

GESTIONE MULTIMODALE DEL DOLORE ONCOLOGICO

Si inizia la terapia farmacologica per il dolore correlato al cancro utilizzando la scala analgesica dell'OMS come guida. Questo approccio empiricamente convalidato può alleviare efficacemente il dolore nell'80-90% dei pazienti attraverso un'escalation della terapia basata sulla gravità del dolore. La farmacoterapia a base di oppioidi è un pilastro del trattamento del dolore da moderato a grave nei pazienti con cancro attivo ma, per molti pazienti, un approccio multimodale che includa terapie non farmacologiche in combinazione con oppioidi può garantire sollievo dal dolore con meno effetti collaterali e/o fornire un migliore funzionamento fisico e psicosociale: possono essere offerte terapie psicosociali, interventistiche, di neurostimolazione, integrative, cognitivo-comportamentali o riabilitative. [Tab. 1, Alg. 1, Tab.2,]

Tab.1

Categories of treatment for pain in cancer patients

Pharmacological
Opioid analgesics
Non-opioid analgesics
Non-traditional analgesics (adjuvant analgesics)
Interventional
Injection therapies
Neural blockade
Implant therapy
Rehabilitative
Therapeutic exercise
Occupational therapy
Hydrotherapy
Treatment for specific disorders (eg, lymphedema)
Psychological
Psychoeducational interventions
Cognitive behavioral therapy
Relaxation therapy, guided imagery, other types of stress management
Other forms of psychotherapy
Neurostimulation
Transcutaneous
Transcranial
Implanted
Integrative (complementary or alternative)
Acupuncture
Massage
Physical or movement
Others

Le Terapie non farmacologiche comprendono trattamenti mirati all'eziologia del dolore (p.es., radioterapia), terapie invasive sintomo-dirette (p.es., blocchi nervosi) e terapie sintomatiche non invasive, come la riabilitazione e le terapie complementari/integrative.

Le terapie interventistiche, come i sistemi di somministrazione intratecale dei farmaci e la neuromodulazione o l'ablazione, possono essere prese in considerazione quando altri approcci sono insufficienti o inefficaci e in combinazione con la riabilitazione e la farmacoterapia appropriata.

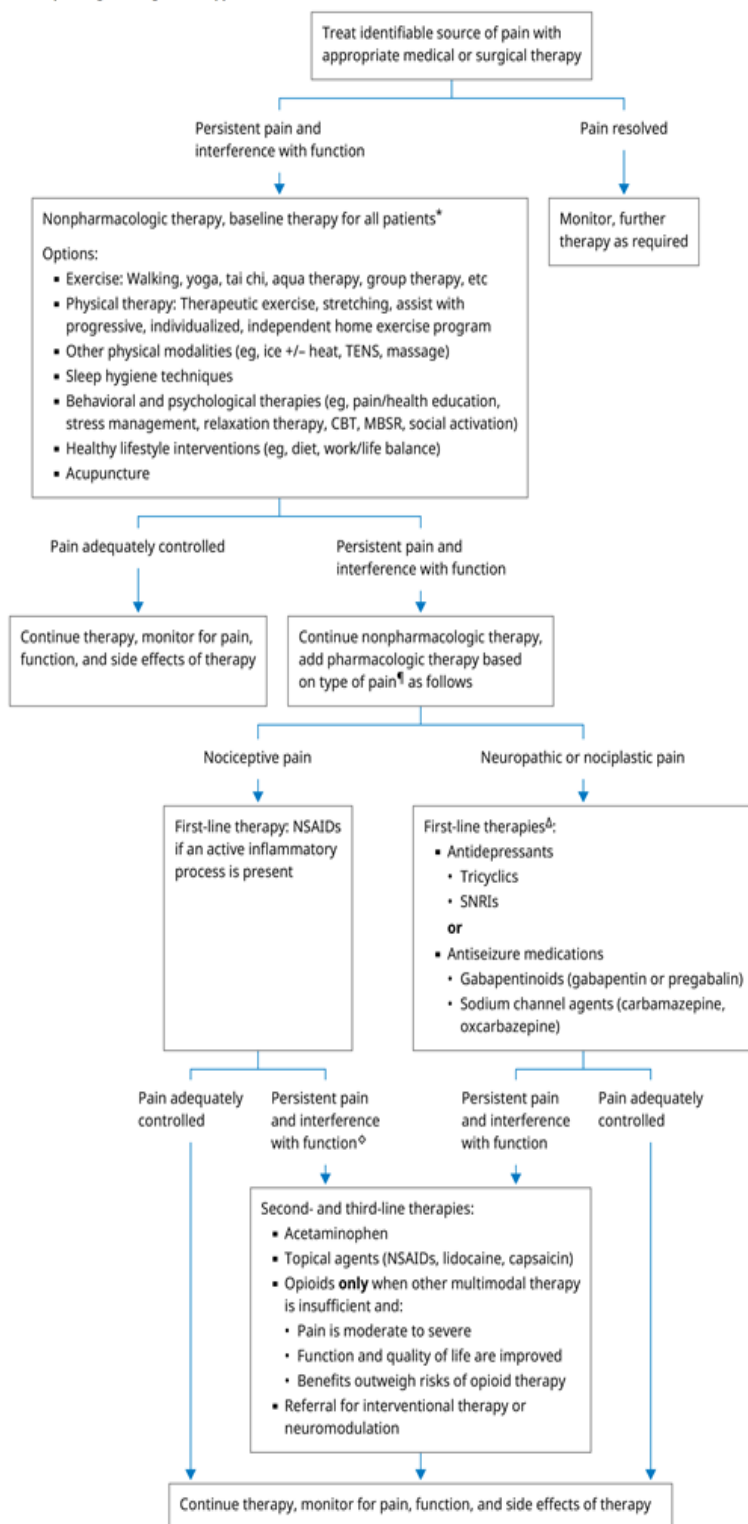
Reproduced from: Portenoy RK. Treatment of cancer pain. Lancet 2011; 377:2236. Table used with the permission of Elsevier Inc. All rights reserved.

