

**STRATEGIE DI APPROCCIO DIAGNOSTICO
TERAPEUTICO AL DOLORE CRONICO**

**Procedura Aziendale
P054AULBO
Allegato 1**

La diagnosi etiologica e clinica è fondamentale per garantire una corretta scelta terapeutica

1) IDENTIFICARE IL TIPO DI DOLORE

a. su criteri temporali

- I. Dolore acuto: a inizio recente, di durata limitata, correlato ad un evento lesivo (trauma, intervento chirurgico, etc)
- II. Dolore cronico: persistente da 3-6 mesi, comunque oltre il periodo previsto di risoluzione del danno iniziale

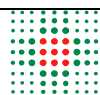
b. su criteri clinici e semeiologici:

- I. Dolore Nocicettivo:
 1. Dolore somatico: localizzato, penetrante, urente (lesioni traumatiche /infiammatorie/infettive cute, ossa, muscoli, articolazioni)
 2. Dolore viscerale: poco localizzato, sordo crampi forme (distensione visceri cavi, danno/distensione di membrane periviscerali)
- II. Dolore Neuropatico: danno o disfunzione del tessuto nervoso periferico o centrale (nevralgia post-erpetica, neuropatia diabetica, neuropatie post-chemioterapia, sclerosi multipla, dolori post-ictus). Ricercare scosse parossistiche, iperalgesia, allodinia
- III. Dolore Misto Nocicettivo-Neuropatico: presente in oltre il 45% dei pazienti con dolore cronico di origine neoplastica, ischemica e da intrappolamento

L'identificazione delle caratteristiche del dolore influenza in maniera determinante la scelta terapeutica, quindi quali farmaci utilizzare, quali associazioni, l'eventuale utilizzo di tecniche di blocco nervoso e di neuro modulazione (TAB 1)

TAB 1: TIPOLOGIA DI DOLORE E SCELTA DEL TRATTAMENTO

| TIPO DI DOLORE | ORIGINE | DESCRIZIONE | 1° SCELTA | 2° SCELTA | 3° SCELTA | ALTRE TERAPIE |
|--------------------------|--|---|---|--|--|---|
| NOICETTIVO | Cute Sottocute Mucose | Urente Ben localizzato | Paracetamolo FANS | Anestetici Locali Topici | OPPIACEI | Caldo, freddo Radioterapia TENS |
| SOMATICO PROFONDO | Ossa Articolazioni Legamenti Capsule Org. Membrane mesoteliali | Sordo Incidente Ben localizzato Anche riferito | Paracetamolo FANS | OPPIACEI | Anestetici Locali/ Oppiacei In Epidurale | Immobilizzaz. Caldo Radioterapia |
| VISCERALE | Organi Masse neoplastiche profonde | Sordo Profondo Non localizzato Disturbi Neuro-vegetativi | OPPIACEI | Anti-spastici | Anestetici Locali/ Oppiacei In Epidurale | Compressione Caldo |
| NEUROPATICO MISTO | Invasione Compressione Vie nervose | Disestesia Formicolio Allodinia Continuo Lancinante | Anestetici Locali In Epidurale/ Perinervosi | Anti-depressivi Anti-convulsivanti | OPPIACEI | |
| NEUROPATICO PURO | Lesione a vari livelli fino alla Deafferentazione | Come misto Anestesia dolorosa | Anti-depressivi Anti-convulsivanti | Anestetici Locali e Capsaicina Topici (HZ) | OPPIACEI | TENS Tecniche di neuro-modulazione |



**STRATEGIE DI APPROCCIO DIAGNOSTICO
TERAPEUTICO AL DOLORE CRONICO**

**Procedura Aziendale
P054AULBO
Allegato 1**

2) Misurare l'intensità del dolore attraverso l'uso di strumenti specifici:

Nel Paziente competente si consiglia di utilizzare la scala NRS (Numerical Rating Scale) : è una scala unidimensionale "Self Report" in cui viene chiesto al paziente di valutare "quanto dolore ha da 0 a 10 se 0 è nessun dolore e 10 il peggior dolore immaginabile"

