

3° Focus sulla **SINDROME FIBROMIALGICA**

*dal corretto riconoscimento
alla gestione ottimale della malattia*

EVENTO PROMOSSO DA:



CON IL PATROCINIO DI:



CON IL CONTRIBUTO:



PRIMA PARTE



Il ruolo della terapia antalgica nella fibromialgia

Dott.ssa Federica Giorgi
Dott.ssa Francesca Fusai
Dott. Giancarlo Caruso

*Chiedo scusa di non poter esser con Voi
oggi e ringrazio le Colleghe che
gentilmente si sono rese disponibili a
sostituirmi .*

Giancarlo Caruso



Il Dolore: Il Quinto Segno Vitale

- **Frequenza cardiaca**
- **Pressione sanguigna**
- **Temperatura**
- **Frequenza respiratoria**

**Il Dolore:
Il Quinto Segno
Vitale**

IV° CONGRESSO EFIC 2003



Importanza socio-economica del dolore

COSTI MEDICI DIRETTI

- trattamenti ospedalieri e visite mediche
- farmaci
- riabilitazione

COSTI INDIRECTI

- sospensione dal lavoro
- perdita di funzione
- pensionamento anticipato
- disoccupazione



Domanda Sanitaria - Incidenza e Costi

Il Dolore rappresenta uno dei maggiori problemi di salute pubblica sia per la popolazione pediatrica che adulta. (Latham 94 - Disabil Rehabil 16 (94): 39-44)

Il 12% della popolazione adulta in Svezia soffre di dolori che ne invalidano la vita sociale. (Battberg 90)

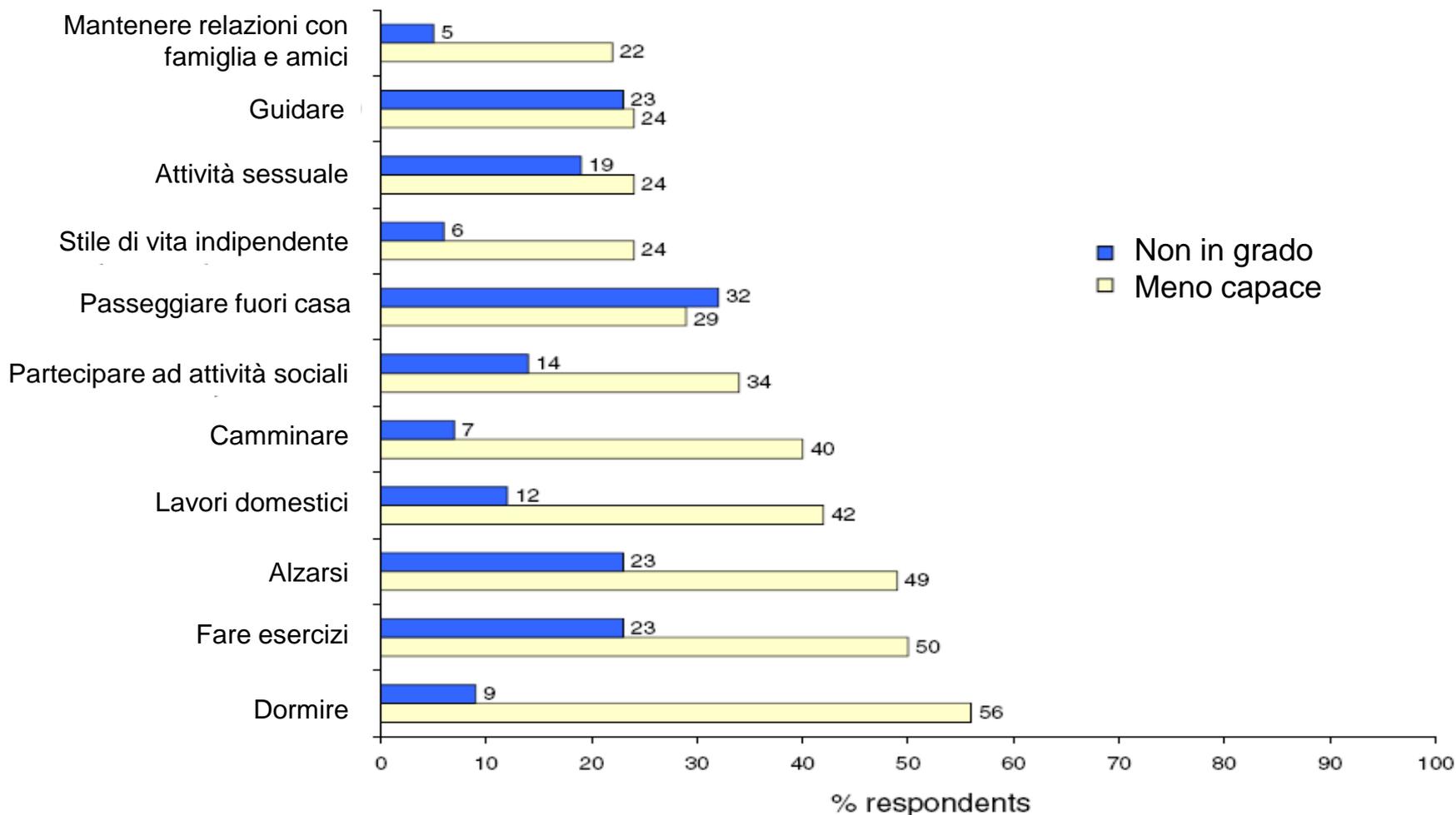
I costi da disabilità per Dolore sono altissimi

- **Stati Uniti: 50-100 miliardi di dollari/anno (Frymore - Orthop Clin N Am 1991; 22: 263-71)**
- **Regno Unito: 680 milioni di sterline/spese sanitarie**
- **52 milioni di sterline in giornate di lavoro perse (Evansa)**
- **Paesi Bassi: 10.000 nuovi casi/anno di disabilità per dolore (Anderson Clin J Pain 1993: 174-182)**



