

SALA CONCORDIA C

FINE VITA

Moderatori: Mario Costante Oppes – Luca Gelati

Sossio Serra

Un paziente senza dolore



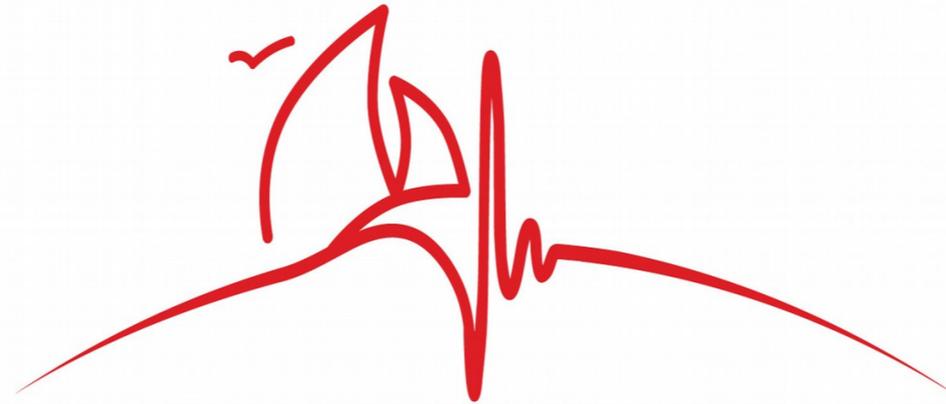
XII congresso nazionale

simeu

RICCIONE 13-15 MAGGIO 2022

Fine vita

UN PAZIENTE SENZA DOLORE



XII congresso nazionale

SIMEU

RICCIONE 13-15 MAGGIO 2022



Il 17%
dei pazienti che accede
in Pronto Soccorso
ha una malattia
in stadio terminale



