

 Rete Terapia Del Dolore  REGIONE PIEMONTE	 AO S. Croce e Carle Cuneo	 A.S.L. CN1	 BRA ALBA ASL CN2	PROTOCOLLO OPERATIVO PO_{interaziendale}_001 Gestione del paziente con DOLORE ONCOLOGICO	Data emissione: 22/12/2016 Rev. n° 00 Data ultima revisione 22/12/2016
Medici di Medicina Generale ASL CN1 e ASL CN2					
Stesura		Verifica /Approvazione		Emissione	
Dott. Valentino Menardo Rete terapia del dolore Coordinatore Gruppo di lavoro Coordinamento Sovra- Zonale Piemonte Sud-Ovest		Dott. Alessandro Garibaldi Direzione Sanitaria di Presidio AO S. Croce e Carle f.f. Dott. Grillo Mirco Direzione Sanitaria ASL CN1 Dott.ssa Frigeri Maria Cristina Direzione Sanitaria ASL CN2		Dott.ssa Paola Malvasio Direzione Sanitaria d'Azienda AO S. Croce e Carle Dott.ssa Gloria Chiozza Direzione Sanitaria d'Azienda ASL CN1 Dott. Giovanni Messori Ioli Direzione Sanitaria d'Azienda ASL CN2	

1. INTRODUZIONE

Il dolore costituisce uno di sintomi più frequenti nel paziente affetto da neoplasie; la frequenza varia in base al tipo di neoplasia, infatti, è più bassa nei pazienti affetti da leucemie e linfomi, mentre è molto più elevata nei tumori solidi. Può essere presente in ogni fase della malattia e può persistere anche dopo la remissione della neoplasia.

Per ottenere un efficace controllo del dolore occorre effettuare un'accurata valutazione del dolore, con il fine di identificarne la patogenesi, il tipo e la sede, l'intensità e la temporalità, i fattori scatenanti e quelli attenuanti.

Applicando linee guida e raccomandazioni sulla terapia farmacologica con oppioidi per via sistemica si riesce a controllare con successo il dolore nella maggior parte dei pazienti con dolore correlato al cancro.

2. AMBITO DI APPLICAZIONE

Il protocollo si applica ai soggetti affetti da dolore oncologico che afferiscono ai servizi delle tre Aziende Sanitarie dell'Area sovra zonale Piemonte Sud-Ovest (come da nota Regione Piemonte Protocollo n. 8428).

3. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

3.1 Valutazione del dolore nel paziente oncologico: valutazione multidimensionale

La valutazione del dolore anche nel paziente oncologico deve identificare:

- il meccanismo patogenetico del dolore (dolore nocicettivo o neuropatico);
- le caratteristiche temporali (dolore acuto, continuo, episodico, persistente o cronico);
- le sedi e l'irradiazione (in caso di più sedi, classificarle secondo intensità);
- l'intensità del dolore continuo ed episodico mediante la scala NRS;
- i fattori che peggiorano il dolore ed i fattori in grado di alleviarlo;
- l'interferenza sul numero di ore e sulla qualità del sonno;
- la presenza di altri sintomi;
- altri bisogni (psico-sociali, economici, di riabilitazione);
- la risposta a precedenti terapie analgesiche in termini di efficacia e di eventuali effetti collaterali.

Fattori prognostici di dolore difficile

1. pazienti più giovani;
2. dolore neuropatico;
3. dolore episodico o incident;

4. distress psicologico;
5. abuso di sostanze stupefacenti, pregresso o in atto, con possibilità di utilizzo inappropriato degli oppioidi o di precoce tolleranza;
6. impoverimento cognitivo con difficoltà di valutazione del dolore o ridotta tollerabilità ai trattamenti farmacologici;
7. elevata intensità del dolore alla presentazione iniziale.

Il Medico di Medicina Generale (MMG), durante la prima visita, compila la **“Scheda di valutazione complessità del paziente affetto da dolore oncologico”** e la consegna al paziente nell’eventualità che quest’ultimo venga inviato in DEA/PS o venga attivata la consulenza algologica.

Nota:

L’utilizzo della scheda di valutazione in formato cartaceo è sperimentale in attesa di poterla disporre in versione elettronica.

3.2 Il controllo farmacologico del dolore

Lo studio della fisiopatologia del dolore ha consentito di conoscere le molecole che forniscono il substrato biochimico della nocicezione e dei recettori che, in tutto il SNC, rispondono alla loro stimolazione; queste conoscenze costituiscono il razionale della terapia farmacologica per alleviare il dolore.

