



Insieme
contro il dolore
post-operatorio

A cura del Gruppo tecnico regionale
per l'applicazione delle Linee guida
"Ospedale Senza Dolore":

Tiziana Antonelli, Simonetta Baroncini, Marco Berti,
Stefano Bonarelli, Daniele Campagnoli, Gian Carlo Caruso,
Gabriella Di Girolamo, Giuseppe Laganà, Marco Maltoni,
Elena Marri, Luca Marziani, Teresa Matarazzo,
Giberto Pari, Willem Raffesè, Virgilio Ricci,
Ennio Ricchi, Sandro Salzano.

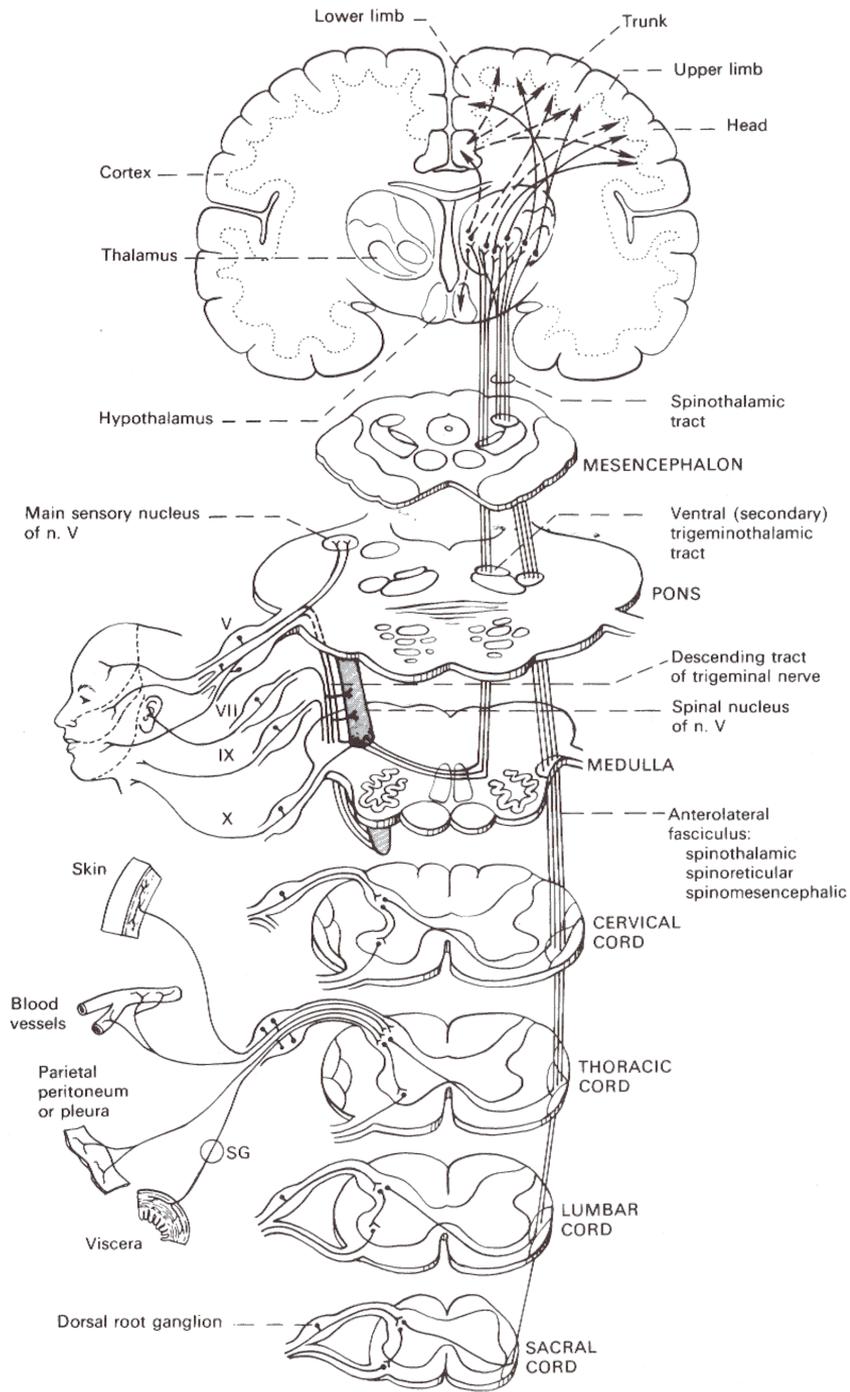
 Regione Emilia Romagna
ASSESSORATO ALLA SANITÀ

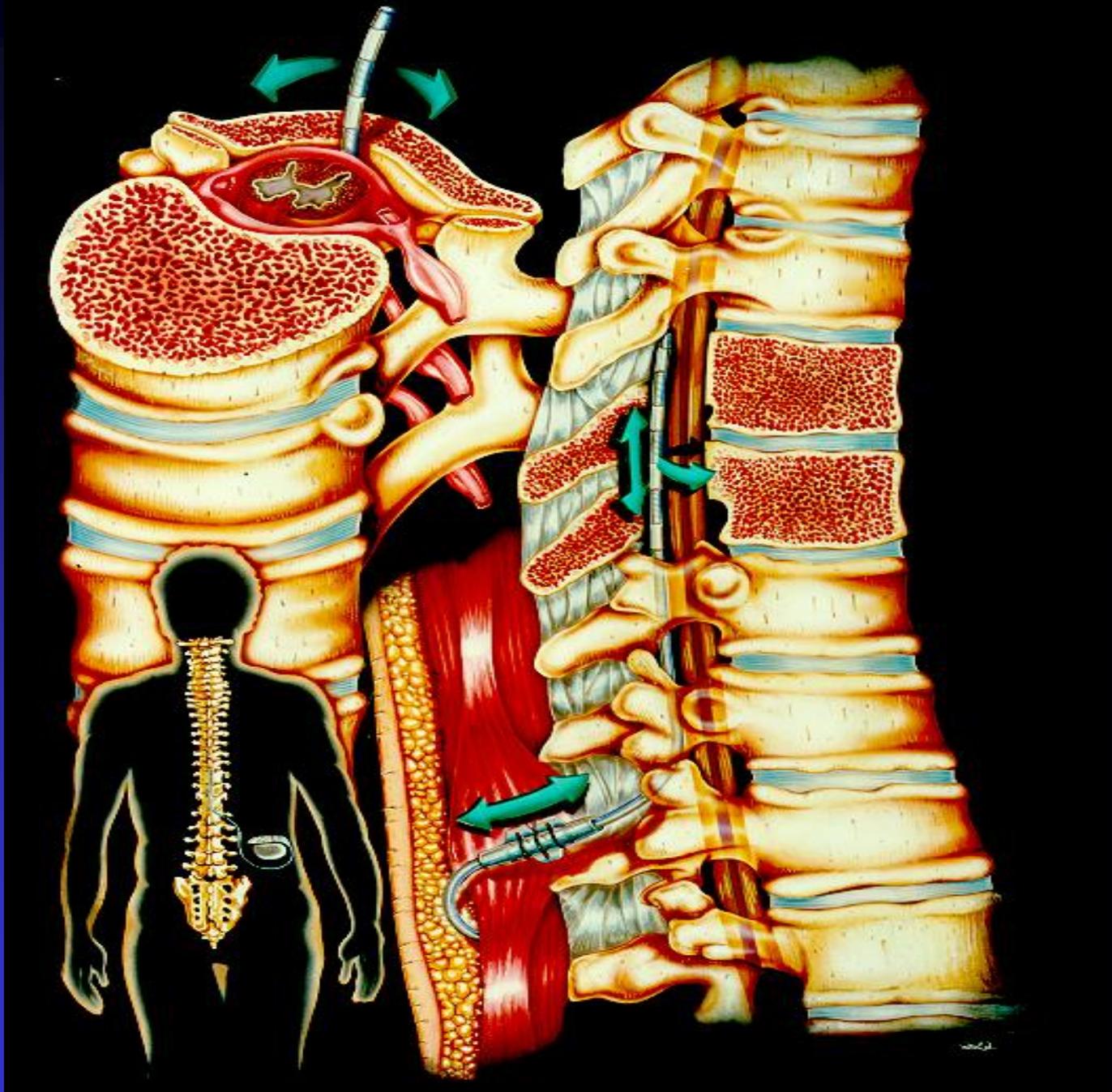
Ristampa a cura del Comitato Ospedale Senza Dolore
dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Arcispedale S. Anna di Ferrara
Per informazioni generali contattare l'URP: tel. 0532 - 236425
Per consigli medico-sanitari scrivere un'email a: coed@ospfe.it
Marzo 2004

