



**OSTEONECROSI DELLE OSSA MASCELLARI (ONJ)
DA BIFOSFONATI E ALTRI FARMACI:
PREVENZIONE, DIAGNOSI, FARMACOVIGILANZA, TRATTAMENTO - UPDATE 2014**

Alessandria, sabato 10 maggio 2014

LA TERAPIA ANTALGICA

Olga Di Fede, DDS, PhD, Researcher

ONJ

SEGNO CLINICO maggiore

Esposizione di osso necrotico in cavo orale



SEGNI CLINICI minori e SINTOMI

- Alitosi
- Ascesso odontogeno
- Asimmetria mandibolare
- Dolore di origine dentale e osseo
- Fistola mucosa
- Fistola extra-orale
- Mancata riparazione mucosa alveolare post-estrattiva
- Mobilità dentale a rapida insorgenza
- Mobilità preternaturale della mandibola, con o senza occlusione conservata
- Parestesia/disestesia delle labbra (segno di Vincent)
- Fuoriuscita di liquidi dal naso
- Secrezione purulenta
- Sequestro spontaneo di frammenti ossei
- Trisma
- Tumefazione tessuti molli

Bedogni, A, Fusco, V, Agrillo, A and Campisi, G (2012). Learning from experience. Proposal of a refined definition and staging system for bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw (BRONJ). *Oral Dis* 18(6): 621-623

DOLORE

DEFINIZIONE

Il dolore è un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno.

IASP (International Association for the Study of Pain) e WHO



In fisiologia, è un sintomo vitale di autodifesa poiché rappresenta un segnale d'allarme in presenza di una lesione tissutale.

In patologia, il sintomo si automantiene, perdendo il significato iniziale e diventando a sua volta una malattia

STADIAZIONE CLINICO-RADIOLOGICA BRONJ*	
Stadio 1	<p>BRONJ FOCALE: in presenza di almeno 1 segno clinico minore e con un <u>addensamento osseo alla TC limitato al solo processo dento-alveolare</u> della mandibola o del mascellare, con o senza altri segni radiologici precoci.</p> <p>Segni clinici minori e sintomi: alitosi, ascesso odontogeno, asimmetria mandibolare, dolore di origine dentale e osseo, esposizione ossea, fistola mucosa, mancata riparazione mucosa alveolare post-estrattiva, mobilità dentale a rapida insorgenza, parestesia/disestesia delle labbra, secrezione purulenta, sequestro spontaneo di frammenti ossei, trisma, tumefazione dei tessuti molli.</p> <p>Segni TC: <u>ispessimento trabecolare, osteosclerosi midollare focale</u>, con o senza ispessimento cresta alveolare e lamina dura, persistenza alveolo post-estrattivo, slargamento spazio parodontale</p> <p>a. asintomatica <u>b. sintomatica (presenza di dolore e/o suppurazione)</u> ←</p>
Stadio 2	<p>BRONJ DIFFUSA: in presenza di almeno 1 segno clinico minore e con un <u>addensamento osseo alla TC esteso anche al processo basale</u> della mandibola o del mascellare, con o senza segni radiologici tardivi.</p> <p>Segni clinici minori e sintomi: come per stadio 1.</p> <p>Segni TC: <u>osteosclerosi diffusa</u>, con o senza fistola oro-antrale e oronasale, ispessimento del canale alveolare, reazione periostale, sequestro, sinusite.</p> <p>a. asintomatica <u>b. sintomatica (presenza di dolore e/o suppurazione)</u> ←</p>
Stadio 3	<p>BRONJ COMPLICATA: come in stadio 2, in presenza di uno o più dei seguenti:</p> <p>Segni clinici minori: fistola extra-orale, fuoriuscita di liquidi dal naso, mobilità preternaturale della mandibola con o senza occlusione conservata.</p> <p>Segni TC: fistola muco-cutanea, frattura patologica, osteolisi estesa al seno mascellare, osteosclerosi di zigomo e/o palato duro</p>

