

XII EDIZIONE □□□■

MALATTIA DOLORE E RETE TERRITORIALE

IL DIRITTO DEL PAZIENTE AD ESSERE CREDUTO

**Il dolore nelle malattie cardiache e vascolari:
esperienze condivise**



Maria Frigerio
Direttore DeGasperis CardioCenter
Ospedale Niguarda, Milano

MILANO 23 > 24 MARZO 2017

- Il cardiologo e il dolore
- Esperienze condivise
- Le buone abitudini e l'obiettivo della cura

**Nella stanchezza senza soccorso in cui il povero volto
si dovette raccogliere tumefatto, come in un estremo
recupero della sua dignità, parve a tutti di leggere la
parola terribile della morte e la sovrana coscienza
dell'impossibilità di dire: -lo-.**

**Gadda (1893-1973),
"Cognizione del dolore"**



Il cardiologo e il dolore

- Il cardiologo agisce secondo le indicazioni dell'Evidence-Based Medicine
- Date l'elevata prevalenza, mortalità, e morbilità delle malattie cardiovascolari, obiettivi della terapia cardiologica sono la prevenzione delle malattie e, nei malati, il prolungamento della vita e la riduzione degli eventi
- Il dolore può essere il sintomo di malattia cardiovascolare che costituisce rischio per la vita / minaccia per la QoL
- Gli *altri* dolori non sono importanti

Il cardiologo e il dolore 2

I più comuni analgesici (FANS) possono avere effetti indesiderati cardiovascolari anche gravi

I soggetti cardiopatici assumono farmaci che, associati agli analgesici, possono facilitare lo scompenso cardiaco e/o l'insufficienza renale

Gli analgesici oppioidi possono deprimere la funzione respiratoria

La risposta cardiovascolare al dolore può essere dannosa nel cardiopatico

La riduzione della mobilità condizionata dal dolore può essere dannosa nel cardiopatico

FC, uomo di 74 anni, diabetico, con cardiopatia ischemica, arriva per dispnea ingravescente da 3 giorni, insorta in concomitanza con inizio di terapia con Algix (etoricoxib) 1 cp/die

H 8 PA 190/95, saturazione O₂ 94 in AA, edemi declivi

Negativi enzimi cardiaci e ECG ripetuti

Trattato con Lasix ev

H 12 PA 160/70, saturazione O₂ 98 in AA, asintomatico

Diagnosi di dimissione: scompenso cardiaco e ipertensione arteriosa, verosimile reazione avversa da etoricoxib (controindicato in ipertensione e

Il 2002 a agosto 2014 nel DB AIF

ADR da FANS/antidolorifici: 26020

decessi: 303 (1,2%)

gravi: 9852 (37,9%)

ADR cardiologiche: 730 (2,8% delle ADR totali)

decessi: 76 (10,4%, ma 25% dei

gravi: 320 (43%)

Quando curare il dolore minaccia il cuore

- Le ADR cardiologiche rappresentano solo il 2,8% delle ADR da antidolorifici, ma sono responsabili di 1/4 dei decessi da ADR da antidolorifici
- I farmaci più frequentemente segnalati nel DB AIFA come causa ADR cardiologiche letali sono tramadolo, paracetamolo e ketoprofene, mentre nelle ADR cardiologiche gravi non letali la frequenza maggiore spetta a ketoprofene, ASA e indometacina
- Le segnalazioni nei DB AIFA e Eudravigilance (EMA) sottostimano l'incidenza di ADR (1 segnalazione ogni ca 15 ADR accadute) sia per:
 - Scarsa propensione a segnalare dei professionisti sanitari
 - Scarsa capacità da parte loro di diagnosticare cardiopatie iatrogeniche
- I medici, e in particolare i cardiologi, dovrebbero tenere in considerazione gli antidolorifici come causa potenziale di cardiopatia, orientando i pazienti verso i trattamenti a minor rischio e educandoli a riconoscere precocemente i segni delle ADR cardiologiche