XII congresso nazionale

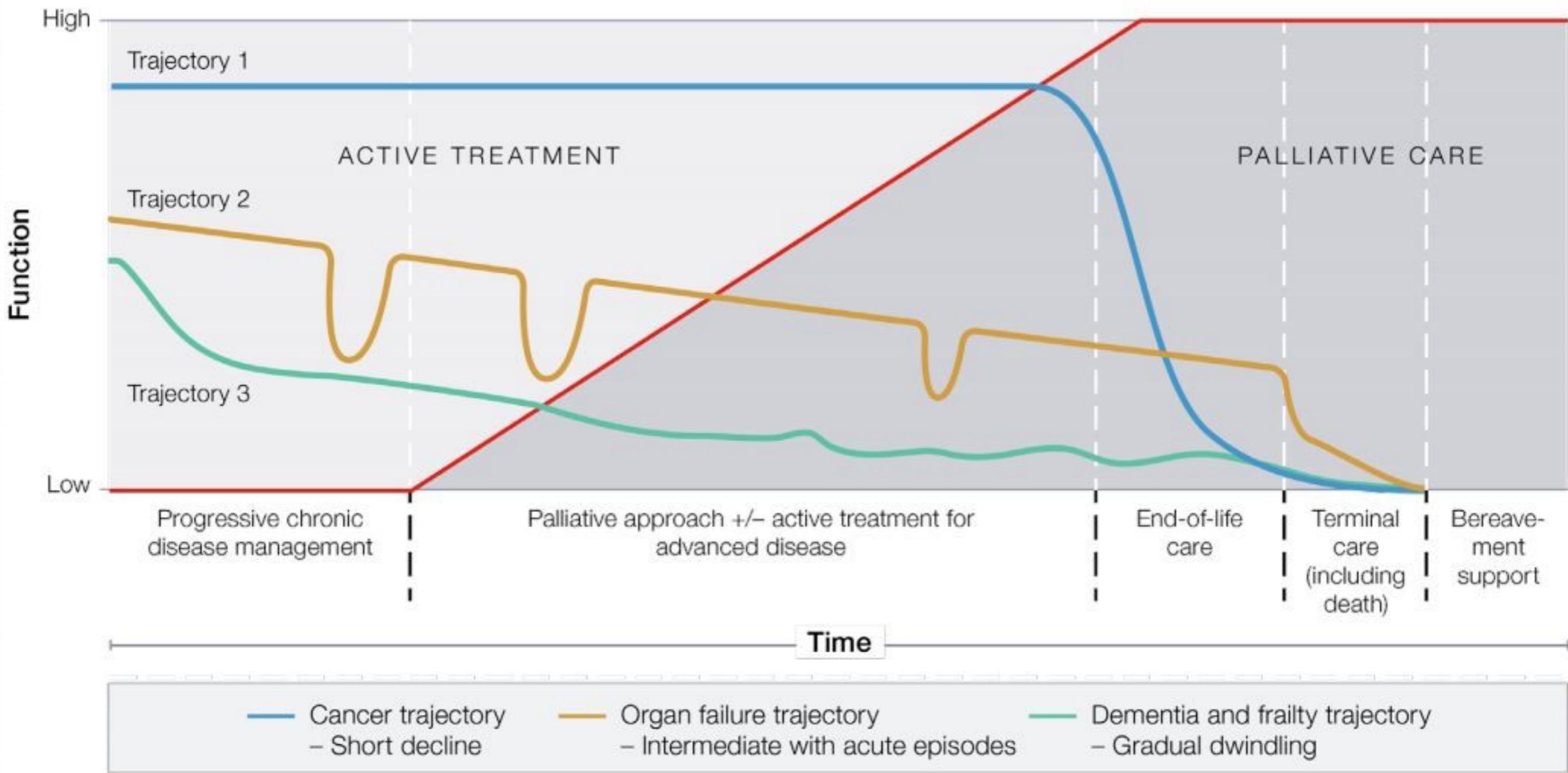
simeu

RICCIONE 13-15 MAGGIO 2022

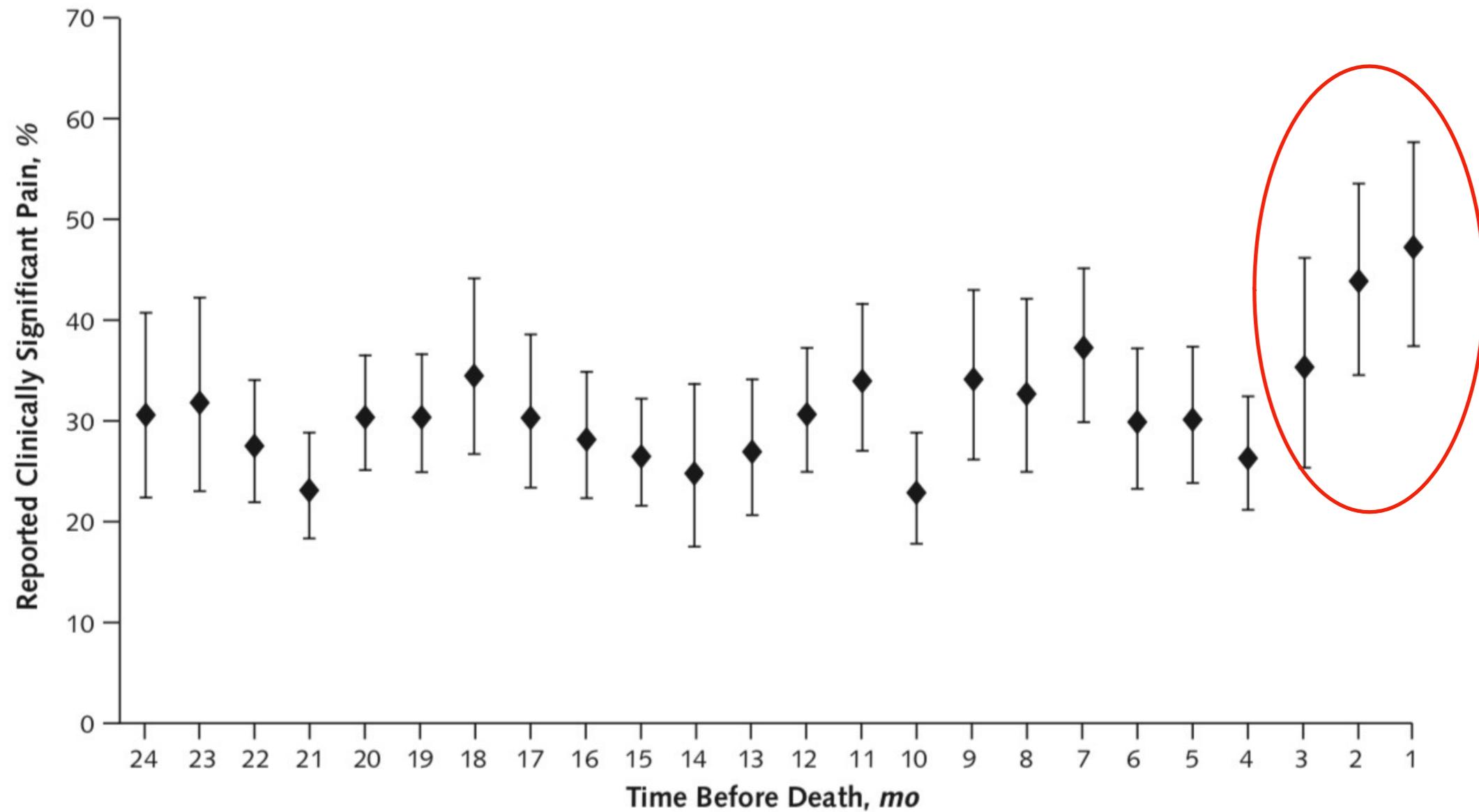
criteri clinici specifici per l'opzione di un trattamento palliativo anziché intensivo

<p>INSUFFICIENZA CARDIACA CRONICA (con terapia medica ottimale)</p>	<p>classe NYHA IV > 1 ospedalizzazione negli ultimi 6 mesi ipotensione periferica e/o ritenzione di liquidi necessità di frequente o continuo supporto farmacologico infusione scarsa risposta alla risincronizzazione cardiaca quando indicata cachessia</p>
<p>INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA</p>	<p>età > 70 anni FEV1 < 30% predetti dipendenza dall'ossigeno-terapia > 1 ammissione/anno in ospedale per BPCO riacutizzata insufficienza cardiaca congestizia e/o altre comorbidità calo ponderale/cachessia ridotta autonomia funzionale, aumento dipendenza</p>
<p>INSUFFICIENZA RENALE CRONICA</p>	<p>età > 75 anni neoplasia in stadio avanzato grave malnutrizione patologia cardiaca o polmonare terminale stato vegetativo grave deterioramento cognitivo Multiple Organ Failure in Terapia Intensiva</p>
<p>MALATTIA DI PARKINSON</p>	<p>riduzione di efficacia del trattamento/politerapia farmacologica ridotta indipendenza malattia meno controllabile e meno prevedibile con periodi di "off" discinesie problemi di motilità e cadute, disfagia segni psichiatrici</p>
<p>INSUFFICIENZA EPATICA</p>	<p>ridotta assunzione orale liquidi o solidi polmoniti da aspirazione non candidabilità a trapianto indice MELD > 25 indice SOFA > 10.5 complicanze: sepsi o sanguinamento o insufficienza renale</p>
<p>DEMENZA</p>	<p>incapace a camminare senza assistenza incontinenza urinaria e fecale e conversazione non significativa e incoerente (<6 parole /giorno) incapace a svolgere le attività giornaliere (PPS ≤ 50%) PIU' UNA O PIU' DELLE SEGUENTI perdita di peso (10% negli ultimi 6 mesi) infezioni ricorrenti del tratto urinario piaghe da decubito (stadio 3 o 4) febbre ricorrente</p>





Frequency of clinically significant pain during the last 2 years of life.



