

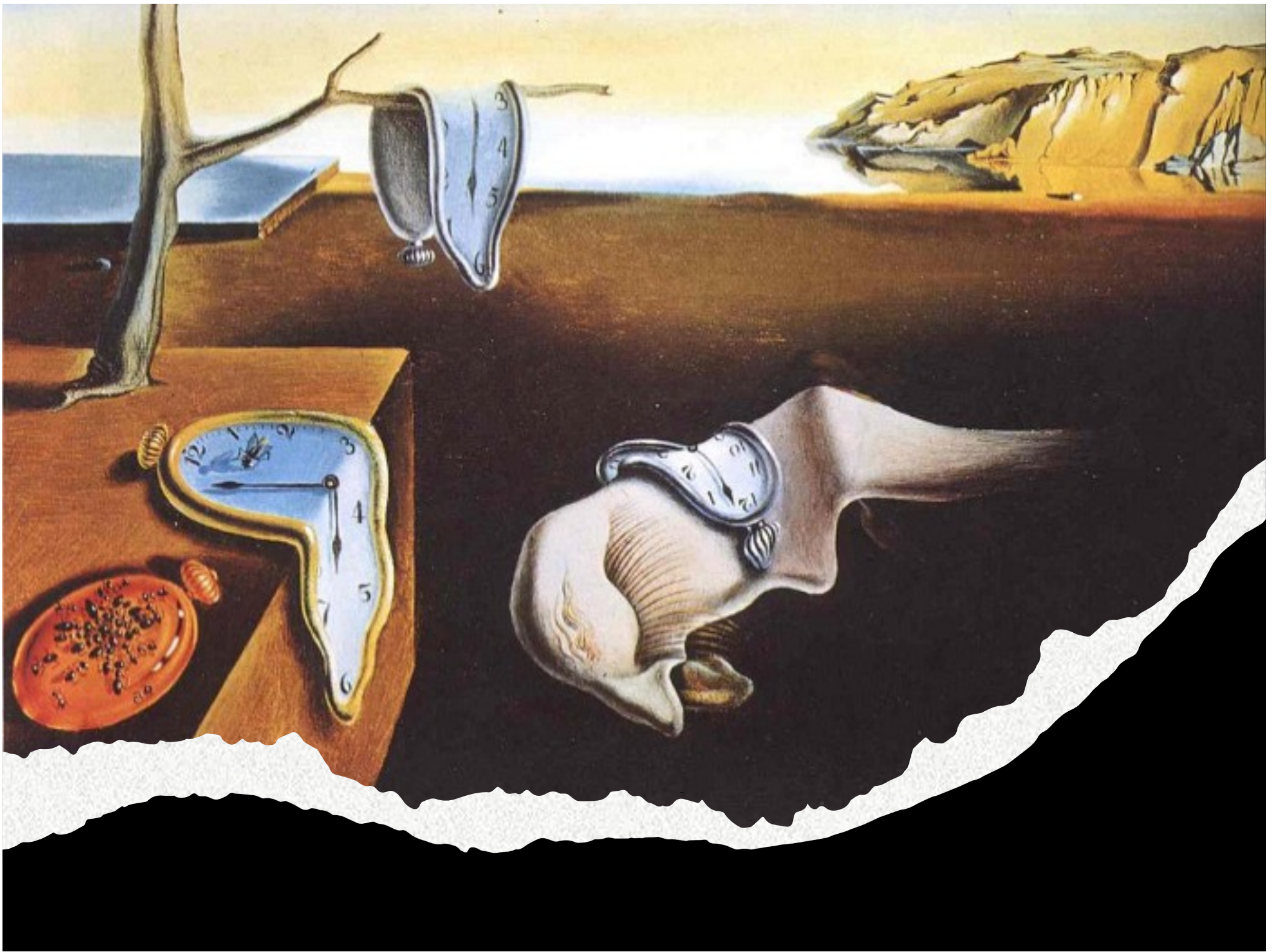
La valutazione e il trattamento farmacologico del dolore oncologico

D.ssa Mariada Perrone

Medico Anestesista Rianimatore
Terapista del dolore
Master II Livello Cure palliative

Istituto Ortopedico Rizzoli
Bologna







Prevalenza del dolore da cancro

- ❖ 33% dei pazienti dopo trattamento curativo
- ❖ 59% dei pazienti in trattamento antitumorale
- ❖ 64% dei pazienti con malattia avanzata, metastatica eterminale
- ❖ 53% dei pazienti in qualunque fase della malattia
- ❖ *Non è stata riscontrata alcuna differenza nella prevalenza del dolore tra pazienti in trattamento antitumorale e quelli in fase avanzata o terminale della malattia*

Da van den Beuken -van Everdingen MHJ et al. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years.