L'Emilia-Romagna contro il dolore

Insieme
contro il dolore
post-operatorio

 Regione Emilia Romagna
ASSESSORATO ALLA SANITÀ







Cos'è il dolore?

Definizione accademica

Il dolore è “una sgradevole esperienza emotiva e sensoriale associata a reale o potenziale danno del tessuto o descritta in termini di tale danno”

Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore; 1986

Definizione clinica

“Il dolore è ciò che il paziente dice che esso sia, ed esiste ogni qual volta egli ne affermi l'esistenza.”

Sternbeck; 1974

Differenziazione: dolore acuto e cronico

	Il dolore acuto è transitorio, di solito è "campanello d'allarme" di un danno tissutale di organo, e tende a diminuire nel tempo	Il dolore cronico è persistente, di solito non più "campanello d'allarme", e tende ad aumentare nel tempo
Decorso	Transitorio	Persistente, associato a periodi di riacutizzazione
Percezione	Positiva: avvertimenti di lesione o malattia	Negativa: debilitante e privo di scopo utile all'organismo
Caratteri associati	Dilatazione della pupilla Aumentata sudorazione Aumentata frequenza respiratoria Aumentata frequenza cardiaca Deviazione del sangue dai visceri ai muscoli	Disturbi del sonno Anoressia Libido diminuita Costipazione Preoccupazione somatica Cambiamento di personalità Letargia

Differenziazione: dolore nocicettivo e neuropatico

Dolore nocicettivo

La nocicezione è la risposta del sistema nervoso centrale (SNC) all'attivazione dei nocicettori – recettori chimici, meccanici e termici morfologicamente distinti che, per lo più, sono sensibili agli stimoli nocivi (o stimoli che diventerebbero nocivi, se prolungati). Il dolore nocicettivo consiste in una percezione complessa della nocicezione che si verifica soltanto ai livelli più alti del SNC [IASP 1994].

Il dolore nocicettivo in genere risponde ai convenzionali rimedi analgesici.

Dolore neuropatico

Contrariamente al dolore nocicettivo, che ha origine dall'attivazione afferente somatica primaria in risposta allo stimolo nocivo, il dolore neuropatico è causato dal danno o dei nervi centrali, o dei nervi autonomi o di quelli periferici [Dunlop 1997, Portenoy 1996].

Il dolore dovuto a lesione nervosa si presenta in circa il 20% dei pazienti neoplastici ed è spesso scarsamente sensibile agli analgesici convenzionali [Hanks e Forbes 1997].

Classificazione fisiopatologica

- Dolore NOCICETTIVO:
 - somatico
 - viscerale
 - cutaneo
- Dolore NEUROPATICO:
 - neurogenico
 - da deafferentazione
- Dolore IDIOPATICO

Dolore somatico

Dolore originantesi da tessuto somatico
profondo infiltrato dalla crescita tumorale.
Continuo o intermittente
(viene aggravato da movimento e carico).

Dolore somatico

E' correlato ad una etiologia che coinvolge strutture somatiche quali ossa e muscoli.

E' descritto come penetrante,
trafittivo o pulsante.

Dolore viscerale

Dolore costante e penetrante,
ma non ben localizzato.
Consegue all'attivazione dei
nocicettori viscerali.

Dolore viscerale

E' conseguente a lesione che interessi un
viscere solido ed è descritto come diffuso,
tormentoso o crampiforme
se è interessato un viscere cavo,
acuto o penetrante se è interessato
un viscere solido.

Dolore neuropatico

Dolore associato a lesioni che interessano le vie nervose afferenti periferiche o centrali ed è descritto come non familiare, urente o lancinante.

Dolore neuropatico

E' generalmente più severo di altri dolori.
Spesso ha un inizio parossistico ed è meno
rispondente agli oppioidi.

Coinvolge uno o più meccanismi multipli,
compresi quelli in cui predominano processi
periferici o centrali e quelli correlati o
meno ad attività del simpatico.

Dolore da deafferentazione

Denota una condizione che si manifesta in presenza di una denervazione sensoriale (risultato di estese avulsioni radicolari o rizotomie). Questo dolore costituisce una forma speciale di dolore neurogeno.