Nessun dolore 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Il peggior dolore**

Nel Paziente con deficit cognitivi si consiglia di utilizzare la PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia): è una scala Osservazionale in cui viene dato un punteggio da 0 a 2 su 5 items. Ha un intervallo da 0 a 10

| | 0 | 1 | 2 |
|---|-------------------------------|---|---|
| Respiro (indipendente dalla vocalizzazione) | Normale | Respiro a tratti alterato. Brevi periodi di iperventilazione | Respiro alterato. Iperventilazione. Cheyne-Stokes |
| Vocalizzazione | Nessuna | Occasionali lamenti. Saltuarie espressioni negative | Ripetuti richiami. Lamenti. Pianto |
| Espressione facciale | Sorridente o inespressiva | Triste, ansiosa, contratta. | Smorfie. |
| Linguaggio del corpo | Rilassato | Teso. Movimenti nervosi. Irrequietezza | Rigidità. Agitazione. Ginocchia piegate. Movimento afinalistico, a scatti |
| Consolabilità | Non necessita di consolazione | Distratto o rassicurato da voce o tocco | Inconsolabile; non si distrae né si rassicura |

Punteggio

0 = nessun dolore

10 = massimo dolore

Le scale multidimensionali (Mc Gill Pain Questionnaire, Brief Pain Inventory), che esplorano più elementi oltre all'intensità consentono un inquadramento più preciso del dolore e delle sue caratteristiche ma la loro complessità ne limita l'utilizzo a setting particolari e ad ambiti di studio e ricerca

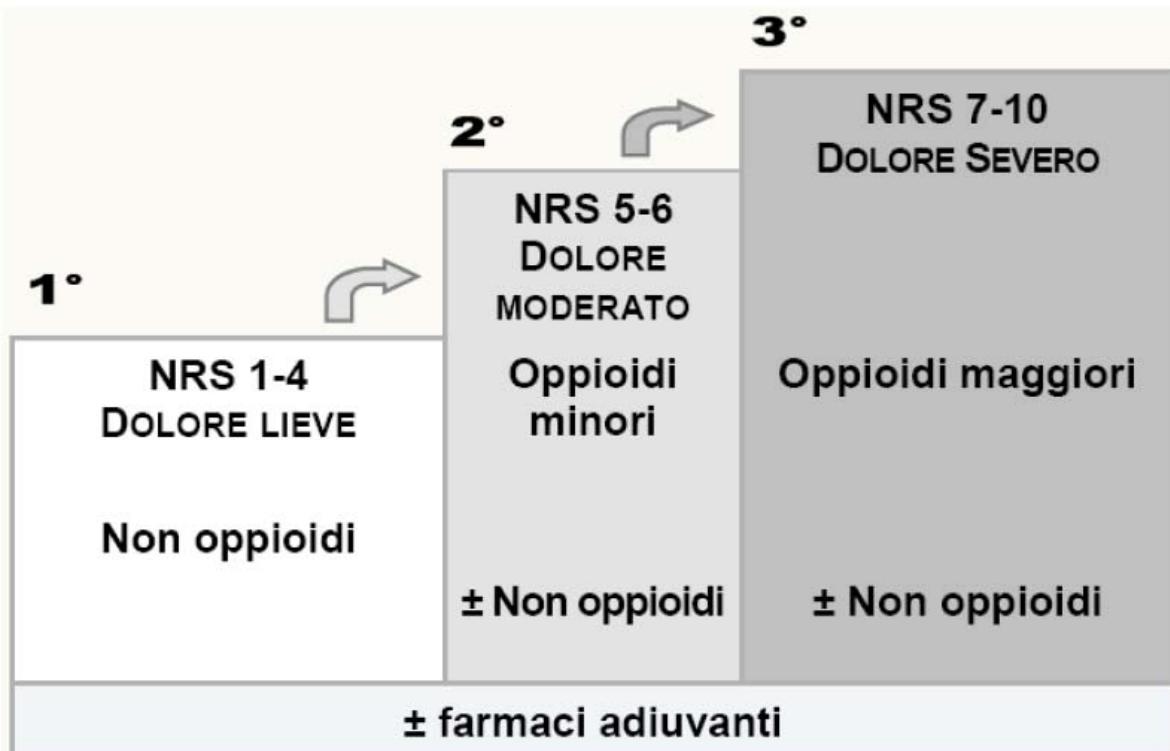
La misurazione dell'intensità del dolore consente di scegliere il corretto approccio terapeutico e di verificare l'efficacia del trattamento