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

M. H. J. van den Beuken-van Everdingen^{1*}, J. M. de Rijke¹, A. G. Kessels², H. C. Schouten³, M. van Kleef⁴ & J. Patijn¹

- I dati provengono da 52 pubblicazioni (selezionate con metodo scientificamente valido, a partire da 4737 articoli)
- Il dolore viene definito di grado moderato-intenso da circa un terzo dei pazienti.
- Il 57-76% degli oncologi medici non chiede al paziente se ha dolore.
- Il dolore è menzionato solo nel 10% delle cartelle cliniche oncologiche.

Survey EPIC (European Pain in Cancer)

Dai dati raccolti è emerso che:

- il 23% dei pazienti che riferiva intensità di dolore pari o superiore a 5 nella scala numerica di valutazione del dolore non riceveva alcun trattamento analgesico.
- Considerando poi il campione di pazienti che riferiva un'intensità di dolore classificata severa , di questi solo il 42% riceveva un trattamento oppiacei forti



Definizione del dolore

"un'esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole, associata a (o simile a quella associata a) un danno tissutale potenziale in atto."

(IASP, International Association for the Study of Pain, 2020)

mariada.perrone@ior.it



- L'emozione è un processo complesso che unisce psiche e soma

- L'esperienza dolore ha un correlato emotivo : ansia , rabbia, frustrazione fallimento, impotenza, fino alla depressione

Legge 38 del 2010

Art. 7



Il dolore come parametro vitale:
Rilevazione costante in cartella clinica

Incidenza in funzione della sede del tumore

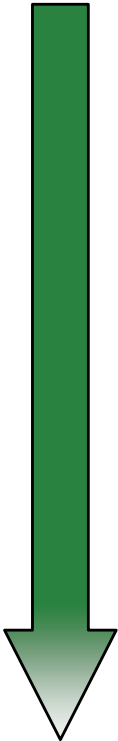
SEDE PRIMARIA	INCIDENZA
Orofaringe	55-80 %
Colon-retto	45-95 %
pancreas	70-100%
Fegato e vie biliari	65-100%
Polmone	55-90%
Mammella	55-100%

SEDE PRIMARIA	INCIDENZA
Utero, cervice e ovaio	40-100%
Prostata	55-100%
Tratto urinario	60-100%
Leucemia e linfoma	5-75%
Sarcomi e dolori primitivi ossei	75-90%

Classificazione del dolore in base alla storia naturale del tumore

Cause

- Dolore acuto procedurale
- Dolore iatrogeno
- Dolore da comorbidità
- Dolore metastatico
- Dolore terminale
- Dolore nei lungosopravvivenenti



Classificazione del dolore in base alla eziopatogenesi

Il dolore da effetto massa

- Da metastasi ossee;
- Da infiltrazione di plessi o strutture nervose;
- Da ulcerazione di cute o mucose;
- Da infiltrazione di strutture anatomiche quali muscoli o parenchimi;
- Da ostacolo alla canalizzazione intestinale o urinaria;
- Da distensione di organi parenchimatosi.

Il dolore paraneoplastico

- Interrelazione tra citochine tumorali e citochine del sistema monocito-macrofagico;
- Resistenza ai farmaci analgesici o iperalgesia in assenza di effetto massa o iatrogeno.

Il dolore iatrogeno

- Acuto e cronico post-chirurgico;
- Acuto e cronico post-radioterapia;
- Acuto e cronico post-chemioterapia;
- Acuto e cronico da trattamenti integrati (chemio-radioterapia palliativa, chemio-radioterapia adiuvante o neoadiuvante);
- Da trattamenti di supporto (iperalgesia da oppiacei, fattori di crescita ematopoietici).

Classificazione del dolore in base alla fisiopatologia

- **Nocicettivo** da invasione/ulcerazione di tessuti/inflammatorio
- Nocicettivo viscerale Da spasmo della muscolatura liscia (dolore tipo “colica”) o Da tensione di capsule parenchimali o fasce muscolari;
- **Neuropatico** periferico e/o centrale
- **Misto** (nocicettivo + neuropatico)
- **Totale** : sofferenza del paziente e della famiglia nel corso della malattia neoplastica

Classificazione del dolore in base alla manifestazione clinica

- Dolore acuto in senso stretto o Dolore Episodico Intenso;
- Dolore cronico, quale espressione di malattia neoplastica in atto o esito di trattamento (mutilazione chirurgica, chemio-radiante).

