



Azienda Ospedaliera
Ospedale di Circolo
di Melegnano

U.O. Oncologia P.O. Gorgonzola	PROCEDURA Gestione delle sindromi dolorose nel paziente oncologico	Cod. Rev. 1 Pag. 1 di 21
---	---	---

INDICE

- 1. PREMESSA**
- 2. SCOPO E OBIETTIVI**
- 3. CAMPO DI APPLICAZIONE**
- 4. RESPONSABILITÀ**
- 5. MODALITÀ OPERATIVE**
- 5.1 VALUTAZIONE DEL DOLORE**
- 5.2 TRATTAMENTO FARMACOLOGICO**
- 6. RIFERIMENTI E DOCUMENTI**

<i>Emesso da:</i>	<i>Gruppo di lavoro</i>	<i>COSD</i>	<i>Dirigenti Sanitari</i>
<i>Verificato da:</i>	<i>Dirigente Medico</i>	<i>Dr Venezia</i>	<i>Dirigente Sanitario</i>
<i>Approvato da:</i>	<i>Direttore di reparto</i>	<i>Dr</i>	<i>Direttore Sanitario</i>

Indice di Revisione

Rev.	Descrizione delle modifiche	Data
0	Prima emissione	1998
1	Ultima revisione	2011



U.O. Oncologia P.O. Gorgonzola	PROCEDURA Gestione delle sindromi dolorose nel paziente oncologico	Cod. Rev. 1 Pag. 2 di 21
---	---	---

1. PREMESSA

Poche sensazioni sembrano immediate e istintive come il dolore. La sofferenza ha accompagnato per secoli la pratica medica.

Ma il dolore è solitudine e per quanto verbalizzata, l'esperienza del dolore rimane individuale e incomunicabile, è ciò che il paziente dice che esso sia, ed esiste ogni qual volta egli ne affermi l'esistenza (Stenbeck).

Chi soffre è solo a fare i conti con il proprio corpo che non va e la coscienza di questa solitudine richiama la solitudine estrema di ciascun uomo di fronte alla morte. Per questo ansia e paura si accompagnano al dolore:

è possibile rompere l'assedio?

Il trattamento del dolore da cancro dipende dall'intensità, dalla natura (nocicettiva, neuropatica) e dalla localizzazione (unifocale o multifocale). La percezione dell'intensità del dolore non è proporzionale al tipo o all'estensione del danno tissutale ma dipende da un'interazione tra fattori fisici, psicologici, culturali e spirituali.

EPIDEMIOLOGIA DEL DOLORE ONCOLOGICO

Il dolore è presente in oltre il 50% dei casi di malattia oncologica, per salire al 74% nei casi di malati in fase avanzata o terminale. Si manifesta con caratteristiche di

- intensità molto elevata nel 25-30% dei casi,
- moderata-lieve nel 40-50%.

Solo il 20% dei pazienti presenta un solo tipo di dolore: la maggioranza ne riferisce 2-3 distinti.

Il mancato controllo della sintomatologia dolorosa è dovuto:

1) PERSONALE SANITARIO

- mancanza di istruzione sistematica del personale sanitario a livello universitario e specialistico.
- scarsa conoscenza e/o considerazione dei diversi meccanismi e tipi di dolore oncologico, delle risposte fisiologiche, emozionali e comportamentali.
- mancanza di personale sanitario motivato nella ricerca di metodiche atte a controllare il dolore.



U.O. Oncologia P.O. Gorgonzola	PROCEDURA Gestione delle sindromi dolorose nel paziente oncologico	Cod. Rev. 1 Pag. 3 di 21
---	---	---

- scarse conoscenze inerenti la farmacologia applicata degli analgesici.
- impedimenti legislativi nell'uso dei farmaci oppioidi (condizione di molto migliorata negli ultimi anni).

2) PAZIENTI E LORO FAMIGLIE

- paura che il problema dolore possa distrarre il curante dal problema principale: curare il tumore
- dolore accettato fatalmente come correlato al tumore, quindi ineluttabile. L'atteggiamento di rimozione protegge, oltretutto, dalla considerazione che più dolore corrisponda a più malattia
- timore di non essere considerato un bravo paziente
- riluttanza ad assumere farmaci oppiacei per i "falsi miti" che accompagnano tali terapie: paura della dipendenza fisica e psicologica, paura di essere considerati tossicodipendenti, paura della tolleranza, paura degli effetti collaterali.

1. SCOPO E OBIETTIVI

Questo protocollo è stato pensato con l'idea di affrontare, in maniera omogenea e continuativa, il problema del dolore oncologico, allo scopo di predisporre un programma terapeutico per ridurlo al minimo e possibilmente abolirlo con un approccio multimodale e con dosi farmacologiche minime utili, nel rispetto della dignità del paziente e della preservazione della qualità di vita sua e della sua famiglia.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

COSA	Proporre un comportamento uniforme per meglio gestire il dolore nei pazienti oncologici
A CHI	Per il personale medico e infermieristico delle nostre unità operative
DOVE	Nei reparti di oncologia e cure palliative e in tutti i reparti che hanno in cura pazienti oncologici, senza escludere il domicilio
PER CHI	Per pazienti oncologici



U.O. Oncologia P.O. Gorgonzola	PROCEDURA Gestione delle sindromi dolorose nel paziente oncologico	Cod. Rev. 1 Pag. 4 di 21
---	---	---

3. RESPONSABILITÀ

RESPONSABILITÀ	Medico	Direttore U.O.	Coordinatore infermieristico	Infermiere professionale	PSICOLOGO
Presenza in carico del paziente	R	C	R	R	R
Presentazione protocollo al paziente	R			R	
Presentazione protocollo ai familiari	R				

R = responsabile C = coinvolti

4. MODALITA' OPERATIVE

Applicazione routinaria nei reparti

5.1 VALUTAZIONE DEL DOLORE

Le cause nocicettive del dolore oncologico possono essere (Tab. 1):

- dovute al tumore
- legate al tumore
- legate alle terapie
- non dipendenti dal tumore o dalle terapie
- dalla combinazione delle precedenti cause.

