

**Consenso sulla best practice in cure palliative in Svizzera
– un gruppo di esperti di palliative.ch, Società Svizzera di
Medicina e di Cure Palliative**

Un progetto per la promozione della qualità nelle Cure Palliative in Svizzera

INTRODUZIONE (COSA E PERCHÉ)

Definizione

Il dolore episodico intenso (DEI) è un'esacerbazione transitoria severa del dolore in un paziente con un dolore di base relativamente ben controllato.

Impatto

Il DEI, in particolare se intenso e non controllato, diminuisce significativamente la qualità di vita del paziente ed aumenta lo sconforto psicologico e spirituale. Occorre dunque una presa a carico attiva e rapida.

Prevalenza

Il DEI è frequente nei pazienti con una malattia progressiva inguaribile in fase avanzata (40-80% dei pazienti di cure palliative).

Presentazione clinica

Frequenza e durata: Può variare da poche a numerose volte al giorno e durare qualche secondo fino a diverse ore.

Intensità: Per definizione, molto più intenso del dolore di base e può variare da moderato a molto forte.

Prevedibilità: Il DEI è spesso imprevedibile, nel senso che si manifesta senza che ci sia un evento scatenante specifico. Tuttavia, nel caso del dolore incidente (un tipo di DEI) attività specifiche possono scatenarlo e la sua insorgenza può essere in questo caso prevista.

Fattori scatenanti: variano in relazione alla malattia di base e secondo le strutture anatomiche coinvolte

- Attività come passeggiare, caricare, vomitare, defecare, tossire, deglutire e respirare profondamente
- Movimenti passivi come essere cambiato di posizione a letto (p.es. pazienti con estese metastasi ossee).

Qualità e tipologia: Caratteristiche singole o miste del dolore neuropatico, nocicettivo e somatico o viscerale (colico o non-colico).

Insorgenza temporale: Di solito insorge rapidamente ed aumenta d'intensità in modo molto veloce (nel giro di secondi fino a qualche minuto), ma l'insorgenza può essere anche graduale ed aumentare lentamente d'intensità fino a raggiungere il picco dopo alcuni minuti.

Fisiopatologia

Fare riferimento alle cause del dolore di base. Diverse cause possono insorgere in contemporanea.

- Meccanismi: neuropatico (lesione nervosa), somatico (danno tissutale), viscerale (d'origine biliare, intestinale o urinaria) o misti;
- Come per qualsiasi altro dolore, fattori psico-socio-spirituali possono esacerbare la percezione e l'espressione del DEI;
- Dolore dovuto alla malattia stessa, al suo trattamento o dovuto all'evoluzione di un'altra malattia o a condizioni preesistenti;
- Da notare che il dolore cronico continuo può portare ad una sensibilizzazione del sistema nervoso centrale ed a un fenomeno di wind-up, con conseguente esacerbazione del dolore, incluso il DEI.

Dolore incidente

Definito come un DEI, scatenato da una qualsiasi attività, per esempio un movimento, caricare o tossire. E' importante identificarlo, poiché può essere difficile da controllare e può portare di conseguenza ad un aumento significativo delle dosi di oppioidi della terapia di base (il medico aumenta il dosaggio di base nel tentativo di controllare il DEI), causando sonnolenza e altri effetti secondari, senza migliorare sensibilmente il DEI.

Considerare:

- Trattamento preventivo con una dose di riserva prima dell'attività (5-20 minuti a dipendenza del farmaco, della sua rapidità d'azione e della via di somministrazione) evitando, possibilmente, le attività che lo scatenano (vedi sotto TRATTAMENTO).

TRATTAMENTO (COME)

A: Gestione del DEI

Passo 1: Screening e vigilanza attenta

Indagare specificatamente il DEI, poiché i pazienti non lo riferiscono spontaneamente, e portare a termine una valutazione completa ed accurata del dolore.

