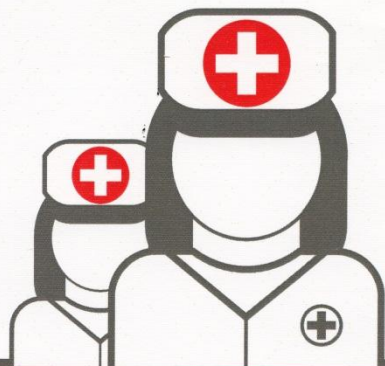




OSPEDALE SACRO CUORE DI GESÙ  
FATEBENEFRAATELLI  
U.O. DI ONCOLOGIA

*la* GESTIONE INFERMIERISTICA  
*delle* TERAPIE di SUPPORTO  
*in* ONCOLOGIA



**9 GIUGNO 2011 ore 14.00**

Centro Congressi  
Ospedale Sacro Cuore di Gesù Fatebenefratelli  
BENEVENTO

# LA TERAPIA DEL DOLORE

**Dott. Angelo Campagna**  
U.O ONCOLOGIA  
Ospedale Fatebenefratelli  
Benevento

# DEFINIZIONE DI DOLORE

**"Un'esperienza sensitiva ed emotiva spiacevole, associata ad un effettivo o potenziale danno tissutale o comunque descritta come tale.**

**Il dolore è sempre soggettivo.**

**Ogni individuo apprende il significato di tale parola attraverso le esperienze correlate ad una lesione durante i primi anni di vita.**

**Sicuramente si accompagna ad una componente somatica, ma ha anche carattere spiacevole, e perciò, ad una carica emozionale".**

**Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (IASP) - 1979**

# CAUSE DEL DOLORE

## Più comuni situazioni di dolore nel malato affetto da neoplasia:

Neoplasie primitive o metastatiche ossee

Infiltrazione/invasione di viscere cavo

Infiltrazione di struttura nervosa

Effetto chimico delle terapie (CT)

Effetto fisico delle terapie (RT e chirurgia)

Patologie concomitanti correlate

(es. Sindromi Paraneoplastiche, Herpes Zoster...)

Patologie concomitanti indipendenti

# EPIDEMIOLOGIA DEL DOLORE ONCOLOGICO

**-30-40% PAZIENTI SOTTOPOSTI A TRATTAMENTO ATTIVO**

**-75% PAZIENTI IN FASE AVANZATA**

**-90% PAZIENTI IN FASE TERMINALE**

# TIPOLOGIA DEL DOLORE



# TIPOLOGIA DEL DOLORE

## DOLORE IDIOPATICO

**E' un dolore la cui origine non è conosciuta**

**Si può considerare un dolore il cui livello di intensità riportata dal paziente non abbia una corrispondente immediata motivazione organica.**

-

# TIPOLOGIA DEL DOLORE

## DOLORE PSICOGENO

Comprende tutti i dolori che nascono da un processo psichico, indipendentemente da una causa organica

A parte casi specifici di somatizzazione, da identificare e diagnosticare con accuratezza, in tutti i dolori cronici è presente una componente di sofferenza psicologica di cui tenere conto nell'approccio terapeutico globale.

# TIPOLOGIA DEL DOLORE

## BREAKTHROUGH PAIN

È un dolore transitorio che si manifesta in pazienti con un dolore cronico di base ben controllato da una terapia analgesica somministrata ad orari fissi. È presente nel 63-89% dei pazienti oncologici (range 19-95%). Gli episodi dolorosi hanno frequenza variabile (1-6 volte al giorno) e durano mediamente 20-30 minuti.



# TIPOLOGIA DEL DOLORE

## BREAKTHROUGH PAIN

Nell'ambito del breakthrough pain va distinto il **dolore acuto incidente**, scatenato da eventi specifici (es. tosse, cambi di postura, defecazione..) e spesso legato alla presenza di metastasi ossee.

Nella pratica clinica corrente, una frequenza superiore a 2 episodi al giorno potrebbe indicare la necessità di modificare la terapia analgesica di base.

