

užívání opioidů. Ačkoli obecně neexistují absolutní kontraindikace pro užívání opioidů k léčbě chronické nenádorové bolesti u seniorů, je třeba opatrnosti k minimalizaci rizik, a to zejména u osob s komorbiditami a polypragmazií. Opioidy vykazují NÚ, kterým lze předcházet a které lze s určitou opatrností zvládnout. U seniorů se NÚ mohou lišit od mladších pacientů, zejména z hlediska klinického významu. Při zahájení léčby je pozorována vyšší míra NÚ, ale údaje naznačují, že jim lze při pečlivém sledování předcházet, a to i u seniorů (6–14). Přehled preventivních opatření proti typickým rizikům opioidů u seniorů je prezentován v Tabulce 1.

Častým NÚ spojeným s užíváním opioidů u seniorů je sedace. Obvykle se objevuje na začátku léčby a po několika dnech mizí. Kombinace opioidů a léků tlumících CNS mohou mít na sedaci aditivní vliv. U seniorů se během léčby může objevit zmatenost, případně halucinace. Ukazuje se, že méně často byly hlášeny u oxycodonu proti morfinu. Aktuální data ukazují, že vliv opioidů na kognici nejsou jednoznačné, nicméně toto riziko zejména při dlouhodobé terapii opioidy nelze vyloučit. U seniorů jsou opioidy dále spojeny se zvýšeným rizikem deliria. Nízké dávky a pomalá titrace mohou tomuto riziku zabránit. Užívání opioidů je u geriatrických pacientů spojeno s výrazně zvýšeným rizikem pádů a zlomenin kyčle. Toto riziko je závislé na dávce a je vyšší u krátce působících opioidů, zejména během prvních dvou týdnů léčby. Zlomeniny jsou v tomto kontextu spojené s vyšším rizikem pádů, což bývá nejčastěji způsobeno poruchou rovnováhy a závratěmi. U užívání opioidů u seniorů existuje riziko vzniku závislosti, i když v menší míře než u pacientů středního věku. Lékaři by se měli všech pacientů ptát na případné zneužívání návykových látek. Mezi další NÚ je nutno zmínit ospalost, možná závrať a bolesti hlavy. Rovněž sem řadíme i poruchy motorické koordinace, které se mohou objevovat po vyšších dávkách.

Nejčastější NÚ, který pociťuje přibližně 40% pacientů užívajících opioidy pro chronickou nenádorovou bolest, je zácpa. Na rozdíl od jiných účinků se tolerance na zácpu vyvolanou opioidy nevyvíjí. K prevenci nebo omezení střevní dysfunkce by měla být nasazena laxativa. Alternativně je u seniorů vhodná

formulace oxycodonu/naloxonu s prodlouženým uvolňováním. Nevolnost patří mezi časté NÚ, který se vyskytuje na začátku léčby a lze jí předcházet pomalejší titrací a v případě potřeby podáváním antiemetik.

U pacientů se může vyvinout tzv. opioidy indukovaná hyperalgezie, což je nociceptivní senzibilizace způsobená expozicí opioidům, kdy pacienti léčení opioidy jsou citlivější na bolestivé podněty. Jedním z řešení je přerušování léčby nebo zvážení např. buprenorfinu, který bývá spojen s nižším rizikem hyperalgezie vyvolané opioidy oproti jiným opioidům (15).

Respirační deprese je vzácná při dlouhodobé léčbě a vyskytuje se nejčastěji při změnách dávkování, chybách nebo nesprávném užívání. Respirační deprese se nevyskytuje při zahájení léčby v nízkých dávkách a při pomalé titraci.

Imunosuprese představuje účinek zprostředkovaný přítomností μ -opioidních receptorů v imunitních buňkách v CNS a zdá se, že morfin a fentanyl mají vyšší imunosupresivní účinky.