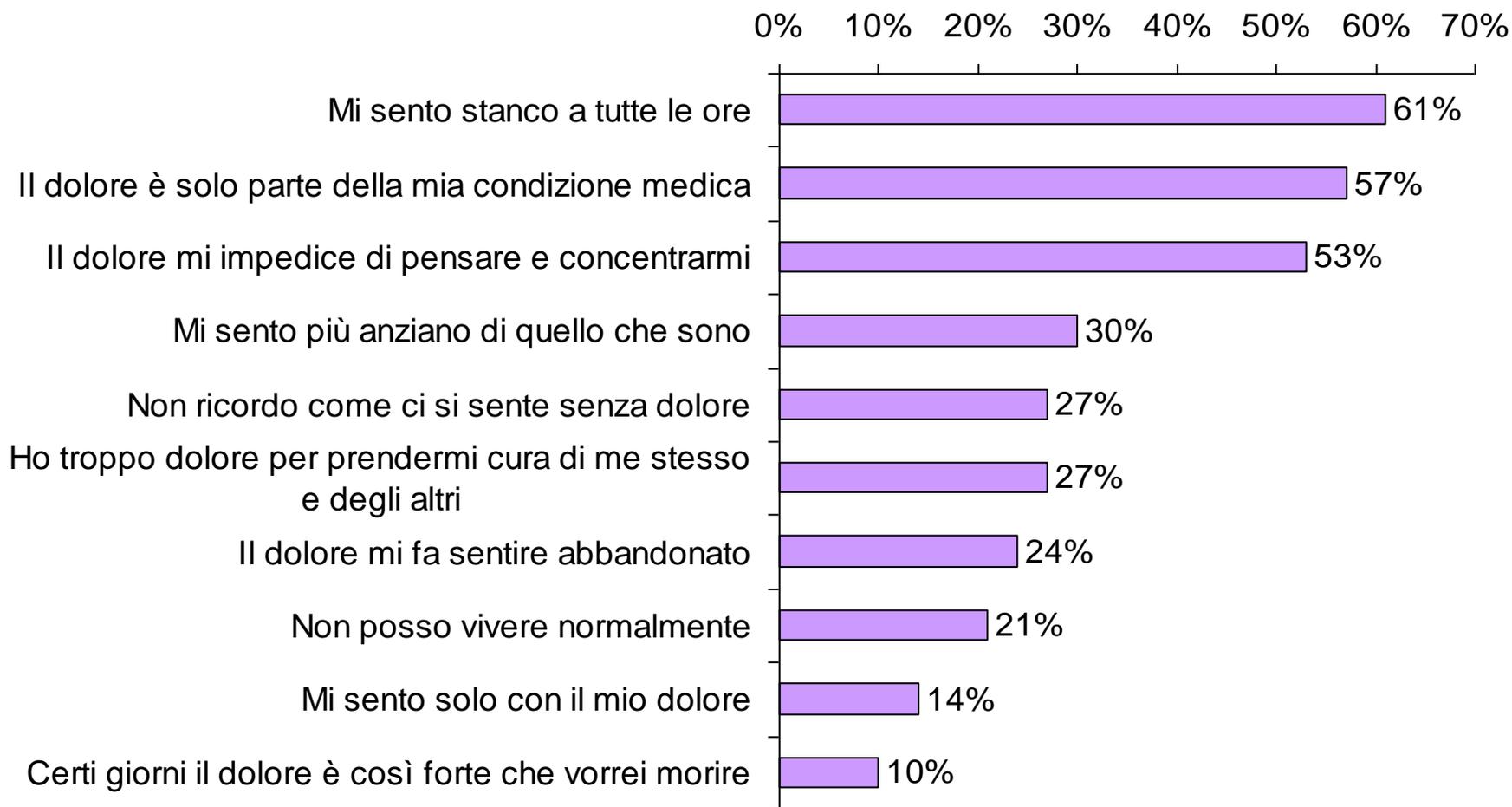


Il dolore cronico ha un impatto significativo sulla qualità di vita



Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment
Breivik H. et al. European Journal of Pain, 2006

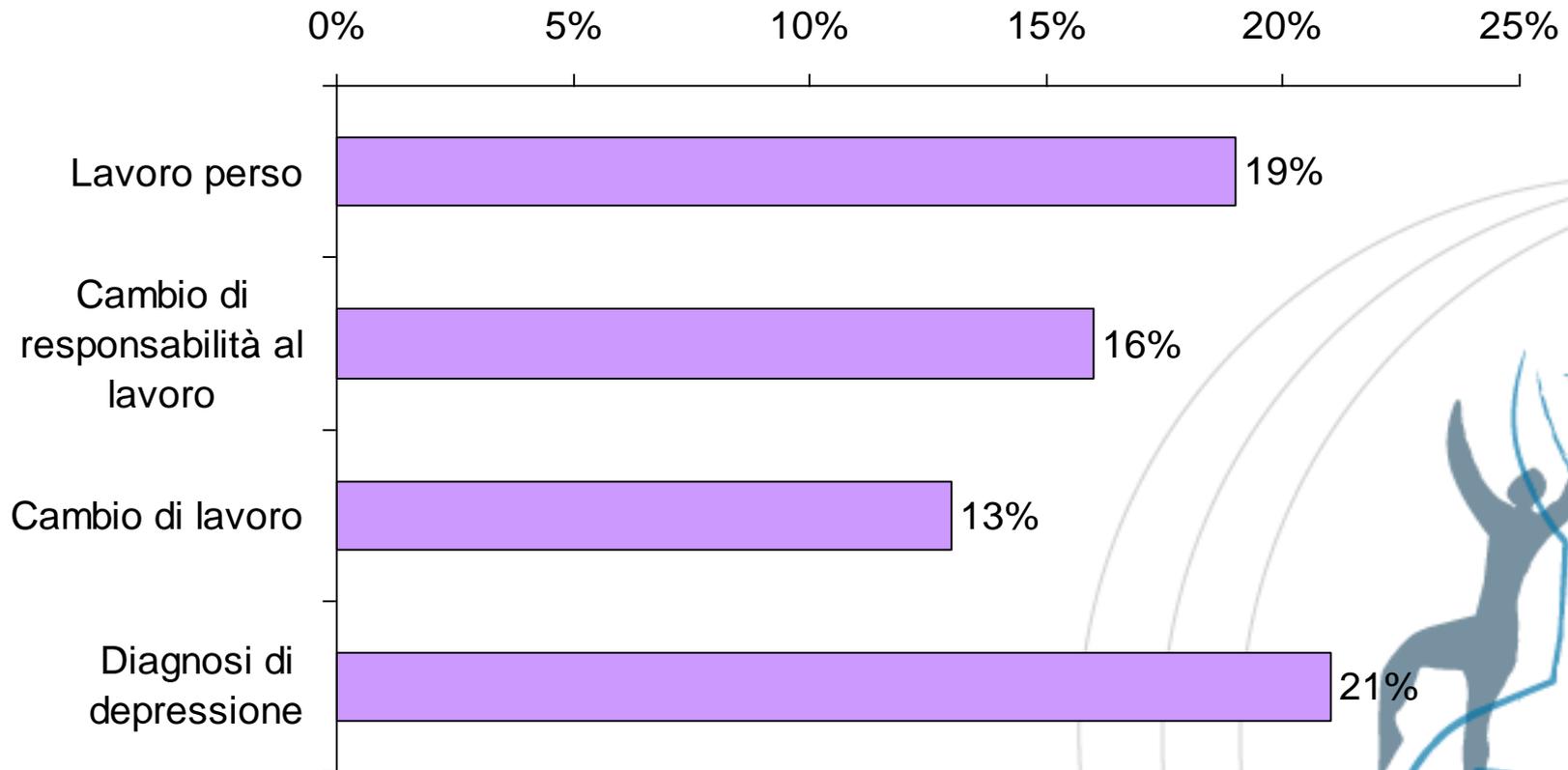
Il dolore cronico è un problema insidioso



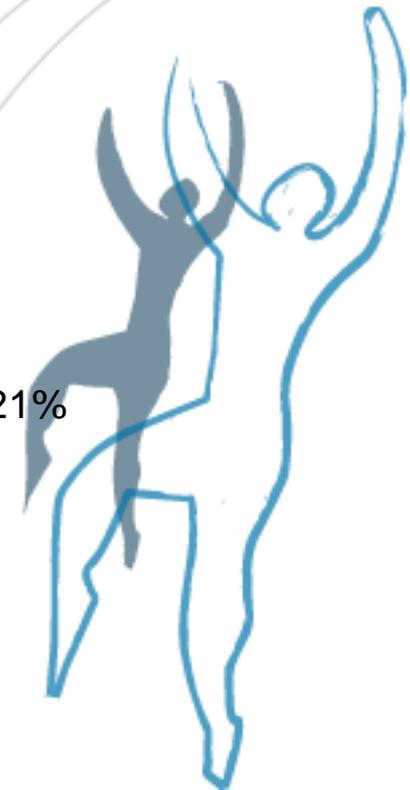
Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment
Breivik H. et al. European Journal of Pain, 2006