Per una corretta valutazione del dolore occorre:

- a) credere a quanto riferito dal paziente
- b) raccogliere un'accurata anamnesi algologica
- c) valutare l'intensità del dolore attraverso la scala numerica (Tab. A)
- d) valutare gli indici di qualità della vita



U.O. Oncologia P.O. Gorgonzola	PROCEDURA Gestione delle sindromi dolorose nel paziente oncologico	Cod. Rev. 1 Pag. 5 di 21
---	---	---

5.2 TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

Il trattamento farmacologico è la via più seguita per un buon controllo del dolore da cancro acuto e cronico. Tre sono le classi di analgesici suggerite dalle linee guida dell'OMS: FANS, Oppioidi, Adjuvanti (Tab. 2).

Un'efficace terapia analgesica deve:

- prevenire l'insorgenza del dolore
- essere di facile somministrazione
- essere personalizzata.

Prima di giudicare inefficace un trattamento analgesico è utile verificare che:

- sia stato assunto regolarmente ad ore fisse
- la frequenza di somministrazione abbia tenuto conto dell'emivita del farmaco
- la dose sia stata opportunamente incrementata senza successo
- non siano comparsi nuovi dolori resistenti agli oppioidi (cefalea muscolo-tensiva, nevralgia post-herpetica, disestesie, distensione gastrica, contratture muscolari, dolore superficiale dei decubiti).

La scelta e le modalità di somministrazione degli analgesici sono in funzione delle caratteristiche del dolore (il dolore acuto va trattato con farmaci a rapido rilascio, somministrati per via transmucosale e/o parenterale; il dolore cronico trae beneficio da oppioidi a lento rilascio e a cadenze fisse) (Tab. 3).

L'aspettativa di vita non dovrebbe influenzare la scelta analgesica: un paziente con dolori intensi deve ricevere un analgesico altrettanto potente, a prescindere dalla malattia e dalla prognosi, quindi trattato adeguatamente anche nell'ultimo giorno di vita.

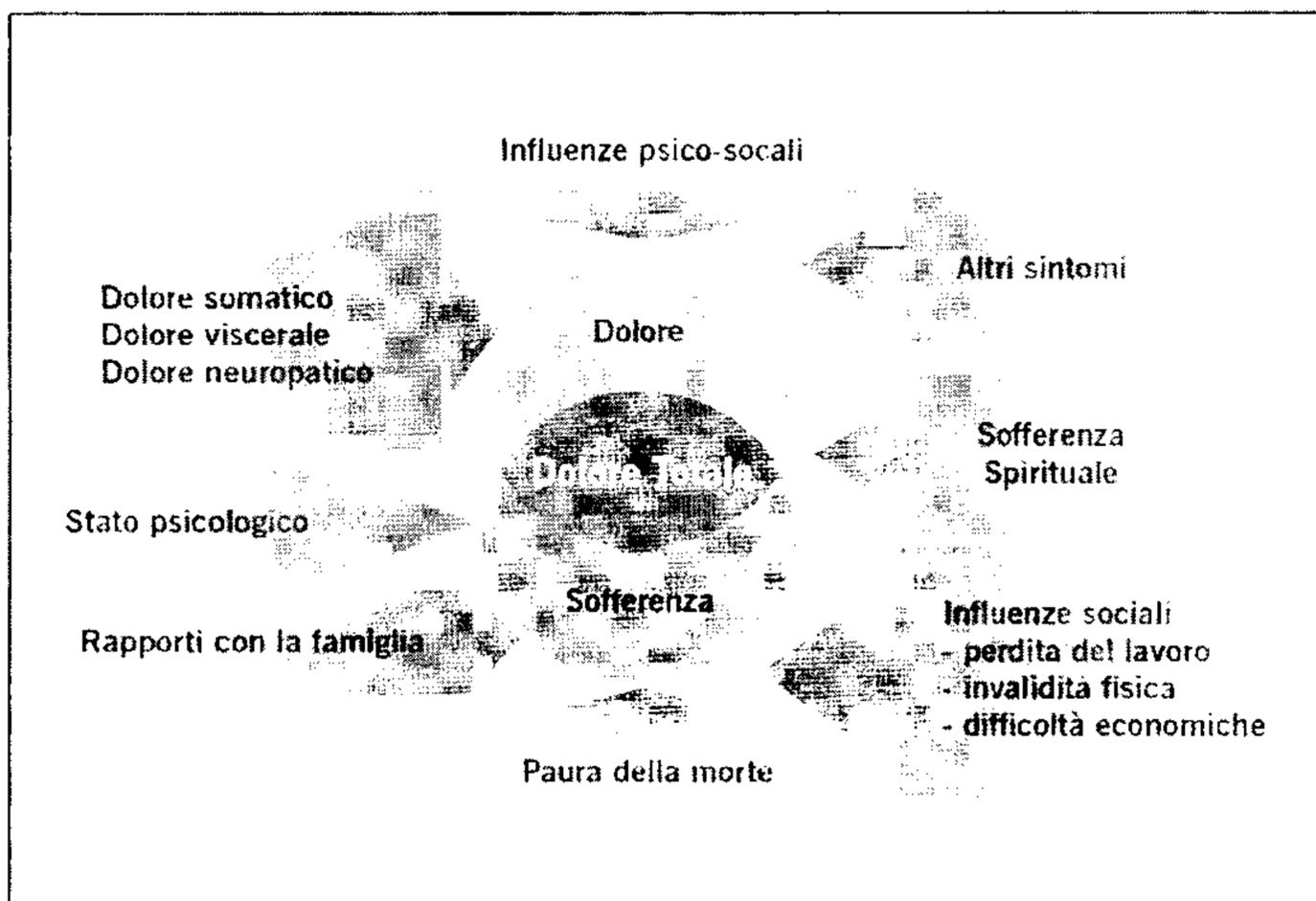


Azienda Ospedaliera
Ospedale di Circolo
di Melegnano

U.O. Oncologia
P.O. Gorgonzola

PROCEDURA
Gestione delle sindromi dolorose
nel paziente oncologico

Cod.
Rev. 1
Pag. 6 di 21



Le linee guida dell'OMS individuano 3 gradini sequenziali nell'approccio alla terapia del dolore: (Tab. 4)

1° GRADINO: FANS (+/-) Farmaci Adjuvanti

2° GRADINO: Oppioidi deboli (+/-) FANS (+/-) Farmaci Adjuvanti

3° GRADINO: Oppioidi forti (+/-) FANS (+/-) Farmaci Adjuvanti.

