

Definizione di dolore

La IASP (International Association for the Study of Pain - 1986) definisce il dolore come "un'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 esperenziali e affettive, che modulano in maniera importante quanto percepito".

Infatti, il segnale doloroso, una volta generato, viene modulato (limitato o amplificato) a vari livelli (segmentario e centrale) da stimoli provenienti da strutture nervose (sensoriali, psichiche, della memoria...) e non (metaboliche, immunologiche..), prima di arrivare, alle sedi naturali che ne danno l'interpretazione clinica. Si spiega così come il dolore sia il risultato di un complesso sistema di interazioni, dove diversi fattori (ambientali, culturali, religiosi, affettivi, fisici,...) ne modulano, entità e caratteristiche.

A livello clinico, il dolore è un sintomo trasversale e frequente: spesso segnale importante per la diagnosi iniziale di malattia, fattore sensibile nell'indicare evoluzioni positive o negative durante il decorso, innegabile presenza in corso di molteplici procedure diagnostiche e/o terapeutiche e costante riflesso di paura e ansia per tutto quello che la malattia comporta. E' fra tutti il sintomo che più mina l'integrità fisica e psichica del paziente e più angoscia e preoccupa i suoi familiari, con un notevole impatto sulla qualità della vita.

La storia del dolore

Tutti noi abbiamo conosciuto e conosciamo il dolore nelle sue varie forme: esso può essere fisico, spirituale, legato ad una perdita, ad un lutto, ad una frustrazione dunque ad uno svilupparsi degli eventi secondo modalità diverse dai nostri desideri. Al dolore e alle frustrazioni si reagisce spesso negando inizialmente che l'accaduto riguardi veramente noi stessi, e giungendo all'accettazione attraverso una fase di depressione; le frustrazioni generano impulsi aggressivi, che è importante riuscire a veicolare, a non rendere distruttiva questa aggressività. Non è sempre facile.

L'uomo deve convivere con il dolore, e il rapporto tra umanità e dolore non è sempre stato uguale nel corso dei secoli, né è uguale alle diverse latitudini. Nelle popolazioni primitive lo si interpreta grazie alla magia: è causato da un demone che entra nel corpo, o da un fluido magico, da un oggetto che porta maleficio, e in, questo contesto il dolore sta a testimoniare l'esistenza di uno spirito nemico dentro la persona che soffre. E' su questa base che lo stregone o lo sciamano intervengono sul sofferente con una leggera ferita, attraverso la quale dovrebbe uscire lo spirito maligno che genera dolore. Aristotele, nel IV secolo a. C., guarda razionalmente al dolore: come Platone, e seguendo le orme di Ippocrate, vuole capire i meccanismi che portano al dolore, per trovare cure e soluzioni. Costoro vedono nel cuore la sede delle emozioni, e la sofferenza è un'emozione, come il piacere. Con Galeno il centro del dolore diventa il cervello, e nel cervello si incomincia a vedere l'organo che produce e accoglie i nostri sentimenti. Galeno ha buone conoscenze anatomiche e intende combattere il dolore con la chirurgia e con i farmaci: nutre rispetto per il malato e agisce sulla base di ragionamenti medici molto moderni. Se si fa eccezione per la medicina araba e per Avicenna, il Medioevo non porta reali progressi: il povero malato spessissimo è nelle mani di persone che, più o meno in buona fede, sperimentano, e il "perdere" il paziente durante una cura o un intervento chirurgico (peraltro eseguiti senza attenzione al dolore provocato) è un'eventualità frequente. Il Rinascimento crea un atteggiamento moderno nell'osservazione del dolore, visto come sensazione trasmessa dal sistema nervoso. Paracelso utilizza l'etere. Cartesio vede il dolore come un'exasperazione del tatto. Mesmer nel 1810 scopre l'ipnosi, Hickmann nel 1828 utilizza il protossido di azoto, Eugène Soubeiran nel 1831 scopre il cloroformio, Morton nel 1864 utilizza l'etere. E' nel 1894 che compare l'aspirina, mentre il Veronal, barbiturico che rivoluzionerà l'anestesia, compare nel 1903. La lotta al dolore non trova sempre nei medici degli alleati, perché essi hanno paura di vedere scomparire uno dei più importanti segni diagnostici.

Attualmente la ricerca, nella lotta contro il dolore, si orienta in buona parte

sullo studio delle endorfine, morfine fisiologiche di natura proteica scoperte nel 1974, presenti nel cervello, capaci di agire contro il dolore e aventi un ruolo emozionale. Le due facce del problema, il dolore e l'emozione, sono legate a costituire sola realtà: la sofferenza umana.

Kommentar [1]: HTML:
</NOSCRIPT>

Epidemiologia

Di fondamentale importanza per la valutazione epidemiologica del dolore è stato lo studio Pain in Europa , condotto in 16 paesi europei e Israele .

Da esso si ricava che il dolore affligge circa 1/5 della popolazione adulta in Europa (75 milioni di persone, pari al 19%).

La maggior prevalenza si ha in Norvegia, Polonia e Italia.

La più bassa è in Spagna (12%)

Un terzo di tutte le famiglie Europee lamenta almeno un caso di dolore.

