

Il medico di medicina generale e il dolore oncologico

Massimo Mammucari¹, Enrica Maggiori¹, Luciano Antonaci¹, Renato Fanelli¹, Chiarastella Travaglini², Domenico Russo³

¹ Assistenza primaria, ASL RM 1, Roma; ² Medico di medicina generale in formazione; ³ Medico di cure palliative, Hospice "San Marco", Latina

Riassunto

La gestione del dolore comporta capacità diagnostiche e terapeutiche. Uno studio di ampie dimensioni ha dimostrato che il dolore oncologico si presenta in varie forme, indipendentemente dal tipo di neoplasia. L'individuazione precoce e la gestione farmacologica appropriata permettono di ridurre ricoveri inappropriati e aumentano la soddisfazione del paziente. Il ruolo del medico di medicina generale è cruciale per il coordinamento della gestione multidisciplinare del dolore oncologico.

Premessa

La letteratura scientifica descrive un tipo di dolore ancora sottovalutato che colpisce il paziente oncologico: il *Breakthrough Cancer Pain* (BTcP) ¹. In questo articolo lo denomineremo "dolore episodico intenso" (DEI) perché riteniamo meglio rappresenti la sintomatologia descritta e la comprensione del paziente. Esso si manifesta sotto forma di crisi dolorose, spontanee o scatenate da particolari eventi, di durata relativamente breve. Questa forma di dolore colpisce in particolare i malati oncologici che riescono a distinguerlo dal dolore di fondo controllato farmacologicamente per la maggior parte del tempo ². Come ogni forma di dolore, anche il DEI interferisce con la qualità di vita e comporta un considerevole consumo di risorse ³. Alcuni autori hanno evidenziato la difficoltà del medico di medicina generale (MMG) nella gestione del paziente oncologi-

co ⁴ e in particolare del dolore ⁵. Per questo motivo abbiamo voluto rielaborare, con la prospettiva del medico di assistenza primaria, i dati di uno studio disegnato per valutare il paziente oncologico con dolore episodico. Presentiamo in questo articolo un'analisi secondaria di una ricerca multicentrica multidisciplinare condotta in Italia ⁶.

Materiali e metodi

32 centri clinici (oncologia, terapia del dolore, cure palliative), con oltre 175 medici sperimentatori coinvolti, hanno selezionato e studiato il dolore dei pazienti oncologici afferenti a questi tre diversi ambiti di cura. Con l'approvazione del comitato etico, e il consenso dei pazienti, venivano reclutati soggetti con due fondamentali criteri:

1. pazienti con dolore oncologico di fondo costantemente controllato (misurato con una scala numerica a 11 punti): $NRS \leq 4$;

2. con episodi dolorosi chiaramente distinguibili dal dolore di fondo.

Analisi statistica

Sono state effettuate statistiche descrittive, media e DS per variabili continue, frequenze assolute e relative per le variabili categoriali, dell'intera popolazione arruolata e di sottogruppi. Sono stati eseguiti un test chi-quadrato, un test t di Student (usando il metodo Bonferroni-Holm) e un ANOVA a una via (preceduto dall'analisi della distribuzione teorica-curtosi e dal test della varianza tra gruppi e all'interno dei gruppi) per ottenere un'analisi inferenziale di tutte le possibili differenze. Per identificare i fattori correlati al dolore episodico sono stati effettuati il test chi-quadrato (con calcolo dell'odds ratio quando il bivariato 2 x 2), il test t di Student e l'analisi della varianza (F Fisher e post-hoc LSD test). I dati sono stati ela-

Conflitto di interessi

Massimo Mammucari, Chiarastella Travaglini e Domenico Russo dichiarano nessun conflitto di interessi.

How to cite: Mammucari M, Maggiori E, Luciano A, et al. Il medico di medicina generale e il dolore oncologico. Rivista SIMG 2021;28(4):28-31.