Eseguita una corretta ed approfondita valutazione del dolore, la scelta basale dell’appropriata terapia analgesica è basata sulla correlazione tra l’intensità del dolore lamentata dal paziente e l’eventuale trattamento analgesico in corso.

Per la terapia del dolore sono disponibili tre tipi di farmaci analgesici:

- un primo gruppo (non oppioidi) è rappresentato dall’acido acetilsalicilico (ASA), dagli altri farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) e dal paracetamolo;
- un secondo gruppo comprende gli oppioidi;
- un terzo gruppo comprende alcuni farmaci che non sono generalmente ritenuti degli analgesici e che agiscono come adiuvanti quando somministrati in associazione con i FANS e gli oppioidi, oppure possiedono un’attività analgesica specifica nei confronti di alcuni particolari tipi di dolore.

3.2.1 Criteri essenziali da seguire nel trattamento del dolore correlato al cancro

Criteri essenziali da seguire nel trattamento del dolore correlato al cancro:

- la somministrazione orale è sempre, dove possibile, da preferirsi alle altre vie di somministrazione;
- i farmaci vanno assunti ad orari fissi e non al bisogno;
- i dosaggi andrebbero sempre personalizzati (anche tenendo conto degli altri farmaci assunti);
- la scelta degli analgesici oppioidi è sempre riferita alla loro potenza;
- prima di sostituire un analgesico con un altro occorre sempre verificare che il farmaco sia stato assunto regolarmente, che sia stata aumentata adeguatamente la dose e che non sia mutata la qualità e l’intensità del dolore.

3.3 La presa in carico del paziente oncologico con dolore refrattario

3.3.1 Definizione di dolore refrattario

Le sindromi dolorose refrattarie al trattamento farmacologico con oppiacei per via sistemica possono presentarsi con una frequenza che varia tra il 5 e il 10%.

Si parla di dolore refrattario quando esso persiste nonostante:

- l’aumento di dosaggio degli oppiacei e la rotazione degli oppiacei;
- il trattamento “aggressivo” degli effetti collaterali importanti;
- l’ottimizzazione dei farmaci per breakthrough pain;
- l’ottimizzazione dei farmaci adiuvanti.

3.3.2 Centri di Terapia antalgica di riferimento per l'Area Piemonte sud-ovest

Il paziente oncologico in terapia causale con dolore refrattario viene inviato dal MMG o dall'oncologo al Centro di Terapia Antalgica di riferimento.

L'algologo prende in carico il paziente e valuta la risposta/beneficio della terapia antalgica.

Viene effettuata la prima visita urgente (entro 72 ore) e la visita di controllo entro tre settimane.

Algologia AO S. Croce e Carle – Cuneo

Direttore: Menardo Valentino

Tel 0171/641553 fax: 0171/641584

E-mail: algologia@ospedale.cuneo.it

PO S.Croce, via Michele Coppino 26 Cuneo (6° piano Blocco A)

Orario Ambulatorio: dalle 8.00 alle 19.00 dal lunedì al venerdì

Terapia Antalgica ASL CN1

Sede di SAVIGLIANO-SALUZZO-FOSSANO

Responsabile: Giaime Dario

Telefono: 0172/719411 fax: 0172/719411

E-mail: anestesianimazione.savigliano@aslcn1.it - ambterapiaantalgica.savigliano@aslcn1.it

Ospedale S.S. Annunziata Savigliano, via Ospedali 14 (piano terra di fronte all'OBI)

Ospedale S.S. Trinità Fossano, via Ospedale 4 (poli ambulatorio sopra il centro prelievi)

Ospedale Civile Saluzzo, via Spielberg 58 (corridoio Oncologia)

Orari Ambulatori:

Savigliano: lunedì-mercoledì- giovedì-venerdì 15.00-19.00

Saluzzo (referente: La Ghezza Maria Rosaria): martedì-giovedì 14.30-17.30

Fossano: lunedì 11.30-13.30

Sede di MONDOVÌ-CEVA

Responsabile: Grollero Marino

Telefono: 0174/677263 fax: 0174/677271

E-mail salvina.regis@aslcn1.it

Ospedale Regina Montis Mondovì (p.o Rianimazione)

Ospedale Poveri Infermi di Ceva (secondo piano)

Orari Ambulatori:

Mondovì: martedì e venerdì 8-14

Ceva: giovedì 8-14

Terapia Antalgica ASL CN2 (ALBA-BRA):

Direttore S.O.S: Di Santo Salvatore

Sede di ALBA:

Telefono: 0173 316284 fax: 0173 316597

E- mail: anestesia.alba@aslc2.it

Ospedale San Lazzaro, Via Pierino Belli (piano terra, vicino Psichiatria)

Orario Ambulatorio: da Martedì a Giovedì 8.00 – 15.30

Sede di BRA:

Telefono: 0172 420269 fax: 0172 420257

E- mail: anestesia.bra@aslc2.it

Ospedale Santo Spirito, Via Vittorio Emanuele 3 (piano terra di fronte Radiologia, ex Sala Parto)

Orario Ambulatorio: da Lunedì a Venerdì: 8.00 – 14.00

3.3.3 ROTAZIONE o CONVERSIONE di un oppioide in un altro oppioide

Per convertire o ruotare un oppioide a un altro oppioide è necessario:

- 1) determinare il dosaggio attuale dell'oppioide assunto dal paziente in un periodo di 24h di pieno controllo del dolore;
- 2) calcolare la dose equianalgescica del nuovo oppioide;
- 3) se il dolore è controllato ridurre il dosaggio del 25-50% per permettere un'incompleta tolleranza crociata tra farmaci oppioidi differenti. Durante le prime 24 ore titolare l'analgescico fino ad un completo effetto analgesico;
- 4) se invece la dose precedente è insufficiente a controllare il dolore, bisogna iniziare da una dose pari al 100-125% della dose equianalgescica;
- 5) per determinare la dose da prescrivere per via orale dividere la dose totale del nuovo oppioide per il numero di somministrazioni al giorno (per es: 6 somministrazioni per la morfina orale a pronto rilascio; 2 somministrazioni per la morfina orale a rilascio ritardato, ogni 12 ore);
- 6) dal momento che non è stata dimostrata equianalgescia tra una specifica dose di fentanyl transmucosale versus altri oppioidi o tra diverse formulazioni transmucosali, conviene sempre iniziare con la dose più bassa e titolare l'efficacia.

La rotazione è indicata per i pazienti con sindromi dolorose refrattarie al trattamento farmacologico con oppioide; il paziente è indirizzato ai Centri di Terapia Antalgica di riferimento (vedi paragrafo 3.3.2) a giudizio dell'oncologo o del MMG.

3.3.4 Procedure antalgiche interventistiche

Alcuni pazienti sperimentano un controllo inadeguato del dolore nonostante la terapia farmacologica, o non possono tollerare un programma di titolazione degli oppioidi a causa degli effetti collaterali. Alcuni pazienti possono preferire terapie di tipo interventistico invece di un regime terapeutico cronico.

Le terapie interventistiche includono i **blocchi nervosi, la vertebroplastica, la cifoplastica, la somministrazione di oppioidi per via spinale, l'ablazione con radiofrequenza.**

Indicazioni per l'invio del paziente a procedure interventistiche:

- pazienti sofferenti per dolore che probabilmente può essere alleviato da blocchi nervosi;

- pazienti che non ottengono un'adeguata analgesia e/o che presentano effetti collaterali intollerabili.

1. Somministrazione di farmaci oppioidi per via spinale (epidurale, intratecale)

La via intratecale di somministrazione degli oppioidi può essere considerata nei pazienti con sedazione intollerabile, confusione, e/o inadeguato controllo del dolore con la somministrazione sistemica di oppioidi.

Questo approccio è uno strumento prezioso per migliorare l'analgesia nei pazienti che hanno dolore a causa di una varietà di sedi anatomiche (testa collo, estremità superiori ed inferiori, tronco).

2. Il blocco neurolitico

Il blocco neurolitico del plesso celiaco può offrire qualche miglioramento nel controllo del dolore rispetto agli analgesici per via sistemica ed è generalmente associato ad una riduzione degli effetti avversi.

Sono disponibili strategie invasive, se il paziente non raggiunge un'adeguata analgesia.

Uno degli approcci è rappresentato dalle infusioni loco-regionali di analgesici (epidurali, intratecali e del plesso regionale).

Questo approccio minimizza la distribuzione dei farmaci ai recettori cerebrali, evitando potenzialmente gli effetti collaterali dovuti alla somministrazione sistemica.

3. Cifoplastica percutanea e la Vertebroplastica

La cifoplastica percutanea o la vertebroplastica può essere usata per il trattamento di metastasi vertebrali di tipo osteoclastico od in caso di compressioni da fratture vertebrali o instabilità vertebrale per le quali la chirurgia non è fattibile o indicata.

La vertebroplastica/cifoplastica aiuta a ripristinare la stabilità meccanica, riducendo il dolore ed i sintomi neurologici.