La situazione italiana , in particolare, per quanto riguarda l'Italia, si ricava che: un italiano su quattro (26%) soffre di dolore cronico; il 58% delle persone sofferenti sono donne; la prevalenza regionale è la seguente:

Nord Ovest

27.7%

Nord Est

20.9%

Nord/Centro

32.2%

Sud/Centro

24.1%

Sud

21.7%

Per quanto riguarda la durata del dolore, risulta che in media, i sofferenti vivono con il dolore cronico per 7,7 anni; quasi un quinto vive con il dolore per oltre 20 anni.

In Italia, la malattia dolore comporta una spesa, tra costi diretti e indiretti, di 3,2 miliardi di euro, secondo i dati Istat resi disponibili a marzo 2017. Il costo del dolore in Europa rappresenta il 2,3 per cento del PIL. Negli Stati Uniti, invece, tali costi eguagliano la somma di quelli di terapia anticancro, vascolare e antivirale, arrivando a 600 milioni di dollari.

Fisiopatologia del dolore

Il dolore si compone di una parte percettiva “la nocicezione” e di una parte emozionale, di esperienza del dolore che lo ricollega ad una sensazione spiacevole. L'esperienza del dolore non può prescindere dalla dimensione

affettiva e cognitiva, dalle esperienze passate, dalla struttura psichica e da fattori socio-culturali.

La sensazione dolorosa è mediata da un sistema ad alta soglia che si estende dalla periferia con i nocicettori, fino alla corteccia cerebrale, passando attraverso il corno posteriore del midollo spinale.

Gli input dolorosi partono da recettori periferici, i nocicettori, che rispondono a stimoli meccanici, termici e chimici di alta intensità, traducendoli in potenziali d'azione che progrediscono a loro volta, dalla sede di stimolazione, verso il midollo spinale attraverso due sistemi con differenti modalità di conduzione:

- Una via molto rapida, attraverso le **fibre A delta**, parzialmente mielinizzate, a velocità di conduzione medio alta (12-30 m/sec), che conducono il dolore acuto (nocicettori meccanici e meccano-termici) ben localizzato.

- Una via di conduzione molto più lenta, attraverso **fibre C** a velocità di 0,5-3 m/sec, prive di guaina mielinica, responsabili della trasmissione dell'informazione relativa ad un tipo di dolore più lento, "sordo", diffuso, mal definito e meno localizzato.

Il tessuto danneggiato può sensibilizzare i nocicettori causando il rilascio di mediatori del dolore come prostaglandine, potassio, istamina, leucotrieni, bradichinina e sostanza P (SP).

Fondamentalmente sono due le vie che conducono l'impulso doloroso dal midollo spinale alla corteccia cerebrale:

- La **VIA NEOSPINOTALAMICA**: va direttamente e con poche sinapsi al talamo controlaterale e da qui alla corteccia. E' la via del dolore acuto, con poche implicazioni di memoria e scarsamente dotata di connotazioni esperienziali. Essa è responsabile di informazioni nocicettive specifiche con ben precise connotazioni spaziali anatomiche.

- La **VIA PALEOSPINOTALAMICA**: giunge anch'essa alla corteccia, ma attraverso numerose sinapsi intermedie nella sostanza reticolare. L'impulso condotto attraverso questa via subisce quindi numerose modulazioni. Essa proietta l'informazione alle strutture limbiche e ad altre aree corticali responsabili delle percezioni dolorose più diffuse e mal definite.

In sintesi, le vie del dolore sono costituite da:

- Un sistema afferente: che conduce gli impulsi nocicettivi dalla periferia ai centri superiori.

- Un sistema di riconoscimento: che decodifica e interpreta l'informazione valutandone la pericolosità e predisponendo a strategia della risposta motoria, neurovegetativa, endocrina e psico-emotiva.

- Un sistema di modulazione e controllo: che provvede ad inviare impulsi inibitori al midollo spinale al fine di ridurre la potenza degli impulsi nocicettivi afferenti.

Classificazione del dolore

Da un punto di vista clinico, si possono distinguere, tre tipologie diverse di dolore, con caratteristiche eziopatogenetiche, cliniche, di durata, e responsività terapeutica, specifiche. Si parla infatti di:

- Dolore acuto
- Dolore cronico
- Dolore procedurale.

Il **dolore acuto** ha la funzione di avvisare l'individuo della lesione tissutale in corso ed è normalmente localizzato, dura per alcuni giorni, tende a diminuire con la guarigione. La sua causa è generalmente chiara: dolore legato all'intervento chirurgico, al trauma, alla patologia infettiva intercorrente. Attualmente le opzioni terapeutiche a disposizione per il controllo del dolore acuto, sono molteplici ed efficaci nella stragrande maggioranza dei casi. Il **dolore cronico** è duraturo, spesso determinato dal persistere dello stimolo dannoso e/o da fenomeni di automantenimento, che mantengono la stimolazione nocicettiva anche quanto la causa iniziale si è limitata. Si accompagna ad una importante componente emozionale e psicorelazionale e limita la performance fisica e sociale del paziente. E' rappresentato soprattutto dal dolore che accompagna malattie ad andamento cronico (reumatiche, ossee, oncologiche, metaboliche..). E' un dolore difficile da curare: richiede un approccio globale e frequentemente interventi terapeutici multidisciplinari, gestiti con elevato livello di competenza e specializzazione. Il **dolore da procedura**, che accompagna molteplici indagini diagnostiche/terapeutiche, rappresenta in ogni setting, e situazione ed età, un evento particolarmente temuto e stressante. Il dolore si associa ad ansia e paura e non infrequentemente la sua presenza condiziona in maniera importante la qualità percepita di cura, nonché la qualità di vita. Attualmente sono a disposizione numerose possibilità d'intervento (farmacologiche e non) e modelli organizzativi efficaci ed efficienti.