UpToDate®

**PROCEDURA PER LA GESTIONE DEL DOLORE CRONICO
MALIGNO E DELLA TERAPIA SINTOMATICA**

GESTIONE MULTIMODALE DEL DOLORE ONCOLOGICO

Chronic pain diagnosis-targeted therapy



Alg.1

Questo algoritmo mostra un approccio al trattamento del dolore cronico basato sulla diagnosi del dolore e sul tipo di dolore. Non ha lo scopo di mostrare un elenco completo di opzioni per il trattamento del dolore cronico. La scelta della terapia deve essere individualizzata e deve tenere conto delle comorbidità, dei valori e delle preferenze del paziente e delle risorse disponibili. Il ruolo di vari farmaci nel trattamento di specifici disturbi del dolore cronico è discusso negli argomenti UpToDate su tali disturbi. Per ulteriori informazioni, fare riferimento ai contenuti UpToDate sulla gestione delle singole condizioni che causano dolore cronico e sulla valutazione e gestione del dolore cronico.

CBT: terapia cognitivo comportamentale; MBSR: riduzione dello stress basata sulla consapevolezza; FANS: farmaci antinfiammatori non steroidei; SNRI: inibitori della ricaptazione della serotonina-noradrenalina; TENS: stimolazione nervosa elettrica transcutanea.

* Per i pazienti con dolore molto impattante, può essere appropriata la terapia multimodale con l'aggiunta precoce di una terapia farmacologica.


Il dolore nocicettivo è causato da stimoli che minacciano o derivano da danni ai tessuti corporei ed è associato a una serie di condizioni muscoloscheletriche e viscerali che comportano lesioni infiammatorie, ischemiche, infettive o meccaniche/compressive.

Il dolore neuropatico consiste in un disturbo centrale e/o periferico della modulazione del dolore. I pazienti spesso descrivono il dolore neuropatico come formicolio o formicolio, bruciore e spariorie o scosse elettriche. L'esame obiettivo spesso rivela allodinia o iperalgesia.

Il dolore nociplastico è il risultato della sensibilizzazione centrale, che comporta un'alterata elaborazione e modulazione del dolore centrale e può causare allodinia, iperalgesia e ridotta efficacia delle terapie del dolore.

