



This is a translation of core recommendations from the European clinical practice recommendations on opioids, published originally in the European Journal of Pain [here](#). The translation was undertaken by Adam Zalewski. The accuracy of the translation is the responsibility of the translators.

Jest to tłumaczenie kluczowych zaleceń z Europejskich zaleceń klinicznych dotyczących stosowania opioidów w przewlekłym bólu nienowotworowym, opublikowanych pierwotnie w European Journal of Pain, dostępnych pod [tym linkiem](#). Tłumaczenia podjął się lek. Adam Zalewski. Za poprawność tłumaczenia odpowiadają tłumacze.

Podsumowanie Europejskich zaleceń klinicznych dotyczących stosowania opioidów w przewlekłym bólu nienowotworowym

- Nawet jedna czwarta Europejczyków zgłasza dolegliwości w postaci przewlekłego bólu, z czego w około 80% przypadków ból ten nie jest związany z chorobą nowotworową. Ten ból określa się przewlekłym bólem nienowotworowym (CNCP, *ang. chronic noncancer pain*).
- Liczba recept na opioidy w niektórych krajach europejskich wzrosła w ciągu ostatniej dekady, co stało się powodem do niepokoju.
- Aby zapewnić Europejskie wytyczne dotyczące roli opioidów w CNCP, Europejska Federacja ds. Bólu opublikowała stanowisko oparte na dowodach naukowych i konsensusie, które zostało zweryfikowane przez międzynarodowych ekspertów. Stanowisko zostało opracowane przez osiem towarzystw naukowych i jedną organizację pacjentów.
- Nowe zalecenia mają na celu zapewnienie bezpieczniejszej i skuteczniejszej opieki osobom z CNCP, udzielenie lekarzom wskazówek dotyczących właściwego stosowania opioidów, a także zmniejszenie szkodliwego ich stosowania.

Kluczowe zalecenia

- Opioidów nie należy stosować jako leczenia pierwszego rzutu w leczeniu przewlekłego bólu nienowotworowego. Leczenie pierwszego rzutu w przewlekłym bólu nienowotworowym powinno obejmować próbę terapii nefarmakologicznej (np. ćwiczeń fizycznych, fizjoterapii, terapii psychologicznych) i/lub zastosowanie nieopiodowych leków przeciwbólowych.
- Leczenie opioidami można rozważyć jako część opieki drugiego rzutu, pod warunkiem że leczenie nefarmakologiczne i/lub wypróbowane nieopiodowe leki przeciwbólne są nieskuteczne, nietolerowane lub przeciwwskazane.
- Opioidów nie należy stosować w bólu pierwotnym. Pierwotny przewlekły ból to ból, który trwa dłużej niż trzy miesiące, powodując znaczny stres emocjonalny lub niepełnosprawność funkcjonalną, ale którego nie można wytłumaczyć innym, bardziej konkretnym, schorzeniem. Przykłady zespołów z występującym bólem pierwotnym obejmują fibromialgię, przewlekłą migrenę, zespół jelita drażliwego i niespecyficzny ból krzyża.
- Opioidy można rozważyć w przypadku przewlekłego bólu wtórnego, jako opcję drugiego lub trzeciego rzutu. Przewlekły ból wtórny to ból spowodowany określonym stanem medycznym, takim jak operacja lub uraz, choroba wewnętrzna, choroba mięśni, kości lub stawów lub uszkodzenie nerwów.
- Przy wyborze leczenia opioidami należy wziąć pod uwagę rodzaj przewlekłego bólu nienowotworowego (ból pierwotny lub wtórny), choroby współistniejące pacjenta (np. problemy ze zdrowiem psychicznym, historia

uzależnień), przeciwwskazania, preferencje pacjenta, cele leczenia, korzyści i szkody związane z leczeniem oraz stosunek korzyści do ryzyka dostępnych alternatywnych metod leczenia farmakologicznego.

- Rozpoczynając leczenie opioidami, należy uważnie monitorować pacjentów, a leczenie należy kontynuować tylko, jeśli nastąpi znacząca kliniczna poprawa w zakresie bólu i funkcjonowania codziennego, a poprawa przewyższy szkody i skutki uboczne.
- Rozpoczynając leczenie opioidami, należy zacząć od niskiej dawki i zwiększać ją powoli (*ang. start low and go slow*). Na początek należy przepisać najmniejszą skuteczną dawkę: odpowiadającą poniżej 50 miligramów morfiny (MME, *ang. morphine milligram equivalents*) na dobę. Należy również unikać zwiększania dawki powyżej 90 MME/dobę, a decyzja przekroczenia takiej dawki powinna być szczegółowo uzasadniona.
- Leczenie opioidami należy przerwać, jeśli cele ustalone na początku terapii nie są osiągane, jeśli wystąpią źle tolerowane zdarzenia niepożądane, jeśli cele terapii można osiągnąć za pomocą leczenia nieopiodowego, lub w związku z obawami o rozwój uzależnienia u pacjenta.
- Cały artykuł dostępny pod adresem: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ejp.1736>

Nowe zalecenia kliniczne dotyczące stosowania opioidów w leczeniu CNCP zostały zatwierdzone przez:

- European Pain Federation (EFIC)
- European Academy of Neurology (EAN)
- European Federation of Addiction Societies (EUFAS)
- European Federation of Psychologists' Associations (EFPA)
- European Psychiatric Association (EPA)
- European Region - World Confederation of Physical Therapy (ER-WCPT)
- European Society of Anaesthesiology and Intensive Care (ESAIC)
- European Society of Physical and Rehabilitation Medicine (ESPRM)
- European Society of Regional Anaesthesia & Pain Therapy (ESRA)
- Pain Alliance Europe (PAE)

Tłumaczenie/ translation: Adam Zalewski MD ORCID: 0000-0001-6212-1850