

Uzależnienie od opioidów

- Chorzy na nowotwory, szczególnie w zaawansowanym stadium choroby, często wymagają stosowania silnych leków przeciwbólowych, w tym analgetyków opioidowych. Substancje te nie są jednak wykorzystywane należycie ze względu na lęk i brak wiedzy – można wręcz mówić o opioidofobii, zarówno u lekarzy, jak i pacjentów. Nad tym tematem – miejscem opioidów w terapii bólu, mitami i faktami związanymi z tymi lekami – pochyla się autorka niniejszego artykułu



dr hab. n. med. Monika Rucińska

Klinika Medycyny Paliatywnej i Psychoonkologii, Katedra Onkologii, Collegium Medicum,
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

FARMAKOTERAPIA

Opioidowe leki przeciwbólowe są najsilniejszymi, a zarazem najskuteczniejszymi analgetykami stosowanymi w leczeniu bólu o średnim i dużym nasileniu. Większość pacjentów z nowotworami – ok. 50% chorych w czasie aktywnego leczenia i >80% w terminalnej fazie choroby – odczuwa dolegliwości bólowe i wymaga odpowiedniej terapii. Leczenie bólu powinno być i obecnie stało się już nieodłącznym elementem postępowania onkologicznego oraz opieki paliatywnej. Szacuje się, że blisko 75% pacjentów z nowotworem odczuwa wystarczająco silny ból, aby zasadne było podawanie leków opioidowych.

World Health Organization (WHO) opracowała i w 1986 r. po raz pierwszy opublikowała schemat leczenia bólu towarzyszącego chorobie nowotworowej (Cancer pain relief), powszechnie znany jako drabina analgetyczna. Podstawową zasadą leczenia bólu zgodnie z tym schematem jest stosowanie leków przeciwbólowych o różnym potencjale analgetycznym w zależności od nasilenia bólu. W przypadku dolegliwości o małym lub umiarkowanym nasileniu polecane są nieopiodowe leki przeciwbólowe (paracetamol, niesteroidowe leki przeciwzapalne [NLPZ], metamizol), przy umiarkowanym i średnim nasileniu – tzw. słabe opioidy (tramadol, kodeina), a średnim oraz dużym – tzw. silne opioidy (morfina, oksykodon, fentanyl, metadon, buprenorfina). Zazwyczaj istnieje konieczność dołączenia tzw. koanalgetyków (leki przeciwdepresyjne, przeciwdrgawkowe, przeciwłkowe). Jest to wyjątkowo prosty schemat pozwalający skutecznie uśmierzyć ból u zdecydowanej większości chorych na nowotwory.

Tolerancja na lek a uzależnienie i pseudouzależnienie

Przewlekłe zażywanie preparatów przeciwbólowych, w tym opioidów, może prowadzić do rozwoju tolerancji na lek, czyli konieczności stosowania coraz większych jego dawek do uzyskania podobnego efektu przeciwbólowego. Zazwyczaj jednak jest to pozorna tolerancja, ponieważ związana jest z progresją choroby i nasileniem bólu spowodowanego chorobą bądź leczeniem lub zmianami farmakokinetyki i/lub farmakodynamiki opioidów.

Czymś innym jest natomiast uzależnienie, które może mieć charakter fizyczny i być związane z potencjalnym zagrożeniem wystąpienia zespołu abstynencyjnego po odstawieniu leku, oraz psychiczny, co wiąże się z zachowaniami przymusowego poszukiwania i chęci zażycia substancji dla zaspokojenia potrzeb psychicznych, a nie w celu uśmierzenia bólu. Uzależnienie od leków jest nabytym stanem zaburzenia zdrowia – chorobą neurobiologiczną o nie do końca poznanym mechanizmie, spowodowaną powtarzającą się ekspozycją na farmaceutyk o właściwościach uzależniających. Stan ten charakteryzuje się okresowym lub stałym przymusem zażywania określonej substancji, co wpływa na zmianę zachowania. Osoba uzależniona odczuwa silną potrzebę, wręcz przymus, zażycia leku i traci kontrolę nad jego stosowaniem, dążąc do przyjęcia coraz większej dawki. Powtarzające się zażywanie farmaceutyków uzależniających prowadzi do neuroadaptacji, która ujawnia się pod postacią objawów charakterystycznych dla danej substancji.