Δ La scelta tra i trattamenti per il dolore neuropatico dovrebbe essere basata sulla condizione del dolore (se nota), sulle condizioni di comorbidità del paziente, sui farmaci concomitanti, sul profilo degli effetti collaterali dei farmaci, sul costo e sulle preferenze del paziente per quanto riguarda la frequenza di dosaggio.

◇ Se i FANS sono inefficaci nei pazienti con presunto dolore nocicettivo, deve essere presa in considerazione la possibilità di dolore neuropatico o nociplastico. Potrebbe essere appropriata una prova di un antidepressivo antidolorifico o di un farmaco antiepilettico

 ASL Nuoro Azienda socio-sanitaria locale	REGIONE SARDEGNA - ASL Nuoro	ALL.3_IO_ GEST_MULTIMODALE_ DOL_ONCO
	PROCEDURA PER LA GESTIONE DEL DOLORE CRONICO MALIGNO E DELLA TERAPIA SINTOMATICA	
GESTIONE MULTIMODALE DEL DOLORE ONCOLOGICO		

Tab. 2 **Analgesia multimodale non farmacologica**

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cognitivo comportamentale: identificare cognizioni e convinzioni negative angoscienti; aumento della flessibilità psicologica, riduzione dello stress basata sulla consapevolezza, allenamento di rilassamento, biofeedback
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fisico: allenamento di attività, esercizio graduale (terrestre e acquatico) con allenamento fisico, lezione, allenatore e/o solitario; Uso della TENS mentre si è fisicamente attivi
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Spirituale: identificare e cercare il significato e lo scopo della vita
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Educazione (paziente e famiglia): migliorare l'alfabetizzazione sanitaria, motivare i pazienti ad avviare e sostenere sforzi che aumentano la funzione, l'umore, il sonno e la qualità della vita.

TENS: stimolazione nervosa elettrica transcutanea

L'**Educazione del paziente** dovrebbe includere la comprensione di come il dolore possa esistere senza che sia presente un danno reale, le varie opzioni di trattamento disponibili e le ragionevoli aspettative per la risposta al trattamento.

È importante **trattare i disturbi del sonno** nei pazienti con dolore cronico, iniziando preferibilmente con misure non farmacologiche (p.es., miglioramento dell'igiene del sonno, terapia cognitivo comportamentale [CBT]) e aggiungere la terapia farmacologica solo quando necessario, evitando le benzodiazepine.

Il trattamento del dolore cronico inizia e dovrebbe sempre includere **approcci non farmacologici** (p.es., autogestione, supporto alla salute comportamentale e terapia fisica).

- Si suggerisce l'esercizio terapeutico per tutti i pazienti con dolore cronico (**Grado 2C**) utilizzando un programma di terapia fisica o occupazionale individualizzato, adattato alle limitazioni del paziente, con l'obiettivo di migliorare la funzione fisica.
- Si prendano in considerazione approcci psicologici (p.es., CBT, terapie mente-corpo) per i pazienti il cui dolore influisce sull'umore, sul sonno, sulla qualità della vita o sulle relazioni con gli altri.
- Sono suggerite Terapie sanitarie Complementare e Integrative (CIH) non tradizionali per il dolore cronico a causa di prove emergenti che ne supportano l'efficacia e la sicurezza.
- Si indirizzino i pazienti con dolore cronico interessati all'agopuntura a una prova della stessa.

Le visite di **follow-up** programmate promuovono l'educazione del paziente, l'alleanza terapeutica, l'impegno terapeutico e l'autogestione e supportano il monitoraggio e la modifica dei trattamenti.

Misurare l'interferenza del dolore con la funzionalità, l'umore, il sonno e la qualità della vita ad ogni visita e tenere traccia di questi risultati per determinare quali trattamenti raccomandare e quali trattamenti interrompere.

L'obiettivo principale degli **interventi riabilitativi** può essere il miglioramento funzionale, il controllo dei sintomi o entrambi. Gli interventi riabilitativi potenzialmente benefici includono l'esercizio terapeutico, solitamente iniziato o guidato da un fisioterapista; l'idroterapia, che può essere particolarmente utile nei malati di salute; ortesi, ausili per la deambulazione e altri dispositivi.

