



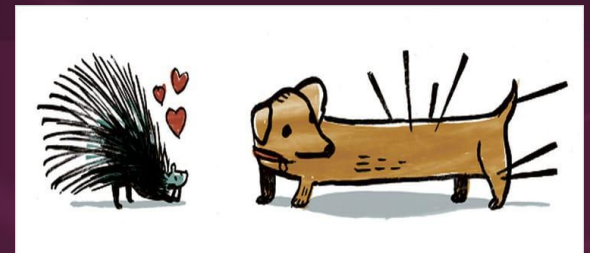
II CONGRESSO INTERREGIONALE SIMEU ABRUZZO E MOLISE
“ITINERARI IN EMERGENZA/URGENZA”
CHIETI 6/7 MAGGIO 2016

I FANS IN EMERGENZA/URGENZA
DOTT. GIULIO FERRANTE – DIRIGENTE MEDICO I LIV MCAU CHIETI

DOLORE DEFINIZIONE

Esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno. E' un'esperienza individuale e soggettiva a cui convergono componenti puramente sensoriali (nocicezione) relative al trasferimento dello stimolo doloroso dalla periferia alle strutture centrali, e componenti esperienziali ed affettive che modulano in maniera importante quanto percepito.

IASP (International Association for the Study of Pain)





Il più piccolo dolore nel nostro mignolo ci preoccupa e c'infastidisce di più della distruzione di milioni di nostri simili.

William Hazlitt

dolore non neoplastico cancro debolezza effetti collaterali

SORGENTE SOMATICA



**DOLORE
GLOBALE**

DEPRESSIONE



perdita del lavoro
problemi finanziari
perdita del ruolo in famiglia
stanchezza cronica
insonnia
senso di abbandono
alterazioni dell'aspetto



RABBIA

difficoltà burocratiche
ritardi nella diagnosi
irritabilità
fallimento terapeutico
medici irreperibili
allontanamento degli amici



ANSIA

paura dell'ospedale o del ricovero preoccupazioni per la famiglia
paura della morte inquietudine spirituale paura del dolore
perdita della dignità e del controllo del proprio corpo incertezza sul futuro

DOLORE CLASSIFICAZIONE TEMPORALE

TRANSITORIO: attivazione dei nocicettori, senza danno tissutale, scompare con la scomparsa dello stimolo

ACUTO: dolore nocicettivo, si accompagna a danno tissutale, scompare con la riparazione del danno

RECIDIVANTE: per es. cefalea

PERSISTENTE: permanenza della nocicezione o dello stimolo nocicettivo

CRONICO: persiste indipendentemente dall'azione dei nocicettori, comporta modificazioni dello stile di vita e della personalità del paziente

DOLORE CLASSIFICAZIONE ANATOMICA

SOMATICO

VISCERALE

MISTO

RIFERITO

IDIOPATICO

DOLORE CLASSIFICAZIONE "CLINICA"

DOLORE ACUTO

DOLORE CRONICO

DOLORE NEUROPATICO



DOLORE EPIDEMIOLOGIA

DAL 60 ALL'84%

DEGLI ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO

24.000.000/anno =

circa 17.000.000 pazienti/anno



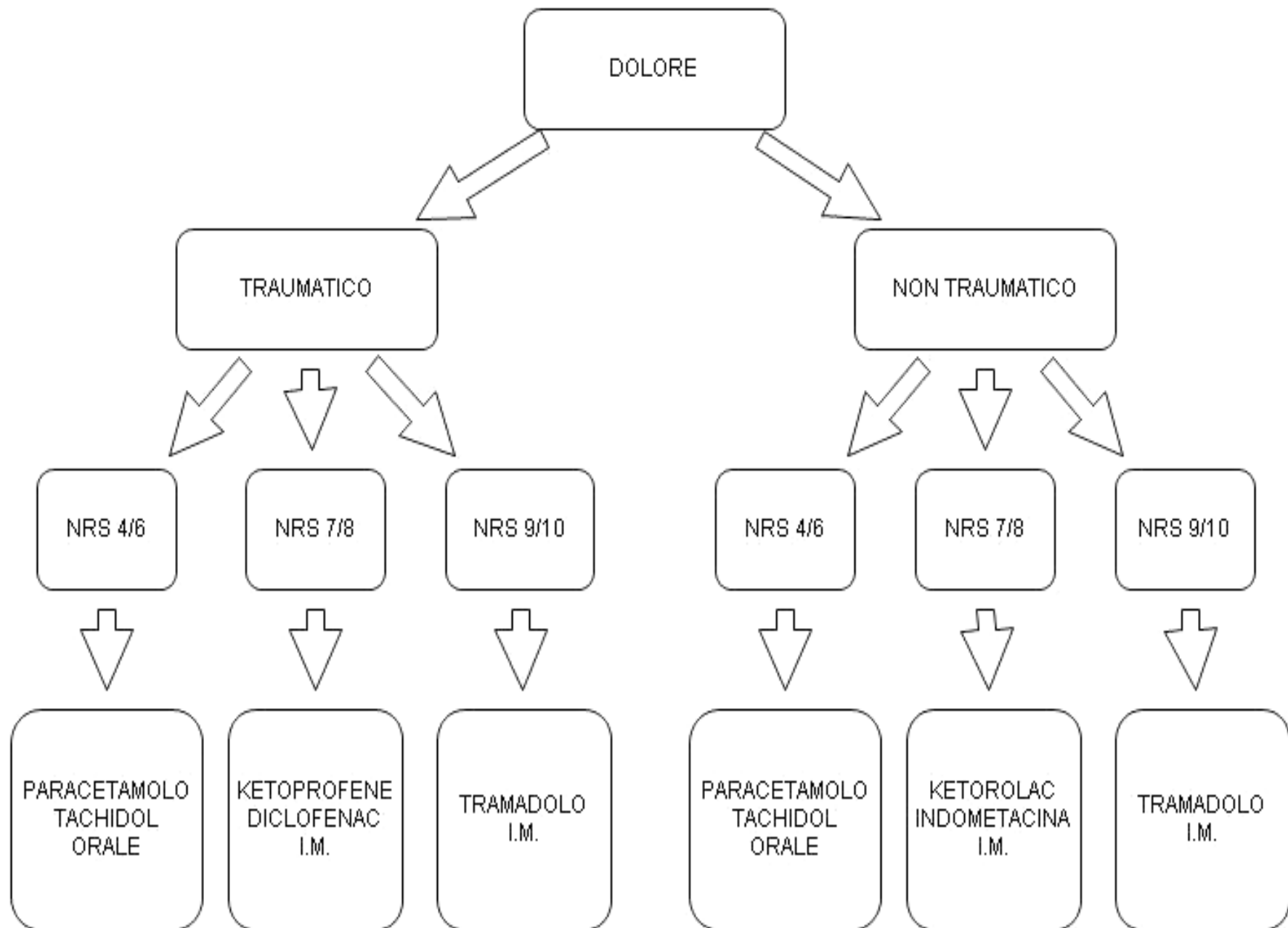
Per molto tempo il sintomo dolore è stato considerato dal medico quasi unicamente come elemento capace di aiutare il procedimento diagnostico; solo dopo aver formulato la diagnosi si riteneva corretto eseguire la terapia antidolorifica, perché avrebbe confuso il quadro clinico se somministrata troppo precocemente.

