

Päihdeongelman kivunhoito

Ulrich Tacke

Lääkevasteen heikkeneminen (toleranssi) ja fyysinen riippuvuus, joka ilmenee vieroitusoireina lääkkeen äkillisen lopettamisen jälkeen, ovat pitkäaikaisen opioidilääkityksen tavallinen seuraus, joka riippuu opioidiannosten suuruudesta ja hoidon kestosta.¹ Nämä farmakologiset ilmiöt johtuvat neuroadaptiivisista, keskushermoston plastisuuteen liittyvistä reseptoritason muutoksista.² Psykkisen riippuvuuden ja psykososiaalisten ongelmien, eli addiktion, kehittymisvaara on syytä pitää mielessä, mutta nykyäskäytön mukaan asianmukainen opioidilääkitys johtaa vain harvoin väärinkäyttöön² tai sitäkin vakavampaan, ICD-10 luokittelun mukaiseen opioidiriippuvuuteen. Opioidiriippuvuuden syntymiseen tarvitaan yleensä muita riskitekijöitä, joita ovat esimerkiksi addiktioon altistava perimä ja psykososiaalinen ympäristö.^{2,3}

Myös lääkkeen annostelu vaikuttaa riskiin. Iatrogeenisen opioidiriippuvuuden riskitekijöitä ovat lyhytvaikutteisten opioidijohdannaisien käyttö ja parenteraalinen antotapa. Pseudoaddiktioksi kutsutaan tilannetta, jossa lääkeainehakuisuus ja muu riippuvuudelle tyypillinen käyttäytyminen johtuu liian pienestä annoksesta ja/tai liian lyhyestä hoidosta sekä siitä seuraavasta riittämättömästä kivunlievityksestä.¹

Tärkeä kroonista kivunhoitoa komplisoiva tekijä on opioidihoitoon liittyvä kipuaistimuksille herkistyminen (opioid induced hyperalgesia, OIH).^{4,5} Tarkka erotusdiagnoosi tämän neuroplastisen muutoksen ja toleranssin välillä on tärkeä. OIH:ssa, toisin kuin toleranssissa, annoksen nosto voi lisätä kipuja ja annoksen pienentäminen on kliinisesti indikoitu. Potilaalle voi olla vaikeuksia ymmärtää tätä kliinistä ongelmaa ja siihen liittyviä hoidollisia ratkaisuja. Erityisen haastavaksi asetelma muuttuu, jos potilaalla on yhteistyötä haittaava persoonallisuushäiriö tai muu psykkinen sairaus. Kaikissa komplisoituneissa tapauksissa hoitoa on syytä suunnitella kipuklinikan moniammatillisessa työryhmässä, jossa on edustettuna myös päihderiippuvuussairauksien erikoisosaamista.^{1,6,7}

Mielenterveyspotilaan kivunhoito

Mielenterveyspotilaan kroonisen kivun hoidossa tarvitaan psykiatrin tilannearviota ennen opioidien aloitusta. Kroonisen kivun hoidossa potilaan lääkkeiden ja/tai alkoholin väärinkäyttö on suhteellinen vasta-aihe opioidien käytölle.¹ Toisaalta, akuutissa kivunhoidossa riittävä analgeettinen lääkitys on tärkeä myös potilaan päihdeongelman kannalta, koska voimakkaan kivun aiheuttama stressi yhdessä kivulle herkistymisen kanssa voi lisätä huumeiden ja/tai muiden päihteiden käyttöä.² Erityisesti opioidiaddiktiostaan toipuneen, tai juuri siitä toipumassa olevan potilaan, alihoidettu kipu voi laukaista käyttörelapsin ja uuden käyttökierteen.

Korvaushoitopotilaan akuutin kivun hoito

Korvaushoito metadonilla tai buprenorfinilla on opioidiriippuvuuden tuloksellinen hoitomuoto.⁸ Suomessa tämän hoidon toteutuksessa on noudatettava asetuksessa (33/2008) mainittuja ohjeita ja rajoituksia.⁹ Maassamme vain 20–25 % opioi-

diriippuvaisista saa korvaushoitoa, ja tämä osuus on suhteellisen alhainen EU-alueen keskiarvoon (40 %) verrattuna. Vuonna 2007 korvaushoitoa sai Suomessa 1200 potilasta, joista 540 oli metadoni- ja 660 buprenorfiinihoidossa.¹⁰ Nyt korvaushoitosten kokonaismäärä ja varsinkin buprenorfiinihoitoa saavien lukumäärä on jonkin verran suurempi. Suurin osa korvaushoitoa saavista on nuoria aikuisia ja heidän yleinen sairastavuutensa on vähintään samaa luokkaa kuin tässä ikäluokassa yleensä, mutta heidän riskinsä joutua onnettomuuteen tai pahoinpitelyn uhriksi on suurempi.

