

Appropriatezza prescrittiva nel dolore lieve-moderato

Dr.ssa Sara Nanni
UF Cure Palliative
ZD AREZZO
sara.nanni@uslsudest.toscana.it

Epidemiology of Pain Among Patients with Solid Metastatic Cancer During the Last Year of Life

Isha Chaudhry¹, Mahham Shafiq¹, Irene Teo¹⁻³, Semra Ozdemir^{1,2}, Chetna Malhotra^{1,2}

On behalf of COMPASS Study Team

Chaudhry et al

Dovepress

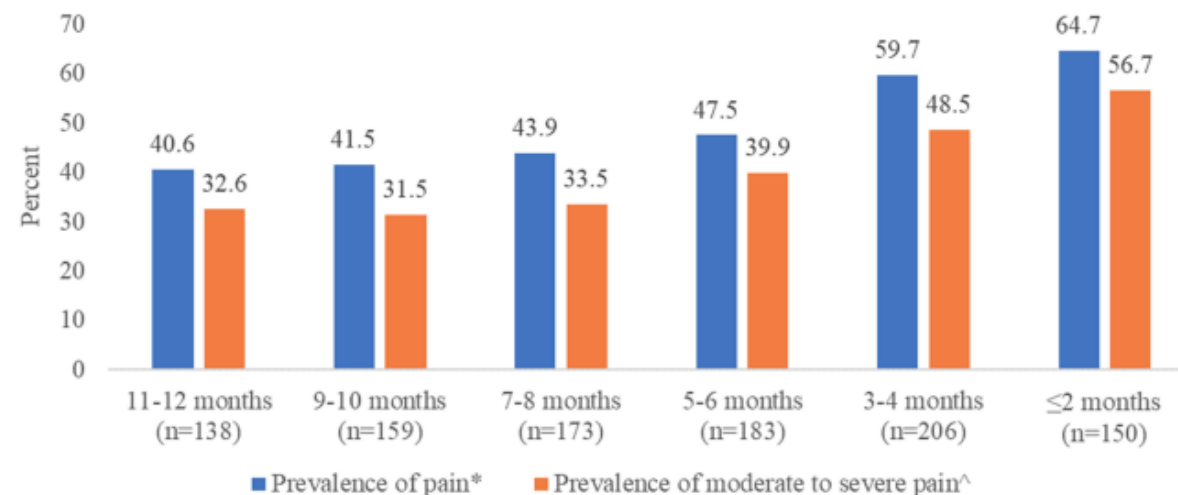


Figure 1 Prevalence of pain during the last year of life (N=345). *Pain score>0 on any item of the pain severity score; ^Pain score>3 on any item of the pain severity score.

IL DOLORE RICHIEDE UN CONTROLLO COSTANTE



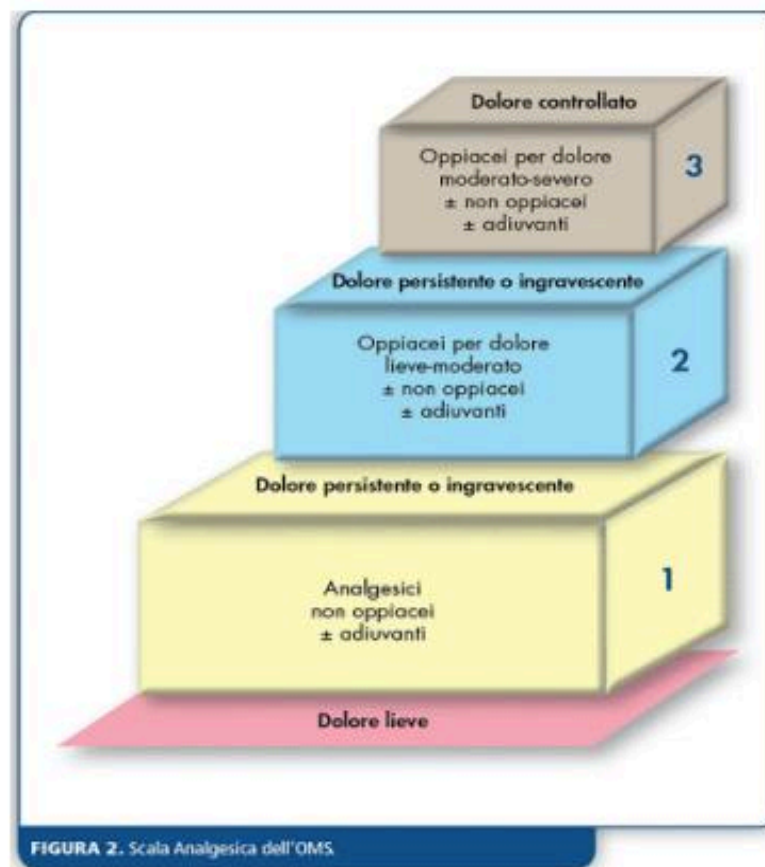
Somministrazione regolare e proattiva: La Saunders ha dimostrato che per un controllo efficace del dolore, la morfina e altri oppioidi dovevano essere somministrati a intervalli regolari (ad esempio, ogni quattro ore per la morfina orale a rilascio immediato), prima che il dolore diventasse insopportabile.



