

Chronic Pain and Illicit Drug Addiction

Vondráčková, D.

Charles University, First Faculty of Medicine and Central Military Hospital, Department of Neurosurgery and Neurooncology, Outpatient Pain Management Clinic, Prague, Czech Republic

Citation | Vondráčková, D. (2019). Chronic Pain and Illicit Drug Addiction. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 3(2), 188–192.

Summary | Chronic pain in a patient with drug addiction is always stressful. Therefore, it is essential to choose the correct treatment of such pain. Two case reports are presented to provide a clear illustration of the way in which mental disorders, in dependence on

the duration of drug use and age, can influence the progress of chronic pain therapy, as well as showing doctors' different approaches to managing chronic pain and its causes.

Keywords | Illicit Drug Addiction – Chronic Pain Management

Submitted | 30 April 2019

Accepted | 22 August 2019

Correspondence address | Dana Vondráčková, M.D., Central Military Hospital – Military University Hospital Prague, U Vojenské nemocnice 1200, 169 02 Prague 6, Czech Republic

dana.vondrackova@uvn.cz

Chronická bolest a drogová závislost

Vondráčková, D.

Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta a ÚVN, Neurochirurgická a neuroonkologická klinika, Ambulance pro léčbu bolesti

Citace | Vondráčková, D. (2019). Chronická bolest a drogová závislost. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 3(2), 188–192.

Souhrn | Chronická bolest u pacienta s drogovou závislostí je vždy stresující, a proto je volba její správné léčby zásadní. Dvě uvedené kazuistiky velmi názorně ukazují, jak narušení psychického stavu v závislosti na délce užívání drog a věku může ovlivnit průběh léčení

chronické bolesti a také přístup různých lékařů k léčení bolesti i její příčiny.

Klíčová slova | Drogová závislost – Léčení chronické bolesti

Došlo do redakce | 30. dubna 2019

Přijato k tisku | 22. srpna 2019

Korespondenční adresa | MUDr. Dana Vondráčková, Ambulance pro léčbu bolesti, Neurochirurgická a neuroonkologická klinika, Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha, U Vojenské nemocnice 1200, 169 02 Praha 6

dana.vondrackova@uvn.cz

1 ÚVOD

V posledních letech se stává velmi důležitým tématem odborných setkání a článků drogová problematika. Ve Spojených státech má podle National Survey z roku 2014 téměř 50 % populace zkušenost s drogami (Vadivalu et al., 2016). To je obrovský problém, který se však netýká jen Spojených států. Podobné informace, i když ne tak tragické, přicházejí z Kanady i evropských zemí.

Zneužívání se týká nejen nelegálních drog, ale také opioidů předepisovaných na bolest. Opioidy jsou užívány na bolest akutní i chronickou. Neuvážené předepisování nejen opioidů, ale také benzodiazepinů a hypnotik může přispět k rozvoji poruchy z užívání drog. Pokud pacient trpí chronickou bolestí, která vyžaduje opioidy, a zároveň je uživatelem nelegálních drog, tak vzniká velký problém. Obtížná a možná kontroverzní může být preskripce silných opioidů u alkoholiků, silných kuřáků a také u pacientů, u nichž je prokazatelný abúzus předepisovaných nebo volně dostupných analgetik. Je relativně málo literárních odkazů, ze kterých by lékař mohl čerpat doporučení pro léčení těchto pacientů. Ještě méně zdrojů obsahuje konkrétní doporučení určitého nejvhodnějšího opioidu (Ling et al., 2012; Rosenblatt et al., 2005). Většinou jsou doporučované obecné postupy (Markowitz et al., 2010). Každý takový pacient je unikátní a volba terapie je závislá na nalezení přiměřeného vztahu mezi pacientem, zdravotnickým personálem i volbě terapie, která respektuje mnoho aspektů onemocnění pacienta a jeho historii drogové závislosti. Rozdílný bude postoj k pacientovi s onkologickou a neonkologickou bolestí. Důležitý je aktuální vztah pacienta k užívání drog. Jinak bude probíhat léčení u pacienta s aktivním užíváním drog, jinak u pacienta se substitucí Suboxonem nebo metadonem a jinak bude nastavována terapie u pacienta s různě dlouhou abstinencí. Tato kazuistika popisuje pacienta s velmi pokročilou poruchou z užívání drog (SUD – substance use disorder) trpícího chronickou bolestí, která vyžaduje opioidní terapii. SUD je termín z diagnostického a statistického manuálu DSM-5, psychiatrické společnosti USA (Raboch, 2015), a odpovídá naší diagnóze F11.2 z MKN-10, v nové verzi MKN-11 (ÚZIS, 2018), velmi podobné označení rozepsané do několika číselných diagnóz.