© Copyright by Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza "Creative Commons Attribution Non Commercial (CC BY-NC 4.0)", che consente agli utenti di distribuire, rielaborare, adattare, utilizzare i contenuti pubblicati per scopi non commerciali; consente inoltre di realizzare prodotti derivati comunque e sempre solo a fini non commerciali, citando propriamente fonte e crediti di copyright e indicando con chiarezza eventuali modifiche apportate ai testi originali.

TABELLA I.*Caratteristiche dei pazienti arruolati e valutabili statisticamente (n = 4.016).*

Pazienti con metastasi %	84%
Pazienti con trattamento anti tumorale recente o in corso	78%
Karnofsky performance status (media+DS)	61,8 ± 18,7
Intensità del dolore basale (media±DS)	3,0 ± 1,1
Pazienti con dolore basale NRS 0-2	30,6%
Pazienti con dolore basale NRS 3-4	69,4%
Pazienti con massima intensità del dolore episodico entro 10 minuti %	68,9%
Durata del dolore episodico, minuti (media ± DS)	43,3 ± 37,7
Pazienti con dolore episodico non prevedibile %	70%

TABELLA II.*Caratteristiche del dolore episodico rilevato nei pazienti arruolati (n = 4.016).*

Caratteristiche del dolore episodico	Dolore episodico moderato 5 ≤ NRS ≤ 6 (n = 828)	Dolore episodico intenso NRS ≥ 7 (n = 3188)	P
Numero di episodi/die	2,0 (1,9, 2,1)	2,5 (2,4, 2,5)	p < 0,0001
Intensità	5,7 (5,7, 5,8)	8,0 (7,9, 8,0)	p < 0,0001
Pazienti con massima intensità raggiunta entro 10 minuti	535 (64,6%)	2234 (70,1%)	p = 0,003
Pazienti con massima intensità raggiunta dopo 10 minuti	293 (35,4%)	954 (29,9%)	
Durata del dolore episodico (minuti)	41,0 (36,1, 46,0)	43,7 (41,4, 46,0)	p = 0,34
Pazienti con dolore episodico prevedibile	291 (35,1%)	934 (29,3%)	p = 0,001
Pazienti con dolore episodico non prevedibile	537 (64,9%)	2254 (70,7%)	

borati utilizzando SPSS (IBM, Armonk, NY) versione 10.0.

Risultati

Nell'analisi sono stati inclusi 4.016 pazienti con dolore basale ben controllato farmacologicamente nell'ultima settimana (Tab. I). Nonostante il controllo analgesico del dolore di base, essi riferivano 2,9 (range 2,4-3,4) crisi di dolore episodico (p = 0,0001) ciascuno con durata media di 43,3 minuti. Non è stata riscontrata alcuna correlazione

tra il numero giornaliero, la durata e l'intensità del dolore episodico intenso con lo stadio della malattia oncologica (p = 0,7) o con la presenza di metastasi (p = 0,4).

In particolare 3.188 (79,4%) pazienti hanno riportato un dolore episodico chiaramente distinguibile dal dolore basale con intensità grave (da 7 a 10 punti), mentre i restanti 828 (20,6%) hanno riportato un dolore episodico moderato chiaramente distinguibile dal dolore basale, con intensità da 5 a 6 punti della scala NRS. Nella Tabella II ripor-

tiamo le caratteristiche cliniche registrate nei pazienti con dolore episodico intenso più grave rispetto a quelli con dolore episodico moderato.

Confrontando i dati clinici per sottogruppi, si nota che all'aumentare dell'intensità del dolore di base peggiora anche il dolore episodico, in particolare meno il dolore di base è controllato più aggressivo sembra essere il DEI in termini di intensità e numero di crisi giornaliere. Infine, abbiamo rilevato che anche chi ha il dolore di base perfettamente controllato (NRS = 0) non è esente dalla comparsa del dolore episodico (Fig. 1).

Abbiamo anche rilevato che il dolore episodico insorge a distanza di circa due mesi dalla comparsa del dolore di base (56,6 giorni; Pearson 0,685, p < 0,0001) e che la maggiore soddisfazione dei pazienti è raggiunta dopo trattamento farmacologico con oppioidi a più rapida azione (p = 0,000).

