

Konsens einer Expertengruppe von palliative.ch, Schweiz. Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung, zur «best practice» für Palliative Care in der Schweiz

Ein Projekt im Rahmen der Qualitätsförderung von Palliative Care in der Schweiz

WAS IST DAS PROBLEM?

Definition

Durchbruchschmerz (DBS) ist ein vorübergehender, starker Schmerzanstieg bei sonst gut kontrolliertem Basisschmerz.^{1,2}

Bedeutung

Vor allem schwere und unkontrollierte DBS vermindern die Lebensqualität der Betroffenen signifikant. Sie führen zu psychischem und möglicherweise auch zu existentiellen Stress. Daher erfordern sie promptes Handeln.

Prävalenz

Bei Patienten mit rasch fortschreitender unheilbarer Erkrankung sind DBS häufig (40 - 80% aller Palliativpatienten).

Klinik

Häufigkeit und Dauer: Variabel, viele bis mehrere Male pro Tag und Sekunden bis mehrere Stunden anhaltend.

Intensität: Definitionsgemäss intensiver als der Basisschmerz und von mild bis stark reichend.

Vorhersehbarkeit: DBS treten oft unvermittelt auf, d.h., ohne erkennbaren Auslöser. Dem so genannten inzidental Schmerz (einer Unterform des DBS), gehen bestimmte Aktivitäten voraus, er ist daher vorhersehbar.

Auslösende Faktoren: Je nach Grunderkrankung und involvierten Strukturen:

- Aktivitäten wie Gehen, Lasten tragen, Erbrechen, Pressen, Husten, Schlucken und tiefe Inspiration.
- Passive Bewegungen wie Lagerung im Bett (besonders bei Patienten mit extensiver Knochenmetastasierung).

Qualität und Ursprung: Einfach oder gemischt neuropathisch, nozizeptiv, somatisch oder viszeral (kolikartig oder nicht kolikartig).

Zeitlicher Verlauf: Meistens rascher Beginn und Anstieg (innert Sekunden oder Minuten), seltener schleicher Beginn mit langsamem Anstieg über mehrere Minuten.

URSACHEN UND MECHANISMEN

Analog zu den Ursachen für die Basisschmerzen, sind mehrere gleichzeitige Auslöser möglich:

- Mechanismen: neuropathisch (Nervenschädigung), somatisch (Gewebeschaden), viszeral (viszerale Organe und Strukturen) oder gemischt;
- Wie bei allen Schmerzen, können psycho-sozio-spirituelle Faktoren die Empfindlichkeit gegenüber DBS verstärken;
- tumorbedingt;
- therapiebedingt;
- durch eine andere Krankheit bedingt;
- Beachte: chronisch persistierende Schmerzen können zu einer zentralnervösen Schmerzsensibilisierung («wind-up») führen und damit auch DBS verstärken.

Inzidental Schmerz

Definiert als DBS, der durch Aktivitäten ausgelöst wird, wie Bewegungen, Lasten tragen oder Husten. Seine Identifizierung ist wichtig, da er schwer kontrollierbar sein und zu einem erhöhten Grundverbrauch an Opioiden führen kann. Die Dosiserhöhung kann zu vermehrter Somnolenz oder anderen Nebenwirkungen führen, ohne den DBS entscheidend zu beeinflussen.

Beachte:

- Prophylaktische Behandlung mittels Reserve-Dosis vor der vorhersehbaren Aktivität (5-20 Minuten, je nach Substanz und Applikationsform) oder, falls möglich, Vermeiden der auslösenden Aktivität (siehe unten).

1 Synonyma: «vorübergehender Schmerz» oder «Durchgangsschmerz». Der Terminus «Durchbruchschmerz» sollte bevorzugt werden.

2 Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass der Basisschmerz gut unter Kontrolle ist. Andernfalls sollten sich die Massnahmen auf die Behandlung des Basisschmerzes konzentrieren, bevor der Fokus auf den Durchbruchschmerz gelegt wird.

WAS TUN?

A: Management bei DBS

Schritt 1: Suche und bleibe wachsam

Suche spezifisch nach DBS, denn Patienten berichten möglicherweise nicht spontan darüber.

Schritt 2: Verschreibe eine Reservedosis für DBS («Schmerzreserve»)

Optimiere die Kontrolle der Basisschmerzen gemäss Richtlinien der WHO mit einer regelmässigen Analgetikagabe und mit einer Reservedosis für Schmerzen (auch «Schmerz-Reserve» genannt). Verordne eine Reservedosis auch dann, wenn der Patient aktuell keine DBS aufweist. DBS könnten im Verlauf auftreten.

Beachte, dass Reservedosen überbrückend auch dazu benutzt werden können, einen ansteigenden Basisschmerz zu kontrollieren, bis die Grunddosis reevaluiert und angepasst ist. In der Regel erhöht sich die neue Grunddosis (an Opioiden) auf Grund der applizierten Reservegaben.

Welches Analgetikum?

Verschreibe grundsätzlich das gleiche Analgetikum wie für die Therapie der Basisschmerzen. Falls für den Basisschmerz Morphin eingesetzt wird, verwende als Schmerzreserve kurzwirksames Morphin. Falls der Basisschmerz mit Paracetamol behandelt wird (bei milden Schmerzen), verwende für DBS ebenfalls Paracetamol.

Therapie des Basis-Schmerz mit Analgetika der WHO-Stufe I

Falls Medikamente wie Paracetamol oder nicht-steroidale Antirheumatika (NSAR) eingesetzt werden, darf die zulässige Tagesdosis nicht überschritten werden (Basis-UND Reservedosis).

Therapie des Basis-Schmerz mit Opioiden der WHO-Stufe II oder III

Verschreibe eine kurz wirksame Formel (mit raschem Wirkungseintritt) des selben Opioidtyps wie für den Basisschmerz.

Ausnahmen:

- Transdermales Fentanyl (Durogesic®)

Verwende eine kurz wirksame Form von Morphin, Hydromorphon oder Oxycodon. Die Umrechnung des benötigten Oxycodons oder Hydromorphons kann schwierig sein. Unter Umständen sollte dafür ein Palliativmediziner oder Schmerz-Spezialist zugezogen werden.

- Transdermales Buprenorphin (Transtec®)

Verwende die sublinguale Form von Buprenorphin (Temgesic). Ein minimales Intervall von 6 Stunden zwischen den Gaben wird empfohlen. Mittels Umrechnungstabel-

len kann die äquivalente Reservedosis aus der Grunddosis errechnet werden.

- Methadon

Methadon kann wegen seiner hohen Bio-Verfügbarkeit und seinem relativ raschen Wirkungseintritt ebenfalls gut gegen DBS eingesetzt werden. Das optimale Dosierungsintervall für Reservedosen ist unklar. Häufig wird ein Intervall von 2 bis 3 Stunden verwendet. Dennoch ist es vermutlich sicherer, für DBS ein alternatives Opioid wie Morphin oder Hydromorphon zu verwenden, wenn pro Tag mehrere Reservedosen nötig sind (mehr als 5 oder 6 Reservedosen), da letztere weniger akkumulieren als Methadon.