Il dolore era così percepito come una conseguenza inevitabile di una data patologia da accettarsi con rassegnazione fino alla risoluzione del problema di base.

OLIGOANALGESIA

- INSUFFICIENTE VALUTAZIONE DEL DOLORE
- PROBLEMATICHE CULTURALI RELATIVE ALL'UTILIZZO DI ALCUNE MOLECOLE (OPPIOIDI vs FANS)
- LATENZA NELLA PRESCRIZIONE DI FARMACI CONGRUI AL TRATTAMENTO
- SCARSA CONOSCENZA DELLA FARMACOCINETICA E FARMACODINAMICA DI ALCUNE MOLECOLE RISPETTO ALLA VIA DI SOMMINISTRAZIONE
- FOCALIZZAZIONE SULLA DIAGNOSI

Negli ultimi anni è sempre più aumentata l'attenzione da parte delle strutture di Emergenza-Urgenza e delle strutture sanitarie in genere nei confronti del sintomo dolore e delle sue conseguenze negative sul paziente. Si è quindi affermata la consapevolezza di dover valutare e trattare in maniera rapida ed adeguata la sintomatologia dolorosa indipendentemente dalle sue cause.





- Attesa di una terapia adeguata
- Sensazione di debolezza
- Impotenza davanti alla malattia



Effetti sistemici del dolore

Scarica simpatica e incremento di catecolamine

Alterazioni equilibrio fluidi interstiziali

↑ Cardiac output

↑ Ventilazione min

↑ Lipolisi

↑ Proteolisi muscolare

Increzione proteine di fase acuta

Immunosoppressione

↑ gluconeogenesi e glucolisi

Increzione di mediatori infiammatori (leucotrieni TNF ecc.)

Attivazione cascata citokine e release di interleukine

Attivazione C

Attivazione Neutrofili

Stimolazione linfocitaria

Stato di ipercoagulabilità

MECCANISMI FISIOPATOLOGICI DEL DOLORE CRONICO NOCICETTIVO

Sostanze algogene:
Bradichinina
5H-T
Istamina
Prostaglandine
Ioni K e Ca⁺⁺
↓ PH

Nocicettori Periferici

Neuropeptidi Vasoattivi:
Sostanza P
Somatostatina
C-GRP

Inflammazione Neurogena

Prolungamento
Stimolazione
Nocicettiva

Potenziale d'azione

Midollo spinale

Stravasamento di plasma
Post-capillare

Tratto Spino-Talamico

Corno Anteriore

Colonna Intermedio Laterale

Cervello

Contrattura Riflessa

Vasocostrizione
Simpatico
Riflessa

Inibizione del
Parasimpatico

Vasodilatazione
estrema del
Microcircolo

Vasodilatazione
Precapillare dei
Vasi di resistenza

MECCANISMI FISIOPATOLOGICI DEL DOLORE CRONICO NON NOCICETTIVO

DOLORE NEUROPATICO

Degenerazione ischemica
dei tronchi nervosi

Ca⁺⁺ Dipendente

↑ Ca⁺⁺ Intracellulare

Trascrizione di:
Proto oncogeni
Protein chinasi
Proteasi
Endonucleasi
Lipasi
Ossido-nitrico-sintasi

Degenerazione enzimatica x
Produzione di radicali liberi

Ca⁺⁺ Indipendente
(osmolare)

Lisi delle cellule

DOLORE PSICOGENO

Grave stress emotivo

Spasmi muscolari

Vasocostrizione
locale

Disfunzioni
viscerali

Liberazione di
sostanze algogene

Legge 15 marzo 2010, n. 38

Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore

Art. 1 comma 3

“...principi fondamentali:

- a) Tutela della dignità e dell'autonomia del malato, senza alcuna discriminazione*
- b) Tutela e promozione della qualità della vita fino al suo termine*
- c) Adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale della persona malata e della famiglia.”*

Art. 6

Progetto “Ospedale –Territorio senza dolore”

Art. 7

Obbligo di riportare la rilevazione del dolore all'interno della cartella clinica

1. All'interno della cartella clinica, nelle sezioni medica ed infermieristica, in uso presso tutte le strutture sanitarie, devono essere riportati le caratteristiche del dolore rilevato e della sua evoluzione nel corso del ricovero, nonché la terapia antalgica e i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato antalgico conseguito.

