3) bez istotnych klinicznie działań niepożądanych. Podczas dalszego leczenia onkologicznego nie była wymagana modyfikacji dawek leków przeciwbólowych.

Omówienie

Przedstawiono przypadek 87-letniej chorej z bólem przewlekłym w przebiegu rozсіяnego niedrobnokomórkowego raka płuca, u której uzyskano skuteczny efekt analgetyczny, stosując opioid o szybkim początku działania przeciwbólowego podawany drogą przezśluzówkową (podjęzykową) z powodu wzrostu w krótkim okresie natężenia bólu przebijającego. Zakres modyfikacji dawek leku umożliwił uniknięcie działań niepożądanych stosowanej terapii i wpłynął pozytywnie na właściwe stosowanie się chorej do zaleceń dotyczących terapii bólu. Możliwość zasto-

sowania zredukowanej dawki leku w stosunku do dawki wyjściowej zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego pozwala na elastyczne i skuteczne dawkowanie leku oraz pozwala na zmniejszenie nasilenia lub wyeliminowanie toksyczności stosowanej terapii, co odgrywa istotną rolę zwłaszcza w farmakoterapii pacjentów w starszym wieku i w przypadku leczenia chorych z ograniczoną wydolnością narządową.

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. Helme RD, Gibson SJ. The epidemiology of pain in elderly people. *Clin Geriatr Med.* 2001; 17(3): 417–431, v, doi: [10.1016/s0749-0690\(05\)70078-1](https://doi.org/10.1016/s0749-0690(05)70078-1), indexed in Pubmed: 11459713.
2. Cichowska-Cwalińska N, Zaucha R. Multidisciplinary treatment of pain caused by bone metastases in cancer patients: two case reports. *Nowotwory. Journal of Oncology.* 2017; 67(2): 142–145, doi: [10.5603/njo.2017.0023](https://doi.org/10.5603/njo.2017.0023).
3. Kocot-Kępska M, Przeklasa-Muszyńska A, Dobrogowski J. Leczenie bólu przewlekłego o dużym natężeniu u pacjentki w wieku podeszłym – opis przypadku klinicznego. *Ból.* 2014; 15(2): 45–50.