4. Ablazione con radiofrequenza

L'ablazione con radiofrequenza si è dimostrata efficace nel trattamento del dolore da lesioni ossee, specialmente in quei casi in cui non si è riusciti a raggiungere un'adeguata analgesia senza effetti collaterali intollerabili.

Le strategie interventistiche sopra elencate non sono appropriate se il paziente è riluttante o nei pazienti con infezioni, coagulopatia, o aspettativa di vita molto breve.

Centri erogatori

Come da indicazioni delle Direzioni Generali delle tre ASR dell'Area Piemonte sud-Ovest (prot. N.25650 del 7 settembre 2016) i Centri di Algologia dell'AO S.Croce e Carle- Cuneo e dell'ASL CN2 erogano i trattamenti per i pazienti, residenti nella Provincia di Cuneo, che necessitano di prestazioni ad alta complessità.

Algologia AO S. Croce e Carle– Cuneo: somministrazione di farmaci oppioidi e/o altri analgesici per via spinale (epidurale, intratecale), blocco neuro litico, cifoplastica percutanea o la vertebroplastica (in collaborazione con la struttura di Radiodiagnostica e Neurochirurgia), ablazione con radiofrequenza.

Terapia Antalgica ASL CN1: Somministrazione di farmaci oppioidi e/o altri analgesici per via spinale (epidurale, intratecale)

Terapia Antalgica ASL CN2: Somministrazione di farmaci oppioidi e/o altri analgesici per via spinale (epidurale, intratecale)

4. DOCUMENTI CORRELATI

- MOD_004_Scheda di Valutazione Complessità del paziente affetto da dolore oncologico

5 INDICATORI

Indicatore di percorso:

Numero di accessi in PS/DEA delle tre aziende per dolore oncologico scompensato nel 2017.

Standard: Riduzione del 10%rispetto agli accessi dell'anno 2016.

6. BIBLIOGRAFIA

- Regione Piemonte: Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) del paziente con dolore oncologico
- AIOM Linee guida TERAPIA DEL DOLORE IN ONCOLOGIA ed. 2014
- Raccomandazioni per la gestione del Breakthrough cancer pain (Btcp)La Rivista Italiana di Cure Palliative Numero 1 primavera 2010
- Comprehensive Consensus Based Guidelines on Intrathecal Drug Delivery Systems in the Treatment of Pain Caused by Cancer Pain

7. ELENCO DI DISTRIBUZIONE

Medici di Medicina Generale ASL CN1 e CN2

Direttore e Coordinatore delle Strutture di:

- Oncologia (AO, ASL CN1, ASL CN2)
- Cure Palliative (ASL CN1, ASL CN2)
- Medicina e Chirurgia d'Urgenza (AO, ASL CN1)
- DEA (ASL CN2)
- Medicina Interna (AO, ASL CN1, ASL CN2)
- Anestesia e Rianimazione (AO, ASL CN1,ASL CN2)

NB: Deve rimanere evidenza della diffusione a tutti gli operatori coinvolti con gli strumenti presenti nelle aziende.

Gruppo di Lavoro			
(I componenti del Gruppo di Lavoro sono stati identificati e autorizzati dal Direttore/Responsabile della struttura di appartenenza)			
Struttura	Qualifica	Nome/Cognome	Firma
Algologia AO S.Croce e Carle Cuneo	Dirigente medico	Valentino Menardo	
Terapia del dolore ASL CN1 Savigliano-Saluzzo-Fossano	Dirigente medico	Dario Giaime	
Terapia del dolore ASL CN1 Ceva-Mondovì	Dirigente medico	Marino Grollero	
Terapia Antalgica ASL CN2	Dirigente medico	Salvatore Di Santo	
Distretto Cuneo-Borgo-Dronero ASL CN1	Medico di Medicina Generale	Alessandro Fontana	
Distretto Mondovì-Ceva ASL CN1	Medico di Medicina Generale	Claudio Blengini	
Distretto Fossano Savigliano ASL CN1	Medico di Medicina Generale	Pier Domenico Bossolasco	
Distretto Saluzzo ASL CN1	Medico di Medicina Generale	Angelo Barbero	
Distretto Bra ASL CN2	Medico di Medicina Generale	Paola Geloso	
Distretto Alba ASL CN2	Medico di Medicina Generale	Paolo Spinelli	

Il documento è stato elaborato con la collaborazione delle strutture di:

- Oncologia (AO, ASL CN1, ASL CN2)
- Cure Palliative (ASL CN1, ASL CN2)
- Funzione Qualità ed Accreditamento (AO, ASL CN1, ASL CN2)