La ricerca clinica successiva alla formulazione della scala OMS suggerisce di "saltare" il secondo gradino in tutte quelle condizioni che prevedono alte dosi di oppioidi minori, sostituibili con basse dosi di oppioidi maggiori nel dolore lieve moderato.

Così come, per pazienti naive, non è scorretto l'approccio con oppioidi maggiori ad alte dosi, se la sintomatologia lo richiede.



U.O. Oncologia P.O. Gorgonzola	PROCEDURA Gestione delle sindromi dolorose nel paziente oncologico	Cod. Rev. 1 Pag. 7 di 21
---	---	---

FANS

Da soli sono raccomandati nel dolore di lieve intensità, ma possono essere associati agli oppioidi nel caso di dolore moderato o severo. Il FANS di riferimento è l'ASA. Il paracetamolo ha la stessa efficacia dell'aspirina e non presenta effetti gastrolesivi. Studi di metanalisi hanno mostrato che i FANS hanno un'equianalgesia pari a 5-10 mg di Morfina i.m. Essi hanno un effetto "tetto" del loro potenziale analgesico, per cui ogni addizionale incremento delle dosi raccomandate non produce un maggior sollievo del dolore.

Sono particolarmente indicati nei dolori causati dalla stimolazione di terminazioni nervose libere di tessuti come fasce muscolari, sierose, periostio, nelle MTS ossee. Meno efficaci nel dolore causato da lesioni dei grossi nervi.

La tossicità gastrointestinale, renale, epatica e della crasi ematica provocata dai FANS sono i fattori più importanti nel limitarne l'utilizzo a indicazioni precise e a brevi periodi di tempo.

- **ASA** (Es. Aspirina)

Farmaco di riferimento, da utilizzare per un periodo limitato di tempo per gli importanti effetti collaterali: sensibilizzazione, tossicità gastroenterica, nefrotossicità, azione antiaggregante piastrinica.

- **Paracetamolo** (Es. Tachipirina)

Non è un antinfiammatorio classico, il suo meccanismo d'azione è ancora motivo di discussione; si ipotizza addirittura una sua azione centrale, ma è generalmente considerato allo stesso livello dei FANS, senza presentare conseguenze sul sistema G.E. e sull'aggregazione piastrinica. Alla dose di 1 g ogni 4-6 ore si comporta come un analgesico puro, mentre 500 mg risultano meno efficaci dei FANS. E' spesso associato con la Codeina.

- **Ketorolac** (Es. Lixidol) e **Diclofenac** (Es. Voltaren) e **Indometacina** (Es. Indoxen) presentano lo stesso potere analgesico dell'ASA.

OPPIOIDI

Le linee guida dell'OMS classificano gli oppioidi in "deboli" e "forti" in relazione alla capacità di controllare :



U.O. Oncologia P.O. Gorgonzola	PROCEDURA Gestione delle sindromi dolorose nel paziente oncologico	Cod. Rev. 1 Pag. 8 di 21
---	---	---

- **Dolore di intensità lieve-moderata:** Codeina, Tramadolo, Destropropossifene.
- **Dolore di intensità moderata-severa:** Morfina, Metadone, Ossicodone, Idromorfone, Fentanyl, Buprenorfina, Eroina.
L'Eroina non è disponibile in Italia. L'Ossicodone è disponibile solo in forma orale.

Regole fondamentali nell'utilizzo degli oppioidi:

- Privilegiare la via di somministrazione orale.
- Usare orari fissi.
- Affiancare Farmaci Adjuvanti.

Più dell'80% dei pazienti con cancro richiede l'uso di oppioidi per controllare il dolore. Il tipo di oppioide e la via di somministrazione devono essere cambiati più di una volta, al fine di personalizzare la terapia, migliorare il controllo del dolore, ridurre la tossicità farmaco-correlata. La necessità di alte dosi di oppioide, la presenza di nausea, occlusione intestinale, controindicano l'assunzione per via orale, privilegiando la via rettale, sottocutanea in infusione continua, endovena in infusione continua, transdermica (Fentanyl, Buprenorfina), transmucosale (Fentanyl).

La via sublinguale è praticabile solo con la Buprenorfina, mentre la somministrazione transmucosale (Fentanyl per os e spray nasale) sta trovando un valido campo d'applicazione nel dolore incidente (BTP)

- **Codeina** (in associazione con Paracetamolo):
Ogni cps contiene 60 mg di codeina, circa 320 mg di Paracetamolo e 60-90 mg di Caffeina. Indicata nel trattamento del dolore lieve-moderato la via di somministrazione è quella orale e il dosaggio varia da 60 a > 300 mg/die. Il limite all'incremento del dosaggio è dovuto alla sua associazione con i FANS, che hanno un effetto tetto.
- **Tramadolo** (es. Contramal, Fortradol):
Presente in commercio in gocce, compresse da 50-100-... mg, fiale da 100 mg. Utile nel dolore acuto di media intensità, l'induzione si esegue con 20 gocce 3 volte/die per un dosaggio massimo di circa 400 mg/die. Studi controllati hanno dimostrato un ottimo potere analgesico se somministrato in infusione continua e.v. con FANS +/- adiuvanti. Attenzione alla dipendenza psicologica.



