

Le nuove frontiere del dolore cronico

Il dolore cronico oncologico

Dott.ssa Ornella Gottardi

Il dolore è uno dei principali sintomi del cancro

- per l'elevata frequenza,
- per il suo impatto sulla qualità di vita

- Il dolore è il sintomo più frequente nei pazienti affetti da tumore.
- Alla diagnosi il dolore è presente in circa 1/3 dei pazienti.
- Nelle fasi avanzate il dolore è presente nel 60-95%.

Incidenza del dolore nelle varie patologie tumorali

Sedi	Incidenza %
• Ossa	75-80
• Pancreas	79
• Polmone	70-75
• Utero	70-75
• Mammella	70-75
• Stomaco	70-75
• Intestino	70
• Linfomi - Leucemie	50

Il 25% dei pazienti neoplastici
giunge alla morte senza trovare
solievo al dolore

Il dolore è un fenomeno
soggettivo che viene percepito ed
interpretato dal sistema nervoso
centrale

Definizione di dolore

(IASP: International Association for the Study of Pain)

Spiacevole esperienza sensoriale ed emozionale associata ad un danno tissutale attuale o potenziale o descritta in termini da rappresentare un tale danno.

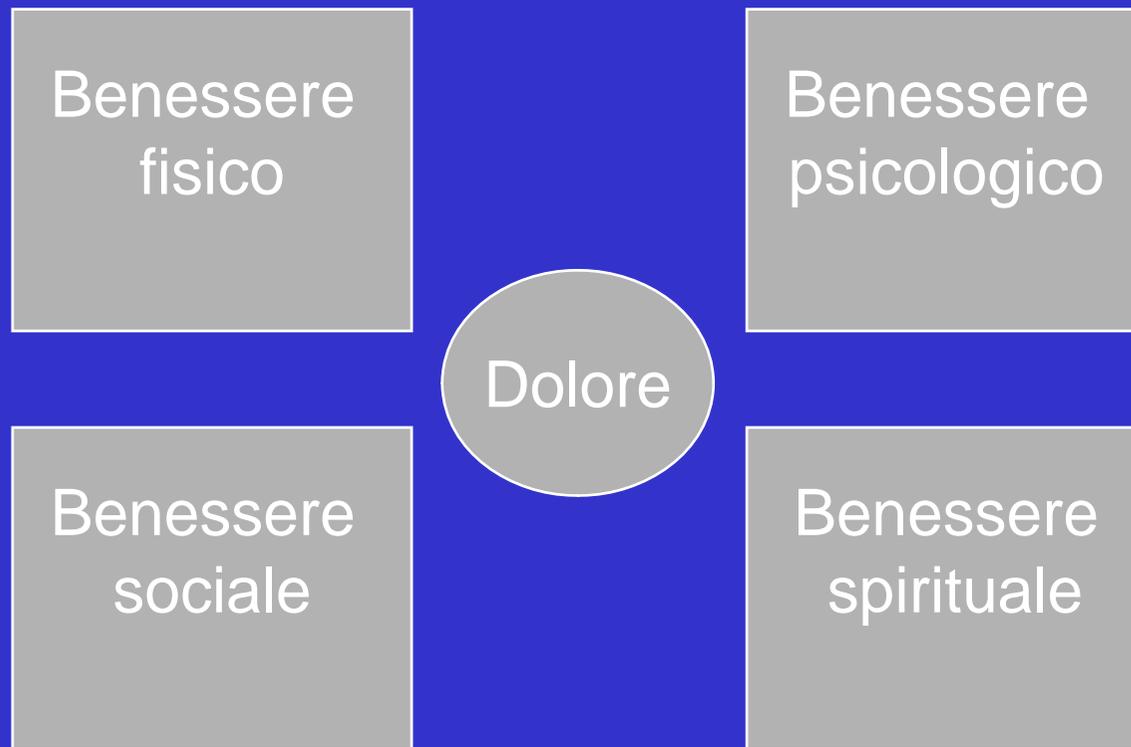
Il dolore oncologico è un dolore globale

Dolore totale

- Sorgente somatica
- Ansia
- Rabbia
- Depressione

Il concetto di dolore totale

Da Ferrel B. Oxford Textbook of Palliative Medicine



Il dolore è un fenomeno multidimensionale:

- fisico
- funzionale
- sociale
- emozionale
- spirituale

richiede un approccio interdisciplinare

Cherny NI: Neurology 1994;44:857

Funzione del dolore

Lo scopo principale della sensazione dolorosa è il meccanismo di difesa che essa innesca.