Direzione Generale Via Demurtas 1 08100 Nuoro Tel. 0784 38892/240626 F. 0784 232095 C.F.: 00977680917 - www.aslnuoro.it mail: direzionegenerale@aslnuoro.it	
--	--

GESTIONE MULTIMODALE DEL DOLORE ONCOLOGICO

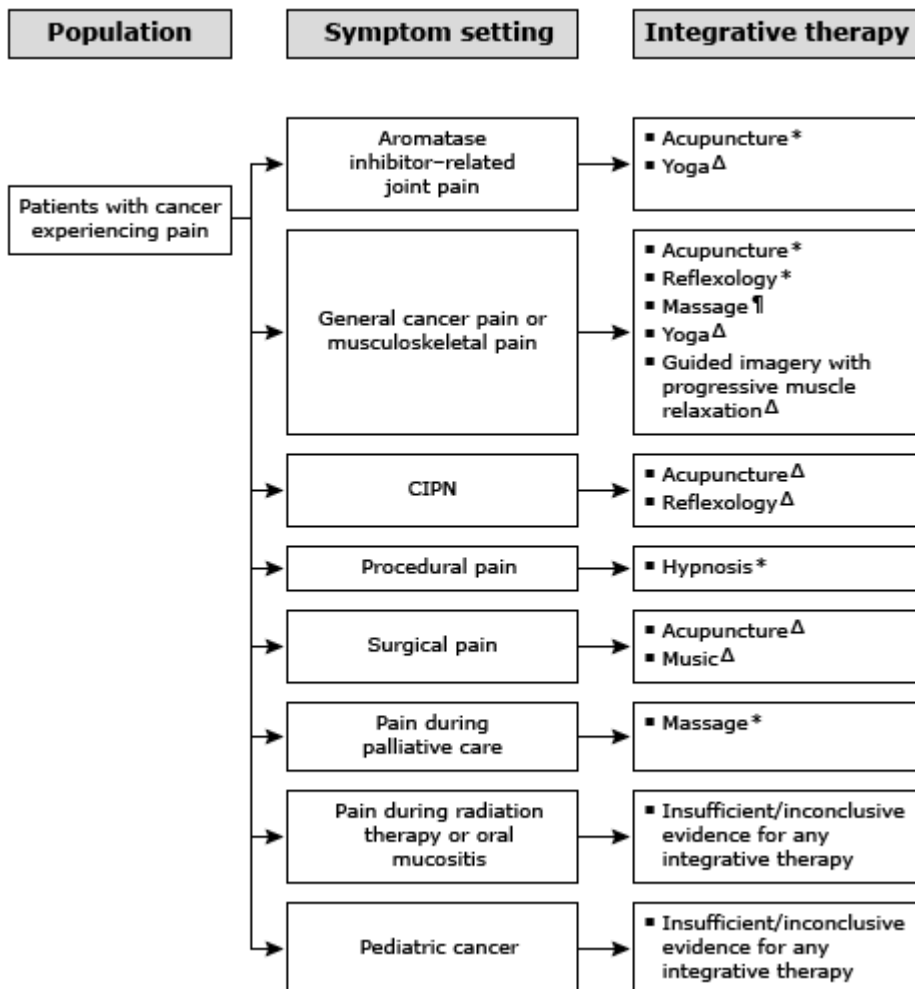
Altre modalità come l'applicazione di calore e freddo, gli ultrasuoni, gli stimoli elettrici (p.es., come con un dispositivo di stimolazione nervosa elettrica transcutanea), la terapia Scrambler e la terapia per il linfedema, possono essere appropriate in pazienti selezionati, a seconda della natura e della posizione del dolore. Questi approcci possono essere particolarmente utili come coadiuvanti per il dolore focale da lieve a moderato. La base di prove a sostegno del beneficio di uno qualsiasi di questi approcci per il dolore oncologico è estremamente limitata e non ci sono dati comparativi per guidare la selezione di una modalità specifica. Si consiglia di evitare l'applicazione topica di questi stimoli nelle aree con sensibilità ridotta e in quelle che sono direttamente superficiali alle masse tumorali.