# **GESTIONE DEL DOLORE**

## **TRATTAMENTO**

**I cardini della terapia del dolore nel paziente oncologico sono:**

- **inizio precoce**
- **prima scelta la via orale**
- **dosi prestabilite di farmaco**
- **somministrazione ad orari regolari**
- **eventuale rescue dose o dose di salvataggio**
- **tempestiva modifica in caso di diminuzione analgesia**
- **personalizzazione dei dosaggi, vie e tipi di somministrazione**

# GESTIONE DEL DOLORE

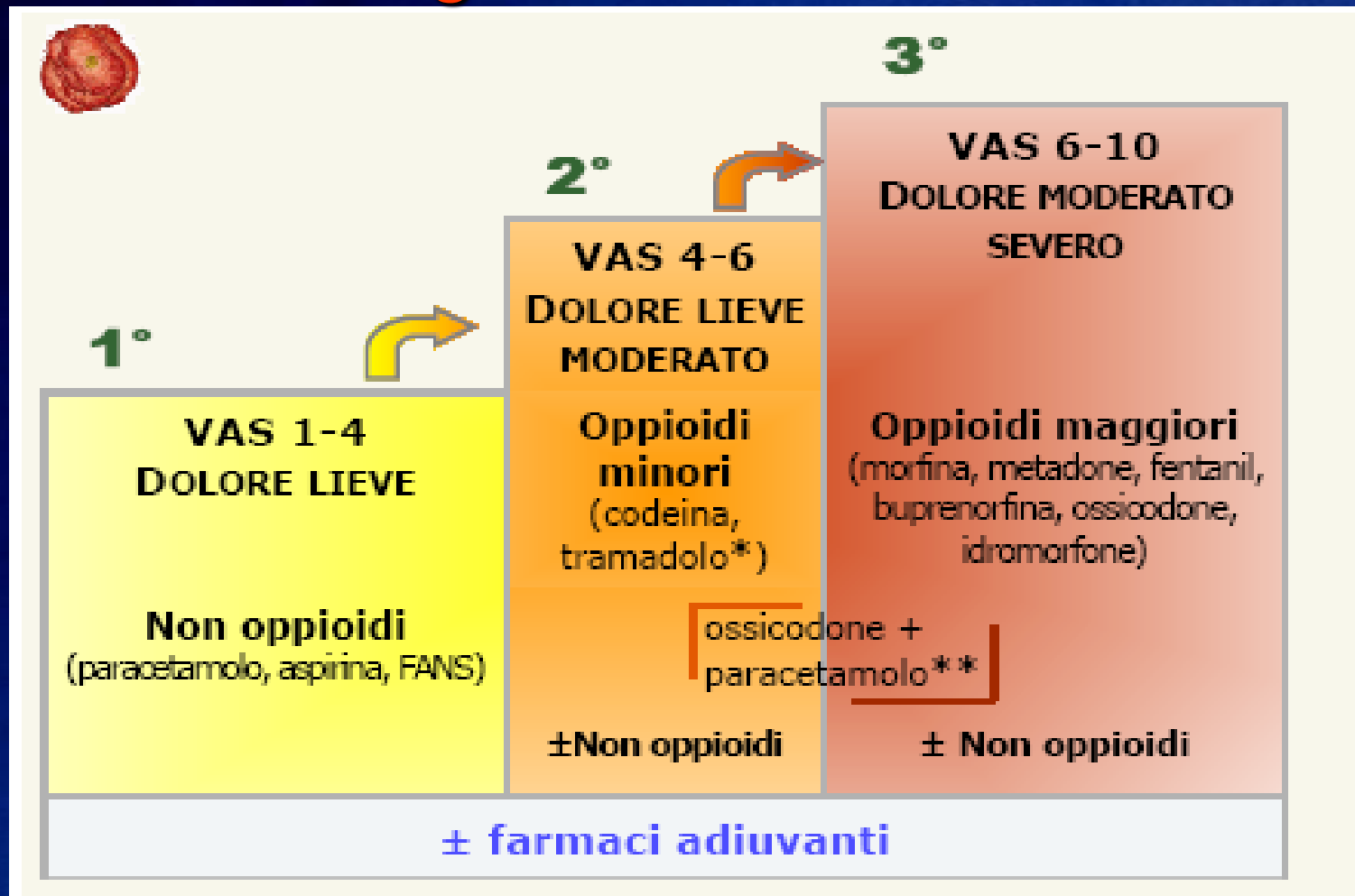
## TRATTAMENTO

### **farmaci adiuvanti:**

sono quelli che pur avendo indicazioni differenti hanno un effetto analgesico in alcune situazioni cliniche specifiche (ipertensione endocranica, dolore neuropatico, dolore resistente agli oppioidi, ecc) o sono in grado di contrastare gli effetti indesiderati della terapia, quali cortisonici, antiepilettici, anestetici locali, antidepressivi, antiemetici, lassativi, ecc..