Proces uzależnienia jest związany z wieloma czynnikami, w tym uwarunkowaniami genetycznymi, psychospołecznymi i środowiskowymi. Choroba ta prowadzi do poważnych, często trudnych do przewidzenia konsekwencji fizycznych, psychicznych i społecznych. Zaprzestanie przyjmowania leku wywołuje zaburzenia fizyczne i psychiczne, zwane objawami abstynencyjnymi.

Mechanizmem uzależnienia od różnych rodzajów substancji jest aktywowanie w mózgu tzw. układu nagrody, co powoduje uczucie przyjemności lub euforii. Drogi neuronalne tworzące układ kara-nagroda odgrywają kluczową rolę w kompulsywnym zażywaniu leków. Są one umiejscowione w obrębie dopaminowych układów limbicznych kory środkowej, znajdujących się w brzusznej części nakrywki śródmózgowia i biegnących w kierunku jądra półleżącego, jądra migdałowego i kory przedczołowej. Podłożem neuronalnym tzw. zjawiska wzmocnienia pozytywnego wywołanego opioidami jest pobudzenie neuronów dopaminergicznych i wzrost wydzielania dopaminy, co prowadzi do euforii. Opioidy pobudzają uwalnianie tego związku bezpośrednio przez zmniejszenie hamowania GABA-ergicznego w brzusznej części pokrywki oraz pośrednio dzięki połączeniu z receptorami opioidowymi w jądrze półleżącym.

Leki opioidowe należą do substancji o stosunkowo dużym potencjale uzależniającym. Istotnym czynnikiem sprzyjającym ewentualnemu uzależnieniu jest intencja ich zażywania. Jeżeli ktoś sięga po opioidy nie ze wskazań medycznych, ale w przypadku problemów psychologicznych lub w celu hedonistycznym, rozrywkowym, to pojawia się znaczne ryzyko uzależnienia. Natomiast nawet przy przewlekłym używaniu podobnych dawek tych leków w celu leczenia bólu, gdy dawkowaniem kieruje lekarz, a nie sam zainteresowany, nie dochodzi do faktycznego uzależnienia. Mogą pojawiać się działania niepożądane, a nawet objawy somatyczne uzależnienia, takie jak konieczność zwiększania dawek i objawy abstynencyjne, jednak chorzy nie przejawiają typowego dla pozostałych uzależnionych kompulsywnego poszukiwania opioidów – jest to tzw. uzależnienie jatrogenne. Natomiast zachowania spowodowane zbyt niskimi dawkami analgetyków opioidowych lub zbyt rzadkim ich podawaniem noszą nazwę pseudouzależnienia, ponieważ nie wynikają z chęci przyjmowania nadmiernej ilości leku, a jedynie dawki odpowiednio dostosowanej do nasilenia bólu.

Uzależnienie od opioidów, jak każde inne w przypadku tego typu substancji, cechuje rozregulowanie układów odpowiedzialnych w mózgu za procesy motywacyjne i mechanizmy nagrody. Powstaje przyzwyczajanie, rozwija się nawyk zażywania, a później nadużywania, wreszcie pożądanie oraz mechanizmy poszukiwania substancji, aż do nieopanowanego pragnienia jej zażycia i niepokoju związanego z jej brakiem. Towarzyszy temu nasilenie poziomu stresu oraz zaburzenie funkcji kognitywnych. Stopniowo rozwija się tolerancja na działanie opioиду. Może dochodzić do pojawiania się nasilonych działań niepożądanych.