Da un punto di vista eziopatogenetico, il dolore può essere classificato in: nocicettivo (attivazione diretta dei recettori della nocicezione), neuropatico (da interessamento del sistema nervoso centrale e/o periferico), psichico (attivato da stazioni psico-relazionali) e misto (con la presenza di tutte le componenti precedenti). **Il dolore nocicettivo** deriva dalla attivazione dei nocicettori a livello delle strutture somatiche o viscerali . Nel primo caso sarà: acuto, continuo, pulsante , gravativo, oppressivo, ben localizzato, accentuato durante i movimenti. Nel secondo caso, sarà: mal localizzato, crampiforme, urente, profondo, riferito, associato spesso a nausea e sudorazione, non evocato dal movimento.

Il dolore neuropatico è prodotto da lesioni o da disfunzioni neuronali. Può essere di origine periferica, centrale o mista ed ha i seguenti sintomi: dolore spontaneo, bruciante, intermittente, lancinante, a fitta, parossistico, come una scossa elettrica, con disestesie o parestesie. Essi sono accompagnati dai seguenti segni clinici: positivi quali iperalgesia e allodinia o negativi come deficit sensoriali .

Terapia

Il controllo e/o l'eliminazione del dolore è uno dei problemi per i quali vengono più spesso consultati i medici di famiglia (o medici di medicina generale), che occupano una posizione chiave nella fase diagnostica in quanto prendono in esame e guidano la gestione precoce del dolore, esplicando un ruolo cardine nella selezione dei pazienti (triaging) per specifici approcci terapeutici. A causa di una carenza diagnostica, spesso ci si ferma al trattamento del sintomo, che andrebbe invece inserito in un quadro di eziopatogenesi per attuare una corretta, quando possibile, terapia della patologia causale.

La terapia farmacologica è selezionata in base al tipo di dolore: la sua identificazione come nocicettivo o neuropatico è quindi il prerequisito per adottare l'approccio corretto.

Una diagnosi di dolore neuropatico deve essere seguita da una strategia terapeutica mirata che includa trattamenti curativi specifici (se possibile) e farmacoterapia sintomatica. Trattamenti standard come FANS e paracetamolo non hanno un'efficacia provata nel dolore neuropatico, mentre altre classi di farmaci, come anticonvulsivanti e antidepressivi, hanno maggiori possibilità di essere efficaci nel dolore neuropatico più che nel dolore nocicettivo. Spesso non è possibile curare completamente la malattia sottostante o la lesione o intervenire sulle modificazioni neurologiche risultanti. I medici di medicina generale giocano pertanto un ruolo cruciale anche nell'aiutare i pazienti con dolore cronico a raggiungere una qualità di vita ottimale attraverso la minimizzazione del disagio e la massimizzazione della capacità funzionale. Nei casi più difficili possono essere necessari approcci multidisciplinari e terapie di riabilitazione dal dolore o ci si può orientare verso una richiesta di consulenza specialistica

Trattamento del dolore lieve

Paracetamolo e/o FANS sono efficaci nel trattamento del dolore lieve. I FANS (farmaci anti-infiammatori non steroidei) agiscono prevalentemente attraverso la diminuzione della concentrazione delle prostaglandine. Sono quindi particolarmente efficaci dove quest'ultime hanno un ruolo preponderante nella genesi del dolore, come in stati infiammatori, dolori ossei, ecc. Il paracetamolo non ha praticamente nessun effetto antinfiammatorio. Non ci sono prove a sostegno di una maggiore efficacia di un FANS rispetto a un altro; una recente revisione sistematica della letteratura mostra che l'aggiunta di un FANS ad un oppioide può migliorare l'analgesia e ridurre il fabbisogno del farmaco del terzo scalino. È importante monitorare periodicamente la terapia con FANS dato il rischio di effetti collaterali quali sanguinamento gastrointestinale, disfunzione piastrinica e insufficienza renale. I COX-2 inibitori selettivi possono aumentare il rischio trombotico cardiovascolare e non offrono protezione da insufficienza renale.

Trattamento del dolore moderato

Per il dolore da lieve a moderato, oppioidi deboli come la codeina, trasformata nel fegato in morfina (circa il 10% della popolazione non dispone dell'enzima necessario) e il tramadolo possono essere somministrati in combinazione con analgesici non oppioidi.

L'uso di farmaci del secondo gradino della scala OMS rimane controverso; da studi clinici controllati non è emersa nessuna significativa differenza in termini di efficacia tra gli analgesici non oppioidi e gli oppioidi deboli. L'efficacia di farmaci del secondo scalino sembrerebbe avere un limite temporale di 30-40 giorni e spesso il passaggio al terzo scalino si verifica più per una analgesia insufficiente che per effetti collaterali.