Raccomandazioni AIOM

-Valutazione del dolore-

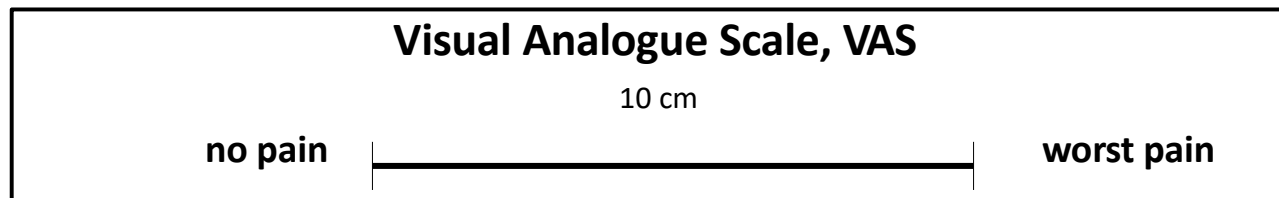
E' importante per la valutazione del dolore oncologico segnalare e monitorizzare:

- L'intensità del dolore
- Frequenza delle esacerbazioni
- Effetti del trattamento (solievo)

Valutazione del dolore

-Intensità del dolore-

La letteratura è in accordo sulla analogia riguardo validità ed affidabilità delle tre scale unidimensionali utilizzate per la misurazione dell'intensità del dolore:



Verbal Rating Scale, VRS

• No pain	1
• Very mild	2
• Mild	3
• Moderate	4
• Severe	5
• Very severe	6



Valutazione del dolore

-Esacerbazione del dolore-

Con quale frequenza vanno rilevate le esacerbazioni del dolore da cancro?

Qualità dell'evidenza SIGN	Raccomandazione clinica R3	Forza della raccomandazione clinica
D	Per la valutazione delle esacerbazioni si raccomanda di misurare la presenza di picchi di dolore più intenso nelle 24 ore precedenti la rilevazione. In caso di risposta affermativa, approfondire la valutazione al fine di arrivare ad una diagnosi di presenza o assenza di dolore episodico intenso secondo una definizione prestabilita. (4)	Positiva forte

- il Breakthrough Pain Questionnaire
 - l'Alberta Breakthrough Pain Assessment Tool,
- entrambi in lingua inglese e purtroppo non ancora validati neanche nella versione originale.

Valutazione del dolore

-Solievo del dolore-

E' raccomandato l'uso di scale specifiche per indagare il sollievo del dolore?

Qualità dell'evidenza SIGN	Raccomandazione clinica R4	Forza della raccomandazione clinica
D*	Per la valutazione del sollievo dal dolore dato dai trattamenti si raccomanda l'uso di una scala specifica che rileva l'entità del sollievo nelle 24 ore precedenti la rilevazione; al fine di evitare confusione per il paziente, se l'intensità del dolore è stata rilevata con una scala numerica, per il sollievo si raccomanda di utilizzare una scala di valutazione verbale (nessun sollievo, sollievo leggero, sollievo moderato, sollievo elevato, sollievo completo).	Positiva forte

*Opinione del panel

In letteratura esistono dei fattori predisponenti al dolore difficile ?

- Pazienti più giovani
- Dolore neuropatico
- Dolore episodico o incidente
- Elevata intensità del dolore alla presentazione iniziale
- Distress psicologico
- Abuso di sostanze stupefacenti, pregresso o in atto, con possibilità di utilizzo inappropriato degli oppioidi o di precoce tolleranza
- Impoverimento cognitivo con difficoltà di valutazione del dolore o ridotta tollerabilità ai trattamenti farmacologici

Fainsinger RL, Cancer pain assessment we predict the need for specialist input?

Raccomandazioni AIOM

-Gestione del dolore-

Semplici regole per la somministrazione farmacologica:

- ❖ Somministrazione ad orari fissi a cui va associata , se necessaria , terapia al bisogno
- ❖ Somministrazione per bocca o nella modalità meno invasiva ed accettabile per il paziente
- ❖ Individualizzata (mirare le dosi in base alle caratteristiche del paziente fino alla dose minima efficace)
- ❖ Attenzione ai dettagli (dosi, orari, effetti collaterali);



*I pazienti devono essere informati sul dolore e sulla sua gestione e devono essere incoraggiati a svolgere un **ruolo attivo***

Raccomandazioni AIOM

-Gestione del dolore-



OMS Analgesic Ladder , 1986



Scala OMS criticata!

