

# Zastosowanie fentanylu podawanego drogą podjęzykową u pacjenta z zaawansowanym rakiem gruczołu krokowego i skrzywieniem przegrody nosa

## Streszczenie

W pracy przedstawiono opis pacjenta z rozsiewem raka gruczołu krokowego do kości. U chorego zastosowano leczenie hormonalne oraz paliatywne napromienianie nacieku żeber. Pomimo wskazań do leczenia strontem radioaktywnym nie udało się przeprowadzić zabiegu z uwagi na sytuację epidemiologiczną związaną z pandemią wirusa SARS-CoV-2. Ze względu na dolegliwości bólowe kośćca, spowodowane zmianami przerzutowymi, włączono leczenie preparatami fentanylu. Skrzywienie przegrody nosa utrudniało podawanie formy donosowej leku, zmieniono więc formę donosową fentanylu na tabletki podjęzykowe. Uzyskano zadowalający efekt przeciwbólowy.

*Palliat Med Pract 2020; 14, supl. 1: 24–26*

**Słowa kluczowe:** rak gruczołu krokowego, rozsiew do kości, leczenie przeciwbólowe, forma podjęzykowa i donosowa fentanylu

## Wstęp

W praktyce lekarskiej częsty jest dylemat, jaką formę leczenia przeciwbólowego wybrać dla pacjenta. Obecnie dostępnych jest kilka leków i form ich podawania [1, 2]. Przykładem jest pacjent, który wymagał zmiany produktu fentanylu z formy przeznaczonej do podawania drogą donosową na podjęzykową.

## Opis przypadku

Chory, lat 83 z rozpoznaniem raka gruczołu krokowego zgłosił się do Narodowego Instytutu Onkologii

im. M. Skłodowskiej-Curie, Państwowego Instytutu Badawczego (NIO-PIB), Oddziału w Krakowie w lutym 2020 roku. W maju 2019 roku przebywał w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie z powodu podwyższonego stężenia PSA i objawów dyzurycznych (nykturia, leniwy strumień moczu). Wyjściowe stężenie PSA wynosiło wówczas 42 ng/ml. W badaniu TRUS (transrektelna ultrasonografia) gruczoł krokowy był niepowiększony, o objętości 24 cm<sup>3</sup>, o zatartej budowie strefowej z licznymi zwapnieniami, bez ewidentnych zmian ogniskowych. Wykonano przezodbytniczą wielomiejscową biopsję stercza, pobrano 12 bioptatów do badania histopatologicznego. Wynik badania hi-

## Adres do korespondencji:

Anna Patla

Narodowy Instytut Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie, Zakład Radioterapii,  
Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Krakowie  
e-mail: apatla@wp.pl



Palliative Medicine in Practice 2020; 14, supl. 1, 24–26  
Copyright © Via Medica, ISSN 2545–0425  
DOI: 10.5603/PMPI.2020.0038

stopatologicznego wykazał gruczolakoraka stercza w stopniu zróżnicowania według Gleasona 9 (5 + 4) we wszystkich pobranych wycinkach. Z powodu wieku, stanu ogólnego i chorób współistniejących (nadciśnienie tętnicze, stan po urazach komunikacyjnych) pacjent został zdyskwalifikowany z leczenia operacyjnego. Włączono hormonoterapię octanem leuproliny w dawce 22 mg drogą podskórną, co 3 miesiące i bikalutamid w dawce 50 mg raz dziennie [3]. Przez kolejne miesiące chory był leczony hormonalnie przez urologa w gabinecie prywatnym. Ze względu na dolegliwości bólowe kręgosłupa piersiowego w lutym 2020 roku pacjenta skierowano na badanie RTG klatki piersiowej i kręgosłupa piersiowego, które wykazało przebudowę sklerotyczną całego kośćca objętego badaniem, z nasileniem w obrębie żeber i kręgów piersiowych, zmiany o charakterze przerzutów. Stężenie PSA wzrosło wówczas do 181,9 ng/ml.

U chorego włączono leki przeciwbólowe (czopki doodbytnicze diklofenaku w dawce 100 mg raz dziennie, meloksykam w dawce 15 mg raz dziennie) [4, 5]. Pacjenta skierowano do Poradni Urologicznej NIO-PIB w Krakowie, gdzie przed podjęciem decyzji terapeutycznych został skierowany na scyntyografię kośćca, która wykazała liczne ogniska i obszary patologicznego podwyższonego gromadzenia znacznika w czaszce, w odcinku piersiowym, lędźwiowym i krzyżowym kręgosłupa wielopoziomowo, w lewej łopatce, żebrach i w kościach miednicy obustronnie. Obraz odpowiadał rozsiewowi procesu nowotworowego do kośćca. Konsylium nie zakwalifikowało chorego do zabiegu operacyjnego, zalecono leczenie strontem radioaktywnym [6, 7]. Zaproponowano odstawienie bikalutamidu ze względu na możliwość uzyskania remisji z odstawienia. Po konsultacji ze specjalistą medycyny nuklearnej z uwagi na sytuację epidemiologiczną (zamknięcie granic spowodowane pandemią wirusa SARS-CoV-2) i brak możliwości sprowadzenia radioizotopu, zalecono paliatywną radioterapię najbardziej bolesnych okolic. Na początku kwietnia 2020 roku przeprowadzono jednorazowe napromienianie obszaru nacieku żeber po stronie prawej dawką 8 Gy w jednej frakcji, podano ondansetron w dawce 8 mg i deksametazon 8 mg (obydwa leki podano drogą domięśniową) [8, 9]. Przed radioterapią pacjent ocenił natężenie bólu podstawowego NRS 3 w spoczynku i NRS 4 podczas ruchu, a ból przebijający NRS 6 w spoczynku i NRS 7 podczas ruchu [10]. Chory stosował przeciwbólowo plastry z buprenorfiną w dawce 70 µg/godzinę, fentanyl (aerazol wodny w dawce 50 µg drogą donosową) i czopki doodbytnicze diklofenak w dawce 100 mg. Na prośbę pacjenta z powodu trudności z podawaniem leku drogą donosową spowodowane skrzywieniem przegrody nosa, zalecono produkt fentanylu w postaci