Passo 2: Prescrivere una dose d'analgesico in riserva

In linea con le raccomandazioni dell'OMS, ottimizzare il controllo del dolore di base con una terapia antalgica fissa e prescrivere dosi di riserva da usare quando necessario. Prescrivere la dose di riserva anche se il paziente non sembra avere al momento un DEI, fare come se potesse cominciare ad averne. [Da notare che le dosi di riserva possono essere usate come misura transitoria per controllare il dolore di base, quando questi peggiora, fino al momento in cui la terapia antalgica di base può essere rivalutata ed i dosaggi possono essere corretti secondo necessità. In questo caso, l'aumento della dose di base è spesso calcolato secondo il numero di dosi di riserva utilizzate].

Quale analgesico?

Generalmente, prescrivere per il DEI lo stesso analgesico utilizzato per la terapia di base. Se la terapia antalgica di base comprende la morfina, usare una formulazione di morfina ad immediato rilascio quale riserva per il DEI. Se la terapia antalgica di base è paracetamolo (nel caso di dolori moderati), usare paracetamolo anche per il DEI.

Terapia antalgica di base con analgesici del primo gradino della scala OMS

Se si utilizzano farmaci come il paracetamolo oppure antinfiammatori non steroidei, verificare che non si sia superato il dosaggio massimo giornaliero (dosi regolari + dosi di riserva).

Terapia antalgica di base con analgesici del secondo e terzo gradino della scala OMS

Prescrivere una formulazione ad immediato rilascio (effetto rapido) dello stesso tipo d'oppioide che per la terapia antalgica di base.

Eccezioni:

- Fentanyl transdermico (Durogesic®)

Usare una formulazione ad immediato rilascio di un oppioide come la morfina, l'ossicodone oppure l'hydromorfone. La dose di conversione con ossicodone o hydromorfone può essere variabile e si consiglia di chiedere un parere all'equipe consulente di cure palliative o di terapia antalgica.

- Buprenorfina transdermica (Transtec®)

Si dovrebbe usare la formulazione sublinguale di buprenorfina (Temgesic). E' consigliato un intervallo minimo di

6 ore tra una somministrazione e l'altra. Fare riferimento alle tabelle di conversione equianalgetiche per calcolare la dose di riserva corretta in relazione alla terapia antalgica di base.

– Nel caso del Metadone, quest'ultimo può essere usato per il dolore episodico intenso per la sua eccellente biodisponibilità e la sua relativamente rapida efficacia. L'intervallo ottimale tra una dose e l'altra non è tuttora chiaramente definito. Spesso per le dosi di riserva si parla di un intervallo di 2 a 3 ore, quando è necessario ripetere. In ogni caso, per un dolore episodico intenso in pazienti che richiedono molte dosi di riserva al giorno (p.es. più di 5 o 6 al giorno) sembra essere più sicuro l'utilizzo di un oppioide alternativo, come la morfina o l'idromorfone, poiché questi oppioidi non si accumulano in maniera così spiccata quanto il metadone.

– Il DEI a rapida insorgenza, di grande intensità e breve durata, può richiedere un oppioide con una rapidità d'azione elevata ma breve (vedi sezione C).

Formulazione: E' richiesta una formulazione ad immediato rilascio (ad azione rapida).

Via di somministrazione: La via perorale è di solito quella di prima scelta poiché conveniente e generalmente efficace.

Nei seguenti casi può rendersi necessario l'utilizzo di un'altra via di somministrazione (p.es. SC, IV, o sublinguale):

- se il paziente non è in grado di assumere la terapia per os
- se necessaria un'analgesia molto rapida (p.es. crisi di dolore).

La scelta della via alternativa dipende da fattori come l'ambito di cura (es. IV non è generalmente possibile a domicilio) ed alla disponibilità della formulazione dell'oppioide. Da notare che la via intramuscolare è in ogni caso sempre da evitare.

Dose

Se si utilizza un farmaco non oppioide

Prescrivere la metà oppure la dose intera corrispondente alla singola dose fissa che si somministra per controllare il dolore di base.

Se si utilizza un farmaco oppioide

Prescrivere una dose equivalente al 10-15% della dose totale della terapia antalgica di base data nelle 24 ore.

Esempio: se un paziente riceve 90mg di morfina a lento rilascio ogni 12 ore per os (dose totale giornaliera di 180mg per os), la prescrizione della dose di riserva sarà di circa 20-30mg di morfina ad immediato rilascio, per os, ripetibile ogni ora secondo bisogno.