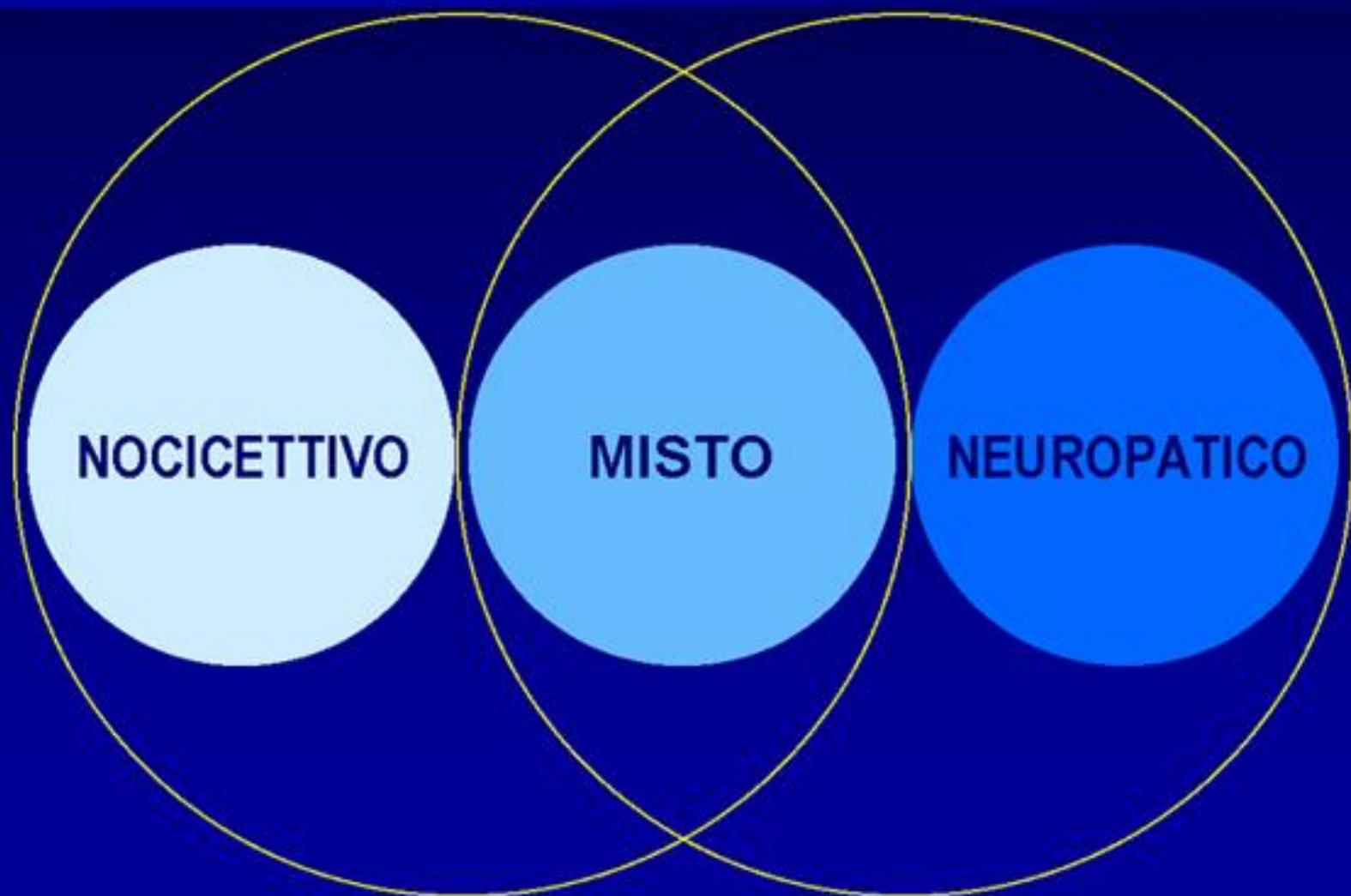
Dolore da deafferentazione

Sindrome dolorosa correlata a danno delle vie nervose afferenti. È caratterizzato da disestesie parossistiche o urenti. Plessopatie brachiali o lombosacrali costituiscono il gruppo più numeroso.

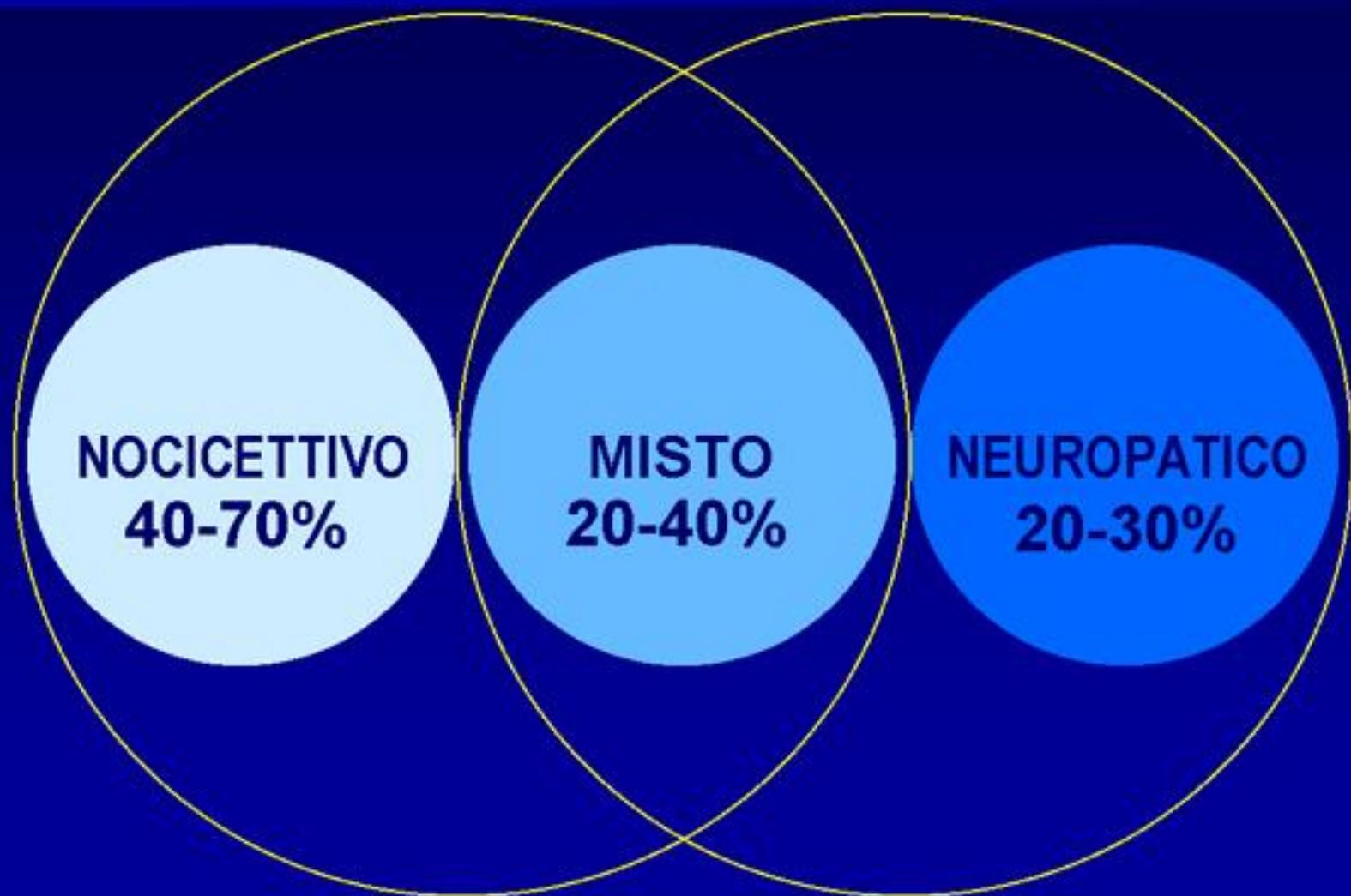
Dolore idiopatico

È “eccessivo”rispetto alla patologia organica esistente; include il dolore psicogenico cioè quello che si presume avere una patogenesi psicologica predominante.

