

Anna Sołtysik<sup>1, 2</sup><sup>1</sup>Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4 w Bytomiu<sup>2</sup>Poradnia Medycyny Paliatywnej i Hospicjum Domowe „San-Med” w Bytomiu

# Leczenie bólu przebijającego u chorego na nowotwór żołądka z zastosowaniem fentanylu podjęzykowego przy nieskuteczności wcześniej stosowanego leczenia przeciwbólowego

## Streszczenie

Ból podstawowy jest częstym objawem u chorych na nowotwory, niejednokrotnie z towarzyszącymi napadami silnego, nagłego bólu, którego czas trwania zazwyczaj nie przekracza godziny. Analgetyki opioidowe stanowią podstawę leczenia chorych na nowotwory z silnym bólem. Istotą leczenia jest wybór odpowiedniego leku, postaci i drogi podania, która skutecznie zmniejszy dolegliwości bólowe, biorąc pod uwagę preferencje pacjenta. W artykule przedstawiono chorego z zaawansowanym nowotworem złośliwym żołądka z rozsiewem do jamy otrzewnej, u którego z powodu rozwijającej się podniedrożności i dysfagii dotychczasowe leczenie stało się nieskuteczne. Zastosowano leczenie bólu podstawowego systemem transdermalnym buprenorfiny i bólu epizodycznego fentanylem przezśluzówkowym. Dzięki rotacji opioidowej i interwencji chirurgicznej uzyskano zadowalającą analgezję.

*Palliat Med Pract 2020; 14, supl. 1: 27–29*

Słowa kluczowe: nowotwór, ból przebijający, fentanyl przezśluzówkowy

## Wstęp

Ból podstawowy jest częstym objawem u chorych na nowotwory, niejednokrotnie z towarzyszącymi napadami silnego, nagłego bólu, którego czas trwania zazwyczaj nie przekracza godziny [1–3]. Analgetyki opioidowe stanowią podstawę leczenia chorych na nowotwory z silnym bólem [4]. Istotą leczenia jest wybór odpowiedniego leku, postaci i drogi podania, która skutecznie zmniejszy dolegliwości bólowe, biorąc pod uwagę preferencje pacjenta [1].

## Opis przypadku

Chory 53-letni skierowany w trybie pilnym do hospicjum domowego z rozpoznaniem nowotworu złośliwego żołądka. W październiku 2019 roku wykonano badanie gastroscopowe, które uwidoczniło owrzodzenie żołądka, zwężenie odźwiernika i refluksowe zapalenie przełyku. Chory operowany w listopadzie 2019 roku, śródoperacyjnie rozpoznano raka żołądka z naciekiem na głowę trzustki i więzadło wątrobowo-dwunastnicze, guzki brzegu krezkowego

## Adres do korespondencji:

Anna Sołtysik

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4 w Bytomiu

e-mail: soltysik.a.k@gmail.com



Palliative Medicine in Practice 2020; 14, supl. 1, 27–29

Copyright © Via Medica, ISSN 2545–0425

DOI: 10.5603/PMPI.2020.0039

poprzeczniczy i guz prawego płata wątroby. Wykonano całkowite usunięcie żołądka, limfadenektomię, zespolenie przelykowo-jelitowe koniec do końca na pętli Roux-en-Y. Po leczeniu operacyjnym chorego zakwalifikowano do chemioterapii, jednak z powodu osłabienia ogólnego odroczył decyzję o jej podjęciu. Z powodu postępującego niedożywienia pozostawał pod opieką Poradni Żywienia Pozajelitowego, żywienie pozajelitowe prowadzono w warunkach domowych. W wywiadzie stan po udarze niedokrwiennym mózgu w maju 2019 roku, w chwili badania przedmiotowego bez niedowładów, nikotynizm i choroba wrzodowa.