Oligoanalgesia nel fine vita



più della metà dei pazienti con cancro

47-93 % dei pazienti end-stage non oncologica

la metà dei pazienti ospedalizzati

la maggior parte dei pazienti con AIDS

Un terzo dei pazienti istituzionalizzati

TOTAL PAIN



XII congresso nazionale

simeu

RICCIONE 13-15 MAGGIO 2022

dolore nel fine vita

Nocicettivo

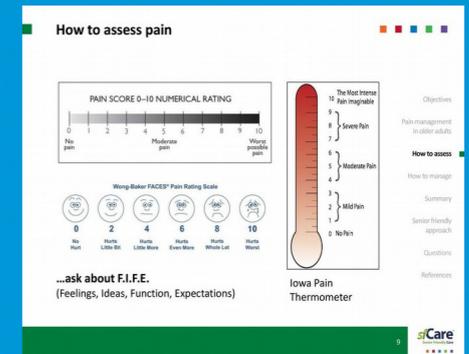
Neuropatico

Legato a procedure

Secondario a terapia

Post-chirurgico

Pain Assessment in the Patient Unable to Self-Report: Position Statement with Clinical Practice Recommendations



Persons at End of Life: Behavioral Pain Assessment Tools

Tool	References	Tested in: Sample
MOPAT: Multidimensional Objective Pain Assessment Tool	McGuire et al., 2011	Adults
PAINAD: Pain Assessment in Advanced Dementia Tool	van Iersel, Timmerman, & Mullie, 2006	Older adults

La valutazione ed il trattamento del dolore nel fine vita rispondono a principi generali che si applicano alla maggior parte delle popolazioni