Adeguare la dose di riserva in modo che sia facilmente utilizzabile.

Esempio: se il 10% della dose totale giornaliera equivale a 9mg di un farmaco oppioide specifico, e quest'oppioide è disponibile solo al dosaggio di 10 mg, prescrivere al suo posto 10mg al bisogno. Da notare che è disponibile la formulazione di pastiglie di morfina ad immediato rilascio, che possono essere usate come dose di riserva per os, in particolare se si utilizzano incrementi di dose a passi di 5mg.

Da notare che il 10-15% è solamente un punto di partenza. La dose di riserva deve essere adeguata (titolata) verso l'alto o verso il basso (range 5-20%). Dopo aver iniziato con un 10%, il paziente potrebbe indicare che la dose era inefficace, nel qual caso può essere aumentata fino al 15% o 20% della dose totale quotidiana. Viceversa, con la stessa riserva del 10% della dose totale quotidiana, il paziente potrebbe già fin dall'inizio beneficiare di un buon controllo del dolore ma diventare più sonnolente. In questo caso, considerare la riduzione della dose di riserva al 5% della dose totale giornaliera.

Frequenza delle dosi

Se si utilizza un farmaco non oppioide

A dipendenza delle proprietà farmacocinetiche del farmaco, di solito la dose di riserva può essere somministrata ogni 4 ore al bisogno. Verificare che non sia superato il dosaggio massimo giornaliero. Se ciò succede, prendere in considerazione il cambiamento della terapia antalgica su farmaci del II o III gradino della scala OMS.

Se si utilizza un farmaco oppioide

Dipende dalle proprietà farmacocinetiche del tipo d'oppioide.

- Sia per os che sottocute, morfina, hydromorfone, ossicodone e codeina possono essere somministrati ogni ora secondo necessità. Nel caso del metadone, è consigliato invece un intervallo di 3 ore tra una dose di riserva e l'altra; in determinati casi quest'intervallo può essere ridotto, ma si consiglia di chiedere prima il parere dei consulenti in cure palliative.
- In alcune situazioni eccezionali l'intervallo tra le dosi di riserva deve essere ancora più ridotto. Consultare un Servizio di cure palliative, se ciò succede, poiché in questi casi va considerato l'utilizzo di un oppioide alternativo che abbia un effetto rapido e di breve durata, come il fentanyl.

Numero di dosi

Il numero di dosi di riserva richiesto dai pazienti varia da situazione a situazione. Se il dolore di base è ben controllato,

il numero delle dosi di riserva somministrate nelle 24 ore dovrebbe essere idealmente uguale o inferiore a 3. In altre parole, in una situazione di dolore di base ben controllato, un paziente dovrebbe normalmente usare non più di 3 riserve al giorno per il DEI. Se il paziente richiede più di 3 riserve al giorno, bisogna procedere ad una rivalutazione del dolore. Se la terapia antalgica di base non è ottimale, il dosaggio di base deve essere aumentato con un conseguente ri-adequamento della dose di riserva. Se il dolore di base è ben controllato (vale a dire se la terapia antalgica di base è già ottimale), allora solo la dose di riserva va aumentata, senza aumenti della terapia di base.

Le ragioni per cui pazienti richiedono più di 3 riserve al giorno possono essere:

1. un dolore di base non controllato;
2. un DEI non controllato;
3. sconforto psicologico o dolore totale (una diagnosi per esclusione, nel senso che innanzitutto bisogna escludere i primi due motivi, prima di considerare questo ultimo).

Da notare:

Rivalutare la strategia di trattamento, se

- sono usate 3 o più dosi di riserva nelle 24 ore per un periodo di più di 2 giorni di seguito;
- Ricordarsi di adeguare la dose di riserva (5%-20%) al dosaggio della terapia antalgica di base, se quest'ultima viene aumentata o ridotta.