U.O. Oncologia P.O. Gorgonzola	PROCEDURA Gestione delle sindromi dolorose nel paziente oncologico	Cod. Rev. 1 Pag. 9 di 21
---	---	---

- **Morfina** (es. Morfina Cloridrato fiale da 10 mg, MS Contin, Twice da 10 a 100 mg):
La Morfina per via orale è il farmaco di prima scelta nel trattamento del dolore di intensità moderata-severa. La formulazione a rilascio immediato (da somministrare ogni 4 h) è da privilegiare nella fase di adattamento farmacologico e la formulazione a lento rilascio (10 mg ogni 12 o ogni 8 h) nel mantenimento. Il dosaggio della Morfina va gradualmente incrementato (partendo dal dosaggio serale) fino a raggiungere il dosaggio ottimale: non esiste la dose standard come non esiste la dose limite, ma solo la dose individuale. Se il dolore compare dopo 4 ore dall'ultima somministrazione il dosaggio successivo deve essere incrementato del 50%.
- **Metadone** (es. Eptadone):
Il Metadone orale è un'utile alternativa alla morfina orale nel trattamento del dolore moderato-severo, con la capacità di controllare dolori non controllati da altri oppioidi. Nella rotazione degli oppioidi il rapporto di equianalgesia con la morfina orale varia da 1:3 per base dosi di morfina a 1:12-14 per dosi elevate di morfina (Mercadante-Ripamonti). Da somministrare ogni 12 h, massimo ogni 8 h, incrementando progressivamente la dose (da 10 a 30 mg/die), per il rischio di sovradosaggio iniziale si suggerisce il passaggio al metadone in regime di ricovero.
- **Buprenorfina** (es. Temgesic, Transtec cerotto):
Unico farmaco ad assorbimento sublinguale, è il principale oppioide agonista/antagonista, con un'efficacia analgesica 60 volte superiore alla Morfina, ma, a differenza della Morfina, con un effetto "tetto" (dose massima 1,2-1,8 mg/die, per il rischio di comparsa di effetti collaterali quali la disforia). Il dosaggio di induzione è
Temgesic= ½- 1 cp da 0,2 mg ogni 12 h, spostando l'intervallo anche a 4 h.
Transtec cerotto transdermico: 35 mcg/ora da sostituire ogni 72-96 ore
- **Fentanyl** (es. Durogesic cerotto-Matrifen cerotto da 25, 50, 75 e 100 mcg/h, Actiq 200-400-800mcg transmucosale, Instanyl spray nasale)
Esiste una grande variabilità individuale, ma è dimostrata una sicura efficacia. Il preparato transdermico va sostituito ogni 72 h (a volte ogni 48 h) con una concentrazione plasmatica massima a 24-48 h.



U.O. Oncologia P.O. Gorgonzola	PROCEDURA Gestione delle sindromi dolorose nel paziente oncologico	Cod. Rev. 1 Pag. 10 di 21
---	---	--

Il Fentanyl transdermico ha la stessa efficacia della Morfina per os, le dosi equianalgesciche indicano un rapporto di 100 per la Morfina e 1 per il Fentanyl (100 mg di Morfina/die = 100 mcg di Fentanyl).

Actiq 200-400-800 mcg è la formulazione transmucosale indicata nel BTP, alla quale si affiancherà, a breve, lo spray nasale (da privilegiare in tutte le condizioni di stomatite media-severa).

- **Ossicodone (+/- associato a Paracetamolo):** (Es. OxyContin, Depalgos, cps da 5-10-20-40-80 mg), valida alternativa alla Morfina solfato, di cui risulta più potente di 2-3 volte, in caso di effetti collaterali disturbanti quali stipsi e nausea, da assumere ogni 12 o 8 ore, quindi un farmaco del III gradino ma a basse dosi indicato anche nel dolore lieve moderato. In associazione con anticonvulsivante sembra trovare la sua collocazione più naturale nel dolore neuropatico.
- **Idromorfone a lento rilascio:** (Es. Jurnista), 5-6 volte più potente della Morfina cloridrato, ha il vantaggio dell'unica somministrazione giornaliera. La titolazione va fatta con farmaci a rilascio meno prolungato, passando a questo prodotto a dosaggio ideale raggiunto.

Rotazione degli oppioidi: Nonostante la messa in commercio di numerose molecole, vecchie e nuove, la morfina orale a lento rilascio rimane il farmaco di riferimento. Tuttavia è stato dimostrato che la variabilità individuale del singolo paziente suggerisce un'ampia gamma terapeutica, tenendo conto degli effetti collaterali dose dipendenti. Passare ad un secondo oppioide consente addirittura la riduzione della dose equianalgescica, verosimilmente per un effetto di tolleranza farmaco-specifica nei confronti del primo farmaco (**cross-tolleranza incompleta**, che comporta una riduzione della dose dal 25 al 50%), e comunque l'aggiustamento posologico va ricercato partendo sempre dalla dose più bassa. Quali farmaci utilizzare in successione dipende esclusivamente dalle condizioni del paziente (praticabilità della terapia orale) e dall'esperienza personale degli operatori.

Effetti collaterali: la gestione degli effetti collaterali, insieme al raggiungimento di un'adeguata analgesia, rappresenta il problema principale della terapia con gli oppioidi.



U.O. Oncologia P.O. Gorgonzola	PROCEDURA Gestione delle sindromi dolorose nel paziente oncologico	Cod. Rev. 1 Pag. 11 di 21
---	---	--

- ❑ **Mioclono:** relativamente raro, dose-correlato, caratterizzato da spasmi muscolari involontari. Sembra che la terapia con Morfina orale causi mioclono 3 volte di più della Morfina parenterale, verosimilmente a causa dell'effetto di metaboliti epatici. Clonidina, Baclofen, Midazolam, Diazepam riducono l'insorgenza del mioclono.
- ❑ **Sedazione:** frequentemente descritta all'inizio della terapia con oppioidi è fra i disturbi più temuti dai familiari e dal medico di famiglia a domicilio. L'utilizzo di antagonisti puri dei recettori mu (Naloxone) è poco raccomandabile, spesso è sufficiente saltare una somministrazione.
- ❑ **Depressione respiratoria:** sintomo raro in pazienti sottoposti cronicamente a terapia con oppioidi maggiori. Il Naloxone trova un valido motivo di rapido impiego.
- ❑ **Delirium:** l'Aloperidolo, anche in associazione con Benzodiazepine, è il farmaco di elezione. Può comparire all'inizio del trattamento con oppioidi o durante il loro incremento posologico. La pratica clinica suggerisce l'utilizzo di Aloperidolo sin dall'inizio nella terapia con Morfina parenterale.
- ❑ **Stipsi:** presente in oltre il 50% dei pazienti in trattamento con oppioidi, se non prevenuta è fra gli effetti collaterali più difficili da trattare. Da una valutazione della letteratura, nessun lassativo si è dimostrato superiore agli altri. L'utilizzo degli antagonisti dei recettori mu è stato positivamente dimostrato in numerosi studi e in una importante metanalisi, tuttavia il loro impiego profilattico non è suggerito, confermando la necessità di un uso preventivo dei lassativi sin dall'esordio della terapia oppioide.
- ❑ **Prurito:** presente spesso nella terapia intraspinale con oppioidi e molto più raramente nella terapia orale. Gli antagonisti del recettore 5-HT₃, gli antistaminici, gli antagonisti dei recettori mu, il desametasone (più altre numerose molecole) si sono dimostrati in grado di controllare questo sintomo. L'utilizzo di questi farmaci a scopo profilattico non appare opportuno.
- ❑ **Nausea e vomito:** effetto collaterale presente nel 20-40% dei casi. L'utilizzo profilattico di Metoclopramide e Aloperidolo trova una debole indicazione.