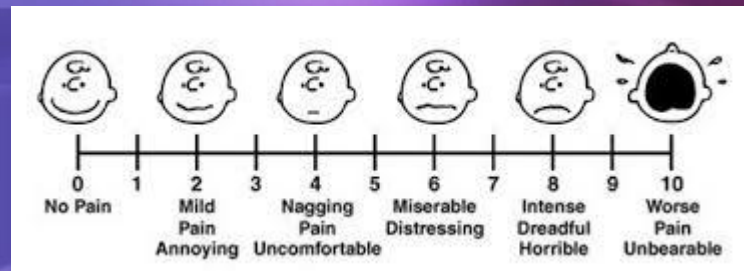
La suddetta scheda non viene mai presentata all'utente ma viene allegata e conservata insieme al foglio di PS negli archivi del DEA.
 I valori riportati nella presente scheda sono desunti dalle segnalazione del valore data dagli utenti sulla scheda VAS personale consegnata ai medesimi in fase di triage. Segnare i valori con una crocetta sulla giusta linea scrivendo il più vicino possibile l'ora di rilevazione dolore o di somministrazione farmaco

Scheda VAS ___ Utente _____ scheda PS n° ___ OPERATORI _____

Grado Dolore	10		10
	9		9
	8		8
	7		7
	6		6
	5		5
	4		4
	3		3
	2		2
	1		1
	Tempo MINUTI-ORE	→	
Terapia effettuata	FANS		
	SNC		
	STUP		

VALUTAZIONE DEL DOLORE

- ➡ VAS (Scala Analogica Visiva)
- ➡ VNS (Scala Numerica Verbale)
- ➡ VRS (Scala Valutazione Verbale)
- ➡ MPQ (McGill Pain Questionnaire)

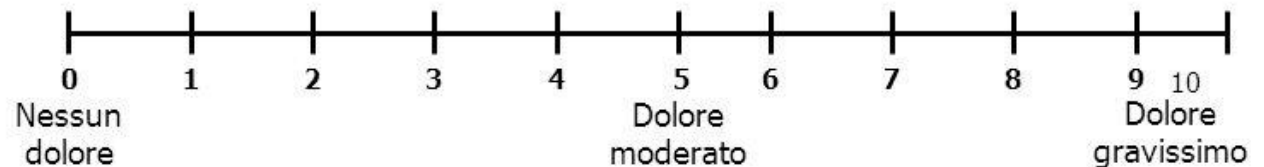


Scale di intensità del dolore

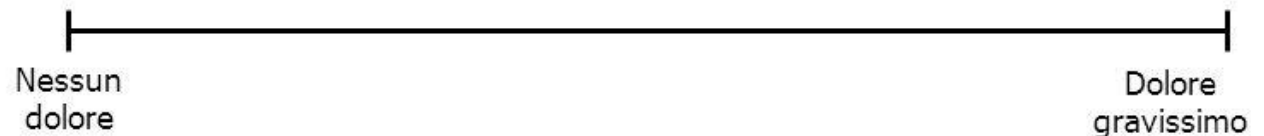
Scala¹ di intensità del dolore a descrizione semplificata



Scala¹ di intensità del dolore numerica da 0-10



Scala² analogica visiva (VAS)



1. Se usata come scala grafica, è consigliata una linea di base di **100 mm (= 10 cm)**.
2. Per le scale VAS , si consiglia una linea di base di **100 mm (= 10 cm)**.

IL PIU' SPAVENTEVOLE
DOLORE IMMAGINABILE

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0

RAPPRESENTAZIONE GRAFICA
DI UNA SCALA DI
VALUTAZIONE DEL DOLORE

LIMITE AMMESSO
DALL'ORGANIZZAZIONE
MONDIALE DELLA
SANITA' PER IL DOLORE
IN OSPEDALE

DOLORINO PIU' FORTE

DOLORINO PICCOLO

PERFETTO
BENESSERE



Scale visive

Scala Analogo Visivo (Visual Analogue Scale: VAS)

Il "termometro" del dolore

Può indicare col dito dove si pone il proprio dolore ?



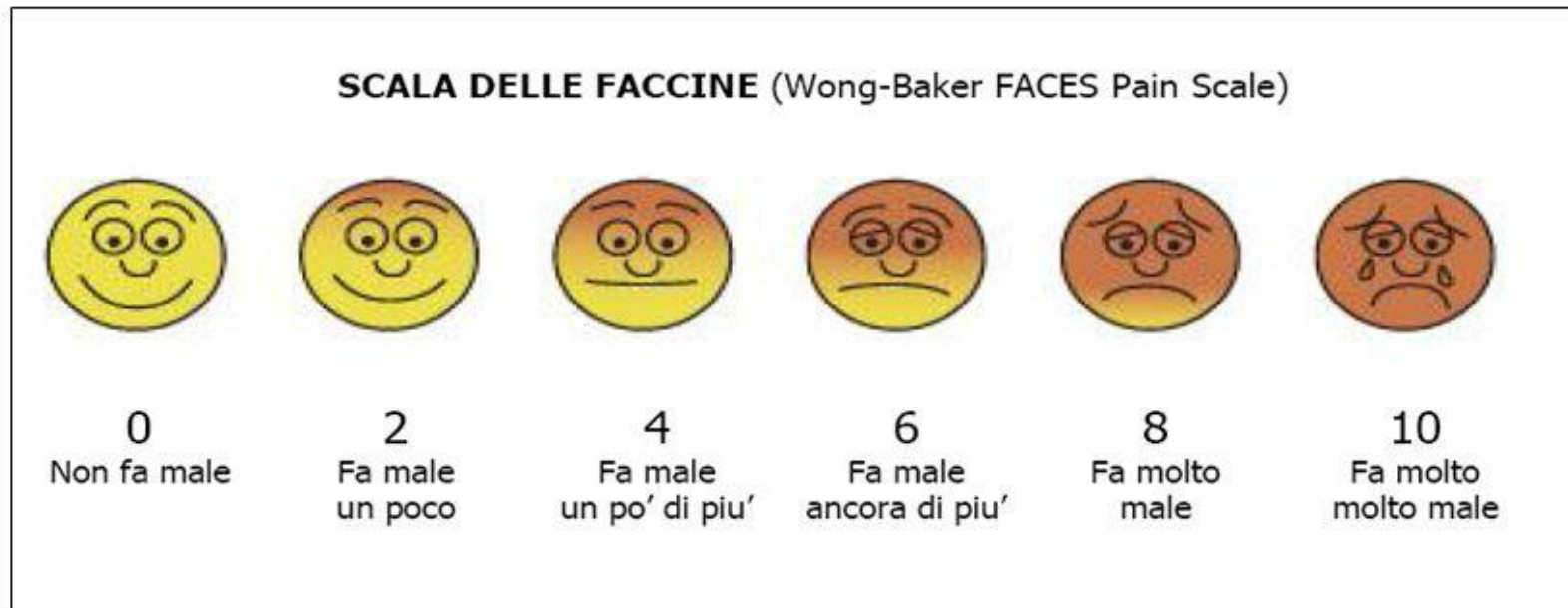
SCALA NUMERICA (NRS)

- Si tratta di una scala numerica che va da 0 "nessun dolore" a 10 "massimo dolore possibile"
- Viene abitualmente confusa con la VAS

"Considerando una scala da 0 a 10 in cui a 0 corrisponde l'assenza di dolore e a 10 il massimo di dolore immaginabile, quanto valuta l'intensità del suo dolore?"



