

**Aiom**  
Associazione Italiana di Oncologia Medica

**1° Corso per**

**FORMATORI di CAREGIVER**  
**in ONCOLOGIA**

*Un percorso di  
Informazione e Formazione*

---

Presidenti del Convegno: Carmine Pinto e Fabrizio Nicolis

---

**MILANO | 30.03.2017**

**FOUNDAZIONE**  
**Aiom**  
Associazione Italiana di Oncologia Medica

Il paziente con dolore  
Emiliano Tamburini  
U.O. Oncologia di Rimini

# Peculiarità del dolore oncologico (DdC)

- Nel paziente oncologico il DdC **non è l'unico sintomo**, ma fa parte di un corteo sintomatologico complesso, trattamento più efficace quando inserito in cura palliativa più ampia. Diverso impatto dei fattori psicosociali. Più dolore e distress, più supporto.
- Il DdC **non assume caratteristiche di dolore “malattia”**: diagnosi, eziopatogenesi, e fisiopatologia note e collegate a malattia di base
- Nel DdC obiettivo del trattamento è la **riduzione del sintomo con buon indice terapeutico, per permettere migliore qualità di vita possibile**, non recupero di funzione
- Maggior rischio di **interazioni farmacologiche e disfunzione di organi/apparati**; indice terapeutico più stretto
- No rischi di **dipendenza psicologica**
- Sintomo refrattario e **sedazione**
- **Ricerca clinica e strategie terapeutiche** nate e sviluppate in gran parte nel DdC

# Prevalenza del dolore neoplastico

- **Prevalenza media in qualunque stadio (23 studi)**  
**48%** (range 38-100%)
- **Prevalenza media in fase avanzata (27 studi)**  
**74%** (range 53-100%)

Hearn e Higginson, Cancer pain epidemiology: a systematic review, 2003

# Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years

(van den Beuken -van Everdingen MHJ, Ann Oncol 2007,18: 1437-1449)

- 52 studi in meta-analisi: 7 (756) pz sottoposti a trattamento curativo, 7 (1408) pz in trattamento anti tumorale, 22 (9763) pz in fase avanzata/metastatica/terminale, 16 (8088) pz in tutte le fasi precedenti
- Prevalenza (si/no): 33% (95%IC: 21-46%); 59%(44-73%); 64%(58-69%); 53%(43-63%)
- Presenza di dolore moderato-severo (17 studi su 52): n.r., 36%, 45%, 31%.

**Tabella 1** - Prevalenza del dolore nei pazienti oncologici: revisione sistematica ultimi 40 anni

STUDI	PAZIENTI	SETTING	PREVALENZA DOLORE	
			MODERATO % (IC 95%)	SEVERO %
7	756	Trattamento curativo	33 (21-46)	Non riportato
7	1408	Trattamento avanzato	59 (44-73)	36
22	9763	Fase avanzata/metastatica/terminale	64 (58-69)	45
16	8088	Popolazioni miste di tutte le precedenti	53 (43-63)	31

Da van den Beuken -van Everdingen MHJ et al. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. (ref. 4) \* IC = Intervallo di Confidenza

# DOLORE DA CANCRO: DIMENSIONI DEL PROBLEMA

Oltre l'80% dei pazienti ha dolore, nella maggior

parte dei casi un dolore severo

Ogni anno, in Italia, almeno 120.000 pazienti oncologici soffrono per un dolore fisico negli ultimi tre mesi di vita

(almeno 100.000 per un dolore severo)