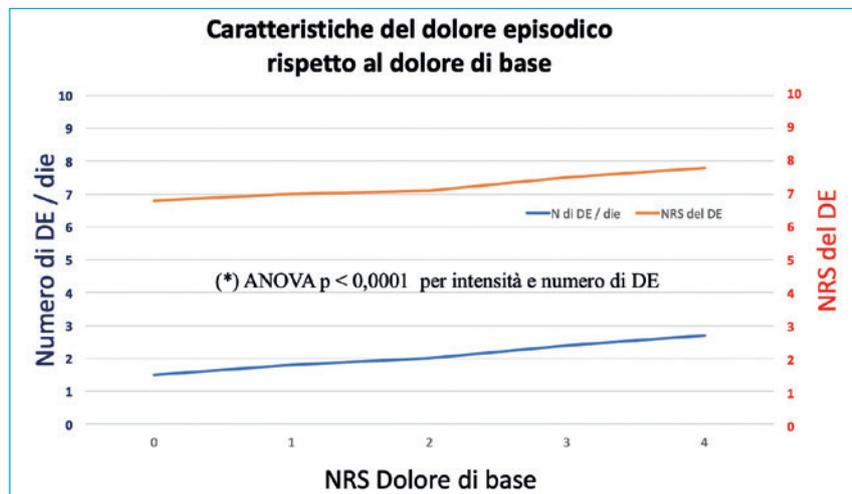
Discussione

Nell'ambito della Medicina Generale il dolore episodico oncologico pone alcune difficoltà diagnostiche. Tuttavia, esse possono essere superate con la conoscenza più dettagliata delle sue caratteristiche. Il dolore episodico può presentarsi come dolore non prevedibile (non correlato a fenomeni scatenanti riconoscibili) o prevedibile. Quest'ultimo può essere volontario (correlato ai movimenti) o procedurale (legato ad atti terapeutico-assistenziali). Le due maggiori sfide sono differenziare il DEI dal dolore di base non controllato e differenziare il dolore episodico dalle fluttuazioni del dolore di base.

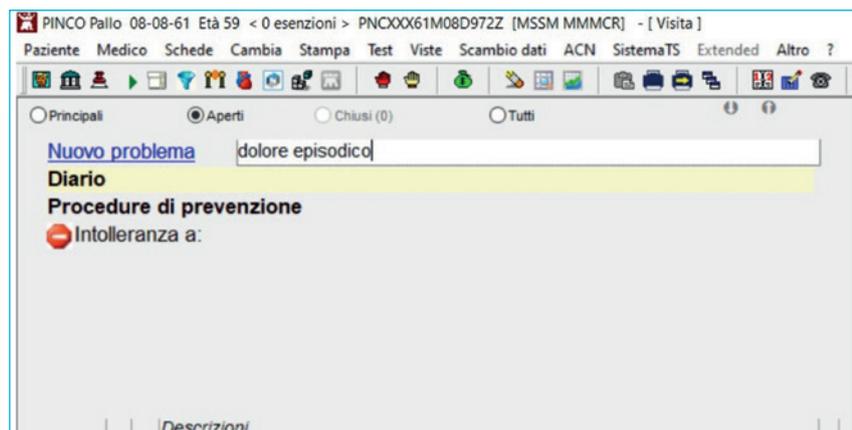
È quindi importante l'utilizzo di un algoritmo diagnostico: se il paziente non ha un livello di dolore inferiore/uguale a 4 per la maggior parte del tempo, non si può parlare di dolore episodico, ma siamo di fronte a dolore di base non controllato. Occorrerà in questo caso modificare la terapia antidolorifica a orari fissi. Ma se questa evenienza è stata già considerata e il dolore di base è controllato, diventa prioritario diagnosticare il dolore episodico e trattarlo con oppioidi a rapida azione. Quindi l'uso degli oppioidi nel paziente oncologico e la prescrizione di oppioidi a rapida azione devono far parte

FIGURA 1.