- Bei sehr rasch einsetzenden, intensiven und kurz dauernden DBS empfiehlt sich möglicherweise ein Opioid mit sehr rasch einsetzender, aber dafür kurzer Wirkung (siehe Abschnitt C).

Applikationsform:

Die orale Route wird bevorzugt wegen einfacher Handhabung bei generell guter – Wirksamkeit.

Eine alternative Route (SC, IV oder buccal) kann nötig werden, wenn:

- der Patient auf oralem Weg nichts mehr einnehmen kann;
- ein sehr rascher Wirkungseintritt erforderlich ist (Schmerzkrise);

Die Wahl der alternativen Route hängt von verschiedenen Faktoren ab wie der Medikamentenverfügbarkeit und dem Setting (IV-Route bei Betreuung zu Hause oft unmöglich). Intramuskuläre Applikationen sind zu vermeiden.

Dosierung:

Nicht-Opiode

Verschreibe die halbe bis ganze Dosis der regulären Einzeldosis, die für den Basisschmerz eingesetzt wird.

Opiode

Verschreibe eine Reservedosis, die äquivalent ist zu 10-15% der täglichen Grunddosis.

Beispiel: Bei einem Patienten unter 90 mg langwirksamem Morphin alle 12 Stunden peroral (Tagesdosis 180 mg oral) beträgt die Reservedosis mit oralem kurzwirksamem Morphin 20-30 mg bis maximal ein-stündlich.

Runde Reservedosen zu einer praktischen Zahl auf oder ab.

Beispiel: Wenn die errechnete Reservedosis des Opioids 9 mg beträgt, das Opioid aber in einer Darreichungsform von 10 mg vorliegt, dann runde die Reservedosis auf 10 mg auf. Beachte, dass kurzwirksames Morphin auch in Tablettenform erhältlich und als Reserve-Medikament geeignet ist (geringste Dosierung 5 mg).

Beachte, dass 10-15% lediglich ein Ausgangswert sind. Die Reservedosis kann höher oder niedriger titriert werden (zwischen 5-20%). Gibt der Patient unter einer Reservedosis von 10% einen ungenügenden Effekt an, sollte die sie auf 15 oder sogar 20% der täglichen Grunddosis erhöht werden. Umgekehrt kann der Patient unter 10% der täglichen Grunddosis eine gute Schmerzkontrolle, aber auch vermehrte Somnolenz angeben. In diesem Fall sollte die Reservedosis versuchsweise auf 5% der Grunddosis reduziert werden.

Dosisintervall:

Nicht-Opioide

Je nach pharmakokinetischen Eigenschaften des Analgetikums, in der Regel bis vierstündlich. Die maximal erlaubte Tagesdosis darf nicht überschritten werden. Andernfalls Wechsel auf ein Analgetikum der WHO-Stufe II oder III erwägen.

Opioide

Je nach pharmakokinetischen Eigenschaften des betreffenden Opioids.

- Orale oder subkutane Gabe: in der Regel bis einstündlich wiederholbar; dies gilt für Morphin, Oxycodon, Hydromorphon und Codein. Bei Methadon wird ein minimales Intervall von 3 Stunden empfohlen.
- In Ausnahmefällen kann ein kürzeres Intervall der Schmerzreserve-Gaben nötig sein. In diesem Fall wird die Rücksprache mit einem palliativmedizinischen oder auf Schmerzen spezialisierten Konsiliardienst empfohlen.

Anzahl Dosen:

Variiert individuell. Bei gut kontrolliertem Basisschmerz treten innert 24 Stunden idealerweise nicht mehr als 3 Schmerzdurchbrüche auf. Anders gesagt, auch bei gut eingestelltem Basisschmerz sind bis zu 3 Schmerzreserve-Gaben pro Tag tolerierbar. Bei Patienten mit mehr als 3 Reserve-Einnahmen sollte die Schmerztherapie reevaluiert werden. Wenn die Basistherapie suboptimal ist, müssen die Grunddosis und entsprechend dazu die Reservedosen erhöht werden. Wenn der Basisschmerz gut kontrolliert ist, muss unter Umständen die Einzeldosis bei Durchbruchschmerzen erhöht werden, ohne die Basistherapie zu verändern.

Gründe für die Einnahme von mehr als 3 Reservedosen pro Tag:

1. Schlecht kontrollierter Basisschmerz;
2. Schlecht kontrollierter Durchbruchschmerz;
3. Psychologischer Stress oder existentielles Leiden (Ausschlussdiagnose nach Ausschluss der beiden erstgenannten Gründe).

Merke:

Reevaluiere die Behandlungsstrategie, wenn 3 oder mehr Reservegaben innert 24 Stunden und an zwei aufeinander folgende Tage benötigt wurden

- **Denke daran, die Reservedosen (5-20%) an die tägliche Grunddosis anzupassen, wenn diese erhöht oder reduziert wird.**

Schritt 3: Erwäge nicht-pharmakologische Massnahmen

Es stehen verschiedene nicht-pharmakologische Massnahmen zur Verfügung. Manche sind genereller Natur (bspw. Dehnungs- und Entspannungsmassnahmen inklusive Massage, Musik- und Kunsttherapie). Andere, spezifischere Massnahmen sind unter Abschnitt B, Schritt 4, aufgelistet.

Schritt 4: Instruiere und informiere Patient, Angehörige und Behandelnde

- Erkläre, dass Durchbruchschmerzen vorkommen können und wie man sie erkennt.
- Erkläre die Therapie, den richtigen Einsatz von Reservedosen und von nicht-pharmakologischen Massnahmen.
- Erkläre, wie man Stärke und Häufigkeit von Durchbruchschmerzen misst, Reservedosen berechnet und deren Wirksamkeit beurteilt
- Ermutige, ein regelmässiges Schmerztagebuch zu führen.
- Stelle sicher, dass alle Behandelnden informiert sind und dass alle die gleichen Ziele verfolgen.

B: Management von persistierenden Durchbruchschmerzen

Schritt 1: Reevaluiere den Basisschmerz und optimiere dessen Behandlung

Einer der häufigsten Ursachen von DBS ist ein schlecht kontrollierter Basisschmerz. Daher:

- Reevaluiere immer erst den Basisschmerz und optimiere die Basistherapie.
- Andere palliativmedizinische Interventionen, wie palliative Radiotherapie, könnten hilfreich sein (siehe Abschnitt C).

Denke daran, zusammen mit Erhöhung der Basistherapie immer auch die Reservedosis zu erhöhen (in der Regel 10% der täglichen Grunddosis, siehe oben).

«End of dose»-Schmerz

Damit werden Schmerzen bezeichnet, die regelmässig einige Stunden vor der nächsten Medikamentengabe der Basistherapie auftreten. Sie werden bei rund 5-10% aller Patienten mit langwirksamer Opioidtherapie beobachtet. Der häufigste Grund ist eine zu niedrig dosierte Basisthe-

rapie. Dies muss ausgeschlossen werden, bevor ein echter «End of dose»-Schmerz postuliert wird. Erst wenn die Grunddosis erhöht wurde und dann immer noch Schmerzen vor der nächsten regulären Opioidgabe auftreten, darf von einem «End of dose»-Schmerz ausgegangen und das Intervall der regelmässigen Opioidgaben für die Basistherapie verkürzt werden: bei langwirksamem Morphin, Hydromorphon, Oxycodon und Codein Gabe alle 8 Stunden anstatt alle 12 Stunden; bei transdermalem Fentanyl und Buprenorphin alle 48 Stunden anstatt alle 72 Stunden.

