

TRATTAMENTO DEL DOLORE NELLE CURE
PALLIATIVE DOMICILIARI
ESPERIENZA DEL N.C.P. AMO BALDO GARDA

NEGRAR 30 NOVEMBRE 2022

Il dolore persistente - insieme alla dispnea- nel paziente oncologico è il sintomo che più caratterizza la progressione della malattia verso stadi avanzati e complessi.

L'attenzione al dolore deve costituire pertanto il presupposto ineludibile della relazione terapeutica che, solo dopo questo passo, può consolidarsi in tutti gli altri aspetti fisici, psicologici, sociali e spirituali che caratterizzano il complesso delle cure palliative

TERAPIA DEL DOLORE IN ONCOLOGIA
LINEE GUIDA
2021



«Il dolore da cancro rimane tuttora, nonostante la sempre maggiore consapevolezza degli operatori sanitari, i programmi educazionali e gli interventi di organizzazione sanitaria finalizzati a diffondere una cultura di attenzione a tale problematica, un sintomo diffuso e ad elevato impatto, sia sulle attività di vita quotidiana, sia a livello emozionale»

**Alcuni dati,
la nostra esperienza
nel nostro territorio.**



N.C.P. AMO BALDO GARDA

RICHIESTA DI PRESA IN CARICO DOMICILIARE PER DOLORE NON CONTROLLATO

2018

TOTALE PAZIENTI

146

23.9%

RICHIESTA DI PRESA IN CARICO PER DOLORE NON CONTROLLATO

35

2019

TOTALE PAZIENTI

168

30,5%

RICHIESTA DI PRESA IN CARICO PER DOLORE NON CONTROLLATO

51

2020

TOTALE PAZIENTI

166

27.1%

RICHIESTA DI PRESA IN CARICO PER DOLORE NON CONTROLLATO

45

2021

TOTALE PAZIENTI

166

39.0%

RICHIESTA DI PRESA IN CARICO PER DOLORE NON CONTROLLATO

66

2022- gennaio/settembre

TOTALE PAZIENTI

123

30.8 %

RICHIESTA DI PRESA IN CARICO PER DOLORE NON CONTROLLATO

38

AIOM 2021
La prevalenza complessiva del dolore nella malattia avanzata o metastatica (64%)

POLMONE,
MAMMELLA,
RENE
PROSTATA

DOLORE ASSOCIATO A METASTASI OSSEE

DOLORE ASSOCIATO A NEOPLASIA PANCREATICA

DOLORE ASSOCIATO AD ITTERO

DOLORE ASSOCIATO A NEOPLASIA DEL CAPO/COLLO

DOLORE ASSOCIATO AD OSTRUZIONE INTESTINALE

**METASTASI
OSSEE**

**IL DOLORE OSSEO È PRESENTE NEL
NEL 70% DEI PAZIENTI CON
MALATTIA AVANZATA**

**DOLORE INTENSO
IMPOTENZA FUNZIONALE
FRATTURE PATOLOGICHE
CROLLO VERTEBRALE
COMPRESSIONE MIDOLLARE**

**RACHIDE
BACINO
FEMORE PROSSIMALE
OMERO PROSSIMALE**

DOLORE NEL PAZIENTE CON LOCALIZZAZIONI OSSEE

Flogosi
PH ACIDO
mediatori chimici ad azione edemigena- prostaglandine
endoteline- peptidi pronocicettivi- dinorfina
Tumor necrosis factor e interleukina-1
NGF

Erosione della corticale

Attivazione dei noc. del periostio

Fratture patologiche

IL PERIOSTIO E L'OSSO MINERALIZZATO SONO DENSAMENTE INNERVATI DA FIBRE SENSORIALI A D , FIBRE C E DA FIBRE SIMPATICHE.

DOLORE NOCICETTIVO SOMATICO PROFONDO

COMPRESSIONE DELLE RADICI NERVOSE

COMPRESSIONE DEI NERVA NERVORUM
EDEMA PERINERVOSO "NERVE TRUNK PAIN"
DOLORE PREVALENTEMENTE NOCICETTIVO

SENSIBILIZZAZIONE RECETTORIALE E SPINALE

COMPRESSIONE E SOFFERENZA DEL NERVO
EV. INFILTRAZIONE
EV. DISTRUZIONE (RARA)

Dolore neuropatico

Terapia farmacologica del dolore da metastasi ossee

La crescita tumorale produce processi infiammatori ed angiogenetici, che liberano mediatori biochimici algogeni (prostanoidi, citochine, fattori di crescita staminali, H⁺)

FANS

effetto antalgico
antiedemigeno
antiangiogenetico

Efficacia analgesica dei FANS

Riduzione della la sintesi di prostaglandine
Inibizione della sensibilizzazione sui nocicettori periferici e sui neuroni spinali.