Un ulteriore limite nell'uso di oppioidi deboli è rappresentato inoltre dall'effetto tetto. In alternativa agli oppioidi deboli, possono essere considerate basse dosi di oppioidi forti.

La morfina è considerata il gold standard tra gli oppioidi forti. Fornisce efficace sollievo dal dolore, è ampiamente tollerata, semplice da somministrare e poco costosa. Non vi sono prove che dimostrano una superiorità degli altri oppioidi rispetto alla morfina in termini di efficacia e tollerabilità.

L'**idromorfone** (Palladon®) o l'**ossicodone** (Oxycontin®, Targin®) sono analoghi della morfina con proprietà farmacocinetiche simili e possono essere considerate come alternative alla morfina nel trattamento del dolore moderato-severo. Non ci sono evidenze che dimostrano la superiorità o l'inferiorità rispetto alla morfina, come prima scelta, sia in termini di efficacia che di effetti collaterali. La scelta va individualizzata sulle caratteristiche del singolo caso. Anche se si raccomanda la via di somministrazione orale, nei pazienti che si presentano con un dolore severo che necessita di un controllo urgente è indicato il trattamento e la titolazione con oppioidi parenterali, per via sottocutanea o endovenosa. Il rapporto tra la via orale e quella endovenosa è tra 3:1; lo stesso rapporto vale tra la via orale e la via sottocutanea.

Il **metadone** orale è considerato una valida alternativa alla morfina orale. E' caratterizzato da una larga variabilità farmacocinetica interindividuale con una lenta eliminazione, con alto rischio di accumulo, soprattutto se le dosi sono elevate e gli intervalli di somministrazione troppo corti. Per tali motivi il suo utilizzo deve avvenire sotto un attento controllo e deve essere gestito da specialisti.

Il **fantanyl** transdermico (Durogesic®) non è indicato come prima scelta in un paziente oppioide-naive, né durante la fase di titolazione, né per il controllo del dolore episodico intenso. Il suo utilizzo deve essere riservato a pazienti che non riescono a deglutire o a pazienti con una ridotta compliance o scarsa tolleranza alla morfina, ma che presentano un "dolore stabile" e controllato con la terapia in corso. Inoltre non dovrebbe essere la scelta per i pazienti cachettici nei quali il ridotto assorbimento del farmaco può causare una inadeguata analgesia ma anche il rischio di effetti collaterali importanti conseguenti alle alte dosi a cui si rischia di arrivare per cercare di ottenere un buon controllo del dolore.

La **buprenorfina** transdermica (Transtec®) non è indicata durante la fase di titolazione e dovrebbe essere riservata a pazienti che assumono dosi stabili di oppioidi. Le linee guida oncologiche del NCCN non raccomandano l'utilizzo della buprenorfina negli adulti con dolore da cancro in quanto è un agonista parziale. Potrebbe avere un ruolo nella terapia analgesica di pazienti affetti da dolore cronico non oncologico, in pazienti con insufficienza renale e/o sottoposti a trattamento di emodialisi.

Tutti gli oppioidi forti possono essere combinati con l'uso continuo di un

analgesici non oppioidi.

La petidina è sconsigliata per il trattamento del dolore cronico per due motivi:

- a causa della sua rapida tachifilassia, cioè a parità di dosaggio l'efficacia terapeutica diminuisce rapidamente e ci si ritrova ad aumentare altrettanto rapidamente il dosaggio somministrato per ottenere lo stesso effetto.
- a causa della lenta eliminazione dei suoi metaboliti che accumulandosi sono responsabili della tossicità centrale di questo farmaco.

Utilizzo di oppioidi in caso di insufficienza renale

In presenza di insufficienza renale, tutti gli oppioidi devono essere usati con cautela, a dosi e frequenze ridotte. La presenza di insufficienza renale lieve-moderata (GFR stimata tra 30-89 ml/min) non deve essere un motivo per ritardare l'uso di un oppioide quando necessario. E' importante:

- Monitorare la funzionalità renale e considerare un cambiamento di oppioide in caso di rapido deterioramento della funzione renale.
- Valutare eventuali fattori reversibili che possono influire sulla funzionalità renale.
- Essere consapevoli del fatto che le stime della GFR potrebbero essere meno precise in presenza di cachessia, ipoproteinemia, edema e insufficienza renale acuta.

Fentanyl e buprenorfina per via transdermica o per via endovenosa dovrebbero essere la prima scelta nei pazienti con stadi della malattia renale cronica con 4 o 5 (GFR stimata < 30 ml / min). Strategie alternative come per esempio il ricorso a morfina (maggiori studi) o a idromorfone a dosi o a frequenza di somministrazione ridotta, potrebbero essere adeguate solo per un breve periodo o nei pazienti in fase terminale. In questi pazienti il rischio di accumulo dell'oppioide utilizzato può portare ad importanti effetti collaterali per cui la gestione della terapia dovrebbe essere concordata con uno specialista.