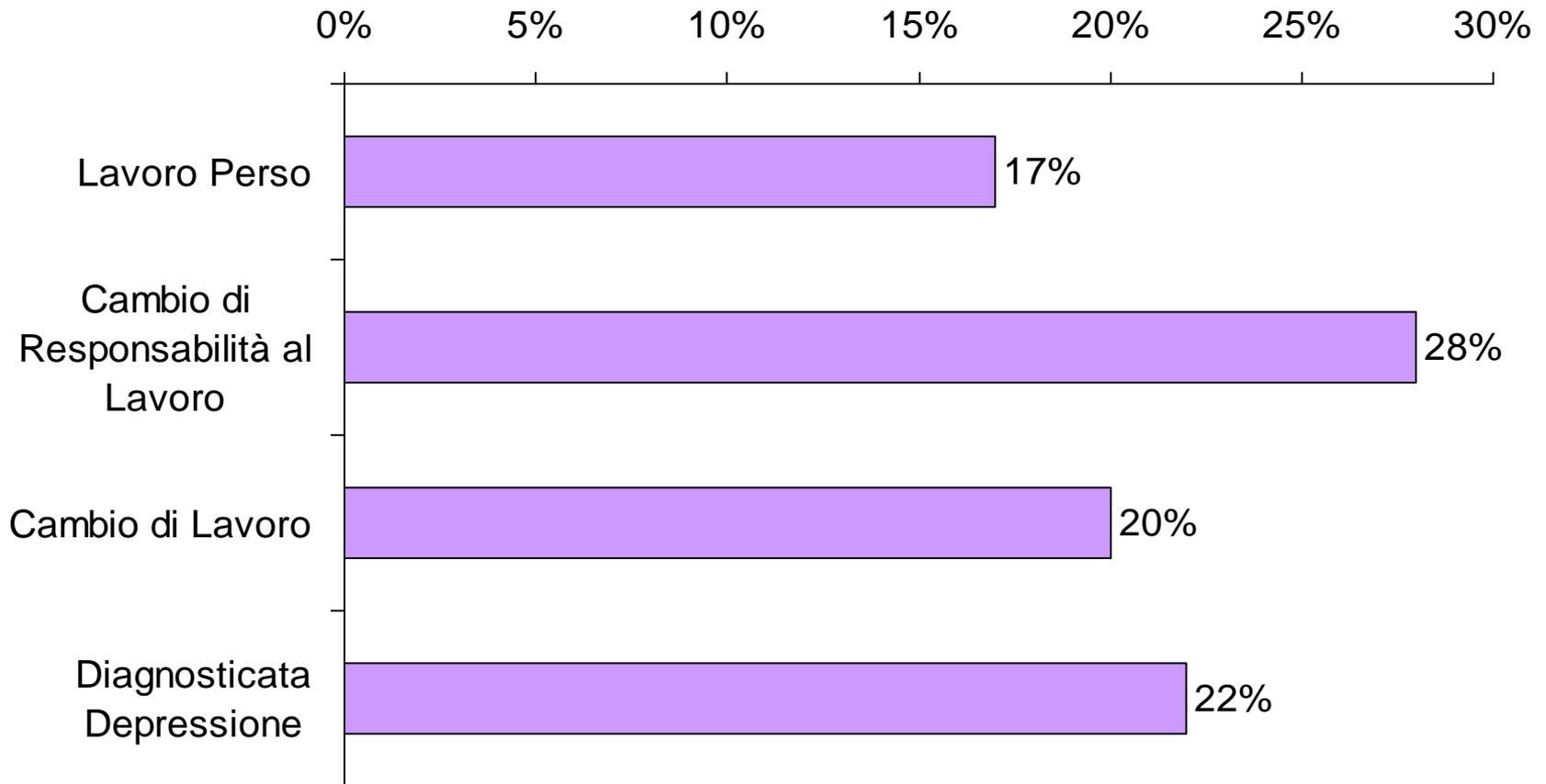
31% delle persone con dolore cronico non ha un lavoro fisso



Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment
Breivik H. et al. European Journal of Pain, 2006



Un quinto delle persone con dolore cronico ha perso o dovuto cambiare lavoro



Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment
Breivik H. et al. European Journal of Pain, 2006

Epidemiologia dolore cronico

Considerando che circa 30 milioni di ore di lavoro vengono perdute ogni anno per “dolori alla schiena”, il problema non è da poco.

I dati epidemiologici, seppur incompleti, sono allineati con quelli europei e degli USA e fanno emergere che il 40-50% della popolazione soffre di dolore cronico con VAS fra 4 e 7, mentre solo l'1-2% (altri A.A. 3-6%) di dolore cronico è legato a patologia tumorale.

Il 50% dei pazienti con dolore cronico è in età lavorativa

(IASP 2009 www.iasp-pain.org)



La Legge 38 del 15 Marzo 2010

Legge 38

- Un Paese civile ha necessità di una Legge per trattare il dolore?

19-3-2010

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

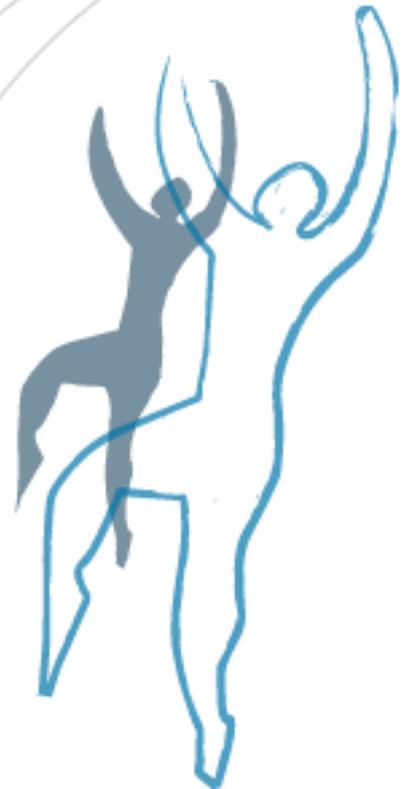
Serie generale - n. 65

LEGGI ED ALTRI ATTI NORMATIVI

LEGGE 15 marzo 2010, n. 38.

Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;



Da zero a dieci quanto è forte il suo dolore?



**La rilevazione del dolore
è un obbligo di legge**

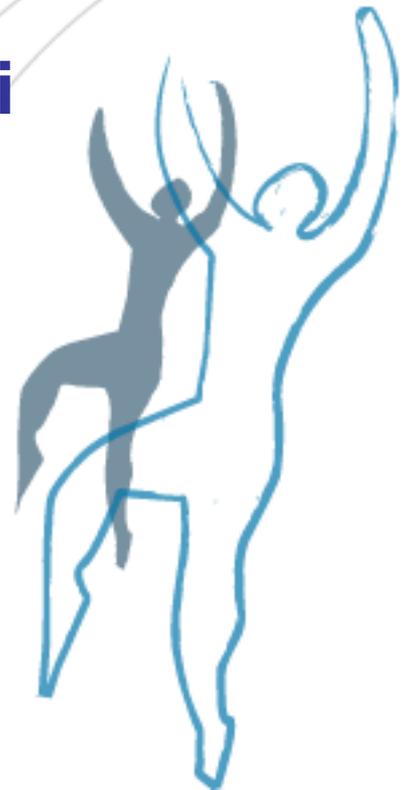
NO DOLORE

MASSIMO
DOLORE



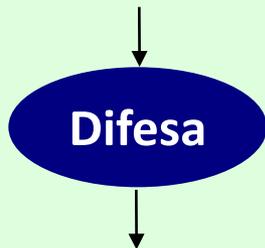
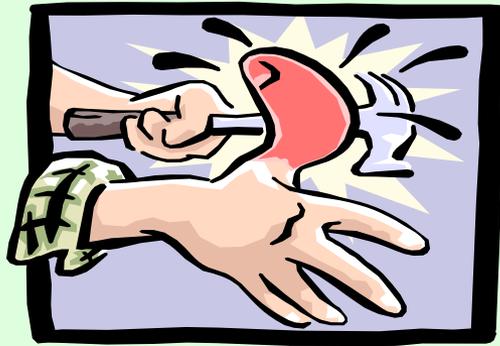
Limiti ad un trattamento antalgico efficace

- **Scarsa considerazione medica del problema dolore**
- **Assenza di cultura nell'impiego degli analgesici**
- **Scarsa e superficiale valutazione dei risultati antalgici**



Dolore sintomo o malattia?