U.O. Oncologia P.O. Gorgonzola	PROCEDURA Gestione delle sindromi dolorose nel paziente oncologico	Cod. Rev. 1 Pag. 12 di 21
---	---	--

Farmaci adiuvanti:

Alcuni farmaci, anche se non sono analgesici nel senso farmacologico del termine, si comportano come tali, da soli, o più spesso, in associazione con FANS e Oppioidi.

- **Antidepressivi:**

A. triciclici (es. Laroxyl, da 25 a 100 mg/die),

Antidepressivi di nuova generazione (es. Paroxetina).

Utili soprattutto quando il dolore presenta caratteristiche parestesiche e disestesiche.

- **Corticosteroidi**

Somministrati spesso nei malati di cancro, la loro utilità è stata dimostrata in pochi studi controllati. La riduzione dell'edema peritumorale e dell'infiammazione, con conseguente riduzione della pressione e della trazione sui nervi, provoca sollievo dal dolore. Il Desametazone è sicuramente utile nella compressione midollare e nella cefalea da ipertensione endocranica.

- **Anticonvulsivanti** (es. Carbamazepina, Gabapentin, Pregabalin)

Sono farmaci utilizzati nel trattamento del dolore neuropatico con componente riferita come "lancinante", nelle fibrosi da radioterapia, nelle lesioni chirurgiche, nell'herpes zoster e nelle deafferentazioni.

Dose consigliata:

Carbamazepina= 100 mg il primo giorno, incrementando di 100 in 100 mg fino a un massimo di 400 mg/die in due somministrazioni.

Gabapentin= 100 mg alla sera per 3-4 gg per saggiarne la tollerabilità, quindi 2 volte/die fino a un massimo di 1200 mg in 3 somministrazioni.

Pregabalin= evoluzione del Gabapentin, formulazioni da 25 a 300 mg.

- **Bifosfonati** (es. Pamidronato, Ac. zoledronico)

Azione inibente sul riassorbimento osseo da parte degli osteoclasti, per cui trovano la loro collocazione naturale nel dolore da MTS ossee e nel Mieloma multiplo. La prescrizione deve essere sempre preceduta da valutazione odontoiatrica (+/- Rx pantomografia +/- bonifica odontoiatrica) per ovviare al rischio di osteonecrosi mandibolare.

Dosaggio consigliato:

Pamidronato= 60-90 mg ogni 3-4 settimane in infusione lenta (circa 3 ore).

Ac zoledronico= 4 mg ogni 4 settimane in circa 30 minuti.

ANALGESIA INTERVENTISTICA



U.O. Oncologia P.O. Gorgonzola	PROCEDURA Gestione delle sindromi dolorose nel paziente oncologico	Cod. Rev. 1 Pag. 13 di 21
---	---	--

E' inserita nell'ambito della modulazione del dolore da cancro, con intervento inibitorio sulla trasmissione del dolore con meccanismi diretti ed indiretti a livello centrale e periferico, senza il ricorso a lesioni neuronali. Pratica riservata al 3-5% dei casi di dolore oncologico. I più usati sono:

- blocco dei gangli simpatici (ganglio stellato, ganglio celiaco),
- blocco peridurale con anestetici locali e steroidi nei dolori da infiltrazione paravertebrale.

Per ottimizzare la gestione del dolore da cancro è necessario il suo monitoraggio assiduo sia durante la degenza ospedaliera che a domicilio (individuando, eventualmente, delle persone di riferimento: **care giver**). Il corretto algoritmo clinico passa dalla valutazione iniziale del dolore, alle cause, alle varie modalità di trattamento, tenendo conto della scala analgesica proposta dall'OMS.

Fattori predittivi del dolore oncologico difficile

Ci si è interrogati circa la possibilità di ipotizzare precocemente la risposta ai comuni trattamenti analgesici dei pazienti oncologici, individuando alcuni fattori prognostici di dolore difficile:

1. Pazienti più giovani
2. Dolore neuropatico
3. Dolore episodico (BTP)
4. Distress psicologico
5. Abuso di sostanze stupefacenti (pregresso o in atto= precoce tolleranza)
6. Impoverimento cognitivo con difficoltà alla valutazione del dolore
7. Elevata intensità del dolore alla presentazione iniziale

PROCEDURE



Azienda Ospedaliera
Ospedale di Circolo
di Melegnano

U.O. Oncologia P.O. Gorgonzola	PROCEDURA Gestione delle sindromi dolorose nel paziente oncologico	Cod. Rev. 1 Pag. 14 di 21
---	---	--

SETTING AMBULATORIALE

- 1° Visita ambulatoriale:
 - Accettazione infermieristica del paziente
 - Visita medica (anamnesi oncologica e algologia)
 - Misurazione del dolore
 - 1) Tipologia del dolore
 - 2) Intensità del dolore
 - 3) Sede del dolore
 - 4) Caratteristiche temporali del dolore
 - 5) Influenzabilità del dolore (fattori esacerbanti)
 - 6) Presenza di dolore episodico intenso (BTP)
 - 7) Riflessi sull'attività, sul sonno, sul tono dell'umore
 - Prescrizione terapeutica (prediligere terapia orale)