IL COMPLESSO DOLORE



IL COMPLESSO DOLORE NEL PAZIENTE ONCOLOGICO



Conseguenze del dolore

Durante il dolore si hanno le seguenti risposte corporee:

- **Secrezione di ormoni da stress** (distruzione dei tessuti, ritenzione idrica, consumo risorse energetiche)
- **Risposte cardiovascolari** (tachicardia, ipertensione, ischemia, aritmie)
- **Rallentamento della peristalsi**
- **Compromissione immunitaria.**

Impatto fisico del dolore da cancro

Disturbi del sonno

60-65% dei pazienti con dolore da moderato a severo

Debolezza-Stanchezza

Molti pazienti con dolore intenso sono anoressici
Il dolore intenso causa vomito

Reazioni emotive

Ansia – Depressione
Somatizzazione

Esistono studi randomizzati che hanno collegato una insufficiente analgesia ad un aumento della crescita tumorale, suggerendo che

IL DOLORE PUO' UCCIDERE

I farmaci analgesici non dovrebbero essere prescritti con minore attenzione ed esperienza di quella che si riserva ad altri farmaci quali la digitale e l'insulina.

Il dolore non trattato incide negativamente sulla malattia

	Gruppo I Pazienti trattati per dolore, n=28	Gruppo I Pazienti non trattati per dolore, n=26
Mortalità	0	16%
Insufficienza cardiovascolare	14,3%	52%
Insufficienza respiratoria	10,7%	32%
Infezioni maggiori	7,1%	40%
Terapia intensiva (giorni)	2,5	5,7
Intubazione (h)	7,1	81,8
Costo totale (\$)	14.109	25.541

Conclusioni: il dolore aggrava la malattia di base

IL DOLORE NEUROPATICO NEL PAZIENTE NEOPLASTICO MECCANISMO DI AZIONE

- Compressione, dislocazione e stiramento
 - dei nervi periferici
 - delle radici nervose
 - dei plessi
 - del nevrasse
 - dei centri encefalici
- Infiltrazione neoplastica delle strutture nervose sensitive
- Cause iatrogene
 - neuropatie da chemioterapia, da radioterapia, da chirurgia

Principali SDR da dolore neuropatico in Oncologia

- Mononeuropatie intercostale, femorale, sciatica etc
- Polineuropatie paraneoplastiche, ass. a mieloma etc
- Plessopatie {
 Cervicale
 Brachiale
 Sacrale
- Lesione dei nervi cranici
- Compressione epidurale del midollo osseo
- SDR. post Herpes Zoster
- Metastasi leptomeningee

SDR = Sistrofia simpatico-riflessa

Principali sindromi dolorose neuropatiche post-RT

- Fibrosi del plesso brachiale
- Fibrosi del plesso lombo-sacrale
- Mielopatia da radiazioni
- Tumori indotti da RT sui nervi periferici