Dolore ACUTO



Dolore SINTOMO

Dolore CRONICO



Dolore MALATTIA



Tipi di Dolore sec. Mannion e Wolf

DOLORE FISIOLÓGICO

Acuto

Nocicettivo

Corretta risposta di adattamento
essenziale per evitare danni
tissutali

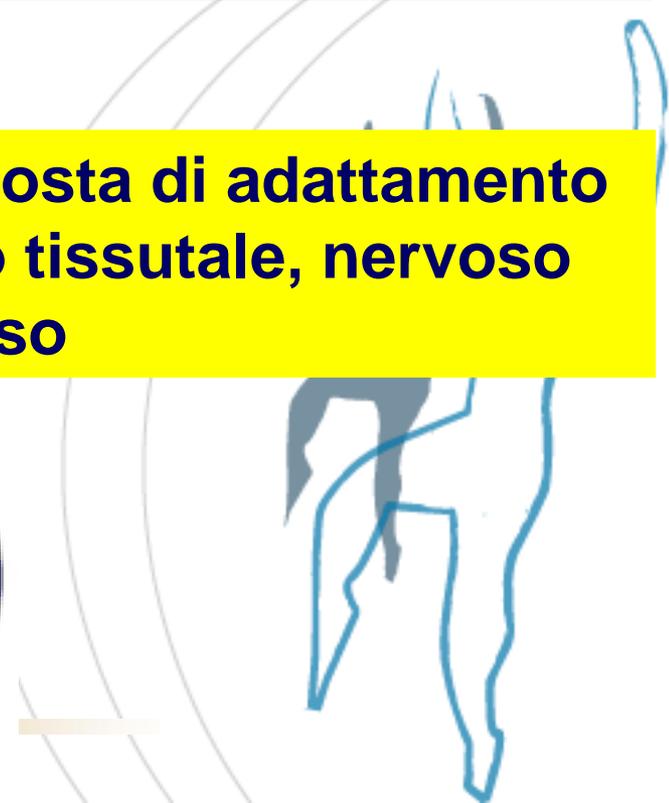
DOLORE PATOLOGICO

Cronico

Neuropatico

Alterata risposta di adattamento
ad un danno tissutale, nervoso
o non nervoso

Mannion & Wolf: Clin. J. Of Pain 2000



Dolore come malattia

Il termine dolore è sempre stato sinonimo di sintomo

IL NUOVO APPROCCIO

DOLORE  **MALATTIA**

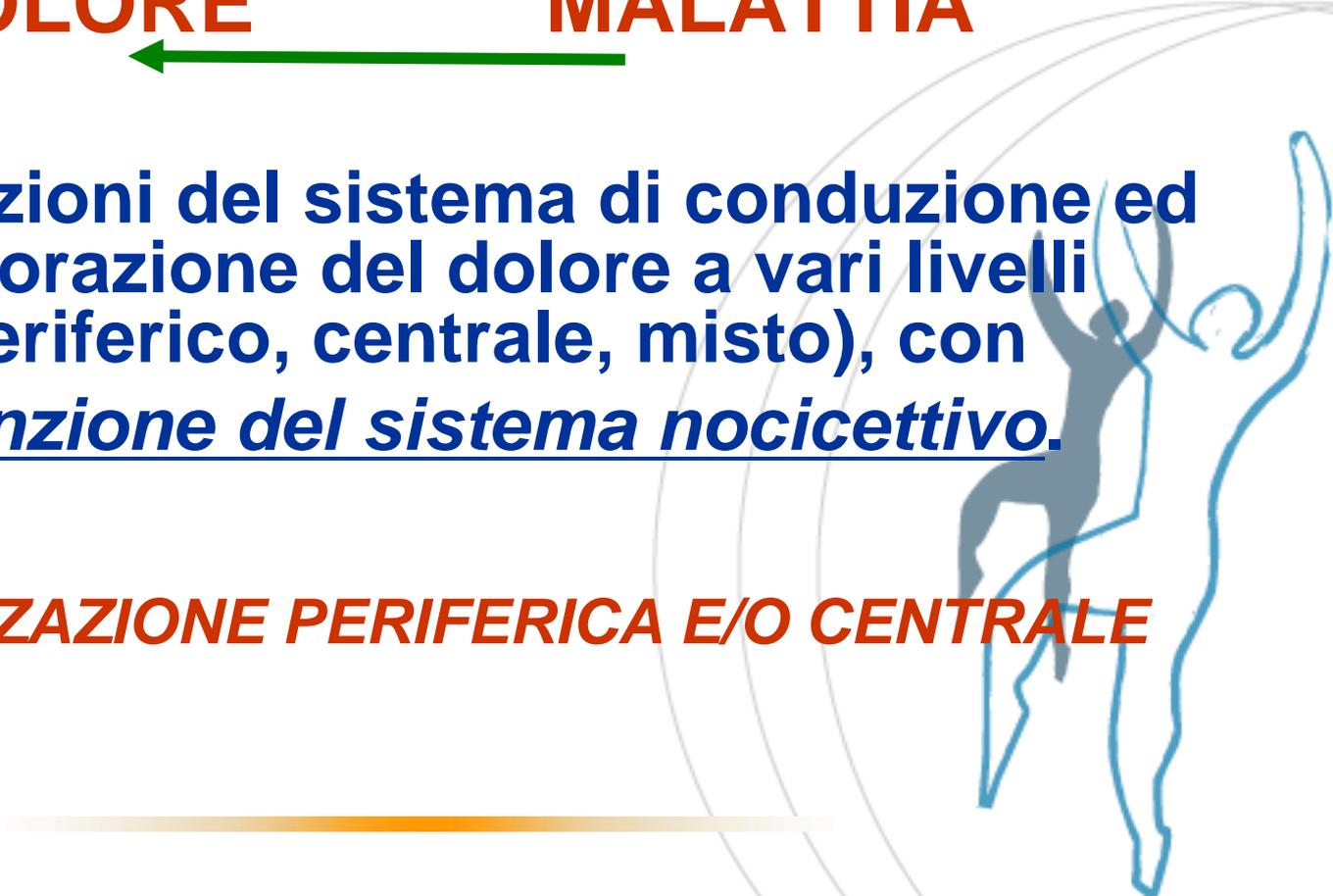


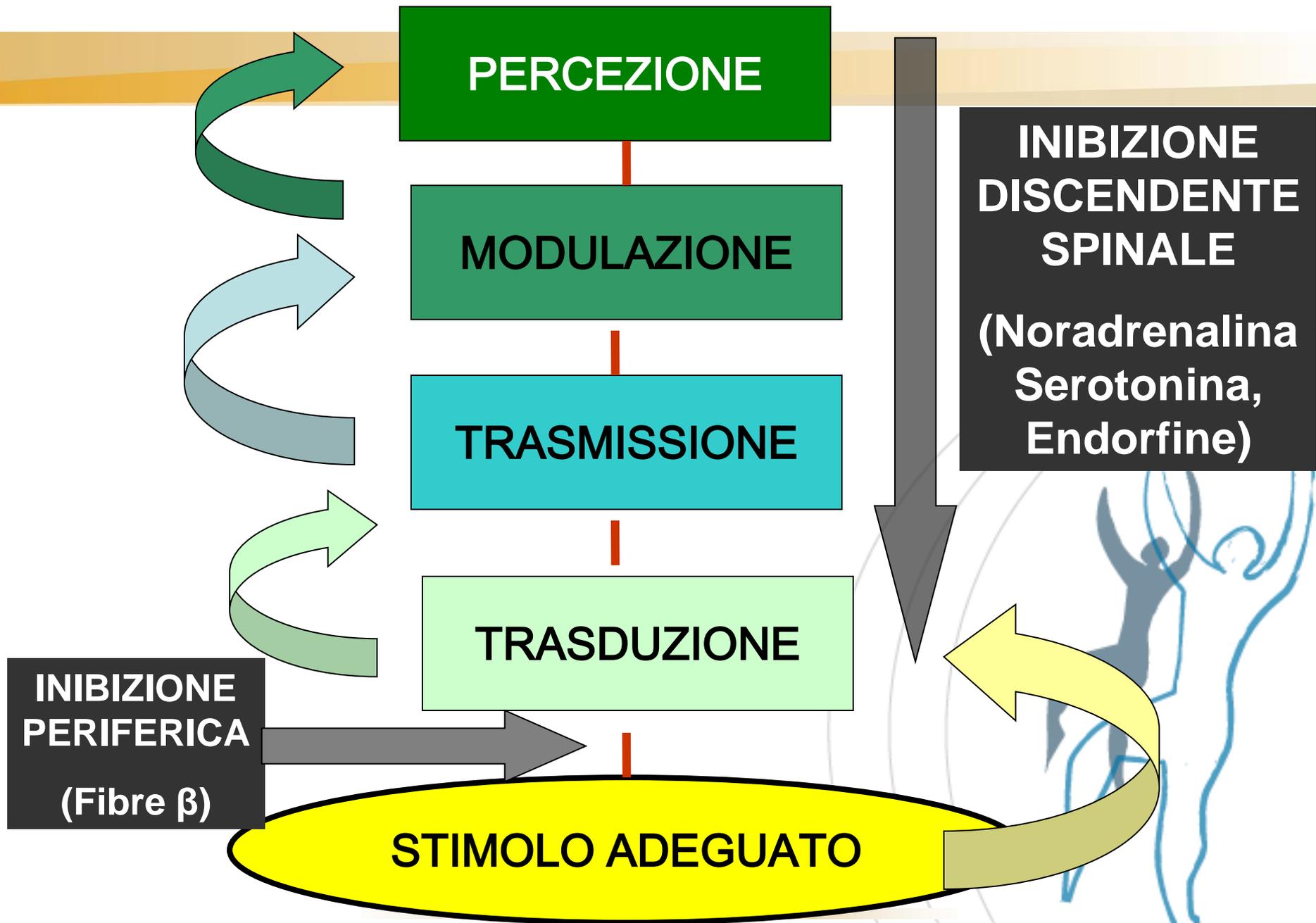

Dolore come malattia

DOLORE  **MALATTIA**


Modificazioni del sistema di conduzione ed elaborazione del dolore a vari livelli (periferico, centrale, misto), con disfunzione del sistema nocicettivo.

SENSIBILIZZAZIONE PERIFERICA E/O CENTRALE





PRINCIPI DI TRATTAMENTO NEL DOLORE CRONICO

**SE POSSIBILE, IL MODO MIGLIORE PER
TOGLIERE UN DOLORE E' RIMUOVERNE
LA CAUSA**

MEZZI CHIMICI

MEZZI FISICI

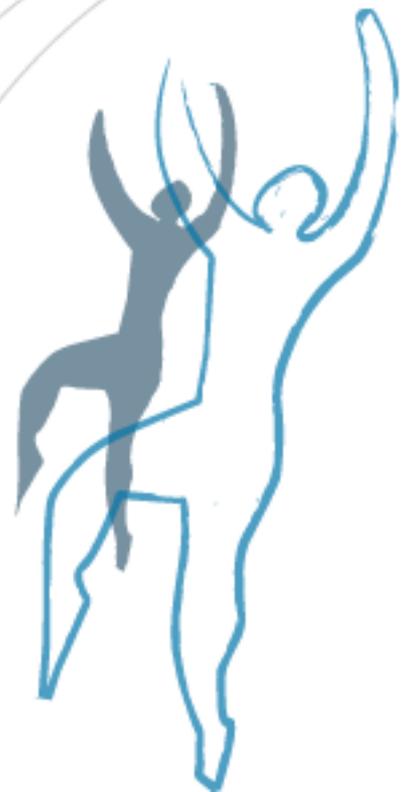
MEZZI MISTI

ALTRE TECNICHE



ESISTE IL DOLORE

NON TRATTABILE ?

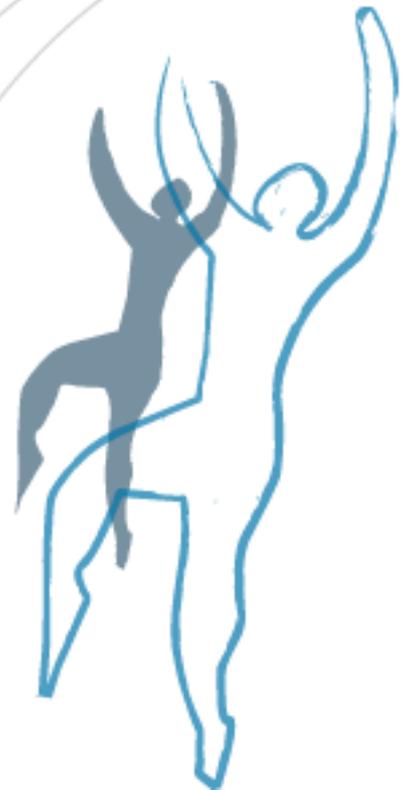


LA RISPOSTA E' AFFERMATIVA SE IL DOLORE.....

- **VIENE CONSIDERATO ESCLUSIVAMENTE UN SINTOMO**
- **NON E' INDAGATO E DIAGNOSTICATO NELLE SUE POSSIBILI FORME (nocicettivo/neuropatico etc)**