- 2° Visita ambulatoriale:
 - Visita medica (anamnesi algologia)
 - Misurazione del dolore
 - 1) Tipologia del dolore
 - 2) Intensità del dolore
 - 3) Sede del dolore
 - 4) Caratteristiche temprali del dolore
 - 5) Influenzabilità del dolore (fattori esacerbanti)
 - 6) Presenza di dolore episodico intenso (BTP)
 - 7) Riflessi sull'attività, sul sonno, sul tono dell'umore
 - 8) Tipo di risposta a precedenti trattamenti antalgici
 - Aggiustamento posologico

REGIME DI RICOVERO

- Accettazione infermieristica del paziente
- Visita medica (anamnesi oncologica e algologia)
- Misurazione del dolore da parte del personale infermieristico, a orari fissi 3 volte/die (o almeno 1 volta/die) o su richiesta del paziente
 - con rilievo del dolore in quel momento
 - con rilievo del dolore minimo, intermedio e massimo nelle ultime 24 ore



U.O. Oncologia
P.O. Gorgonzola

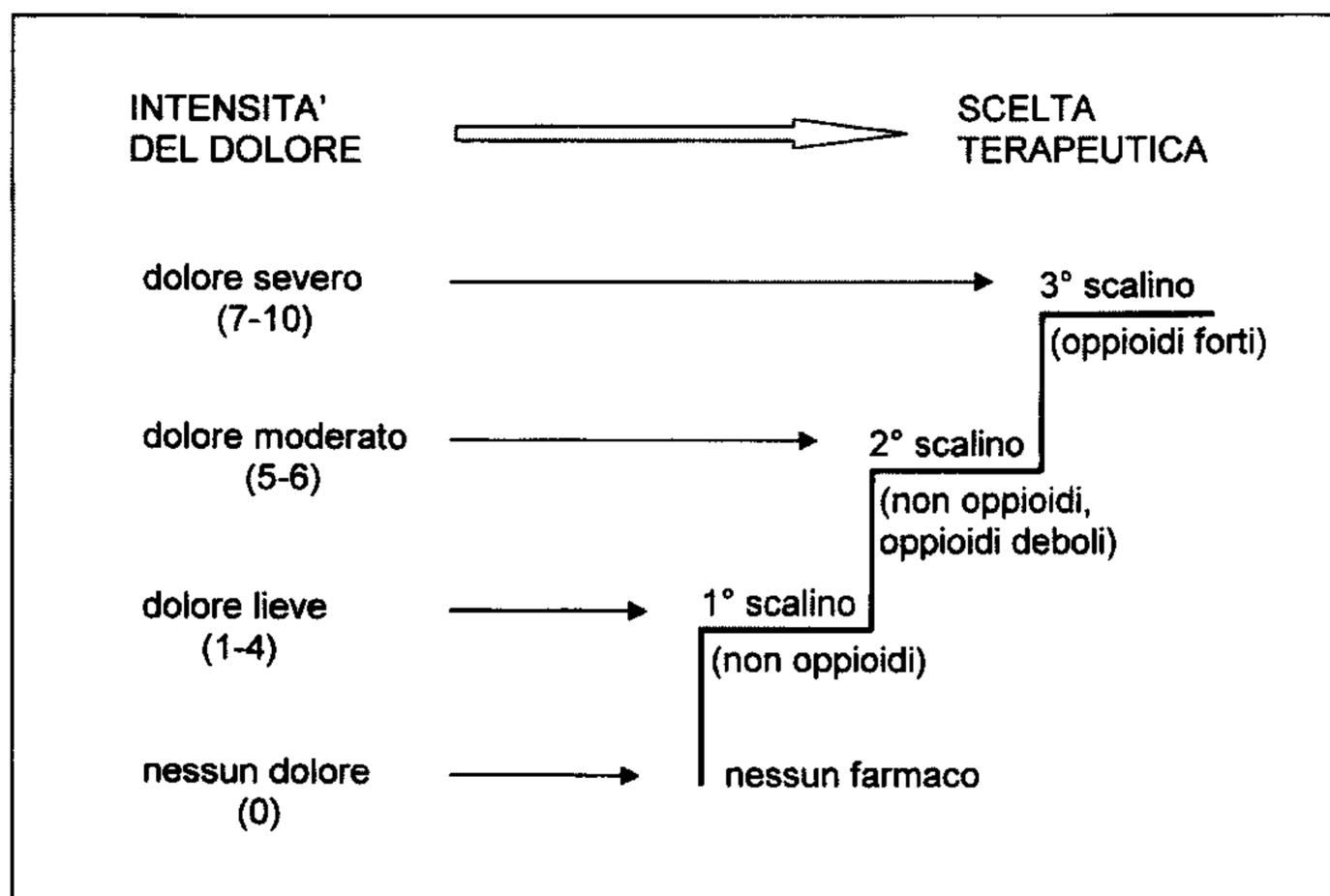
PROCEDURA
Gestione delle sindromi dolorose
nel paziente oncologico

Cod.
Rev. 1
Pag. 15 di 21

- 1) Tipologia del dolore
- 2) Intensità del dolore
- 3) Sede del dolore
- 4) Caratteristiche temprali del dolore
- 5) Influenzabilità del dolore (fattori esacerbanti)
- 6) Presenza di dolore episodico intenso (BTP)
- 7) Riflessi sull'attività, sul sonno, sul tono dell'umore
- 8) Tipo di risposta a precedenti trattamenti antalgici

- Prescrizione terapeutica (prediligere terapia orale)