Neúmyslné předávkování může být u starších pacientů časté, a souvisí s nedostatečnou podporou pečovatele a správnou preskripční lékařské při titraci dávky. K dalším příčinám předávkování patří současné užívání alkoholu, nedostatečně léčená bolest a deprese (12–14, 16).

Preskripce opioidů u seniorů

Při léčbě opioidů u seniorů se doporučuje pravidlo „začít pomalu“. Léčba bývá zahájena zkušebním obdobím přibližně 4 týdny, načež by titrace měla být pozvolná s použitím razantně nižší dávky používané u dospělých, a to dle věku. Po zahájení nebo změně léčby se doporučuje provést třídní kontrolu snášenlivosti. Příliš pomalý postup je nepřijatelný a mohl by přispět k nedostatečné léčbě. Přejít na jinou látku může být indikován v případě nepříjemných vedlejších účinků nebo nedostatečné analgezie. Měla by být použita nejméně invazivní cesta podání, nejvhodněji perorální cestou, která zajistí relativně stále koncentrace v krvi. Transdermální podání může být upřednostněno v souvislosti se střídáním opioidů nebo změnou dávek nebo u pacientů, kteří nejsou schopni dodržovat pokyny, a u pacientů, kteří nejsou schopni polykat. Nutno vzpomenout, že náhlé vysazení je nevhodné, a to v rámci prevence rozvoje abstinenčních příznaků (17). Obecně lze zvážit preference nízké dávky sil-

ných opioidů před slabými opioidy, nicméně sdělení tohoto pravidla je omezeno intenzitou a typem bolesti. Slabé opioidy by mohly vyžadovat vyšší dávkování k dosažení adekvátní analgezie, což u seniorů determinuje NÚ. Neúmyslné předávkování může být u starších pacientů časté, často souvisí s nedostatečnou podporou pečovatele a odborností lékaře při rychlé titraci dávky (2, 18).

Tramadol má jiný mechanismus účinku než ostatní opioidy. Zejména při použití v kombinaci se selektivními inhibitory zpětného vychytávání serotoninu má tramadol potenciál způsobit život ohrožující riziko serotoninového syndromu. Dále je nutno si uvědomit, že existuje individuální variabilita účinnosti kodeinu závislá na metabolismu léčiva. U seniorů s poruchou funkce ledvin by se měl morfin používat s opatrností. Naopak důkazy o tapentadolu u seniorů stále chybí. Účinnost a profil NÚ tapentadolu v této věkové skupině jsou neznámé, zejména při dlouhodobém užívání. Protože však tapentadol nepodléhá metabolismu systémem cytochromu P-450, předpokládá se, že potenciál lékových interakcí je nízký (19, 20).

Závěr

Přestože byla v posledním desetiletí zavedena stávající řešení ke snížení nadměrného užívání opioidů včetně monitorovacích preskripčních programů, je k využití dalších prospěšných strategií léčby starších dospělých nutný mnohostranný přístup zahrnující účinnou spolupráci mezi lékárníky, pacienty a poskytovateli zdravotní péče. Léčba persistentní bolesti u seniorů je složitý úkol, protože je v této populaci přítomna řada komorbidit, polyfarmacie a fyziologická křehkost. Běžná rizika související s opioidy však lze minimalizovat individuálním přístupem při preskripci přízpůsobené zdravotnímu stavu a rizikovým faktorům pacientů.

Vzhledem ke zjištěným rizikům spojeným s užíváním opioidů je třeba vždy zvážit možné negativní účinky oproti důsledkům neléčené nebo částečně léčené bolesti. Důsledky nedostatečně léčené bolesti totiž mohou samy o sobě zhoršit život, a snížit nezávislost v každodenních činnostech. Důrazně se doporučuje začínat s nejnižší možnou dávkou a titrovat ji směrem nahoru na základě snášenlivosti a účinnosti. Za připomínku stojí, že i relativně nízké dávky silných opioidů mohou být účinné a bezpečné.