Beispiel für einen «End of dose»-Schmerz: Bei einem Patient mit 100 mg langwirksamem Morphin alle 12 Stunden, wird die Einzeldosis erst auf 120 mg oder 130 mg erhöht, das Intervall bleibt vorerst bei 12 Stunden. Bleibt die Schmerzkontrolle unmittelbar vor der nächsten regulären Dosis immer noch schlecht, liegt vermutlich ein «End of dose»-Schmerz vor. Dieses Vorgehen wird auch bei transdermalem Fentanyl oder Buprenorphin empfohlen.

Schritt 2: Erfasse den Durchbruchschmerz.

- Erfasse die DBS. Bei verschiedenen DBS-Typen und unterschiedlichen Lokalisationen zur gleichen Zeit müssen die DBS einzeln erfasst werden.
- Benutze allgemein anerkannte Richtlinien zur Schmerzerfassung. Identifiziere Lokalisation, Intensität, Beginn, Dauer, Häufigkeit, Ausstrahlen, Auslöser, vorausgegangene Behandlung und Einfluss auf Funktion und Stimmung.
- Analysiere das Schmerztagebuch.
- Instruiere Patient, Angehörige und Behandelnde, wie die Wirksamkeit der Reservedosen im Schmerztagebuch oder in Verlaufsblättern evaluiert und dokumentiert werden müssen. Die Wirkung sollte 30-60 Minuten nach der Reservedosis erfolgen.

Schritt 3: Passe die Reservedosis für Schmerzen an

Siehe oben Schritt 2 in Abschnitt A. Die Reservedosis muss eventuell titriert werden, wie beschrieben im Abschnitt «Dosierung» und «Dosisintervall». Bei anhaltend schwieriger Schmerzkontrolle könnte ein anderes Opiat nötig sein (siehe nächster Abschnitt C).

Obwohl sich DBS in der Regel verlässlich mit angemessenen Analgetikadosen behandeln lassen, müssen in ausgewählten Situationen auch andere Interventionen in Betracht gezogen werden, wie palliative (Neuro-)Chirurgie, anästhesiologische oder interventionelle radiologische Massnahmen (siehe nächster Abschnitt C).

Schritt 4: Prophylaktische Behandlung von inzidental durchbruchschmerzen

Pharmakologische Massnahmen:

Prophylaktische Gabe von Schmerzreserven vor Aktivitäten, welche einen inzidental DBS voraussichtlich auslö-

sen. Orale Gabe in der Regel etwa 20-30 Minuten vor der besagten Aktivität. Parenterale Gabe 10-15 Minuten vor Aktivität. Falls ein signifikanter inzidental DBS bei einem Patienten mit Basistherapie aus Analgetika der WHO-Stufe I (Nicht-Opioide) vorliegt, kann ein Wechsel zu Analgetika der Stufe II oder III erwogen werden. Sehr selten kann ein Basisschmerz mit Analgetika der WHO-Stufe I gut kontrolliert sein, aber die DBS bleiben problematisch; dann kann ein Opioid nur für DBS erwogen werden.

Wenn der Schmerz bei Defäkation auftritt, passe die Laxantien an, damit der Stuhlgang weicher wird.

Nicht-pharmakologische Massnahmen:

Vermeide oder limitiere schmerzauslösende Aktivitäten.

Beispiel: Bettlägrige Patienten mit bewegungsabhängigen Schmerzen sollten mit Körperdrehungen «en bloc» gelagert werden (barrel rolling techniques). In der terminalen Phase (letzte Stunden oder Tage) sollten schmerzauslösende Prozeduren oder Pflegehandlungen auf das Nötigste reduziert werden.

Inzidental Belastungsschmerz, besonders in den Gewicht-tragenden grossen Knochen (Hüfte, Femur): erwäge eine Entlastung, bis das Risiko einer pathologischen Fraktur ausgeschlossen bzw. entsprechende Gegenmassnahmen eingeleitet wurden (Bisphosphonate, palliative Bestrahlung, Chirurgie, siehe Abschnitt C).

Tagesstruktur: Wenn Schmerzen zu bestimmten Tageszeiten exazerbieren, kann eine Änderung der Tagesstruktur eventuell eine Verbesserung bewirken.

Je nach Situation können Physio-, Ergo-, Ernährungstherapie, Logopädie (bei Schluckschmerzen), Entspannungs- oder Beschäftigungstherapie helfen.

Suche nach psychosozialen oder spirituellen Gründen, welche Schmerz Wahrnehmung und -ausdruck modulieren könnten.

Schritt 5: Halte dich an folgende Prinzipien

- Verfolge eine realistische und für Patient und Angehörige akzeptable Strategie.
- Schneide die Massnahmen auf die spezifischen Bedürfnisse, Ressourcen und Umstände von Patient und Angehörigen zu (Behandlungsstrategie, Medikamente und deren Applikationsform).
- Ermutige den Patienten zu Selbständigkeit und Selbstkontrolle, wo immer möglich und sinnvoll (selbständige Einnahme von Schmerzreserven)
- Der Gebrauch von Placebos ist unethisch, ausser wenn er im Rahmen einer wissenschaftlichen Untersuchung und mit Einverständnis des Patienten (informed consent) stattfindet.
- Dokumentiere alle Interventionen, inklusive Dosierungen, Gründe für Interventionen und deren Effekt.

C: Management von sehr schwer kontrollierbaren Durchbruchschmerzen

Bei sehr schwer kontrollierbaren DBS müssen die Basisschmerzen und deren Therapie sowie die aktuelle Therapie der Durchbruchschmerzen unbedingt reevaluiert und nötigenfalls angepasst werden. Reicht dies für eine Kontrolle der DBS nicht aus, können untenstehende Massnahmen in Betracht gezogen werden. In dieser Situation sollte ein palliativmedizinischer oder auf Schmerzprobleme spezialisierter Konsiliardienst zugezogen werden.

Parenterale Schmerzmittelgabe (SC oder IV).

In manchen Situationen können DBS innert weniger Minuten eine hohe Intensität erreichen. Der Wirkungseintritt bei oraler Schmerzmittelgabe kann in solchen Fällen zu langsam sein; eine parenterale Gabe muss erwogen werden. Beachte, dass eine subkutane Gabe in der Regel ebenso wirksam und sicher ist wie eine intravenöse Gabe. Sie ist zudem viel einfacher und bequemer. Der Wirkungseintritt ist nach intravenöser Gabe zwar rascher (innert weniger Minuten), im klinischen Alltag spielt dies aber oft keine Rolle, ausser wenn DBS ausserordentlich rasch einsetzen, sehr intensiv und nicht vorhersehbar sind. Beachte, dass subkutane Einzeldosen nicht mehr als 2-5 ml betragen sollten, grössere Boli an ein und derselben Stelle sind für den Patienten unangenehm.

