

Wytyczne dotyczące leczenia bólu przewlekłego 2010



prof. dr hab. med. Adam Stępień
Klinika Neurologii Wojskowego Instytutu
Medycznego, Warszawa

Na świecie okresowo ukazują się wytyczne przedstawiające stan badań i ustalenia dotyczące sprawdzonych metod terapeutycznych zalecanych w walce z bólem, wśród których najcenniejsze są stanowiska ekspertów skupionych w towarzystwach naukowych. Dostępnych jest przynajmniej kilka opracowań omawiających zasady leczenia różnych postaci bólu – zarówno ostrego, jak i przewlekłego. Omawiane opracowanie – Practice Guidelines for Chronic Pain Management przygotowane przez American Society of Anesthesiologists – jest jednak szczególne. Rekomendacje oparto wyłącznie na wynikach badań kontrolowanych z zastosowaniem placebo. Obejmują tylko wybrane postaci bólu przewlekłego, powstałego w przebiegu różnych stanów chorobowych, m.in. w przebiegu choroby nowotworowej, zapalenia stawów, oraz rozmaite postaci tzw. bólu atypowego, czyli takiego, którego przyczyny nie udaje się ustalić. Może być on zlokalizowany w różnych okolicach ciała, np. na twarzy – określany jest wówczas jako atypowy ból twarzy. W dokumencie pominięto natomiast pewne specyficzne rodzaje bólu, takie jak ból ostry, ból głowy i twarzy oraz ból neuropatyczny. Zapewne uznano, że w odniesieniu do tych rodzajów bólu istnieją aktualne wytyczne i ich powielanie nie jest zasadne.

Współcześnie ocena terapii opiera się na dwóch kryteriach zastosowanych również przez autorów wytycznych. Pierwsze to współczynnik NNT (*number needed to treat*) wskazujący liczbę chorych, którym trzeba podać lek, by uzyskać wyleczenie, czyli w tym przypadku zmniejszenie bólu u jednego z nich o >50% (CI 95%). Drugim kryterium jest NNH (*number needed to harm*) określający liczbę chorych objętych leczeniem, wskutek którego

u jednego z nich dochodzi do wystąpienia działań niepożądanych wymagających przerwania terapii.

W wytycznych oceniano stopień ustąpienia bólu, jego wpływ na jakość życia pacjentów i na sen oraz częstość występowania działań niepożądanych. Podkreślono też, że w rozpoznaniu przyczyny bólu ważną rolę odgrywa dokładne zebranie wywiadu i ustalenie dotychczasowych metod leczenia.

Podobnie jak w poprzednich rekomendacjach za najsukuteczniejsze leki w terapii przewlekłego bólu uznaje się leki przeciwpadaczkowe i przeciwdepresyjne. Mniejszą korzyść przynosi natomiast stosowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych. Pacjenci z przewlekłym bólem ośrodkowym gorzej reagują także na opioidy. Wśród leków przeciwpadaczkowych i przeciwdepresyjnych w ostatnich latach pojawiły się nowe substancje – pregabalina i duloksetyna, których nie uwzględniono w poprzednich rekomendacjach. Leki dotychczas zalecane nadal są rekomendowane (np. amitrypylina lub kwas walproinowy czy gabapentyna), jednak wskazano na ich mniejszą skuteczność działania względem leków klasycznych.

Przeprowadzono liczne badania wieloosrodkowe, których wyniki potwierdzają dominującą rolę pregabaliny i duloksetyny w terapii bólu przewlekłego. Trzeba jednak zaznaczyć, że pregabalina stosowana w małej dawce (150 mg/24h) nie przynosi korzyści – nie odnotowano tego faktu w opracowaniu, a wydaje się on istotny klinicznie. Za skuteczną uznano dawkę 300-600 mg/24h. Dane dotyczące skuteczności pregabaliny w leczeniu przewlekłych zespołów bólowych pochodzenia dyskopatycznego i w przebiegu spondylozy są sprzeczne. Wyniki badań porównawczych oceniających pregabalinę i gabapentynę wykazują wyższą skuteczność pregabaliny. Duloksetyna działa nie tylko przeciwbólowo, lecz także przeciwdepresyjnie, poprawiając istotnie jakość życia chorych. Wyniki dotychczasowych badań nie ujawniają istotnych statystycznie różnic zarówno w odniesieniu do skuteczności, jak i profilu bezpieczeństwa między duloksetyną a pregabalina oraz między duloksetyną a gabapentyną. Duloksetyna stanowi ciekawą alternatywę dla leków przeciwpadaczkowych nowej generacji.

Jedną z metod walki z bólem jest podawanie leków dokanałowo i blokady. W bólu przewlekłym skuteczność tych ostatnich jest mniejsza niż w bólu ostrym, a jak podkreślają eksperci opracowania – zabiegi inwazyjne należy stosować ze szczególną ostrożnością.

Istotnym problemem jest też walka z objawami towarzyszącymi bólowi, szczególnie jego przewlekłej postaci. U ponad połowy pacjentów stwierdza się zaburzenia snu i koncentracji, apatię, lęk, depresję i inne objawy upośledzające funkcjonowanie. Jak podkreślono w rekomendacjach, niezbędne jest postępowanie wielokierunkowe i wielospecjalistyczne z uwzględnieniem farmakoterapii, rehabilitacji i terapii behawioralnej z wykorzystaniem technik wspomagających. W omówieniu metod alternatywnych wymieniono akupunkturę, co do której skuteczności istnieje wiele kontrowersji, choć istnieje grupa chorych odnoszących korzyści z jej stosowania (w rekomendacjach uwzględniono prace na ten temat). Ocenie poddano również inne metody fizykoterapii. Zaleca się je zwłaszcza w postaci terapii manualnej u chorych z bólami krzyża. W piśmiennictwie nie ma badań porównawczych, które wykazałyby większą skuteczność którejś ze stosowanych metod fizykoterapii. Nie wiadomo też, która metoda leczenia dodana do farmakoterapii przynosi pacjentowi najwięcej korzyści.

Autorzy wytycznych kilka kwestii pozostawiają do decyzji lekarza, wśród nich dobór leku pierwszego rzutu, co z kolei pociąga za sobą pytanie: jakie zastosować kryterium? Czy jest nim czas trwania bólu, czy też jego charakter? Oddzielnym zagadnieniem jest bezpieczeństwo i tolerancja zalecanych leków oraz rzeczywisty koszt terapii, która prowadzona jest długoterminowo.

Gorąco polecam przeczytanie i zachowanie w pamięci prezentowanych wytycznych, gdyż w naszej codziennej praktyce spotykamy zbyt wielu pacjentów niepotrzebnie i nadmiernie cierpiących z powodu bólu. Jego przewlekła postać to problem nie tylko chorego, ale też jego najbliższych i środowiska pracy. Nie należy przy tym zapominać o leczeniu objawów współistniejących, które często nie mniej niż sam ból upośledzają życie pacjenta.

Piśmiennictwo:

1. Rosenquist RW, Benzon HT, Connis RT, et al. Practice Guidelines for Chronic Pain Management. *Anesthesiology* 2010;112:810-33.