**STRATEGIE DI APPROCCIO DIAGNOSTICO
TERAPEUTICO AL DOLORE CRONICO**

**Procedura Aziendale
P054AULBO
Allegato 1**

3) Scegliere il trattamento appropriato sulla base del tipo di dolore e della sua intensità secondo la Scala a Tre Gradini OMS



La scala a tre gradini nella versione originale OMS del 1996 è stata proposta come supporto al trattamento farmacologico del dolore in ambito oncologico.

Numerosi Studi clinici, seppure con notevoli limiti metodologici, hanno dimostrato l'appropriatezza dell'uso degli oppiacei anche nel trattamento del dolore cronico non oncologico estendendo anche a questo ambito l'utilizzo della scala a tre gradini.

L'approccio a tre gradini andrebbe inserito in una strategia complessiva multimodale che comprenda anche terapie non farmacologiche, invasive, fisioterapiche e psico-sociali)

Ad oggi, in mancanza di approcci nuovi e alternativi, questo strumento resta lo standard di riferimento della strategia farmacologica del dolore cronico.

Analgesici non oppioidi

Il **Paracetamolo** deve essere considerato il farmaco di prima scelta per il dolore cronico, in particolare osteoarticolare, a causa del suo favorevole profilo di efficacia/tollerabilità (American Geriatrics Society Panel, 2009; Pergolizzi et al., 2008) al dosaggio massimo di 3 grammi nelle 24 ore anche per prolungati periodi.



STRATEGIE DI APPROCCIO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO AL DOLORE CRONICO

Procedura Aziendale
P054AULBO
Allegato 1

I **FANS**, farmaci soggetti a nota AIFA 66, proprietà antiflogistiche, antipiretiche e analgesiche e costituiscono il fondamento del trattamento delle condizioni infiammatorie croniche.

Sono tra i farmaci più frequentemente prescritti, anche al di fuori delle indicazioni corrette, nonostante il profilo di tossicità gastrointestinale, renale, epatica, cardiovascolare e il rischio di ipersensibilità individuale. In particolare nei malati anziani, fragili, affetti da pluripatologie e pluritrattati l'uso cronico dei FANS tradizionali non selettivi è associato a un inaccettabile rischio di sanguinamento gastrointestinale. D'altra parte i COX-2 inibitori selettivi, secondo quanto mostrato da diversi studi, si associano a un aumentato rischio di eventi cardiovascolari (EMA, 2005)

C'è generale consenso sulla necessità di valutare una diversa scelta farmacologia se entro pochi giorni dalla terapia con FANS - con dosi e ore fisse - non si riscontra una riduzione di sintomi.

Analgesici oppioidi

L'uso degli analgesici oppioidi minori e maggiori per il dolore cronico negli ultimi 10 anni sta diventando a livello mondiale sempre più diffuso oltre che nel dolore di origine oncologica anche nella terapia cronica del dolore artrosico gravi e in alcuni tipi di dolore neuropatico legati a patologie del sistema nervoso periferico. Limitate sono le conoscenze circa gli effetti collaterali e la tossicità a lungo termine degli oppiacei nei soggetti con malattie croniche degenerative a lunga sopravvivenza (in particolare riguardo gli effetti sedativi, sulle funzioni cognitive e sul sistema immunitario).