2 KAZUISTIKA PRVNÍ

Pacient, ročník 1978, se poprvé dostavil ve věku 25 let (2003) do Centra pro léčbu bolesti FN Na Bulovce pro neztížitelné bolesti kyčelního kloubu. Drogy (v roce 2003 pervitin, heroin) začal užívat po smrti své matky ve věku 9–10 let. Má dvě sestry, otec zemřel na hemoblastózu. Od roku 1997 v péči infekční kliniky pro HIV (human immunodeficiencies viruses) pozitivitu a hepatitidu C.

Na odvykací léčbě byl od r. 2001, byla vedena Subutexem® 16 mg, a heroin, poslední drogu, nahrazoval Rohypnolem®. Pro poruchu spánku užíval tiaprid. V té době navá-

zal vztah se ženou, kterou si vzal, ale brzy se manželství rozpadlo a nemocný se ocitá v Domě světla.

Necelý rok před návštěvou Centra léčby bolesti vznikla zánětlivá koxitida levého kyčelního kloubu se stupňováním intenzity bolesti. Při první návštěvě, tedy v roce 2003, odmítl silné opioidy ze strachu z recidivy užívání drog. Bolest se stupňovala, nedovolila mu spát, omezovala ho v pohybu, proto byla zahájena léčba buprenorfinem 35 µ/hod (0,84 mg/d). Za další rok došlo k nekróze hlavice a byla řešena endoprotézou (2004). Léčba bolesti pokračovala buprenorfinem v náplasti v nezměněné dávce s uspokojivou úlevou. Po roce došlo k luxaci hlavice (2005), ale operace nebyla provedena pro nespůlpráci pacienta a postupně zánět progredoval do abscesu v kloubu, vytvořila se píštěl s komunikací do kloubu. Zhoršovala se i porucha z užívání drog, která se projevila nadužíváním benzodiazepinů a abúzu Subutexu®, proto byla substituce změněna na metadon (2008). Zánět pokračovat, ale operace byla stále odmítána pro aberantní chování a nespůlpráci. V listopadu 2010 se objevila hnisavá sekrece z píštěle ve stehně, čtyři kožní defekty nad trochanterem, uzliny v třísele a perianální fistula. Opakovaně byl hospitalizován na infekci, opakovaně užíval antibiotika a antivirotika. Četné interpersonální konflikty vznikaly na infekčním odd. i ortopedii. Pro zhoršení bolesti při pokračujícím zánětlivém postižení byl buprenorfin zvýšen na 52,5 µ/hod (tj. 1,26 mg/den), intenzita bolesti byla hraničně tolerovatelná. Byl častěji hospitalizován pro zhoršení celkového stavu. Od konce roku 2010 do září 2013 nedocházel na žádné algeziologické pracoviště, opioidy byly předepisovány na infekčním odd.

V září 2013 se pacient telefonicky objednal na ambulanci pro léčbu bolesti v ÚVN a žádal o pokračování algeziologické péče. Odmítl další substituci metadonem, přestože měl abstinenční příznaky a silné bolesti. Užíval metamizol v dávce 4–5 g/den, klonazepam až 12 mg. S pacientem bylo dohodnuto postupné vysazení Rivotrilu® a dodržování pravidelných kontrol a léčby. Buprenorfin zvýšen na 70 mí. Podepsal souhlas s podmínkami léčby silnými opioidy. V klinickém obraze došlo k dalšímu zhoršení hnisavých projevů, nový defekt na bérce téže končetiny po traumatu. Klinicky byla nápadná antalgická chůze o dvou francouzských holích, patologické postavení LDK pro nekrózu hlavice, zapáchající nekrotické rány s hojnou sekrecí. Psychicky byl relativně kompenzovaný, chtěl se zbavit závislosti a být prospěšný pacientům se SUD. Plánoval pobyt v PN Mariany Oranžské, kde byl později jeden měsíc. Po návratu byl ještě více odhodlaný změnit přístup k léčení a vztah k drogám. Navázal kontakt s jednou svou sestrou a přechodně u ní mohl bydlet v zahradním domku u chaty.

V roce 2015 byl akutně hospitalizován pro hematemezis, dekompenzaci chronické hepatopatie, opět však měl konflikty na infekci pro non-adherenci a non-kompliance. Na ambulanci pro léčbu bolesti docházel pravidelně jednou za měsíc, kromě pobytu v nemocnici.

V roce 2016 se výrazně zhoršoval zdravotní stav, měl opakovaně pneumonie, zvětšená játra, perimaleolární otoky, byl často hospitalizován na infekci, měl počínající gangrénu DK. Pro bolesti bylo nutné další zvýšení buprenorfinu na 105 mí, návštěvy stále dodržuje, předpis opioidu odpovídá předpokládané spotřebě.