Nelle patologie croniche la funzione del dolore è ridondante ed inutile; conserva solo l'aspetto negativo di interferire con le normali attività e ridurre la qualità della vita.

OMS:
il dolore neoplastico risulta
tuttora comunemente
sotto-trattato e frequentemente
trascurato come problema
sanitario

Etiologia del dolore

1. Diretto interessamento del tumore (70%)
2. Sindromi indotte dal tumore (<10%)
3. Procedure diagnostiche e terapeutiche (20%)
4. Dolore non correlato con la neoplasia o con il suo trattamento (<10%)

Etiologia del dolore

Diretto interessamento del tumore (70%):

- invasione del sistema scheletrico;
- invasione o compressione di strutture nervose;
- ostruzione di visceri cavi;
- ostruzione o invasione vascolare;
- interessamento o ulcerazione di mucose.

Etiologia del dolore

Sindromi indotte dal tumore (<10%):

- sindromi paraneoplastiche;
- dolore associato a debilitazione (piaghe da decubito...);
- altro (nevralgia post-erpetica...).

Etiologia del dolore

Procedure diagnostiche e terapeutiche (20%):

- dolore correlato con la procedura (biopsia o aspirato midollare...);
- dolore acuto post operatorio o sindrome post chirurgica;
- dolore post radioterapia (mucositi, enteriti...);
- dolore successivo alla chemioterapia (mucositi, neuropatia periferica...).

Tipi di dolore:

- Acuto
- Cronico
- Totale

- Somatico
- Viscerale
- Neuropatico

Dolore somatico

Deriva da lesioni di tessuti superficiali o profondi, comunque dotati di una ricca innervazione sensoriale.

E' un dolore sempre ben localizzato

Dolore viscerale

Deriva da un danno (compressione, distorsione, stiramento, infiltrazione) di organi interni (toracici, addominali o pelvici).

E' un dolore vago con localizzazione scarsamente definita.

Dolore riferito.

Fenomeni neurovegetativi (nausea, vomito, diaforesi).

Dolore neuropatico

E' il risultato di un danno o di una disfunzione del sistema nervoso periferico, centrale o di entrambi.

Nel dolore neuropatico sono coinvolte le strutture nervose adibite al trasporto ed all'elaborazione dello stimolo doloroso.

Il dolore neuropatico risponde scarsamente agli approcci terapeutici tradizionali ed alle dosi standard di analgesici.

Cause del dolore neuropatico

- Conseguenza di infiltrazione o compressione delle strutture nervose.
- Provocato da chemio o radio terapia.
- Provocato da lesioni chirurgiche.

Incidenza del dolore neuropatico:
15-20% dei pazienti

Tipi di dolore neuropatico

- Spontaneo 
 - Continuo
 - Parossistico
- Evocato

Dolore neuropatico evocato

Stimoli termo-meccanici

Stimoli termo-meccanici

non nocivi

nocivi

Allodinia
meccanica

Allodinia
termica

Iperalgesia
meccanica

Iperalgesia
termica

Per affrontare correttamente il dolore da cancro bisogna impostare una "strategia terapeutica" cioè un programma a lunga scadenza che comprenda interventi farmacologici, invasivi ed assistenziali da prevedersi in momenti successivi nel corso della malattia neoplastica

STRATEGIA CLINICA

- VALUTARE IL PAZIENTE DANDO CREDITO A QUANTO RIFERISCE
- STABILIRE UN PIANO DI CURA
- ATTUARE IL PIANO STESSO
- RIVALUTARE REGOLARMENTE IL PAZIENTE E MODIFICARE CONSEGUENTEMENTE IL PIANO DI CURA

Valutazione del dolore

- Colloquio
- Definizione dello stadio della malattia
- Valutazione delle caratteristiche del dolore
 - Continuo Periodico
 - Breakthrough Incident
 - Lieve Moderato Forte Insopportabile
 - Urente Crampiforme Colico ...
 - Sintomi associati
- Valutazione dell'interazione tra componenti sensoriali e psicologiche
- Valutazione del "Performance Status"
- Valutazione della risposta a terapie analgesiche e antineoplastiche precedentemente effettuate

VALUTAZIONE DEL DOLORE

DEVE COMPRENDERE:

- MECCANISMO FISIOPATOLOGICO
- CARATTERISTICHE TEMPORALI
- SEDE
- INTENSITA'

VALUTAZIONE DEL DOLORE

STRUMENTI:

- SCALE ANALOGICHE VISIVE (VAS)
- SCALE NUMERICHE (NRS)
- SCALE VERBALI (VRS)