DOLORE TOTALE

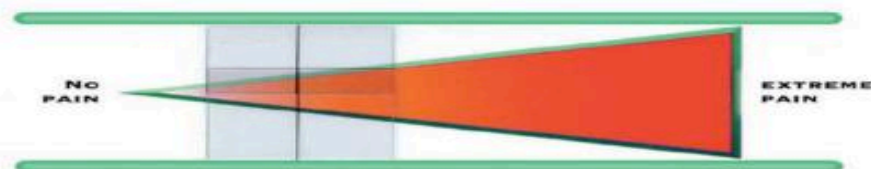
Si tratta di un approccio alla cura che riguarda non solo la sfera fisica del paziente, ma tutti gli aspetti che possono contribuire a peggiorarne le condizioni, partendo dal presupposto che la persona gravemente malata, oltre a bisogni fisici, presenta bisogni affettivi, psicologici, esistenziali, sociali e spirituali di cui è necessario prendersi cura

Figura 1: scala del dolore WHO



Nel 1986 l'OMS pubblica le linee guida per il trattamento del dolore oncologico

Scala analogico-visiva (VAS)



Scala Numerica (NRS)



Scala Valutazione Verbale (VRS)



Scala della Faccia



ESAS SCALE SCALA MULTISINTOMATICA

Nel corso delle ultime 24 ore ha avuto...													
Dolore	Per niente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Il peggiore possibile
Stanchezza	Per niente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La peggiore possibile
Nausea	Per niente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La peggiore possibile
Depressione	Per niente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La peggiore possibile
Ansia	Per niente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La peggiore possibile
Sonno	Per niente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La peggiore possibile
Difficoltà a respirare	Per niente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La peggiore possibile
Mancanza di appetito	Per niente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Il peggiore possibile
Malessere	Per niente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La peggiore possibile
Insonnia	Per niente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La peggiore possibile
Nel corso dell'ultimo mese ha provato...													
Preoccupazione finanziaria legata alla malattia	Per niente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La peggiore possibile
Dolore spirituale (profonda sofferenza interiore non fisica)	Per niente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Il peggiore possibile
Isolamento sociale	Per niente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Il peggiore possibile

Brief Pain Inventory

BRIEF PAIN INVENTORY

Data: ____/____/____ Ora: ____

Nome/Cognome: _____

Dopo Prima Intermedio

1) Nel corso della vita la maggior parte di noi ha avuto di tanto in tanto qualche dolore (come un leggero mal di testa, uno strappo muscolare e un mal di denti). Oggi ha avuto un dolore diverso da questi dolori di tutti i giorni?

1. Sì 2. No

2) Tratteggi sul disegno le parti dove sente dolore. Metta una X sulla parte che fa più male.

Destra Sinistra Sinistra Destra

3) Valuti il suo dolore facendo un cerchio intorno al numero che meglio descrive l'intensità del suo dolore peggiore nelle ultime 24 ore.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nessun dolore Il dolore più forte che possa immaginare

4) Valuti il suo dolore facendo un cerchio intorno al numero che meglio descrive l'intensità del suo dolore più lieve nelle ultime 24 ore.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nessun dolore Il dolore più forte che possa immaginare

5) Valuti il suo dolore facendo un cerchio intorno al numero che meglio descrive l'intensità del suo dolore in media nelle ultime 24 ore.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nessun dolore Il dolore più forte che possa immaginare

6) Valuti il suo dolore facendo un cerchio intorno al numero che meglio descrive quanto dolore ha in questo momento.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nessun dolore Il dolore più forte che possa immaginare

7) Che terapie o medicine sta ricevendo per il suo dolore?