Sindromi neuropatiche post-chirurgiche

Post mastectomia

Post svuotamento ascellare

Post svuotamento inguinale

Post toracotomia

Post svuotamento radicale del collo

Post nefrectomia

Post amputazione di gamba

Post amputazione di retto

Dolore da moncone

Principali farmaci antitumorali che causano neuropatie

Cisplatino

Carboplatino

Alcaloidi della vinca

VCR, VDS, VBS, VRB

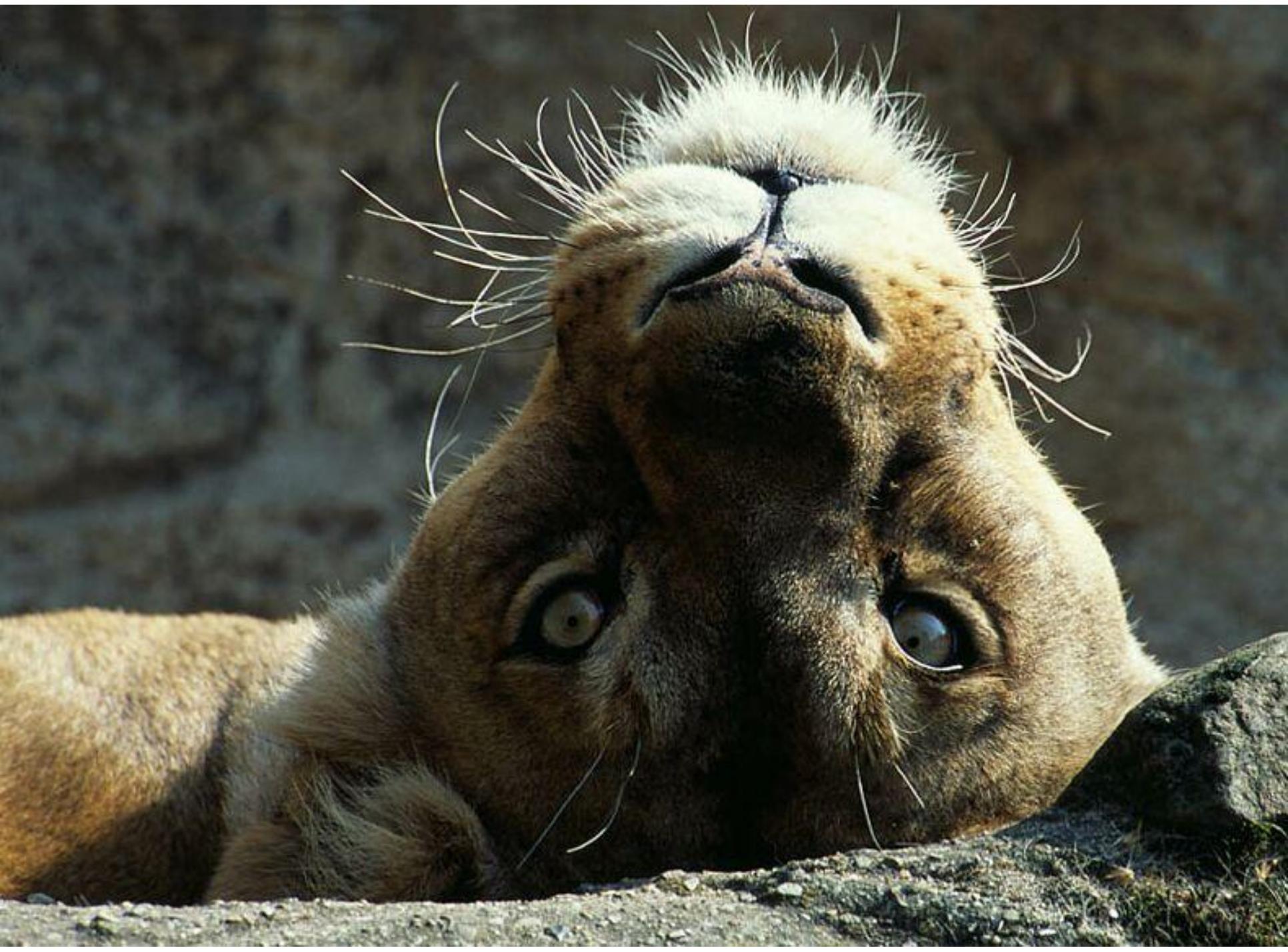
Taxolo

Taxotere

VP-16 e VM-26

Oxaliplatino

neuropatia da frigor



Epidemiologia

**9.000.000 di nuovi casi
di tumori nel mondo
ogni anno**

Epidemiologia

**1.292.000 nella
comunità europea**

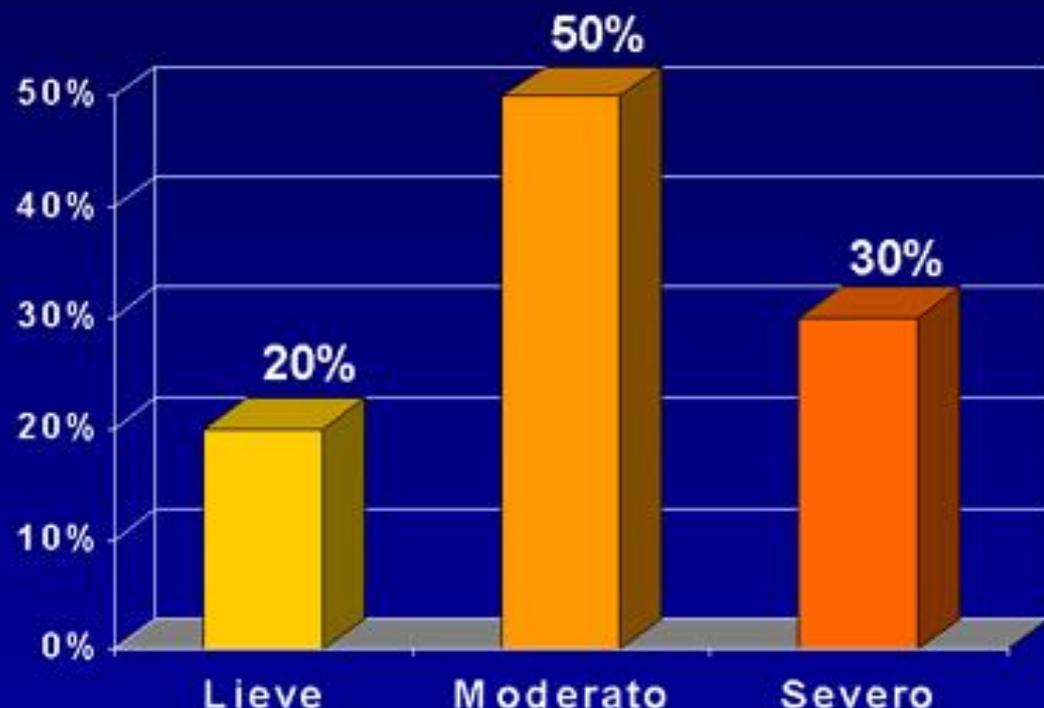
Epidemiologia

**In Italia 250.000
persone, ogni anno, si
ammalano di tumore**

Epidemiologia

**Ogni anno in Italia
150.000 persone
muoiono per tumore.
Il cancro è la seconda
causa di morte**

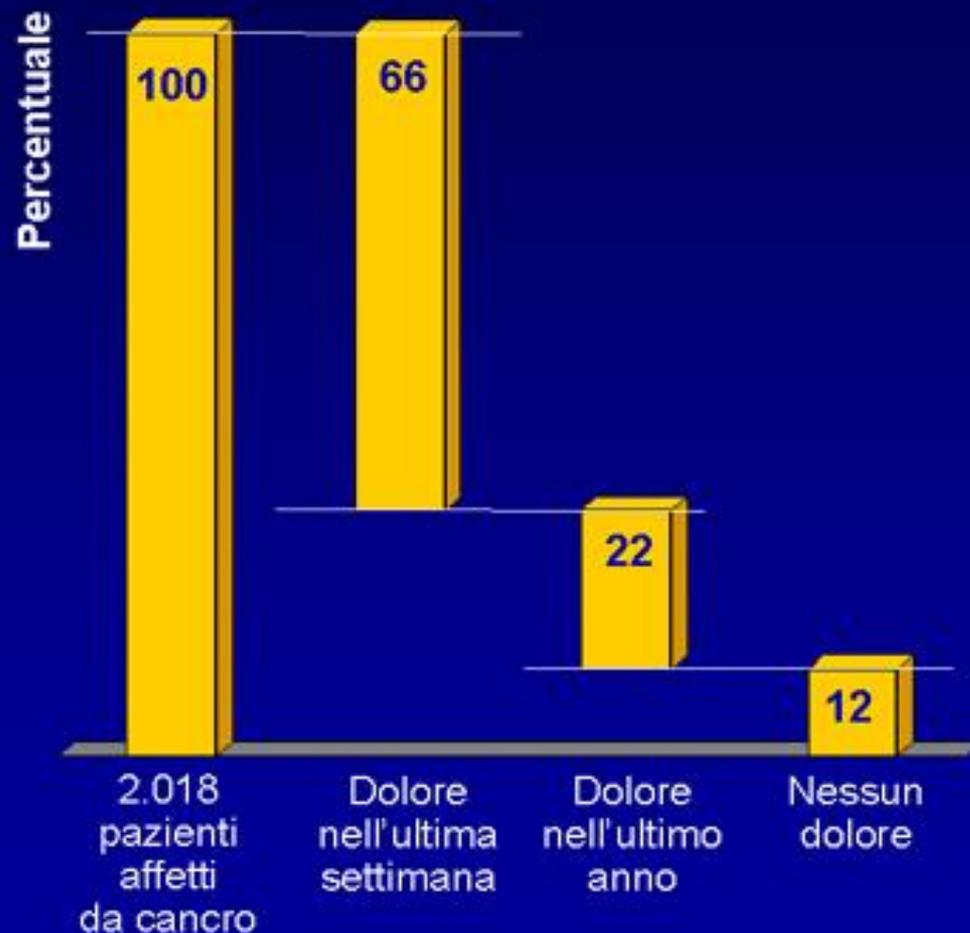
Incidenza del dolore neoplastico in USA



La maggior parte dei pazienti neoplastici in USA presenta dolore da moderato a severo

Secondo l'American Cancer Society, la stima globale della prevalenza del cancro nel 1995 è di 5 milioni di persone.

Esperienza della maggior parte dei pazienti neoplastici



Circa il 90% dei pazienti neoplastici ha dolore.

All' 80% di essi può essere alleviato il dolore somministrando analgesici per via orale, specialmente morfina.

“Posso soltanto ribadire l'affermazione che Morris fece 12 anni fa: per molti pazienti la paura del cancro è la paura del dolore.”