I pazienti con dolore oncologico possono beneficiare di una o più **Terapie integrative /complementari** [Alg.2, Tab.3] che enfatizzano il valore potenziale dell'allenamento della "mente" (spostando le cognizioni e/o creando uno stato emotivo desiderabile) in un modo che influenzi favorevolmente le funzioni corporee (collettivamente definite "pratiche mente-corpo" [MBP]).

Le terapie complementari che possono fornire benefici includono agopuntura/digitopressione/riflessologia, yoga, ipnosi, terapia di rilassamento, meditazione, pratiche basate sulla consapevolezza, musicoterapia e massoterapia. Esiste una base di prove variabile a sostegno del beneficio delle MBP nei pazienti oncologici con dolore, ed è limitata in alcuni casi a contesti specifici. Tuttavia, per la maggior parte di questi approcci, è probabile che il potenziale beneficio superi i danni. Ci sono solo dati limitati sull'efficacia delle terapie di campo biologico come il Reiki, il tocco terapeutico e il tocco curativo, e questi trattamenti complementari non possono essere approvati con la stessa sicurezza di altre terapie integrative. Tuttavia, c'è poco o nessun danno da questi approcci.

GESTIONE MULTIMODALE DEL DOLORE ONCOLOGICO

Alg. 2




CIPN: neuropatia periferica indotta da chemioterapia.

* Qualità intermedia delle evidenze; moderata forza di raccomandazione.

∇ Bassa qualità delle prove; moderata forza di raccomandazione.

Δ Bassa qualità dell'evidenza; debole forza di raccomandazione

 ASL Nuoro Azienda socio-sanitaria locale	REGIONE SARDEGNA - ASL Nuoro	ALL.3_IO_ GEST_MULTIM ODALE_ DOL_ONCO
	PROCEDURA PER LA GESTIONE DEL DOLORE CRONICO MALIGNO E DELLA TERAPIA SINTOMATICA	
GESTIONE MULTIMODALE DEL DOLORE ONCOLOGICO		

Tab. 1

ASCO/SIO recommendations for integrative therapy for pain in patients with cancer, sorted by type of pain, quality of the evidence, and strength of the recommendation

Integrative intervention	Type of recommendation	Quality of evidence	Level of obligation	Benefit/Harm	Strength of recommendation
AI-related joint muscle pain					
Acupuncture/acuthery	Evidence based	Intermediate	Should	Benefit outweighs harm	Moderate
Breathing exercises	Evidence based	Low	May	Benefit outweighs harm	Weak
Hatha and restorative yoga postures					
Meditation					
General cancer pain/musculoskeletal pain					
Acupuncture/acuthery	Evidence based	Intermediate	May	Benefit outweighs harm	Moderate
Reflexology	Evidence based	Intermediate	May	Benefit outweighs harm	Moderate
Massage	Evidence based	Low	May	Benefit outweighs harm	Moderate
Yoga	Evidence based	Low	May	Benefit outweighs harm	Weak
Guided imagery + PMR	Evidence based	Low	May	Not assessable	Weak
CIPN					
Acupuncture/acuthery	Evidence based/informal consensus	Low	May	Not assessable	Weak
Reflexology	Evidence based	Low	May	Benefit outweighs harm	Weak
Procedural pain					
Hypnosis	Evidence based	Intermediate	May	Benefit outweighs harm	Moderate
Surgical pain					
Acupuncture/acuthery	Evidence based/informal consensus	Low	May	Benefit outweighs harm	Weak
Music therapy	Evidenced based	Low	May	Benefit outweighs harm	Weak
Pain during palliative care					
Massage	Evidence based	Intermediate	May	Benefit outweighs harm	Moderate

ASCO: American Society of Clinical Oncology; SIO: Society of Interventional Oncology; AI: aromatase inhibitor; PMR: progressive muscle relaxation; CIPN: chemotherapy-induced peripheral neuropathy.

Reproduced with permission from: Mao JJ, Ismaili N, Bao T, et al. Integrative medicine for pain management in oncology: Society for Integrative Oncology-ASCO Guideline. J Clin Oncol 2022; 40(34):3998-4024. Copyright © 2022 American Society of Clinical Oncology. www.asco.org/journal/jco/.