SPMO



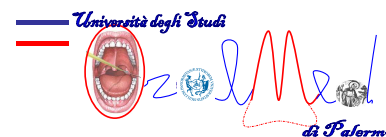
SICMF

SOCIETÀ ITALIANA CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

WWW.SICMF.ORG

*Bedogni A, Fusco V, Agrillo A, Campisi G. Learning from experience. Proposal of a refined definition and staging system for bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw (BRONJ). Oral Dis. 2012 Sep;18(6):621-3

Settore di Medicina Orale "V. Margiotta"
medicinaorale@odonto.unipa.it - 091 6552221





*Ministero del Lavoro, della Salute e
delle Politiche sociali*

DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI DI
ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA
UFFICIO III

Raccomandazione n. 10, settembre 2009

RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE
DELL'OSTEONECROSI DELLA MASCELLA/MANDIBOLA DA
BIFOSFONATI

L'osteonecrosi secondaria all'uso dei bifosfonati: impatto sulla qualità di vita

I pazienti con osteonecrosi secondaria all'uso dei bifosfonati presentano una **sintomatologia dolorosa assai intensa**, generalmente resistente alle comuni terapie con farmaci antalgici, con conseguente notevole difficoltà nell'alimentazione e spesso anche nella fonazione; in alcuni casi, i pazienti avvertono la sensazione di "mandibola pesante" e presentano parestesie cutanee, trisma e fistole.

A causa del dolore, l'igiene orale è resa più difficoltosa e, pertanto, sono più facili le sovrainfezioni con il conseguente aggravamento della sintomatologia e la comparsa di alitosi, tumefazioni, ascessi che solo parzialmente beneficiano della terapia antibiotica e tendono a cronicizzare.

Settore di Medicina Orale "V. Margiotta"
medicinaorale@odonto.unipa.it - 091 6552221





Ministero della Salute

Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione

gennaio 2014

Raccomandazioni per la promozione della salute orale, la prevenzione delle patologie orali e la terapia odontostomatologica nei pazienti adulti con malattia neoplastica.

Il dolore è un sintomo di frequente riscontro nei pazienti con ONJ (Miksad, Lai et al. 2011).

La stadiazione di ONJ

La prima classificazione in stadi di BRONJ, proposta nel 2007 dalla AAOMS [51], è stata dalla stessa modificata nel 2009 [64] e, nel 2012, si propone da parte delle Società Scientifiche Italiane SICMF e SIPMO una nuova classificazione clinico-radiologica (Tabella 2), che tiene in considerazione l'estensione radiologica della malattia (Bedogni, Fusco et al. 2012; Bedogni, Campisi et al. 2013). L'ulteriore suddivisione degli stadi 1 e 2 in asintomatico (a) e sintomatico (b) permetterebbe di definire meglio le necessità terapeutiche dei pazienti.

INDICE

1. INTRODUZIONE
2. SCOPO DELLE RACCOMANDAZIONI
3. FRUITORI DELLE RACCOMANDAZIONI
4. GRUPPO DI LAVORO
5. SVILUPPO E ARTICOLAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI
 - 5.1 Identificazione degli argomenti
 - 5.2 Ricerca bibliografica
 - 5.3 Valutazione della bibliografia e della validità scientifica dei lavori
 - 5.4 Livello delle prove scientifiche
 - 5.5 Grading delle prove scientifiche
 - 5.6 Peer-reviewing
6. INFORMAZIONI SULLE COMPLICANZE ORALI NEI PAZIENTI ADULTI ONCOLOGICI
 - 6.1 Tumori maligni in testa
 - 6.2 Le complicanze orali delle terapie oncologiche
 - 6.3 Le mucositi orali
 - 6.4 Iposcialia e xerostomia
 - 6.5 Disgeusia
 - 6.6 Disfagia
 - 6.7 Trisma
 - 6.8 Carie dentale
 - 6.9 Infezioni orali
 - 6.10 Osteoradionecrosi
 - 6.11 Osteonecrosi delle ossa mascellari da farmaci antiassorbibili associati alle terapie oncologiche
 - 6.12 Graft-versus-host-disease
 - 6.13 Bibliografia essenziale
7. CARATTERISTICHE CLINICHE E GUIDA DIAGNOSTICA PER LE COMPLICANZE ORALI DELLE TERAPIE ONCOLOGICHE
8. RACCOMANDAZIONI E PERCORSI CLINICO-ASSISTENZIALI
 - 8.1 Raccomandazioni utili nel periodo precedente all'inizio delle cure oncologiche con chemioterapia e/o radioterapia
 - 8.2 Raccomandazioni utili nel periodo in cui sono in corso le cure oncologiche con chemioterapia e/o radioterapia
 - 8.2.1 Somministrazione di farmaci antivirali e antimicotici
 - 8.2.2 Controllo della mucosite orale
 - 8.2.3 Controllo della iposcialia-xerostomia
 - 8.3 Raccomandazioni utili nel periodo successivo al completamento delle cure oncologiche con chemioterapia e/o radioterapia
 - 8.4 Bibliografia
9. APPENDICE
PREVENZIONE ODONTOIATRICA E SICUREZZA DEI TRATTAMENTI ODONTOIATRICI NEI PAZIENTI CON MALATTIA NEOPLASTICA TRATTATI CON BISFOSFONATI, DENOSUMAB E/O ANTI-ANGIOGENETICI