Utilizzo di oppioidi in caso di insufficienza epatica

Nel caso di insufficienza epatica moderata-severa devono essere evitati i seguenti oppioidi:

- codeina
- tramadolo
- metadone
- ossicodone
- buprenorfina e fentanyl

La somministrazione transdermica dovrebbe essere evitata perché l'assorbimento potrebbe essere variabile e imprevedibile. La morfina e l'idromorfone possono essere utilizzati ma con cautela e adattamento delle dosi, aumentando l'intervallo tra le somministrazioni e monitorando gli effetti

collaterali, in quanto in caso di insufficienza epatica severa la biodisponibilità orale può aumentare in modo significativo. Anche per questa tipologia di pazienti il rischio di insorgenza di effetti collaterali non va sottovalutato. L'impostazione di una corretta terapia va concordata con uno specialista.

Come iniziare una terapia a base di oppioidi

Quando si deve iniziare con una terapia a base di oppiacei si è soliti utilizzare la morfina orale a rilascio immediato somministrata ogni 4 ore, anche se questa pratica non è supportata da studi clinici controllati, ma si basa sulle caratteristiche farmacocinetiche del farmaco (t max < 1 h, t ½ 2-3 ore e durata effetto circa 4 ore).

Da alcuni studi è emerso che l'utilizzo della formulazione a lento rilascio per il trattamento del dolore, in pazienti seguiti a domicilio, ha avuto un buon effetto sul controllo del sintomo, motivo per cui non è sbagliato ricorrere già dall'inizio a questa formulazione in casi selezionati. Morfina, ossicodone, idromorfone orali a immediato e a lento rilascio possono essere utilizzati per la titolazione della dose. Si consiglia di cominciare con la soluzione acquosa di morfina al 2% . La dose di riserva deve essere almeno del 10-15% della dose di base giornaliera. Si raccomanda di usare lo stesso oppioide e la stessa via di somministrazione della terapia di base.

Effetti collaterali degli oppioidi

Gli effetti collaterali che si possono osservare nei pazienti in trattamento con morfina o altri oppioidi sono:

- *gastrointestinali: nausea, vomito, stipsi.*
- *sistema nervoso autonomo: xerostomia, ritenzione urinaria, ipotensione posturale.*
- *sistema nervoso centrale: sonnolenza, compromissione cognitiva, allucinazioni, delirium, mioclono, iperalgesia, depressione respiratoria.*
- *cutanei: prurito, sudorazioni.*

I più comuni sono *la sonnolenza, la stipsi, la nausea e il vomito.*

I meccanismi alla base dell'insorgenza degli effetti collaterali, sono conosciuti solo in parte, e sembrano dipendere da alcuni fattori quali l'età del paziente, l'estensione della malattia, le disfunzioni d'organo, le terapie concomitanti, una precedente esposizione agli oppioidi e la via di somministrazione

Farmaci adiuvanti

Corticosteroidi:

Indicazioni:

- Compressione midollare
- Cefalea dovuta ad ipertensione endocranica
- Sindrome della vena cava superiore
- Dolore osseo

- Dolore neuropatico da compressione o infiltrazione di nervi periferici o plessi
- Dolore da infiltrazione di visceri cavi o distensione delle capsule

I corticosteroidi hanno un moderato effetto analgesico nei pazienti oncologici. Data però la scarsità di studi rilevati, le evidenze sono di basso grado. Le clinical guidelines che raccomandano l'utilizzo degli steroidi nel dolore da cancro sono basate sull'opinione di esperti piuttosto che su evidenze. Una dose moderata di desametasone (8 mg/die) sembra essere ben tollerata per circa 7 giorni, ma dosi più elevate per diverse settimane possono portare all'insorgenza di effetti collaterali significativi e aumentare la mortalità. Questo perché la tossicità aumenta con la dose e con la durata della terapia. In dati indicano che l'effetto antalgico sul dolore si verifica entro 5-7 giorni. Se non si osserva nessun beneficio, la terapia va interrotta.

Al di là delle indicazioni sopra elencate, la decisione di introdurre una terapia steroidea va individualizzata per ogni paziente e deve tenere conto del suo stato clinico, delle comorbidità e delle terapie concomitanti, valutando i possibili benefici e rischi a cui la terapia steroide potrebbe portare. Lo steroide più utilizzato è il desametasone (Fortecortin®)

Anticonvulsivanti e antidepressivi:

Il ricorso a questi farmaci (gabapentin, pregabalin o amitriptilina) può essere

considerato nei pazienti che presentano un dolore da cancro con componente neuropatica, anche se le evidenze in questo senso sono scarse (vedi *Dolore Neuropatico*).

Miorilassanti

Vengono usati specialmente in dolori dovuti a ipertonìa muscolare, nei quali la morfina non ha nessun effetto. Vengono usate benzodiazepine, in particolar modo **diazepam** (Valium®) oppure miorilassanti del tipo **baclofene** (Lioresal®) o **tizanidine** (Sirdalud®).

Bifosfonati

I bifosfonati agiscono come inibitori del riassorbimento osseo e incrementano la densità minerale ossea; devono essere considerati come parte del regime terapeutico per il trattamento di pazienti con/senza dolore dovuto a metastasi ossee e osteoporosi. In ambito oncologico il più usato è l'acido zoledronico (Zometa®), seguono l'ibandronato e il pamidronato. L'acido zoledronico non solo riduce il rischio di fratture patologiche, ma riduce significativamente anche il dolore osseo da metastasi. Prima di intraprendere un trattamento con bifosfonati deve essere effettuata una valutazione dello stato dentale del paziente. Le principali controindicazioni sono le infezioni parodontali per il rischio di osteonecrosi, l'insufficienza renale e l'ipocalcemia.