UpToDate®

GESTIONE MULTIMODALE DEL DOLORE ONCOLOGICO**ALTRI FARMACI ADIUVANTI¹**

Quando i regimi farmacologici abituali non sono efficaci, può essere necessario un certo grado di esplorazione e innovazione, inclusa la somministrazione di altri farmaci adjuvanti per potenziare l'analgesia che devono essere interrotti se non si verifica un miglioramento.

Oltre ai lassativi, raramente aggiungiamo farmaci per trattare gli effetti collaterali associati agli analgesici, e certamente non consigliamo l'aggiunta di stimolanti per superare la sedazione.

Agenti topici - I farmaci applicati localmente hanno diversi potenziali vantaggi rispetto ai farmaci sistemici per il dolore, tra cui la somministrazione nel sito doloroso della lesione e tassi iniziali significativamente più bassi di assorbimento sistemico, quindi meno effetti sistemici. Tuttavia, sono possibili concentrazioni sistemiche significative ed effetti collaterali sistemici.

Gli agenti topici possono essere offerti per condizioni di dolore nocicettivo o neuropatico molto ben localizzato comunemente prescritti in aggiunta ai farmaci sistemici.

- I **Farmaci antinfiammatori topici non steroidei (FANS)** topici, sotto forma di gel, spray o crema, possono fornire sollievo per il dolore muscoloscheletrico acuto. Mancano prove di efficacia di questi agenti per altre condizioni di dolore cronico oltre l'osteoartrite monoarticolare.
- La **Lidocaina topica** è considerata una terapia di seconda linea per alcune forme di dolore neuropatico. Per il dolore cronico, la lidocaina topica viene solitamente utilizzata sotto forma di cerotto. I dati a sostegno dell'efficacia della lidocaina topica sono limitati e deve essere usata con cautela nei pazienti con disfunzione epatica, renale o cardiaca.
- La **Capsaicina topica** è utilizzata in pazienti con nevralgia post-erpetica, neuropatia (HIV e diabetica) e in pazienti con osteoartrite. È un agonista del potenziale recettore TRPV1, prominente nelle piccole fibre nervose coinvolte nel dolore. È disponibile da banco come crema, lozione o gel a bassa concentrazione (fino allo 0,1%) o in cerotti ad alta concentrazione (8%) su prescrizione medica e somministrati da un operatore sanitario.

Cannabis e cannabinoidi — L'uso di cannabis e cannabinoidi per il dolore cronico è controverso ed è complicato dallo status legale misto e variegato. Una linea guida internazionale del 2021² ha fornito solo una debole raccomandazione a sostegno dell'uso di cannabis e cannabinoidi per il dolore cronico a causa dello stretto equilibrio tra benefici e danni della terapia. Revisioni sistematiche e meta-analisi di studi che includono più popolazioni di pazienti e formulazioni di cannabis e cannabinoidi hanno riportato risultati contrastanti sull'efficacia per il dolore cronico.

Tossina botulinica — Le iniezioni intradermiche di tossina botulinica possono essere utili per alcuni pazienti con dolore neuropatico. Tuttavia, gli studi esistenti sono piccoli ed eterogenei e non sono

¹ Overview of pharmacologic management of chronic pain in adults, D. Tauben, MD Brett R Stacey, mar 12, 2025.

² Medical cannabis or cannabinoids for chronic pain: a clinical practice guideline, Busse JW, et al. BMJ. 2021;374:n2040. Epub 2021 Sep 8.


GESTIONE MULTIMODALE DEL DOLORE ONCOLOGICO**LE PROCEDURE INTERVENTISTICHE³**

Si tratta in genere di procedure ambulatoriali, eseguite in anestesia locale con o senza sedazione, con fluoroscopia o altre immagini.

NB: I pazienti con coagulopatia, che stanno assumendo farmaci anticoagulanti o antiaggreganti o con grave trombocitopenia possono essere a maggior rischio di sanguinamento con procedure interventistiche.