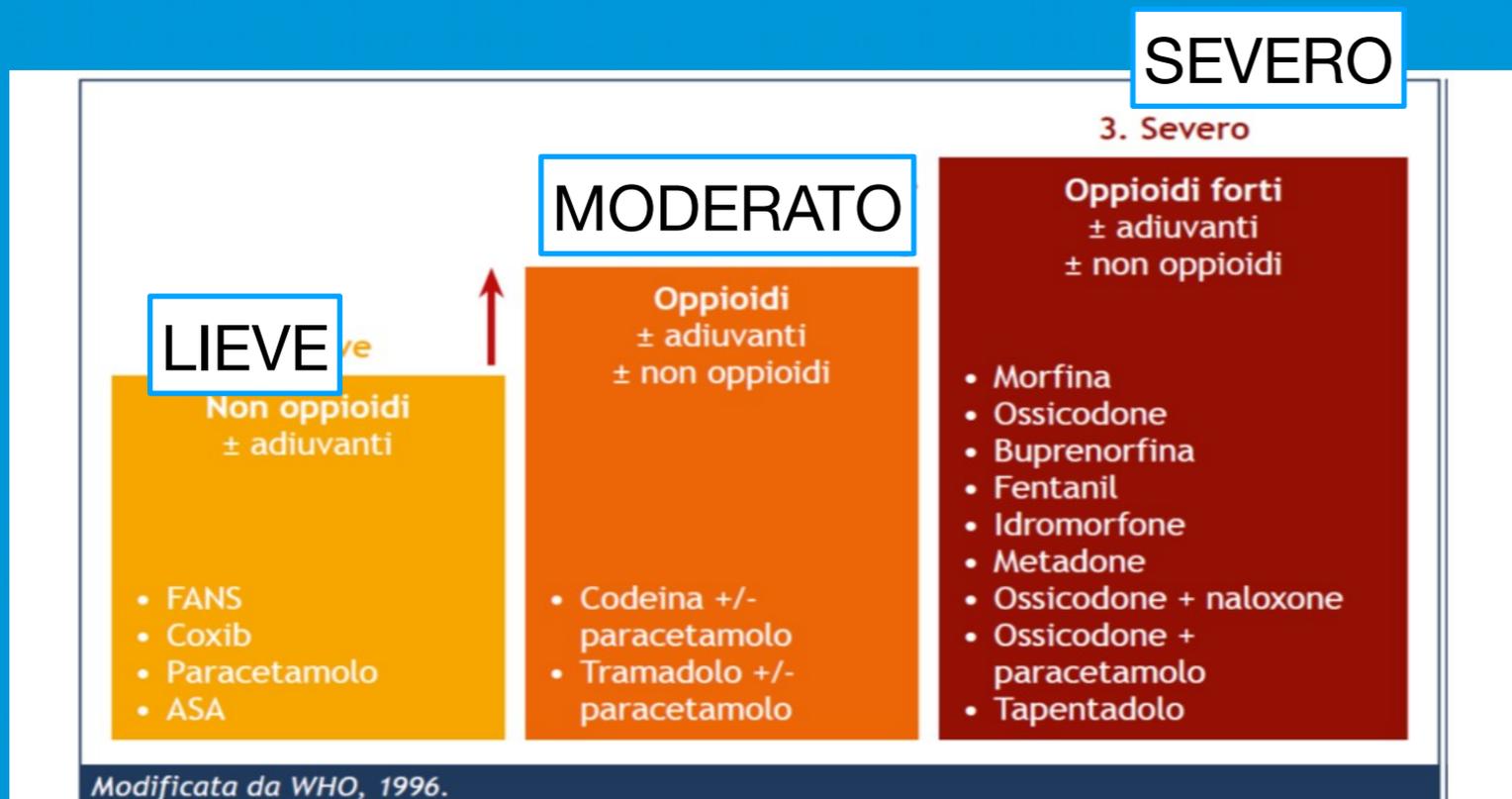
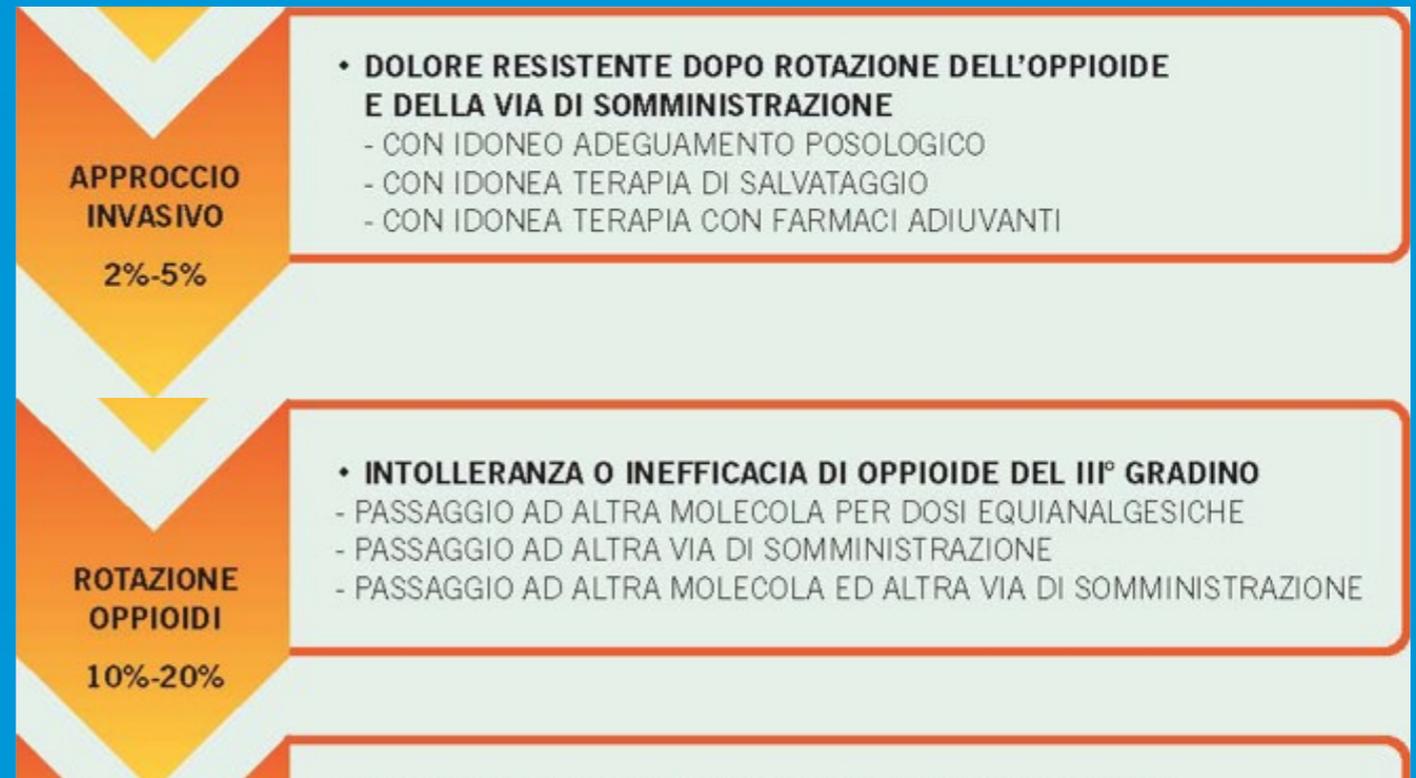


Fig.1 La scala OMS a tre gradoni per la classificazione del dolore e dei rispettivi farmaci

COMPLESSITA'



XII congresso nazionale

simeu

RICCIONE 13-15 MAGGIO 2022

Gestione del dolore nel paziente con neoplasia in fase avanzata

Incidenza	<p>70% nei pazienti con cancro avanzato.</p> <p>Dolore d'intensità medio-elevata nel 50% dei casi, molto elevata o insopportabile in 1/3 di essi</p> <p>BreakThrough cancer Pain può interessare dal 65-85% della popolazione oncologica</p>
Eziopatogenesi	<p>(a) dolore correlato direttamente al processo oncologico (invasione tissutale neoplastica o compressione di strutture algosensibili: ossa, nervi, visceri): 77%;</p> <p>(b) dolore conseguente alla terapia antitumorale: 19%;</p>
Peculiarità	<p>approccio a 3 gradini OMS</p> <p>approccio multifasico multimodale</p> <p>equianalgesia</p> <p>rotazione degli oppioidi</p> <p>oppioidi a rapido inizio d'azione (ROO)</p>



TERAPIA DI SALVATAGGIO

Rapido peggioramento del dolore in pazienti con dolore cronico in terapia con oppioidi

**BreakThrough cancer Pain
Pain Crisis**

Se il paziente è in trattamento con altro oppioide a rilascio controllato il dosaggio delle 24 h dell'oppioide in corso va convertito nell'equivalente dose di morfina.