Settore di Medicina Orale "V. Margiotta"
medicinaorale@odonto.unipa.it - 091 6552221





JUNO





Quality of Life Implications of Bisphosphonate-Associated Osteonecrosis of the Jaw

REBECCA ANNE MIKSAD,^{a,b,c,d} KUAN-CHI LAI,^{a,c,d} THOMAS BENTON DODSON,^{d,e} SOOK-BIN WOO,^{e,f}
 NATHANIEL SIMON TREISTER,^{e,f} OMOSALEWA AKINYEMI,^{c,d} MARIAN BIHRLE,^{a,c,d} GUY MAYTAL,^{d,e}
 MEREDITH AUGUST,^{d,e} G. SCOTT GAZELLE,^{b,c,d} J. SHANNON SWAN^{b,c,d}

ABSTRACT

Purpose. Potentially debilitating, osteonecrosis of the jaw (ONJ) is an emerging complication of bisphosphonates. However, its effect on quality of life (QoL) is unknown. We determined the ONJ-related QoL decline in a cancer patient cohort.

Patients and Methods. Thirty-four cancer patients with bisphosphonate-associated ONJ completed a telephone survey (October 2007 through May 2008). The Oral Health Impact Profile 14 (OHIP) retrospectively assessed participant oral health-related QoL before and after ONJ. Standardized ONJ descriptions were developed in a multidisciplinary, iterative process and were evaluated with three frequently used preference-based QoL measurement methods on a 0 (death) to 1 (perfect health) scale: Visual Analogue Scale (VAS), Time Trade-Off (TTO), and EQ-5D.

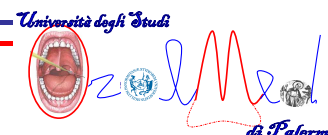
Results. ONJ significantly ($p < .001$) increased OHIP scores (worse QoL) for additive (3.56–16.53) and weighted (7.0–17.5) methods. Seven individual

OHIP items significantly increased (Bonferroni correction $p < .0035$): pain, eating discomfort, self-consciousness, unsatisfactory diet, interrupted meals, irritability, and decreased life satisfaction. Mean preference-based QoL values significantly decreased ($p < .001$) with worsening ONJ stage (VAS, TTO, and EQ-5D): no ONJ (0.76, 0.86, 0.82), ONJ stage 1 (0.69, 0.82, 0.78), ONJ stage 2 (0.51, 0.67, 0.55), and ONJ stage 3 (0.37, 0.61, 0.32). As ONJ worsened, EQ-5D domain scores significantly increased ($p < .001$). Pain/discomfort and anxiety/depression contributed most to declining QoL.