- Uso schematico progressivo
- È costruita in base all'intensità e non ai meccanismi patogenetici
- I farmaci adiuvanti (anticonvulsivanti, antidepressivi, corticosteroidi) sono definiti come 'non specificatamente analgesici', ma nel dolore da cancro possono contribuire alla riduzione del dolore
- Va completata con altri 2 step : cambio dell'oppioide o della via di somministrazione non invasiva e il ricorso ad interventi di neurolesione o neuromodulazione (2,7-5,4%)

Raccomandazioni AIOM

-Gestione del dolore **lieve**-

- I FANS +/- paracetamolo sono efficaci nel trattamento del dolore lieve;
- I FANS +/- paracetamolo sono efficaci per il trattamento di tutte le intensità del dolore, per periodi limitati e a meno che non siano controindicati.

Sono raccomandati FANS e paracetamolo nel trattamento del dolore da cancro?

Qualità dell'evidenza SIGN	Raccomandazione clinica R6	Forza della raccomandazione clinica
B	Nel paziente oncologico in fase avanzata di malattia, con dolore di diversa etiologia, la somministrazione di FANS e paracetamolo dovrebbe essere effettuata per periodi limitati e con attenzione ai possibili effetti collaterali (3).	Positiva debole

McNicol ED, et al. NSAIDs or paracetamol, alone or combined with opioids, for cancer pain. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005.

Raccomandazioni AIOM

-Gestione del dolore **lieve**-

FARMACO	FORMA E POSOLOGIA (MG)	DOSE GIORNALIERA MASSIMA RACCOMANDATA (mg)	TEMPO PER PICCO MASSIMO (ore)	EMIVITA (ore)
Paracetamolo	Cp, supposte 500-1000	3000	1	1-4
Acido Propionico				
Ibuprofene	Cp 200-400-600 Cp 800 a rilascio modificato	3200	1-2	1.8-2.5
Ketoprofene	Cp 25-75 Cp a rilascio modificato 100-150-200	300	0.5-2	2-4
Naprossene	Cp 250-375-500	1500	2-4	12-15
Acido acetil salicilico				
Acido Acetil salicilico	Cp 500-1000	3000	1-2	3-5
Acido Acetico				
Diclofenac	Cp 50,100 a lento rilascio, supposte da 100, fl da 75 im	225	2-3	1-2

Raccomandazioni AIOM

-Gestione del dolore **lieve-moderato**-

- Per il dolore lieve-moderato, gli oppioidi deboli come la codeina ed il tramadolo devono essere somministrati in combinazione con gli analgesici non oppioidi;
- In alternativa agli oppioidi deboli si può considerare l'utilizzo di basse dosi di oppioidi forti in combinazione con gli analgesici non oppioidi.

Codeina 30-60 mg + paracetamolo 325-500 mg ogni 6-8 ore
Tramadolo 50-100 mg ogni 6 ore

Straube C et al, Codeine alone and with paracetamol (acetaminophen), for cancer pain. Cochrane Database Syst Rev. 2014.

Bandieri E, et al. Randomized Trial of Low-Dose Morphine Versus Weak Opioids in Moderate Cancer Pain. J Clin Oncol. 2016

Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. Lancet Oncol 2012 Feb;13(2)

Un pò di storia...



1803: un farmacista tedesco Friedrich W. A. Sertürner isola dall'oppio la morfina. Per la prima volta nella storia si riesce ad isolare un principio attivo.



Nel 1804 anche il francese Séguin aveva isolato la morfina (ritratto mentre la provava sugli amici), però pubblicò i risultati solo nel 1814 senza resoconto di esperimenti su animali o uomini.

COME AGISCONO GLI OPPIOIDI

RECETTORI	RISPOSTA DOPO ATTIVAZIONE
Mu (μ) MOP - MOR μ_1 μ_2 μ_3	Analgesia sopraspinale, spinale, periferica, depressione respiratoria, miosi, sedazione, euforia, ridotta motilità gastrointestinale, bradicardia, dipendenza fisica
Kappa (κ) KOP - KOR κ_1 κ_2 κ_3	Analgesia solo spinale , sedazione, effetti psicomimetici, depressione respiratoria (minore rispetto ai recettori mu)
Delta (δ) DOP – DOR δ_1 δ_2	analgesia sopraspinale e spinale (poco chiara nell'uomo), miosi, effetti GI

CLASSIFICAZIONE OPPIOIDI

- **agonisti puri** agiscono principalmente sui recettori μ ma anche sui delta e sui kappa
- **agonisti parziali** non riescono ad attivare tutti i recettori degli oppioidi.
- **agonisti-antagonisti** attivano alcuni recettori ma ne bloccano altri
- **antagonisti** (naloxone, PAMORA: peripherally acting μ -opioid receptor antagonist): metilnaltrexone bromuro (s.c), naldemedina e naloxegol (os)

EFFETTI COLLATERALI DEGLI OPPIOIDI

A breve termine:

- Nausea / vomito (nei paz oncologici avanzati 60% ha nausea , 30% ha vomito) : metoclopramide e domperidone
- **Stipsi funzionale** (51-87% dei paz oncologici): il 30% dei pazienti interrompe la terapia con oppioidi per la comparsa di stipsi:lassativi che foman massa, lubrificanti,ipeosmotici, salini, PAMORA
- Prurito: dovuti al coinvolgimento dei sistemi istaminergici/serotoninergici: antistaminici, antagonisti serotonina (ondasetron, dalasetron)
- Depressione respiratoria (raro): naloxone

EFFETTI COLLATERALI DEGLI OPPIOIDI

A lungo termine

- Endocrinologici: ipogonadismo secondario (meno nel caso della buprenorfina)
- Cardiovascolari: ipotensione , bradicardia, **aumento intervallo QT(soprattutto con metadone , utile eseguire ECG prima dell'inizio della terapia)**
- Xerostomia
- neurotossicità : vertigini (10-20%) , delirio , allucinazione (per iperattivazione delle vie dopaminergiche) e convulsioni (tramadolo, codeine, idromorfone)
- **Iperalgesia** : da cronica attivazione che blocca le afferenze nocicettive con neuroplasticità e sensibilizzazione delle vie pronocicettive
- **Dipendenza fisica e chimica e addiction (bisogno psicologico)**

TAPENTADOLO HA RIDOTTA TOSSICITA' RISPETTO AD ALTRI OPPIOIDI

Opioid Risk Tool

	femmine	maschi
STORIA FAMILIARE DI ABUSO SOSTANZE		
alcol	1	3
Sostanze illegali	2	3
Farmaci con prescrizione	4	4
STORIA PERSONALE DI ABUSO SOSTANZE		
alcol	3	3
Sostanze illegali	4	4
Farmaci con prescrizione	5	5
16-45 anni	1	1
STORIA DI ABUSI SESSUALI IN PREADOLESCENZA	3	0
DISTURBI PSICHICI		
Disturbo da deficit dell'attenzione, ossess-compuls,bipolare	2	2
depressione	1	1

PUNTEGGIO TOTALE
 <0 = 3 : basso rischio
 4-7:rischio moderato
 >0= 8: alto rischio

FARMACOGENETICA DEGLI OPPIOIDI:

variabilità individuale di risposta agli oppioidi

Sono stati identificati polimorfismi genetici per:

- Variante del gene OPM1 che codifica il recettore MOR (nel 20% dei caucasici c'è una variante del gene meno attiva che è correlata ad una maggiore richiesta di oppiacei e presenta una ridotta soglia del dolore)**
- Il trasportatore ABCB1 (proteina responsabile della resistenza ai farmaci)**

Raccomandazioni AIOM

-Gestione del dolore moderato-severo-

Qualità dell'evidenza SIGN	Raccomandazione clinica R8	Forza della raccomandazione clinica
A	I dati non mostrano importanti differenze tra morfina, ossicodone, ed idromorfone somministrati per via orale; uno qualsiasi di questi tre farmaci può essere usato come oppioide di prima scelta del III scalino per il dolore moderato-severo da cancro (1-8).	Positiva debole

FARMACI PER VIA ORALE	DURATA (h)	EMIVITA (h)	DOSAGGI DISPONIBILI (mg)	INIZIO EFFETTO (MIN O ORE)
Agonisti puri				
Ossicodone IR	3-6	2-3	5,10,20	40m
Tapentadolo ⁺	12	4	50,100,150,200,250	60m
Ossicodone CR	12	2-3	5,10,20,40,80	40m
Idromorfone Oros	24	12-15	4,8,16,32	60m
Morfina IR	4-6	2-3	10,30,60,100	30m
Morfina CR	12	2-3	10,30,60,100	60-120m

Raccomandazioni AIOM

-Gestione del dolore moderato-severo-

Qualità dell'evidenza SIGN	Raccomandazione clinica R10	Forza della raccomandazione clinica
A	Il fentanil e la buprenorfina transdermici sono alternativi agli oppioidi per via orale. Entrambe i farmaci possono essere gli oppioidi preferiti del III scalino per alcuni pazienti. Per i pazienti che non riescono a deglutire, essi rappresentano un dispositivo efficace e non invasivo (11-13)	Positiva debole

Agonisti puri				
Sistema transdermico di fentanyl	60-72	24-40	12,25,50,75,100 µg/h	6-12 ore **
Agonisti Parziali				
Sistema transdermico di buprenorfina	72	25-36	35-52,5-70 µg/h	12-24ore **

La letteratura sui trials randomizzati per l'efficacia del fentanil e buprenorfina transdermica è limitata, ma attesta che sono farmaci importanti

Tassinari D et al. Transdermal opioids as front line treatment of moderate to severe cancer pain: a systemic review. Palliat Med 2011.