EFFETTO ANALGESICO

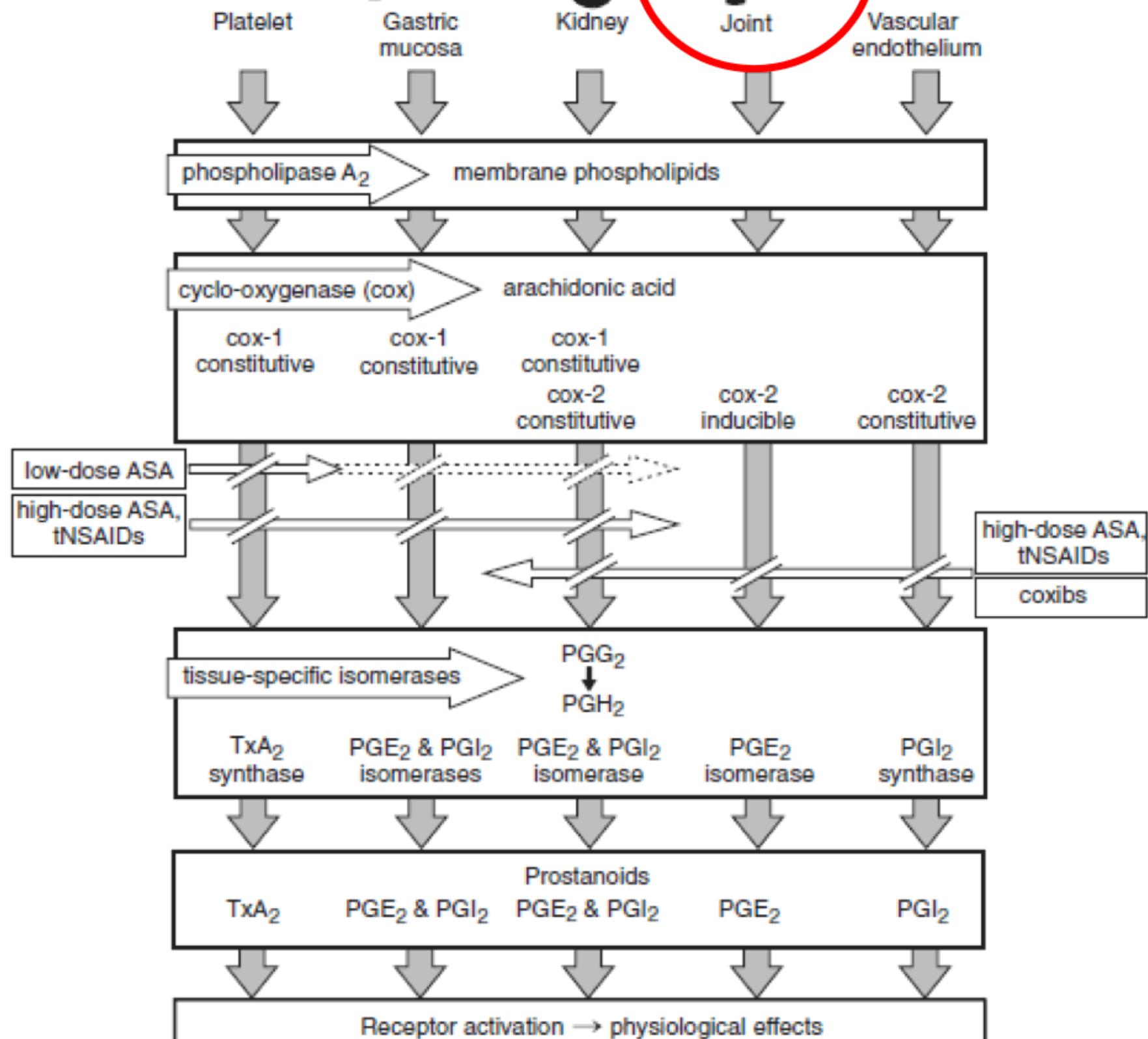
EFFETTO ANTI-INFIAMMATORIO

EFFETTO ANTIPIRETICO

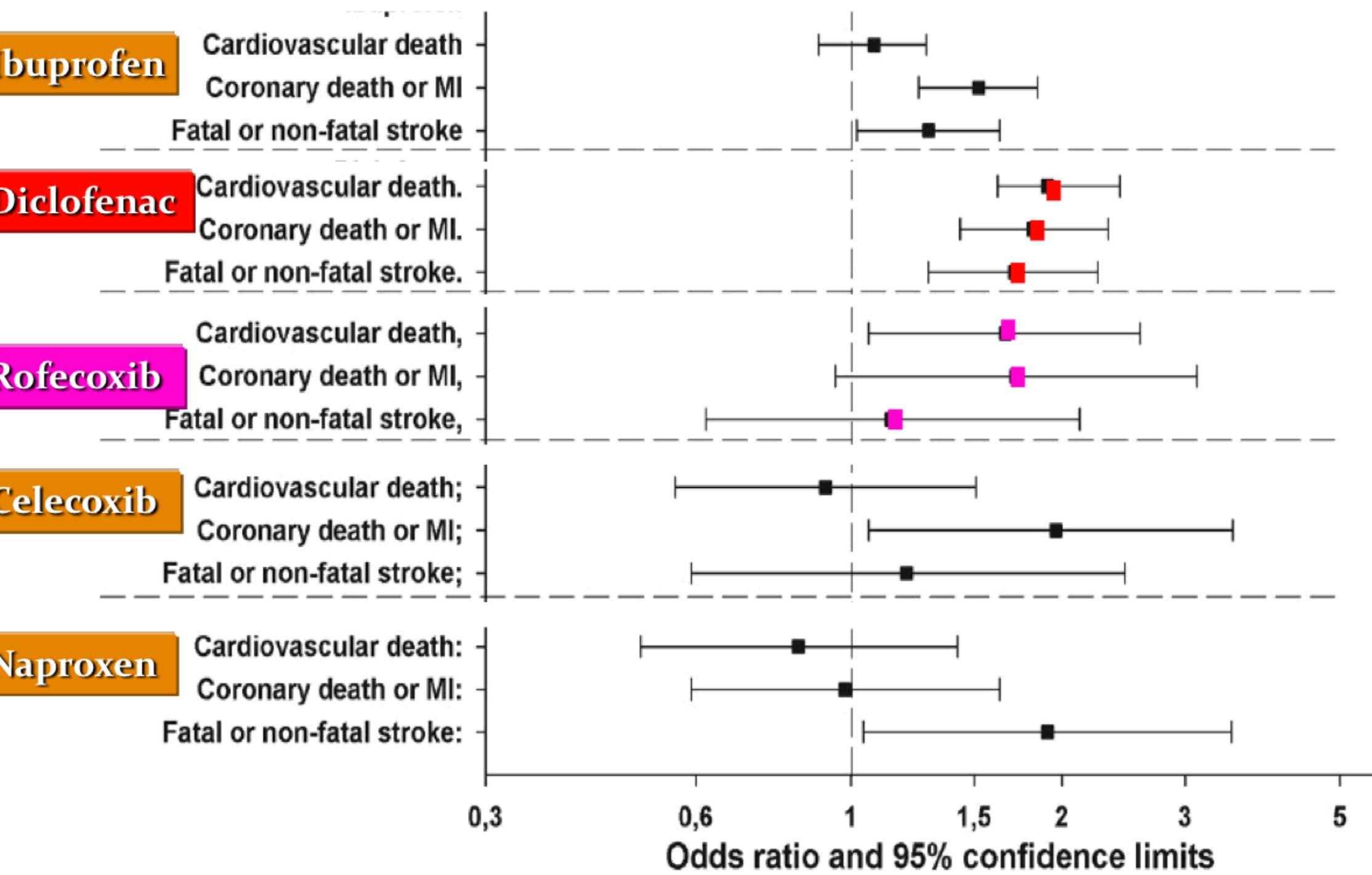
EFFETTO ANTIAGGREGANTE PIASTRINICO E
ANTITROMBOTICO

EFFETTO CHEMIOPREVENTIVO SUL CARCINOMA DEL COLON

EFFETTO ANTI-ALZHEIMER



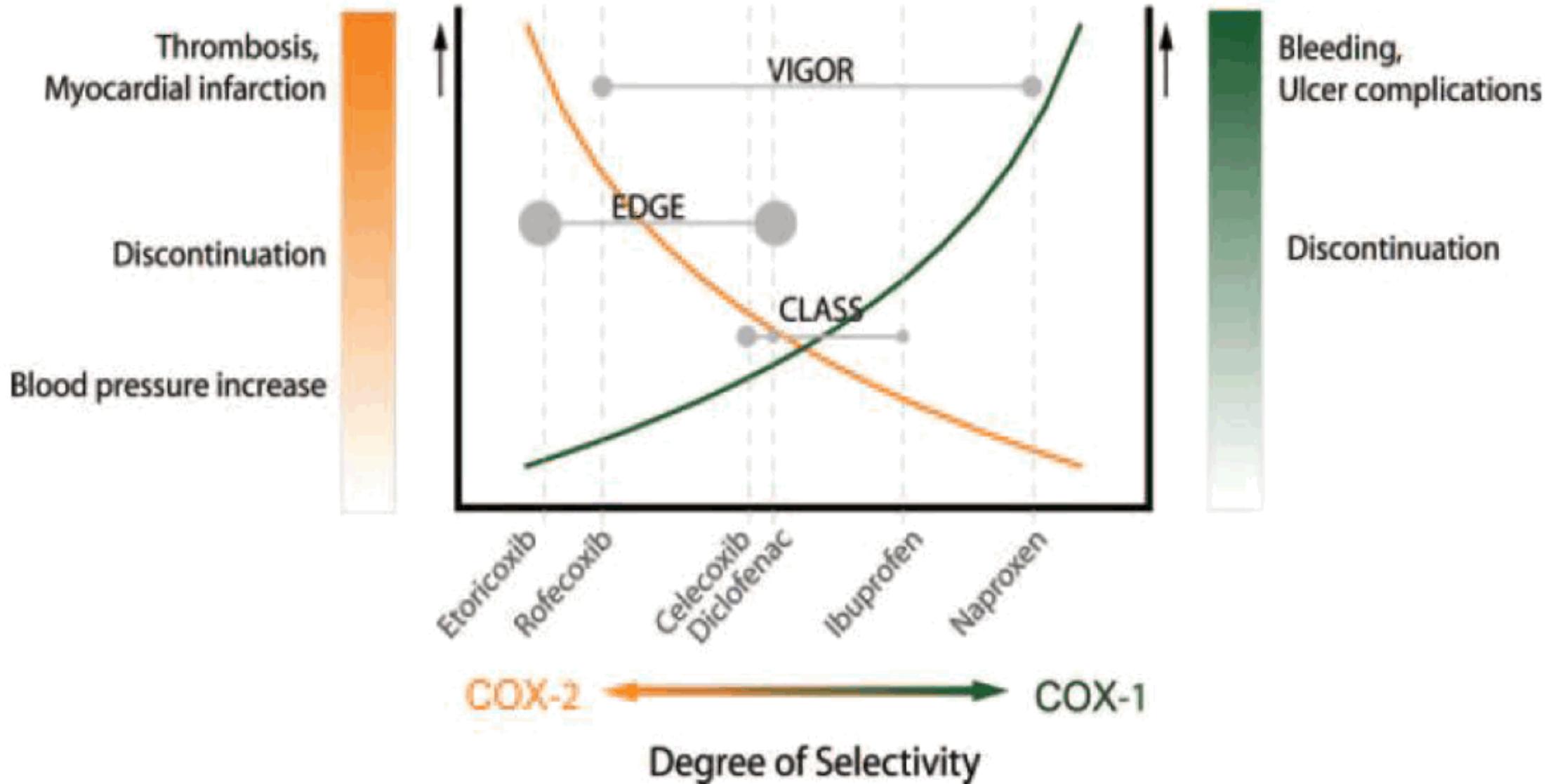
Studio Sanitario Danese 1997-2005, 1.028.437 individui



Implicazioni della selettività di azione nell'inibizione COX-2 e COX-1

Cardiovascular Risk

Gastrointestinal Risk



FANS OTC

- Assunti dal 29 % della popolazione generale
- Assunti dal 13% dei pazienti ad alto rischio di eventi avversi da FANS
- Nel 20% assunti per >7 giorni
- Causa più frequente di ricorso a FANS OTC: dolore OsteoArticolare

**Codeina
Tramadol
Buprenorfina**

**Oppioidi forti
+/- FANS**

**Morfina
Ossicodone
Metadone
Fentanyl**

**Oppioidi deboli
+ FANS**

Dolore severo

VAS 6-10

Dolore medio

VAS 4-5

FANS

+/- ADIUVANTI

Dolore moderato

Depressione respiratoria

Nausea e vomito

Vertigini

Disforia

Prurito

Stipsi

Aumento pressione vie biliari

Ritenzione urinaria

Ipotensione



inizio del trattamento, o in caso di aumento di dose

- Miracolato e disperato
- Testa o cuore
- Visite
- Quando il dolore decide per noi

- M, 51 a., artigiano
- Infarto esteso --> ricanalizzazione, non recupero contrattile --> scompenso refrattario
- Tx cuore dopo 3 mesi di terapia inotropica continua (allettato, PA 85/60)
- Dopo il trapianto: ottima ripresa, mobilizzato, PA 130/80
- Immunosoppressione: Ciclosporina, Azatioprina, Steroide