Bukkales Fentanyl

Für Fentanyl ist eine transmukosale Form – leider teurer – Lutscher («Lollypop»), erhältlich, der über die orale Schleimhaut wirkt (Dosierungen von 200, 400, 600, 800, 1200 und 1600 µg). Er wird sanft gegen die Backenninnenseite gerieben, bis sich das Medikament aufgelöst hat. Wirkungseintritt nach 5-10 Minuten. Bei Mukositis wegen möglicher Reizung nicht empfohlen. Die Berechnungen der effektiven Reservedosis hängt nicht von der täglichen Grunddosis ab (keine «10-15%-Regel»!), sondern muss jedes Mal neu titriert werden, beginnend mit der kleinsten Dosis von 200 µg. Der Lolli kann bis alle 60 Minuten eingesetzt werden. Sind wegen Schmerzkrisen kürzere Intervalle nötig, sollte ein palliativmedizinischer Konsiliardienst eingeschaltet werden (siehe Abschnitt D). Wenn nach 2-3 Applikationen keine ausreichende Wirkung eintritt, kann die nächst höhere Dosierung versucht werden (in diesem Beispiel 400 µg).

Diese Anwendungsform sollte auf stabile Schmerzsituationen beschränkt bleiben.

Fentanyl sollte wegen seiner geringen oralen Bioverfügbarkeit nicht geschluckt werden.

Palliative orthopädische Chirurgie

In manchen Fällen führt einzig eine chirurgische Stabilisierung zu einer ausreichenden Schmerzkontrolle und

Mobilität (bspw. schwere DBS bei pathologischer Fraktur). Im Einzelfall kann eine prophylaktische Stabilisierung bei drohender Fraktur angebracht sein.

Palliative allgemeine Chirurgie

Bei schwerem inzidentalem Schmerz unter Defäkation (bspw. bei grossen pelvinen Tumoren mit Rektuminfiltration) kann eine Kolonostomie zu einer akzeptablen Leidensverminderung verhelfen. Bei Tenesmen-bedingten Schmerzen (rektales Völlegefühl und Stuhldrang) ist eine Kolonostomie jedoch oft nicht hilfreich.

Lachgas

In Einzelfällen wird bei schweren DBS der Einsatz von Lachgas beschrieben, besonders bei sehr schmerzhafter Wundversorgung oder Mobilisation. Lachgas wird traditionell in der Pädiatrie verwendet. Es liegen keine allgemein gültigen Dosisempfehlungen vor.

Lokale Opiode

Vereinzelt werden bei schmerzhafter Wundversorgung lokale Opiode empfohlen (bspw. in Gel gelöstes Morphin). Es besteht aber weiterer Forschungsbedarf. 1-5-prozentige Lösungen werden empfohlen, die optimale Dosierung ist unklar.

Intraspinale Analgesie (epidural oder intrathekal)

Intraspinale (epidurale oder intrathekale) Katheter mit lokalem Anästhetikum mit oder ohne zusätzliches Opioid können in Einzelfällen hilfreich sein, besonders bei grossen, schmerzhaften pelvinen Massen oder Frakturen von Becken oder unteren Extremitäten.

Neurochirurgische und interventionelle radiologische Eingriffe

Ein lokaler Nervenblock kann angewendet werden. Manche Interventionen, wie ein interkostaler Block bspw. bei Rippenmetastasen, wirken, aber in der Regel nur vorübergehend.

Bei schwerem Arm- oder Plexus-Schmerz wurde der erfolgreiche Einsatz einer kontinuierlichen Plexus-Blockade mittels Verweilkatheter beschrieben. Eine Blockade des Plexus coeliacus kann bei schweren Schmerzen durch obere abdominale Strukturen oder Pankreaskarzinom hilfreich sein. Mögliche Nebenwirkungen sind orthostatische Hypotonie und Diarrhoe. Eine Plexus-Blockade kann intraoperativ unter einer Laparotomie oder auch perkutan erfolgen. Vertebroplastik und Kyphoplastik (Injektion von Knochenzement unter Bildkontrolle haben zunehmend an Bedeutung gewonnen). Dorsale Rhizotomie (operative Durchtrennung von sensorischen Nervenwurzeln) oder Chordotomie werden nur noch selten durchgeführt.

Beachte: Chirurgische Interventionen sollten nur bei Patienten durchgeführt werden, die für diesen Eingriff operabel sind und bei welchen durch den operativen Eingriff mit einer wesentlichen Verbesserung von Schmerzen und Le-

bensqualität gerechnet werden kann. Auch eine Lebenserwartung von nur wenigen Wochen muss keine Kontraindikation für einen chirurgischen Eingriff sein. Wie überall sollten Nutzen und Risiko aber sorgfältig gegeneinander abgewogen werden.

Nicht-pharmakologische Massnahmen

Vergleiche «Nicht-pharmakologische Massnahmen» im vorangehenden Abschnitt B.

D: Management einer Schmerz-Krise

Dieser Abschnitt behandelt Schmerzkrisen, in welchen der Patient unter schwersten Schmerzen leidet, wie bspw. bei einer pathologischen Fraktur.

Oberstes Ziel ist eine möglichst rasche Schmerzkontrolle. Dazu muss ein Opioid parenteral rasch eintitriert werden. Bei rascher Dosistitration müssen spezielle Vorkehrungen getroffen werden. Wegen möglicher Gefahr einer Überdosierung erfordern sie Erfahrung. In der Regel wird in diesen Situationen Morphin verwendet.

Subkutan oder intravenös verabreichtes Fentanyl ist in diesen Situationen eine gute Alternative. Es ist rasch und stark wirksam, hat eine kürzere Halbwertszeit als Morphin und erlaubt dadurch eine raschere Titration bis zur gewünschten effektiven Dosis. Es kann auch dann gegeben werden, wenn für Basis- oder Durchbruchschmerzen aktuell ein anderes Opioid verwendet wird. Es ist aber nicht überall erhältlich, besonders nicht in der peripheren Grundversorgung, und erfordert spezielle Kenntnisse und Infrastruktur.

In ausserordentlich schwierigen Situationen greifen Palliativmediziner und Schmerzspezialisten auf weitere Massnahmen zurück. Dazu kann bspw. der Einsatz von Ketamin in subanästhetischer Dose gehören. Diese Therapie bleibt der Hand des Geübten vorbehalten. Teilweise wird bei schweren Schmerzzuständen eine Co-Medikation mit Benzodiazepinen empfohlen, die Meinung hierzu ist aber kontrovers.

Verdankung

Autoren dieser Empfehlungen sind:

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

Verantwortlicher für die Empfehlungen:

Steffen Eychmüller

Redaktionsgruppe:

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

Schlussredaktion:

Hans Neuenschwander

Consensus sur la meilleure pratique en soins palliatifs en Suisse

Groupe d'experts de palliative.ch, Société Suisse de Médecine et de soins Palliatifs

Un projet pour promouvoir la qualité en Soins Palliatifs en Suisse

WHAT – QUEL EST LE PROBLÈME?