Tassinari D et al. Adverse effects of transdermal opiates treating moderate-severe cancer pain in comparison to long-acting morphine: a meta-analysis and systematic review of the literature. J Palliat Med 2008.

Raccomandazioni AIOM

-Titolazione oppioidi forti-

- La titolazione degli oppioidi si ottiene partendo da una dose bassa e facendo degli incrementi fino al raggiungimento dell'effetto desiderato (dose minima efficace);
- La pratica di titolare la **morfina orale a rilascio immediato** ogni 4 ore si basa sul profilo farmacocinetico di questa formulazione (durata dell'effetto di circa 4 ore);
- L'aggiornamento della Cochrane del 2013 sull'uso della morfina orale nel dolore da cancro rinforza la tesi secondo cui è possibile utilizzare la **morfina a rilascio modificato** per titolare l'effetto analgesico (**Livello di evidenza 1+**);
- Gli schemi di titolazione per entrambi i tipi di formulazione dovrebbero essere integrati con rescue medications a rilascio immediato da somministrare al bisogno.

Raccomandazioni AIOM

-Via sottocutanea ed endovenosa-

- La via sottocutanea è la prima scelta per pazienti che non possono ricevere oppioidi per via orale o transdermica;
- l'infusione endovenosa deve essere considerata quando la via sottocutanea è controindicata (edema periferico, disturbi della coagulazione, deficit della circolazione periferica, esigenza di elevati volumi e dosi);
- quando si passa dalla somministrazione orale di morfina a quella sottocutanea o endovenosa, la potenza analgesica relativa è la stessa per entrambe le vie ed è tra 3:1 e 2:1.

*Wiffen PJ, McQuay HJ. Oral morphine for cancer pain. Cochrane Database Syst Rev 2007;
Quigley C. Hydromorphone for acute and chronic pain. Cochrane Database Syst Rev 2002;
Anderson SL, Shreve ST. Continuous subcutaneous infusion of opiates at end-of-life. Ann Pharmacother 2004.*

Raccomandazioni AIOM

-Rotazione degli oppioidi-

- La rotazione degli oppioidi è spesso utilizzata quando il dolore non è ben controllato e gli effetti collaterali limitano l'aumento della dose
- **Nessuno studio randomizzato sostiene la pratica della rotazione degli oppioidi.**
- Per una corretta rotazione è necessario l'utilizzo ragionato di fattori di conversione per il passaggio da un oppioide ad un altro, o da una via di somministrazione ad un'altra:

Cod* (mg)	Tram (mg)	BTDS (mcg/ora)	FTTS (mcg/ora)	Ox (mg)	Id° (mg)	Met** (mg)	Mor (mg) OS ATC	Mor (mg) SC	Mor (mg) EV	Mor (mg) PD/SA	Mor (mg) PRN OS	Mor (mg) PRN SC/EV
120	150		12	15	6		30	15	10	1,5/0,15	5	
240	300	35	25	30	12	15	60	30	20	3,0/0,3	10	5/3,3
		52,5		45	18		90	45	30	4,5/0,45	15	
		70	50	60	24	20	120	60	40	6,0/0,6	20	10/6,6
			75	90	36		180	90	60	9,9/0,9	30	
			100	120	48		240	120	80	12/1,2	40	
						30	300				50	

Raccomandazioni AIOM

-TIMORI da oppioidi-

1.La **TOLLERANZA** si può affrontare adeguando la dose. La comparsa di tolleranza precoce dipende, nella maggioranza dei casi, dal fatto di partire con dosi troppo basse e di non essere “aggressivi” nella corsa della dose ottimale (titolazione troppo lenta). Bisogna anche saper valutare se la ricomparsa del dolore sia legata a tolleranza o alla progressione della malattia

2.La **TOSSICODIPENDENZA** è un fenomeno estremamente raro nei pazienti con neoplasia. Non bisogna confondere la comparsa di dipendenza fisica (possibile con terapie protratte nel tempo) con la tossicodipendenza.