Szybciej uzależniają opioidy silniej euforyzujące, np. heroína, niż mniej euforyzujące, typu buprenorfina. Im krótszy jest czas działania opioidu, tym większe zachodzi ryzyko

uzależnienia – wyższym potencjałem uzależniającym cechuje się m.in. heroina, mniejszym zaś np. metadon. Dlatego w leczeniu bólu przewlekłego zaleca się stosowanie preparatów o długim działaniu w formie kontrolowanego uwalniania. Znaczenie ma również droga podawania. Opioidy podawane dożylnie uzależniają szybciej niż przyjmowane doustnie czy przezskórnie. Na uzależnienie od opioidów stosowanych w leczeniu silnego bólu bardziej narażone są osoby wcześniej nadużywające alkoholu, przyjmujące w celach narkotycznych substancje psychoaktywne i stosujące przewlekle środki nasenne. Czynnikiem zwiększającym ryzyko uzależnienia psychicznego osoby zażywającej analgetyki opioidowe jest też niezrozumienie istoty terapii przewlekłego bólu i brak współpracy z lekarzem oraz innym personelem medycznym.

Częściej uzależnieniu od opioidów ulegają mężczyźni niż kobiety, a także osoby młodsze niż starsze. Przebyta lub aktualna choroba psychiczna (w tym depresja, zaburzenia lękowe) jest także jednym z czynników podwyższających ryzyko.

Działania niepożądane opioidów

Opioidy, podobnie jak wszystkie inne leki, wywołują oczywiście wiele działań niepożądanych, które nie powinny być jednak mylone z objawami ewentualnego uzależnienia. Najczęściej występującymi działaniami niepożądanymi opioidów są: zaparcia, nudności i wymioty, senność. Do rzadszych lub sporadycznych natomiast zaliczają się: koszmary senne, halucynacje, splątanie, dezorientacja, świąd skóry, hiperalgezia, nadmierna potliwość, suchość w jamie ustnej, zatrzymanie moczu, zaburzenia równowagi, supresja hormonalna, immunosupresja, depresja oddechowa. Nudności i wymioty zazwyczaj ustępują po 7-10 dniach, senność już po 2-3. Natomiast nie rozwija się tolerancja na zaparcia – zazwyczaj towarzyszą one stosowaniu opioidów. W znacznej większości przypadków działania niepożądane pozostają na poziomie akceptowalnym przez pacjenta. Mniej więcej 10-20% leczonych nimi uznaje działania niepożądane za znacznie uciążliwe, co prawdopodobnie jest związane z brakiem stosowania skutecznych farmakologicznych środków przeciwdziałających działaniom niepożądanym. Może też się wiązać z uprzedzeniami oraz z brakiem dostatecznej informacji i wsparcia.

Uzależnienie od opioidów może mieć charakter zarówno psychiczny, jak i fizyczny. Objawami uzależnienia psychicznego są:

- pobieranie substancji w większych ilościach i dłużej, niż było to konieczne i zamierzone
- nieskuteczne próby ograniczania lub zaprzestania pobierania substancji
- silny głód opioidu
- silna potrzeba, wręcz przymus zażycia leku
- trudności w kontrolowaniu ilości przyjmowanej substancji
- tolerancja – konieczność przyjmowania coraz większych dawek w celu uzyskania tego samego efektu
- zaniedbywanie obowiązków społecznych i zawodowych oraz relacji ze względu na przyjmowanie leku
- poświęcanie coraz większej ilości czasu i energii na pozyskiwanie substancji

- starania, by jak najdłużej być pod wpływem substancji
- kontynuowanie zażywania substancji mimo świadomości sytuacji uzależnienia oraz powodowanych przez nie szkód fizycznych, psychicznych i społecznych.

Objawem uzależnienia fizycznego jest tzw. zespół abstynencyjny, który pojawia się u chorego po odstawieniu opioidów. Symptomami obiektywnymi uzależnienia fizycznego są:

- rozszerzenie źrenic
- tachykardia
- wzrost ciśnienia tętniczego
- wzrost temperatury ciała
- nadmierna potliwość
- zaczerwienienie skóry
- gęsia skórka
- nadmierna produkcja łez
- wysięk z nosa
- kichanie
- ziewanie
- biegunka
- wymioty
- zaburzenia snu.