Effetto tetto
Nefrotossicità,
Gastrolesività (non COX2 selettivi)
Cardiotossicità (COX2 selettivi)
limitano l'utilità in terapia cronica.

La distorsione dell'architettura ossea produce ipertensione endostiale trazione dei meccanocettori compressione delle strutture nocicettive periferiche (fibre sensitive perivascolari, sinovia, endostio periostio)

Corticosteroidi

azione antinfiammatoria antiedemigena

LA STIMOLAZIONE DELLE FIBRE NOCICETTIVE AFFERENTI DAL TESSUTO OSSEO DIMINUISCE LA SOGLIA PER LA SCARICA NOCICETTIVA [SENSIBILIZZAZIONE PERIFERICA]

DETERMINA LA RIORGANIZZAZIONE NEUROCHIMICA SPINALE E [SENSIBILIZZAZIONE CENTRALE].

TRICICLICI

BLOCCANO CANALI SEL NA⁺ PERIFERICI

VALPROATO, GABAPENTIN

BLOCCANO CANALI DEL CA⁺⁺ CENTRALI

OPPIACEI

CARDINE DEL TRATTAMENTO
AD AZIONE PROLUNGATA PER IL DOLORE DI BASE E
AD AZIONE RAPIDA E BREVE PER DEI

IDENTIFICAZIONE DELLE SITUAZIONI A RISCHIO DI FRATTURA È IMPORTANTE E STRATEGICO

**PRESIDI ADEGUATI
INFORMAZIONE , EDUCAZIONE DEL PAZIENTE E DEI FAMIGLIARI.**

**GLI INFERMIERI E I FISIOTERAPISTI AIUTANO AD INDIVIDUARE I PRESIDI NECESSARI
E AD USARLI CORRETTAMENTE ADEGUANDONE L'USO ALL'EVOLUZIONE DEL PROBLEMA**

**SPESSO LE INFORMAZIONI STRUMENTALI SULLO STATO DI AVANZAMENTO ,
NELL'APPARATO SCHELETRICO DELLA MALATTIA SONO DATATE, NON DISPONIBILI**

**LA PREVENZIONE DI EVENTI CHE POSSONO APRIRE NUOVI FRONTI
NELLA STORIA ALGOLOGICA DEL PAZIENTE
E' TERAPIA DEL DOLORE E DEVE ESSERE AFFRONTATA CON RIGORE.**

Dolore nelle neoplasie del capo-collo

MAL DI GOLA PERSISTENTE
ODINOFAGIA
DOLORE ALLA MANDIBOLA
DOLORE DURANTE LA MASTICAZIONE
OTALGIA
CEFALEA/OTTUNDIMENTO
SENSO D'INTORPIDIMENTO ALLA LINGUA
ULCERAZIONI
NECROSI

Genesi del dolore nelle neoplasie del capo collo

Stimolazione delle terminazioni nervose nocicettive della mucosa e della sottomucosa

dolore urente/superficiale /localizzato

Ulcerazioni: non producono dolore spontaneo, esacerbato da esposizione ad un agente irritante o in corso di infezione movimento/ stimoli meccanici

Compressione ed infiltrazione dei nervi V-IX-

dolore solo inizialmente localizzato ed acuto, successivamente continuo con esacerbazioni frequenti- interessamento del nervo mandibolare genera trisma

Invasione del tessuto osseo:

stimolazione dei meccanoceettori A-d- e dei nocicettori c del periostio. processi infiammatori e angiogenetici, mediatori biochimici algogeni (prostanoidi, citochine, fattori di crescita staminali, H+)

CARATTERISTICHE DEL DOLORE NELLE NEOPLASIE CAPO/COLLO

PREVALENTEMENTE NOCICETTIVO

- STIMOLAZIONE DELLE TERMINAZIONI DELLA MUCOSA, DELLA SOTTOMUCOSA DALLE ULCERAZIONI E DALLE INFEZIONI
- INVASIONE DEL TESSUTO OSSEO [DIRETTA. RARAMENTE METASTATICA]
- INFILTRAZIONE E COMPRESSIONE DEI NERVI [trigemino, glossofaringeo, vago]

DOLORE NON NOCICETTIVO

- dissezione chirurgica del collo per linfoadenectomia/ chemioterapia

TERAPIA DEL DOLORE NELLE NEOPLASIE CAPO/COLLO

KETOPROFENE
INDOMETACINA
KETOROLAC

FANS [INFUSIONE E.V.]