(Geoffrey Hanks, Professor for Palliative Care, Bristol; Chairman EAPC, European Association for Palliative Care)

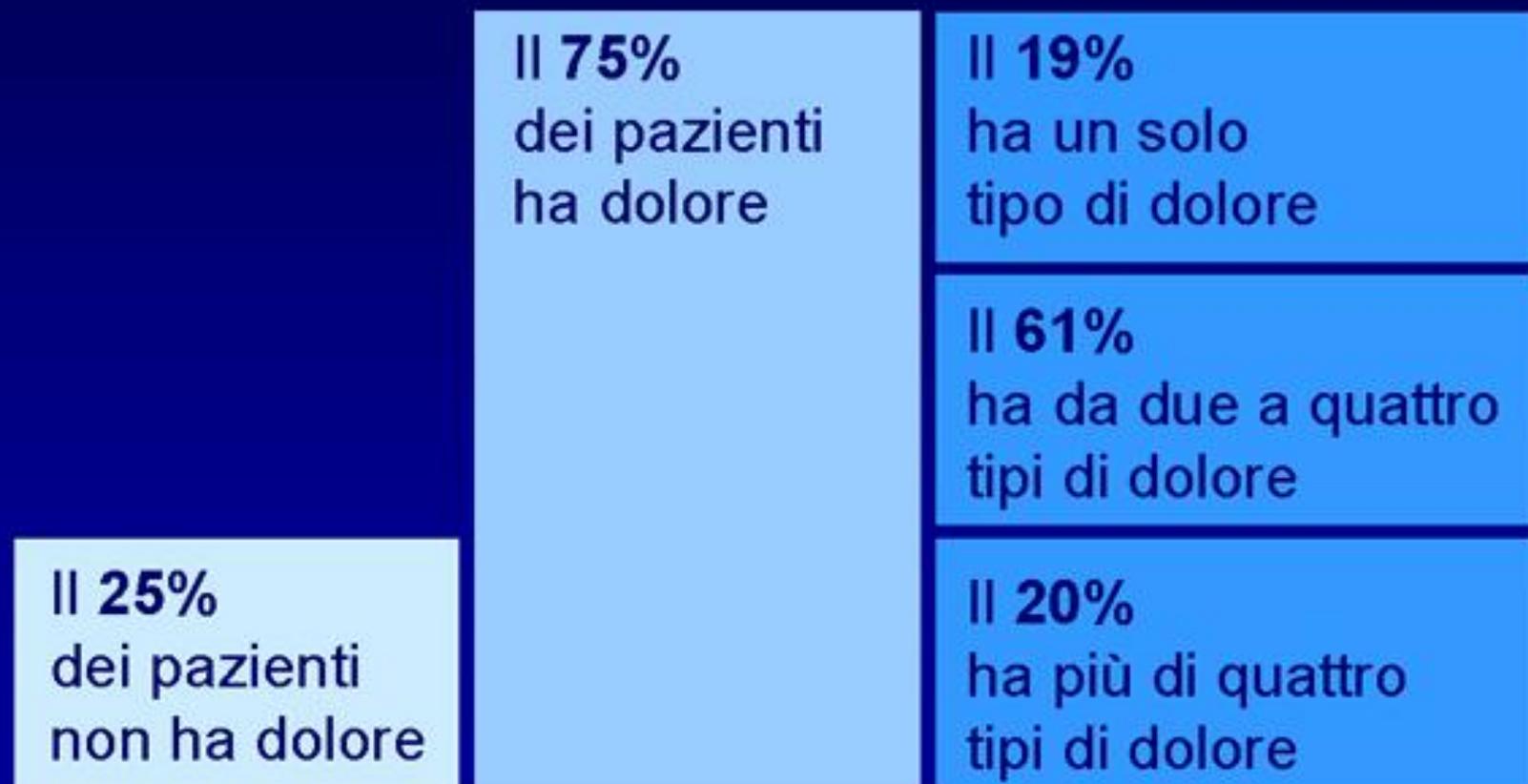
Dolore

- Fase iniziale: 30 - 40%
- Fase terminale: 60 - 80%

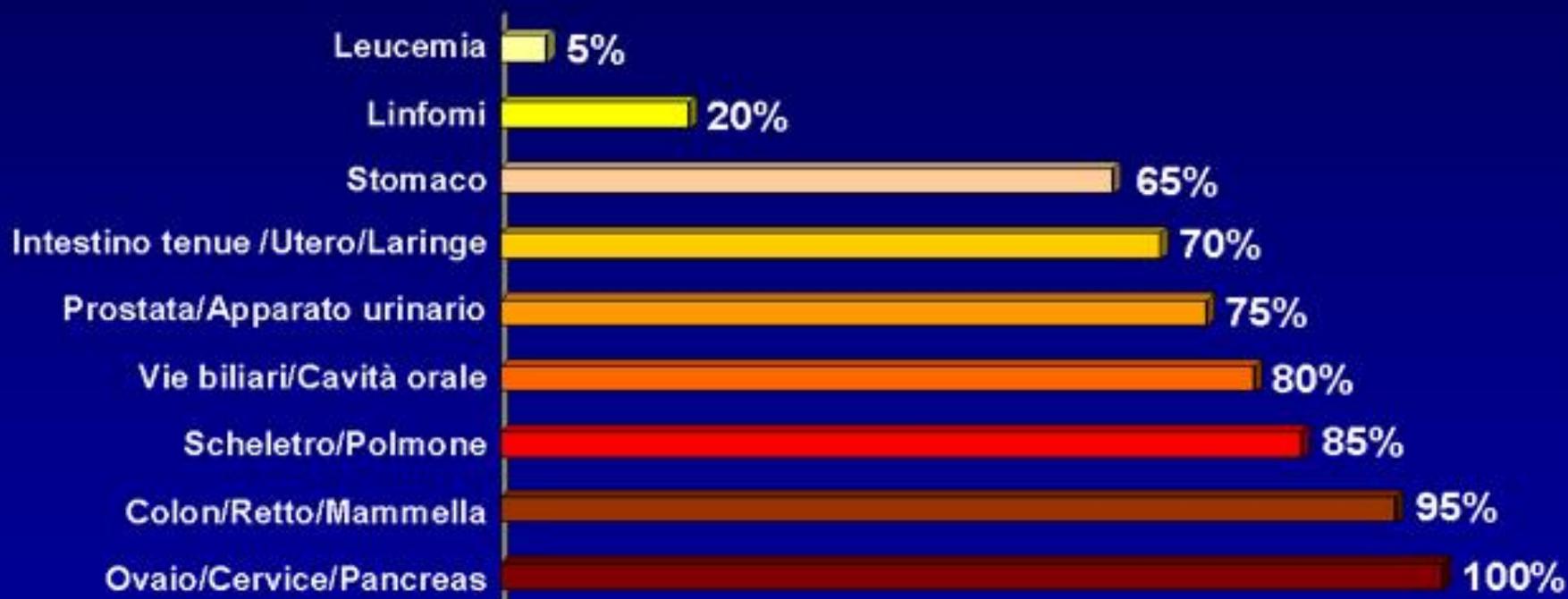
Frequenza del dolore in rapporto alle cause