Do objawów subiektywnego uzależnienia fizycznego należą:

- głód leku
- niepokój
- drażliwość
- napady złości
- osłabienie
- apatia
- nudności
- bóle brzucha
- bóle stawów, mięśni i kości.

Długotrwałe przyjmowanie opioidów przez pacjentów z nowotworami prowadzi do uzależnienia fizycznego, a nagłe przerwanie przewlekłej terapii opioidowej może spowodować wystąpienie charakterystycznych objawów zespołu abstynencyjnego oraz nasilenie/powrót objawów bólowych. Fizyczna zależność pojawia się jako normalny objaw przewlekłej ekspozycji na daną substancję. Osoba zależna fizycznie od danego leku odczuje objawy odstawienia, gdy dawka zostanie raptownie zmniejszona lub terapia zostanie przerwana. Jeżeli istnieje bezwzględna konieczność odstąpienia od stosowania opioidów, efekty odstawienia mogą być zmniejszone dzięki zastosowaniu preparatów przeciwbólowych z innej grupy oraz preparatów substytucyjnych.

Zespół abstynencyjny u chorego na nowotwór leczonego opioidami, u którego nagłe odstawiono leki analgetyczne, zazwyczaj nie zagraża jego życiu. W przypadku silnych wymiotów i biegunki może dojść do odwodnienia. Więcej dolegliwości i kłopotów sprawiają subiektywne objawy uzależnienia. W przypadku wystąpienia zespołu abstynencyjnego po przerwaniu przyjmowania opioidów u chorego na nowotwór należy zastosować leczenie objawowe, uzupełnić ewentualne niedobory płynów i elektrolitów, podać leki uspokajające, nasenne, przeciwłukowe, neuroleptyki.

Jeżeli zachodzi potrzeba odstawienia opioidów, np. gdy leczenie niefarmakologiczne przyniesie zmniejszenie dolegliwości

FARMAKOTERAPIA

bólowych (np. radioterapia zmian przerzutowych w kościach), należy do tego podchodzić stopniowo, zmniejszając dawkę o ok. 15-20% przez kolejne dni.

Terapia lekami opioidowymi – zasady stosowania

Nadużywanie leków opioidowych przez pacjentów cierpiących z powodu bólu nowotworowego jest bardzo rzadkie – szacuje się, że dotyczy 1-2% leczonych. W terminalnej fazie choroby nowotworowej, nawet jeśli chory domaga się opioidów, nie jest to sytuacja problematyczna – prawdopodobnie wymaga on większej dawki leku ze względu na postęp choroby i nasilenie dolegliwości, a jednym z głównych celów leczenia paliatywnego jest właśnie uśmierzanie bólu. Systematyczne zwiększanie dawki analgetyku opioidowego jest wówczas jak najbardziej właściwe i celowe.

Brak jest doniesień określających rzeczywistą częstość występowania uzależnienia od opioidów u osób je stosujących w leczeniu bólu nowotworowego. Uważa się, że do uzależnienia psychicznego dochodzi sporadycznie, rzadziej niż u 1% leczonych. W przypadku pacjentów z przewlekłym bólem pochodzenia nienowotworowego dane dotyczące ryzyka rozwoju uzależnienia też są niejednoznaczne – prawdopodobieństwo wystąpienia jatrogennego uzależnienia psychicznego szacuje się na 3-5%.