Passo 3: Prendere in considerazione misure non farmacologiche

Tutta una serie di misure non farmacologiche dovrebbero essere prese in considerazione. Alcune sono generali per una gestione del dolore in generale (p.es. terapie di rilassamento e diversionali incluso massaggio, musica- e arteterapia). Misure più specifiche sono elencate nella sezione B, passo 4.

Passo 4: Istruire ed informare il paziente, familiari e curanti

- Spiegare che il DEI è un tipo di dolore che può succedere che arrivi e spiegare anche come riconoscerlo;
- Spiegare la terapia antalgica incluso l'uso adeguato delle dosi di riserva, come pure le misure non farmacologiche;
- Incoraggiare il paziente ad usare un diario del dolore;
- Spiegare cosa deve valutare: intensità e frequenza del DEI, quante dosi ed efficacia degli analgesici di riserva usati nelle 24 ore;
- Assicurarsi che tutti i curanti siano ben informati degli obiettivi comuni e delle strategie in atto per raggiungerli.

B: Gestione del DEI persistente malgrado somministrazione delle riserve

Passo 1: Rivalutare il dolore di base e ottimizzare il suo trattamento.

Una delle cause più comuni del DEI è un dolore di base non sufficientemente ben controllato. Per cui

- Rivalutare sempre il dolore di base ed ottimizzare il suo trattamento;
- Altri interventi palliativi come una radioterapia palliativa possono essere d'aiuto in certe situazioni (vedi sezione C).

Ricordarsi di aumentare la dose di riserva se il dosaggio della terapia antalgica di base è stato aumentato (10%, con range di 5% -20% come descritto in precedenza, della dose totale giornaliera della terapia antalgica di base).

Dolore da fine dose

È un dolore che peggiora diverse ore prima dell'orario previsto per la prossima somministrazione della dose fissa della terapia antalgica di base. Succede circa a 5-10% dei pazienti in terapia con oppioidi a lento rilascio.

La causa più frequente è la dose inadeguata della terapia antalgica di base. Perciò in primo luogo escludere un dosaggio subottimale della terapia antalgica di base, prima di concludere che si tratti di un dolore da fine dose. Se, malgrado l'aumento del dosaggio della terapia di base, il dolore continua a presentarsi prima dell'orario previsto per la prossima somministrazione, è probabile che si tratti di un reale dolore da fine dose e vanno accorciati gli intervalli tra una dose fissa e l'altra (p.es. ogni 8 ore al posto di ogni 12 ore nel caso di formulazioni a lento rilascio di morfina, hydromorfone, ossicodone e codeina; ogni 48 ore al posto di ogni 72 ore nel caso di fentanyl e buprenorfina transdermici).

Esempio per definire l'origine del dolore da fine dose:

Se un paziente riceve 100mg di morfina a lento rilascio ogni 12 ore, innanzitutto aumentare la singola dose a 120mg o 130mg mantenendo lo stesso intervallo di 12 ore. Se il controllo del dolore continua ad essere insoddisfacente prima dell'orario della prossima dose fissa, è probabile che si tratti di un dolore da fine dose. Questo principio si applica anche per i sistemi transdermici di fentanyl o buprenorfina.

Passo 2: Eseguire un'accurata valutazione del DEI

- Valutare il DEI. Nel caso di parecchi tipi di DEI differenti con diverse localizzazioni in contemporanea, rivalutarli uno per uno.
- Usare lineeguida comunemente conosciute per valutare il dolore. Identificare la localizzazione, intensità,

durata, frequenza, irradiazione, fattori scatenanti, trattamento precedente ed impatto sullo stato funzionale e sul tono dell'umore.

- Esaminare il diario del dolore.
- Istruire il paziente, i familiari e l'equipe curante a valutare e documentare l'efficacia delle dosi di riserva nel diario o nella cartella del paziente. Un riesame andrebbe fatto circa 30-60 minuti dopo aver dato la dose.

Passo 3: Ottimizzare la dose di riserva

Vedi passo 2 nella sezione A. La dose richiede di essere adeguata gradualmente come descritto nei paragrafi intitolati «Dose» e «Frequenza delle dosi». Un oppioide alternativo può essere necessario se il DEI continua ad essere difficile da controllare (vedi sezione C).