DOSE RESCUE

1/6 X (dose giornaliera +30%)



EQUIANALGESIA

Opiate	Morphine ¹⁷	Morphine ^{13,17}	Morphine ¹⁷	Morphine ¹⁷	Morphine ¹⁷	Codeine ¹⁷	Tramadol ^{17,33}	Tramadol ³³	Tapentadol ^{16,34}	Oxycodone ^{2,13,16-18,25-26,35}	Oxycodone ^{2,13,16-18,25-26,35}	Hydromorphone ^{2,13, 16, 17,32}	Fentanyl ^{13,36}	Buprenorphine ^{27,37}	Fentanyl ^{1,2,17,28-31}	Buprenorphine ^{17,27,37}	Sufentanil ³⁹
Form	OS ATC	SC	IV	PD	SA	OS	OS	IM/IV	OS	OS	SC/IV	OS	IV	IM/IV	TTS	TTS	SL
Unit	mg	mg	mg	mg	mg	mg	mg	mg	mg	mg	mg	mg	mg	mg	µg/h	µg/h	µg
	7.5	3.75*	2.5*	0.38*	0.04*	30*	37.5*	25*	25*	3.75*	1.88*	1.5*	0.1*		3*	5	7.5*
	15	7,5*	5*	0.75*	0.08*	60*	75*	50*	50	7.5*	3.75*	3*	0.2*		6*	10	15*
	22.5	11.3*	7.5*	1.13*	0.11*	90*	113*	75*	75	11.3*	5.63*	4.5*	0.3*		9*	15	22.5*
	30	15	10	1.5	0.15	120	150	100	100	15	7.5	6	0.4	0.3	12	20	30
	60	30	20	3	0.3	240	300	200	200	30	15	12	0.8	0,6	25	35	60
	90	45	30	4.5	0.45	#	#	300**	300	45	22.5	18	#	0.9	37.5*	52.5	90
	120	60	40	6	0.6	#	#	400**	400	60	30	24	#	1.2	50	70	120
	180	90	60	9	0.9	#	#	#	600	90	45	36	#	1.8	75	#	180
	240	120	80	12	1.2	#	#	#	#	120	60	48	#	2.4	100	#	240
	300	150	100	15	1.5	#	#	#	#	150**	75	60**	#	#	#	#	300

*Arithmetically extrapolated, below therapeutic range. **Arithmetically extrapolated, within therapeutic range. #Above therapeutic range. *Abbreviations:* ATC, around the clock; IM, intramuscular; IV, intravenous; OS, oral form; PD, peridural; SA, subarachnoid; SC, subcutaneous; SL, sublingual; TTS, transdermal system.

Equianalgesia, opioid switch and opioid association in different clinical settings: a narrative review

F. DE IACO¹, G. MANNAIONI², S. SERRA³, G. FINCO⁴, S. SARTORI², E. GANDOLFO¹, P. SANSONE⁵, F. MARINANGELI⁶



XII congresso nazionale

simeu

RICCIONE 13-15 MAGGIO 2022

NON SOLO DOLORE ONCOLOGICO



XII congresso nazionale

simeu

RICCIONE 13-15 MAGGIO 2022

Gestione del dolore nell'insufficienza cardiaca end-stage

classe NYHA IV

> 1 ospedalizzazione negli ultimi 6 mesi ipotensione periferica e/o ritenzione di liquidi

necessità di frequente o continuo supporto farmacologico infusionale scarsa risposta alla risincronizzazione cardiaca quando indicata cachessia

Incidenza

38-91 % NYHA IV

Eziopatogenesi

Cardiaco
Muscoloscheletrico - immobilità- sindrome ipocinetica-neuropatia

Peculiarità

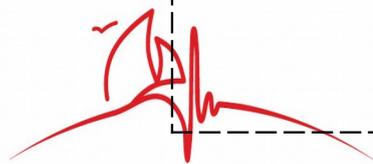
FANS controindicati (aumento ritenzione idrica, iponatriemia)

Oppiacei : start low go slow → rischio ipotensione e bradicardia

Gabapentin e pregabalin possono accentuare ritenzione idrica

Ruolo della terapia cardiologica specifica

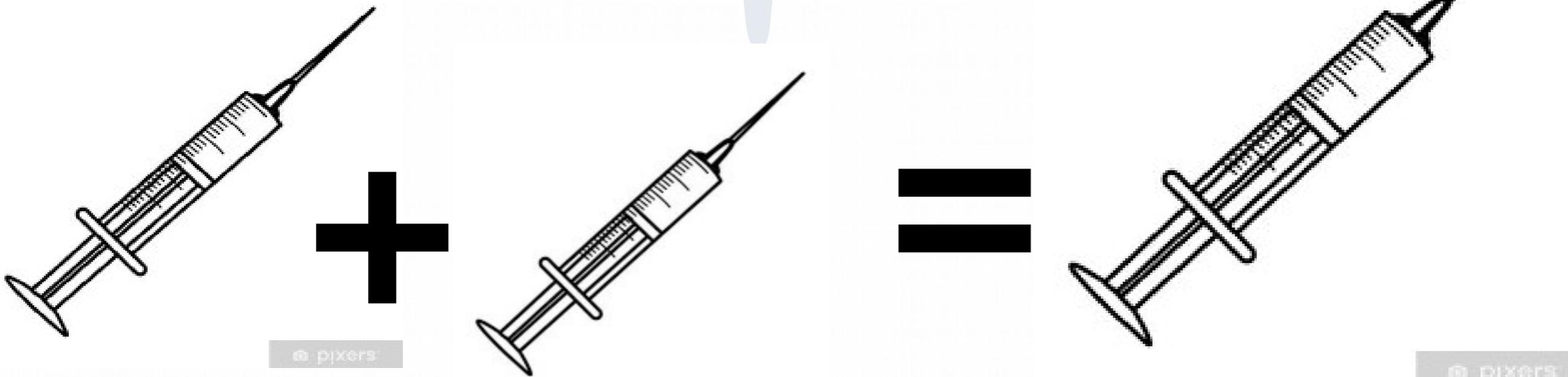
ASSENZA DI ROBUSTE EVIDENZE



Terapia multimodale

Analgesia bilanciata sec. Melzack

Sfruttando i diversi meccanismi d'azione dei farmaci, si può raggiungere l'obiettivo di massima riduzione del dolore con minimi effetti collaterali