Valutazione del dolore

Scala analogica visiva (VAS)

Dolore
minimo

Dolore
massimo

Valutazione del dolore

Scala numerica (NRS)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nessun
dolore

Il più forte
immaginabile

Valutazione del dolore

Scala verbale (VRS)

INTENSITÀ

Moderato

Forte

Nessun dolore

Lieve

Debole

Appena avvertibile

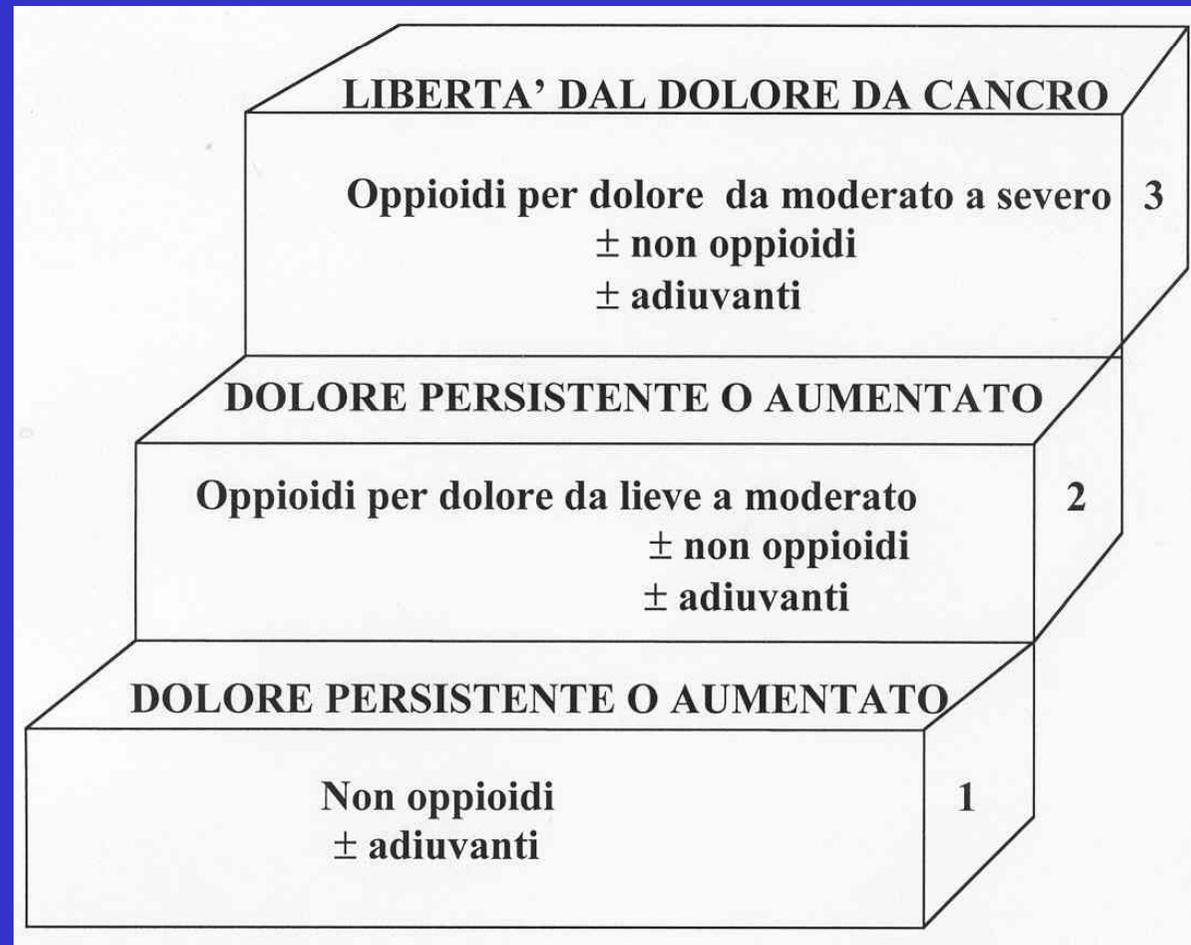
Intenso

Lancinante

OBIETTIVI DELLA TERAPIA

- AUMENTO DELLE ORE DI SONNO
- RIDUZIONE DEL DOLORE A RIPOSO
- RIDUZIONE DEL DOLORE AL MOVIMENTO

La scala analgesica a tre gradini OMS



Problematiche

- Il passaggio dal I° al II° gradino non dà necessariamente una migliore analgesia
- La paura degli oppiacei forti può stimolare ad incrementare le dosi di farmaci del II gradino, ottenendo, come risultato, una maggiore incidenza di effetti avversi rispetto agli oppiacei forti a basse dosi
- L'uso degli oppiacei forti come primo trattamento nel dolore in pazienti con cancro in fase avanzata