3.La **SINDROME D'ASTINENZA** da dipendenza fisica si può facilmente evitare attraverso la riduzione progressiva del dosaggio degli oppioidi

FARMACI ADIUVANTI

Farmaci che pur non essendo 'analgesici classici' contribuiscono all'efficacia del trattamento e si dividono in :

- Farmaci dotati di attività analgesica intrinseca
- Farmaci che consentono l'impiego a dosi piene dei classici analgesici
- Farmaci ad effetto analgesico indiretto perchè agiscono sui processi morbosi (es infezioni, spasmi viscerali..)
- Sono utilizzati nel dolore cronico

FARMACI ADIUVANTI

- *Antidepressivi*
- *Anticonvulsivanti*
- *Anestetici locali*
- *Corticosteroidi*
- *Inibitori dei recettori NMDA (ketamina, metadone)*
- *Bifosfonati*
- *Cannabis (antiemetico)*

Raccomandazioni AIOM

-Dolore Episodico Intenso (DEI o Break through cancer pain)-

- Temporanea esacerbazione del dolore che si verifica su un dolore cronico di base stabile e ben controllato da un'adeguata terapia oppioide ad orari fissi
- i picchi di dolore severo non devono superare i 30' e non devono essere oltre i 4 accessi nelle 24 ore
- In letteratura presenta una **prevalenza pari al 30-80%** e dipende anche dallo stadio di malattia
- Può essere spontaneo o scatenato da attività fisica

Raccomandazioni AIOM

-Dolore Episodico Intenso-

Nella pratica clinica l'approccio terapeutico al DEI è basato sull'utilizzo di una dose addizionale (**rescue medications**) di farmaci oppioidi.

Idealmente la **rescue medication** dovrebbe avere:

- Effetto rapido,
- Breve durata di azione,
- Effetti collaterali limitati,
- Facilità di assunzione (specie nell'ambiente domiciliare),
- Costi contenuti.

Raccomandazioni AIOM

-Dolore Episodico Intenso-

Storicamente l'uso della morfina a pronto rilascio ha rappresentato per molti anni lo standard terapeutico nonostante l'assenza di trial randomizzati che ne supportassero l'utilizzo

Qualità Globale delle evidenze GRADE	Raccomandazione clinica R28	Forza della raccomandazione clinica
Moderata	<p><i>L'utilizzo del fentanyl trans mucosale nel controllo del dolore episodico intenso rispetto alla morfina dovrebbe essere preso in considerazione. Non vi sono al momento evidenze di letteratura sufficienti ad orientare nella scelta della formulazione di fentanyl.</i></p> <p>Nei confronti con la morfina la rapidità d'azione pare significativamente migliore, a fronte di un non aumentato rischio di effetti collaterali. Non vi sono al momento evidenze in letteratura sufficienti a orientare la scelta della formulazione di Fentanyl. (Vedi paragrafo 21).</p>	Positiva debole

Mercadante S, et al: A comparison of intranasal fentanyl spray with oral transmucosal fentanyl citrate for the treatment of breakthrough cancer pain: an open-label, randomized, crossover trial. Current Medical Research and Opinion 2009.

Vissers D, et al: efficacy of intranasal fentanyl spray versus other opioids for breakthrough pain in cancer. Curr Med Res Opin 2010

Raccomandazioni AIOM

-Interventi antalgici invasivi-

Nonostante l'applicazione delle procedure previste dal OMS, il 3-20% dei pazienti non ottiene un adeguato controllo del dolore;

Oppioidi e/o anestetici locali intrarachei

Qualità dell'evidenza SIGN	Raccomandazione clinica R32	Forza della raccomandazione clinica
D	La somministrazione dei farmaci per via rachidea non dovrebbe essere utilizzata come terapia di prima linea, ma essere riservata come terapia per il dolore difficile di casi selezionati. (9)	Negativa debole

Le correnti indicazioni al trattamento invasivo sono:

- La persistenza di dolore refrattario ai trattamenti sistemici
- La manifestazione di effetti collaterali non tollerabili.

Raccomandazioni AIOM

-Interventi antalgici invasivi-

Neurolisi del plesso celiaco

Qualità dell'evidenza SIGN	Raccomandazione clinica R33	Forza della raccomandazione clinica
B	Nel paziente oncologico in fase avanzata di malattia, con dolore da infiltrazione pancreatico o delle strutture viscerali celiache la neurolisi del celiaco dovrebbe essere presa in considerazione. (13,14)	Positiva debole