V roce 2017 se stav opět zhoršil, pacient byl kachektický, pohyboval se velmi pomalu, zapáchalo mu z úst, měl vypadané zuby a mohutnou hnisavou sekreci z několika píštělí DK a gangrény v oblasti bérce. Pro další zhoršení bolesti byl navýšen buprenorfin v náplasti na 122,5 mí. Dle sdělení pacienta byla plánovaná amputace končetiny pro gangrénu. Poslední návštěva pacienta na ambulanci pro léčbu bolesti byla v květnu 2017. V červenci 2017 zemřel.

Od roku 2013 do května 2017 byl 44krát na ambulanci pro léčbu bolesti. Za tu dobu progredovalo jeho onemocnění a septický stav, chronické bolesti a dávka předpisovaného silného opioidu byla postupně zvyšována od 35 do 122,5 mí. Nikdy nebyly předepsány benzodiazepiny a naopak ty, které užíval, byly vysazeny.

3 KAZUISTIKA DRUHÁ

Příběh druhého pacienta je jednodušší. V rodině není nic významného ze zdravotního ani algeziologického hlediska. Rodina žije ve společném domě a mají soukromou firmu. Pacient, narozen 1982, je deset let ženatý a má 2 děti.

Z osobní anamnézy: v sedmi letech měl epileptický záchvat, antiepileptika neužíval. V roce 2008 zjištěna hepatitis C. Rok dostával interferon. V roce 2010 prodělal pleuropneumonii se septickými emboly, v té době již užíval Subutex®.

Drogy (pervitin) začal užívat v 16 letech v učení. Snažil se sice opakovaně ukončit užívání drog, ale nedařilo se mu to, proto absolvoval detox a byla nastavena odvykací léčba Subutemem®. Drogy užíval přibližně 5 let (2005–2010), Subutex® užíval rovněž 5 let, většinou 8 mg. Užívání spontánně ukončil.

V červenci 2015 se objevily bolesti pravého kyčelního kloubu, byla zjištěna aseptická koxitis, pro kterou byl krátce hospitalizován a bolesti byly tlumeny metamizolem, v infúzích dostával paracetamol, muskulárně diklofenak. Bolesti se stále zhoršovaly, analgetika byla navyšována, což vedlo k abúzu ibuprofenu i tramadolu, přesto byla bolest stále intenzivní. Hodnotil ji podle NRS 10/10, v noci pro bolesti nespál.

Přes trvalou progresi nálezu nebyla operace indikovaná pro obavy z komplikací. V listopadu téhož roku byl poslán na ambulanci léčby bolesti. Stěžoval si na bolesti pravého kyčelního kloubu a bolest pravého ramene při chůzi o jedné francouzské holi. NRS (numeric rating scale – numerická stupnice hodnocení intenzity bolesti, kde 0 je žádná bolest a 10 je nejhorší bolest, jakou si pacient do-

vede, nebo ani nedovede představit) hodnotil na 8–10/10. Stále užívá Subutex®. Při první návštěvě byla doporučena terapie silnými opioidy. Podepsal souhlas s podmínkami léčby a byl mu předepsán buprenorfin v náplasti 35 µ/hod s výměnou pravidelně 2x týdně, dále metamizol, který v minulosti užíval s určitým efektem, a na noc trazodon od 25 mg do efektu. Pro nedostatečnou kontrolu bolesti byl buprenorfin v náplasti zvýšen na 52,5 mí, trazodon na 75 mg. Po navýšení dávky buprenorfinu se bolest snížila na 4–6/10 a trazodon užíval v dávce 75 mg na noc. Začátkem roku 2016 byl čtyři měsíce ve vězení pro nenásilný čin. Opioidy užíval ve stejné dávce dále, přestal užívat Subutex®. Po návratu z vězení krátce vysadil buprenorfin, měl jen malé abstinenci příznaky, ale bolest byla velmi silná, proto znovu titrace buprenorfinu od 35 mí do původní dávky 52,5 mí. Vzhledem k pozměněnému charakteru bolesti ve smyslu neuropatické bolesti, respektive smíšené, byla medikace doplněna gabapentinem v celkové dávce 900 mg. Trazodon byl později vyměněn za mirtazapin 15 mg s lepším efektem. Bolest byla a doposud je na tolerovatelné úrovni do VAS 5/10. Chodí bez berlí, kulhá a v nejbližší době je plánovaná totální náhrada kyčelního kloubu.

4 DISKUZE

Pacienti s drogovou závislostí mají často různé infekční komplikace, které mohou mít za následek chronické bolesti takové intenzity, že vyžadují analgetika, mnohdy i ze skupiny silných opioidů. Z obavy z drogové závislosti i na předpisovaných opioidních analgetikách dostávají tito pacienti většinou jen neopioidní analgetika, nesteroidní antiflogistika, případně tramadol. Na ambulancích nebo v centrech pro léčbu bolesti se vyskytují poměrně zřídka. Avšak nedostatečná léčba chronické bolesti může vést k recidivě užívání drog, nebo ještě intenzivnějšímu užívání ve snaze potlačit silnou bolest nebo syndrom z odnětí.