(seguito)

8) Nella ultime 24 ore quanto sollievo ha ricevuto dalle terapie o dalle medicine? Faccia un cerchio intorno alla percentuale che meglio descrive quanto sollievo del dolore ha avuto

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
Non interferisce Interferisce completamente

9) Faccia un cerchio intorno al numero che meglio descrive quanto, nelle ultime 24 ore, il dolore ha interferito con:

A) La sua attività in generale

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Non interferisce Interferisce completamente

B) Il suo umore

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Non interferisce Interferisce completamente

C) La sua capacità di camminare

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Non interferisce Interferisce completamente

D) La sua normale attività lavorativa (include sia il lavoro fuori che in casa)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Non interferisce Interferisce completamente

E) Le sue relazioni con le altre persone

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Non interferisce Interferisce completamente

F) Il sonno

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Non interferisce Interferisce completamente

G) Il gusto di vivere

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Non interferisce Interferisce completamente

Il BPI include 7 items

lavoro,
attività ludiche,
camminare,
dormire,
umore,
gioia di vivere,
relazione con gli altri

valutando
interferenza del
dolore nella vita
quotidiana

**MODELLO
BIOPSICOSOCIALE**

NARRATIVE REVIEW

Definizione di dolore
dolore come: *un'esperienza o comunque descritta.*

The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises

Raja, Srinivasa N.^{a,*}; Carr, Daniel B.^b; Cohen, Milton^c; Finnerup, Nanna B.^{d,e}; Flor, Herta^f; Gibson, Stephen^g; Keefe, Francis J.^h; Mogil, Jeffrey S.ⁱ; Ringkamp, Matthias^j; Sluka, Kathleen A.^k; Song, Xue-Jun^l; Stevens, Bonnie^m; Sullivan, Mark D.ⁿ; Tutelman, Perri R.^o; Ushida, Takahiro^p; Vader, Kyle^q

Author Information ☺

PAIN 161(9):p 1976-1982, September 2020. | DOI:
10.1097/j.pain.0000000000001939

1979 che definisce il
potenziale danno tissutale

e dall'etimologia della

DA FATTORI

ESSERE

SPERIENZE DI

TTATO.

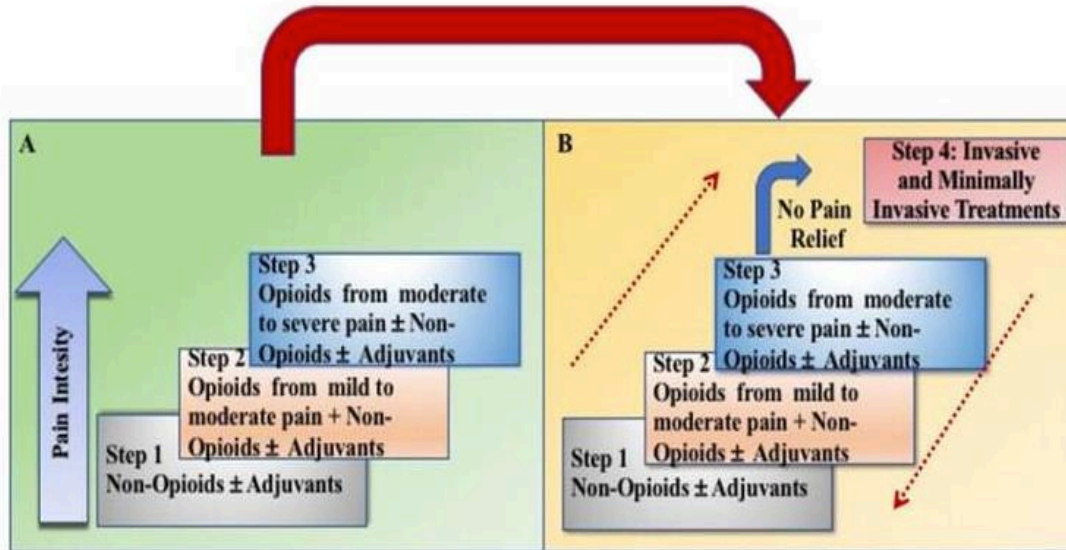
ETTI NEGATIVI

IL DOLORE;