Scale di misurazione



Scala : "Faces Pain Scale" (Wong-Baker)

Questa scala viene utilizzata per misurare l'intensità del dolore nei bambini non scolarizzati . Ad ogni espressione facciale corrisponde un punteggio . Il valore numerico (0 – 10) corrispondente all'immagine scelta deve essere riportato sulla scheda di registrazione .

Istruzioni Verbali

"Le faccine mostrano quanto si può avere male. questa faccina all'estrema sinistra rappresenta qualcuno che non ha male per niente. Queste (da sinistra a destra) mostrano qualcuno che ha sempre più male fino all'ultima a destra che mostra qualcuno che ha veramente molto molto male. Fammi vedere quale e' la faccina che mostra quanto male senti tu in questo momento"

Neonato e in età pre-verbale al di sotto dei tre anni



Ministero della Salute

SCALA FLACC

Categoria	Punteggio		
	0	1	2
Volto	Espressione neutra o sorriso	Smorfie occasionali o sopracciglia contratte, espressione distaccata, disinteressata	Da frequente a costante aggrottamento delle sopracciglia, bocca serrata, tremore del mento
Gambe	Posizione normale o rilassata	Si agita, è irrequieto, teso	Scalcia, o raddrizza le gambe
Attività	Posizione quieta, normale, si muove in modo naturale	Si contorce, si dondola avanti e indietro, teso	Inarcato, rigido o si muove a scatti
Pianto	Assenza di pianto (durante la veglia o durante il sonno)	Geme o piagnucola, lamenti occasionali	Piange in modo continuo, urla o singhiozza, lamenti frequenti
Consolabilità	Soddisfatto, rilassato	E' rassicurato dal contatto occasionale, dall'abbraccio o dal tono della voce, è <u>distrattibile</u>	Difficile da consolare o confortare

VALUTARE IL DOLORE

la scala Abbey

Q.1 Verbalizzazione:	piange, lamenta, geme.	Assente: 0 Lieve: 1 Moderato: 2 Severo: 3	Q.1:	
Q.2 Espressione facciale:	sguardo teso, sguardo impaurito, smorfie.		Q.2:	
Q.3 Cambiamento del linguaggio corporeo:	muove con irrequietezza, dondola, ritrae, accovaccia.		Q.3:	
Q.4 Cambiamento del comportamento:	aumento della confusione, rifiuto del cibo.		Q.4:	
Q.5 Cambiamento fisiologico:	sudorazione o pallore, aumento della temperatura, pressione > 140/90mmHg.		Q.5:	
Q.6 Cambiamento fisico:	lacerazioni sulla pelle, lesioni da decubito, artrite, contratture, precedenti ferite.		Q.6:	
PUNTEGGIO TOTALE				
0-2 dolore assente	3-7 dolore lieve	8-13 dolore moderato	14-18 dolore severo	

TABELLA I: La scala PAINAD.

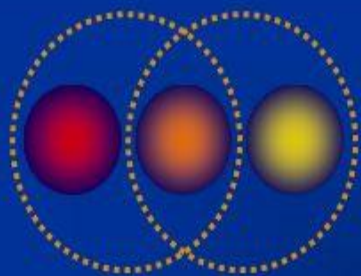
<i>INDICATORI</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>
<i>Respirazione</i>	Normale	Respiro affannoso	Respiro rumoroso e affannoso, alternanza di periodi di apnea e polipnea
<i>Vocalizzazione</i>	Nessun problema	Pianti occasionali o brontolii	Ripetuti urli o lamenti
<i>Espressioni del volto</i>	Sorridente o inespressivo	Triste e/o ciglia aggrottate	Smorfie
<i>Linguaggio del corpo</i>	Rilassato	Teso	Rigido con i pugni chiusi o che tenta di colpire
<i>Consolazione</i>	Nessun bisogno di essere consolato	Confuso e che cerca rassicurazione	Incapacità di distrazione e/o consolazione

<i>0-1 Dolore assente</i>	<i>2-4 Dolore lieve</i>	<i>5-7 Dolore moderato</i>	<i>8-10 dolore severo</i>
-------------------------------	-----------------------------	--------------------------------	-------------------------------

Scala Analgesica WHO a tre gradini, 1986

(WHO: Cancer pain relief, 1986)





Scala OMS per il Dolore Cronico



**Le terapie mediche rimangono il fondamento
per la gestione del Dolore**

SCALA A TRE GRADINI DELL'OMS

Approccio sequenziale e polifarmacologico che prevede al 1° gradino l'uso di farmaci non oppioidi (FANS), al 2° gradino di oppioidi deboli associati a non oppioidi ed al 3° gradino l'uso di oppioidi forti.

Per tutti i livelli è contemplato l'uso di farmaci cosiddetti **adiuvanti** che non sono analgesici ma che con il loro meccanismo d'azione contribuiscono alla riduzione del dolore.



SCALA A TRE GRADINI DELL'OMS

NORME GENERALI D'USO

- iniziare dal gradino più basso
- passare ai gradini successivi se controindicazioni (es. FANS), effetti collaterali o inefficacia
- possibilità di associare farmaci non oppioidi e farmaci oppioidi
- uso di adiuvanti (es. dolore neuropatico)

PARACETAMOLO



Analgesico non antiinfiammatorio di 1^a scelta

Non gastrolesivo, non nefrotossico

Non interferisce con la coagulazione né con l'equilibrio acido-base

Somministrabile in gravidanza

Dosaggio analgesico: 0,5-1 g ogni 6 h per via orale (rapido assorbimento nel piccolo intestino con picco plasmatico entro 1 h e picco analgesico intorno alla 2^a ora), rettale, e.v.