La figura mostra l'andamento del DEI (intensità e numero di episodi giornalieri) in funzione del dolore di base. All'aumentare di quest'ultimo peggiorano le crisi episodiche di dolore. La linea blu rappresenta il numero di episodi dolorosi giornalieri; la linea rossa indica l'andamento dell'intensità del dolore episodico.

**FIGURA 2.**

La figura suggerisce l'ipotesi di inserire una nuova entità denominata "dolore episodico" tra i problemi clinici con lo scopo di proporre il percorso sia diagnostico che terapeutico e di realizzare audit periodici del paziente con dolore cronico oncologico e non con episodi di dolore episodico intenso o moderato.



della gestione routinaria del dolore oncologico in ogni setting clinico.

In questa analisi abbiamo rilevato che il dolore episodico può comparire anche con intensità moderata (5 o 6 punti della scala NRS). Questo dolore può essere facilmente misconosciuto e sottovalutato. Una rilevazione del dolore che evidenzia una differenza di 3 o 4 punti tra il dolore di base e il dolore episodico dovrebbe quindi costituire un indicatore clinico per la diagnosi sospetta di dolore episodico.

Individuare precocemente un paziente con dolore non controllato potrebbe evitare un peggioramento della qualità di vita, visto che abbiamo anche osservato una correlazione lineare ($p = 0,0001$) tra l'intensità del dolore basale e il peggioramento dei parametri relativi al DEI. Infatti, abbiamo calcolato che mediamente, a causa del numero di episodi giornalieri e della loro durata media, un paziente soffre dalle 20 alle 76 ore ogni mese di questa forma di dolore che può essere potenzialmente evitata attraverso

una diagnosi e un trattamento adeguato precoce. Unitamente al fatto che i pazienti che si dichiarano maggiormente soddisfatti sono proprio coloro che avevano ricevuto farmaci a più rapida azione farmacologica, va concluso che la diagnosi precoce rappresenta un fattore decisivo per il successo diagnostico-terapeutico.

Alla luce di questi dati sottolineiamo che il dolore oncologico è un sintomo che compare precocemente, si modifica rapidamente e talvolta richiede una gestione quotidiana. Non va dimenticato che le crisi di dolore sono una delle cause più frequenti di accesso al pronto soccorso del paziente oncologico. Evitare tale eventualità è un obiettivo prioritario del sistema sanitario.

Considerando la relazione temporale tra l'insorgenza del dolore al basale e il dolore episodico (1,9 + 5,6 mesi, $p = 0,001$) da noi rilevata, riteniamo che il domicilio del paziente debba diventare il luogo dove si concentrano le varie professionalità del nuovo sistema sanitario. La Medicina Generale, diffusa capillarmente su tutto il territorio nazionale, può attuare programmi di sorveglianza proattiva, registrando il dolore e attivando i percorsi di cura più appropriati del paziente con dolore. Infatti, siamo convinti che i pazienti oncologici dovrebbero essere periodicamente intervistati con un algoritmo diagnostico che permetta al MMG di coordinare i vari specialisti coinvolti in un setting di cura domiciliare. Siamo anche convinti che la cartella mil-lewin e lo sviluppo della telemedicina siano strumenti che faciliteranno i cambiamenti della futura assistenza domiciliare.

Infatti, il dolore episodico può essere associato anche al dolore non oncologico⁷; ciò comporta che esso dovrebbe essere riconosciuto come un'entità nosografica distinta (dolore episodico) e la sua specifica identificazione nella cartella clinica ne faciliterebbe la diagnosi e la gestione (Fig. 2).

Conclusioni

Attualmente non esiste un consenso internazionale sulla diagnosi del BTcP⁸. La gestione del malato oncologico, e in particolare dei sintomi in cure palliative, può causare disagio nei MMG^{9,10}. Al contrario,

noi riteniamo che il ruolo del MMG rimane cruciale, sia per la gestione del malato sia per la riduzione del numero di ricoveri inappropriati causati dal dolore¹¹.