W chwili przyjęcia do hospicjum domowego chory leczony przeciwbólowo siarczanem morfiny o zmodyfikowanym uwalnianiu w dawce 60 mg dwa razy dziennie drogą doustną. Wcześniej pacjent stosował duże dawki tramadolu, początkowo w monoterapii, kolejno w połączeniu z buprenorfiną w postaci systemu transdermalnego w dawce 35  $\mu\text{g}/\text{godzinę}$ , co 96 godzin (wystąpiła silna skórna reakcja alergiczna i chory zrezygnował z leczenia), następnie w połączeniu z paracetamolem. Podczas leczenia chory odczuwał dolegliwości bólowe nadbrzusza, promieniujące do całej jamy brzusznej i do okolicy lędźwiowej o charakterze stałym i natężeniu 8–9 w numerycznej skali natężenia bólu (NRS, *numerical rating scale*). Po zamianie na leczenie morfiną długodziałającą, „wymiareczkowaniu” do dawki 120 mg/dobę nastąpiło znaczne zmniejszenie natężenia bólu do poziomu akceptowanego przez chorego. Nie występowały również epizody bólu przebijającego. Z uwagi na komfort chorego i prośbę podczas pierwszej wizyty kontynuowano leczenie stosowane przez chorego. Dodatkowo zalecono morfinę doustną o natychmiastowym uwalnianiu w dawce 20 mg w przypadku wystąpienia bólu przebijającego. Zalecono również profilaktykę zaparcia stolca [2, 5].

W krótkim okresie od objęcia opieką, z uwagi na znaczne nasilenie dolegliwości bólowych całej jamy brzusznej do 9–10 według NRS o charakterze stałym, narastające zaburzenia połykania, uczucie pełności po przyjęciu niewielkiej ilości płynu, nasilenie ślinotoku i nudności zdecydowano o rotacji do buprenorfiny 70  $\mu\text{g}/\text{godzinę}$  w postaci systemu transdermalnego zmienianego, co 72 godziny i w przypadku bólu przebijającego stosowania fentanylu podpoliczkowego w dawce 100  $\mu\text{g}$ . Doraźnie chory stosował również butylobromek hioscyny w dawce 10 mg z dobrym efektem analgetycznym. Chorego konsultował chirurg, który ocenił zespolenie jako drożne i zalecił simetykon w związku z dużą ilością gazów w przewodzie pokarmowym.

Z powodu narastającego bólu jamy brzusznej zwiększono dawkę buprenorfiny do 105  $\mu\text{g}/\text{godzinę}$ , co 72 godziny, dołączono paracetamol w dawce 3 razy dziennie 1 g i metamizol 2 razy dziennie 2,5 g podawane drogą parenteralną, prowadzono bilans płynów i kontrolowano diurezę. Chory pomimo nasilającego się bólu i zaparcia zaprzestał stosowania fentanylu podpoliczkowego po kilku dawkach, oceniając lek jako gorzki, powodujący pieczenie śluzówki w miejscu podania i niedostateczny efekt analgetyczny. Pacjent powrócił do stosowania morfiny krótkodziałającej w dawce 20 mg, co 4–6 godzin z średnim efektem analgetycznym. Zalecono fentanyl przezśluzówkowy w dawce 267  $\mu\text{g}$  stosowany drogą podjęzykową w przypadku wystąpienia bólu przebijającego. Z powodu narastającego zaparcia i trudności w oddawaniu gazów, nasileniu nudności i ślinotoku oraz powiększenia obwodu brzucha chorego skierowano w trybie pilnym do chirurga z podejrzeniem niedrożności przewodu pokarmowego.

Chory, z rozpoznaną podniedrożnością, następnego dnia został ponownie zoperowany. Z uwagi na stwierdzony śródoperacyjnie rozsiew do całej jamy otrzewnej stwierdzono brak możliwości wyłonienia stomii. W szóstej dobie chorego wypisano do domu. Po zabiegu operacyjnym zmianie uległa lokalizacja dolegliwości bólowych. Chory zwracał uwagę na bóle dotyczące całej jamy brzusznej, z rozsianymi punktami dającymi uczucie klucia zarówno po prawej, jak i po lewej stronie jamy brzusznej. Kontynuowano leczenie buprenorfiną w dawce 105  $\mu\text{g}/\text{godzinę}$  transdermalnie, co 72 godziny, metamizolu 3 razy dziennie w dawce 1 g drogą dożylną, a w przypadku wystąpienia bólu przebijającego fentanylu podjęzykowego w dawce 267  $\mu\text{g}$ , co zmniejszało natężenie bólu z 7–8 do 1–2 w skali NRS. Uzyskano skuteczną analgezę (NRS średnio 2–4) z 1–3 epizodami bólu przebijającego w okresie doby, leczenie było kontynuowane.