Categoria	Effetto	Frequenza
patologie sistema nervoso	Tremore, cefalea emicrania	molto comune ($\geq 10\%$) non nota
patologie vascolari	Ipertensione Vampate	molto comune comune (1-10%)
patologie renali	Disfunzione renale	molto comune

- Ricomparsa di cefalea non specifica, saltuariamente di tipo emicranico, della quale il pz soffriva prima dell'infarto
- Insufficienza renale, eGFR 60 ml/min

- M, 37 a., impiegato
- CMIO restrittiva --> scompenso refrattario, dipendente da inotropi e diuretici in continuo (adrenalina, dopamina, lasix HD), vasodilatatore poco tollerato, episodi ricorrenti di bassa portata
- Saltuariamente accusa cefalea frontale, non particolarmente intensa
- Tx cuore in urgenza, buon andamento nel primo postop., PA 115/80
- In 6a giornata rottura di aneurisma cerebrale --> ESA --> intervento NCH --> Exitus in 2a giornata (8a post-TxC)

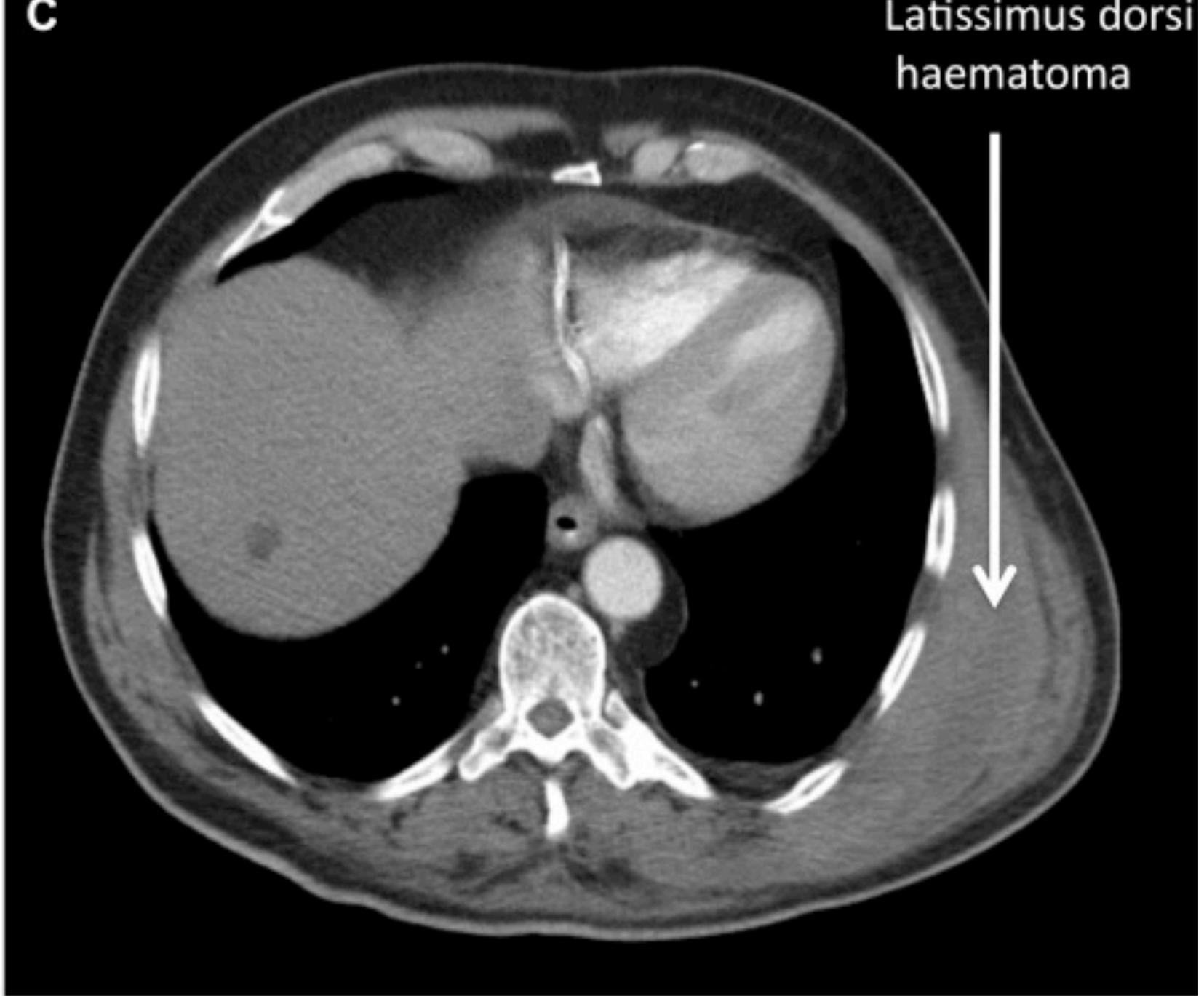
3- visite (2002)

- M, 55 a., agricoltore
- CMIO ischemica --> insufficienza cardiaca cronica --> scompenso refrattario, cachessia cardiaca (cm 182, 58 Kg)
- Trattato con warfarin per FA cronica --> shift a eparina b.p.m. sottocute in occasione di sepsi con deterioramento emodinamico, danno epatico, necessità di politerapia antimicrobica con interazioni con TAO.