Définition

Il s'agit d'une exacerbation de la douleur, transitoire, dans le contexte d'une douleur de base relativement bien contrôlée.^{1,2}

Impact

L'exacerbation douloureuse, quand elle est sévère et non maîtrisée, diminue sensiblement la qualité de vie du patient et augmente sa détresse psychologique voire même spirituelle. En conséquence, il est indispensable de la prendre rapidement et activement en charge.

Prévalence

L'exacerbation douloureuse est fréquente chez des patients atteints de maladies incurables évolutives (40-80% des patients en phase palliative).

Présentation clinique

Fréquence et durée: variable, allant de rares à de nombreuses fois par jour et d'une durée de quelques secondes à plusieurs heures.

Intensité: Par définition, elle est plus intense que la douleur de base et son intensité peut varier de faible à sévère.

Prédictibilité: L'exacerbation douloureuse est fréquemment imprévisible et peut survenir sans facteur déclenchant. Cependant, dans le cas d'une douleur incidente (un type d'exacerbation douloureuse) des activités bien spécifiques peuvent en précipiter l'apparition et le facteur déclenchant peut ainsi être identifié.

Facteurs déclenchants: Ils peuvent varier en fonction de la pathologie de base et des structures impliquées:

- Des activités telles que marcher, porter, vomir, s'étirer, tousser, avaler et respirer profondément.
- Des mouvements passifs tels qu'être mobilisé dans le lit par un soignant (par exemple des patients avec des métastases osseuses généralisées).

Qualité et nature: douleur simple ou mixte avec des caractéristiques neuropathiques, somatiques ou viscérales (avec ou sans coliques).

Rapidité d'installation

Elle est souvent d'installation rapide et augmentant rapidement (de quelques secondes à quelques minutes). Mais elle peut également survenir progressivement, augmentant lentement sur plusieurs minutes pour atteindre son maximum d'intensité.

WHY – POURQUOI?

Causes et mécanismes sous-jacents

Se référer aux causes de la douleur de base.

- Le mécanisme peut être neuropathique (dommage nerveux), somatique (dommage tissulaire), viscéral (prenant son origine dans les organes et structures viscérales), ou mixte.
- Comme pour tout phénomène douloureux, les facteurs psycho-sociaux et spirituels peuvent venir exacerber l'expression de la douleur.
- La douleur peut être due à la maladie elle-même, à son traitement, à un autre processus de maladie ou à une condition préexistante.
- A noter qu'une douleur chronique et sans répit peut conduire à une sensibilisation du système nerveux central et par là même à une augmentation de la douleur, incluant des exacerbations douloureuses.

La douleur incidente

Elle est définie comme une exacerbation douloureuse déclenchée par une ou plusieurs activités telles que bouger ou tousser. Il est important de l'identifier car elle peut être difficile à contrôler et peut conduire à une augmentation significative de la dose d'opiacés de base (dans le cadre d'une tentative d'adapter la posologie de base pour essayer de contrôler les exacerbations douloureuses), ceci pouvant entraîner des effets secondaires désagréables tels que la somnolence par exemple.

A considérer

- La traiter prophylactiquement avec des doses de réserve avant l'activité (entre 5 et 20 minutes selon le médicament, sa rapidité d'action et la voie d'administration).
- Eviter si possible l'activité qui induit l'exacerbation douloureuse (voir le chapitre sur la prise en charge ci-dessous).

1 Les termes de douleur épisodique ou transitoire sont parfois utilisés pour faire référence à l'exacerbation douloureuse. Cependant c'est ce terme qui est privilégié.

2 Généralement, il est entendu que la douleur de base doit être bien contrôlée. Si ce n'est pas le cas, la prise en charge devrait se centrer sur le contrôle de la douleur de base avant de s'occuper des exacerbations douloureuses. Cependant, dans certains cas, la douleur de base peut se révéler difficile à maîtriser. Dans ces cas-là, il est possible de mettre en place des stratégies pour l'exacerbation douloureuse tout en tentant de maîtriser la douleur de base.

HOW – COMMENT?

A: prise en charge de l'exacerbation douloureuse

Etape 1: Dépister et maintenir un haut niveau de vigilance

Rechercher spécifiquement la présence d'exacerbations douloureuses car les patients peuvent ne pas les mentionner spontanément. Réaliser une évaluation complète et exhaustive de la douleur.

Etape 2: Prescrire un antalgique de réserve (dose de réserve)

Selon les recommandations de l'OMS, optimiser le traitement de base de la douleur avec des prises régulières (à heure fixe) d'antalgique et prescrire des doses de réserve pour le cas où une exacerbation douloureuse apparaît. Veiller à prescrire des doses de réserve même si le patient ne connaît pas d'épisodes d'exacerbation douloureuse pour le moment; cela pourrait se produire ultérieurement. (à noter que la dose de réserve peut aussi faire office de mesure transitoire pour contrôler le traitement de base si les douleurs augmentent en attendant qu'il puisse être réadapté et les doses ajustées à la nouvelle donne. Dans ce cas de figure, l'augmentation de la dose se fait souvent en fonction du nombre de doses de réserve utilisées).

Quel analgésique?

En général, prescrire pour les doses de réserve le même analgésique que celui utilisé pour le traitement de base. Si ce dernier comporte de la morphine, utiliser de la morphine à courte durée d'action pour les doses de réserve en cas d'exacerbation douloureuse. Si le traitement de fond est à base de Paracétamol (douleurs légères), utiliser de ce fait également du Paracétamol pour les doses de réserve.

Prise en charge de la douleur avec des antalgiques de palier 1 de l'OMS.

Lors d'utilisation de médicaments tels que le Paracétamol ou des anti-inflammatoires non stéroïdiens, s'assurer que la dose journalière recommandée n'est pas dépassée (doses de base plus doses de réserve).

Prise en charge de la douleur avec des antalgiques de palier 2 ou 3 de l'OMS.

Prescrire un opiacé à action rapide identique à celui du traitement de base.

Exceptions:

- Fentanyl transcutané (Durogésic®)

Dans ce cas, utiliser un opiacé d'action rapide tel que la morphine, l'oxycodone ou l'hydromorphone. Le facteur de conversion pour l'Oxycodone ou l'hydromorphone

peut être difficile à déterminer. En conséquence, il est recommandé de prendre contact avec un spécialiste en soins palliatifs pour lui demander conseil.

- Buprénorphine transcutanée(Transtec®)

Une forme sub-linguale de Buprénorphine peut être utilisée (Temgesic). Un intervalle de 6 heures minimum entre les doses est suggéré.

Se référer aux tables de conversion pour calculer le bon dosage des doses de réserve par rapport au traitement de base.

- Méthadone

En cas de traitement par Méthadone, celle-ci peut aussi être utilisée pour les doses de réserve en cas d'exacerbation douloureuse car elle a une excellente biodisponibilité et une relativement bonne rapidité d'action. L'intervalle idéal entre les doses de réserve n'est pas clairement établi. Cependant, un intervalle de 2 à 3 heures entre les doses de réserve est souvent utilisé. Néanmoins, il peut être plus sûr d'avoir recours à un autre opiacé tel que la morphine ou l'hydromorphone en cas d'exacerbation douloureuse chez un patient utilisant de nombreuses doses de réserve par jour (par exemple plus de 5 à 6 par jour) car il y a alors moins de risques d'accumulation du produit qu'avec la méthadone.