Sebbene il controllo del DEI sia solitamente in stretta relazione con l'adeguamento della terapia antalgica farmacologica, in alcuni casi eccezionali dovrebbero essere presi in considerazione altri tipi d'interventi (p.es. chirurgia o neurochirurgia palliativa, trattamenti anestetici o di radiologia interventistica) (vedi sezione C).

Passo 4: Trattamento preventivo del DEI incidente

Misure farmacologiche

Somministrare una dose di riserva prima di svolgere attività suscettibili di scatenare un DEI incidente. Nel caso di somministrazione per os, la dose va data solitamente circa 20-30 minuti prima di iniziare l'attività, mentre è sufficiente un anticipo di 10-15 minuti, se somministrazione parenterale.

Se il dolore incidente è notevole in un paziente che riceve una terapia antalgica del I gradino della scala OMS, prendere in considerazione il passaggio a terapie del II o III gradino. Nell'evenienza, poco probabile, in cui il dolore di base fosse ben controllato con farmaci del I gradino della scala OMS ma rimanesse problematico il DEI, considerare la possibilità di utilizzare un oppioide solo per la dose di riserva per il DEI.

Se il dolore subentra con la defecazione, adeguare la terapia lassativa al fine di rendere le feci più morbide.

Misure non farmacologiche

Evitare o limitare quelle attività che scatenano il dolore.

Per esempio, usare tecniche che includono il far rotolare il paziente sul lato per cambiare posizione in un paziente allettato che ha dolori al movimento. Nella fase terminale (ultime ore – giorni) limitare procedure o cure che possono arrecare fastidio.

Nel dolore incidente da carico, in particolare in strutture ossee deputate a sopportare carichi importanti (p.es. bacino, femore): prendere in considerazione la possibilità di non caricare peso su queste ossa, finché non sia stato valutato il rischio di frattura patologica e non siano stati

avviati i trattamenti appropriati (bisfosfonati, radioterapia palliativa, chirurgia, vedi sezione C).

Preparare un programma della giornata per il paziente. Se il dolore peggiora in certi momenti della giornata, cambiare la sequenza degli impegni, così da ridurre al minimo possibile gli episodi di dolore.

A dipendenza della situazione, prendere in considerazione misure come la fisioterapia oppure la terapia occupazionale, pensare a coinvolgere una dietista o una logopedista per pazienti con dolori alla deglutizione, proporre misure di rilassamento e terapia diversionale.

Affrontare i problemi di natura psico-socio-spirituale che possono modulare l'esperienza del dolore e la sua espressione. Rassicurare il paziente.

Passo 5: Assicurarsi che i seguenti principi siano seguiti

- Negoziare una strategia che sia realistica ed accettabile per il paziente ed i suoi familiari
- Individualizzare la strategia di trattamento secondo i bisogni, le risorse e la situazione del singolo paziente e della sua famiglia. Assicurarsi che la strategia sia adeguata, vale a dire farmaco e via di somministrazione appropriati
- Laddove è possibile, incoraggiare il paziente all'autonomia, dando a lui il controllo sulle dosi di riserva
- L'uso del placebo non è eticamente accettabile al di fuori di un contesto di ricerca dove il paziente firma un consenso informato
- Documentare tutti gli interventi, incluso dosi, motivi per intervenire e gli effetti.

C: Gestione del DEI molto difficile da controllare

Nel caso di un DEI difficile da controllare, rivalutare sempre il dolore di base ed il suo trattamento, come pure la terapia in corso per il DEI; se queste misure non portano ad un miglior controllo del DEI, considerare una o più delle seguenti ulteriori misure. A questo punto, richiedere in ogni caso la consulenza di un Servizio di cure palliative o di terapia antalgica.

Via di somministrazione parenterale (SC o EV).

