

Bércové vředy a chronická bolest

MUDr. Olga Haklová

Oddělení léčby chronické bolesti, FN Brno

Multifaktoriální etiologie bércových vředů vyžaduje komplexní léčbu. Podle současných doporučení by měla zahrnovat v první řadě kauzální terapii a vzhledem k chronickému algickému stavu, jehož průběh je často zhoršován akutní bolestí při převazech či zákrocích účinnou farmakoanalgezií.

Klíčová slova: chronická bolest, bércové vředy, komplexní léčba včetně účinné analgetizace.

Leg ulcers and chronic pain

The multifactorial aetiology of leg ulcers requires comprehensive treatment. According to the current guidelines, the treatment should primarily include causal therapy and effective pharmacanalgesia because of the chronic painful condition the course of which is often aggravated by acute pain during dressing changes or interventions.

Key words: chronic pain, leg ulcers, comprehensive treatment including effective analgesia.

Med. Pro Praxi 2010; 7(4): 182–184

Chronické bolestivé stavy a jejich léčení jsou stále v 21. století celosvětovým problémem s dopadem nejen na celkový zdravotní stav obyvatelstva, ale i problémem sociálně-ekonomickým.

Bércový vřed je definován jako chronická rána s pomalou tendencí k hojení, lokalizována na dolních končetinách podmíněná poruchou cirkulace. Jedná se o onemocnění chronické s častými recidivami, zpravidla s dlouhou dobou hojení, které vyžaduje dlouhodobou komplexní terapii. Onemocnění ovlivňuje život postižených jednak chronicitou, náročnou ošetrovatelskou péčí, ale je téměř vždy provázeno subjektivními obtížemi – chronickou bolestí. Bércovým vředem žilního původu, který je terminálním projevem chronické žilní insuficience, je postižena převážně seniorská populace. Vzhledem k etiologii onemocnění nejsou výjimkou ani pacienti středního věku, a to v návaznosti na varikózní komplex, posttrombotický syndrom nebo jejich kombinaci.

Podle typu oběhové poruchy se rozvíjí vředy žilní či tepenné etiologie, vředy smíšené, vředy na podkladě diabetické angiopatie, vředy při vaskulitidách bércovým vředem žilního původu, který je terminálním projevem chronické žilní insuficience a vzniká v důsledku varikozity nebo posttrombotického syndromu, často kombinací obou složek.

Dále jsou to chronické rány na podkladě traumatu, infekční etiologie, neurogenní, neoplastické a při různých dermatózách, které jsou rovněž provázeny bolestí.

Rozsah postižení je značně variabilní – od malých defektů až po rozsáhlé cirkulární ulcerace postihující téměř celý bérec.

Chronická venózní insuficience a hlavně výsledné vředové stadium je příčinou časté dlouhodobé pracovní neschopnosti u pacientů produktivního věku, u pacientů vyšší věkové kategorie vyžaduje péči ústavní, gerontologickou a domácí (home care), včetně úpravy a léčby. U starých nemocných musíme při volbě analgetické farmakoterapie přihlídnout k polymorbiditě a polypragmazií.

Dle oficiální definice bolesti, kterou přijala IASP v r. 1979 citují: „Bolest je nepříjemná smyslová a emocionální zkušenost multidimenzionálního rázu spojená se skutečným nebo potenciálním poškozením tkáně a nebo pojmy takové poškození popisující. Bolest vždy subjektivní, je prožívána jako fenomén tělesný, není tedy důsledkem pouhého senzického vnímání.“

Bolesti u bércových vředů jsou jednak nociceptivního původu, ale je zde i podíl neuropatické bolesti. Trvalá bolest může být způsobena místními faktory v postižené oblasti (ischemie, infekce).

Bolest může být vyvolána pohybem, při denní činnosti, bolest způsobená např. třením obvazu.

Dále se jedná o bolesti, které jsou způsobeny odborným ošetřením, při denním převazu nebo při chirurgicko-plastické léčbě, zde již je vyžadována celková analgosedace nebo anestezie regionální nebo celková.