Dopo la prima somministrazione iv, può verificarsi la comparsa di dolore o la acutizzazione di un dolore già presente; è quindi necessario informare il

paziente e prescrivere le riserve del caso. Di recente utilizzo è il denosumab, anticorpo monoclonale inibitore specifico di RANK-L, che potrebbe essere considerato una valida alternativa ai bifosfonati per il trattamento di pazienti con metastasi ossee con/senza dolore. Questo tipo di approccio terapeutico merita comunque ulteriori studi. Anche per questo trattamento sono necessarie misure di prevenzione dentale.

Interventi non farmacologici

Il dolore è un sintomo multidimensionale e complesso, la cui presa a carico non si deve limitare alla sola terapia farmacologica, ma implica un trattamento più ampio e diversificato da paziente a paziente. Un approccio interdisciplinare è fondamentale in quanto la presa a carico del paziente va fatta considerando tutte le dimensioni dell'essere umano.

In un team interdisciplinare le decisioni vanno prese a livello collettivo. Il lavoro interdisciplinare richiede sia una certa flessibilità che la capacità di apertura al confronto con gli altri.

E' importante:

- Mostrare disponibilità alla collaborazione e alla comunicazione
- Rispettare le competenze del professionista con il quale collaboriamo
- Impegnarsi nella comprensione del punto di vista del collega
- Scambiare le informazioni in modo continuo e regolare
- Definire gli obiettivi comuni per il paziente
- Prendere decisioni comuni condivise

Sono diverse le figure professionali che possono contribuire in modo sostanziale ad una presa a carico globale del paziente. Per ogni paziente verranno effettuate delle scelte personalizzate secondo i bisogni riscontrati. Citiamo alcune figure professionali con le quali è importante collaborare per assicurare il benessere psico-fisico al paziente che abbiamo in cura:

Assistente sociale

Gli assistenti sociali esercitano una professione basata sulle relazioni umane. La diversità del loro campo d'azione e dei compiti che vengono loro affidati sono il naturale riflesso dei molteplici bisogni della singola persona e della società moderna in continuo mutamento. Sono di sostegno nella valutazione dei bisogni del paziente e della sua famiglia sia in struttura che a domicilio, nell'organizzazione di mezzi ausiliari, trasporti, ecc. Aiutano l'utente nella gestione degli aspetti lavorativi, assicurativi e finanziari.

Psichiatra-psicologo/a

Queste figure offrono il loro sostegno non solo al paziente, ma anche ai familiari e all'équipe, tramite colloqui individuali, consulenze specifiche farmacologiche (psichiatra) o supervisione al team curante. Il loro supporto può essere d'aiuto al paziente e alla famiglia per gestire momenti difficili, riallacciare rapporti familiari, affrontare ed elaborare emozioni e/o delusioni che nascono durante il percorso di vita nella malattia. Al paziente deve

essere offerta questa possibilità di presa a carico specialistica, ma va anche rispettato il suo desiderio di rinuncia.

Assistente spirituale

L'assistente spirituale può anche essere un ministro di culto, però dotato di una preparazione psicologica, teologica e filosofica che gli consenta d'istaurare un dialogo anche con persone non credenti o d'altra confessione. Può essere di aiuto al paziente e alla sua famiglia per rispondere a domande essenziali sul senso della vita e della morte, sulla malattia, a discutere di paura della morte, del senso di perdita della speranza o del controllo su ciò che accade, sul senso di colpa, sul sentimento di solitudine ed abbandono.

Dietista

Spesso siamo confrontati con l'inappetenza dei nostri pazienti, spesso di origine multifattoriale, legata sia alla malattia di base che alle terapie. La/il dietista può aiutarci a trovare delle soluzioni personalizzate considerando le abitudini e le preferenze del singolo paziente e adattando il suo intervento alla fase di malattia, ponendosi sempre come obiettivo il miglioramento della qualità di vita del paziente.

Fisioterapista ed ergoterapista

Entrambe le figure sono importanti per una presa a carico non farmacologica

del dolore. L'obiettivo deve essere adattato alla fase di malattia e deve essere rivolto al benessere e al comfort del paziente. In un paziente sofferente sono importanti non solo la mobilitazione attiva, i consigli sulle tecniche di mobilitazione o l'insegnamento all'utilizzo di particolari ausili, ma può essere altrettanto importante il contatto, la mobilitazione passiva, il massaggio.

Volontari

I volontari accompagnano e sostengono i malati e le loro famiglie con interventi che completano, ma non sostituiscono, quelli degli operatori socio-sanitari. Sostengono ed aiutano la famiglia nell'assistenza al malato, riducendone i momenti di solitudine e prestando ascolto attivo ai bisogni, sia in ambito ospedaliero che domiciliare.

