

La terapia con oppioidi: miti e realtà

Sintesi e Proposte G.U.I.D.A.

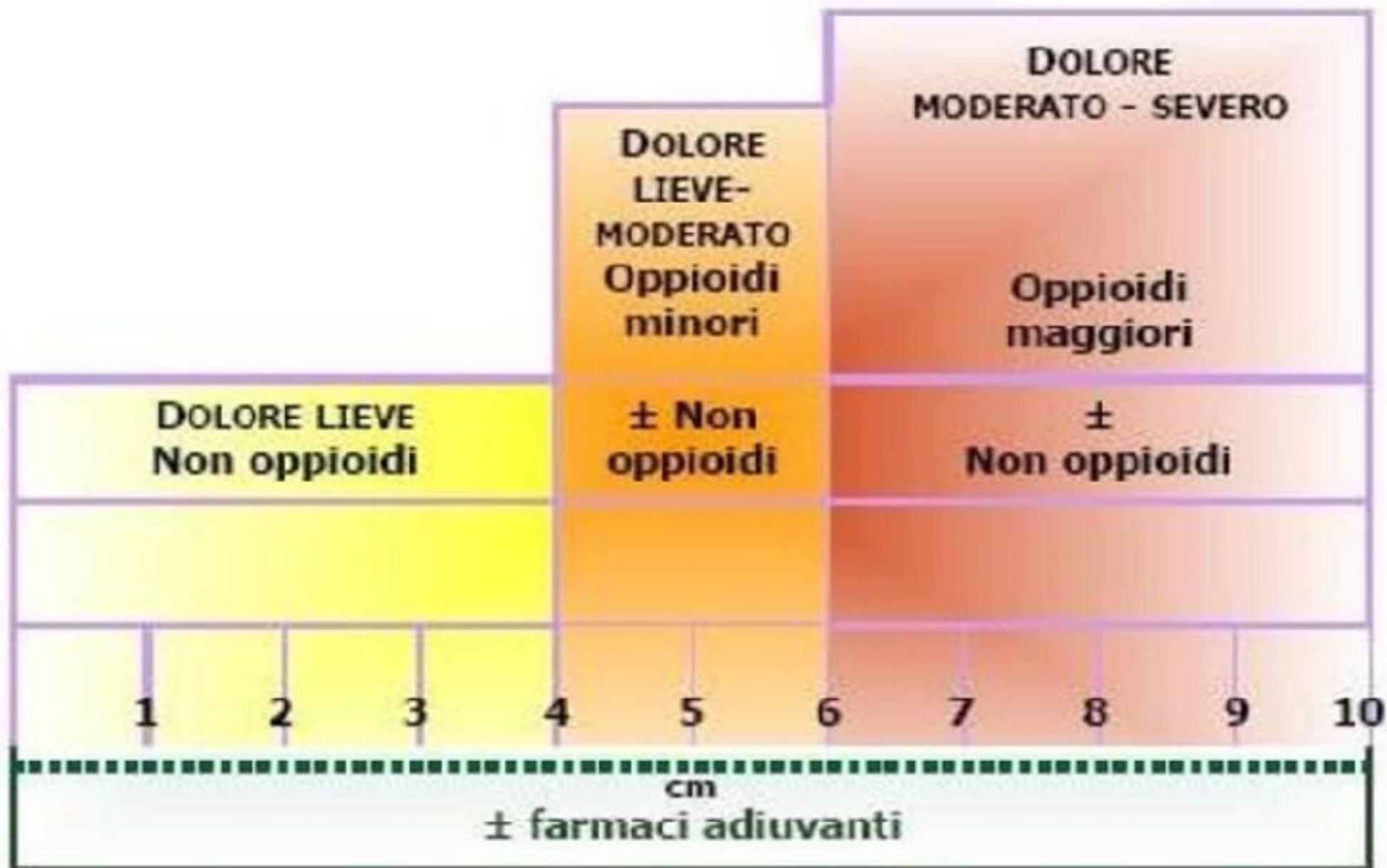
G.Iolascon

Inside a Killer Drug Epidemic: A Look at America's Opioid Crisis

The opioid epidemic killed more than 33,000 people in 2015. What follows are stories of a national affliction that has swept the country, from cities on the West Coast to bedroom communities in the Northeast.

JAN. 6, 2017

la scala WHO



I principi della buona pratica clinica

- **1.**
- La terapia non farmacologica e la terapia farmacologica non oppiacea sono da preferire per il trattamento del dolore cronico.
- La terapia con oppioidi dovrebbe essere presa in considerazione solo se i benefici attesi per il dolore e la funzione si prevedano superiori ai rischi per il paziente.
- Se si usano oppioidi, essi devono essere combinati comunque con la terapia non farmacologica e la terapia farmacologica non oppiacea, a seconda dei casi

12 principi da seguire

- **2**
- Prima di iniziare la terapia con oppioidi per un dolore cronico, bisogna definire gli obiettivi del trattamento, in termini realistici di riduzione del dolore e miglioramento della funzione
- deve essere chiarito che la terapia verrà interrotta se i benefici non risulteranno superiori ai rischi.
- I medici dovrebbero continuare la terapia con oppioidi solo se vi è un miglioramento clinicamente significativo nel dolore e nella funzione che superi i rischi per la sicurezza del paziente.