Dose massima: 4 g /die (> negli epatopatici)

Bambino: 20 mg/kg, poi 10-15 mg/kg ogni 4-6 h; dose max: 90 mg/kg/die

Metabolismo epatico, eliminazione renale

Di solito ben tollerato, può occasionalmente produrre esantema ed allergia; possibile epatotossicità da sovradosaggio

Antidoto: gruppi sulfidrilici che ripristinano le riserve di glutazione (**N-acetilcisteina**)

DOSE DI ATTACCO: 150mg/kg da perfondersi in 60 minuti previa diluizione con soluzione glucosata al 5% o con soluzione fisiologica (in almeno 200 ml per l'adulto, 50 ml in età pediatrica).

DOSI SUCCESSIVE: proseguire il trattamento per 72 ore, con l'infusione lenta di 50 mg/kg ogni 4 ore previa diluizione del prodotto.

ANTIINFIAMMATORI NON STEROIDEI (FANS)



Gruppo eterogeneo di composti che hanno in comune come meccanismo di azione **l'inibizione dell'enzima ciclo-ossigenasi** (Cox1 e Cox2) con conseguente blocco della produzione di prostaglandine a partire dall'ac. arachidonico

Hanno effetto antiflogistico, analgesico, antipiretico, antiaggregante

Multiple vie di somministrazione (orale, rettale, topica, parenterale)

Hanno **effetto tetto**, cioè aumentando il dosaggio oltre quello massimo, non aumenta l'analgesia, mentre aumentano gli effetti collaterali; dosi inferiori alle dosi terapeutiche non sono esenti da effetti collaterali (tossicità gastrointestinale e renale)

Elevata possibilità di farmacoresistenze (il 40% dei pazienti può essere resistente ad uno o più FANS)

Controindicazioni: malattie cardiovascolari, ulcera gastrica, insufficienza renale, terapie anticoagulanti

IBUPROFENE



Farmaco ancora di prima linea nel trattamento del dolore acuto di grado lieve, ma anche nelle patologie osteoarticolari croniche

Adulti: 600-1800 mg/die refratti nelle 24 h

Bambini: 10-20 mg/kg/die refratti; dose max: 40 mg/kg/die

Dimostrati in vari studi effetti avversi gastrointestinali significativamente e considerevolmente inferiori a quelli di altri FANS (*Whittle, 2003; De Palma et al. 2009*)

KETOROLAC



Ottimo analgesico in fase acuta, indicato soprattutto per il dolore post-operatorio e per la colica renale.

Nefrotossico ed altamente gastrotossico (maggiore gastrolesività tra i FANS) non presenta indicazioni verso il dolore cronico

Dosaggi massimi:

per via parenterale: 90 mg/die (60 mg/die negli anziani)

per non più di 2 giorni

per os: 10 mg/4-6 ore, max 40 mg/die per non più di 5 gg

COLICA RENALE



La distensione dell'uretere a monte dell'ostruzione, con conseguente stimolazione della zona nervosa terminale della lamina propria, conduce al rilascio di eicosanoidi, prostaglandine, prostaciline E2, angiotensina II, trombossani A2.

Se il dolore, poi, si protrae, la contrazione isotonica dei muscoli lisci produce un aumento dell'acido lattico che irrita sia le fibre lente che quelle veloci. Attraverso il midollo (livello T11-L1) lo stimolo arriva al SNC.

Il dolore, molto spesso accompagnato da vomito, è simile a quello del parto, ma senza il rilascio finale di ossitocina che cancelli il ricordo della terribile esperienza...

COLICA RENALE



La più efficace forma di analgesia prolungata da pronto soccorso per le coliche renali consiste nella somministrazione intramuscolare di **diclofenac**, e non in quella endovenosa di morfina.

Secondo Sameer Pathan dello *Hamad General Hospital* di Doha, autore dello studio su 1.645 pazienti che ha portato a queste conclusioni, il fatto che un FANS per via intramuscolare risulti sia più rapido che più efficace rispetto ad un narcotico per via endovenosa, va contro l'ortodossia clinica.

PAIN Online, 16/03/2016

LOMBALGIA ACUTA



Sintomatologia estremamente frequente (8 persone su 10 soffrono o hanno sofferto nella loro vita di dolore lombare).

Solo nel 15% dei casi è possibile l'individuazione precisa della causa. Essenziale intervenire rapidamente perché già dopo alcuni giorni il dolore assume un andamento di tipo cronico.

Studi recenti hanno dimostrato che l'associazione di FANS + ciclobenzaprina o di ossicodone + acetaminofene non hanno un effetto maggiore del FANS da solo (diclofenac).

Jama 2015; 314: 1572-80

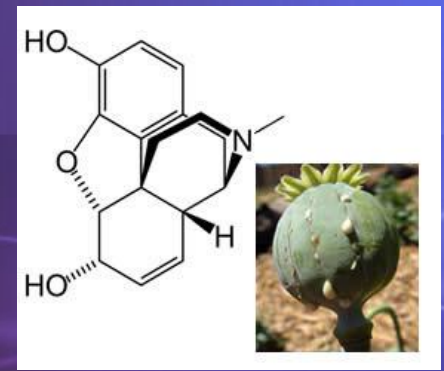


OPPIOIDI

Composti noti da migliaia di anni per i loro effetti psicotropi ed analgesici. Usati particolarmente nel dolore acuto operatorio/post-operatorio e nel dolore cronico da cancro, ma sempre più di frequente anche per il dolore cronico benigno.

Meccanismo d'azione: l'effetto analgesico è complesso e vi si possono riconoscere due componenti, una che interferisce direttamente con le vie sensitive coinvolte nella modulazione del dolore, l'altra cognitiva ed affettiva, che coinvolge i meccanismi di riconoscimento e vissuto del dolore.