L'uso degli oppiacei è stato associato negli anni a problemi specifici, quali: dipendenza - addiction (dipendenza psichica), dipendenza fisica, tolerance

La Dipendenza - addiction ("dedizione" alla sostanza, dipendenza psichica):

non è un effetto delle proprietà farmacologiche degli oppioidi, si tratta di una sindrome psicologica e comportamentale, caratterizzata da un fenomeno di dipendenza da farmaco e da comportamenti aberranti, che spingono il soggetto a un'assunzione compulsiva del farmaco stesso. Ha una frequenza molto bassa (in 2 studi condotti su 11.882 e 24.000 malati, solo 4 e 7 rispettivamente hanno presentato dipendenza psicologica). Un comportamento aberrante nei confronti dell'uso del farmaco va accuratamente soppesato in casi particolari, come ad esempio nelle persone con anamnesi positiva per alcolismo o tossicofilie.

La Dipendenza fisica (sintomi e segni clinici da astinenza) è un'inevitabile conseguenza della continua esposizione agli oppioidi. Si può evitare attuando una riduzione scalare del dosaggio del 50% per 2-3 giorni fino a sospensione definitiva.

La Tolerance (bisogno di più farmaco per ottenere lo stesso effetto terapeutico): è un fenomeno che si instaura per tutti gli effetti centrali degli oppioidi (analgesia, sedazione, nausea e vomito, ecc.). Sfruttando questo fenomeno attraverso la "titolazione lenta", si possono contenere quelli che sono considerati effetti collaterali.

È un fenomeno lento a svilupparsi a fronte di una malattia stabile, secondo quanto suggerito da diversi studi longitudinali e nella maggior parte dei casi, la necessità di incrementare la dose è la conseguenza della progressione della malattia

Ogni aumentata richiesta di farmaco da parte del malato implica la necessità di una rivalutazione, alla ricerca di una causa non precedentemente nota o di una progressione, prima di diagnosticare una reale tolerance da oppioidi

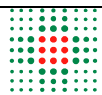
Vista l'assenza di prove definitive in relazione a tossicità e abuso:

- ✓ Tutti i pazienti con dolore moderato-severo, con esiti negativi sul grado di autonomia sulla qualità di vita, devono essere valutati per una terapia con oppioidi;
- ✓ Tutti i pazienti trattati con oppioidi devono essere periodicamente e attentamente monitorati per i potenziali effetti collaterali, l'efficacia della terapia e la corretta compliance alla cura;
- ✓ In caso di trattamento cronico con oppioidi a lunga durata di azione, il dolore episodico intenso va tempestivamente identificato, prevenuto e trattato con oppioidi ad azione rapida.

Trattamenti adiuvanti

Nel malato con dolore cronico refrattario può essere valutato il trattamento dei farmaci analgesici in associazione a terapie adiuvanti con farmaci appartenenti alle seguenti classi terapeutiche:

- Anticonvulsivanti (inibitori dei canali del calcio come il Gabapentin e inibitori dei canali del sodio come la Carbamazepina)
- Antidepressivi (inibitori del re-uptake della serotonina e della noradrenalina)



STRATEGIE DI APPROCCIO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO AL DOLORE CRONICO

Procedura Aziendale
P054AULBO
Allegato 1

- Neurolettici
- Corticosteroidi
- Benzodiazepine
- Miorilassanti ad azione centrale

I farmaci adiuvanti, particolarmente nell'anziano, andrebbero iniziati al minimo dosaggio utile per raggiungere l'effetto terapeutico e titolati in seguito, valutando efficacia ed effetti collaterali. Molti di questi farmaci raggiungono la loro massima efficacia dopo un tempo variabile anche piuttosto lungo.

Le indicazioni possono essere brevemente riassunte

Antidepressivi Triciclici

indicazione nel dolore neuropatico urente e continuo e dolore associato a spasmi viscerali(Amitriptilina)

Anticonvulsivanti -dolore neuropatico a fitte, lancinante o dolore deafferentativo a manifestazione parossistica(Carbamazepina, Fenitoina)

Corticosteroidi- indicazioni neurologiche (ipertensione endocranica, compressione spinale, compressione o infiltrazione di rami nervosi), metastasi ossee, distensione delle capsule (metastasi epatiche o di organi viscerali), infiltrazione di tessuti molli (Desametasone, Metylprednisolone, Prednisone)

Bifosfonati- indicazioni nelle metastasi ossee osteolitiche, ipercalcemia associata al cancro, Localizzazioni scheletriche di mieloma multiplo(Clodronato, Pamidronato)

Neurolettici -riducono ansia e migliorano la seduzione , riducono effetti collaterali da oppioidi (nausea, disforia), (Clorpromazina, Aloperidolo)

Ogni farmaco deve essere valutato in modo completo prima di essere sospeso o sostituito per mancata efficacia.