- **NON VIENE TRATTATO NEI SUOI VARI ASPETTI (forme miste)**
- **SE VENGONO IMPIEGATI FARMACI NON EFFICACI IN RAPPORTO ALL'INTENSITA'**
- **SE E' SOTTO-TRATTATO (dosaggi, posologia)**



POSSONO ESSERE INEFFICACI GLI ANALGESICI?



Inefficacia degli analgesici?

Può accadere.

Variabilità individuale-genetica ai farmaci e non solo per ciò che riguarda gli analgesici.

Tale fenomeno viene osservato con maggior frequenza rispetto ad un tempo, nel nostro paese, con la presenza di nuove etnie.

Interazioni farmacologiche. Questo aspetto si rileva con maggior frequenza nel paziente anziano politrattato. (Induzione-Inibizione - Citocromo P450).



Inefficacia degli analgesici?

- **DI SICURO NON SONO EFFICACI SE IL MEDICO NON LI PRESCRIVE**
- **SE SOTTO-DOSATI E CON UNA POSOLOGIA NON CORRETTA**
- **SE NON SONO ADATTI A QUEL TIPO DI DOLORE (intensità dolore, nocicettivo, neuropatico, forme miste)**
- **SE IL PAZIENTE NON LI ASSUME NEL MODO INDICATO**

Jing Jin, Grant Edward Sklar, Vernon Min Sen Oh, Shu Chuen Li: *“Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient’s perspective”* Therapeutics and clinical risk management March 2008 Volume 2008:4(1) Pages 269 - 286



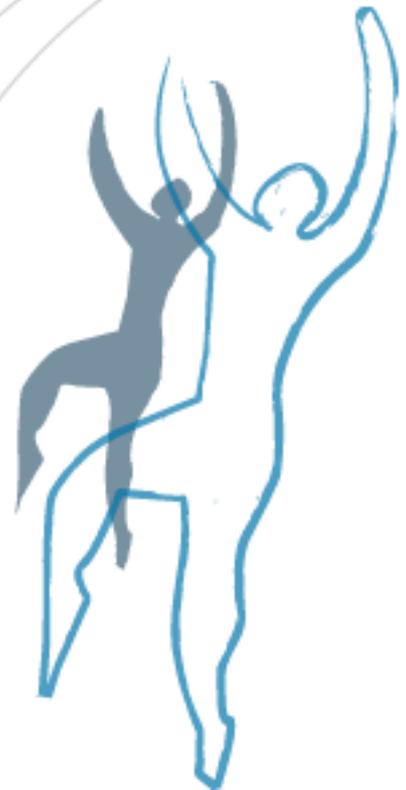
Quali trattamenti farmacologici nel dolore cronico?