Korkealla metadoni- (80–120 mg) tai buprenorfiiniannoksella (8–24 mg) toteutetun, kliinisesti toimivan korvaushoidon estovaikutus vieroitusoireisiin ja huumehimoon (craving) kestää suhteellisen pitkään ja mahdollistaa annostelun kerran vuorokaudessa (buprenorfiinin kohdalla joskus jopa 48 tunnin välein). Lääkityksen avulla potilaan olotila tasapainottuu ilman merkittävää euforista vaikutusta.⁸ Sen sijaan lääkkeiden analgeettinen vaikutus on huomattavasti lyhyempi. Tästä johtuen opioidikorvaushoito ei pysty takamaan jatkuvaa kivunlievitystä, vaan kovan kivun hoito vaatii usein opioidianalgesiaa esim. morfiinilla tai fentanyyllillä⁶ korvaushoidosta huolimatta. Koska myyreseptorit ovat saturoituneet korkeasta korvaushoitoannoksesta johtuen, lisälääkityksenä annetut opioidianalgeetit eivät aiheuta euforiaa.

Lisääntyneestä kipuherkkyydestä ja opioiditoleranssista johtuen korvaushoidossa olevalle potilaalle tarvittavat opioidiannokset saattavat kasvaa hyvinkin suureksi ja tarpeelliset annosvälit voivat olla varsin lyhyitä. Yleensä suuret kokonaismääräannokset ovat kuitenkin turvallisia, koska korkea toleranssi suojaa kliinisesti merkittävästä hengityslamalta ja toisaalta itse kipu stimuloi hengityskeskusta.⁵ Tästä huolimatta hoidon aikana on tärkeä seurata hengitystä ja tajunnantasoja. Aina on myös syytä varautua naloksonin antoon. Arviossa on huomioitava, että korvaushoidossa olevan akuuttipotilaan todellista opioidien käyttöä ennen hoitoon tuloa ei voi koskaan tarkkaan tietää, koska siihen saattaa sisältyä myös huumeikäyttöä.

Pelko opioidihuumeiden iv-käytön relapsiväärästä saattaa johtaa pidättyväisyyteen opioidianalgeettien käytössä. Kirjallisuuden mukaan näyttää kuitenkin siltä, että kovassa akuutissa kivussa suurempi relapsiväärä johtuu ensisijaisesti alihoitotusta kivusta ja sen aiheuttamasta stressistä kuin hallitusta kivun hoidosta.¹¹ Toinen väärinkäytölle altistava ongelma voi johtua siitä, että avohoidossa määrätty peroraalinen opioidiannos ei ole riit-

tävän suuri kipua lieventämään ja potilas sortuu hänelle määrätyn lääkityksen osittaiseen tai kokomääräiseen suonensisäiseen väärinkäyttöön. Silloin potilaan päällimmäisenä motiivina on pyrkimys saada laillisesta opioidilääkityksestä hänelle riittävä analgeettinen annos hyödyntämällä iv-käytöstä saatavaa korkeampaa hyötöosuutta.

Metadonikorvaushoidossa olevan potilaan kivunhoito

Ennen opioidilääkityksen aloitusta on syytä varmistaa tieto potilaan saamasta korvaushoidosta (annos, lääkitysintervalli, viimeinen lääkitysajankohta) konsultoimalla hoidosta vastaavaa yksikköä.⁶ Kivunhoitajakson aikana käytössä oleva metadoniannos pidetään vakiona, jos peroraalinen anto on mahdollinen. Suomessa parenteraalisesti annosteltavaa metadonia ei ole saatavilla, joten jos suunkautta annostelu ei onnistu, metadoni joudutaan korvaamaan muilla opioideilla (morfiini, fentanyyli, oksikodoni) ekvivalenttiannoksia käyttäen.

Buprenorfiinikorvaushoito

Hoidettaessa buprenorfiinikorvaushoitopotilaan akuuttia kipua on otettava huomioon buprenorfiinin agonisti/antagonistiluonne sekä aineen korkea myyreseptoriaffiniteetti ja hidas irtautuminen sidoksesta. Tilapäinen 10–20 %:n lisäys buprenorfiinin vuorokausiannokseen ja tarvittaessa parenteraalinen anto voi olla riittävä lieventämään keskivaikeaa kipua. Jos tila vaatii tehokkaampaa analgesiaa, buprenorfiinikorvaushoito keskeytetään ja korvataan pitkävaikutteisella opioidilla, ensisijaisesti metadonilla. Lämpökipun hoito voi vaatia lisälääkitystä lyhytvaikutteisilla opioideilla. Akuutin vaiheen jälkeen, vaihdettaessa pitkävaikutteisesta opioidista takaisin buprenorfiiniin, on pidettävä tauko edellisen annoksen jälkeen. Tauon kesto riippuu käytetyn lääkkeen puoliintumisajasta ja on erityisen pitkä (24 tuntia) metadonikäytön jälkeen. Siirtyessä täysagonistista buprenorfiiniin on aina varauduttava mahdollisuuteen, että ensimmäinen buprenorfiiniannos johtaa vieroitusoireisiin.⁶