2° GRADINO OPPIOIDI DEBOLI

PRO

- Gli effetti collaterali gravi sono dovuti ai farmaci associati e non ad essi
- Accettati meglio (non è morfina)
- Minori effetti collaterali

CONTRO

- Effetto tetto
- Nessun vantaggio rispetto ad oppioidi forti a basse dosi
- Codeina deve essere somministrata spesso perché mancano le formulazione retard

Prosecuzione del trattamento con FANS nel corso di terapia con oppioidi

Pro

- Ampio effetto analgesico
- Effetto risparmio
- Ottimizzazione bilanciamento analgesia/effetti collaterali

Contro

- Effetto tetto
- Complicanze sul lungo periodo di somministrazione
- Ulteriori effetti collaterali in paziente politrattato
- Fattori di rischio (età, patologie renali o gastrointestinali, polifarmacologia)

REGOLE TERAPIA DEL DOLORE

- Prevenire l'insorgenza del dolore:
 - somministrazione degli analgesici ad orari regolari
 - somministrazione al bisogno esclusivamente per le crisi acute (BTP)
- Mantenere l'analgesia per tutto l'arco delle 24 ore
- Utilizzare la via di somministrazione meno invasiva
- Rispettare il dosaggio massimo dei farmaci caratterizzati da "effetto tetto"
- Evitare di associare farmaci della stessa categoria
- Trattare energicamente gli effetti collaterali
- Il 1° intervento antidolorifico deve essere il trattamento antineoplastico

Linee-guida O.M.S.

1. Previene l'insorgenza del dolore
(terapia by the clock)
2. Prescrive una terapia semplice
(la via orale e' preferenziale)
3. Individualizza la terapia
(tipo, dose, via, in base alle esigenze del
singolo paziente)

Vie di somministrazione

la via orale e' quella di 1° scelta
in presenza di:
disfagia, vomito,
malassorbimento, subocclusione
utilizzare la via parenterale

Gli oppioidi sono il cardine della terapia analgesica

Linee Guida O.M.S. 1986

Gli oppioidi sono spesso sottovalutati e sotto-utilizzati per timori e preconcetti. In Italia il loro uso è particolarmente limitato: tra i 10 paesi maggiori consumatori di morfina per abitante, l'Italia è assente (OMS, 1990)

Linee-guida O.M.S.

Somministrazione regolare di
oppioidi

+ dosi extra di oppioidi a immediato
rilascio per il breakthrough pain
(1/6 della dose giornaliera di
oppioide)

LINEE GUIDA OMS

Efficacia scala OMS



Controllo dolore nel 90% dei casi

Ventafriidda V. WHO guidelines for the use of analgesic in cancer pain. Int J Tissue React 7:93-96, 1985.

Zech DFJ, Validation of WHO guidelines for cancer pain relief: a 10 year prospective study. Pain 63:65-76, 1995.

Breakthrough pain

aumento improvviso del dolore, in un paziente già trattato e con dolore di base ben controllato

Dolore incidente

causato da movimento, tosse, cambio di posizione, distensione delle vie urinarie o intestinali

Breakthrough pain

somministrazione di una dose di
oppioide extra uguale ad $1/6$ del
dosaggio giornaliero

La rotazione degli oppioidi

Il principio su cui si basa è quello della “tolleranza incrociata incompleta”:

- Azione su sottotipi recettoriali diversi
- Differenze genetiche interindividuali
- Metaboliti attivi diversi

ROTAZIONE OPPIACEI: Quando?

- Dolore controllato, ma gli effetti collaterali sono eccessivi e non controllabili.
- Analgesia inadeguata, nonostante l'aumento di dosaggio.
- Analgesia inadeguata, impossibilità ad aumentare il dosaggio per la comparsa di effetti collaterali.

Cio' che fa paura al paziente:

morfina = allora sto morendo

metadone = allora sono un drogato

Cio' che fa paura alla famiglia:

Morfina = sta morendo

Metadone= lo trattano come un drogato

cosa dira' la gente?

potremo comunicare con lui?

gli accorciano la vita?

ma questi farmaci non si danno solo ai morenti?

Cio' che fa paura al medico:

prescrivere gli oppioidi
usare il ricettario per stupefacenti
problemi burocratici e legali

...non soli farmaci...ma bisogno di...