- En cas d'exacerbation douloureuse d'apparition subite, d'intensité élevée et d'une durée de seulement quelques minutes, il peut être nécessaire d'avoir recours à un opiacé d'action très rapide et avec une courte demi-vie (voir aussi chapitre C).

Voie d'administration

La voie orale est généralement préférable car elle est pratique et efficace dans la majorité des cas.

Une autre voie d'administration (par exemple s/c, i/v ou sublinguale) peut être nécessaire dans les cas suivants:

- chez un patient pour lequel la voie orale n'est pas possible;
- lorsqu'une action très rapide est indispensable;
- le choix d'une autre voie d'administration dépend de facteurs tels que l'endroit de la prise en charge (ex. la voie i/v n'est généralement pas possible à domicile) et la disponibilité de la forme de l'opiacé choisi.

A noter que l'administration i/m d'un opiacé est toujours considérée comme inadéquate.

Posologie, dosage

Lors d'utilisation d'un non opiacé:

prescrire la moitié ou la dose totale de la dose régulière pour le traitement de base de la douleur.

Lors d'utilisation d'un opiacé:

prescrire une dose représentant 10-15 % de la dose totale journalière de base.

Exemple: Si par exemple un patient reçoit 90 mg de morphine à effet retard toutes les 12h par voie orale (dose journalière totale de 180 mg), prescrire en conséquence une dose de réserve d'environ 20-30 mg de morphine per os, toutes les heures si nécessaire.

Adapter les doses de réserve à un dosage facile à gérer.

Exemple: Si 10% de la dose totale journalière correspond à 9 mg d'un opiacé quelconque, et que l'opiacé en question est disponible en dosage de 10 mg, prescrire 10 mg plutôt que 9 mg. (A noter également que des comprimés de morphine à action rapide sont disponibles et peuvent être également utilisés pour des doses de réserve par voie orale, tout particulièrement si des augmentations par palier de 5 mg sont utilisées).

A noter que 10-15% ne sont qu'un point de départ. Les doses de réserve peuvent nécessiter une titration vers le haut ou vers le bas (fourchette entre 5 et 20% de la dose totale journalière).

Après avoir commencé avec 10%, le patient peut indiquer que la dose est insuffisante, auquel cas elle peut être augmentée à 15 % voire 20% de la dose totale journalière. Au contraire, le patient peut expérimenter un bon contrôle de la douleur mais souffrir d'une somnolence accrue après avoir pris une dose de réserve basée sur 10% de la dose totale journalière. Si c'est le cas, envisager de réduire la dose de réserve à 5% de la dose totale journalière.

Fréquence des doses

Lors d'utilisation d'un non opiacé:

En fonction des propriétés pharmacocinétique de l'analgésique utilisé, la dose de réserve est généralement prescrite toutes les 4 heures si nécessaire. S'assurer que la dose maximale journalière n'est pas dépassée. Si c'est le cas, considérer de modifier le traitement de base de la douleur en ayant recours à un antalgique de palier 2 ou 3 de l'OMS.

Lors d'utilisation d'un opiacé:

Cela dépend des propriétés pharmacocinétiques du type d'opiacé utilisé.

- Oralement ou par voie s/c, la dose de réserve est généralement prescrite toute les heures si nécessaire, en cas

d'utilisation de morphine, d'oxycodone, d'hydromorphone ou de codéine. Lors d'utilisation de méthadone, un intervalle de 3 heures est en principe recommandé. Dans certaines situations cet intervalle peut être réduit, mais il est recommandé de prendre conseil auprès d'un spécialiste en soins palliatifs avant d'avoir recours à cette option.

- Dans certains cas exceptionnels, l'intervalle entre les doses de réserve peut nécessiter d'être réduit. Consulter un spécialiste en soins palliatifs si nécessaire, car l'utilisation d'un opiacé à action très rapide (et à courte demi-vie) tel que le Fentanyl peut être envisagée.

Nombre de doses de réserve

Le nombre de doses de réserve dont le patient peut avoir besoin varie de cas en cas. Quand la douleur de base est bien maîtrisée, le nombre de doses de réserve se situe idéalement aux alentours de 3 ou moins par période de 24 heures.

En d'autres termes, même dans un contexte de douleur bien maîtrisée, un patient peut avoir à utiliser jusqu'à 3 doses de réserve par jour pour des exacerbations douloureuses. Si un patient a besoin de plus de 3 doses de réserve par jour, il est indispensable de réévaluer la douleur. Si le traitement de base de la douleur est sub-optimal, la dose de base fixe peut être augmentée et les doses de réserve adaptées en conséquence. Si la douleur de base est bien couverte (traitement de base optimal), alors les doses de réserve peuvent être adaptées à la hausse sans augmentation du traitement de base.

Les raisons pour lesquelles un patient peut être amené à utiliser plus de 3 doses de réserve par jour sont les suivantes:

1. douleur de base non maîtrisée
2. exacerbations douloureuses non maîtrisées
3. détresse psychologique ou souffrance totale (diagnostic d'exclusion: il est indispensable d'exclure les 2 premières hypothèses avant de considérer la troisième)

A noter:

Réévaluer la stratégie de traitement si:

- 3 voire davantage de doses de réserve sont utilisées par 24 heures pendant plus de 2 jours consécutifs.
- Ne pas oublier d'ajuster les doses de réserve (5-20%) à la nouvelle dose totale journalière si la dose de base est modifiée à la hausse ou à la baisse.

Etape 3: Considérer des mesures autres que pharmacologiques

Plusieurs mesures non pharmacologiques peuvent être envisagées. Certaines sont plus générales pour la prise en charge de la douleur de base (ex. distraction et thérapies de relaxation incluant des massages, de l'art –thérapie, de la musicothérapie). Des mesures plus spécifiques sont listées au chapitre B, étape 4.

Etape 4: Eduquer et informer le patient, l'entourage et les soignants

- Expliquer que des exacerbations douloureuses peuvent se produire et comment les identifier;
- expliquer les traitements et l'usage adéquat des doses de réserve, de même que les mesures non pharmacologiques;
- encourager à utiliser régulièrement un journal de la douleur;
- expliquer comment évaluer l'intensité et la fréquence des exacerbations douloureuses, le nombre de doses de réserve utilisées sur une période de 24 heures, de même que leur efficacité;
- s'assurer que tous les soignants soient informés et que des objectifs communs et des méthodes soient définis.

B: prise en charge des exacerbations douloureuses persistantes

Etape 1: réévaluer et optimiser le traitement de base

Une des causes fréquentes des exacerbations douloureuses est un mauvais contrôle de la douleur de base. C'est pourquoi:

- il est impératif de toujours réévaluer le traitement de base de la douleur et de l'optimiser;
- d'autres interventions palliatives telles que la radiothérapie peuvent être utiles dans certaines circonstances (voir au chapitre C).

Ne pas oublier d'augmenter les doses de réserve si le traitement de base a été augmenté comme précédemment décrit.

Résurgence douloureuse en fin de période d'action de l'opiacé («end-of-dose pain»)

Ceci est caractérisé par une péjoration de la douleur plusieurs heures avant la prochaine prise régulière de l'an-

algique. Ce phénomène se produit chez environ 5-10% des patients sous opiacés à effet retard.