3.1- La visita medica

- Progressiva anemizzazione (HB 11.8 ---> 7,7 g/dl) --> GRC 2 U
- Sideremia 21, iniziale screzio renale
- Hemoccult negativo, EGDS negativa, CLS recente negativa
- Da alcuni giorni dolore dorsale a sin, con difficoltà a muovere il braccio

- La moglie, che non vede il pz da qualche giorno, lo trova "storto" e "gobbo".
- Asimmetria del dorso con prominenza lato sin. --> TAC: imponente ematoma *latissimus dorsi*.
- aumento mioglobina, CPK..
- Tardiva comparsa ecchimosi superficiale
- Risoluzione con idratazione controllata, diuretici, dopamina, GRC

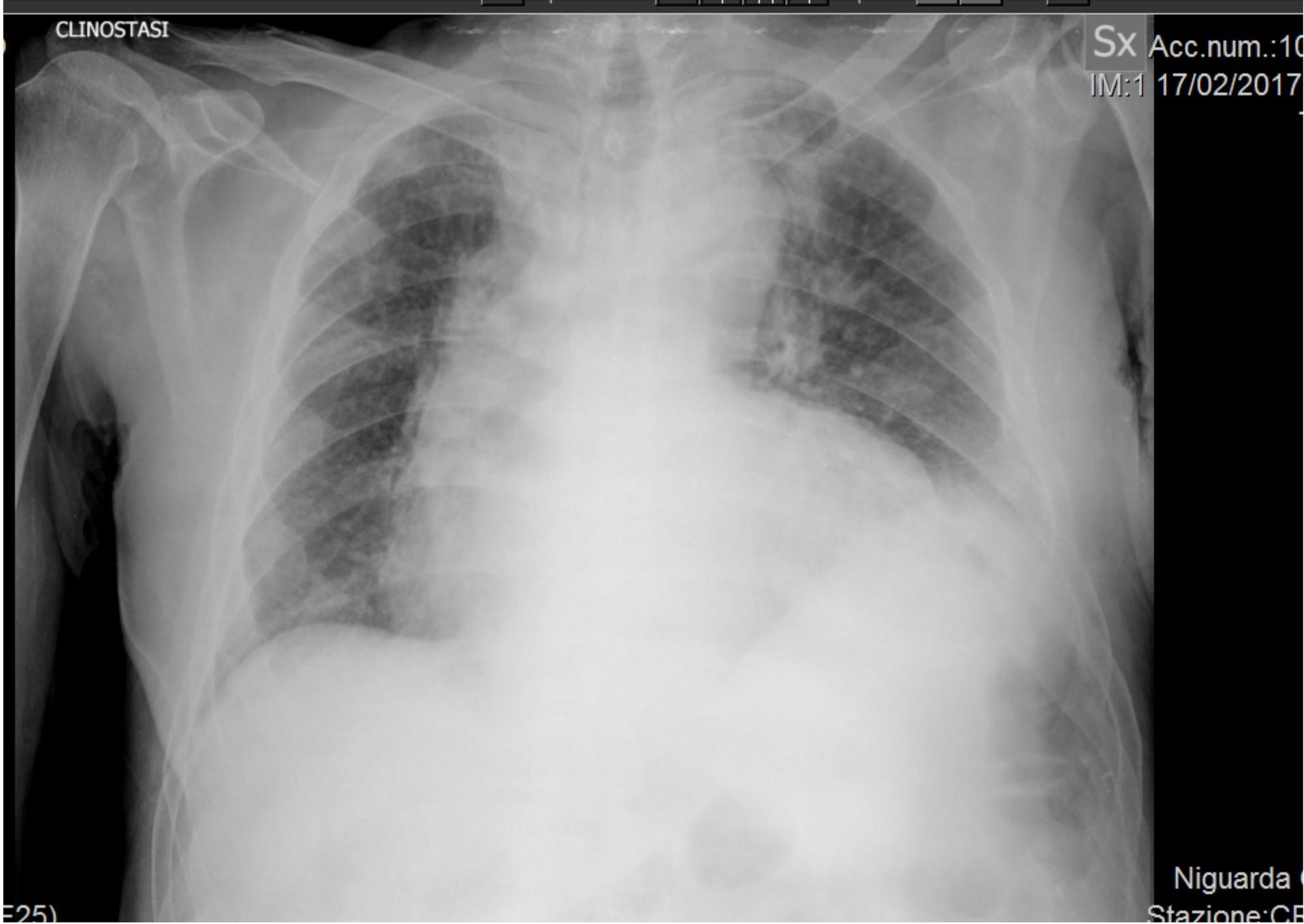


Bevan P et al, Can J Cardiol 2014; 30: 247

- M, 62 a., impiegato
- Ipertensione non trattata, ex fumo (stop 2 a. fa)
- Dolore toracico oppressivo e dispnea da sforzo da alcuni mesi
- Ricovero in ospedale locale: coronarie nl, BBS, cardiomegalia, stasi polmonare, dilatazione aneurismatica bulbo aortico, insufficienza valvolare aortica con prolasso di cuspidi, dilatazione ventricolare sin con severa ipocinesia diffusa.
- Riferito a Centro con opzione di Trapianto Cardiaco