# GESTIONE DEL DOLORE TRATTAMENTO

## I tre gradini della scala OMS



# GESTIONE DEL DOLORE

## TRATTAMENTO

1° GRADINO: FANS

Dolore lieve

PARACETAMOLO

ACIDO ACETILSALICO

FANS

# **GESTIONE DEL DOLORE**

# **TRATTAMENTO**

## **FANS**

**HANNO EFFETTO TETTO**

**AUMENTANDO LE DOSI AUMENTANO GLI EFFETTI  
COLLATERALI NON QUELLI TERAPEUTICI**

**LE ASSOCIAZIONI FANS AUMENTANO GLI EFFETTI  
COLLATERALI, NON L' AZIONE ANALGESICA**

**DOSI INFERIORI ALLE DOSI PIENE NON SONO  
ESENTI DA EFFETTI COLLATERALI**

# GESTIONE DEL DOLORE

## TRATTAMENTO

### PARACETAMOLO

Vi è evidenza scientifica (GRADO A) che il Paracetamolo deve essere considerato l'analgesico non oppioide di primo impiego a dosaggio di 3 grammi/die

Quando somministrato in associazione con i FANS, ne potenzia l'effetto analgesico e ne consente un utilizzo a dosi più basse

Dotato di **tossicità epatica**

Dosaggio massimo fino a 6 grammi per 6 -7 giorni

Dosaggio massimo 4 grammi per lunghi periodi

# GESTIONE DEL DOLORE

## TRATTAMENTO

**2° GRADINO: OPPIOIDI MINORI**

**Dolore lieve-moderato**

**CODEINA**

**TRAMADOLO**



# **GESTIONE DEL DOLORE**

## **TRATTAMENTO**

### **CODEINA**

**Agonista parziale, stimola debolmente i recettori mu.  
Azione analgesica marcata in associazione con  
paracetamolo o FANS**

**10 volte meno potente della morfina**

**Escreta per via renale, ha un'emivita di 2-4 ore.**

# **GESTIONE DEL DOLORE**

# **TRATTAMENTO**

## **TRAMADOLO**

**Farmaco sintetico con proprietà oppioidi e non.**

**Ha affinità per i recettori  $\mu$  ma inibisce la captazione di NA e 5HT, questo spiega perché può essere efficace in dolori resistenti agli oppiacei.**

**Efficace nel dolore neuropatico**

**Escrezione renale 90%. Ridurre le dosi in insufficienza epatica e renale**

# GESTIONE DEL DOLORE

## TRATTAMENTO

### 3° GRADINO: OPPIOIDI MAGGIORI

Dolore moderato-severo

MORFINA

METADONE

FENTANYL

BUPRENORFINA

OSSICODONE

IDROMORFONE

# GESTIONE DEL DOLORE

## TRATTAMENTO

Gli **Oppioidi** sono farmaci naturali, semisintetici o sintetici, che esplicano i loro effetti legandosi a recettori specifici, diffusamente presenti nel cervello e nel midollo spinale, che vengono antagonizzati dal naloxone.

Nel SNC agiscono sia a livello pre che postsinaptico, mediante inibizione del rilascio di trasmettitori e l'attivazione dei neuroni lungo le vie del dolore.

# **GESTIONE DEL DOLORE** **TRATTAMENTO**

## **MORFINA**

**Ritenuta l'oppiaceo orale di  
prima scelta,  
non per una migliore analgesia  
rispetto ad altri oppiacei,  
ma per familiarità,  
disponibilità  
e costo**

# **GESTIONE DEL DOLORE** **TRATTAMENTO**

## **MORFINA**

**Stimola intensamente  
i recettori mu e kappa,  
ha un metabolismo epatico  
e un'escrezione  
prevalentemente renale.**

# **GESTIONE DEL DOLORE**

## **TRATTAMENTO**

### **MORFINA**

**Gli anziani manifestano una sensibilità accentuata agli oppioidi rispetto ai giovani in quanto:**

- Dosi equivalenti producono più elevate concentrazioni plasmatiche**
- La clearance si riduce**
- L'emivita è prolungata**
- L'insufficienza renale determina accumulo dei metaboliti.**

# GESTIONE DEL DOLORE TRATTAMENTO

## FENTANYL TRANSDERMICO

12, 25, 50, 75, 100  $\mu\text{g/h}$

**Il cerotto si cambia, in teoria, ogni 72 ore,**

**L'efficacia analgesica è comparabile a quella della morfina, ma compare dopo 12-18 ore dalla applicazione, pertanto, se il paziente sta assumendo un altro oppiaceo, occorre continuare per almeno altre 12-18 ore.**

**Alla sospensione del cerotto, le concentrazioni plasmatiche scendono al 50 % in circa 17 ore (dalle 13 alle 22 ore)**



# **GESTIONE DEL DOLORE** **TRATTAMENTO**

## **FENTANYL TRANSDERMICO**

### **INDICAZIONI**

**Pazienti che hanno dimostrato tolleranza ad oppioidi (intesa come pazienti che hanno assunto, senza beneficio o con effetti collaterali, per una settimana o più almeno  
60 mg al giorno di morfina per os  
o 30 mg di ossicodone per os  
o 8 mg di ossimorfone)**