La cause la plus fréquente de ce phénomène est un traitement de base dosé de manière inadéquate. C'est pourquoi il est important d'exclure en priorité la possibilité d'un traitement de base sous-dosé. Si, en dépit de l'augmentation du dosage de base, la douleur continue de nécessiter des doses de réserve avant l'heure régulière de traitement, il est possible d'avoir véritablement affaire à ce phénomène. Dans ce cas, une réduction de l'intervalle entre les prises d'office est indispensable (par exemple toutes les 8 heures plutôt que toutes les 12 heures dans les cas de formes retard de morphine, d'hydromorphone ou d'oxycodone. En ce qui concerne les formes transdermiques de fentanyl et de buprénorphine, il est nécessaire de les changer à un intervalle de 48 heures plutôt que de 72 heures).

Exemple pour établir la nature de la résurgence douloureuse en fin de période d'action de l'opiacé:

Si un patient reçoit 100 mg de morphine à effet retard toutes les 12 heures, augmenter tout d'abord la dose de fond à 120 ou 130 mg et garder l'intervalle de 12 heures entre les prises. Si le contrôle de la douleur continue d'être insuffisant avant la dose d'office suivante, il est probable qu'il s'agisse véritablement de ce type de phénomène. Ce principe s'applique également au fentanyl et à la buprénorphine transdermiques.

Etape 2: évaluer les exacerbations douloureuses

- Evaluer les exacerbations douloureuses. Dans le cas de différents types ou localisations de ces dernières, évaluer chacune séparément;
- utiliser des méthodes d'évaluation de la douleur reconnues. Identifier sa localisation, son intensité, son déclenchement, sa fréquence, son irradiation, ses facteurs déclenchants, les traitements précédents et son impact sur la fonctionnalité et l'humeur du patient;
- passer en revue quotidiennement le journal de la douleur;
- former le patient, les proches et les soignants à évaluer et documenter l'efficacité des doses de réserve dans le journal de la douleur ou dans le dossier du patient. L'évaluation de l'efficacité de la dose de réserve devrait être réalisée environ 30-60 minutes après qu'elle ait été donnée.

Etape 3: adapter le dosage de l'antalgique de réserve

Se référer à l'étape 2 du chapitre A ci-dessus. La dose peut nécessiter une titration comme décrite dans les paragraphes concernant le dosage ou la fréquence des doses de réserve. Avoir recours à un autre opiacé peut être une option lorsque les exacerbations douloureuses restent difficiles à maîtriser (voir chapitre C).

Même si la maîtrise des exacerbations douloureuses réside souvent dans l'ajustement du traitement antalgique, d'autres options telles que la chirurgie palliative, la neurochirurgie, des interventions anesthésiologiques ou radiologiques, peuvent être envisagées.

Etape 4: traitement prophylactique des douleurs incidentes

Mesures pharmacologiques

Administrer une dose de réserve avant l'activité qui peut déclencher l'exacerbation douloureuse. Dans le cas d'une administration orale, il faut habituellement prévoir un délai de 20 à 30 minutes avant l'activité en question. Dans le cas d'une administration parentérale, ce délai peut être de 10 à 15 minutes.

Si la douleur incidente est importante et que le patient a un traitement de base de palier 1 de l'OMS, considérer un changement de traitement pour une substance de palier 2 ou 3 de l'OMS.

Dans le cas où la douleur de base serait bien contrôlée avec un médicament de palier 1 (non opiacé) mais où les exacerbations douloureuses resteraient problématiques, considérer l'utilisation d'un opiacé uniquement pour les doses de réserve.

Si les douleurs apparaissent à la défécation (passage du contenu fécal), ajuster le traitement laxatif afin de rendre les selles plus molles.

Mesures non-pharmacologiques

Eviter ou limiter les activités qui accentuent la douleur.

Par exemple, utiliser la technique du tourner en bloc pour un patient alité qui a des douleurs incidentes à la mobilisation. Lors de la phase terminale (dernières heures), essayez de limiter les activités qui procurent de l'inconfort.

Lors de douleur incidente à la charge, particulièrement dans les grands os soumis à une forte pression (hanche, fémur), considérer une décharge complète jusqu'à ce que les risques de fractures pathologiques aient été soigneusement évalués et traités de manière appropriée (biphosphonates, radiothérapie palliative, chirurgie, voir au chapitre C).

Planifier les activités du patient. Si la douleur se péjore durant certains moments de la journée, modifier son planning et adapter ses activités afin de générer moins de douleur.

Suivant la situation, considérer des mesures telles que la physiothérapie, des thérapies occupationnelles, de la relaxation, des activités récréatives, un contact avec un nutritionniste ou un logopédiste si le patient a des douleurs en relation avec la déglutition.

Prendre en compte les origines psycho-socio-spirituelles de la détresse qui peuvent avoir une influence sur l'expérience douloureuse et son expression.

Rassurer le patient.

Etape 5: assurez-vous que le patient adhère au traitement et en suit les principes.

- Négocier une stratégie de traitement qui est réaliste et acceptable pour le patient;
- adapter la stratégie de prise en charge aux spécificités des besoins, des ressources et de la situation du patient et de sa famille/entourage. S'assurer que la stratégie est appropriée, par exemple type de médicament et voie d'administration adaptés;
- encourager l'autonomie du patient autant que possible en lui donnant le maximum de contrôle sur la gestion de ses doses de réserve;
- l'usage de placebo est contraire à l'éthique, à moins qu'il n'existe un contexte de recherche avec le consentement éclairé du patient;
- documenter toutes les interventions, en incluant les doses reçues, les raisons des interventions et les résultats obtenus.

C: prise en charge des exacerbations douloureuses rebelles

Mesures pharmacologiques

Dans une situation d'exacerbation douloureuse très difficile à maîtriser, toujours réévaluer le traitement de base, de même que celui dévolu à traiter les exacerbations douloureuses, dans le but de les adapter si nécessaire. Si ces mesures ne suffisent pas, considérer une ou plusieurs des propositions suivantes. A ce stade, envisager de consulter un spécialiste de la douleur ou en soins palliatifs.

Voie parentérale: (s/c ou i/v)

Dans certains cas, l'exacerbation douloureuse peut atteindre une intensité maximale en quelques minutes (comme décrit précédemment). La voie orale peut prendre trop de temps à agir. Dans ces situations exceptionnelles, la voie parentérale peut être envisagée. A noter que la voie s/c est généralement tout aussi efficace et sûre que la voie i/v, et bien plus facile et pratique d'accès. Le début d'action du médicament peut être plus rapide par voie i/v (quelques minutes) que la voie s/c, mais la différence n'est généralement pas significative du point de vue clinique, à moins que l'installation de l'exacerbation douloureuse soit particulièrement rapide, intense et imprévisible. A noter également qu'un bolus par voie s/c est limité à quelques millilitres (2ml-15ml) et qu'un plus grand volume peut être ressenti par le patient comme inconfortable.