Conclusions. ONJ significantly affects QoL, a detriment that increases with worsening ONJ. QoL impairments for ONJ stages 2 and 3 are similar to other treatment side effects that influence decision-making. Bisphosphonate-associated ONJ QoL is an important consideration for patients, clinicians, and policy makers. *The Oncologist* 2011;16:121–132

The authors also concluded the QoL decline increases with worsening ONJ

Settore di Medicina Orale "V. Margiotta"
medicinaorale@odonto.unipa.it - 091 6552221



ANTICANCER RESEARCH 32: 3527-34 (2012)

Quality of Life in Breast Cancer Patients with Bisphosphonate-related Osteonecrosis of the Jaws and Patients with Head and Neck Cancer: A Comparative Study Using the EORTC QLQ-C30 and QLQ-HN35 Questionnaires

ATHANASSIOS KYRGIDIS^{1,2,3}, STEFANOS TRIARIDIS², KONSTANTINOS KONTOS^{1,3}, ANNA PATRIKIDOU^{1,4}, CHARALAMBOS ANDREADIS⁵, JANNIS CONSTANTINIDIS⁶, KONSTANTINOS VAHTSEVANOS^{1,3} and KONSTANTINOS ANTONIADES¹

The primary objective of this study was to determine the QoL impact of bisphosphonate-associated ONJ in cancer patients. Our multidisciplinary team (oncology, oral medicine and surgery, QoL research, and psychiatry) developed a telephone survey to test whether oral health-specific and preference-based instruments capture the QoL effects of oral health complications of cancer therapy and whether the QoL impact of ONJ increases with ONJ disease severity.

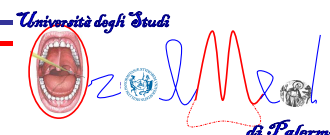
The Oncologist 2011;16:121–132

Table 3. Oral health status before and after ONJ as assessed by OHIP-14

Dimension	Question	Pre-ONJ			Post-ONJ			Change		p-Value	
		Mean	Range ^a	SD	Mean	Range ^a	SD	Mean	Range		
Functional limitation	Did you have trouble pronouncing any words because of problems with your teeth or mouth?	0.21	[0, 3]	0.69	0.59	[0, 4]	1.13	0.38	[-2, 3]	0.95	0.04
	Did you feel that your sense of taste was worsened because of problems with your teeth or mouth?	0.06	[0, 1]	0.24	0.65	[0, 4]	1.32	0.59	[0, 4]	1.28	<0.001 ^b
Physical pain	Did you have painful aching in your mouth?	0.53	[0, 4]	1.26	2.35	[0, 4]	1.65	1.82	[-3, 4]	2.05	<0.001 ^b
	Did you find it uncomfortable to eat any foods because of problems with your teeth or mouth?	0.50	[0, 4]	1.02	2.03	[0, 4]	1.70	1.53	[-3, 4]	1.88	<0.001 ^b
Psychological discomfort	Did you feel self-conscious because of problems with your teeth or mouth?	0.24	[0, 4]	0.96	1.15	[0, 4]	1.52	0.91	[0, 4]	1.36	<0.001 ^b
	Did you feel tense because of problems with your teeth or mouth?	0.50	[0, 4]	1.24	1.50	[0, 4]	1.64	1.00	[-4, 4]	1.95	0.008
Physical disability	Was your diet unsatisfactory because of problems with your teeth or mouth?	0.15	[0, 3]	0.61	1.47	[0, 4]	1.69	1.32	[0, 4]	1.57	<0.001 ^b
	Did you have to interrupt meals because of problems with your teeth or mouth?	0.06	[0, 2]	0.34	1.21	[0, 4]	1.72	1.15	[0, 4]	1.65	<0.001 ^b
Psychological disability	Did you find it difficult to relax because of problems with your teeth or mouth?	0.44	[0, 4]	1.24	1.35	[0, 4]	1.63	0.91	[-4, 4]	1.93	0.01
	Were you a bit embarrassed because of problems with your teeth or mouth?	0.29	[0, 4]	1.00	0.88	[0, 4]	1.39	0.59	[0, 4]	1.13	0.004
Social disability	Were you a bit irritable with other people because of problems with teeth or mouth?	0.21	[0, 3]	0.69	1.00	[0, 4]	1.39	0.79	[0, 4]	1.27	0.0005 ^b
	Did you have difficulty doing your usual jobs because of problems with your teeth or mouth?	0.06	[0, 2]	0.34	0.68	[0, 4]	1.20	0.62	[-1, 4]	1.23	0.006
Handicap	Did you feel that life in general was less satisfying because of problems with your teeth or mouth?	0.32	[0, 4]	1.01	1.29	[0, 4]	1.57	0.97	[-4, 4]	1.66	0.002 ^b
	Were you totally unable to function because of problems with your teeth or mouth?	0.00	[0, 0]	0.00	0.38	[0, 4]	0.92	0.38	[0, 4]	0.92	0.02
OHIP-ADD score		3.56	[0, 32]	7.20	16.53	[0, 48]	15.73	12.97	[-14, 48]	15.86	<0.001
OHIP-WS ^b score		7.00	[4.37, 26.28]	5.46	17.50	[4.37, 44.61]	13.44	10.50	[-9.53, 40.24]	13.36	<0.001