La terapia prescritta **controlla** il dolore in maniera accettabile

**nel 70-80 % dei casi.**

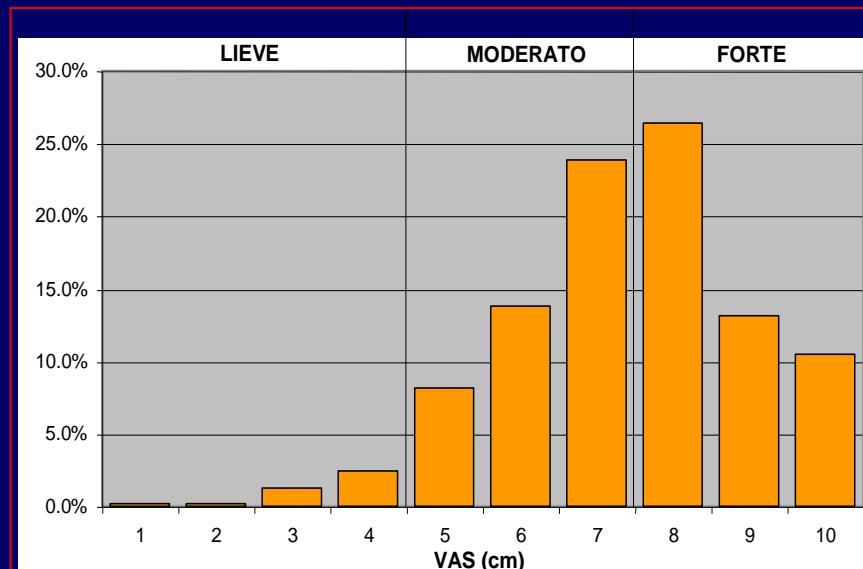
Il dolore **rimane un problema severo** in almeno **1/3** dei pazienti oncologici con malattia in fase terminale.

(circa 50.000 pazienti ogni anno)

Studio ISDOC 2005



## INTENSITA' DEL DOLORE ONCOLOGICO IN PAZIENTI CHE SI RIVOLGONO A CENTRI SPECIALISTICI (Indagine FEDERDOLORE 2007)



# DOLORE DA CANCRO

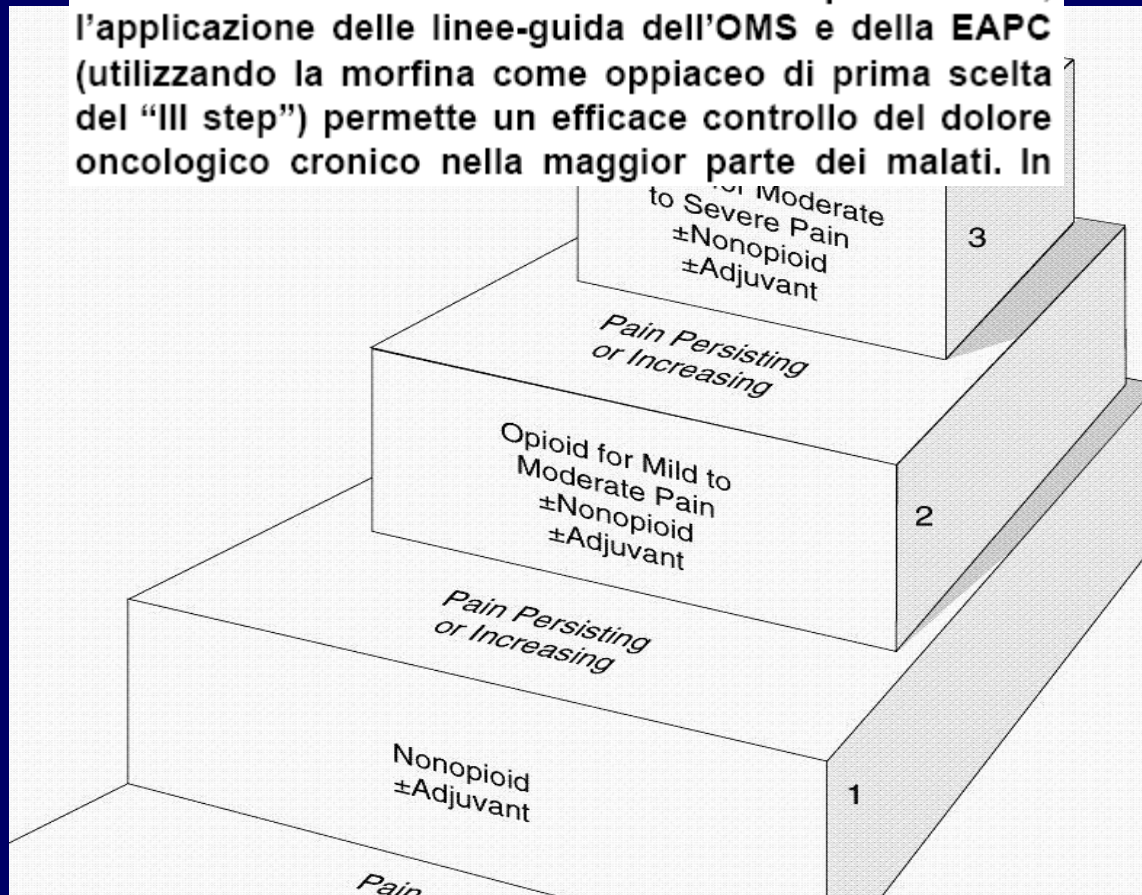
SCALA  
WHO

Via di  
somministrazione?