OPPIOIDI CLASSIFICAZIONE



Morfina e derivati (idromorfone, ossimorfone, eroina, levorfanolo)

Codeina e derivati (idrossicodone, ossicodone, destrometorfano)

Tabaina e derivati (etorfina, buprenorfina)

Metadone e derivati (destropropossifene)

Meperidina e derivati (es. fentanil, ramifentanil, pentazocina, nalorfina, naloxone, naltrexone)

Tramadol

recettori oppioidi

nomenclatura	$\mu = OP_3$	$\delta = OP_1$	$\kappa = OP_2$
sottotipi	$\mu_1 \mu_2$	$\delta_1 \delta_2$	$\kappa_1 \kappa_2 \kappa_3$
potenza dei peptidi endogeni	$\beta\text{-end} > \text{dynA} > \text{metenk} > \text{leuenk}$	$\text{metenk} = \text{leuenk} > \beta\text{-end} > \text{dynA}$	$\text{dynA} \gg \beta\text{-end} > \text{metenk} = \text{leuenk}$
effettori predominanti	$\text{cAMP} \downarrow$ \uparrow canali K^+ \downarrow canali Ca^{2+}	$\text{cAMP} \downarrow$ \uparrow canali K^+ \downarrow canali Ca^{2+}	$\text{cAMP} \downarrow$ \uparrow canali K^+ \downarrow canali Ca^{2+}
effetti mediati da agonisti	<ul style="list-style-type: none"> ▪ analgesia ▪ euforia ▪ dipendenza ▪ depressione respiratoria ▪ costipazione ▪ miosi 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ analgesia ▪ depressione respiratoria 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ analgesia ▪ sedazione ▪ miosi ▪ disforia ▪ diuresi

OPPIOIDI EFFETTI COLLATERALI

IN FASE DI INDUZIONE O DI AUMENTO DI DOSE

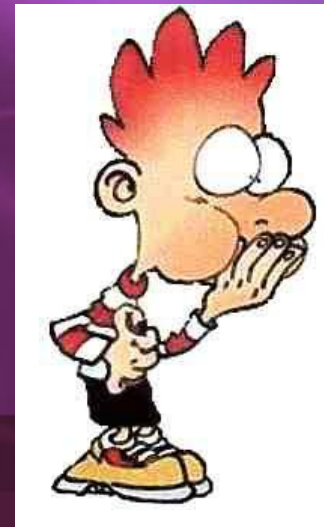
Nausea/vomito

Sedazione/sonnolenza

Secchezza delle fauci

Stipsi

Prurito



OPPIOIDI EFFETTI COLLATERALI

IN FASE DI MANTENIMENTO

Stipsi

Secchezza delle fauci

Ritenzione urinaria



OPPIOIDI EFFETTI COLLATERALI

NEUROTOSSICI

Sedazione

Allucinazioni

Iperalgesia, allodinia

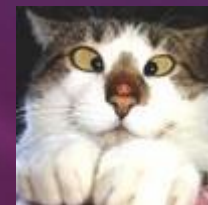
Mioclono

Alterazioni cognitive

Disforia

Depressione respiratoria

Miosi



OPPIOIDI DEBOLI



CODEINA, TRAMADOLO

Agiscono sul recettore in modo submassimale per limitata efficacia intrinseca. Presentano rapporto dose-effetto meno rapido ed hanno effetto tetto.

C: disponibile in combinazione con paracetamolo

T: 50-100 mg x 3-4/die max 400 mg/die

e.v. 100 mg ogni 4-6 h o 300 mg/24 h inf. cont.

OPPIOIDI FORTI



BUPRENORFINA, MORFINA, OSSICODONE, FENTANYL,
METADONE, IDROMORFONE

- non hanno effetto tetto
- dosaggio efficace molto variabile
- tutte le vie di somministrazione
- bilanciamento analgesia/effetti collaterali
- sospensione graduale
- depressione respiratoria controllata dall'incremento graduale della dose
- segni di sovradosaggio: miosi serrata, sonnolenza, rallentamento respiratorio

OPPIOIDI FORTI

MORFINA



Utile nel dolore moderato-severo

2,5-5 mg ev in bolo lento (pazienti monitorati)

sottocute: 10 mg ogni 4-6-8 h, quindi

infusione continua: 10-30 mg/24 h

per os: 4 mg (4 gtt) ogni 4-6 h

Dosi inferiori negli anziani

OPPIOIDI FORTI

IDROMORFONE



Derivato sintetico della morfina

Agonista recettori mu

Non specificamente indicato per dolore acuto

Equianalgesia: 10 mg morfina = 1,5 mg idromorfone

Metabolismo prettamente epatico con eliminazione renale

In commercio cps a rilascio controllato da 4, 8, 16, 32, 64 mg

OPPIOIDI FORTI

OSSICODONE



Oppioide semisintetico, agonista sui recettori mu e kappa, strutturalmente simile alla codeina, ma 10 volte più potente di questa

Potenza maggiore della morfina
(per via orale 10 mg di ossicodone = 20 mg di morfina)

In commercio: cpr 10, 20, 40, 80 mg/12h (rilascio prolungato)
cpr 5, 10, 20 mg in associazione con paracetamolo

Non ha effetto tetto

Massima concentrazione plasmatica 1 ora.

Buona biodisponibilità con emivita 2-3 ore ed effetto analgesico di 4-5 ore

OPPIOIDI FORTI

FENTANYL



Utile nel dolore moderato-severo, soprattutto nell'analgesia periprocedurale.

50-100 mcg (0,7-1,4 mcg/kg) in bolo lento

(rischio di sindrome del torace rigido)

Inizio d'azione 1-2 minuti, emivita 2 ore

Nelle situazioni d'emergenza utile la via di somministrazione intranasale con apposito atomizzatore per siringa (off label).

Minori effetti ipotensivi rispetto alla morfina.

Metabolismo epatico.