Nel dolore grave e persistente dovuto ad alcune patologie quali :

- 1)nevralgia post-erpetica correlabile clinicamente e topograficamente a infezione da Herpes Zoster,
- 2)neuropatia associata a malattia neoplastica,
- 3)dolore post-ictus o da lesione midollare,
- 4) polineuropatie, multilineuropatie, mononeuropatie dolorose e neuropatia diabetica

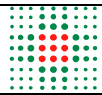
l'impiego degli antidepressivi triciclici (amitriptilina, clomipramina) della duloxetina (antidepressivo indicato nella polineuropatia diabetica) e degli anticonvulsivanti non rappresenta un trattamento adiuvante ma la terapia di prima scelta eventualmente associata o no ad oppiacei.

Gestione degli effetti collaterali da oppiacei

Il monitoraggio degli effetti collaterali degli oppioidi dovrebbe essere concentrato sui sistemi gastrointestinale, neurologico e cognitivo-comportamentale. I possibili effetti collaterali sono rappresentati da stipsi, nausea, vomito, tensione addominale, meteorismo, atassia, vertigini, sedazione, difficoltà di concentrazione, ritenzione urinaria. E' necessario fornire una corretta e appropriata informazione al paziente e al care-giver sulla comparsa e sul controllo degli effetti collaterali onde evitare che la terapia venga precocemente abbandonata o sotto dosata

Effetti collaterali seri come mioclonie, delirium, ipossia, depressione respiratoria sono rari se la titolazione è condotta correttamente con gradualità.

La stipsi, effetto collaterale più frequente, a differenza di altri effetti collaterali non va incontro a tolleranza. Una corretta gestione della costipazione indotta da oppioidi (opioid induced constipation -OIC) prevede alcune semplici regole riguardanti lo stile di vita, come l'incremento dell'assunzione di liquidi, di cibi ricchi di fibre, l'attività fisica e l'esercizio routinario delle funzioni intestinali.



STRATEGIE DI APPROCCIO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO AL DOLORE CRONICO

Procedura Aziendale
P054AULBO
Allegato 1

Nei pazienti in trattamento con oppioidi è indicato attuare preventivamente un trattamento farmacologico con lassativi, che va progressivamente e proporzionalmente adeguato all'aumento del dosaggio dell'oppiaceo. I trattamenti farmacologici di prima linea disponibili per il controllo della OIC sono basati sull'impiego dei lassativi convenzionali (lassativi idrofilici, emollienti, osmotici e di contatto) e nel caso di loro fallimento di interventi rettali (supposte rettali, enteroclistmi).

La nausea va incontro a tolleranza dopo 3-6 giorni dal termine della titolazione. La nausea può essere controllata con la metoclopramide (dosaggio efficace 20 mg x 3 volte al dì) o con l'ondasetrone (4mg 2 volte al giorno) Nei casi resistenti utile anche l'aloperidolo.

Il droperidolo o deidrobenzoperidolo, farmaco ad uso ospedaliero, è un neurolettico appartenente alla classe dei butirrofenoni, che può essere somministrato come potente antiemetico.

La sonnolenza/sedazione :si attenua con il tempo o rimodulando i dosaggi o il tipo di oppioide.

Effetti endocrini: l'uso dei farmaci oppioidi ha un'interazione diretta con il rilascio di molte sostanze ipofisarie tra cui la prolattina, con rischio di indurre amenorrea nella donna in età fertile. L'uso prolungato determina alterazioni del livello di testosterone con rischio di ipogonadismo. Essi possono determinare una inibizione della secrezione di ormone luteotropo (LH), follicolostimolante (FSH) e tireotropina (TSH) (Raffaelli, 2003).