TRAMADOLO
FENTANYL
MORFINA CL.

OPPIACEI [TRANSDERMICI / INFUSIONE S.C./E.V.]

ADIUVANTI

DESAMETASONE
BENZODIAZEPINE
ALOPERIDOLO
CLORPOMAZINA

Dolore nelle neoplasie pancreatiche

Sintomo persistente

Interessa circa il 85% dei pazienti.

Dolore nocicettivo viscerale

- ❑ epigastrico [sindrome retroperitoneale mediana rostrale]
- ❑ quadrante superiore destro per distensione della capsula epatica
- ❑ spalla dx per infiltrazione diaframmatica
- ❑ quadrante superiore sinistro per splenomegalia
- ❑ addominale diffuso per estensione peritoneale

Il ganglio celiaco è la struttura nervosa coinvolta nella trasmissione del dolore

Trattamenti algologici di neurolisi sul plesso o sul ganglio celiaco sono efficaci per il controllo del dolore e con beneficio duraturo, consentono un ricorso agli oppiacei tardivo e meno consistente.

Il successo è in relazione alla precocità dell'intervento.

Valutazione algologica e l'intervento precoce possono influire profondamente sulla storia dolorosa di questi malati

Criticità frequentemente riscontrate

Terapie con un solo principio attivo

Ossicodone/Fentanyl transdermico

Fans

Ibuprofene sottodosato/principi attivi «deboli». Non utilizzati nelle fasi avanzate di malattia

Terapia a bisogno incongrue

Paracetamolo/codeina quando è già indicato un oppioide forte come terapia di base/
Fentanyl oro dispersibile in dosaggi eccessivi rispetto alla terapia di base

Assenza di adiuvanti

“farmaci non specificamente analgesici ma che, nel contesto del dolore da cancro, possono contribuire ad una riduzione del dolore”