“start low and go slow”



XII congresso nazionale
simeu
RICCIONE 13-15 MAGGIO 2022



senza dimenticare gli adiuvanti

Effetto analgesico diretto

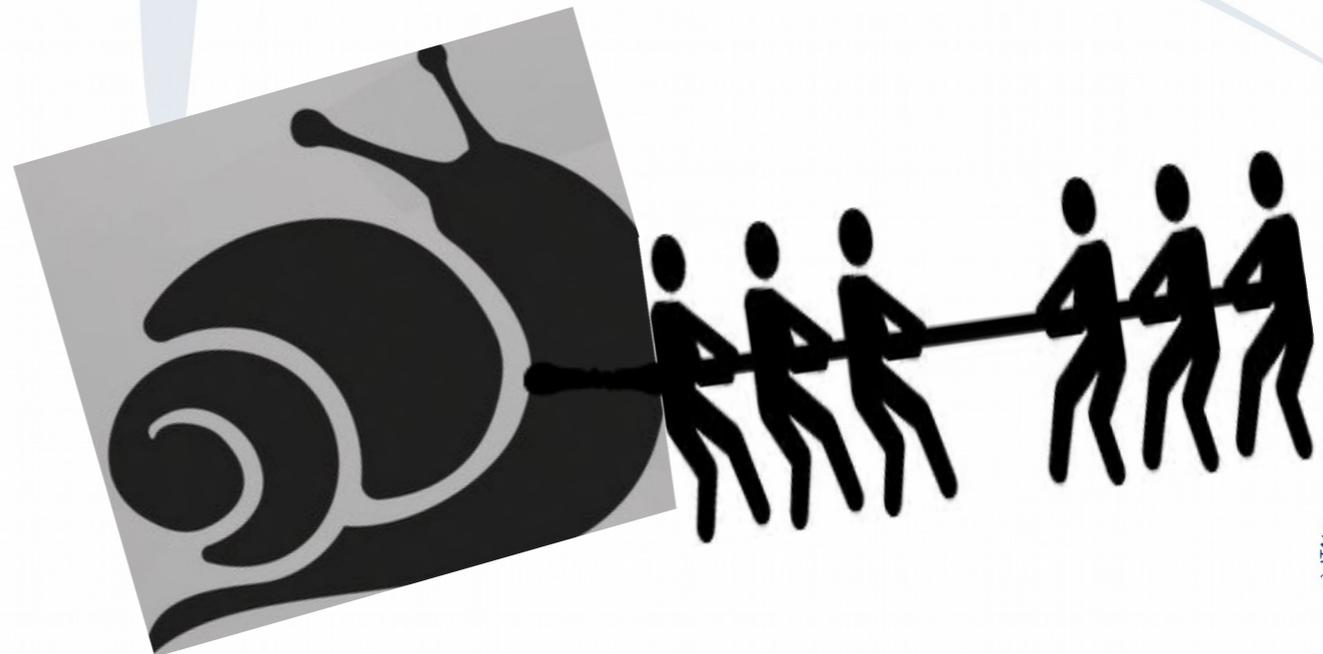
antidepressivi
anticonvulsivanti
anestetici locali
corticosteroidi
bifosfonati
neurolettici
agenti NMDA (ketamina)
antistaminici

Azione contrastante
effetti collaterali

antiemetici
lassativi
procinetici

Effetto analgesico indiretto

antiedemigeni
antispastici
antitussigeni
antisecretori
miorilassanti
ansiolitici
antidepressivi
antiacidi



Gestione del dolore nell'insufficienza respiratoria end-stage

età > 70 anni, FEV1 < 30% predetto, dipendenza dall'ossigeno-terapia, >1 ammissione/anno in ospedale per BPCO riacutizzata insufficienza cardiaca congestizia e/o altre comorbidità calo ponderale/cachessia, ridotta autonomia funzionale, aumento dipendenza

Incidenza	44-88% BPCO
Eziopatogenesi	Muscoloscheletrico (coste, rachide, fratture osteoporotiche da steroidi) Neuropatico Artropatie Sindrome ipocnetica
Peculiarità di trattamento	Segue strategie terapeutiche come da scala OMS
	Spesso ingiustificato il timore degli oppioidi



OPPIACEI NEI PAZIENTI CON MALATTIA CARDIO-RESPIRATORIA AVANZATA

Quando vengono somministrate dosi appropriate di oppiacei per via endovenosa, non si osserva depressione respiratoria

Gli studi sulle relazioni tra dose di oppiacei, modifica della dose, uso di sedativi e mortalità in pazienti con malattia respiratoria non hanno riscontrato relazioni significative.