Fentanyl buccal

Une forme de sucette transmuqueuse de fentanyl est disponible sur le marché mais elle est très onéreuse (dosage de 200, 400, 600, 800, 1200 et 1400 µg). La sucette est frottée doucement sur l'intérieur de la joue jusqu'à dissolution complète. L'effet analgésique s'installe après 5-10 minutes. A éviter chez les patients avec une mucite car cela peut être douloureux. Pour calculer la dose de réserve il n'est pas possible d'appliquer la règle usuelle recommandée des 10-15% de la dose journalière totale (cf. ci-dessus). En effet, la dose de réserve efficace n'en

dépend pas, mais demande à être titrée à chaque fois en commençant par le dosage le plus faible (200µg). On peut sans danger les utiliser toutes les 60 minutes. Cet intervalle peut être réduit en cas d'exacerbation douloureuse paroxystique. Une consultation auprès d'un spécialiste en soins palliatifs est nécessaire si cette option est envisagée (voir chapitre D). S'il y a peu de réponse au bout de 2 ou 3 doses, envisager de passer au dosage supérieur (400µg dans cet exemple).

L'usage de cette forme de fentanyl devrait en principe s'adresser aux patients dont la douleur de base est bien maîtrisée.

A noter que le fentanyl ne devrait pas être avalé car il a une très faible absorption par voie orale.

Mesures chirurgicales / interventionnelles

Chirurgie orthopédique palliative

Dans certains cas, la consolidation chirurgicale offre la seule alternative définitive pour contrôler la douleur et permettre la mobilisation (ex. exacerbations douloureuses sévères en lien avec une fracture pathologique). Considérer dans des situations bien précises la consolidation prophylactique s'il y a risque imminent de fracture pathologique.

Chirurgie générale palliative

Dans les cas d'exacerbations douloureuses très sévères en lien avec la défécation (ex. tumeur pelvienne envahissant massivement le rectum), une colostomie peut amener une amélioration acceptable de la douleur pour certains patients ciblés. A noter que si la douleur est liée à un ténésme (sensation de rectum plein et de défécation imminente), une colostomie ne sera pas nécessairement d'une aide quelconque.

Protoxyde d'azote

Il y a quelques mentions d'utilisation de protoxyde d'azote pour des exacerbations douloureuses, particulièrement en lien avec des douleurs causées par la réfection de pansements ou par la mobilisation. Le dosage optimal n'est pas clair.

Opiacés en application locale

Il y a quelques mentions d'utilisation d'opiacé en application locale (ex gel de morphine) autour de plaies douloureuses. Des recherches supplémentaires sont indispensables. Des solutions de 1% à 5% ont été suggérées, mais le dosage optimal n'est pas clair.

Analgsie intrathcale

Les cathters intra spinaux avec administration d'anesthsiques locaux additionns ou non d'opiacs peuvent tre utiles dans certains cas bien prcis (ex. grosses masses pelviennes douloureuses ou fractures pathologiques du bassin ou de la colonne basse).

Interventions neurochirurgicales et radiologiques

Les options les plus communes comprennent les blocs nerveux locaux. Cependant, certains de ceux-ci tels que les blocs intercostaux pour des mtastases costales sont souvent d'une efficacit temporaire. Des cas de succs avec un bloc brachial continu grce un cathter implant pour des douleurs du membre svre ou des douleurs impliquant le plexus brachial ont t rapportts.

Les blocs du plexus coeliaque peuvent tre utiles pour des douleurs svres provenant d'une maladie de l'abdomen suprieur ou lors de cancer pancratique. L'hypotension orthostatique et les diarrhées peuvent tre des complications potentielles. Les chirurgiens peuvent effec-

tuer le bloc du plexus en per opatoire si le patient subit une laparotomie. Des options moins connues incluent les rhizotomies dorsales (section chirurgicale des nerfs sensitifs l'endroit o ils entrent dans la moelle pinière), les laminectomies, les vertbroplasties (celles-ci impliquent l'injection d'une petite quantit de ciment orthopdique dans les lésions mtastatiques douloureuses de la colonne vertbrale. Ceci sous contrle d'un CT-scanner), et les cordotomies. La consultation d'un spcialiste dans ces diffrents domaines d'action est indispensable.

Dans chacune de ces situations, une slection soigneuse des candidats est indispensable.

Note: la chirurgie devrait tre considree uniquement pour les patients qui sont suffisamment en forme pour supporter l'intervention et pour qui la chirurgie peut amliorer de manire significative la maîtrise de la douleur et la qualit de vie. Un pronostic de quelques semaines à quelques mois n'est pas ncessairement une contre-indication à la chirurgie. Comme pour toute option thrapeutique, les bnficies et les risques d'une telle procdure doivent tre pesés avec soin.

Interventions non pharmacologiques

Se rférer aux interventions non pharmacologiques du chapitre B.

D: prise en charge de l'exacerbation douloureuse paroxystique.

Cette section fait référence à une situation de crise dans laquelle le patient souffre d'une douleur paroxystique comme c'est le cas lors d'une fracture pathologique par exemple.

Interventions pharmacologiques

Le principe de base est d'arriver à maîtriser rapidement la douleur. Cela implique généralement une titration rapide d'un opiacé de réserve par voie parentérale. Cependant, une titration rapide requiert des précautions particulières et de l'expertise dans le procédé afin d'éviter un surdosage. La morphine est souvent utilisée en de tels cas.

D'autre côté, le fentanyl par voie s/c ou i/v peut avoir des atouts dans ces situations d'urgence. Il est puissant, rapide d'action et a une demi-vie plus courte que la morphine, ce qui permet une titration plus rapide pour arriver à un dosage efficace. Il peut être administré même si le patient est déjà traité avec un autre opiacé ou analgésique pour les exacerbations douloureuses. Cependant, il n'est pas toujours disponible, particulièrement à domicile, et il nécessite une expertise et une infrastructure particulières.

Autres interventions

Dans des situations particulièrement difficiles, les équipes spécialisées en soins palliatifs et consultants de la douleur peuvent utiliser d'autres stratégies, y compris des substances telles que la ketamine. Cependant, des

précautions particulières sont indispensables et les dosages utilisés sont sub-anesthésiants.

D'aucuns suggèrent l'utilisation de benzodiazépines comme traitement adjuvant. Il y a controverse autour de cette approche.

Achtung: Bei der « groupe de rédaction » sind die Anführungs- und Schlusszeichen falsch definiert (fett markiert von Korrektorin!)

Remerciements

Les auteurs de ces recommandations sont:

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

Responsable pour les recommandations: Steffen Eychmüller

Groupe de rédaction: Claudia Gamondi, Heike Gudat, Nathalie Murith, José Pereira (modérateur), Bea Marx, Patricia Perraudin, Claudia Pesenti, Sylvie Wermeille).

Rédaction finale: Hans Neuenschwander

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 PERCHE')

Definizione

Il dolore episodico intenso (DEI) è un'esacerbazione transitoria severa del dolore in un paziente con un dolore di base relativamente ben controllato.^{1,2}

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).

1 FUSSNOTE???

2 FUSSNOTE???

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'analgia 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 control-

lato, 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 linee guida 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 un 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, ge-

neralmente 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 (400µg 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)

Opioidi 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, infirmière.

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