W niedługim czasie chory zaczął gorączkować, w badaniach laboratoryjnych narosła leukocytoza i parametry zapalne, doszło do nasilenia niedokrwistości. Wykluczono zakażenie cewnika założonego do żyły podobojczykowej prawej i chorego w trybie pilnym ponownie skierowano na Oddział Chirurgii, gdzie rozpoznano perforację poprzeczniczy i kałowe zapalenie otrzewnej [6]. Wykonano relaparotomię, okres pooperacyjny powikłany przetoką kałową zewnętrzną w ranie pooperacyjnej. Po 11 dniach hospitalizacji chorego wypisano do domu. Nie tolerował leczenia przezśluzówkowego. Pomimo ciężkiego stanu kontynuowano leczenie przeciwbólowe z wykorzystaniem systemu transdermalnego i leków podawanych parenteralnie z dobrym efektem analgetycznym, w niedługim czasie chory zmarł.

## Omówienie

U opisanego pacjenta objętego domową opieką paliatywną w krótkim czasie nastąpiła szybka progresja choroby z narastającymi dolegliwościami bólowymi o charakterze mieszanym. Prowadzona pierwotnie terapia okazała się nieskuteczna, prowadząc do nasilenia działań niepożądanych w postaci zaparcia [5]. Zadowalającą kontrolę bólu podstawowego uzyskano po zastosowaniu buprenorfiny w systemie transdermalnym i metamizolu. Początkowo stosowana w leczeniu bólu przebijającego forma podpoliczkowa fentanylu z uwagi na uczucie pieczenia śluzówki i goryczy po podaniu leku nie była akceptowana przez chorego. Niedostateczny efekt analgetyczny mógł wynikać ze zbyt małej dawki początkowej. Zastosowanie fentanylu drogą podjęzykową w dawce 267  $\mu$ g zapewniło skuteczne leczenie bólu przebijającego.

W opisanym przypadku fentanyl przezśluzówkowy był postępowaniem z wyboru, które są preferowane u chorych, u których wcześniej występowały zaparcia opioidowe, jak również u tych, u których z powodu choroby należy podawać leki drogą inną niż przewodu pokarmowego [3]. Istotna w tym przypadku była indywidualizacja leczenia i uwzględnienie preferencji chorego [7, 8].

## 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. Malec-Milewska M. Ból przebijający u chorego na nowotwór. *Medycyna po Dyplomie*. 2017; 26(251): 69–76.
2. Wordliczek J, Dobrogowski J. Leczenie bólu. Ból u chorych na nowotwór. Wydanie III, PZWL, Warszawa 2017: 641–693.
3. Malec-Milewska M, Woron J. Kompendium leczenia bólu. Ból przebijający i epizodyczny u chorych na nowotwory. Wydanie III, Medical Education, Warszawa 2017: 577–588.
4. Janecki M. Zastosowanie podjęzykowych tabletek fentanylu w leczeniu incydentalnego bólu przebijającego i chorej z zaawansowaną chorobą nowotworową - opis przypadku. *Medycyna Paliatywna*. 2017; 9(2): 110–114.
5. Krajnik M, Malec-Milewska M, Wordliczek J. Chory na nowotwór. Kompendium leczenia somatycznych objawów towarzyszących. Zaparcie stolca. Wydanie I, Medical Education, Warszawa 2015: 57–74.
6. Karwowska K, Kunecki M, Kunecki A. Domowe żywienie pozajelitowe. Powikłania żywienia pozajelitowego. *Continuo*, Warszawa 2015: 73–102.
7. Komar-Czapski K, Dzierżanowski T. Management of episodic pain with multiple doses of transmucosal fentanyl – case report. *Palliative Medicine*. 2019; 11(2): 97–99, doi: [10.5114/pm.2019.86533](https://doi.org/10.5114/pm.2019.86533).
8. Ciałkowska-Rysz A, Dzierżanowski T. *Medycyna Paliatywna. Bioetyczne aspekty opieki paliatywnej. Autonomia pacjenta*. Wydanie I, Termedia, Poznań 2019: 25.