Raccomandazioni AIOM

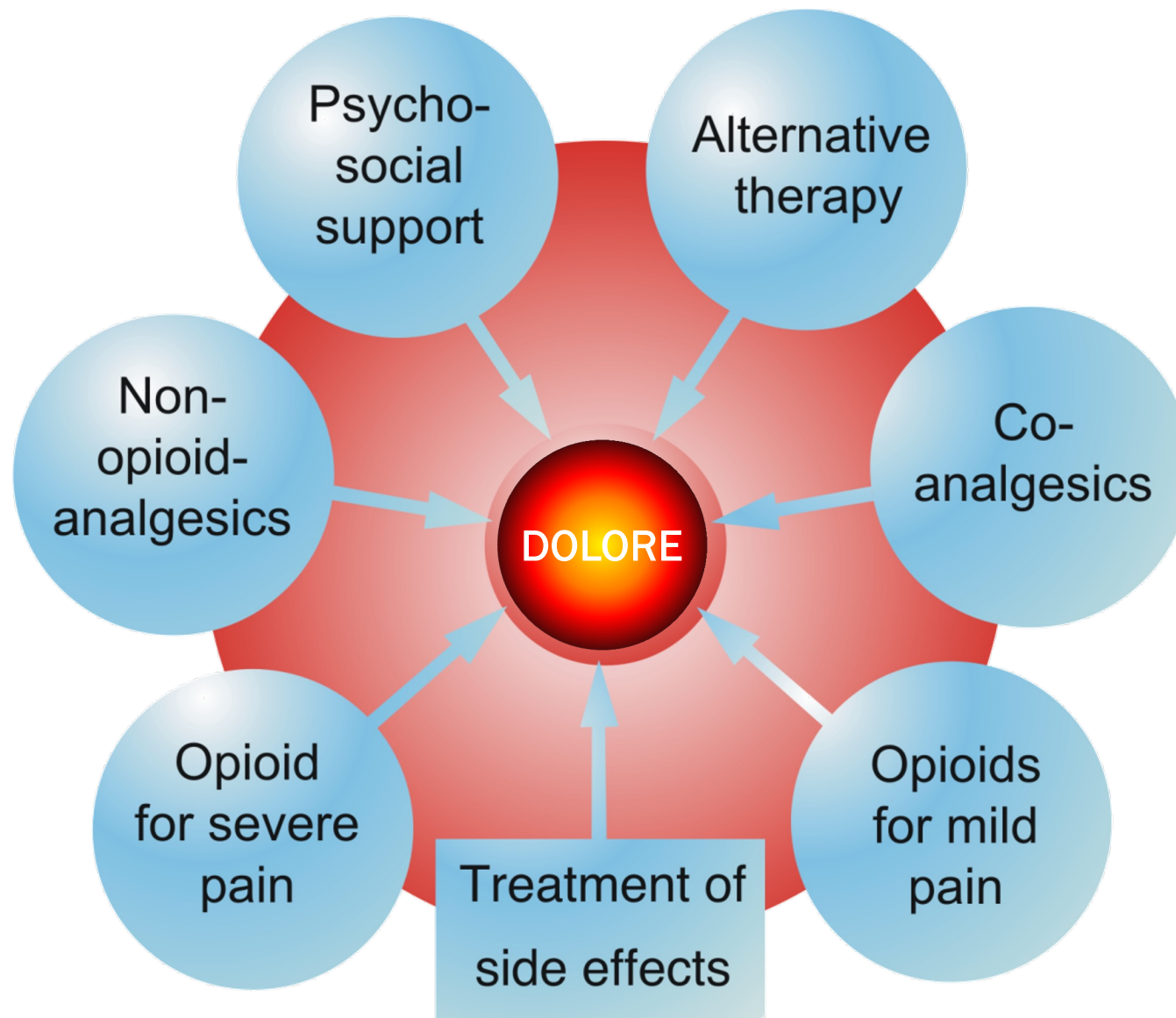
-Interventi antalgici invasivi-

Interventional Radiofrequency Treatment for the Sympathetic Nervous System: A Review Article

Pain Ther 2021 Jun;10(1):115-141

Risultati: PRF e CRF sono entrambi promettenti nell'alleviare le condizioni SMP, come la sindrome dolorosa regionale complessa (CRPS), il dolore nella regione perineale, il mal di testa e il dolore facciale e il dolore addominale oncologico e non oncologico, oltre ad altri tipi di dolore, con complicazioni minime. Inoltre, **nella maggior parte degli studi comparativi, i risultati ottenuti con i trattamenti RF hanno superato altre tecniche interventistiche**, come il blocco anestetico e la neurolisi chimica.

Conclusioni: I trattamenti con RF possono essere efficaci in pazienti accuratamente selezionati che sono refrattari alla gestione conservativa. *Tuttavia, sono necessari ulteriori studi controllati randomizzati prima di implementarlo nella pratica comune*



Conclusioni

- Condotti solamente pochi RCTs
- Necessità di condurre ulteriori studi ben disegnati con campioni più ampi di pazienti

- **Valuta e rivaluta il dolore, il paziente e la nostra capacità di comunicazione**
- **Prescrivi una terapia personalizzata**
- **Considera interventi farmacologici +/- non farmacologici**

Gestione multispecialistica

Medico specialista

Medico di medicina generale

paziente

caregiver





*GRAZIE A
VOI TUTTI
PER
L'ATTENZIONE!*

Dalí e L'inconscio