In certi casi, il DEI può raggiungere una notevole intensità nel giro di pochi minuti. La via per os (descritta in precedenza) può essere troppo lenta. In questi casi eccezionali va considerata una via di somministrazione parenterale. Da notare che la somministrazione SC è generalmente altrettanto efficace e sicura della via EV e molto più facile e conveniente da usare. E' vero che la velocità d'azione è maggiore con la via EV (alcuni minuti) che con la via SC ma questa differenza non è, dal punto di vista clinico, generalmente significativa, se non in casi in cui l'insorgenza

del DEI sia estremamente rapida, molto intensa e imprevedibile. Da notare pure che il volume della dose data per via SC non dovrebbe superare alcuni millilitri (2ml - 5ml), poiché volumi maggiori possono risultare sgradevoli per il paziente.

Fentanyl transmucoale

Esiste una formulazione di Fentanyl che si basa sulla somministrazione del farmaco attraverso la mucosa orale per mezzo di una specie di lecca-lecca, ma il suo costo è proibitivo (i dosaggi disponibili sono di 200, 400, 600, 800, 1200 e 1600 µg). Questo lecca-lecca deve essere sfregato dolcemente contro la parte interna della guancia finché la sostanza si è dissolta. La velocità d'azione è di 5-10 minuti. Evitare di usarlo in pazienti che hanno una mucosite, poiché può causare dolore localmente. Il calcolo della dose di riserva adeguata è diverso da quel «10-15% della dose totale» raccomandato solitamente. La dose di riserva efficace non dipende dalla dose totale quotidiana della terapia analgesica fissa, ma va titolata gradualmente partendo dalla dose più bassa, cioè 200µg. Può essere data in modo sicuro ogni 60 minuti, ma nel caso di crisi di DEI la latenza di tempo tra una riserva e l'altra può essere diminuita previo consulenza di un Servizio specialistico di Cure palliative (vedi sezione D). Se l'effetto antalgico rimane modesto anche dopo 2-3 dosi, considerare l'aumento al dosaggio successivo (400 µg in questo caso).

L'utilizzo di questa formulazione dovrebbe generalmente essere limitato a situazioni di dolore stabile.

Da notare che il fentanyl non dovrebbe essere deglutito, poiché la biodisponibilità della sostanza in tal caso è veramente molto diminuita.

Chirurgia ortopedica palliativa

In alcuni casi, solo l'intervento chirurgico offre una terapia definitiva per controllare il dolore e permettere la mobilità, p. es. nel caso di DEI d'intensità severa in relazione ad una frattura patologica.

Da considerare pure, in situazioni ben selezionate, l'intervento chirurgico preventivo allo scopo di impedire la frattura.

Chirurgia generale palliativa

Nel caso di dolore incidente severo durante la defecazione (p.es. tumore pelvico esteso che invade il retto), una colostomia può offrire a qualche paziente selezionato un alleviamento rilevante della sofferenza. Da notare che se il dolore è da tenesmo (sensazione di doversi scaricare e non riuscirvi), una colostomia non apporterà necessariamente un gran sollievo.

Ossido nitrico

Ci sono alcune segnalazioni circa l'uso dell'ossido nitrico per gestire un DEI difficile, in situazioni particolari come il cambio di medicazioni d'ulcerazioni molto dolenti

oppure il posizionamento. Come giungere al dosaggio ottimale non è però chiaro. (Adatto soprattutto in pediatria)

Oppioidi topici

Ci sono alcune segnalazioni circa l'uso d'oppioidi topici (p.es. gel di morfina) applicati su ulcerazioni dolorose. Sono necessarie nuove ricerche. Sono state proposte soluzioni dall'1% fino al 5%, ma il dosaggio ottimale non è chiaro.

Analgesia intraspinale (epidurale o intratecale)

Cateteri intraspinali (epidurali o intratecali) con anestetico locale ± oppioidi possono essere utili in qualche caso selezionato, p.es. nel caso d'estese masse pelviche o frattura patologica del ramo ischio pubico.

Procedure neurochirurgiche e radiologiche interventistiche.

Le opzioni più comuni sono i blocchi dei plessi nervosi. Alcuni blocchi come il blocco intercostale per metastasi costali sono solitamente solo temporanei e non a lungo termine.