12 principi da seguire

- **3.**
- Prima di iniziare e periodicamente durante il trattamento con oppioidi, i medici dovrebbero discutere con i pazienti i rischi e i benefici, in termini realistici, della terapia
- **4**
- quando iniziano la terapia con oppioidi per il dolore cronico, i medici dovrebbero prescrivere oppioidi a rilascio immediato, invece che formulazioni a rilascio prolungato

12 principi da seguire

• 5

- Quando si inizia la terapia con oppioidi, si deve prescrivere la dose minima efficace.
- si deve rivalutare attentamente il rapporto rischi/benefici quando si aumenta il dosaggio di ≥ 50 milligrammi morfina equivalenti(MME) / giorno,
- si dovrebbe evitare di aumentare il dosaggio a ≥ 90 MME / die o accuratamente giustificare una decisione per titolare il dosaggio a ≥ 90 MME / die

TABLE 2. Morphine milligram equivalent (MME) doses for commonly prescribed opioids

| Opioid | Conversion factor* |
|----------------------------------|--------------------|
| Codeine | 0.15 |
| Fentanyl transdermal (in mcg/hr) | 2.4 |
| Hydrocodone | 1 |
| Hydromorphone | 4 |
| Methadone | |
| 1–20 mg/day | 4 |
| 21–40 mg/day | 8 |
| 41–60 mg/day | 10 |
| ≥ 61 –80 mg/day | 12 |
| Morphine | 1 |
| Oxycodone | 1.5 |
| Oxymorphone | 3 |
| Tapentadol [†] | 0.4 |

12 principi da seguire

- **6.**

- l'uso di oppioidi a lungo termine spesso inizia con il trattamento del dolore acuto.
- Quando si usano gli oppioidi per il dolore acuto, i medici dovrebbero prescrivere la dose minima efficace di oppioidi a rilascio immediato e per la durata prevista di un dolore abbastanza grave da richiedere oppioidi.
- Tre giorni o meno sono spesso sufficienti; raramente saranno necessari più di sette giorni di terapia con oppioidi.

12 principi da seguire

- **7.**
- in caso di dolore cronico , i medici dovrebbero valutare i benefici ed i rischi con i pazienti entro 1-4 settimane dall'inizio della terapia con oppioidi e ad ogni eventuale incremento di dose.
- in caso di prolungamento si dovrebbero rivalutare i benefici ed i rischi della terapia continuata ogni 3 mesi o anche più frequentemente. Se i benefici non sono superiori ai rischi della terapia continuata, i medici dovrebbero ottimizzare altre terapie e lavorare con i pazienti per abbassare i dosaggi di oppioidi o per interromperne il trattamento.

12 principi da seguire

- **8.**
- Prima di iniziare e periodicamente durante la terapia con oppioidi, i medici dovrebbero valutare i fattori di rischio per danni correlati agli oppioidi.
- I medici dovrebbero integrare altre strategie di gestione per mitigare il rischio, considerando l'uso di naloxone quando presenti fattori che aumentano il rischio di overdose da oppioidi, quali la storia di sovradosaggio, la storia di disturbo da abuso di sostanze, o alti dosaggi di oppioidi (≥ 50 MME / die), o l'uso concomitante di benzodiazepine.

12 principi da seguire

- **9.**

- I medici dovrebbero rivedere la storia di prescrizioni di sostanze controllate utilizzate da quel paziente o la contemporanea prescrizione di farmaci che in combinazione risultino pericolosi o mettano in paziente a rischio di sovradosaggio

- **10.**

- Quando si prescrivono oppioidi per il dolore cronico, i medici dovrebbero prendere in considerazione di sottoporre il paziente a test urinari per sostanze stupefacenti prima di iniziare la terapia con oppioidi che andrebbero eseguiti almeno una volta all'anno

12 principi da seguire

- **11.**
- I medici dovrebbero evitare di prescrivere oppioidi e benzodiazepine contemporaneamente, quando possibile.
- **12.**
- I medici dovrebbero prescrivere un trattamento basato sull'evidenza (di solito buprenorfina o metadone in combinazione con terapie comportamentali) per i pazienti con disturbo da uso di oppioidi.

Terapia farmacologica

pz. con dolore muscolo-scheletrico acuto

MMG

FANS (ibuprofene 1,2 g/die, diclofenac 150mg/die, naprossene 1,1 g/die) per 1 giorno

NRS<4

proseguire terapia < 10 gg

guarigione

NRS>4

**ketorolac
tramadolo
tapentadolo
ossicodone**

pz. con dolore muscolo-scheletrico cronico

**Medico
Specialista**

FANS

NRS<4

proseguire terapia

guarigione

NRS>4

**si associano
Duloxetina, Gabapentina, antidepressivi
triciclici, tramadolo + adiuvanti**

NRS>4

**tapentadolo, ossicodone , buprenorfina
transdermica, fentanyl os/ transdermico**