Gestione del dolore nella patologia epatica end-stage

ridotta assunzione orale liquidi o solidi polmoniti da aspirazione non candidabilità a trapianto, indice MELD > 25, indice SOFA > 10.5
complicanze: sepsi o sanguinamento o insufficienza renale

Incidenza	30-79%
Eziopatogenesi	Multifattoriale Dolore addominale (ascite, distensione glissoniana, splenomegalia) Sensibilizzazione centrale Osteoarticolare Muscoscheletrico
Peculiarità di trattamento	Paracetamolo dose massima 2g/die FANS : evitare Oppioidi minori: codeina controindicata; tramadolo usare con cautela Oppioidi maggiore: preferire oppioidi maggiori con riduzione dose e timing di somministrazione Evitare ossicodone/naloxone (per ridotto metabolismo naloxone) Attenzione alla stipsi ed encefalopatia Gabapentin e pregabalin non sono metabolizzati a livello epatico
	Pensare al salto del II gradino scala WHO

FARMACI DEL DOLORE NEI PAZIENTI CON MALATTIA EPATICA AVANZATA

Se sono necessari oppiacei preferire dosi più basse e/o intervalli più lunghi tra le somministrazioni per ridurre al minimo i rischi.

Preferire formulazioni a rilascio immediato

Il fentanil potrebbe essere la scelta migliore

Evitare ossicodone/naloxone (per ridotto metabolismo naloxone)

Gli antidepressivi triciclici come l'amitriptilina e l'imipramina sono stati il trattamento principale del dolore neuropatico per decenni, sebbene il loro uso sia off-label, considerare anche pregabalin e gabapentin, evitare carbamazepina



Gestione del dolore nella patologia renale end-stage

età >75 anni, neoplasia in stadio avanzato, grave malnutrizione patologia cardiaca o polmonare terminale stato vegetativo; grave deterioramento cognitivo Multiple Organ Failure in Terapia Intensiva

Incidenza	60 % emodializzati 60% in terapia medica 36% dialisi peritoneali
Eziopatogenesi	Muscooscheletrico Neuropatico
Peculiarità di trattamento	Paracetamolo farmaco di scelta FANS : controindicati Oppioidi minori: tramadolo usare con cautela in associazione ad SSRI per rischio sindrome serotoninergica Oppioidi maggiore: preferire oppioidi maggiori con riduzione dose e timing di somministrazione



TERAPIA DEL DOLORE NELL'INSUFFICIENZA RENALE AVANZATA

RACCOMANDATO	USO CON CAUTELE	DA NON USARE
Fentanyl Metadone Paracetamolo Gabapentin	Tramadolo Idromorfone Nortriptilina	Morfina Codeina Meperidina



Dean M. Opioids in renal failure and dialysis patients. J Pain Symptom Manage 28: 2004

Barakzoy AS et al. Efficacy of the world health organization analgesic ladder to treat pain in end-stage renal disease. J AmSoc Nephrol 2006

Raina R et al. Management of pain in end-stage renal disease patients: Short review. Hemodial Int. 2018

Gestione del dolore nella patologia neurologica end-stage

Parkinson

Incidenza

Alta prevalenza , fino all'86% dei pazienti

Eziopatogenesi

Multifattoriale
Più dolori associati (nel 23% più di quattro dolori associati)
-muscoloscheletrico 70%
-distonico 40%
-neuropatico 20%

Peculiarità

Ossicodone-naloxone efficace nel dolore cronico severo, riduce il rischio di occlusione intestinale

Rotigotina TTS possibile efficacia nel dolore associato a fluttuazioni dopaminergiche

Ottimizzazione terapia con dopaminergici
Terapia secondo scala a tre gradini OMS/WHO



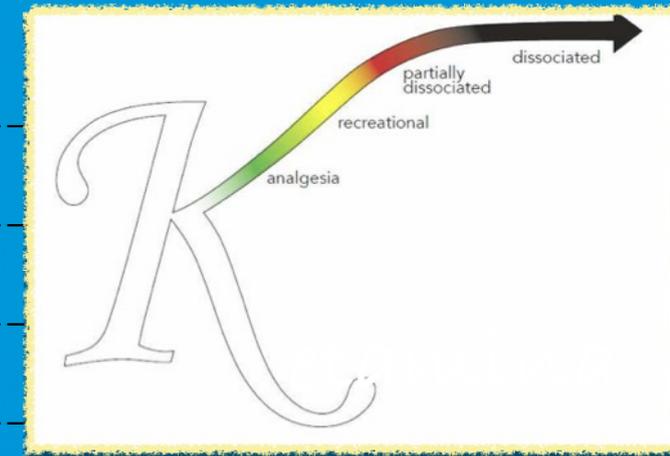
Gestione del dolore nel paziente HIV

Incidenza	25-85%
Eziopatogenesi	neuropatico raramente muscoloscheletrico
Peculiarità	Gli oppioidi non dovrebbero essere considerati opzioni terapeutiche di prima linea per il dolore cronico neuropatico Prendere in considerazione pregabalin e gabapentin Equianalgesia per la gestione del dolore acuto in pazienti in uso cronico con oppioidi Dose rescue

Effetti clinici della Ketamina

WHO, Critical review of Ketamine ECDD 2006, 4.3

Anti-iperalgnesia	0,05-0,3 mg/kg/h
Effetti psicomimetici	0,2-0,6 mg/kg/h
Analgesia	0,25-0,35 mg/kg
Broncodilatazione	0,5-1 mg/kg/h
Sedazione	1 mg/kg/h
Anestesia	1-3 mg/kg e.v. (fino a 10 mg/kg i.m.)