Necessità di rotazione degli oppioidi

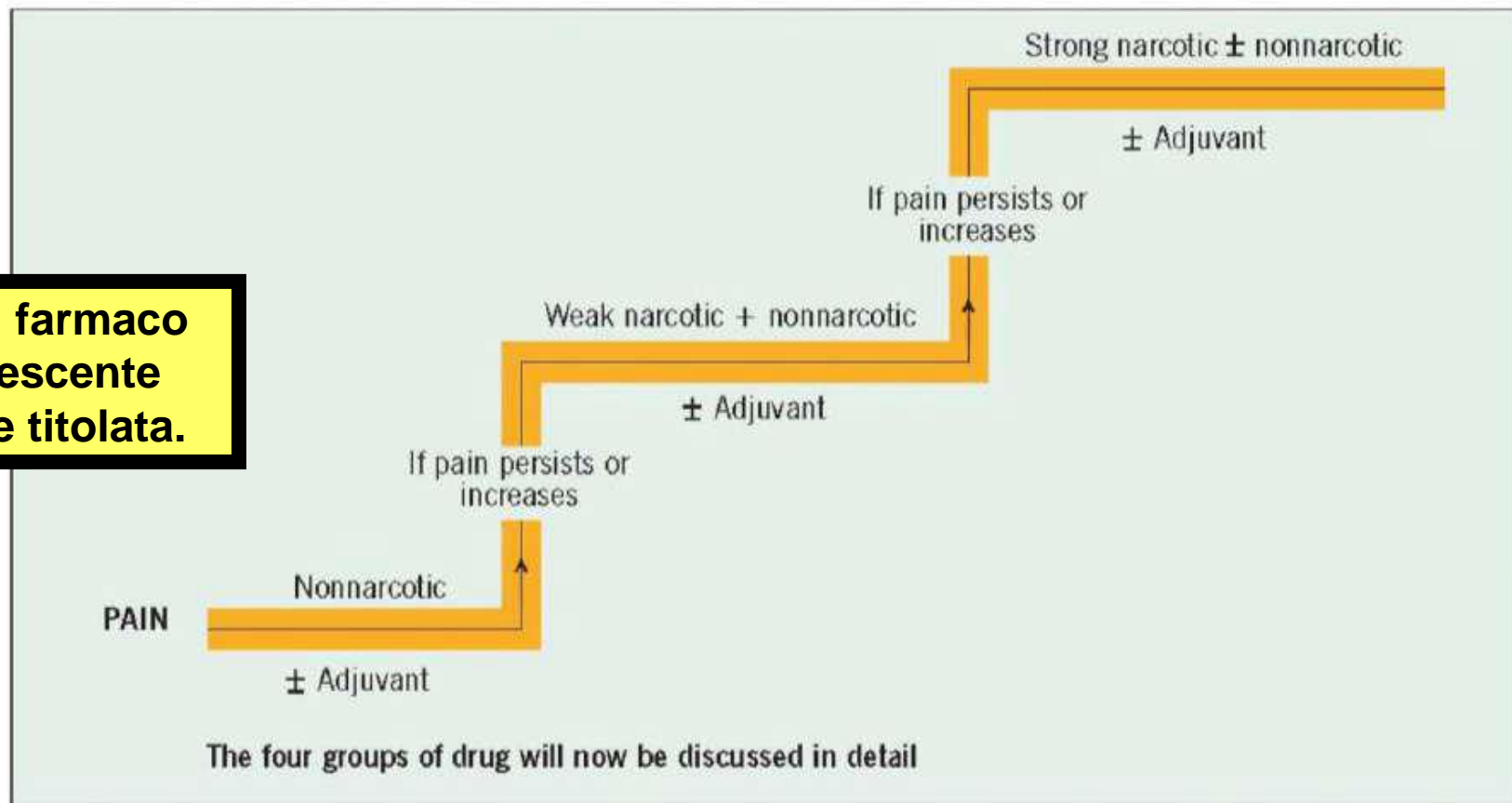
Criticità frequentemente riscontrate

**PAZIENTI CON TERAPIE NON APPROPRIATE,
SPESSO CONFUSE,
CONSEGUENZA INEVITABILE DI PROPOSTE TERAPEUTICHE SOVRAPPOSTE,
INDICATE DA MEDICI DIVERSI,
IN DIFETTO DI UNA DI UNA RELAZIONE COSTANTE CON L'AMMALATO,
CHE VISITANO IN CONSULENZA,
IN ASSENZA DI COORDINAMENTO.**

PAZIENTE AMBULATORIALE

**E' DIFFUSO L'IMPERATIVO DI CONTROLLARE IL DOLORE MA NON E'
AFFATTO DIFFUSA LA CAPACITA' DI FARLO.**

**Bisogna somministrare qualsiasi farmaco in maniera proporzionalmente crescente
La somministrazione deve essere titolata.**



**La scala analgesica a gradini, è un algoritmo rigido,
Costruita solo in base all'intensità del dolore, e non ai meccanismi patogenetici dai quali è provocato
che indirizza una progressione in base alla potenza dei farmaci
che non sempre ci aiuta a fare la terapia corretta per i nostri pazienti**

Terapia senza diagnosi

Dolore

Terapia

DIAGNOSI PATOGENETICA
CONOSCENZA DEL PROCESSO PATOLOGICO
SEMEIOTICA
NOCICETTIVO? SOMATICO?VISCERALE?NEUROPATICO?MISTO?
SENSIBILIZZAZIONE?
CONOSCENZA DEL LESSICO DEL PAZIENTE

**LA DIAGNOSI ALGOLOGICA NON È SEMPLICE E NON È IMMEDIATA
SI COSTRUISCE DAL RACCONTO DEL MALATO E DELLA FAMIGLIA,
DALL'ESAME OBBIETTIVO,
DALLO STUDIO DELLO STATO DI PROGRESSIONE DELLA MALATTIA.
QUESTE VALUTAZIONI CONDUCONO AD INDIVIDUARE IL «PAIN GENERATOR».
QUESTO PASSAGGIO È FONDAMENTALE PER UNA CORRETTA IMPOSTAZIONE
TERAPEUTICA.**

**IL DOLORE NEL PAZIENTE ONCOLOGICO NEL 75% DEI CASI
È IN RELAZIONE DIRETTA CON L'INVASIONE NEOPLASTICA.**

**È IMPERATIVO VALUTARE TUTTA LA DOCUMENTAZIONE STRUMENTALE A
DISPOSIZIONE CON ACCURATEZZA E PRECISIONE
IN ASSENZA DI DOCUMENTAZIONE AFFIDABILE
CONTARE SULL'ESAME CLINICO.**

LA MALATTIA EVOLVE

LA DIAGNOSI ALGOLOGICA VA PROGRESSIVAMENTE CORRETTA

LA TERAPIA ADEGUATA

TRATTAMENTO DEL DOLORE NELLE CURE PALLIATIVE DOMICILIARI

**CONTENIMENTO DEL DOLORE A LIVELLI SEMPRE < 4
ADEGUATO RIPOSO NOTTURNO LIBERO DA DOLORE
RIDUZIONE DEL DOLORE NELLA POSIZIONE ERETTA
PREVENZIONE E CONTROLLO DEGLI EFFETTI COLLATERALI**