IL DOLORE;

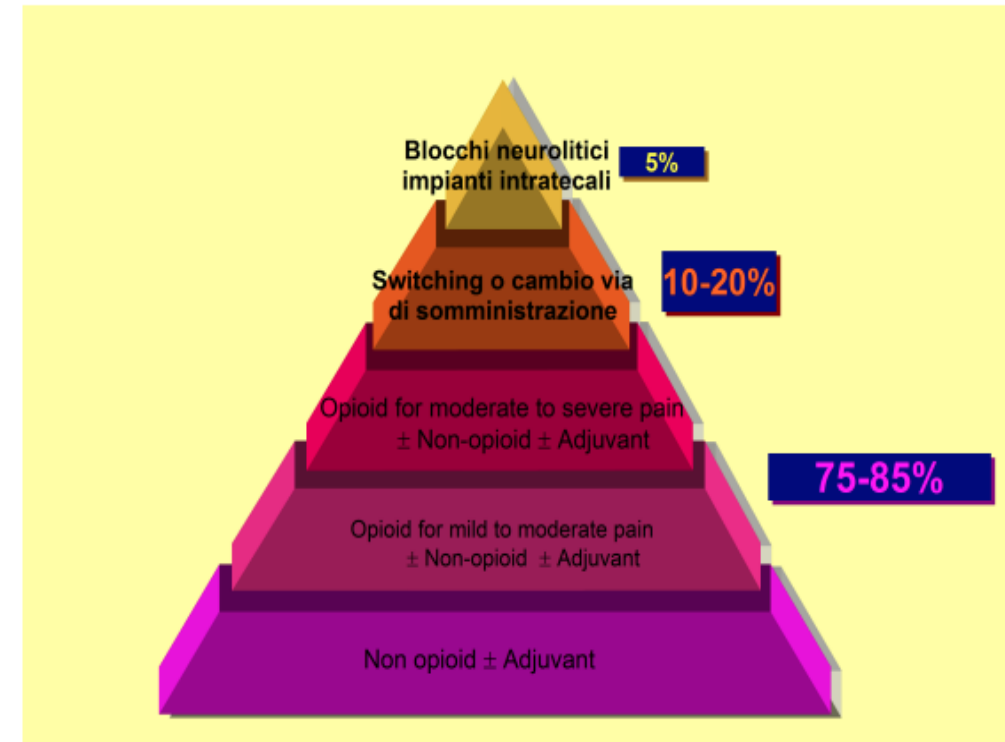
**2020 la definizione vie
parola dolore, utili per i**

- 1 IL DOLORE È SEMPRE BIOLOGICI, PSICOLOGICI
- 2 IL DOLORE E LA NOCICEDOTTO SOLO DALL'AT
- 3 LE PERSONE APPRENI VITA.
- 4 IL RACCONTO DI UN'ES
- 5 SEBBENE IL DOLORE I SULLA FUNZIONALITÀ E I
- 6 LA DESCRIZIONE VERE L'INCAPACITÀ DI COMUNICARE NON NEGA LA POSSIBILITÀ CHE UN ESSERE UMANO O UN ANIMALE PROVI DOLORE.



Transition from the original WHO three-step analgesic ladder (A) to the revised WHO fourth-step form (B). The additional step 4 is an “interventional” step and includes invasive and minimally invasive techniques. This updated WHO ladder provides a bidirectional approach.

Fig 2. WHO Ladder (rev. 2010) ⁴²



PAIN MECHANISMS: A PHYSIOLOGIC INTERPRETATION OF CAUSALGIA AND ITS RELATED STATES. By W. K. Livingston, M. D., Lieutenant Commander, United States Naval Reserve. Cloth. Price, \$3.75. Pp. 253, with 26 illustrations. New York: The Macmillan Company, 1943.

During the Civil War, Weir Mitchell and his colleagues, Morehouse and Keen, studied and treated wounded soldiers suffering from injuries. Today the single clinical syndrome arising from nerve injury that is still associated with Mitchell's name is that of causalgia.