Stejně nebezpečné je nesprávné podávání opioidů, které může být příčinou abstinenci příznaků a následného nekontrolovaného navyšování předepisovaných opioidů.

Buprenorfin je agonista μ receptorů a antagonist κ receptorů. Má silnou afinitu k μ receptoru, ale menší vnitřní aktivitu ve srovnání např. s morfinem. Náplastová forma je schopna udržet vyrovnanou účinnou hladinu opioidu a výměnu náplasti je možné provést za 84 až 96 hodin. Většinou se doporučuje výměna za 3 a půl dne, tedy za 84 hod. Buprenorfin v náplasti stejně jako fentanyl v náplasti patří mezi silné opioidy podávané u silné, až kruté, nesnesitelné bolesti. Primárně jsou náplasti vhodné tam, kde je porucha trávicího traktu. Jsou i další kritéria volby některého z dostupných silných opioidů, ale podrobné vysvětlení je nad rámec tohoto článku. Silné opioidy jsou užívané u nádorové i nenádorové bolesti, jejíž intenzita je velmi orientačně od 7 do 10 na stupnici 0–10. Buprenorfin nemá žádné omezení pro léčení chronické bolesti a může ho předepsat jakýkoliv lékař. Užití buprenorfinu v náplasti k substituci místo perorálního

buprenorfinu by bylo mimo doporučené postupy. Volba buprenorfinu u obou drogově závislých pacientů byla vedena vlastnostmi buprenorfinu, které minimalizují příznaky z odnětí a nadužívání.

Aberantní chování prvního pacienta užívajícího drogy od dětství ovlivnilo jeho život, kontakt s lékaři a přispívalo k opakovaným návratům do problematického sociálního prostředí. V posledních fázích života se pacient snažil o náhled. Mnoho věcí si uvědomoval, ale nebyl schopen své ideje realizovat. Bránil mu v tom jeho stále se zhoršující zdravotní stav a možná i naprosto odmítavý vztah zbytku jeho rodiny. Více než deset let žil se zhoršujícím se zánětem a až septickým stavem, bolestí a invalidizujícím postižením. Morbidita byla jistě umocňována progresí HIV AIDS.

Druhý pacient měl naopak dobře fungující rodinu, velmi brzy si uvědomil škodlivost drogové závislosti a snažil se najít cestu zpět. Jeho léčení bolesti nebylo zvláštním problémem, a pokud operace proběhne dobře a bez komplikací, pak se vrátí zcela k „normálnímu životu“ v rodinné firmě, ve fungujícím manželství a v péči o dvě děti.

V péči o pacienty s drogovou závislostí je důležité navození důvěryhodného kontaktu z obou stran, pečlivé sledování a spolupráce všech zúčastněných odborných lékařů i nelékařů, což u prvního pacienta nebylo splněno.

5 ZÁVĚR

Léčení pacienta s drogovou závislostí je výzvou pro každého lékaře. Algeziologové mají výhodu, protože mají velké zkušenosti s předepisováním léků, na kterých se může pacient stát závislým (slabé a silné opioidy, benzodiazepiny nebo hypnotika). Je to jeden z důvodů, proč by pacient s drogovou závislostí a chronickou bolestí měl být léčen buď na ambulanci, nebo lépe v Centru pro léčbu bolesti.

LITERATURA / REFERENCES

Ling, W., Moony, L., Torrington, M. (2012). Buprenorphine for opioidy addiction. *Pain. Manag. Jul.*, 2(4), 345–350.

Markowitz, J. D., Francis, E. M., Gonzales-Nolas, CH. (2010). Managing acute and chronic pain in a substance abuse treatment program for the addicted individual early in recovery: A current controversy. *Journal of Psychactive Drugs*, 42(2). 193–198.

Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., Ptáček R. (2015). Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, DSM-5. *Hogref-Testcentrum*, 1. vydání, české; www.lekarskeknihy.cz.

Rosenblatt, A. B., Mekhail, N. A. (2005). Management of pain in addicted/illicit and legal substance abusing patients. *Pain Practice*, vol. 5, (1). 2–10.

ÚZIS. *Poruchy spojené s užíváním látek a poruchy se závislostí*. <https://www.uzis.cz/cz/mkn/F10-F19.html>.

Vadivalu, N., Lunergman, L., Zhu, R., Kodumundi, G., Elhassan, A. O., Kaye, A. D. (2016). Pain control in the presence of drug addiction. *Curr. Pain headache Rep.*, 20, 35. 1–8.