Gli effetti collaterali degli oppioidi possono rappresentare un limite alla loro efficacia clinica sia nel dolore oncologico, sia nel dolore cronico benigno, limitando la possibilità di incrementare il dosaggio in risposta a un dolore di intensità crescente. La strategia terapeutica adatta per ottimizzare l'efficacia di un oppioide riducendone al minimo la tossicità è stata rivista da un gruppo di studio del Research Network della European Association for Palliative Care

Le strategie possibili includono la riduzione della dose dell'oppioide, il trattamento sintomatico dell'effetto collaterale indesiderato, il cambiamento del tipo di oppioide (cosiddetta "rotazione degli oppioidi") o il cambiamento della via di somministrazione. Non esistono evidenze a favore di nessuna delle suddette opzioni.

Tecniche Invasive

Alcune tecniche invasive sono applicabili nel malato con dolore cronico, che possono ridurre o abolire il dolore. Si utilizzano nelle sindromi dolorose croniche non rispondenti alle terapie farmacologiche e vengono indicate dagli specialisti algologi che valutano rischi e benefici in rapporto alle condizioni generali del paziente

Le principali indicazioni sono:

- ✓ Low back pain
- ✓ Ernia discale operata dove permane dolore
- ✓ Radicolopatie
- ✓ Dolori post-traumatici della colonna vertebrale
- ✓ Dolori da artrosi della colonna vertebrale
- ✓ Ulcere trofiche agli arti inferiori di origine vascolare o diabetica
- ✓ Arto fantasma .
- ✓ Arteriopatia obliterante

Il metodo usato principalmente si basa sul posizionamento del catetere spinale e l'infusione intratecale di Anestetici locali/oppiacei, sulle tecniche neurolesive e di neuromodulazione.

Le tecniche neurolesive e di neuromodulazione sono da impiegare solo dopo avere utilizzato al meglio le terapie farmacologiche attraverso le vie più semplici: orale, rettale, sottocutanea ed endovenosa, e le tecniche invasive a minore aggressività. Il compito del medico di medicina generale è quello di segnalare i casi più complessi agli ambulatori e ai Centri specialistici di terapia del dolore della rete.

Strategie Non Farmacologiche

Il dolore cronico influenza profondamente tutta la sfera dei bisogni dell'uomo:

- La capacità di svolgere funzioni quotidiane,
- Le capacità comunicativo-relazionali

| | |
|---|--|
|  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p> | <p>Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p> |
| <p>STRATEGIE DI APPROCCIO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO AL DOLORE CRONICO</p> | <p>Procedura Aziendale P054AULBO Allegato 1</p> |

- Il ritmo sonno-veglia
- La capacità nutrizionale
- La capacità di autocura

È stato dimostrato che un gran numero di interventi non-farmacologici per il dolore persistente agiscono da soli o in combinazione con appropriate strategie farmacologiche.

Questi interventi (ad es. l'educazione del paziente, programmi per il mantenimento di attività fisica, il supporto psicologico.....) dovrebbero essere parte integrante dell'approccio alla gestione di qualsiasi problema di dolore persistente.

L'approccio empatico dell'operatore sanitario, associato ad una buona competenza dal punto di vista clinico e assistenziale, permette il passaggio dalla "cura" della malattia alla "presa in carico" del malato e della sua famiglia

Il dolore del malato in fase avanzata di malattia pertanto non può essere affrontato esclusivamente dal punto di vista farmacologico, ma richiede una presa in carico e un approccio più complesso, cosiddetto "globale - multidimensionale e interdisciplinare", che comprende anche la dimensione psicologica, clinico-assistenziale, e le cure palliative .

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce le cure palliative come : *la presa in carico dei sintomi e delle le problematiche psicologiche, sociali e spirituali. L'obiettivo delle cure palliative è il raggiungimento della migliore qualità di vita per i Pazienti e per le loro famiglie*".

Per consultazioni telefoniche o invio pazienti per valutazioni specialistiche psicologiche per terapie non farmacologiche si può contattare:

UOC di Psicologia Ospedaliera OB tel 0516225005 - fax 0516225009