Sono stati riportati casi in cui il blocco continuativo del plesso brachiale attraverso un catetere si è dimostrato efficace in dolori severi del braccio o da coinvolgimento del plesso brachiale. Il blocco del plesso celiaco può essere utile in dolori severi da malattia nella parte superiore dell'addome e dovuti a tumore pancreatico. Le complicazioni potenziali sono l'ipotensione ortostatica e diarrea. Se il paziente è sottoposto a laparotomia, il blocco del plesso può essere attuato durante l'intervento. Opzioni usate meno frequentemente comprendono la rizotomia dorsale (la resezione chirurgica dei nervi sensitivi al loro ingresso nel midollo spinale), la laminectomia e la cordotomia. La vertebroplastica e cifoplastica (che comporta l'iniezione, guidata sotto TAC, di piccoli volumi di cemento osseo nelle lesioni metastatiche dolorose vertebrali) sono più e più usate. Necessario far riferimento agli specialisti dei rispettivi campi.

In tutti questi casi è necessaria una selezione accurata.

Da notare: La chirurgia va considerata solo in pazienti selezionati, in condizione di poter affrontare un intervento chirurgico ed ove sia prevedibile un controllo efficace del dolore e un miglioramento della qualità di vita. Una sopravvivenza attesa di settimane o mesi non è necessariamente una controindicazione alla chirurgia. Come per qualsiasi altro trattamento, i potenziali benefici auspicati vanno confrontati con i rischi potenziali.

Non farmacologico

Fare riferimento agli interventi non farmacologici nella sezione B.

D: Gestione della crisi del DEI

Questa sezione è dedicata ai momenti di crisi dove il paziente ha un dolore estremamente importante quale esito di un problema acuto come una frattura patologica.

Farmacologicamente

Il principio generale è di ottenere un controllo del dolore tempestivo. Ciò richiede generalmente una strategia che consiste nella titolazione rapida di una dose di riserva di un oppioide somministrato per via parenterale. In ogni caso, una titolazione rapida della dose richiede speciali precauzioni ed esperienza per evitare un sovradosaggio. Di solito il farmaco usato in queste situazioni è la morfina.

In queste situazioni il fentanyl dato SC o IV, può portare dei vantaggi. E' forte, entra rapidamente in azione ed ha un'emivita più breve della morfina, permettendo così una titolazione più rapida per raggiungere in fretta la dose efficace. Può essere dato anche se il paziente sta ricevendo un altro oppioide o analgesico per il DEI. Comunque, non è un farmaco accessibile ovunque, in particolare al domicilio, e richiede competenze e mezzi speciali.

Altri interventi

In situazioni estremamente difficili, specialisti di cure palliative e di terapia antalgica hanno altre strategie utilizzabili, ad esempio farmaci come la ketamina. Comunque, sono richieste precauzioni speciali e i dosaggi usati sono inferiori a quelli anestesiológicos. Alcuni suggeriscono l'utilizzo di benzodiazepine come terapia adiuvante. Questo approccio è però piuttosto controverso.

Ringraziamenti**Autori delle queste raccomandazioni sono:**

Beate Augustyn, infermiera; Eva Balmer, medico; Sylviane Bigler, infermiera; Daniel Büche, medico; Helen Bühler, infermiera; Sophie Ducret, infermiera; Monica Escher Imhof, medico; Steffen Eychmüller, medico; Claudia Gamondi, medico; Grégoire Grémaud, medico; Heike Gudat, medico; Marianne Lang, medico; Luisella Manzambi, infermiera; Bea Marx, infermiera; Ruth Merk, infermiera; Karine Moynier, medico; Nathalie Murith, medica; Jacqueline Pécaut, infermiera; José Pereira, medico; Patricia Perraudin, infermiera; Claudia Pesenti, infermiera; Jacques-Antoine Pfister, medico; Daniel Rauch, medico, Martin Rhyner, medico; Christine Schmid Pasquier, infermiera; Nathalie Steiner, medico; Sylvie Wermeille, infermiera.

Responsabile per le raccomandazioni:

Steffen Eychmüller

Il gruppo di redazione:

Claudia Gamondi, Heike Gudat, Nathalie Murith, José Pereira (moderatore), Bea Marx, Patricia Perraudin, Claudia Pesenti, Sylvie Wermeille.

Redazione finale:

Hans Neuenschwander