**PARACETAMOLO
FANS?**

OPPIACEI DEBOLI?

OPPIACEI FORTI?

ADIUVANTI?



Paracetamolo

NON E' UN FANS

E' UN ANTIPIRETICO ED UN ANALGESICO CENTRALE

EFFICACE SU DOLORI DI BASSA ENTITA'

**SOLITAMENTE VIENE USATO IN ASSOCIAZIONE AD ALTRI
PREPARATI**



Anti-infiammatori

Hanno delle limitazioni:

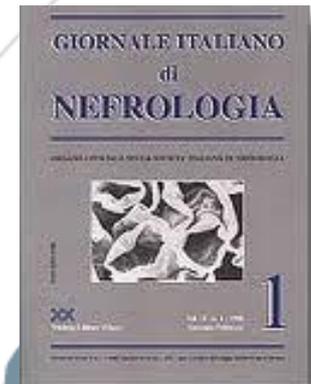
Azione quasi esclusivamente periferica

Nessuna azione sul dolore neuropatico

Interazione con le proteine plasmatiche ed aggregazione piastrinica

Gastrolesività e nefrotossicità

Un incremento del dosaggio oltre quello massimo previsto, non produce un maggior effetto analgesico, ma un aumento degli effetti collaterali



Nota AIFA 30/09/2011

Comunicato in oggetto rilasciato da AIFA il 30.09.2011 relativo ad una review pubblicata sulla rivista PLOS Medicine in data 27 settembre 2011 su:

Rischio cardiovascolare associato ai medicinali antinfiammatori non steroidei (FANS).

La review riporta che l'uso di questi medicinali, quali ad esempio il diclofenac, può aumentare il rischio di attacco cardiaco o di ictus.



Comunicato sui medicinali antinfiammatori non steroidei e rischio cardiovascolare

In data 27 settembre 2011 sulla rivista PLOS Medicine è stata pubblicata una review sul rischio cardiovascolare associato ai medicinali antinfiammatori non steroidei (FANS) in cui è riportato che l'uso di questi medicinali, quali ad esempio il diclofenac, può aumentare il rischio di attacco cardiaco o di ictus.

I FANS sono una classe di medicinali largamente utilizzati nel trattamento dell'artrite e di molte altre condizioni dolorose che includono il mal di testa, la febbre ed altri disturbi minori.

Per la maggior parte dei pazienti che utilizzano questi medicinali il rischio di effetti collaterali è superato dal beneficio del trattamento stesso.

I risultati di questo studio non rappresentano una novità: l'aumento del rischio di attacco cardiaco e di ictus con alcuni FANS è già stato individuato da alcuni anni, in particolare nell'uso a lungo termine di alti dosaggi di medicinale e nei pazienti che sono già ad alto rischio cardiovascolare.

Il profilo di sicurezza di tutti i FANS ed in particolare la loro possibile associazione con gli effetti avversi cardiovascolari, è stato attentamente valutato dalle Agenzie regolatorie europee, compresa l'AIFA, in molte occasioni, man mano che nuovi dati si rendevano disponibili.

Il Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto dei FANS destinato ai medici ed il foglio illustrativo destinato al paziente contengono già chiare informazioni sui rischi cardiovascolari, insieme alle informazioni riguardanti i gruppi di pazienti nei quali i FANS non devono essere usati (quali quelli con insufficienza cardiaca grave) o devono essere utilizzati con cautela.

Allo scopo di minimizzare il rischio di effetti collaterali, si ribadisce l'importanza di attenersi a quanto riportato nelle informazioni di questi medicinali. Tutti i FANS devono essere utilizzati per il periodo di tempo più breve possibile ed al dosaggio più basso che occorre per controllare la sintomatologia.

I pazienti che hanno domande in merito al loro trattamento devono parlare con il loro medico o con il farmacista.

L'AIFA continua a monitorare attentamente il profilo beneficio/rischio dei FANS e valuterà ogni nuovo dato importante allo scopo di determinare ogni eventuale implicazione per la salute dei pazienti e prenderà ogni azione necessaria per minimizzare i rischi associati all'uso di questi medicinali.

Provvedimenti AIFA pubblicati sulla Gazzetta Ufficiale del 19 aprile e 21 aprile 2007.



Ketorolac: restrizioni e avvertenze sulla sicurezza



AIFA del 17.02.2012.

Restrizione delle indicazioni terapeutiche della Nimesulide.

Il Comitato ha, quindi, riesaminato tutti i dati disponibili e ha concluso che il profilo beneficio/rischio di nimesulide non è più favorevole nell'uso cronico del "trattamento sintomatico dell'osteoartrite dolorosa" e che pertanto l'uso deve essere limitato esclusivamente alle condizioni acute: trattamento del dolore acuto e della dismenorrea primaria.

Il Comitato ha ritenuto che l'uso sistemico di nimesulide per il trattamento dell'osteoartrite dolorosa, che è una condizione cronica, comporterebbe un uso a lungo termine con un conseguente aumento del rischio di danno epatico.

"Indicazioni terapeutiche" (sezione 4.1):

- Trattamento del dolore acuto
- ~~Trattamento sintomatico dell'osteoartrite dolorosa~~
- Dismenorrea primaria

INIBITORI SELETTIVI COX 2

- Non tutti questi farmaci hanno le medesime caratteristiche.
- ***Metabolismo renale*** prevalentemente per ~~rofecoxib~~ ed etoricoxib
- ***Metabolismo epatico*** per ~~pare-~~~~valdecoxib~~
- Celecoxib azione antiinfiammatoria
- ~~Valdecoxib~~ azione anche analgesica

J.Wallace, A Panerai

~~Ritirati dal commercio~~



INIBITORI SELETTIVI COX 2

Comunicato n° 5

17 febbraio 2005



Agenzia Italiana del Farmaco

AIFA

UFFICIO STAMPA

Cox 2, Aifa adotta misure a tutela salute cittadini



European Medicines Agency
Press Office



COXIB

Indicazioni:	OSTEOARTROSI	200mg/die 400
	A. REUMATOIDE	200mg/die 400
	ARTROPATIA GOTTOSA	120mg/die (max per 8 gg)

Dopo 2 settimane, se non vi è beneficio, valutare altre alternative terapeutiche. I rischi cardiovascolari possono aumentare in relazione al dosaggio e tempo di trattamento

Controindicazioni: **Cardiopatia ischemica, Malattia Cerebrovascolare conclamata, Insuff. Cardiaca congestizia Classe II-IV**

Cautela: **Pazienti con fattori di rischio per eventi cardiovascolari (Ipertensione, Iperlipidemia, Diabete Mellito, Tabagismo) Arteriopatia periferica**



AIFA Settembre 2008

Raccomandazioni relative all'uso di ETORICOXIB nei pazienti ipertesi

Non deve essere usato nei pazienti la cui PA sia stabilmente elevata con valori superiori a 140/90 mm Hg e non sia adeguatamente controllata.

Nei pazienti che iniziano una terapia con Etoricoxib, la PA deve essere monitorata per le prime due settimane dall'inizio del trattamento e successivamente deve essere periodicamente controllata

Comunicato n° 5

17 febbraio 2005



Agenzia Italiana del Farmaco

AIFA

UFFICIO STAMPA

Cox 2, Aifa adotta misure a tutela salute cittadini

Analgesici

cio' che non fa paura a nessuno:

gli anti-infiammatori

**la codeina
il tramadolo**

**Sono Oppiacei a tutti gli effetti,
ed ambedue, al massimo
dosaggio, corrispondono a
circa 60 mg di Morfina**



Dolore cronico e oppiacei, **I pregiudizi che ancora limitano l'uso di oppiacei**

- Possono causare **dipendenza** anche quando vengono usati in analgesia?
- Sono associati a **tolleranza** dell'effetto analgesico?
- Presentano una elevata incidenza di **effetti collaterali** severi?
- Possono determinare un **deterioramento cognitivo e funzionale**?