SINOSI DELLA TERAPIA DEL DOLORE



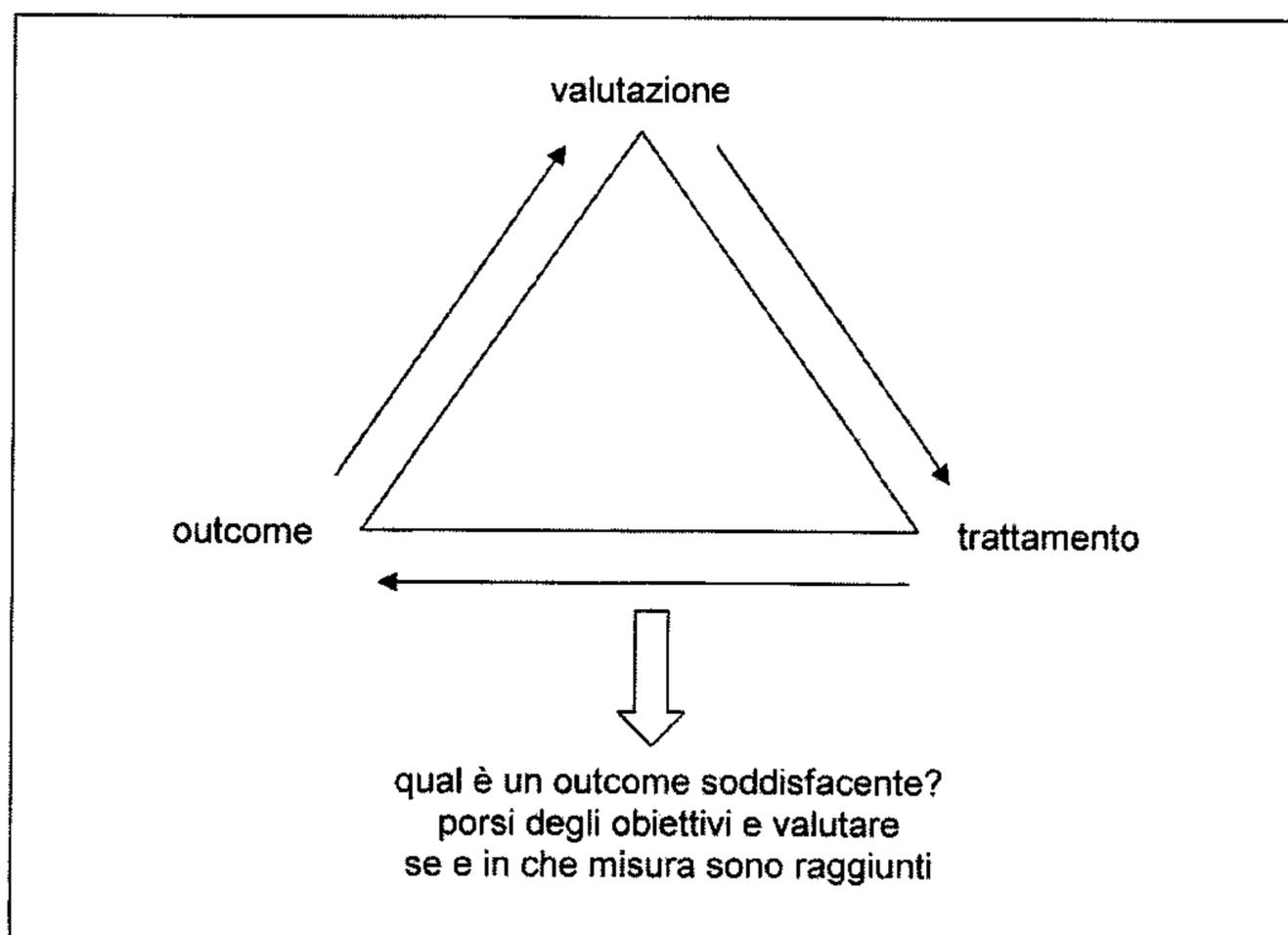


Azienda Ospedaliera
Ospedale di Circolo
di Melegnano

U.O. Oncologia
P.O. Gorgonzola

PROCEDURA
Gestione delle sindromi dolorose
nel paziente oncologico

Cod.
Rev. 1
Pag. 16 di 21



6. RIFERIMENTI E DOCUMENTI

- 1) Controllo del dolore, V.Ventafridda.
1413-1480 Medicina Oncologica G. Bonadonna, G Robustelli della Cuna, 5° Edizione.
- 2) Il controllo del dolore da cancro, C. Ripamonti.
218-224 Working expert group on guidelines for specific medical treatment in advanced cancer patients.
- 3) Il dolore da cancro, manuale pratico a cura di F. De Conno e A. Caraceni.
- 4) Management of cancer pain:
Rckville (MD): U.S. Department of Health and Human Service, Public Health Service, AHCPR; 1994. 257
- 5) Linee guida AIOM terapia del dolore in oncologia.



U.O. Oncologia P.O. Gorgonzola	PROCEDURA Gestione delle sindromi dolorose nel paziente oncologico	Cod. Rev. 1 Pag. 18 di 21
---	---	--

CAUSE DI DOLORE IN PAZIENTI ONCOLOGICI

DOVUTE AL TUMORE	LEGATE AL TUMORE	LEGATE ALLE TERAPIE	INDIPENDENTI
70% dei pazienti	prevalenza non valutabile	20% dei pazienti	10% dei pazienti
Infiltrazione dei tessuti ossei contratture muscolari	Contratture muscolari	Dolore post-operatorio	Dolore muscolo- scheletrico
Compressione/infiltrazione tessuti nervosi	Stipsi	Nevralgie post-operatorie	Cefalea, emicrania da tensione muscolare
Interessamento viscerale	Decubiti	Arto fantasma doloroso	Artriti
Interessamento tessuti molli	Linfedema	Infiammazione/fibrosi post-radioterapia	Cause cardiovascolari
Ulcerazioni ± infezioni	Nevralgie post-herpetiche	Neuropatia post- chemioterapia	Neuropatia
Ipertensione endocranica	Embolia polmonare	Necrosi asettica dell'osso	
	Trombosi venosa profonda		

Tabella 2

CLASSIFICAZIONE DEI FARMACI ANALGESICI

CLASSE	FARMACO PRINCIPALE	FARMACI ALTERNATIVI	MECCANISMO D'AZIONE
Non oppioidi	ASA	Paracetamolo (Tachipirina) Indometacina (Indocid) Piroxicam (Feldene) Diclofenac (Voltaren) Naprossene (Naprosyn)	Inibizione periferica della sintesi di mediatori chimici dell'infiammazione (prostaglandine)
Oppioidi agonisti	Codeina (galenica) Morfina Morfina retard (MS-contin)	D.propossifene (Liberen) Ossicodone Metadone	Azione sul SNC con inibizione dell'impulso nervoso
Oppioidi agonisti Parziali		Buprenorfina (Temgesic, Transtec)	Azione sul SNC con inibizione dell'impulso nervoso

Tabella 3



U.O. Oncologia P.O. Gorgonzola	PROCEDURA Gestione delle sindromi dolorose nel paziente oncologico	Cod. Rev. 1 Pag. 19 di 21
---	---	--