Scala analgesica OMS

modificata

Manovre invasive:
Blocchi neurolitici,
Stimolaz. midollare
Pompa intratecale

2-5%

Switch o rotazione degli oppioidi

10-20%

Oppioidi forti ± non oppioidi ± adiuvanti

dolore severo

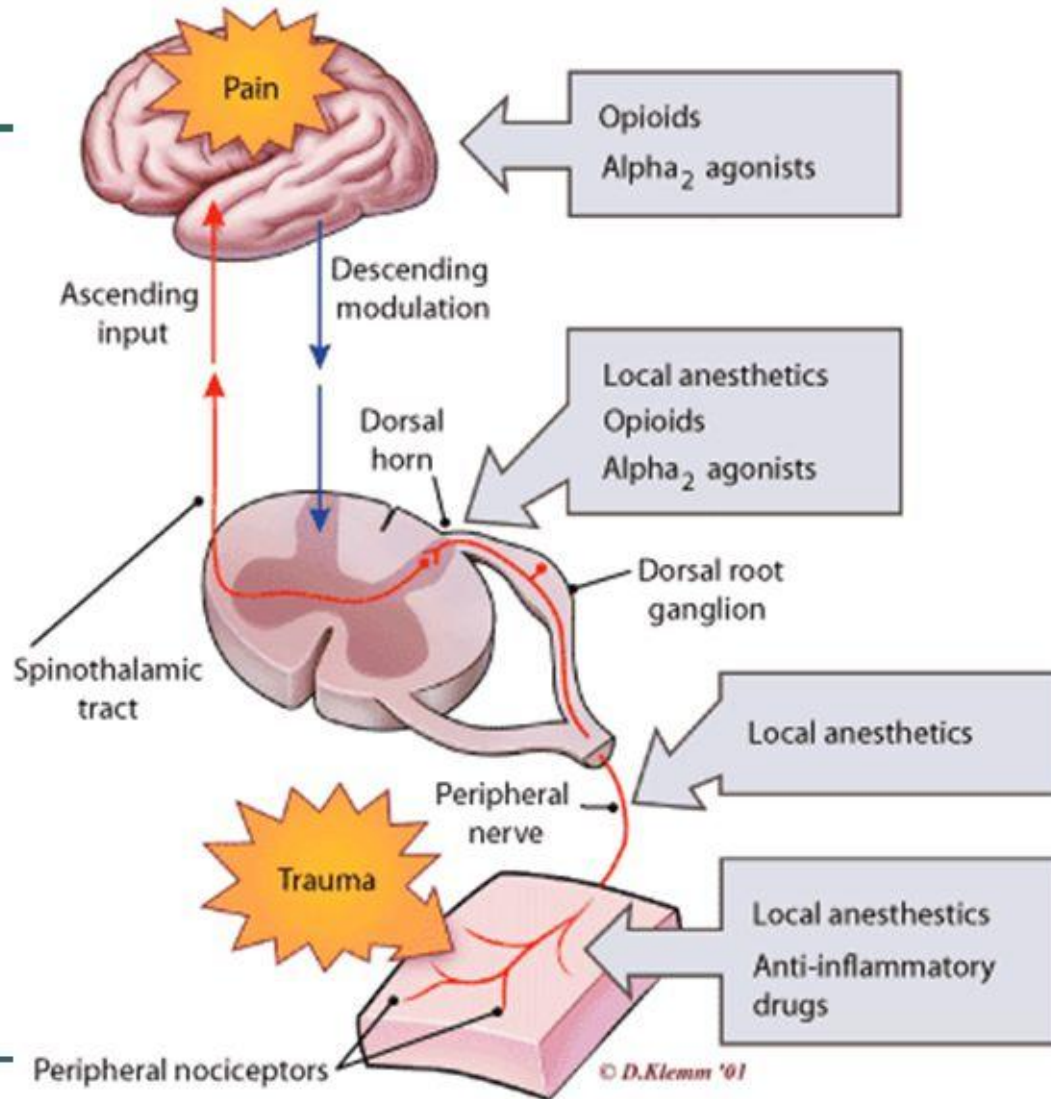
Oppioidi deboli ± non oppioidi +/- adiuvanti

dolore moderato

FANS, paracetamolo +/- adiuvanti

dolore lieve

Le vie del dolore.....



Dosi equianalgesiche di oppiacei per os e transdermici.

Idromorfone ²⁰ mg/die	8mg	16mg	24mg	32mg	40mg	48mg	56mg	64mg									
Morfina Orale ²⁰ mg/die	30	40	50	60	75	80	90	100	120	160	180	200	210	240	280	300	320
Ossicodone ²¹ mg/die	20	40	60	80	100	120	140	160									
Fentanyl ²² mg/die	25	50	75	100	125												
Buprenorfina ²² mg/die	35	52,5	70	105	122,5	140											
Tramadol Orale SR ²³ mg/die	200	300	400														
Codeina (+Paracetamolo) ²² mg/die	180																

Nel passare da oppiacei minori a oppiacei maggiori, è consigliato iniziare la terapia con il nuovo oppiaceo seguendo il dosaggio raccomandato per i pazienti naïve. Le dosi di tramadol NON dovrebbero essere considerate equianalgesiche alle dosi di agonisti puri. ⁽²⁴⁾

20. RCP Jumista.

22. Mercadante S. Masson Ed. 2006:50-52.

24. Clinical Practice Guidelines -Opioid Therapy for Chronic Pain, US Department of Veteran Affairs (accessibile da www.guideline.gov).

21. Ordóñez Gallego A et al. Clin Transl Oncol 2007; 9(5): 298-307.

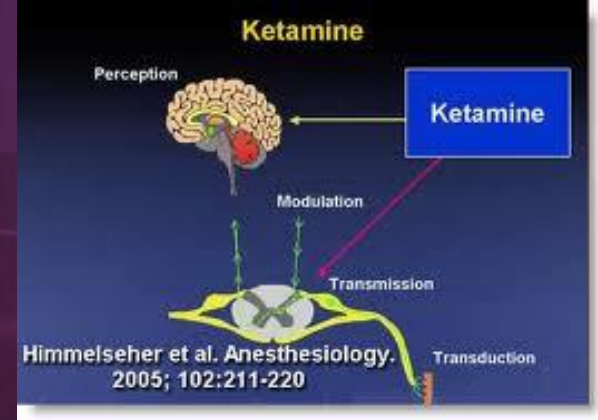
23. Wilder-Smith CH et al. Ann Oncol. 1994 Feb;5(2):141-6.

ADIUVANTI ANALGESICI

Farmaci non analgesici ma che trovano indicazione per dolori non nocicettivi come il dolore neuropatico (nevralgia trigeminale, neuropatia diabetica, nevralgia postherpetica, arto fantasma, fibromialgia ecc). Si tratta soprattutto di farmaci antidepressivi ed anticonvulsivanti:

Amitriptilina, duloxetina, gabapentin, pregabalin, carbamazepina, fenitoina, corticosteroidi, anestetici locali, ac. docosaesaenoico

KETAMINA



Azione sedativo-analgesica utile in particolari situazioni come lo stato di shock o il politrauma (il trauma cranico è una controindicazione relativa) ed in alcune manovre procedurali.