**STESURA PIANO TERAPEUTICO-PIANO ASSISTENZIALE
VERIFICA QUOTIDIANA DEI RISULTATI
CONTROLLO QUOTIDIANO DEGLI EFFETTI COLLATERALI**

RUOLO DEL NCP NEL TRATTAMENTO DEL DOLORE

**ASSISTENZA E «SORVEGLIANZA»
REPERIBILITA' H24**

**MANTIENE L'ADESIONE ALLA TERAPIA
FAVORISCE IL CORRETTO USO DEL FARMACO
INDIVIDUA E CORREGGE GLI EFFETTI COLLATERALI
INNESCA COMPLICITÀ TERAPEUTICA
INFONDE FIDUCIA
AIUTA MALATO E FAMIGLIA A CONOSCERE IL DOLORE**

**LA TERAPIA DOMICILIARE DEL DOLORE NON E' SOLO FARMACI.
ABBIAMO CAPITO CHE LA PRESENZA, LA SOLA VOCE DALL'ALTRO CAPO
DEL TELEFONO NEL CUORE DELLA NOTTE COSTITUISCE UN FARMACO
POTENTE ED EFFICACE.**

**IL PIANO TERAPEUTICO NON PUÒ ESSERE DISGIUNTO DAL PIANO ASSISTENZIALE.
UNA BUONA ASSISTENZA GARANTISCE IL SUCCESSO DI UNA BUONA TERAPIA.**

EQUIPE DI CURE PALLIATIVE

TEAM MULTIPROFESSIONALE

TEAM MULTI-UMANO

PIÙ VOLTÌ, PIÙ INTELLIGENZE, PIÙ SENSIBILITÀ, PIÙ ANIME

PER LA DECODIFICAZIONE DEI SINTOMI

PER LA CORRETTA COMPOSIZIONE DEL MOSAICO DI BISOGNI



OLTRE I FARMACI, INSIEME

**LA TERAPIA DEL DOLORE PER PAZIENTI CHE SCELGONO DI MORIRE NELLA PROPRIA CASA CIRCONDATI DAGLI AFFETTI DELLA FAMIGLIA NON PUO' ECCEDERE NELL'ASPETTO SEDATIVO.
LA BUONA TERAPIA DEL DOLORE PREVEDE IL MANTENIMENTO DELLA LUCIDITA'.**

«VALUTARE LA POSSIBILITÀ DI RICORRERE AD UNA TERAPIA MULTIMODALE CON TRATTAMENTI FARMACOLOGICI DIVERSIFICATI CHE ABBIANO MECCANISMI D'AZIONE DIFFERENTI ED EVENTUALMENTE INTEGRARE CON LA MEDICINA COMPLEMENTARE...»

sif- 2021

HYPNOS REGGE IN MANO UN MAZZO DI PAPAVERI E SORRIDE, THANATOS, SUO GEMELLO, REGGE UNA FIACCOLA QUANDO LA ABBASSA LA VITA SI SPEGNE.

**Obbiettivi delle C.P.
Controllare i sintomi**

Recuperare performance quanto possibile

Mantenere le condizioni di lucidità

Non far sentire solo o abbandonato il malato

Non lasciare sola la famiglia

**Creare le condizioni affinché
il malato possa accomiarsi
dalla propria vita e da propri cari.**

RIFLESSIONI CONCLUSIVE

IL PROCESSO DI FORMAZIONE IN DIAGNOSI E TERAPIA DEL DOLORE INIZIATO PIU' DI 20 ANNI ORSONO NON E'CONCLUSO.

A QUESTA LACUNA CULTURALE SI È «PURTROPPA AFFIANCATA LA INAPPROPRIATA PROMOZIONE, PIANIFICATA E SU LARGA SCALA ,DI AZIENDE FARMACEUTICHE CON TONI E MODI PROPRI DEL BUSINESS E NON DI UNA INFORMAZIONE CORRETTA»(AIOM/SIF)

LA FISIOPATOLOGIA DEL DOLORE MANTIENE ANCORA ZONE D'OMBRA, TUTTAVIA RIFLETTERE DI CASO IN CASO SULLA GENESI DEL SINTOMO COSTITUISCE LA SOLA OPPORTUNITA' PER UNA STRATEGIA TRAPEUTICA EFFICACE.

LE FIGURE PROFESSIONALI DI RIFERIMENTO PER IL CONTROLLO DEL DOLORE DOVREBBERO ESSERE STABILI.

L'ASSISTENZA QUOTIDIANA DEL NCP CONSENTE DIAGNOSI ALGOLOGICHE PIU' PRECISE ED OTTIMIZZA PROGRESSIVAMENTE LA TERAPIA.



12/2/2022

Grazie per l'attenzione