This monograph discusses the clinical aspects of pain and particularly the study and interpretation of causalgia and its related states. The first part describes the anatomy of pain pathways; the general concept of "specificity" of cutaneous receptors; the physiology and the psychology of pain. Part two is devoted to the clinical syndromes of causalgia and reflex paralysis; minor causalgia; post-traumatic pain syndromes, chronic low back disability; facial neuralgias, and phantom limb pain. In the last chapter of the second part the author describes the technic of trigger point injection which is the method that he employs for permanently closing the end of a cut nerve. The third part deals with interpretations of protopathic pain,

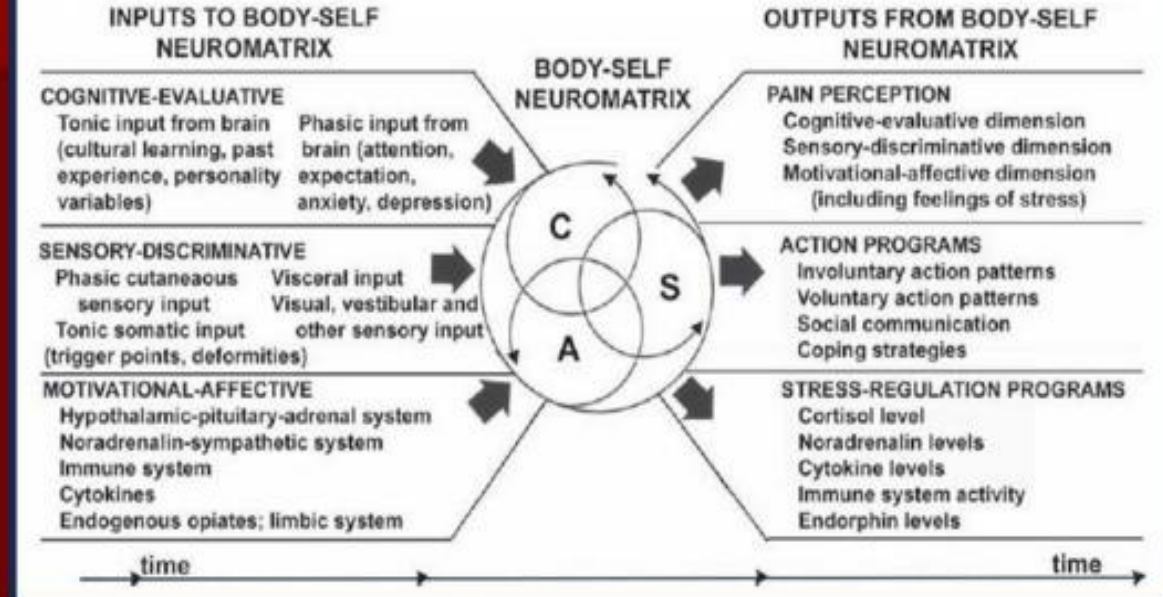
hyperalgesia, the sympathetic component, and the vicious circle.

There are no final conclusions that can be drawn from this study of pain mechanisms in the causalgia states. The subject is too complex, and there are too many questions yet to be answered. This monograph is a personal record of impressions derived from the work of many investigators and the author's observations of pain syndromes over a period of years. These findings should be of practical importance in the treatment of the many cases that will inevitably result from the present world war.

SOVIET HEALTH CARE IN PEACE AND WAR. By Rose Maurer. Paper. Price, 10 cents. Pp. 48, with illustrations. New York: American Russian Institute for Cultural Relations with the U.S.S.R., Inc., 1943.