1-2 mg/kg in bolo lento

inizio azione 1 min, emivita 2-3 h

Consigliabile l'associazione di una benzodiazepina a lunga durata d'azione per evitare la sindrome da emersione.

Effetti collaterali: vomito, laringospasmo, ipertensione arteriosa, agitazione

CONCLUSIONI 1

La combinazione di classi diverse di farmaci analgesici

(analgesia multimodale)

migliora l'efficacia della terapia farmacologica in unione alla riduzione del dosaggio dei singoli analgesici e quindi degli effetti collaterali.

CONCLUSIONI 2

L'ipossia e la depressione respiratoria, effetti collaterali tra i più temuti nella somministrazione di oppioidi, possono essere facilmente evitati con una adeguata **individualizzazione** (età, corporatura, abitudini di vita, terapia ecc) e **titolazione del dosaggio** rispettando gli intervalli di tempo tra le dosi e monitorizzando il dolore ed il livello di sedazione.

Scala di sedazione

sec. Ramsey

sveglio

- 1) ansioso, agitato, irrequieto
- 2) cooperante, orientato, tranquillo
- 3) risponde solo a comando

Addormentato

risponde solo alla percussione glabellare o stimoli uditivi forti

- 4) risposta brusca
- 5) risposta lenta
- 6) non risposta

CONCLUSIONI 3



Gli analgesici orali sono un punto di forza nel trattamento del dolore oncologico.

Nel dolore oncologico cronico riacutizzato gli oppioidi forti sono sicuri ed efficaci nel trattamento del dolore da moderato a severo.

Di contro, occorre sempre cautela nell'uso dei FANS nei pazienti anziani.

CONCLUSIONI 4

I FANS da soli sono efficaci nel trattamento del dolore lieve o moderato o come componenti di una analgesia multimodale nel dolore severo, rispettando sempre le controindicazioni.

Numerosi studi hanno dimostrato la superiorità dei FANS rispetto agli oppioidi nel trattamento della colica renale, della colica biliare, del dolore lombare aspecifico.

Trattamento del dolore somatico

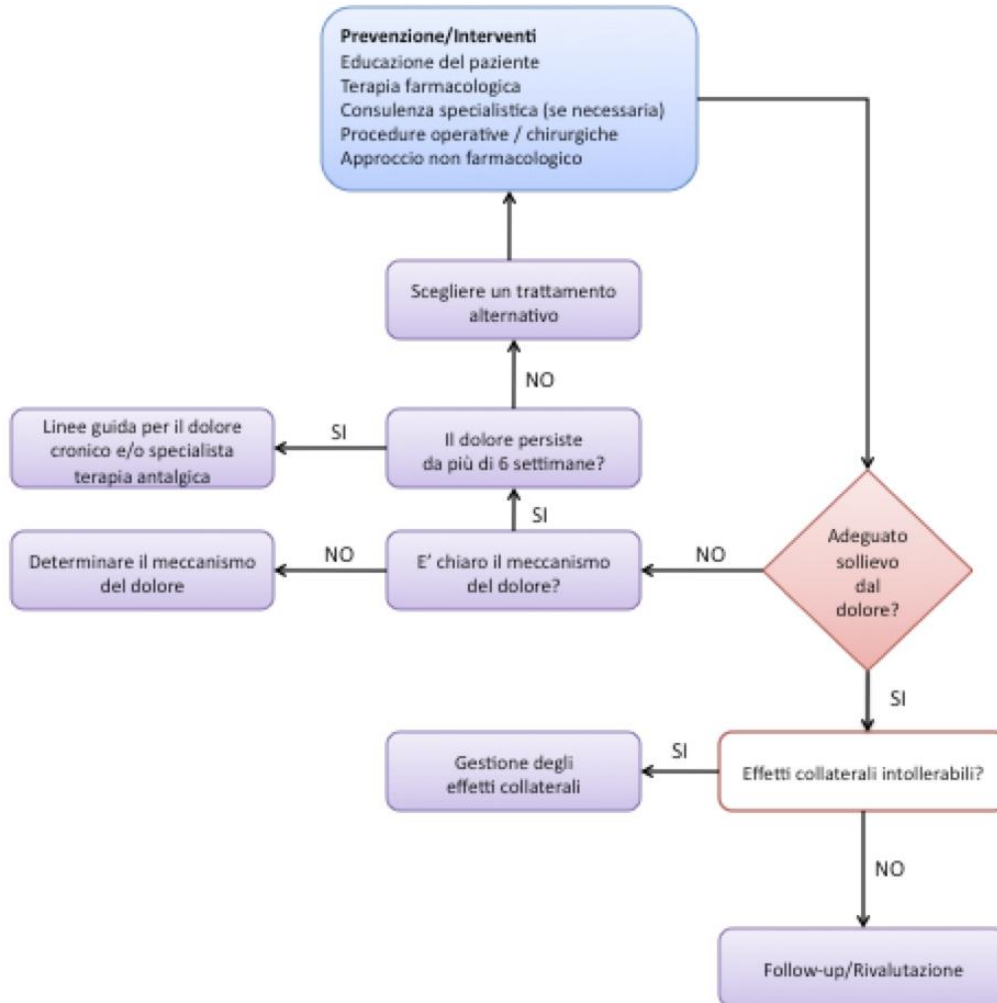
Paracetamolo
FANS
Corticosteroidi**
Oppioidi*
Anestetici locali (topici o infiltrazioni)
Ghiaccio
Stimolazione tattile

Trattamento del dolore viscerale


Paracetamolo
FANS
Corticosteroidi**
Oppioidi*
Anestetici locali per via spinale
Stimolazione tattile

Trattamento del dolore neuropatico

FANS
Oppioidi*
Antidepressivi triciclici
Antiepilettici
Corticosteroidi**
Blocchi nervosi



SIAARTI, SIMEU, SIS 118,
AISD, SIARED, SICUT, IRC

A black and white photograph of a person walking away on a path, with a quote overlaid on the right side. The person is in silhouette, walking on a light-colored path that curves into the distance. The background is dark, and the overall mood is contemplative.

Lieve è il dolore
che parla.
Il grande, è muto.

Seneca

GRAZIE PER L'ATTENZIONE