Tutte queste figure, oltre ad altri professionisti che si dedicano a terapie complementari che spaziano dalla musicoterapia all'arte terapia, possono avere un ruolo nella presa a carico dei nostri pazienti e soprattutto possono aiutarli a valorizzare le proprie risorse personali. Aiutano il malato, sia materialmente che moralmente, facendolo sentire meno solo, rispettando le sue decisioni e condividendo ciò il paziente vorrà esternare.

Risorse personali

Non dimentichiamo le risorse personali del paziente! Ogni persona dispone di risorse personali che gli possono essere utili per affrontare le difficoltà; quello che però accade a questi pazienti, sopraffatti dalla malattia, è la perdita di fiducia in sé stessi con conseguente incapacità di ritrovare quelle risorse interiori preziose, sopraffatte da emozioni spesso negative. Se sostenuti ed

accompagnati, i pazienti saranno in grado di riscoprire le proprie abilità, le proprie conoscenze, le proprie qualità che li potranno aiutare ad affrontare con maggior serenità le sfide e le difficoltà della malattia.

Tramite un ascolto attivo e continuo con l'attenzione rivolta ai bisogni espressi dal singolo paziente, nel rispetto dei suoi desideri e senza giudizio, ognuno di noi può offrire sostegno.

Quindi , nell'approccio al paziente con dolore cronico sono fondamentali:

- La valutazione globale bio-psico-socio-spirituale della persona malata.
- L'impostazione di piano di cura che prenda in considerazione ognuna di queste sfere.
- Obiettivi realistici e breve termine secondo i desideri e i bisogni del paziente.
- La rivalutazione costante dell'efficacia della terapia e dei suoi effetti collaterali.
- La presa a carico interdisciplinare.
- La comunicazione e l'informazione costante e regolare con paziente e

famiglia

Studio: Materiali e Metodi

Lo studio , effettuato durante il tirocinio presso i medici di famiglia, ha compreso tutti i pazienti , aventi come sintomo il dolore e che pertanto si sono recati in ambulatorio.

L' obiettivo principale è stato l' esecuzione di una indagine sul dolore dal punto di vista epidemiologico.

Sono stati esclusi, dal suddetto studio, i pazienti con dolore da infezioni acute, di natura urinaria, respiratoria, intestinale e ,non per ultimi i pazienti , non in grado di riferire i dati soggettivi, ad esempio quelli affetti da demenza.

Tramite una anamnesi attenta ed accurata, sono stati raccolti e registrati i dati del paziente, ossia: età ; sesso; data della visita; problema codificato secondo ICD IX; durata del dolore (giorni, settimane, mesi, anni); se localizzato, irradiato o neurologico; il tipo di dolore (acuto o cronico); farmaci che sono stati assunti; intensità del dolore, attraverso l' utilizzo della scala di valutazione NSR.

Risultati

Il numero complessivo di pazienti reclutati ed idonei per lo studio risulta ad oggi 102, di cui di cui 70 donne, età media 56 anni, la durata del dolore nel 40% dei casi è risultata superiore a 6 mesi, nel 20% pari a 3-4 mesi, nel 18% pari a 2-3 settimane, nel 16 pari a 7-10 giorni, nel 6% pari ad 1-6 giorni.

Il problema al primo accesso, codificato ICD IX, nel 81,5% dei casi è stato: Malattia del sistema osteomuscolare (cod. 710-739); nel 8,5% : Sintomi e stati morbosi mal specificati (cod. 780-799) (es. Cefalee, coliche...); nel 3,2% : Problema non identificato; nel 2,8% : Traumatismi (cod. 800-999), nel 2% malattie del sistema nervoso (cod.320-389) (emicrania), nel 1% malattie

apparato digerente (cod. 520-579) (es. Colite, colon irritabile), nel 1% malattie del sistema genito-urinario (cod. 580-629).

Il problema principale al primo accesso nel 40% dei casi è risultato la lombalgia, 18% negli uomini e 22% nelle donne.

A seguire l'artrosi con una percentuale pari al 23%, 11% negli uomini e 12% nelle donne.

Nel 18,5% la cervicalgia, 10% nelle donne e 8,5% negli uomini.

Il tipo di dolore nel 74,3% era localizzato, nel 20,7% irradiato, nel 5% neuropatico.

I farmaci assunti sono stati:

- Fans, nel 57,5% dei pazienti con dolore acuto, e 55,3% nei pazienti con dolore cronico.

- Tramadolo, nel 6% dei pazienti con dolore cronico e 3% nei pazienti con dolore acuto

– Paracetamolo nel 5,5% dei pazienti con dolore sia acuto che cronico
– Glicocorticoidi nel 4,6% dei pazienti con dolore cronico e 7,3% nei pazienti con dolore acuto.

- Antidepressivi nel 3,2% dei pazienti con dolore sia acuto che cronico

– Fans topici nel 3% dei pazienti con dolore cronico e 7,5% nei pazienti con dolore acuto.

– Codeina e paracetamolo, nel 2,5% dei pazienti con dolore sia acuto che cronico

– Benzodiazepine, nel 1,8% dei pazienti con dolore cronico e 1,5% nei pazienti con dolore acuto.

– Triptani, nel 1,3% dei pazienti con dolore cronico e 0,5% nei pazienti con dolore acuto.

– Oppioidi, nel 0,3% dei pazienti con dolore cronico e 0,5% nei pazienti con dolore acuto.