Naše oddělení úzce spolupracuje s kožní klinikou a tyto bolestivé stavy se snažíme řešit u hospitalizovaných pacientů konsiliární péčí, kdy se snažíme analgetickou medikaci postupně vytitrovat tak, aby pacient odcházel do domácí péče s účinnou, dobře tolerovanou analgetickou léčbou. Pokud se jedná o pacienta v am-

bulantní péči kožní kliniky, analgetickou léčbu nastavujeme ambulantně při opakovaných kontrolách. Jakmile pacient udává, že má bolesti pod kontrolou (VAS menší jak 5) a má nastavenou analgetickou medikaci, předáváme jej do péče ošetřujícího lékaře.

Algoritmus analgetické medikace

Klasickým vodítkem pro farmakoterapii chronické bolesti je třístupňový analgetický žebříček WHO, který byl původně koncipovaný pro chronickou terapii nádorové bolesti.

Podle třístupňového žebříčku WHO se doporučuje začínat u mírných bolestí s neopioidními analgetiky (1. stupeň), pokud to nestačí (středně silná bolest), přidávají se slabá opioidní analgetika (2. stupeň) a pokud ani toto nestačí (silná bolest), podávají se silné opioidy. U všech stupňů lze pro doplnění a zvýšení účinku základních analgetik, zvláště u těžkých bolestivých stavů, kombinovat s tzv. adjuvantními analgetiky (koanalgetika).

Nesteroidní antirevmatika – NSA, která lze považovat za velmi účinná analgetika, tlumí akutní bolest se stejnou pravděpodobností jako morfin. Jejich výhodou je, že nevzniká tolerance po dlouhodobém používání ani vznik fyzické závislosti. Nevýhodou je však riziko závažných gastrointestinálních nežádoucích účinků, obzvláště u starších osob nad 65 let. Preferenční inhibitory COX2 a selektivní inhibitory COX2 – koxiby mají sice nižší gastrointestinální toxicitu, nicméně jsou rovněž kontraindikovány u pacientů s aktivní peptickou vředovou chorobou, u osob s ICHS a anginou pectoris. Vzhledem k tomu, že léčba je většinou dlouhodobá, a toto onemocnění postihuje

převážně seniorskou populaci, indikujeme NSA, koxiby velmi obezřetně. Dále je nutné při volbě analgetik přihlídnout k polymorbiditě hlavně u seniorů.

V naší praxi se nám nejvíce osvědčila kombinace paracetamolu v jednotlivé analgetické dávce, tj. 650–1 000 mg a tramadolu v jednotlivé dávce 50–100 mg.

Nebo kombinace kodeinu 60 mg + paracetamol 650–1 000 mg, tato kombinace je dokonce na předním místě oxfordské ligy analgetik vyžděná v hodnotách NNT je < 2,9.

Subjektivní intenzitu bolesti hodnotíme podle VAS (0–10), dále hodnotíme spánek pacienta a toleranci medikace i nežádoucí účinky.

Pokud přetrvávají bolesti dle VAS více jak 4 dny a budí nemocného v noci, ordinujeme opioidy v kombinaci s adjuvancií. Farmakologický účinek opioidů se rozvíjí aktivací opioidních receptorů. Zakořeněné, přemrštěné obavy z vyvolání psychické závislosti jsou spolu s dalšími mýty o opioidech nejčastějšími příčinami nedostatečné léčby u silných bolestí. Na tuto neznalost doplácí pacienti zbytečným utrpením. Silné opioidy jsou plnými agonisty na mí receptorech a jsou určeny pro silné, neztížitelné bolesti, které nelze dostatečně zmírnit neopioidními analgetiky nebo slabými opioidy. Oxycontin pro svoji vysokou biologickou dostupnost po p. o. podání a agonizmem jak k mí, tak ke kappa rr. je vhodný i u pacientů s poruchami ledvinových a jaterních funkcí, protože je metabolizován na neaktivní metabolity. Odpověď nemocných na léčbu opioidy je vysoce individuální, a proto může být podkladem na provedení rotace (záměny jednoho opioidu druhým pro intoleranci nebo nedostatečnou účinnost).