Possono causare dipendenza usati per analgesia?

- Boston Collaborative Drug Surveillance Project: **solo 4 casi di dipendenza iatrogena su 11.882 pazienti** ospedalizzati e senza storia di precedente dipendenza
- US survey: **nessun caso di dipendenza su oltre 10.000 pazienti**
- Portenoy e Foley: **2 casi di dipendenza in 38 pazienti monitorati per 7 anni**; entrambi avevano precedenti di abuso di sostanze
- Altra survey: **nessun caso di dipendenza in 100 pazienti** in terapia per 224 giorni (media)

- R.Cicala. *Myths and Misconceptions Surrounding Opioids In Pain Management: Focus* . Paperback, Published by Royal Society of Medicine Press 2004



Sono associati a tolleranza dell'effetto analgesico?

- **Tennant et al:** survey di 12 anni su 52 pazienti; **adeguata analgesia 88%**, parziale analgesia 12%, nessun incremento di dose
- **Zenz et al:** 100 pazienti monitorati per 6 mesi; 51 pazienti con buon controllo del dolore e 28 con parziale controllo del dolore; **stabilizzazione della dose per la maggioranza dei pazienti e per alcuni anche riduzione**
- **Roth et al:** pazienti con severa osteoartrosi monitorati per 18 mesi; maggioranza dei pazienti con stabile controllo del dolore a dose stabile di una formulazione a rilascio controllato

Trescot AM, Helm S, Hansen H, Benyamin R, Glaser SE, Adlaka R, Patel S, Manchikanti L.

Opioids in the management of chronic non-cancer pain: an update of American Society of the Interventional Pain Physicians' (ASIPP) guidelines. Pain Physician 2008 Mar-Apr;11(2S):S5-62. [350 references]

THC

Il Ministero della salute con DM 23/01/2013, GU n. 33 del 08/02/2013 ha inserito nella Tabella II, sezione B, i medicinali stupefacenti di origine vegetale a base di Cannabis (sostanze e preparazioni vegetali, inclusi estratti e tinture) con entrata in vigore il 23 febbraio 2013.

Tale decreto conferma la possibilità di utilizzare in terapia, non solo il delta-9-**Tetraidrocannabinolo** o THC, ma anche i composti *vegetali* che lo contengono.

Delta-9-tetrahydrocannabinol/Cannabidiol (**Sativex**), spray per somministrazione oromucosale nel trattamento della **Spasticità nella Sclerosi Multipla**.

Cannabis Sativa Inflorescenze (**Bedrocan, Cannabis flos**) con somministrazione tramite infuso, inalazioni/vaporizzazioni oppure nel caso dell'olio, per via orale in gocce nel dolore. (Non erogato SSN)

La **Cannabis da strada** pone problemi di standardizzazione e purezza delle formulazioni e fumarla provoca elevati livelli di THC con conseguente insorgenza di effetti psicoattivi, eventi avversi ed abuso.





Dibattito sull'uso della Cannabis vaporizzata nel Dolore Neuropatico

(Dr A.Rice e Dr. M.Ware)

IASP 15th World Congress on Pain October 6 – October 11, 2014 – Buenos Aires

Drs. Mark Ware and Andrew Rice titled “**Cannabis for Neuropathic Pain: Debating the Merits of Cannabis as Medicine.**” Sadly, both faculty members are true gentlemen with amazing elocution, so it wasn't a knock-down, drag-out type of debate! Both debaters agreed that the preclinical data (animal studies) with cannabis are very promising. Dr. Ware argued that we have sufficient proof of concept data to warrant considering cannabis as a second or third line option, and the use of a vaporizer removes the concern about smoking cannabis. Dr. Rice wasn't quite as excited about the clinical data, but he was especially concerned about the long-term effects of cannabis – namely, psychosis, which has an odds ratio of almost 3 of developing with continued use of cannabis. Dr. Rice pointed out that the above-mentioned guidelines recommended by the IASP NeuPSIG submitted for publication consideration provided a “weak recommendation against the use of cannabis in neuropathic pain on the grounds of generally negative results and potential safety concerns.” By no means down for the count, Dr. Ware's rebuttal was crisp and decisive – cannabis is not a first line recommendation – it's for severe, refractory neuropathic pain. He argued that this is the “art” part of practicing medicine – selecting patients for whom the benefits will hopefully exceed the burdens of therapy. Dr. Rice's come-back was a reiteration of the long-term risks. The enthusiastic audience was STILL torn between “yea,” “nay” and “I got nothin!” My thoughts are that I agree cannabis isn't first line, and yes, I'm worried about the psychosis and cognitive decline in a population who either already have this as a comorbidity, or are at risk to develop such. But I'm not particularly worried about the long term threat of this complication – in hospice our median length of stay is under three weeks. As with all drug therapy decisions, a benefit/burden analysis must be considered before using any medication, including cannabis.

I dati preclinici (studi su animali) sono molto promettenti, e l'uso del vaporizzatore elimina le problematiche legate al fumo. Non sono stati riscontrati problemi nei pazienti trattati in Hospice per tre settimane. (Dr. A. Rice).

Scarso entusiasmo per i dati preliminari e preoccupazione per gli effetti a lungo termine per un uso continuativo, in particolare psicosi e declino cognitivo. Non può essere considerata una prima scelta (Dr. M.Ware).

Come per tutte le decisioni terapeutiche farmacologiche occorre fare una attenta valutazione dei costi/benefici/efficacia

A multicentre, open-label, follow-on study to assess the long-term maintenance of effect, tolerance and safety of THC/CBD oromucosal spray in the management of neuropathic pain.

Hoggart B, Rattcliffe S, Simpson KH, Hovorka J.

Abstract

Peripheral neuropathic pain (PNP) poses a significant clinical challenge. The long-term efficacy of delta-9-tetrahydrocannabinol (THC)/cannabidiol (CBD) oromucosal spray was investigated in this 38-week open-label extension study. In total, 380 patients with PNP associated **with diabetes or allodynia** entered this study from two parent randomised, controlled trials. Patients received THC/CBD spray for a further 38 weeks in addition to their current analgesic therapy. Neuropathic pain severity was the primary efficacy measure using a pain 0-10 numerical rating scale (NRS). Additional efficacy, safety and tolerability outcomes were also investigated. In total, 234 patients completed the study (62 %). The pain NRS showed a decrease in score over time in patients from a mean of 6.9 points (baseline in the parent studies) to a mean of 4.2 points (end of open-label follow-up). The proportion of patients who reported at least a clinically relevant 30 % improvement in pain continued to increase with time (up to 9 months); at least half of all patients reported a 30 % improvement at all time points. Improvements were observed for all secondary efficacy outcomes, including sleep quality 0-10 NRS scores, neuropathic pain scale scores, subject global impression of change and EQ-5D questionnaire scores. THC/CBD spray was well tolerated for the study duration and patients did not seek to increase their dose with time, with no new safety concerns arising from long-term use. In this previously difficult to manage patient population, THC/CBD spray was beneficial for the majority of patients with PNP associated with diabetes or allodynia