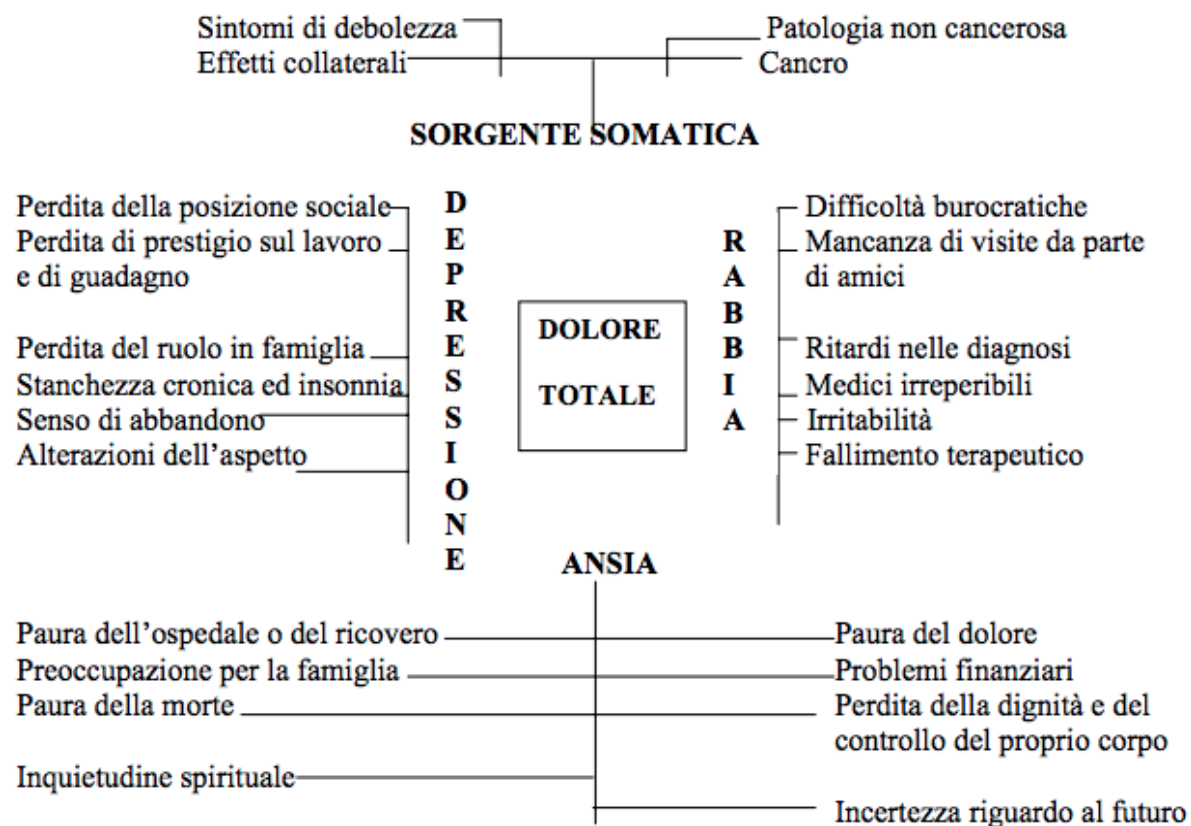
The remarkable war record achieved by the Soviet Union in more than two years of fierce fighting against the Nazi invasion has aroused among the people of the United Nations a desire to know more about the Soviet health program. The author lived in the Soviet Union for almost two years and in this booklet shows how the Soviets have made health a community matter. It is a very interesting account and is well worth reading.

Body- self neuromatrix



Tratto da: Melzack R. (2001) Pain and the neuromatrix in the brain" J. Dent. Educ. 65(12):1378-82

Figura 1 -Fattori modificanti la percezione del dolore



Con cosa si inizia?

- Per pazienti con dolore lieve-moderato o non controllato da paracetamolo o FANS dati regolarmente (per os) si aggiunge un farmaco del II gradino (codeina o tramadolo) dati a dose appropriate per os
- In alternativa, si possono usare basse dosi (30 mg DEMO) di un farmaco del III gradino (morfina o ossicodone)
- **R7: B, Positiva debole**