Proto nemůžeme paušálně říci, pokud není terapie neopioidními či slabými opioidy účinná, ordinovat určitý opioid. Vždy je nutný individuální přístup spočívající ve volbě vhodné-

ho analgetika a postupně vytitrovat jak účinnou dávku, tak i farmakologickou formu aplikace (tbt., emp.).

Kazuistika Bércové vředy

Pacientka 75 let je na OLB léčena od r. 2003 pro nehojící se defekty kůže na obou DK. V r. 2003 přichází pro bolestivé kožní defekty jako následek ozařování pro calcar calcanei. Dále byla léčena na Klinice popálenin a rekonstrukční chirurgii pro nehojící se defekty po hlub. žil. trombóze, kde byla provedena necrektomie a autotransplanace. Následně prodělala opak. záněty žil obou DK, je po operaci varixů bilat.

Diagnózy: L97 Ulcus cruris chron v terénu PTS. Pacientka byla přechodně warfarinizovaná, před 2 roky prodělala CMP, před rokem došlo ke krvácení ze žaludku a vysazen warfarin a zahájená terapie LMWH. Defekty bérků byly opakovane plasticko-chirurgicky řešeny.

Objektivní nález nyní v oblasti vnitřního kotníku LDK je rozsáhlá páchnoucí, mokvající, ulcerace a další ulcerace je od zevního kotníku zasahující až na lat str. chodidla.

Komplikované nyní erysipelem v terénu bérkové ulcerace.

V anamnéze polymorbidita: hypertenzní nemoc, ischemická choroba DK, chron. žilní insuficience, DM na dietě. St. p. op. žaludečních vředů před 20 lety.

Analgetická léčba byla zahájena na našem odd. OLB v r. 2004 Tramalem, DHC, NSA a pro přetrvávání silných, pálivých a vystřelujících bolestí, lokalizovaných až k prstům LDK, byla nasazena medikace opioidy – oxycontin zpočátku v nízké dávce 10 mg á 12 hod. v kombinaci s koanalgetiky – antidepresivy (Amitirpyllin, Citalec), pak následovala opakovaná plasticko-chirurgická řešení v CA i spinální anestezii a analgezií a následně ordinovány opioidy v náplastové for-

mě – Durogesic v účinných dávkách až do dávky 250 µg/h á 72 hod. a vzhledem k ovlivnění neuropatické komponenty bolesti byl ordinován v r. 2005 neurontin s postupným navyšováním dle efektu a tolerance. Vzhledem k vzniku tolerance vysokých dávek fentanylu byla provedena rotace za Oxycontin v ekvivalentní dávce v kombinaci s koanalgetiky (Citalec, Paracetamol, Lyrica) na této medikaci je pacientka dodnes. Bolesti jsou t.č. pod kontrolou jen při převazech pro akutní bolest medikuje Sevredol tbt 10–20 mg.

V komplexní léčbě nelze opomenout terapii TENS pro zlepšení mikrocirkulace.

Závěr

Multifaktoriální etiologie bérkových vředů vyžaduje tedy komplexní léčbu – multidisciplinární tým specialistů. Je nutné vytvořit terapeutický plán, který bude řešit problém ulcus cruris ze všech jeho dimenzí s přihlédnutím rovněž na subjektivní potíže pacienta a jejich léčbu.

Neztížitelná bolest je jedním z hlavních stesků pacientů trpících při onemocnění bérkovými vředy, která má dopad na kvalitu života pacienta a často způsobuje invalidizaci.

Literatura

1. Fessard DA. Bolest. mechanismy a základy léčení. Praha: Grada, 1998: 48–188.
2. Opavský J. Stručný přehled farmakoterapie bolesti. Remedie 1995; 1–2: 71–83.
3. Striebel WH, a kol. Terapie chronických bolestí. Osveta, 1993: 36–37.
4. Rokyta R. Bolest, monografie algeziologie. Tigris, 2006.
5. Beubler E. Kompendium der medikamentösen Schmerztherapie. 2. Auflage. Wien: Springer Verlag, 2003.
6. Likar R. Schmerztherapie. Graz, 2003.

MUDr. Olga Haklová

Odd. léčby chronické bolesti, FN Brno

Jihlavská 20, 625 00 Brno

ohaklova@fnbrno.cz