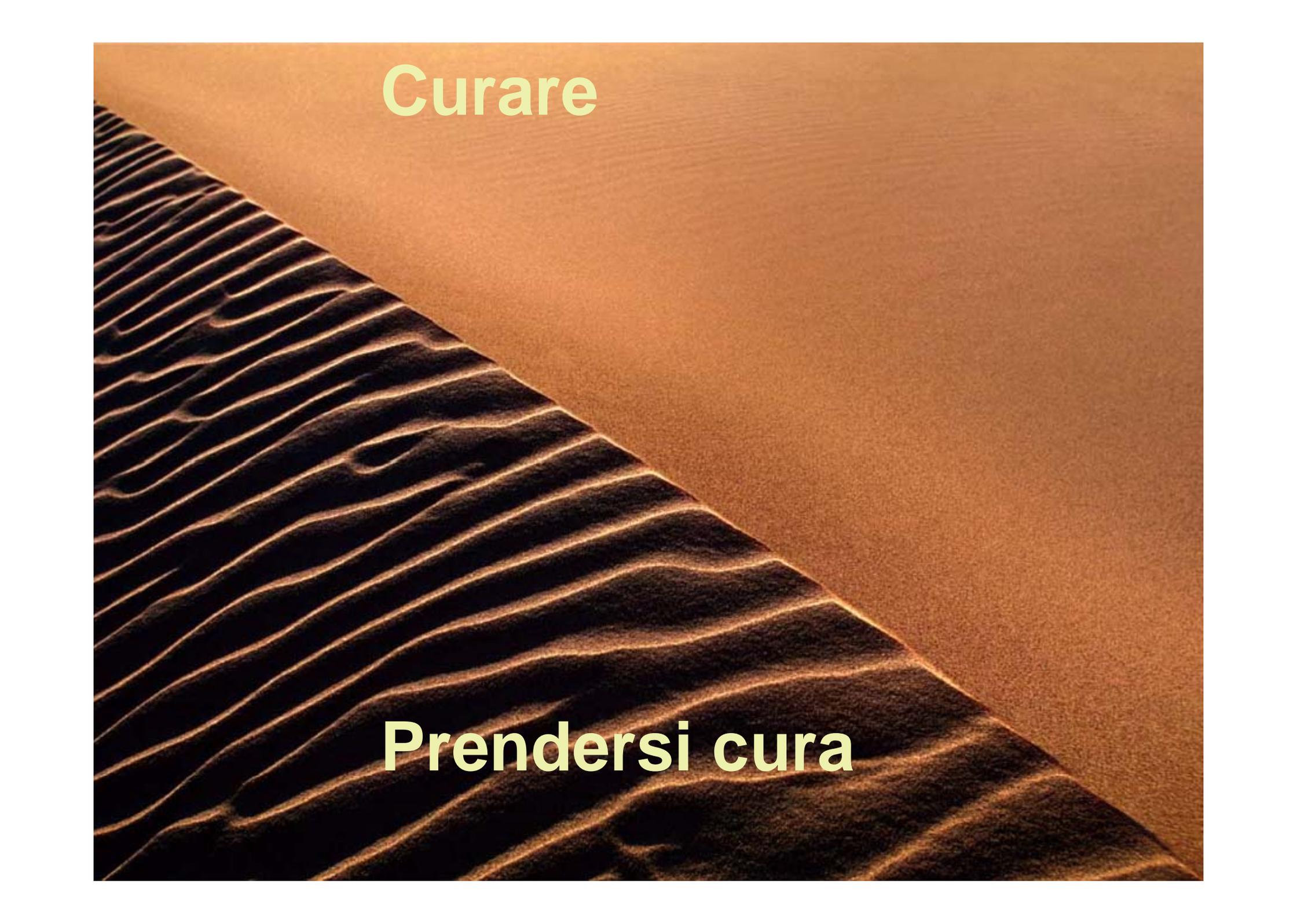
- essere ascoltati
- essere in relazione
- essere curati con le terapie appropriate
- decisioni terapeutiche condivise
- conoscere gli effetti delle terapie
- capire cosa sta succedendo
- capire cosa succederà'
- speranza e non illusione

i pazienti hanno bisogno di

- informazione continua
- tempo dedicato
- attenzione al loro sociale, alle loro emozioni, alle domande spirituali
- cure in ambienti confortevoli
- sentirsi unici, capire che ci si prende cura di loro in modo personalizzato, che non si delega

Equipe terapeutica

- Medico
- Infermiere
- O.S.S.
- Psicologo
- Volontario
- Assistente sociale
- Fisioterapista
- Religioso



Curare

Prendersi cura