Linee guida

**TERAPIA DEL DOLORE IN
ONCOLOGIA**

Edizione 2018

Aggiornamento Ottobre 2018



Appropriatezza prescrittiva



**BY THE
CLOCK?**

**BY
THE
MOUTH?**



**BY THE
LADDER?**

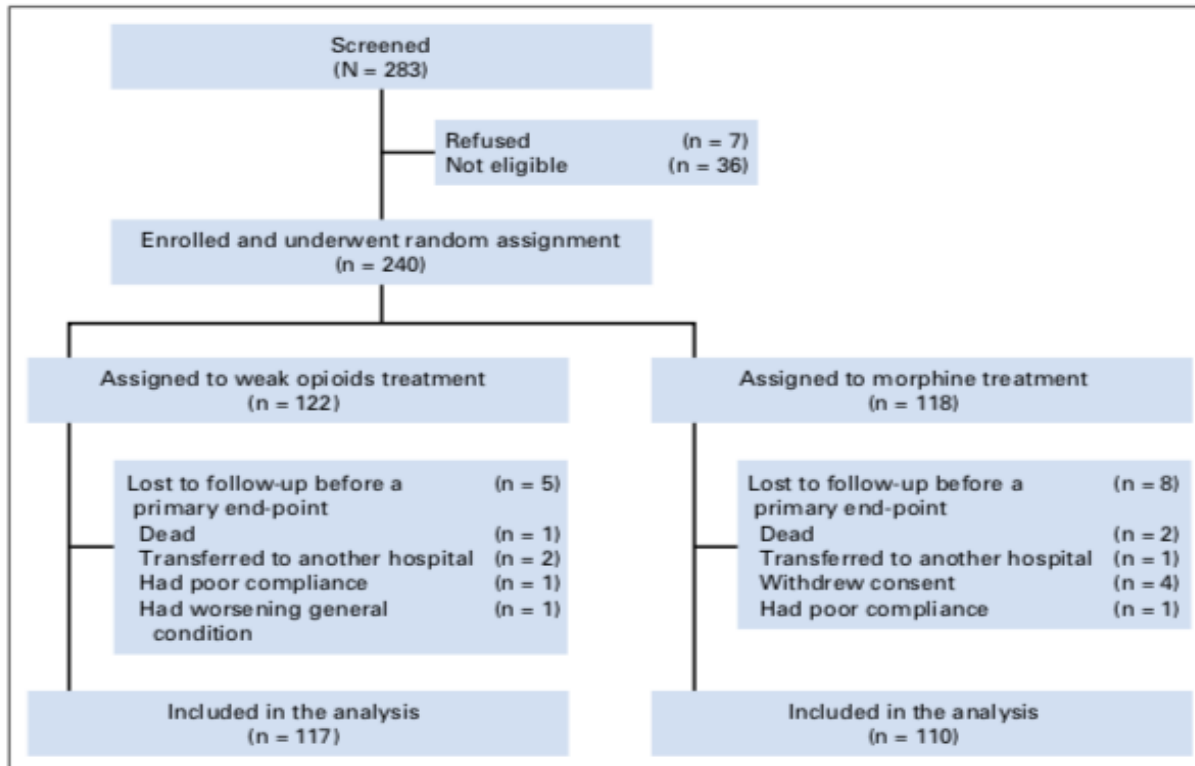


Table 2. Outcomes

Outcome	Weak Opioids (N = 117), No. (%)	Morphine (N = 110), No. (%)	Odds Ratio (95% CI)	P	Adjusted Odds Ratio* (95% CI)	P
Primary outcome						
Responder†	64 (54.7)	97 (88.2)	6.18 (3.12 to 12.24)	< .001	6.89 (3.33 to 14.25)	< .001
Secondary outcomes						
Patients with a meaningful pain reduction‡	55 (47.0)	91 (82.7)	5.40 (2.92 to 9.97)	< .001	5.74 (3.03 to 10.90)	< .001
Patients with highly meaningful pain reduction §	49 (41.9)	83 (75.5)	4.27 (2.42 to 7.53)	< .001	4.58 (2.52 to 8.33)	< .001

*Adjusted by pain intensity at baseline, age, gender, Karnofsky performance score, adjuvant therapy, rescue therapy, cancer type and anticancer treatment.

†Patients with pain intensity reduction at least 20% from baseline.

‡Patients with ≥ 30% pain intensity reduction from baseline.

