

Ból neuropatyczny na SOR: co włączyć i czego nie łączyć

TCA · SNRI · gabapentynoidy Tramadol

I linia, zalecenie silne

z II do III linii (2015 → 2025)

Kolejność leczenia

dawki w mg/d · wartości z metaanalizy NeuPSIG 2025

I linia

zalecenie silne

TCA

amitryptylina 25-150

NNT 4,6

NNH 17,1

Gabapentynoidy

pregabalina 150-600 · gabapentyna 900-3600

NNT 8,9

NNH 26,2

SNRI

duloksetyna 60-120 · wenlafaksyna 150-225

NNT 7,4

NNH 13,9

II linia

zalecenie słabe

kapsaicyna 8% w plastrze · kapsaicyna w kremie · lidokaina 5% w plastrze

III linia

zalecenie słabe

toksyna botulinowa A · rTMS · **opioidy, w tym tramadol** (NNH 15,4)

NNT / NNH – ilu chorych leczyć, by jeden odniósł korzyść / przerwał leczenie z powodu działań niepożądanych

Pięć pułapek

sprawdź listę leków, zanim coś dołożysz

- 1 Tramadol + paroksetyna lub fluoksetyna**
blokada CYP2D6: mniej aktywnego M1 (-67%), słabsza analgezja; więcej ryzyka ZS i drgawek
- 2 Gabapentynoid + opioid**
depresja oddechowa; ryzyko rośnie z benzodiazepinami, alkoholem, POChP, wiekiem ≥65
- 3 Gabapentyna bez klirensu**
eliminacja nerkowa: kumulacja, senność, upadki; dawka według CrCl
- 4 Obrzęki na gabapentynoidzie**
najpierw lek, potem diuretyk – inaczej kaskada lekowa
- 5 Linezolid, błękit metylenowy i.v.**
„ukryte MAOI” u chorego na SSRI/SNRI/TCA: zespół serotoninowy

Zanim wypiszesz

pięć rzeczy do zaleceń

- ✓ **Kreatynina z CrCl i sól**
SSRI + indapamid: hiponatremia, splątanie, upadki
- ✓ **Bez NLPZ przy ARB/ACEI + diuretyku**
ostre uszkodzenie nerek, najwyższe ryzyko w pierwszych 30 dniach
- ✓ **Witamina B6 w suplementach**
przewlekłe >10-12 mg/d może wywołać neuropatię
- ✓ **Paroksetyny nie odstawiaj nagle**
zasugeruj lekarzowi prowadzącemu przejście na duloksetynę
- ✓ **Zapytaj o myśli samobójcze**
przewlekły ból co najmniej podwaja ryzyko