Uzależnienia od opioidów w ogóle nie należy się obawiać u chorych z zaawansowaną chorobą nowotworową. Niebezpieczeństwo nadużywania przez nich leków w okresie terminalnym jest niewielkie i praktycznie nie ma znaczenia klinicznego. Pewną ostrożność należy zachować u osób, które mają przewidywany długi czas życia. Ryzyko nadużywania analgetyków opioidowych może stać się problemem medycznym ze względu na zmianę przebiegu choroby nowotworowej – obecnie, dzięki postępowi medycyny, staje się ona chorobą przewlekłą, a pacjenci żyją wiele lat od rozpoznania nowotworu. Wymagają czasami długotrwałego leczenia przeciwbólowego w związku z utrzymującymi się bólami wywołanymi chorobą. Rośnie też liczba osób, które zostały wyleczone z choroby nowotworowej. Czasami cierpią one z powodu przewlekłych dolegliwości bólowych wywołanych nie tyle samą chorobą nowotworową, ile przebytym leczeniem (np. zrosty po operacji, uszkodzenia nerwów po chemioterapii, zwłóknienia tkanek miękkich i nerwów po radioterapii). Oздrowienie chciałoby wrócić do normalnego życia – skuteczne leczenie przeciwbólowe jest tu konieczne i powinno stanowić wręcz element rehabilitacji. Terapia przeciwbólowa u chorych na nowotwory i osób wyleczonych z nowotworu staje się więc procesem długotrwałym, przewlekłym. Celem jest nie tylko łagodzenie dolegliwości bólowych, lecz także przywrócenie sprawności i poprawa jakości życia. Dolegliwości bólowe długo chorujących na nowotwór i pacjentów po leczeniu onkologicznym często są zmienne – nasilenie bólu okresowo może wzrastać lub maleć, co stanowi duże wyzwanie dla lekarza leczącego ból. Poddawani przewlekłej terapii nie zawsze współpracują z lekarzem, niekiedy nie stosują się do zaleceń, zaniedbują przyjmowanie leków lub ich nadużywają. Te trudności w połączeniu ze specyficznymi właściwościami analgetyków opioidowych

stwarzają realne zagrożenie nieprawidłowego stosowania opioidów, a nawet utraty kontroli nad ich zażywaniem.

Podobne problemy dotyczą stosowania opioidów u chorych z przewlekłymi bólami pochodzenia nienowotworowego. Długotrwałość leczenia opioidami jest czynnikiem ryzyka powstania uzależnienia. Lekarze podejmujący i prowadzący taką terapię powinni mieć odpowiednie doświadczenie w stosowaniu analgetyków opioidowych, zachować szczególną ostrożność i wykazywać się dużą odpowiedzialnością.

Zasady pozwalające zmniejszyć ryzyko uzależnienia od opioidów są następujące:

- leczenie bólu zgodnie z zasadami drabiny analgetycznej WHO i zaleceniami towarzystw naukowych
- dostosowywanie rodzaju leku i jego dawki do natężenia bólu
- unikanie stosowania opioidów szybko i krótko działających jako podstawy przewlekłego leczenia bólu
- odpowiednie miareczkowanie dawki opioidu
- stopniowe zwiększanie dawki opioidu
- zwracanie uwagi na sytuacje wymagające szybkiej eskalacji dawki opioidu
- ostrożne stosowanie opioidu u osób uzależnionych od innych substancji (np. od alkoholu, dopalaczy, benzodiazepin i innych substancji psychoaktywnych)
- unikanie kojarzenia opioidów z lekami, które mogą wywoływać euforię (np. tianeptyna)
- ścisłe monitorowanie rodzaju i ilości zażywanych przez pacjenta opioidów
- zwracanie uwagi na zachowania, które mogą sugerować uzależnienie.