# **GESTIONE DEL DOLORE** **TRATTAMENTO**

## **FENTANYL TRANSDERMICO**

### **CONTROINDICAZIONI**

Uso di inibitori delle MAO

Pazienti non tolleranti agli oppioidi

Nella terapia del dolore acuto

Nel dolore post operatorio

Nel dolore medio

Nel dolore intermittente

Pazienti con BPCO

Pazienti con ipertensione endocranica

# GESTIONE DEL DOLORE TRATTAMENTO

## FENTANYL TRANSMUCOSALE

Ha rapido assorbimento e durata d'azione molto breve, per cui è il farmaco d'elezione nel **dolore episodico incidente (breakthrough pain)**.

L'effetto compare dopo 5 minuti e mezzo e dura per 2 ore.

# **GESTIONE DEL DOLORE** **TRATTAMENTO**

## **FENTANYL TRANSMUCOSALE**

**pastiglie orosolubili con applicatore**

**200-400-600- 800-1200 e 1600  $\mu\text{g}$**

**La via transmucosale utilizza  
i vantaggi di cui dispone la mucosa orale:  
ampiezza di esposizione della superficie al principio attivo,  
temperatura uniforme,  
alta permeabilità  
e fitta rete vascolare.**

**Questa via di somministrazione presenta una rapidità d'azione  
di poco inferiore alla via endovenosa  
con l'enorme vantaggio di non essere invasiva  
e di essere estremamente pratica.**

# **GESTIONE DEL DOLORE**

# **TRATTAMENTO**

## **FENTANYL TRANSMUCOSALE**

**somministrazione intranasale**

**50  $\mu\text{g}$ /dose spray nasale**

**100-400  $\mu\text{g}$ /dose spray nasale**

**La mucosa nasale è riccamente vascolarizzata,  
è caratterizzata da un epitelio molto sottile,  
ed evita il metabolismo epatico di primo passaggio.**

**La somministrazione intranasale di farmaci analgesici  
offre quindi numerosi benefici clinici, combinando  
elevata biodisponibilità,  
rapido assorbimento,  
rapida insorgenza dell'azione nalgesica  
facilità e semplicità di somministrazione**

# GESTIONE DEL DOLORE

# TRATTAMENTO

## OSSICODONE

### OSSICODONE

cpr 10 -20-40-80 mg

### OSSICODONE + PARACETAMOLO

cpr 5-10-20 mg ossicodone + 325 mg paracetamolo

### OSSICODONE + NALOXONE

cpr 10 mg ossicodone + 5 mg naloxone

cpr 20 mg ossicodone + 10 mg naloxone

# **GESTIONE DEL DOLORE** **TRATTAMENTO**

## **IDROMORFONE**

### **IDROMORFONE**

**cpr 8-16-32-80 mg**

**Agonista puro sui recettori  $\mu$**

**Assenza di metaboliti con attivita' analgesica**

**Monosomministrazione giornaliera per os**

**Tecnologia Push-pull**

# **GESTIONE DEL DOLORE** **TRATTAMENTO**

## **ROTAZIONE DEGLI OPPIACEI**

**Dolore controllato,  
ma effetti collaterali eccessivi e non controllabili.**

**Analgesia inadeguata,  
nonostante l'aumento di dosaggio.**

**Analgesia inadeguata  
e impossibilità di aumentare il dosaggio,  
per la comparsa di effetti collaterali.**



# **GESTIONE DEL DOLORE**

## **TRATTAMENTO**

### **ROTAZIONE DEGLI OPPIACEI**

#### **Strategie terapeutiche**

##### **ADOTTARE MISURE GENERALI**

(ridurre dose, idratare, ridurre numero associazioni farmacologiche)

##### **SOMMINISTRARE FARMACI ADIUVANTI**

##### **MODIFICARE LE VIE DI SOMMINISTRAZIONE DELLA MORFINA**

##### **CAMBIARE TIPO DI OPPIACEO**

##### **CAMBIARE VIA DI SOMMINISTRAZIONE**

##### **E TIPO DI OPPIACEO CONTEMPORANEAMENTE**

# **GESTIONE DEL DOLORE** **TRATTAMENTO**

## **ASSOCIAZIONI COMPATIBILI TRA OPPIACEI**

**Morfina + Metadone**

**Morfina + Fentanyl**

**Ossicodone + Fentanyl**

**Morfina + Ossicodone**



**GRAZIE PER L'ATTENZIONE...**