- Da invasione o compressione tumorale 77%
- Conseguente a terapia oncologica specifica 19%
- Indipendente sia dal tumore che dalla terapia 3%

La maggior parte dei pazienti affetti dal dolore neoplastico soffre di più di un tipo di dolore



Prevalenza del dolore al cancro





Dolore

- 45% fase iniziale
- 75% fasi avanzate

Inadeguato controllo

1988 - 1990

Portenoy RK e Haghgen NA

Breakthrough pain

Breakthrough pain

- **Definizione:** esacerbazione transitoria del dolore in un quadro peraltro stabile, in pazienti in trattamento cronico con morfina.
- **Intensità:** severo o atroce.
- **Onset:** pochi minuti, 1 ora.
- **Durata:** 1 minuto, parecchie ore.
- **Localizzazione:** varia da paziente a paziente e nello stesso paziente, spesso, ma non sempre, si manifesta nella stessa sede.
- **Tipo di dolore:** somatico, viscerale, neuropatico, misto.
- **Eziologia:** lesione neoplastica, terapia antineoplastica, idiopatico.
- **Fisiopatologia:** dosi insufficienti di oppiaceo, intervallo di somministrazione troppo lungo, fattori scatenanti variabili (azioni del paziente, indipendenti dal paziente, idiopatici).





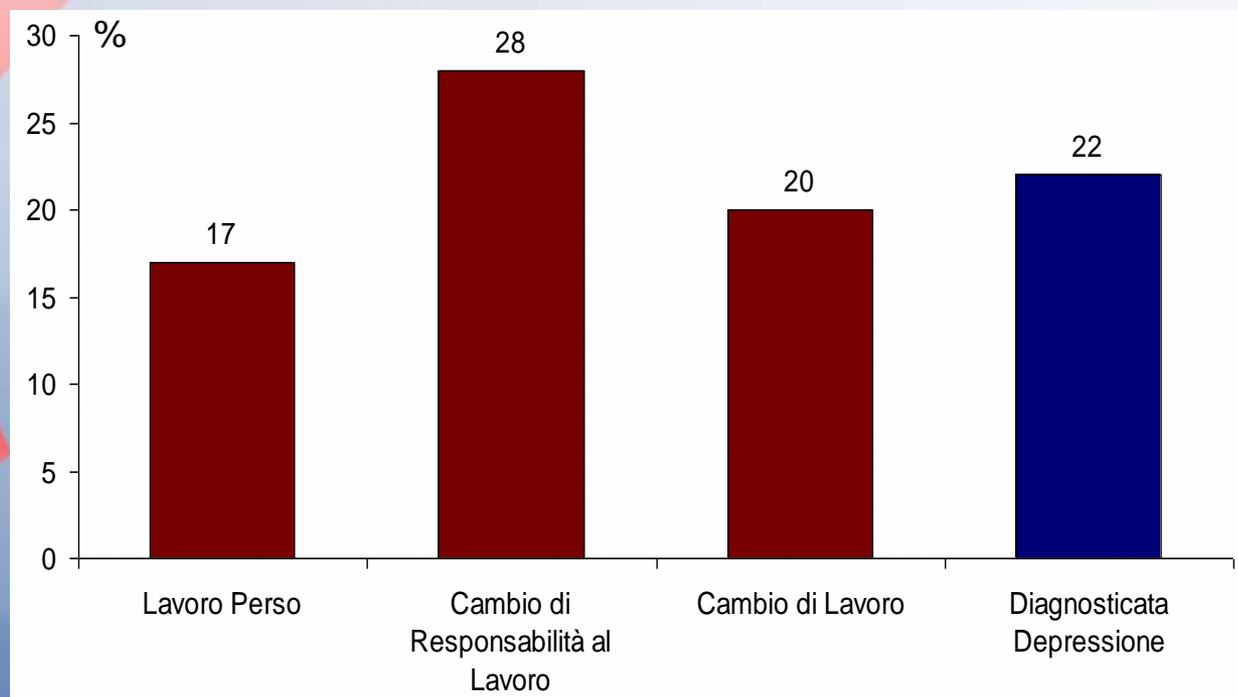
Dolore – Un Problema Diffuso

- Pain in Europe è uno studio pan-europeo che analizza tutte le cause di dolore cronico
- Colpisce circa 1/5 degli adulti in Europa = 19% (75 milioni di persone)
 - La maggior prevalenza si ha in Norvegia, Polonia ed Italia (> uno su quattro)
 - La più bassa è in Spagna ma sempre maggiore di uno su dieci (11%)
- Un terzo di tutte le donne di casa Europee presentano dolore cronico

Dolore – Un Problema Diffuso

- Un Italiano su quattro soffre di dolore cronico (circa 15 milioni)
- Metà (49%) delle donne di casa Italiane hanno dolore cronico
- Prevalenza regionale:
 - Nord Ovest 27.7%
 - Nord Est 20.9%
 - Nord/Centro 32.2%
 - Sud/Centro 24.1%
 - Sud 21.7%

Il Dolore Cronico Può Devastare le Vite



Source: Q6a. Have any of the following ever happened as a result of your pain...? (Read list) Q6b. Have you ever been diagnosed with depression by a medical doctor as a result of your pain?



A.I.S.D.



- Tutti coloro che operano nel SSN hanno l'obbligo di conoscere di più sul dolore per consentire un più adeguato trattamento ed un miglioramento della qualità di vita di 1 Italiano su 4, affetto da una vera e propria patologia: **il dolore cronico**

Analgesici narcotici come la morfina sono i gold standard in accordo con la terapia del dolore raccomandata dall'OMS

Scala del dolore secondo OMS



Market trend: ci sono ancora barriere per un sufficiente sollievo del dolore

Solo il 16% dei medici ambulatoriali tedeschi usano prescrivere classi di narcotici

In Germania i pazienti con cancro attendono mediamente 2 anni con il dolore, consultano più di 5 medici diversi e vengono ricoverati in ospedale per più di 60 gg prima di consultare una clinica del dolore

La scala analgesica OMS offre un consistente schema di trattamento del dolore.