Opioidofobia u lekarzy i chorych

W Polsce stosuje się stosunkowo mało silnie działających leków przeciwbólowych, w tym opioidów, w porównaniu z innymi państwami europejskimi. Istnieją uzasadnione obawy, że opioidy zbyt rzadko przepisywane są chorym cierpiącym z powodu bólu nowotworowego. Nadal wśród pacjentów i ich rodzin, ale także wśród lekarzy, panują mity i lęki związane ze stosowaniem tych substancji. Leki opioidowe powszechnie, nawet w środowisku medycznym, nazywane są niesłusznie narkotykami. Wciąż obserwowana jest opioidofobia, czyli nadmierne obawy przed ryzykiem związanym z zażywaniem opioidów, uniemożliwiająca właściwe stosowanie tych leków ze wskazań medycznych. Objawia się to tym, że lekarze, kierując się nieuzasadnionymi przekonaniem i obawami, nie przepisują leków opioidowych. Podobnie sami chorzy i ich opiekunowie są źle nastawieni do tych farmaceutyków – boją się ich stosowania i niechętnie godzą się na ich wprowadzenie do terapii. Większość obaw pacjentów, ich bliskich i samych lekarzy nie ma racjonalnego uzasadnienia. Chorzy i ich bliscy często uznają morfinę i inne opioidy za bardzo silne leki, zarezerwowane tylko do szczególnych, bardzo poważnych sytuacji i niejednokrotnie jednoznacznie kojarzą stosowanie morfiny ze złym rokowaniem, a nawet ze zbliżającą się nieuniknioną śmiercią. Sami pacjenci najczęściej obawiają się działań niepożądanych opioidów, w tym śmierci wywołanej przez ich przyjmowanie, a także uzależnienia, które bezpośrednio kojarzą z narkotykami.

Obawy związane ze stosowaniem opioidów dodatkowo podsycają liczne doniesienia medialne mówiące o tym, że w USA od kilkunastu lat trwa dyskusja nad zbyt częstym i chętnym sięganiem po te leki, czego skutkiem jest duża i stale rosnąca liczba osób od nich uzależnionych. Badanie M. Graczyka wykazało, że obawy lekarzy wynikają często z niedostatecznej wiedzy na temat leczenia bólu i samych analgetyków opioidowych (tak odpowiedziało 50% badanych lekarzy). Lekarze ponadto wskazywali na lęk przed objawami niepożądanymi, w tym niewydolnością oddechową (64% respondentów), a także uzależnieniem (12% badanych). Natomiast prawdą jest, że objawom niepożądanym opioidów można skutecznie przeciwdziałać, a część z nich ustępuje samoistnie po kilku dniach. Dawka morfiny nie ma wpływu na czas przeżycia chorego. Zatrzymanie oddychania u pacjentów leczonych opioidami występuje bardzo rzadko – w zasadzie jest nieobserwowane w sytuacji prawidłowo prowadzonego leczenia przeciwbólowego. Opioidofobia lekarzy i chorych skutkuje niewłaściwym leczeniem bólu – często analgetyki opioidowe włączane są zbyt późno i w zbyt małych dawkach.

Punktem zwrotnym w stosowaniu opioidów w leczeniu przewlekłego bólu nowotworowego były wspomniane wytyczne WHO opublikowane w 1986 r. Zgodnie z nimi leki opioidowe są zalecane w leczeniu umiarkowanego i silnego bólu związanego z chorobą nowotworową. Znaczące zmniejszenie nasilenia dolegliwości lub całkowite ustąpienie jest obserwowane u >90% pacjentów w prawidłowy sposób leczonych opioidami.

Raport z 1986 r. sugerował, że opioidy nie są wykorzystywane należycie ze względu na lęk i brak wiedzy. Dlatego też w kolejnych latach WHO, a także liczne gremia naukowe, starały się przeciwdziałać opioidofobii i wskazywać na szczególne miejsce tych substancji w leczeniu bólu nowotworowego. W wielu krajach powstały standardy i wytyczne odnośnie do sposobu leczenia bólu i właściwego wykorzystania analgetyków opioidowych w jego uśmierzaniu, zwłaszcza w chorobie

nowotworowej. Leczenie opioidami jest umiejętnością i sztuką. Dzięki badaniom naukowym i klinicznym udało się ustalić optymalny sposób ich podawania, w jaki sposób określić odpowiednią dawkę i zasady jej systematycznego zwiększania, a także reagowania na działania niepożądane, kojarzenie opioidów z nieopiodowymi lekami przeciwbólowymi, adiuwantowymi oraz rotacji opioidów.