^aThe frequency of each item per week was ranked on a five-point scale (4 = "6–7 per week", 3 = "4–5 per week", 2 = "2–3 per week", 1 = "once per week", and 0 = "never"), corresponding to the original OHIP-14 Likert-type scale (4 = "very often", 3 = "fairly often", 2 = "occasionally", 1 = "hardly ever", and 0 = "never") [80].
^bAfter the Dimension-WSs were calculated by summing weighted raw item scores, each pre-ONJ Dimension-WS was standardized to a common mean and SD (1 ± 1) and each post-ONJ Dimension-WS was standardized to the mean and SD of the corresponding pre-ONJ Dimension-WS. Finally, standardized Dimension-WSs were summed to produce pre- and post-ONJ OHIP-WSs [80–82].
^cSignificant p-value is <0.0035 after Bonferroni adjustment.
 Abbreviations: SD, standard deviation; WS, weighted score.

Settore di Medicina Orale "V. Margiotta"
medicinaorale@odonto.unipa.it - 091 6552221



NCBI Resources How To

PubMed.gov
US National Library of Medicine
National Institutes of Health

PubMed [Advanced](#)

Display Settings: Abstract [Send to:](#)

[Oral Maxillofac Surg](#), 2014 Jan 8. [Epub ahead of print]

Non-complex reconstructive techniques in the management of BRONJ: a case series of patient-related outcomes.

[Sadiq Z¹](#), [Sammut S](#), [Lopes V](#).

Author information

Abstract

OBJECTIVES: Bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw (BRONJ) is a well-recognised condition that continues to be a therapeutic challenge. It can have devastating effects on patients' quality of life. The literature recommends a myriad of management strategies. This case series demonstrates a combination of resection procedures, local reconstruction options and their impact on quality of life.

PATIENTS AND METHODS: This case series consisted of three patients with BRONJ following the use of bisphosphonates (BPs); for metastatic and metabolic bone diseases, none responded to conservative treatment. All patients were surgically managed by a standardised protocol combining bone resection and local reconstructive measures.

RESULTS: We evaluated surgery-related change in quality of life using the "University of Washington Quality of Life Questionnaire". At 3 months, all patients were **pain free** but were only able to manage soft foods and one persisted in using a straw for fluids. In all cases, quality of life scores showed an overall improvement or remained unchanged. There was no evidence of BRONJ recurrence.

CONCLUSION: Quality of life is an important consideration in the management of BRONJ patients. Optimal surgical resection and reconstruction may be an ideal treatment plan, but in medically compromised patients, this may not be possible. Consideration should be given to modified strategies with a potentially lower morbidity, yet still aiming to improve patients' quality of life.

Results

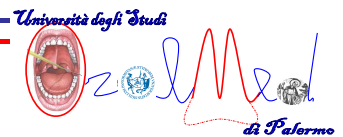
Patient outcomes were considered **in terms of pain** and analgesic requirement, oral intake, weight gain, reviewed by a dietician.

Conclusion

This series, although small in number, does suggest a benefit to patients' quality of life. Extended surgical resection of mandible or maxilla can control symptoms, with little morbidity and potentially good survival, provided that a cautious selection of patients is performed and an accurate diagnosis is made pre-operatively. Local tissue harvest can be a good compromise to restore function in patients not suitable for complex reconstruction.