Lopuksi

Akuutin kivun hoidossa opioidilääkitystä annostellaan kliinisen vasteen mukaisesti. Subkroonisen ja kroonisen kivun hoidossa analgeettinen opioi-

dilääkitys on syytä pitää ”listalääkkeenä”, jotta vältettäisiin alihoidtoa ja läpilyöntikipua.⁵ Silloin vältetään myös annosten kasvu, jonka taustalla saattaa olla potilaan toive päihdyttävästä vaikutuksesta. Kroonisen kivun hoidossa, jossa opioidiannos on kasvanut suureksi ja hoitoon sitoutuminen on ollut vaikeaa, voi olla parasta hoitaa potilasta huumepotilaan korvaushoitoa vastaavalla tavalla. Silloin ulkopuolinen kontrolli (säännölliset vastaanottokäynnit, huumeeseulat, kivun voimakkuuden arviointi, tarvittaessa valvottu lääkkeen anto, kirjallinen hoitosopimus) antaa hoidolle selkeät raamit ja pienentää riskiä lääkkeiden väärinkäytölle ja/tai välittämislle toisille.⁶

Kuten kivun hoidossa yleensä, niin myös päihdeongelmaisten kohdalla kannattaa käyttää määrätietoisesti muita analgeettiseen hoitoon kuuluvia menetelmiä^{1,2} (nonfarmakologinen hoito, ei-opiodilääkehoito, puudutukset mahdollisuuksien mukaan, opioidi-adjuvanttilääkkeet esimerkiksi trisykliset masennuslääkkeet, pregabaliini ym.).

Potilastyössä on aina pidettävä mielessä, että akuutin ja kroonisen kivun hoito on tärkeää ja eettisesti perusteltua päihdeongelmasta huolimatta. Siihen liittyvät vaikeudet ja erikoisosaimisen tarve eivät saa estää hyvän kivunhoidon kliinistä toteutusta. □

Kirjallisuutta

1. Kalso E. Käytännön opioidihoito. Kirjassa: Kalso E, Paakkari, P, Forsell M. (toim.) Opioidit pitkäkestoisessa kivussa. Kapseli, 2. uudistettu painos, 2009.
2. Hamunen K, Kontinen VK. Opioidiriippuvaisen potilaan kivun hoito. Suomen Lääkärelehti 2007; 62: 2375–2380.

3. Kreek MJ, Nielsen DA, Butelman ER, LaForge KS: Genetic influences on impulsivity, risk taking, stress responsivity and vulnerability to drug abuse and addiction. *Nature Neuroscience* 2005; 8: 1450–1457.
4. White JM. Pleasure into pain: the consequence of long-term opioid-use. *Addict Behavior* 2004; 29: 1311–1324.
5. Alford DP, Compton P, Samet JH. Acute pain management for patients receiving maintenance or buprenorphine therapy. *Ann Intern Med* 2006; 144: 127–134.
6. Latt N, Conigrave K, Saunders JB, Marshall EJ, Nutt D. *Addiction Medicine, Oxford Specialist Handbooks*, Oxford University press 2009.
7. Toikkonen Ulla. Huumeepotilaiden hoitoon kaivataan päihdepsykiatreja. *Suomen Lääkärelehti* 2008; 63: 2119.
8. Suomen Lääkäriseura Duodecim ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Käypä hoito suositus, Huumeongelmaisen hoito, Duodecim 2006; 122: 596–614. www.kaypahoito.fi
9. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisen vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä. www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2008/20080033
10. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). 2009 Annual report on the state of the drugs problem in Europe. www.emcdda.europa.eu
11. Gourlay DL, Heit HA, Almarhzei A. Universal precautions in pain medicine: a rational approach to the treatment of chronic pain. *Pain Medicine* 2005; 6: 107–112.

Aiheesta aiemmin Finnanestissa:

Hamunen Katri. Huumeriippuvaisen potilaan anestesia ja kivun hoito. *HUS:n hoitosuositus. Finnanest* 2009; 42: 49–50.

Haminen K, Tornivuori A, Nilsson E. Meilahden APS-tiimin kokemuksia huumeiden käyttäjien leikkauksen jälkeisen kivun hoidosta. *Finnanest* 2009; 42: 51–52.

Ulrich Tacke

LKT, farmakologian ja päihdelääketieteen dosentti
psykiatria, Itä-Suomen Yliopisto, KYS
ulrich.tacke@kuh.fi