POTENZIALI APPLICAZIONI CLINICHE DELLE DIVERSE VIE DI SOMMINISTRAZIONE DEGLI ANALGESICI

Situazione clinica	orale	sublinguale	rettale	sottocute	intravenoso	transdermica	spinale
Vomito	-	++	++	++	++	++	++
Occlusione intestinale	-	++	++	++	++	++	++
Disfagia	-	++	++	++	++	++	++
Diarrea	+	++	-	++	++	++	++
Emorroidi	++	++	-	++	++	++	++
Disturbi della coagulazione	++	++	++	-	++	++	-
Immunodepressione	++	++	++	-	++	++	-
Edema generalizzato	++	++	++	-	++	-	++
Frequenti cambi dose	++	++	++	++	++	-	+
Adattamento farmacologico	++	++	+	+	++	-	+
Breakthrough pain	++	++	++	++	++	-	-
Disturbi cognitivi	-	+	++	++	++	++	+

Tabella 4



Azienda Ospedaliera
Ospedale di Circolo
di Melegnano

**U.O. Oncologia
P.O. Gorgonzola**

**PROCEDURA
Gestione delle sindromi dolorose
nel paziente oncologico**

**Cod.
Rev. 1
Pag. 20 di 21**

GLI ANALGESICI NELL'APPROCCIO SEQUENZIALE DELL'OMS

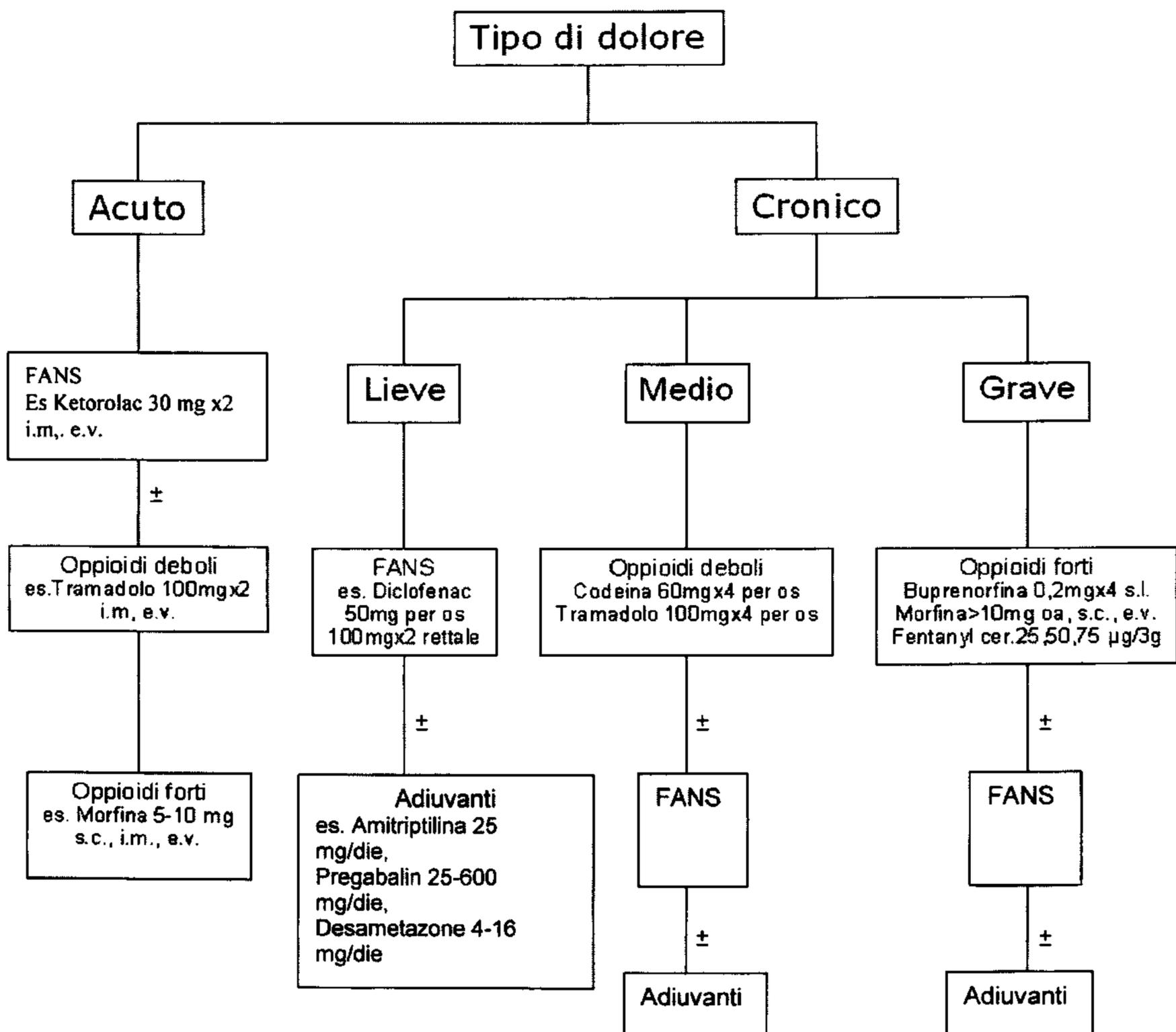
DOSE GIORNALIERA mg

Livello	Farmaco	Iniziale	Media	Massima
I gradino	ASA	1500	2000	4000
	Paracetamolo	1500	2000	3000
	Indometacina	50	200	250
	Piroxicam	20	40	60
	Diclofenac	100	200	300
	Ketorolac	20	50	90
	II gradino	Codeina	120	240
Ossicodone		10	20	60
Buprenorfina		0,4	0,8	1,2
III gradino*	Morfina soluzione	60 (90)	180	
	Morfina retard	20 (60)	120	
	Metadone	12 (18-21)	20-24	

*Tra parentesi i pazienti già in trattamento con oppioidi deboli



Dolore oncologico



N.B. – Per gastroprotezione durante uso di FANS, vedi protocollo specifico

– Per stipsi durante uso oppioidi lassativo tipo pурсennid (cp x6), Laevolac (cucch. x4), Miscela tre oli