PRACTICE MATTERS
Section Editors: Heather M. Hylton and Wendy H. Vogel

Ketamine Protocol for Palliative Care in Cancer Patients With Refractory Pain

BRIGHTON A. LOVEDAY, MSN, ANP-BC, AOCNP®, ACHPN®, APRN, and J

JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE
Volume XX, Number XX, 2019
© Mary Ann Liebert, Inc.
DOI: 10.1089/jpm.2018.0627

Palliative Care Review
Feature Editor: Vyjeyanthi S. Periyakoil

The Efficacy of Ketamine in the Palliative Care Setting: A Comprehensive Review of the Literature

Nathaniel Goldman, BA,¹ Michael Frankenthaler, MD,² and Lidia Klepacz, MD³

XII congresso nazionale
SIMEU
RICCIONE 13-15 MAGGIO 2022

SEDAZIONE PALLIATIVA

La **sedazione palliativa** consiste nella intenzionale riduzione della coscienza del paziente fino al suo possibile annullamento, al fine di alleviare i sintomi refrattari fisici e/o psichici

La somministrazione della sedazione palliativa può effettuarsi in diverse modalità:

- **moderata/superficiale**, quando non toglie completamente la coscienza;
- **profonda**, quando arriva all'annullamento della coscienza;
- **temporanea**, se avviene per un periodo limitato;
- **intermittente**, se somministrata in alternanza, in base al modificarsi delle circostanze;
- **continua**, se protratta fino alla morte del paziente.

CONDIZIONI FONDAMENTALI

Malattia inguaribile in fase avanzata
Morte attesa imminente (ore-giorni)
Sintomi refrattari/eventi acuti terminali



SEDAZIONE PALLIATIVA \neq EUTANASIA

INTENZIONE

Dare sollievo a sofferenze insopportabili \longleftrightarrow Provocare la morte

PROCEDURA

Farmaci sedativi per il controllo dei sintomi \longleftrightarrow Uso di farmaci letali

RISULTATO

Sollievo della sofferenza \longleftrightarrow Morte immediata

EUROPEAN ASSOCIATION OF PALLIATIVE CARE Ethics Task Force, 2003

Determina AIFA per l'uso off-label in Cure Palliative

(GUN 281 -3 dicembre 2018)

FARMACO	indicazione OFF-Label	In fase di malattia avanzata con aspettativa di vita < 3 mesi o terminale con aspettativa di vita < 2 settimane
MIDAZOLAM	Sedazione palliativa di tutti i sintomi refrattari Delirium Convulsioni Sedazione procedurale	Terminale Terminale Terminale Avanzato
MORFINA	Dispnea incoercibile Dolore	Avanzato
BUTILSCOPALAMINA	Rantolo secrezioni alte vie aeree Secrècrezioni gastrointestinale nelle occlusioni	Terminale Avanzato
OCTREOTIDE	Vomito Occlusione maligna non operabile	Avanzato Avanzato
ALOPERIDOLO	Nausea, vomito, singhiozzo Delirium	Avanzato Avanzato





SINTOMI TERMINALITA'

DOLORE

DISPNEA

**AGITAZIONE
PSICOMOTORIA**

Morfina cloridrato

Midazolam

NAIVE

morfina 2,5 mg

Terapia con oppioidi

1/6 X(dose +30%)

NAIVE

Midazolam 2,5 mg

in terapia BDZ

Midazolam 5 mg

SI

sintomi controllati ?

NO

Ripetere ogni 10-15 min

Dose efficace X 6 infusa in 24 ore

Osservazione ogni 4 ore





Loggì

(ANTONIO DE CURTIS)

'à livella

POESIE NAPOLETANE

FAUSTO FIORENTINO EDITRICE

'A morte 'o ssaje ched'e"....

È una livella.



XII congresso nazionale

simeu

RICCIONE 13-15 MAGGIO 2022



le donne con cancro



le minoranze



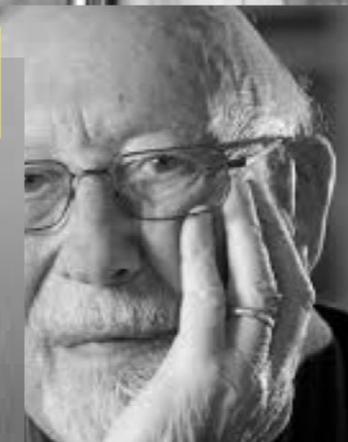
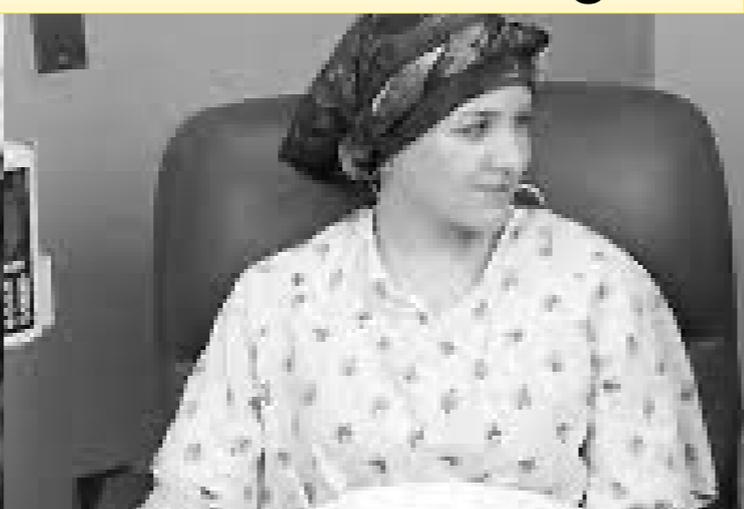
Condizioni socio-economiche disagiate



i pazienti anziani



i bambini



ricevono un trattamento del dolore inferiore rispetto ad altri pazienti.





#STOP PAIN