– Nessun farmaco nel 28,3% dei pazienti con dolore cronico e 13,5% nei pazienti con dolore acuto.

– L'intensità del dolore è stata valutata con la scala NSR (che va da 0 a 10, 0: nessun dolore, 10 dolore massimo) ed è risultata: inferiore a 4 nel 8,5% dei casi, compresa tra 4-6 nel 48,5% dei casi, compresa tra 7-8 nel 38,5% dei casi e compresa tra 9-10 nel 4,5% dei casi.

Conclusioni

Il dolore sia acuto che cronico, tollerabile e non, localizzato, irradiato o

Kommentar [2]: HTML:
</NOSCRIPT>

neurologico è un sintomo comune per cui ci si reca dal medico di famiglia. Pertanto necessita di cura e tempo, affinché si gestisca in maniera appropriata, riferendosi se necessario ad un team specializzato. Infatti, nonostante lo studio sia promettente, la lotta al dolore oltre a passare per la ricerca medica richiede la partecipazione di tutti gli addetti ai lavori. La battaglia contro il dolore è anche questione di organizzazione, ovvero significa che per portare il malato a una qualità di vita accettabile, bisogna dispiegare una vera e propria “rete” di competenze. Il percorso comincia presso il medico di famiglia, che deve acquisire come dato importantissimo, e per nulla “secondario” un qualsiasi dolore provato dal paziente, in qualunque situazione egli si trovi.

Dallo studio è emerso che:

- In circa il 70% dei pazienti il dolore era localizzato.
- Il problema principale per cui ci si reca dal medico di famiglia è la lombalgia nel 40%, con prevalenza nel sesso femminile.
- La durata del dolore nel 40% dei casi è superiore a sei mesi.
- I farmaci principalmente utilizzati sono stati i FANS sia nel dolore acuto che cronico.
- L'intensità del dolore valutata con scala NSR, in quasi il 50% dei casi è risultata compresa tra 4-6.

Indice

Definizione.....	Pag.1
Storia del dolore.....	Pag.2
Epidemiologia del dolore.....	Pag.4
Fisiopatologia del dolore	Pag.5
Classificazione del dolore.....	Pag.7
Terapia.....	Pag.9
Studio.....	Pag.18

Bibliografia

- J. L. Miller, T. M. Hagemann. "Use of Pure Opioid Antagonists for Management of Opioid-induced Pruritus". *Am J Health Syst Pharm.* 2011;68(15):1419-1425.
- K.T.S. Pattinson. "Opioids and the control of respiration". *Br. J. Anaesth.* (2008) 100 (6): 747-758.
- Oxford Textbook of Palliative Medicine, Fuoth edition, edited by Geoffrey Hanks, Nathan I. Cherny, Nicholas A. Christakis, Marie Fallon, Stein Kaasa, Russel K. Portenoy. 2010
- C.I. Ripamonti. "Pain management". *Annals of Oncology* 23 (supplement 10): x294-x301, 2012
- Ornulf Paulsen, Nina Aass, Stein Kaasa and Ola Dale. "Do corticosteroids provide analgesic effects in cancer patients? A systematic literature review. *Journal of Pain and Symptom Management.* Vol. 46 No.1, July 2013
- M.I. Bennet et al. "Pregabalin for the management of neuropathic pain in adults with cancer: a systematic review of the literature". *Pain Medicine* 2013; 14: 1681-1688
- M.I. Bennet. "Effectiveness of antiepileptic or antidepressant drugs when added to opioids for cancer pain: systematic review". *Palliative Medicine* 2011; 25: 553-559
- A. Caraceni, G. rey Hanks, S. Kaasa et al. «Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC». *Lancet Oncol* 2012; 13: e58–68.
- C. Ripamonti, D. Santini, E. Maranzano et al. «Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines». *Annals of Oncology* 23 (Supplement 7): vii139–vii154, 2012.
- S. King, K. Forbes et al. «A systematic review of the use of opioid medication for those with moderate to severe cancer pain and renal impairment: A European Palliative Care Research Collaborative opioid guidelines project». *Palliative Medicine* 25(5) 525–552, 2011.
- Magdi Hanna. «The effects of liver impairment on opioids used to relieve pain in cancer patients». *Letter to the Editor. Palliative Medicine* 25(5) 604–605, 2011.

- F. Marinangeli. «Il dolore cronico». Fondazione Paolo Procacci, Comprendere e Curare il dolore, 2013.
- P. Maino, C. Zanini. «Comunicare e comprendere il dolore». Rivista per le Medical Humanities. Anno 7, Numero 24, gennaio-aprile 2013.
- Rivista Italiana di Cure palliative. www.sicp.it
- S. J. Panchal, P. Müller-Schwefe, and J. I. Wurzelmann. "Opioid-induced bowel dysfunction: prevalence, pathophysiology and burden". *Int J Clin Pract.* 2007 July; 61(7): 1181–1187.
- Ossipov MH. "Nausea and vomiting side effects with opioid analgesics during treatment of chronic pain: mechanisms, implications, and management options». *Pain Med.* 2009 May-Jun;10(4):654-62. doi: 10.1111/j.1526-4637.2009.00583.x. Epub 2009 Mar 19.