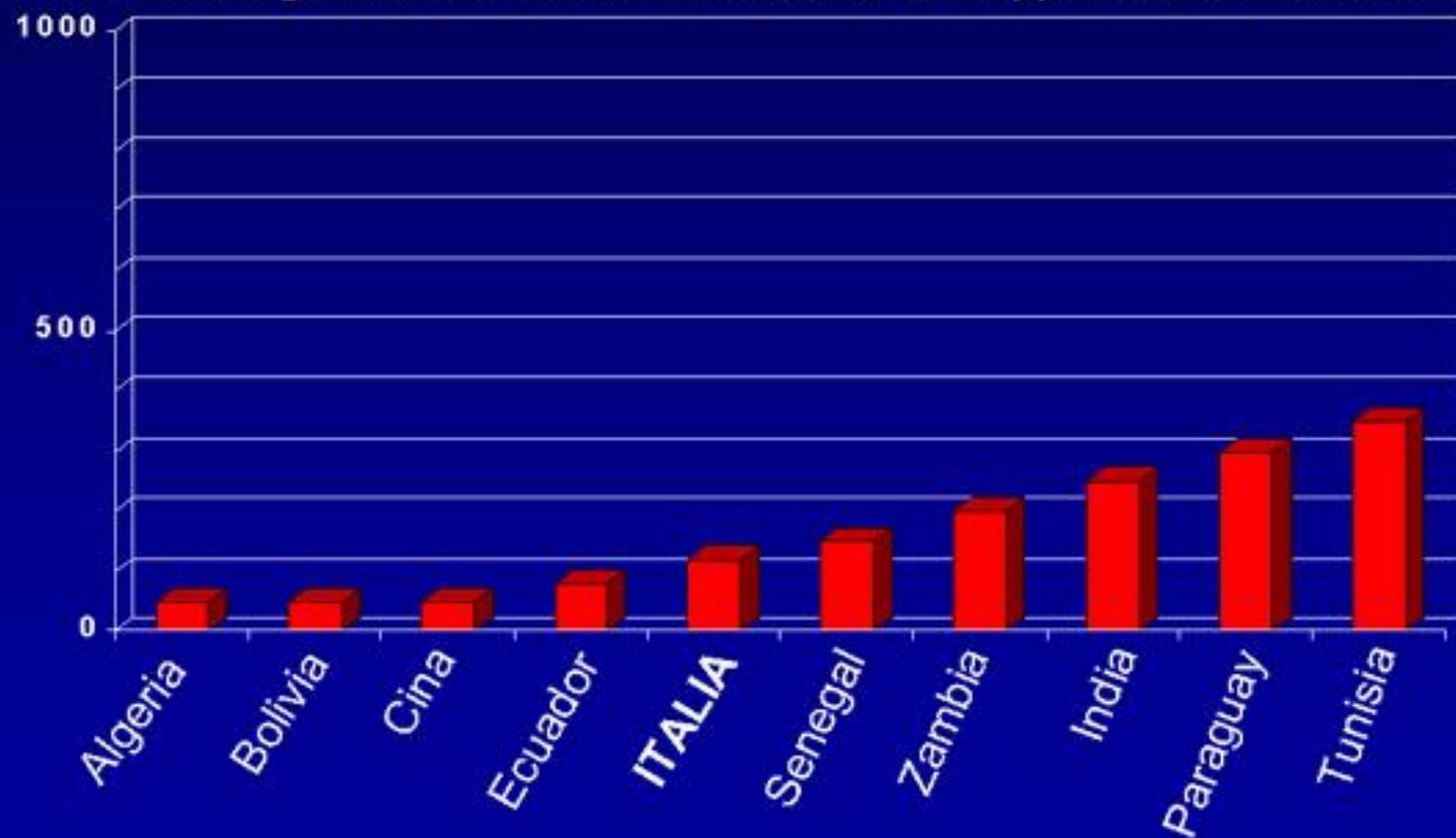
Tuttavia, pazienti riluttanti, medici inesperti e legislazione sono una barriera ad una adeguata terapia del dolore.

In Francia il 75% di tutti i medici di base e il 50% di tutti gli oncologi rifiutano l'uso di oppioidi a causa di barriere legislative

Solo il 2% di 16.630 pazienti con cancro riceve in tre anni una prescrizione a base di oppioidi

Paesi a più basso consumo di analgesici oppioidi

Numero medio giornaliero di somministrazioni di oppioidi / 1.000.000 abitanti





Documentazioni sul dolore: cosa dovrebbero contenere

Le cartelle giornaliere aiutano i pazienti a documentare il dolore fra una visita ospedaliera e l'altra. Per fornire un quadro utile, dovrebbero contenere le seguenti informazioni:

Dov'è il dolore?

Com'è il dolore?

Quali sono i sintomi e i segni associati al dolore?

Il dolore varia durante il giorno?

Quando è iniziato il dolore?

Quali fattori rendono il dolore migliore/peggiore?

Come il dolore influenza la vita quotidiana?

Come il dolore influenza l'atteggiamento del paziente?

Come il dolore risponde alla terapia?

Motivi del dolore non controllato

- **Legati al paziente:**

Remore nel riferire il dolore:

Crede che il dolore sia inevitabile

Crede che il dolore sia intrattabile

Rapporto distaccato medico-paziente

Remore nell'assumere medicinali:

Effetti collaterali

È impedito fisicamente nell'assumere i farmaci prescritti

Paura di tolleranza, dipendenza

Paura di non avere rimedi per un dolore più forte

Motivi del dolore non controllato

- **Legati al team che cura il paziente:**

Non credere al paziente

Inaccurata valutazione del tipo e della causa del dolore

Cattiva scelta delle modalità di trattamento

Impossibilità di usare multiple modalità

Scarso uso di analgesici:

tipo di analgesico, dosaggio, somministrazione

inadeguati, dolore intervallare non trattato, effetti

collaterali non trattati, scarso utilizzo dei farmaci

adiuvanti, paura di tolleranza, dipendenza,

pazienti terminali

Valutazione del dolore non controllato

- Il paziente riferisce il suo dolore accuratamente?
- Il paziente prende i farmaci prescritti?
- E' stata formulata una diagnosi etiologica?
- Si stanno utilizzando modalità appropriate di trattamento?
- Utilizzeresti modalità terapeutiche adiuvanti addizionali?
- Gli analgesici utilizzati sono appropriati?

Valutazione del dolore non controllato

- Gli analgesici sono assunti in maniera corretta?
- Il paziente ha istruzioni per il dolore intervallare?
- Il paziente sottovaluta il trattamento?
- Ci sono altri fattori che causano o aggravano il dolore?
 - fisici, psicologici, sociali, culturali o spirituali
- La malattia del paziente è avanzata?

“...è lecito alleviare il dolore tramite narcotici, anche quando il risultato consiste in una diminuzione della coscienza ed in una riduzione della vita, se non esiste altro mezzo...”

(Giovanni Paolo II: Evangelium Vitae 1995)

“Ho riscontrato che, quando non provavo dolore, riuscivo a dimenticarmi di avere un tumore”

(Affermazione di un paziente affetto da dolore dovuto a tumore)

“Tutti dobbiamo morire. Ma, il fatto che io possa salvarlo da giorni di tortura, è ciò che io sento come mio grande e giusto privilegio. Il dolore è un padrone più terribile per il genere umano di quanto non lo sia la morte stessa”

(Albert Schweitzer, M.D.- Premio Nobel per la Pace)

“Se sappiamo che il dolore severo e la sofferenza possono essere alleviati e non facciamo niente, noi stessi siamo torturatori.”

(Primo Levi, Scrittore)

Grazie per l'attenzione