Podsumowanie

Pacjenci z nowotworami, szczególnie w zaawansowanym stadium choroby, często wymagają stosowania silnych leków przeciwbólowych, w tym analgetyków opioidowych. Obawa o uzależnienie od opioidów okazuje się bezpodstawna. Do uzależnienia u chorych na nowotwory od tych leków dochodzi niezwykle rzadko, a ryzyko ewentualnego jego wystąpienia nie przewyższa korzyści, które daje stosowanie opioidów w terapii silnych dolegliwości bólowych. Błędem jest utożsamianie farmakologicznej właściwości leku podawanego przez dłuższy czas, polegającej na możliwości wystąpienia zespołu abstynencji po jego odstawieniu (uzależnienie fizyczne), z zespołem zachowań charakterystycznych dla narkomanii (uzależnienie psychiczne). Mity związane ze stosowaniem opioidów, w tym lęk przed uzależnieniem, są przyczyną niewystarczającego – zbyt późno włączanego i często w zbyt niskich dawkach – stosowania opioidów u pacjentów cierpiących z powodu bólu nowotworowego. Konieczna jest właściwa kwalifikacja do leczenia analgetykami opioidowymi i odpowiednie monitorowanie terapii przeciwbólowej. Stosowanie leków przeciwbólowych powinno być zgodne z zaleceniami WHO i towarzystw naukowych.

Adres do korespondencji:
dr hab. n. med. Monika Rucińska
Klinika Medycyny Paliatywnej i Psychoonkologii
Katedra Onkologii, Collegium Medicum,
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie
al. Wojska Polskiego 37, 10-228 Olsztyn
e-mail: m_rucinska@poczta.onet.pl

© 2023 Medical Tribune Polska Sp. z o.o.

ABSTRACT

Opioid addiction

Cancer patients, especially those with advanced cancer, often require potent analgesics, including opioids. Concerns about the development of opioid addiction in these patients are groundless. Opioid dependence in cancer patients is extremely rare, and the risk of possible addiction does not outweigh the benefits from opioid therapy for severe pain. It is a mistake to equate a drug's pharmacological ability to induce an abstinence syndrome upon withdrawal after prolonged dosing (physical dependence) with a set of behaviours characteristic of drug addiction (psychological addiction). Such myths surrounding opioid use, including a fear of addiction, are the reason why opioids are underused (started too late and in insufficient dosages) in patients with cancer pain. Patients should be correctly qualified for treatment with opioid analgesics and monitored appropriately during the treatment. The use of analgesics should follow recommendations of the WHO and scientific societies.

Zalecane piśmiennictwo

- Ballantyne JC. Błędy w stosowaniu opioidów u pacjentów z bólem nowotworowym. Med Dopl 2009;6
- Bezpieczne stosowanie opioidów: co należy wiedzieć. file:///D:/2023%20UZALE%20C5%BBNIENIE%20D%20OPIOID%C3%93W/A.document.pdf
- Cleary JF, Maurer MA. Pain and Policy Studies Group: Two decades of working to address regulatory barriers to improve opioid availability and accessibility around the world. J Pain Symptom Manage 2018;55(2S):S121-34
- Deandrea S, Montanari M, Moja L, et al. Prevalence of undertreatment in cancer pain. A review of published literature. Ann Oncol 2008;19(12):1985-91
- Graczyk M, Krajnik M. Czy nasza wiedza na temat leczenia bólu i stosowania opioidów jest wystarczająca? Med Paliat Prakt 2014;8:1-10
- Kamieński Ł. Ból po amerykańsku. Dramat opioidowy w pięciu aktach. Studia Krytyczne 2018;6:31-44
- O'Brien T, Christrup LL, Drewes AM, et al. European Pain Federation position paper on appropriate opioid use in chronic pain management. Eur J Pain 2017;21(1):3-19
- Przewłock R. Mechanizmy uzależnienia od analgetyków opioidowych. Med Paliat Prakt 2017;11(2):5-56
- Rucińska M, Kieszowska-Grudny A, Sugajska A, et al. Wiedza studentów na temat stosowania opioidów w leczeniu przewlekłego bólu występującego u chorych na nowotwory. Palliat Med Pract 2018;12(2):106-17
- World Health Organization. Cancer Pain Relief. WHO, Geneva 1986