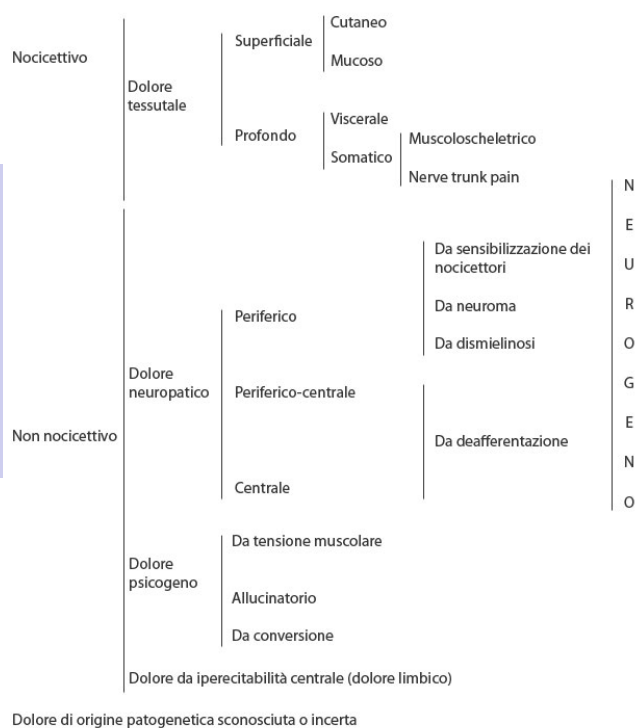


Settore di Medicina Orale "V. Margiotta"
medicinaorale@odonto.unipa.it - 091 6552221



Classificazione patogenetica del DOLORE

Tabella – La classificazione patogenetica del dolore [Orlandini 1996]



- **Nocicettivo** → attivazione diretta dei recettori della nocicezione
- **Neuropatico** → da interessamento del sistema nervoso centrale e/o periferico
- **Psicogeno** → attivato da stazioni psico-relazionali
- **Misto** → con la presenza di tutte le componenti precedenti.

Settore di Medicina Orale
medicinaorale@odonto.unip

Diagnosi patogenetiche aggiuntive

Rinforzo del dolore da "efferenza simpatica" (SMP)

Rinforzo psicologico del dolore



Tipi di DOLORE nel paziente con ONJ

- **DOLORE NOCICETTIVO SOMATICO SUPERFICIALE**
ACUTO, CONTINUO, PULSANTE
Attivazione dei nocicettori somatici superficiali in seguito alla riacutizzazione del processo infettivo-infiammatorio.
- **DOLORE NOCICETTIVO SOMATICO PROFONDO (MIOGENO/OSTEOGENO)**
SORDO, CONTINUO, GRAVATIVO
Attivazione dei nocicettori muscolo-scheletrici secondaria alla presenza delle lesioni ossee, al trisma dei muscoli masticatori con accumulo di acido lattico.
- **DOLORE NEUROPATICO**
URENTE, LANCINANTE, PAROSSISTICO, “SCOSSA ELETTRICA”.
Alterazione nelle afferenze somato-sensoriali causata da un danno nel SNP (invasione ed esposizione neurale, compressione delle terminazioni nervose dovute all’edema). Esso si associa ad alterazioni della sensibilità come parestesie, allodinia ed iperalgesia.
- **DOLORE METASTATICO**
ACUTO O CRONICO, TENDENTE ALLA PERSISTENZA E ALL’AGGRAVAMENTO CON L’AVANZARE DELLA PATOLOGIA O PER INSORGENZA DI FRATTURE PATOLOGICHE.