Rotazione?

O  
P  
P  
I  
O  
I  
D  
I

15. Gestire con successo il dolore utilizzando gli oppiacei significa realizzare un'analgesia adeguata senza eccessivi effetti indesiderati. In base a questi criteri, l'applicazione delle linee-guida dell'OMS e della EAPC (utilizzando la morfina come oppiaceo di prima scelta del "III step") permette un efficace controllo del dolore oncologico cronico nella maggior parte dei malati. In

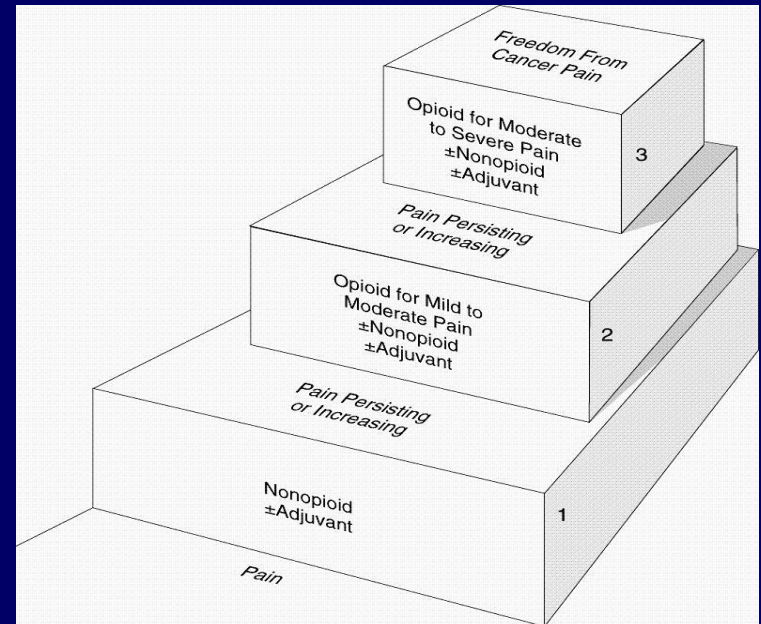


### STRATEGIA DI GESTIONE DEL DOLORE

La strategia terapeutica che rimane tuttora una pietra miliare nel trattamento del dolore da cancro è quella proposta nel 1986 dalla Organizzazione Mondiale della Sanità, la cosiddetta Analgesic Ladder (1), e alla quale le altre linee-guida prodotte da varie Agenzie e Società Scientifiche fanno comunque riferimento (Fig 2). Essa consiste nell'utilizzo di Farmaci Antiinfiammatori Non

# La Scala Analgesica WHO non è fondata su evidenze scientifiche metodologicamente forti

- Scala analgesica dell'OMS e supporto "Evidence-Based": la meta-analisi (tentativo di meta-analisi) di Jadad e Browman (JAMA 1995):
  - Mancanza di studi clinici controllati;
  - Validazione eseguita su serie di pazienti;
  - Mancanza di criteri univoci di valutazione del dolore;
  - Follow up breve, disomogeneo, con elevato numero di missing data.



–70%-100% di controllo del dolore con il trattamento medico (Jadad e Browman, 1995);



# FARMACI ANALGESICI:

## Effetti collaterali

Classe	Potenziati effetti collaterali
<b>Paracetamolo</b>	Sudorazione, sensazione di calore, ipotensione Alterazioni della funzionalità epatica e/o renale Reazioni allergiche
<b>FANS (farmaci anti-infiammatori non steroidei):</b> acido acetilsalicilico, diclofenac, ketorolac, indometacina, ketoprofene, ibuprofene, naprossene, nimesulide, celecoxib, piroxicam, etc.	Mal di stomaco, pirosi, ulcera gastrica Alterazioni della funzionalità renale e/o epatica Cefalea, vertigini Ipertensione Facilità al sanguinamento Reazioni allergiche
- <b>Oppioidi</b> ( <b>oppioidi minori:</b> codeina, tramadolo; <b>oppioidi maggiori:</b> morfina, ossicodone, idromorfone, tapentadolo, fentanil, buprenorfina)	Stipsi Nausea e vomito Sensazione di ritardato svuotamento gastrico Vertigini Sedazione Tolleranza Dipendenza Depressione respiratoria