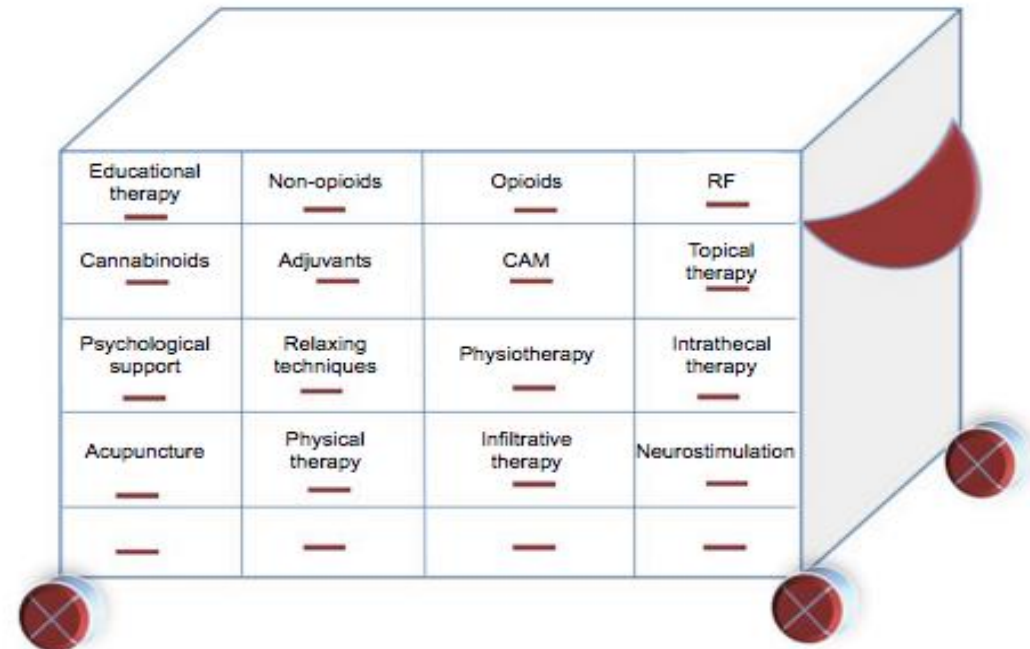
§Patients with ≥ 50% pain intensity reduction from baseline.

Editorial > J Pain Res. 2019 Feb 19;12:711-714. doi: 10.2147/JPR.S178910. eCollection 2019.

Multimodal approaches and tailored therapies for pain management: the trolley analgesic model

Arturo Cuomo ¹, Sabrina Bimonte ¹, Cira Antonietta Forte ¹, Gerardo Botti ², Marco Cascella ¹

L'approccio a tre gradini, andrebbe inserito in una strategia complessiva che comprenda anche terapie non farmacologiche (anestesiologiche, oncologiche, radioterapiche, fisiatriche, psico-sociali e spirituali) .



In generale Appropriata Prescrittiva

- Intensità di dolore
- Fisiopatologia del dolore
- Complessità di sintomi in un pz che ha comorbidità
- Contesto sociale
- “Tempo” della malattia

CASO CLINICO

Pz 57 anni. In APR protesi gamba per un incidente all'età di 8 anni (poco tempo prima dell'incidente racconta di aver perso il padre)

APP: Sottoposto a prostatectomia 1 anno fa : Adenocarcinoma Gleason 9 (4+5) pT3b (coinvolgimento di entrambe le vescichette seminali,) pN1 (2/34 linfonodi metastatici). PSA post operatorio non azzerato per cui è stato sottoposto a RT di salvataggio sulla loggia prostatica, PSA non azzerato. Il pz decide di rivolgersi in un altro centro oncologico .

Giunge in ambulatorio simultaneous care inviato dall'oncologo. Ha iniziato una settimana fa ormonoterapia con comparsa di dolore perineale NRS 8-9 che aveva avvertito con la stessa intensità solo nel post operatorio nelle stesse sedi. Riferisce miglioramento con paracetamolo 1 grammo x 2/die per qualche giorno

Alla visita dolore attuale lieve che deminuisce NRS < 5

E' APPROPRIATO?

SCALA ESAS: Burden sintomatico importante in relazione ad altri sintomi, in particolare insonnia, deflessione tono umore, disappetenza.

P: "Mia moglie ha chiesto la mia prognosi al medico che mi seguiva... "Si parla di mesi".

P: "Sono spaventato da perdere le mie figlie e far passare loro quello che ho vissuto io senza figura paterna"

Mi racconta che la figlia maggiore ha una grande vocazione per la musica, passione in cui lui l'ha sempre sostenuta .

Della sua storia aveva aggiunto pochi altri dettagli se non che che il padre fosse un polistrumentista

Si commuove quando gli faccio osservare che probabilmente ad uno dei dolori più grandi della sua vita lui aveva già trovato da solo la cura

Io ho prescritto pregabalin a dosi incrementali + al bisogno combinazione ossicodone 5 mg + paracetamolo 325 mg ripetibile

Grazie per l'attenzione