CLINOSTASI

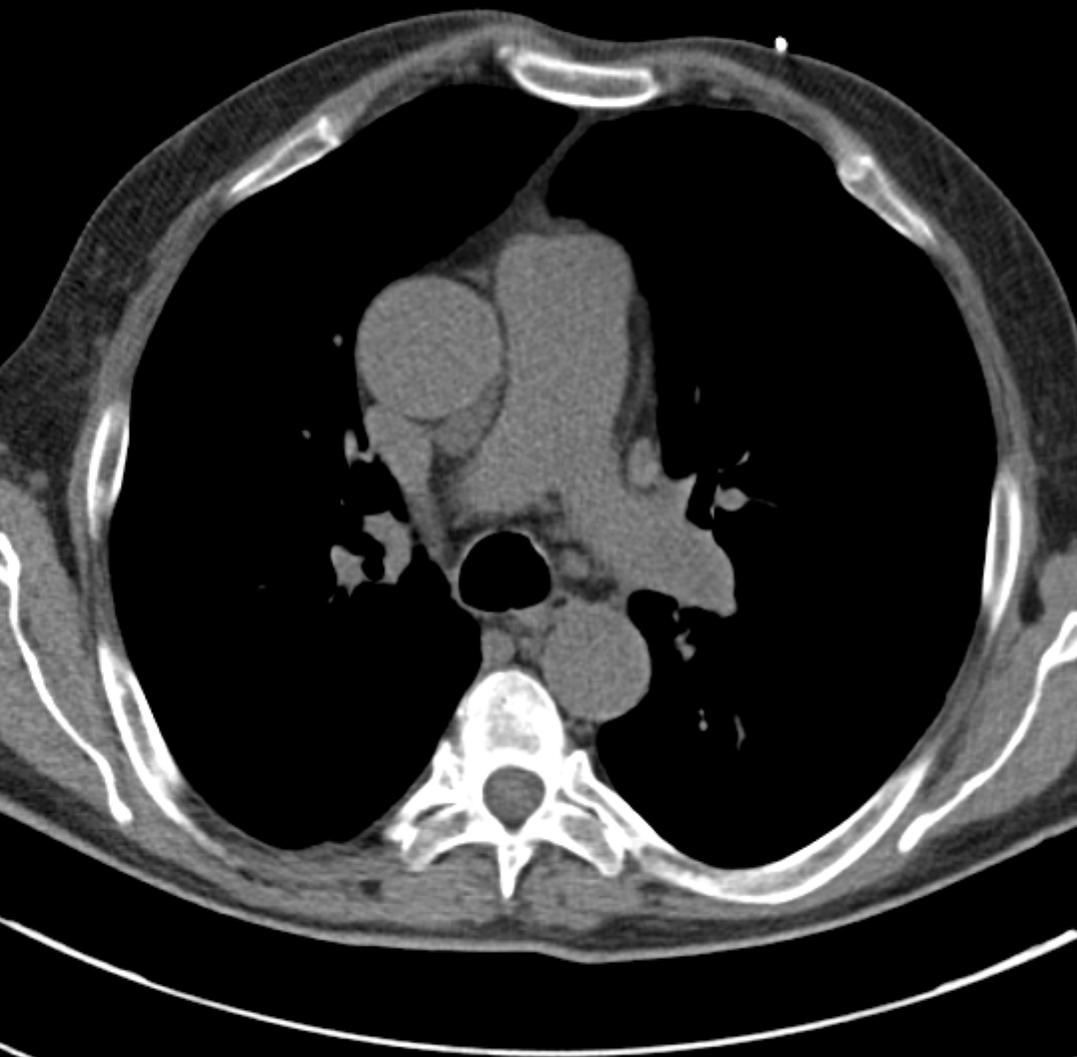
SX Acc.num.:10
IM:1 17/02/2017



E25)