Prof. Paolo Poli

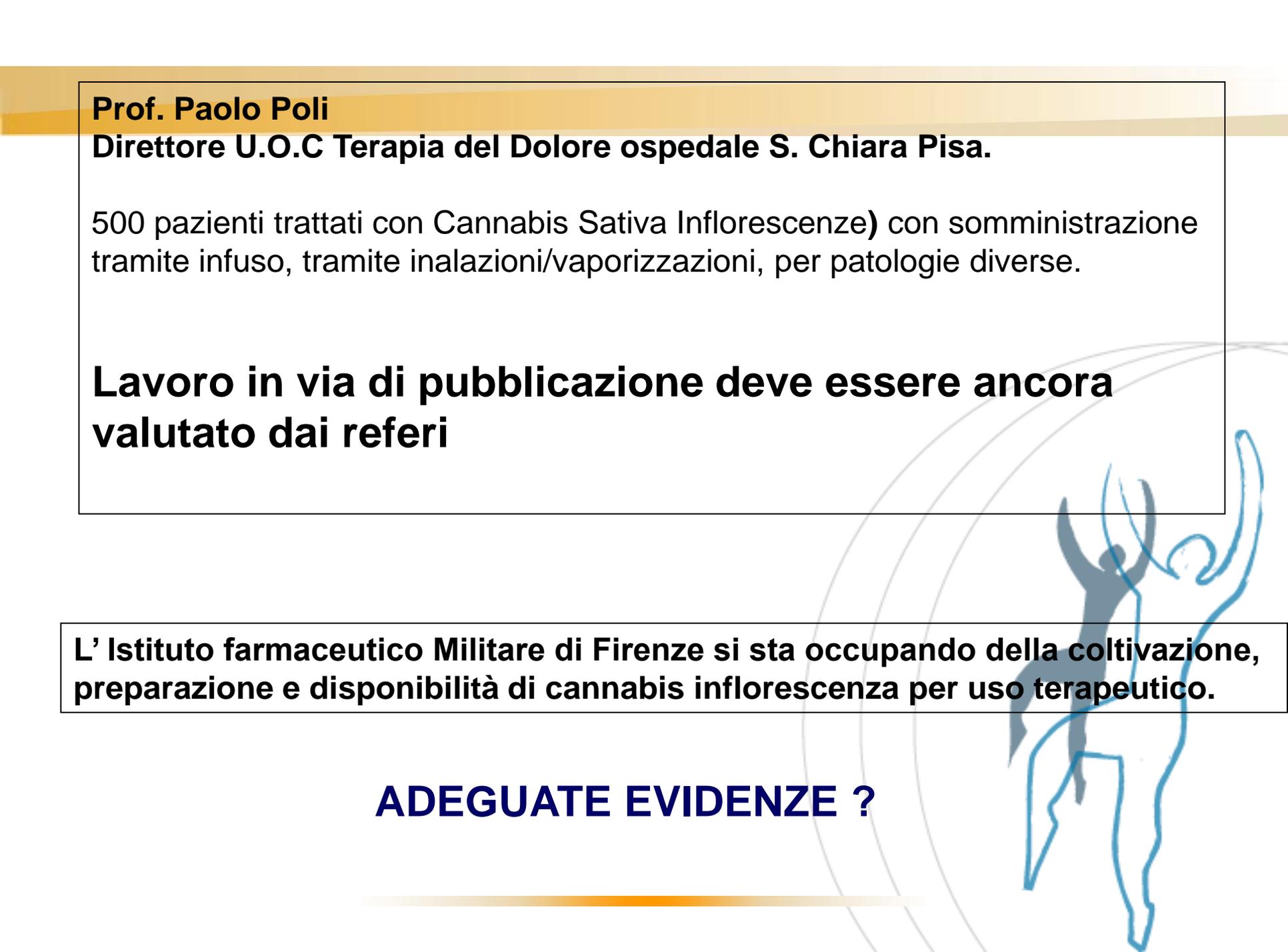
Direttore U.O.C Terapia del Dolore ospedale S. Chiara Pisa.

500 pazienti trattati con Cannabis Sativa Inflorescenze) con somministrazione tramite infuso, tramite inalazioni/vaporizzazioni, per patologie diverse.

Lavoro in via di pubblicazione deve essere ancora valutato dai referi

L' Istituto farmaceutico Militare di Firenze si sta occupando della coltivazione, preparazione e disponibilità di cannabis inflorescenza per uso terapeutico.

ADEGUATE EVIDENZE ?



FARMACI ADIUVANTI: definizione

ADIUVANTI

Farmaci che, pur non essendo impiegati come analgesici, in determinate condizioni cliniche, contribuiscono ad alleviare il dolore e a migliorare la qualità di vita del paziente

Vengono anche definiti CO-ANALGESICI



CO-ANALGESICI: Classi farmacologiche più utilizzate

ADIUVANTI

STEROIDI

ANTIDEPRESSIVI

ANTICONVULSIVANTI

ANESTETICI LOCALI

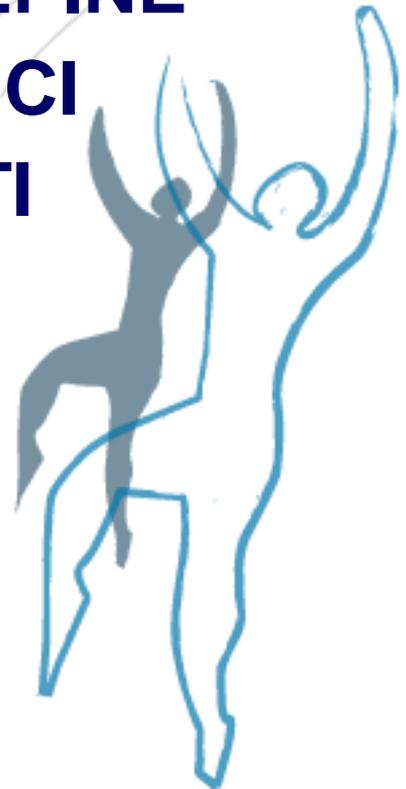
ANTIINFETTIVI

ANTISPASTICI

BENZODIAZEPINE

NEUROLETTICI

DIFOSFONATI



ATTUALI TENDENZE NEL TRATTAMENTO DEL DOLORE MEDIO SEVERO

TRATTAMENTO “DI BASE” CON OPPIACEI PER IL DOLORE CRONICO

SE NON VI SONO CONTROINDICAZIONI, AGGIUNTA DI ANALGESICI MINORI PER PERIODI LIMITATI, NEI PERIODI DI RIACUTIZZAZIONE, PER ESEMPIO, DI UNA PATOLOGIA INFIAMMATORIA

ORAMAI SUPERATI I PREGIUDIZI E GLI ALLARMI PER CIO' CHE RIGUARDA SEDAZIONE, DEFICIT INTELLETTIVI, DIPENDENZA, DEPRESSIONE RESPIRATORIA DA OPPIACEI, SOMMINISTRATI PER OS O PER VIA TRANSDERMICA

IL SOTTODOSAGGIO DEL PREPARATO O UNA NON CORRETTA POSOLOGIA FACILITANO ABITUDINE E DIPENDENZA

NESSUN TIMORE, QUALORA LA PATOLOGIA DOLOROSA REGREDISCA, PER CIO' CHE RIGUARDA LA SOSPENSIONE DEL FARMACO.



EFFETTI COLLATERALI DA OPPIACEI

NAUSEA E VOMITO POSSONO ESSERE PRESENTI NEI PRIMI GIORNI DI TRATTAMENTO. VANNO INCONTRO A TOLLERANZA

PER RIDURRE L'INCIDENZA E' BUONA NORMA INIZIARE CON BASSI DOSAGGI, SEPPUR REGOLARI, AGGIUNGENDO EVENTUALMENTE FARMACI ANTIEMETICI

LA STIPSI E' UN AZIONE DEL FARMACO OPPIACEO, NON UN EFFETTO COLLATERALE, E QUINDI NON VA INCONTRO A TOLLERANZA.

E' L'UNICO VERO PROBLEMA DEGLI OPPIACEI PER VIA ORALE, E VA TRATTATO IN MODO ADEGUATO E TEMPESTIVO.

IL PAZIENTE VA AVVERTITO, COME DEL RESTO PER GLI ALTRI ASPETTI PRECEDENTEMENTE DESCRITTI



Grazie per l'attenzione

