

## Dolore oncologico

### V. Cotticelli

L'associazione internazionale per lo studio del dolore (IASP) definisce il dolore come "un'esperienza sensoriale ed emozionale associata ad un danno reale o potenziale del tessuto o descritta in tali termini".

Il dolore, quindi, è espressione non solo di un danno tissutale ma anche di un'esperienza somato-psichica: ciò è ancor più vero quando si parla di dolore oncologico<sup>1</sup>, inteso non solo come dolore fisico ma come "dolore globale", cioè sofferenza del paziente e della sua famiglia nel corso della malattia neoplastica<sup>2, 3</sup>. Tale definizione, infatti, tiene conto di tutti gli aspetti fisici, sociali, psicologici, spirituali e relazionali del dolore (Fig. 1).

La reale incidenza del dolore oncologico, che rimane un sintomo diffuso con un elevato impatto sociale, è solo parzialmente nota, nonostante la maggiore

consapevolezza degli operatori sanitari e l'istituzione di programmi educazionali. Studi che hanno indagato l'incidenza di tale sintomo sono disomogenei per stadio della malattia, numero di pazienti e metodologia di studio; solo recentemente una revisione sistematica ha consentito la definizione della prevalenza del dolore oncologico in generale e nelle sottopopolazioni di pazienti in differenti fasi della malattia<sup>4</sup>.

Potrebbe sembrare artificioso differenziare l'approccio al dolore nei pazienti oncologici e non oncologici, poiché la sindrome dolorosa da un punto di vista fisiopatologico è caratterizzata da aspetti sostanzialmente simili:

- dolore acuto (inteso come manifestazione clinica di dolore acuto in senso stretto ed esacerbazione acuta di sintomatologia dolorosa cronica in trattamento, Break-through cancer pain);



Fig. 1: Dolore Globale

- dolore cronico (espressione di malattia neoplastica in atto od esito di trattamento)<sup>5</sup>.

Tuttavia questo approccio è indispensabile in quanto, sebbene l'obiettivo primario di controllare l'intensità del dolore percepito sia identico, in realtà gli obiettivi di cura e l'approccio terapeutico sono assai diversi: nel dolore cronico non oncologico, così come nelle fasi iniziali della malattia oncologica, l'obiettivo prioritario è la riduzione della disabilità, cioè la riduzione dell'impatto del dolore sulle attività quotidiane e nelle relazioni sociali, mentre in uno stadio avanzato della neoplasia, nell'ambito delle cure palliative, è necessario orientare l'assistenza verso una qualità della morte, poiché la capacità di svolgere le normali attività della vita quotidiana va continuamente riducendosi a causa della progressione della malattia.

Il dolore oncologico può essere presente in varie fasi della malattia neoplastica, aggravandone il quadro clinico, e può presentarsi come:

- manifestazione iniziale di malattia;
- espressione di patologia neoplastica nota di cui rappresenta un sintomo di ripresa o progressione;
- sintomo di accompagnamento di patologia neoplastica in fase avanzata;
- conseguente a terapia chirurgica, radioterapica o chemioterapica (secondario, cioè, a cause iatrogene)<sup>6,7</sup>.

Oltre questi aspetti peculiari del dolore oncologico, che ne determinano un difficile inquadramento sia diagnostico che terapeutico, altri ostacoli ad un adeguato trattamento sono stati identificati dall'Agency for Health Care Policy and Research<sup>8</sup> e classificati in:

- barriere legate al sistema;
- barriere legate ai professionisti;
- barriere legate ai pazienti ed ai loro familiari.

Le barriere legate al sistema, dovute principalmente ad ostacoli normativi e regolatori all'utilizzo degli oppiacei nel trattamento del dolore oncologico, sono state negli ultimi anni in gran parte superate attraverso la facilitazione della prescrizione di tali farmaci. Tra le barriere legate al sistema sono da segnalare anche i ritardi e l'inadeguatezza dei programmi di interfaccia con le cure palliative, anche quest'ultimo aspetto in parte superato. I professionisti sanitari, d'altra parte, contribuiscono all'inadeguato trattamento del dolore in quanto il più delle volte occupati a trattare esclusivamente la malattia di base non il sintomo o preoccupati più della prognosi del paziente che dell'intensità del dolore; senza menzionare la carenza di formazione, l'insufficiente esperienza nel trattamento del dolore oncologico o l'inadeguata conoscenza sull'uso appropriato dei farmaci oppioidi ed adiuvanti<sup>9</sup>.

Il dolore oncologico deve quindi essere adeguatamente trattato attraverso un orientamento terapeutico basato su:

- qualità di vita
- attesa di vita
- diffusione del dolore
- trattamenti in atto
- efficacia di precedenti trattamenti.

Alla luce di quanto enunciato risulta necessario, per effettuare un adeguato trattamento del dolore oncologico, procedere ad una contestualizzazione delle cure, considerando, attraverso un approccio multi-disciplinare, una terapia orientata al trattamento della malattia neoplastica, al controllo dei sintomi, ai bisogni espressi dai pazienti, e consentendo, laddove non sia più indicato procedere a cure attive, il graduale passaggio alla sola palliazione<sup>10</sup>.

## BIBLIOGRAFIA

1. International Association For the Study of Pain Subcommittee on Taxonomy, Pain Terms: a list with definitions and notes on usage. Pain 1979; 6: 249-52.

2. Treede RD. The International Association for the Study of Pain definition of pain: as valid in 2018 as in 1979, but in need of regularly updated footnotes. *Pain Res* 2018; 3 (2): e643.
3. Cherny N. The problem of suffering. In: Doyle D, Hanks G, Cherny N, Calman K eds. *Oxford Textbook of Palliative Medicine* (III edition). Oxford University Press, 2004; 7-14.
4. van den Beuken-van Everdingen MH, de Rijke JM, Kessels AG, et al. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol* 2007; 18: 1437-49.
5. Delaney A, Fleetwood-Walker SM, Colvin LA, et al. Translational medicine: cancer pain mechanisms and management. *Br J Anaesth* 2008; 101: 87-94.
6. Mariani G, Lozza L. Danni iatrogeni. In: Bonadonna G, Robustelli della Cuna G, Valagussa P. *Medicina oncologica* (VIII edizione) Milano: Elsevier-Masson, 2007; 1753-95.
7. Marchettini P, Marangoni C, Mauri E, et al. Il dolore chirurgico persistente. In: Mercadante S (eds). *Il dolore. Valutazione, diagnosi e trattamento*. Milano: Masson, 2006; 227-36.
8. Agency for Health Care Policy and Research. *Clinical Practice Guidelines Cancer Pain Management*. Rockville MD: US Department of Health and Human Services, 1994.
9. Farrell BR, Temel JS, Temin S, et al. Integration of palliative care into standard oncology care: American society of clinical oncology clinical practice guideline update. *JCO* October 31, 2016.
10. Haun MW, Estel S, Ruecker G, et al. Early palliative care for improving quality of life and survival time in adults with advanced cancer: meta-analytical findings from Cochrane review. Proc Abstract n. 10132, ASCO Annual Meeting June 3-7, Chicago 2016.

Dott.ssa Virginia Cotticelli, Dipartimento di Anestesia e Rianimazione, Aurelia Hospital – Roma

Per la corrispondenza: [virginiacott@libero.it](mailto:virginiacott@libero.it)