# Con cosa si inizia?

- **Per pazienti con dolore lieve-moderato o non controllato da paracetamolo o FANS dati regolarmente (per os) si aggiunge un farmaco del II gradino (codeina o tramadolo) dati a dose appropriate per os**
- **In alternativa, si possono usare basse dosi (30 mg DEMO) di un farmaco del III gradino (morfina o ossicodone)**

# La morfina è l'oppiaceo di scelta nel trattamento del dolore neoplastico moderato severo?

## Le raccomandazioni EAPC:

1. L'oppiaceo di prima scelta per il dolore moderato-severo è la morfina [livello di evidenza C];
2. La via di somministrazione ottimale della morfina è quella orale, nelle formulazioni a pronto rilascio e a rilascio controllato [livello di evidenza C];  
[...]
17. L'idromorfone o l'ossicodone sono alternative efficaci alla morfina per os nelle formulazioni a pronto rilascio e a rilascio controllato [livello di evidenza A];
18. Il metadone è una alternativa efficace, ma può essere complicato da usare rispetto ad altri oppiacei a causa di marcate differenze interindividuali in termini di emivita plasmatica, di potenza analgesica relativa e di durata d'azione [livello di evidenza C];
19. Il fentanyl transdermico è un'efficace alternativa alla morfina orale, ma andrebbe riservato ai pazienti con esigenze oppiacee stabili. E' particolarmente utile per soggetti che non riescono ad assumere la morfina per os, in alternativa alla morfina sottocutanea. [livello di evidenza B]

# **Quale oppioide classificato al III gradino della Scala WHO usare per primo?**

- **Morfina, ossicodone, e idromorfone orali hanno efficacia e tossicità sovrapponibili e non vi sono motivi per indicare uno o l'altro.**
- **Il Metadone è più difficile da maneggiare e si suggerisce che sia utilizzato solo da professionisti esperti.**
- **Gli oppioidi transdermici sembra diano meno stipsi e sono preferiti da alcuni pazienti, ma le caratteristiche farmacocinetiche e dinamiche complesse. Rappresentano una utile alternativa agli oppioidi orali e un dispositivo efficace e non invasivo per i pazienti che non riescono a deglutire.**

# **Quali scale sono raccomandate nella misurazione del dolore da cancro?**

- **NRS a 11 livelli**
- **In disfunzione cognitiva: verbale a 6 livelli**

# **Con quale frequenza ricercare e registrare le esacerbazioni del dolore da cancro**

- **Riferire la rilevazione delle esacerbazioni alle 24 ore precedenti.**
- **Una volta quantificate, approfondirne le caratteristiche per fare diagnosi certa secondo definizioni condivise e stabilite**

**E' raccomandato l'uso di una scala specifica per la valutazione del grado di sollievo ottenuto dalle terapie**

- **E' raccomandato l'uso di una scala specifica che misuri il sollievo relativamente alle 24 ore precedenti**
- **Scala verbale, in particolare se per l'intensità si utilizzava scala numerica**

# **Nel Dolore Episodico Intenso**

- **Il farmaco «al bisogno» può essere stesso oppioide di base o un oppioide diverso**
- **Per morfina a immediato rilascio: 1/5 (20%) della DEMO nelle 24 ore**
- **Per le varie formulazioni di Rapid Onset Opioid (ROO) = fentanil , sempre da titolare**



# Rotazione degli oppioidi: definizione e indicazioni

## Sostituzione farmaco oppioide durante trattamento per:

- sviluppo di tolleranza verso il farmaco
- analgesia inadeguata nonostante l'incremento di dosaggio (sindromi difficili, dolore refrattario)
- presenza di effetti collaterali non controllabili

# **Regole “basiche” nell’utilizzo di oppioidi**

- **Ragionare i termini di “Dosaggio Equivalente di Morfina Orale” (DEMO)**
- **Pazienti naive da oppioidi iniziano con un primo dosaggio intorno a 30 mg di DEMO**
- **Pazienti già in trattamento con oppioidi deboli è probabile debbano essere trattati con una dose iniziale di oppioidi forti intorno a 60 mg di DEMO**
- **Sia il primo cerotto di Buprenorfina (35 mcg/ora) che quello di Fentanyl (25 mcg/ora) equivalgono a 60 mg di Morfina Orale (ora non più: il più basso del FTTS equivale a 30)**
- **La rotazione dell’oppioide e/o il cambio di via rappresentano due momenti critici**
- **La dose al bisogno è circa un sesto di quella delle 24 ore**