Niguarda
Stazione:CE

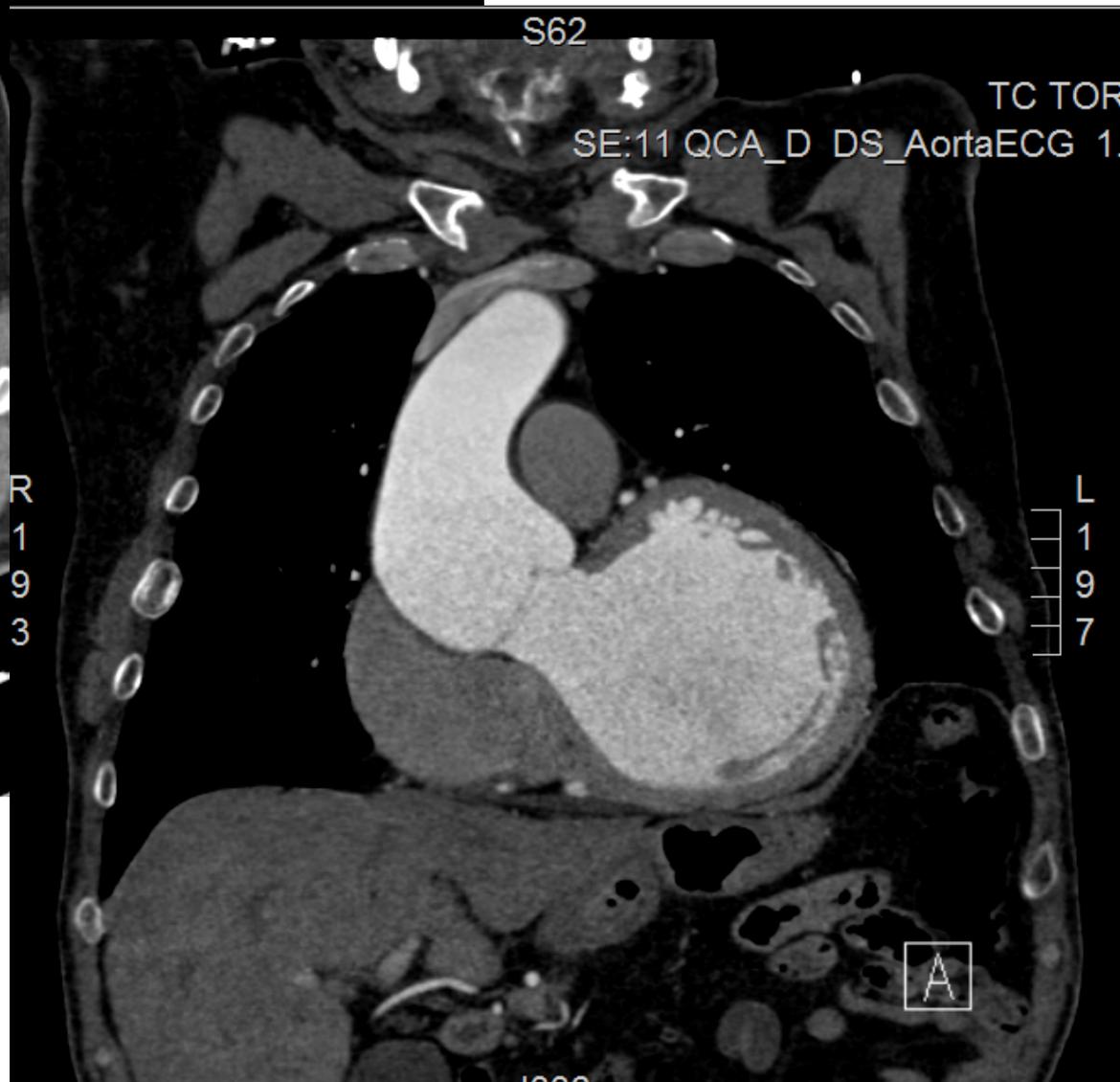
A370



ACC.NUM.:
TC TORACE (senza e con
SE:2 SMDC
IM:48 17/02/201

R
1
9
3

S62



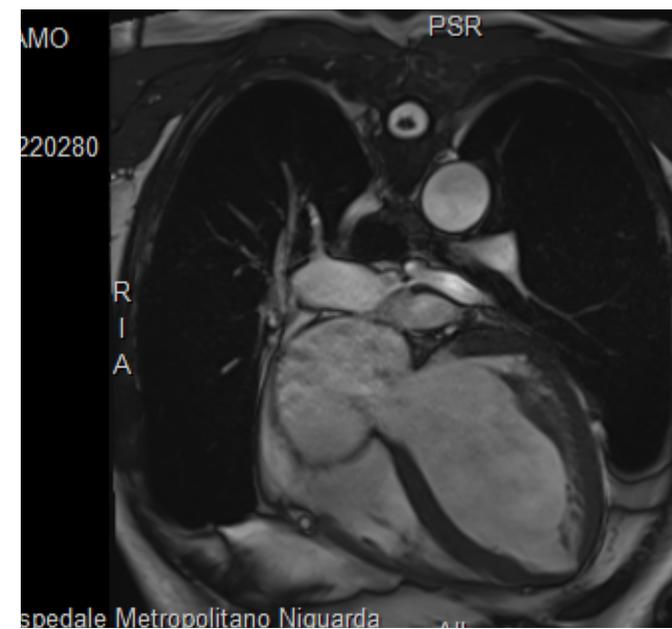
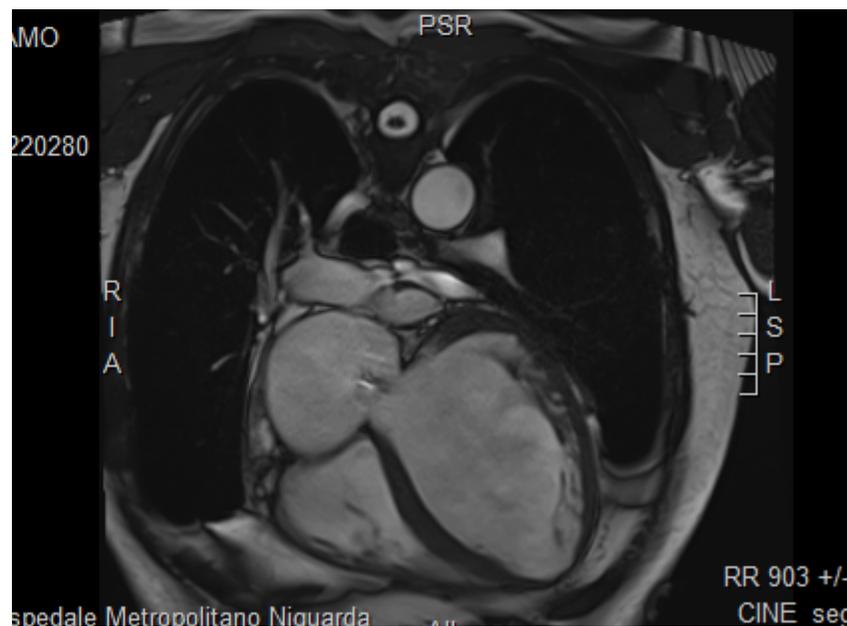
TC TOR
SE:11 QCA_D DS_AortaECG 1

L
1
9
7

A

1226

	v.n.	pz 4
diametro bulbo Ao, mm	21-37	60
diametro VS, mm	35-52	75
volume TD VS, ml	<180	421
frazione eiezione VS %	> 50	27
insufficienza valvolare Ao	ass	3-4+
insufficienza valvolare M	ass	3+
PAPs, mmHg	<30	65
TAPSE, mm	>18	14



	Pro	Contro
Terapia medica + CRT	<ul style="list-style-type: none"> - rischio contenuto - non compromette scelte successive 	<ul style="list-style-type: none"> - Beneficio significativo poco probabile
Intervento riparativo (MCS di back-up)	<ul style="list-style-type: none"> - praticabile subito - elimina sovraccarico - altre opzioni restano disponibili 	<ul style="list-style-type: none"> - intervento complesso - recupero FE poco probabile - LVAD/TxC rischio +
Trapianto cardiaco	<ul style="list-style-type: none"> - intervento "risolutivo" - intervento "semplice" 	<ul style="list-style-type: none"> - ipertensione polmonare - disponibilità donori? - competizione in lista
AD DT/BTC, elezione sost. valvolare Ao e riparazione aneurisma)	<ul style="list-style-type: none"> - praticabile subito - elimina sovraccarico - risolve ipertensione polmonare - TxC può restare disponibile 	<ul style="list-style-type: none"> - intervento complesso - possibile aorta "fragile" - BTC-->BTT poco probabile - Rischio insuff. V Dx

Ipertensione polmonare: reversibile?