Da un punto di vista pratico, la nostra analisi secondaria suggerisce che i pazienti valutati periodicamente potrebbero essere facilmente identificati come “potenziali non responder” e/o soggetti con “sospetta diagnosi di dolore episodico”. Riteniamo che le autorità sanitarie dovrebbero investire su programmi di sorveglianza attiva del paziente oncologico. Un vantaggio di una sorveglianza attiva del paziente con dolore oncologico richiama il concetto di individuazione precoce anche dei pazienti che necessitano di percorsi di cure di supporto. Per tale fine abbiamo a disposizione alcuni strumenti validati come il *Prognostic Indicator Guidance GSF* (PIG-GSF)¹², il *Supportive and palliative care Indicators Tool* (SPICITM)¹³, il *Radboud Indicators for Palliative Care Need* (RADPAC)¹⁴ e il *Necesidades Paliativas* (NECPAL tool)¹⁵. Infine, sottolineiamo il ruolo del MMG nel campo della ricerca clinica. Individuare una forma di dolore episodico moderato, con questa seconda analisi, evidenzia come la visione del MMG possa contribuire allo sviluppo delle conoscenze e della gestione del malato con dolore. L’adattamento della cartella clinica del MMG aggiungendo l’entità

“dolore episodico” appare un utile nuovo strumento per migliorare la gestione del dolore.

Bibliografia

- 1 Mercadante S, Portenoy RK. Breakthrough cancer pain: twenty-five years of study. *Pain* 2016;157:2657-2663.
- 2 Portenoy RK, Hagen NA. Breakthrough pain: definition, prevalence and characteristics. *Pain* 1990;41:273-281.
- 3 Fortner BV, Okon TA, Portenoy RK. A survey of pain-related hospitalizations, emergency department visits, and physician office visits reported by cancer patients with and without history of breakthrough pain. *J Pain* 2002;3:38-44.
- 4 Geelen E, Krumeich A, Schellevis FG, et al. General practitioners' perceptions of their role in cancer follow-up care: a qualitative study in the Netherlands. *Eur J Gen Pract* 2014;20:17-24.
- 5 Mitchell GK, Senior HE, Johnson CE, et al. Systematic review of general practice end-of-life symptom control. *BMJ Support Palliat Care* 2018;8:411-420.
- 6 Mercadante S, Marchetti P, Cuomo A, et al.; IOPS-MS Study Group. Factors influencing the clinical presentation of breakthrough pain in cancer patients. *Cancers (Basel)* 2018;10:175.
- 7 Gatti A, Mediati RD, Reale C, et al. Breakthrough pain in patients referred to pain clinics: the Italian pain network retrospective study. *Adv Ther* 2012;29:464-472.
- 8 Davies AN, Elsner F, Filbet MJ, et al. Breakthrough cancer pain (BTcP) management: a review of international and national guidelines. *BMJ Support Palliat Care* 2018;8:241-249.
- 9 Mitchell GK. How well do general practitioners deliver palliative care? A systematic review. *Palliat Med* 2002;16:457-464.
- 10 Barclay S, Moran E, Boase S, et al. Primary palliative care research: opportunities and challenges. *BMJ Support Palliat Care* 2019;9:468-472.
- 11 Menten J, de Lepeleire J. Emergency hospital admission for pain in palliative patients: a crucial role for general practitioners. *Eur J Gen Pract* 2006;12:133-134.
- 12 Clifford C, Thomas K, Armstrong-Wilson J. Going for Gold: the Gold Standards Framework programme and accreditation in primary care. *End Life J* 2016;6:e000028.
- 13 Highet G, Crawford D, Murray SA, Boyd K. Development and evaluation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICIT): a mixed-methods study. *BMJ Support Palliat Care* 2014;4:285-290.
- 14 Thoonsen B, Engels Y, Van Rijswijk E, et al. Early identification of palliative care patients in general practice: development of RADboud indicators for Palliative Care Needs (RADPAC). *Br J Gen Pract* 2012;62:e625-631.
- 15 Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, et al. Identifying patients with chronic conditions in need of palliative care in the general population: development of the NECPAL tool and preliminary prevalence rates in Catalonia. *BMJ Support Palliat Care* 2013;3:300-308.