tabletek podawanych drogą podjęzykową w dawce 133 µg i 267 µg w zależności od natężenia bólu [11].

## Omówienie

Wybór formy podjęzykowej leku przeciwbólowego okazał się trafną decyzją, chory nie wymagał dalszej modyfikacji leczenia. Produkty fentanylu podawane drogą podjęzykową często sprawdzają się u chorych na nowotwory z problemami laryngologicznymi, takimi jak skrzywienie przegrody nosa, polipy w jamie nosowej i zatokach przynosowych, przewlekłe stany zapalne nosa i zatok. U chorych z naciekiem nowotworowym w jamie nosowej i zatokach, na przykład w przypadku czerniaka lub raka zatok, zwłaszcza wymagających stosowania radioterapii i obciążonych ryzykiem rozwoju odczynu popromiennego śluzówek nosa, produkt fentanylu do podawania drogą podjęzykową jest lekiem z wyboru.

## 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. Wordliczek J, Zajączkowska R, Woron J. Farmakoterapia bólu u chorych na nowotwory. In: Wordliczek J, Zajączkowska R, Woron J. ed. Leczenie bólu u chorych na nowotwory. PZWL, Warszawa 2000: 28–47.
2. Chapman EJ, Edwards Z, Boland JW, et al. Practice review: Evidence-based and effective management of pain in patients with advanced cancer. *Palliat Med.* 2020; 34(4): 444–453, doi: [10.1177/0269216319896955](https://doi.org/10.1177/0269216319896955), indexed in Pubmed: [31980005](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31980005/).
3. Stelmach A, Potemski P. Nowotwory układu moczowo-płciowego. In: Krzakowski M, Warzocha K. ed. Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych. *Via Medica*, Gdańsk 2013: 319–352.
4. Woron J. Leczenie bólu u pacjenta chorego na nowotwór. In: Stec R, Semeniuk-Wojtaś A. ed. Leczenie wspomagające w Onkologii. Wydawnictwo, Miasto 2018: 161–222.
5. Woron J. Nieopiodowe leki przeciwbólowe w leczeniu bólu. In: Malec-Milewska M, Woron J. ed. Kompendium leczenia bólu. *Medical Education*, Warszawa 2017: 23–41.
6. Kowalczyk A, Jassem J. Onkologiczne metody leczenia bólu u chorych na nowotwory. In: Wordliczek J, Zajączkowska R, Woron J. ed. Leczenie bólu u chorych na nowotwory. PZWL, Warszawa 2020: 120–130.
7. Lutz S, Balboni T, Jones J, et al. Palliative radiation therapy for bone metastases: Update of an ASTRO Evidence-Based Guideline. *Pract Radiat Oncol.* 2017; 7(1): 4–12,

- doi: [10.1016/j.prro.2016.08.001](https://doi.org/10.1016/j.prro.2016.08.001), indexed in Pubmed: [27663933](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27663933/).
8. Steenland E, Leer J, Houwelingen Hv, et al. The effect of a single fraction compared to multiple fractions on painful bone metastases: a global analysis of the Dutch Bone Metastasis Study. *Radiotherapy and Oncology*. 1999; 52(2): 101–109, doi: [10.1016/s0167-8140\(99\)00110-3](https://doi.org/10.1016/s0167-8140(99)00110-3).
  9. Chow E, Meyer RM, Ding KI, et al. Ding K. , Dexamethasone in the prophylaxis of radiation-induced pain flare after palliative radiotherapy for bone metastases: a double-blind, randomised placebo-controlled, phase 3 trial, *Lancet Oncol*. 2015; 16: 1463–1479.
  10. Dobrogowski J, Przekłasa-Muszyńska A. Kliniczna ocena bólu u chorych na nowotwory. In: Wordliczek J, Zajączkowska R, Woroń J. ed. *Leczenie bólu u chorych na nowotwory*. PZWL, Warszawa 2020: 24–27.
  11. Leppert W, Forycka M, Nosek K. Ból przebijający i epizodyczny u chorych na nowotwory – nowe spojrzenie. *Med. Paliat*. 2016; 8: 9–16.