Trapianto

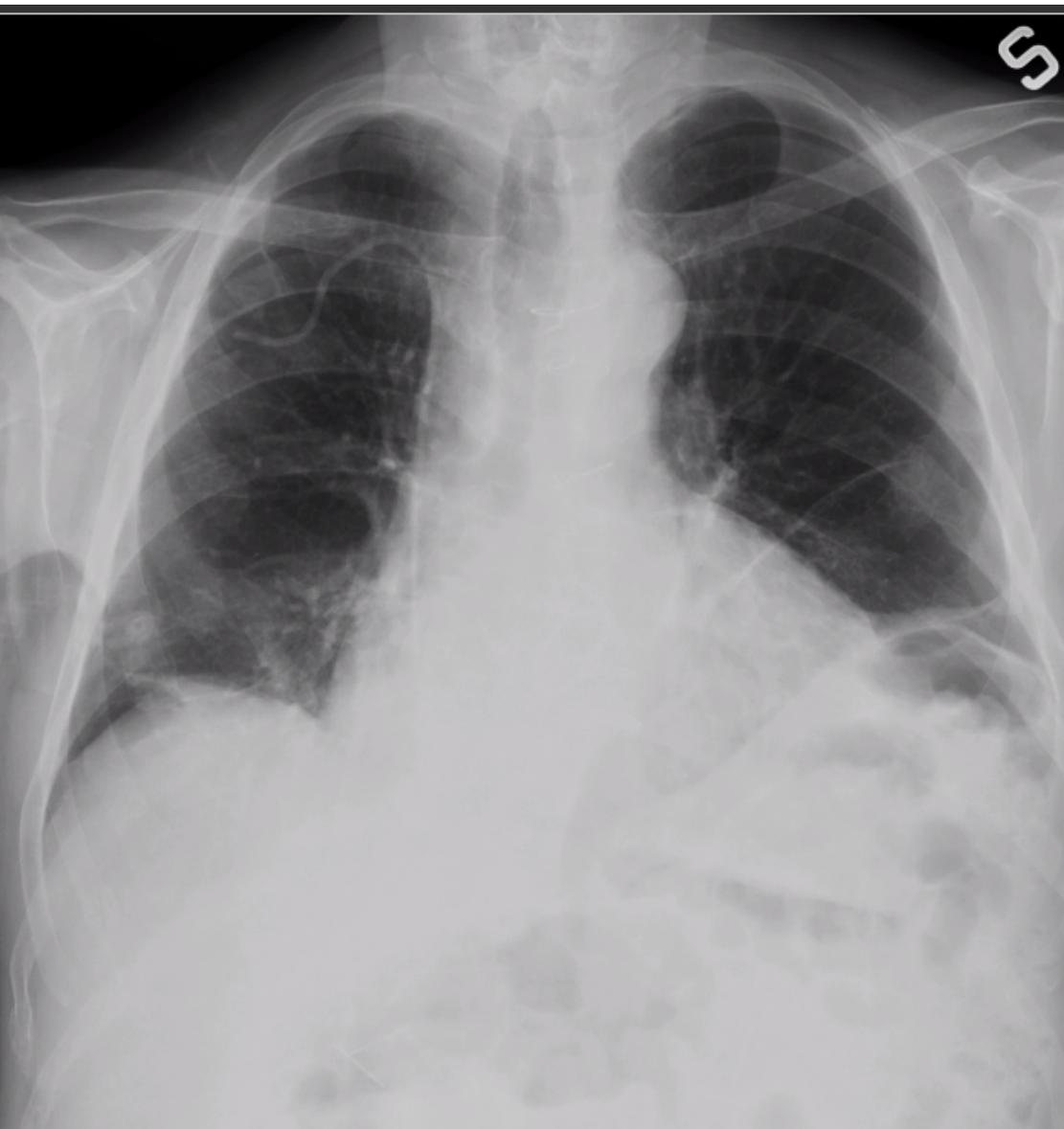
Funzione ventricolare sin: migliora con stimolo farmacologico?

Riparazione

Funzione ventricolare dx: migliora con stimolo farmacologico?

LVAD

**Dolore toracico ricorrente
Dilatazione progressiva bulbo aortico
Intervento riparativo**



	v.n.	pz 4
diametro bulbo Ao, mm	21-37	60
diametro VS, mm	35-52	75
volume TD VS, ml	<180	421
frazione d'eiezione VS %	> 50	27
insufficienza valvolare Ao	ass	3-4+
insufficienza valvolare M	ass	3+
PAPs, mmHg	<30	65
TAPSE mm	>18	14

La rilevazione obbligatoria del dolore in corsia

- La prima reazione

... anche questa!

- Il retropensiero

Che c'entra con la cardiologia

- La sorpresa

Esiste anche da noi!

- L'attenzione

Il dolore, obiettivo della cura

Il cardiologo e il dolore

- Il cardiologo agisce secondo le indicazioni della Evidence-Based Medicine

- Date l'elevata prevalenza delle malattie cardiovascolari

**Eliminare le malattie
Sconfiggere la morte
Trascurare la persona malata
Trascurare gli effetti del dolore sul sistema cardiovascolare**

- Il dolore è un sintomo di malattia cardiovascolare

- Il dolore è un rischio per la vita / minaccia per la QoL

- Gli *altri* dolori non sono importanti

Non è infatti possibile all'uomo sospendere l'esercizio della propria responsabilità quando alla questione del senso e della sua verità – quindi al sapere dell'etica, così scientificamente sia dalla filosofia sia dalla teologia – è dunque obiettivamente iscritta la pratica della medicina; anzi, proprio nella medicina trova i momenti privilegiati di conoscenza. Perché la medicina si confronta costantemente con esperienze fondamentali il cui immediato è il contatto con il fenomeno della vita quale mistero originario: la generazione, la nascita, la crescita, il dolore, la malattia, l'invecchiamento, la morte.

Da dove partire per avviare la ricerca del senso se non da queste esperienze? e dove andare per mettere alla prova i risultati ottenuti, se non a esse? Il materiale attorno al quale si esercita la professione medica non solo impone di affrontare questioni etico-pratiche, ma dispone anche a farlo e ne propizia la soluzione più che in altre professioni.