- **Le Procedure della colonna vertebrale** sono solitamente ambulatoriali ed eseguite con anestesia locale con o senza sedazione.
- **L'iniezione epidurale di glucocorticoidi** viene utilizzata per trattare il mal di schiena refrattario alle misure conservative. Viene eseguita iniettando glucocorticoidi con o senza anestetico locale attraverso un ago posizionato nello spazio epidurale.
- **La Cifoplastica e la vertebroplastica** vengono utilizzate per trattare le fratture vertebrali da compressione iniettando cemento osseo nella vertebra collassata.
- **I Blocchi di branca mediale** vengono utilizzati per diagnosticare il dolore dalle faccette articolari, che sono innervate dai rami mediali del ramo dorsale spinale. L'anestetico locale viene iniettato alla giunzione del processo articolare superiore e del processo trasverso.
- **L'iniezione intra-articolare delle faccette articolari** – Queste procedure sono utilizzate per i pazienti fortemente sospettati di avere dolore spinale correlato alle faccette. L'anestetico locale o glucocorticoide viene iniettato direttamente nell'articolazione.
- **I Blocchi simpatici e la neurolisi** possono essere eseguiti per il dolore ischemico o mediato dal simpatico a livello del ganglio stellato, del plesso celiaco, della catena simpatica lombare, del plesso ipogastrico superiore o del ganglio imparitico. Vengono eseguiti per via percutanea con l'imaging o per il blocco del plesso celiaco, durante l'ecografia endoscopica del tratto gastrointestinale superiore.
- **Le Procedure neurolitiche** producono analgesia distruggendo le vie neurali afferenti o i gangli simpatici coinvolti nella trasmissione del dolore e dovrebbero essere prese in considerazione solo quando le misure più conservative falliscono. Vengono eseguiti con termoablazione mediante neurotomia a radiofrequenza o con neurolisi chimica mediante alcol, fenolo o glicerolo.
- **La Neuromodulazione** si riferisce all'uso della stimolazione elettrica per alterare la segnalazione del dolore, ad es. la stimolazione del midollo spinale e la stimolazione del ganglio della radice dorsale, per le quali gli elettrodi vengono posizionati per via percutanea rispettivamente nello spazio epidurale e nel neuroforame spinale.
- **La Terapia intratecale** prevede l'uso di un catetere e di una pompa di infusione impiantata o esterna per erogare farmaci analgesici e/o antispastici direttamente nel liquido cerebrospinale e nel midollo spinale.

³ Interventional Therapies For Chronic Pain, Authors: David J Copenhaver, Mds, Scott G Pritzlaff, Mdmichael Jung, MD, Mbanileshni S Singh, MD, Jan 23, 2025.

 ASL Nuoro Azienda socio-sanitaria locale	REGIONE SARDEGNA - ASL Nuoro	ALL.3_IO_ GEST_MULTIM ODALE_ DOL_ONCO
	PROCEDURA PER LA GESTIONE DEL DOLORE CRONICO MALIGNO E DELLA TERAPIA SINTOMATICA	
GESTIONE MULTIMODALE DEL DOLORE ONCOLOGICO		

BIBLIOGRAFIA

1. Tauben, D., & Stacey, B. R. (2025, March 12). *Overview of pharmacologic management of chronic pain in adults*. UpToDate.
2. Dhingra, L. K., & Blinderman, C. D. (2025, July 9). *Overview of cancer pain: General principles of management and pain syndromes*. UpToDate.
3. Tauben, D., & Stacey, B. R. (2024, October 15). *Approach to the management of chronic non-cancer pain in adults*. UpToDate.
4. Strada, E. A., & Portenoy, R. K. (2024, April 2). *Rehabilitative and integrative therapies for pain in patients with cancer*. UpToDate.
5. Copenhaver, D. J., Pritzlaff, S. G., Jung, M., & Singh, M. S. (2025, January 23). *Interventional therapies for chronic pain*. UpToDate.
6. Tauben, D., & Stacey, B. R. (2025, March 12). *Overview of pharmacologic management of chronic pain in adults*. UpToDate.
7. Busse, J. W., et al. (2021). *Medical cannabis or cannabinoids for chronic pain: A clinical practice guideline*. *BMJ*, 374, n2040. <https://doi.org/10.1136/bmj.n2040>