TERAPIA ANTALGICA NEI PAZIENTI ONJ

- **DOLORE NOCICETTIVO SOMATICO SUPERFICIALE** → ACUTO, CONTINUO, PULSANTE
Attivazione dei nocicettori somatici superficiali in seguito alla riacutizzazione del processo infettivo-infiammatorio

TERAPIA ANTISETTICA TOPICA

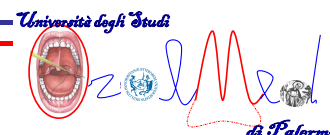
Clorexidina non alcolica 0.2%
2 sciacqui/die per 7 giorni al mese



TERAPIA ANTIBIOTICA SISTEMICA

In relazione allo stadio della patologia e
in associazione alla terapia chirurgica

Settore di Medicina Orale "V. Margiotta"
medicinaorale@odonto.unipa.it - 091 6552221



TERAPIA ANTIBIOTICA SISTEMICA

Fase acuta Fase perioperatoria

TERAPIA	
Stadio 1 (BRONJ focale)	<p>stadio 1a (assenza di suppurazione)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Molecola: amoxicillina + acido clavulanico [1gr x 3/die] o sultamicillina [750mg x 3/die] (attivi contro Gram-negativi e Gram-positivi β-lattamasi resistenti); Possibile associazione con Metronidazolo [500mgx 3/die] (prevenzione delle infezioni post-operatorie causate da batteri anaerobi, particolarmente Bacteroides e cocchi gram-positivi anaerobi). Come alternativa in pz. allergici a penicilline (vedi testo) eritromicina, clindamicina e ciprofloxacina. ▪ Via di somministrazione: orale ▪ Durata: dal giorno dell'intervento e per 7-10 giorni o fino alla rimozione delle suture. <p>stadio 1b (presenza di suppurazione)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Molecola: amoxicillina + acido clavulanico [1gr x 3/die] o sultamicillina [750mg x 3/die] associata a Metronidazolo [500mgx 3/die]. Come alternativa in pz. allergici a penicilline (vedi testo) eritromicina, clindamicina e ciprofloxacina. ▪ Via di somministrazione: orale ▪ Durata: da 1 settimana prima dell'intervento e per 7-10 giorni o fino alla rimozione delle suture.
stadio 2 (BRONJ diffusa)	<p>stadio 2a (assenza di suppurazione)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Molecola: subactam/ampicillina¹ [1gr x 3/die] o ceftriaxone³ associata a Metronidazolo² [500mgx 3/die]. In pazienti con allergia accertata a penicilline sono consigliabili eritromicina, clindamicina o ciprofloxacina ▪ Via di somministrazione: sistemica e.v. ▪ Durata: dal giorno dell'intervento per 7-10 giorni o fino alla guarigione del sito chirurgico <p>stadio 2b (presenza di suppurazione)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Molecola: <i>preoperatorio:</i> amoxicillina + acido clavulanico¹ [1gr x 3/die], o sultamicillina [750mg x 2/die] associata a metronidazolo² [500mgx 3/die] <i>peri-postoperatorio:</i> subactam/ampicillina¹ [1gr x 3/die] o ceftriaxone³ associata a metronidazolo² [500mgx 3/die] In pazienti con allergia accertata a penicilline sono consigliabili eritromicina, clindamicina o ciprofloxacina ▪ Via di somministrazione: per os preoperatoria, sistemica post-operatoria ▪ Durata: da iniziarsi 1 settimana prima dell'intervento e continuare per 7-10 giorni o fino alla guarigione del sito chirurgico
Stadio 3 (BRONJ complicata)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Molecola: subactam/ampicillina¹ [1gr x 3/die] o ceftriaxone³ associata a Metronidazolo² [500mgx 3/die]. In pazienti con allergia accertata a penicilline sono consigliabili eritromicina, clindamicina o ciprofloxacina ▪ Via di somministrazione: sistemica e.v. ▪ Durata: dal giorno dell'intervento per 7-10 giorni o fino alla guarigione del sito chirurgico <p><i>Consigliabile: in presenza di importante secrezione purulenta, terapia antibiotica preoperatoria come per stadio 2b.</i></p>

Tutti gli stadi

TERAPIE ALTERNATIVE

- **BIOSTIMOLAZIONE:** OZONOTERAPIA (OT), LOW LEVEL LASER THERAPY (LLLT)
- **OSSIGENOTERAPIA IPERBARICA (HBO)**
- **TERIPARATIDE** (solo in pazienti osteometabolici e non oncologici)
- **Altre molecole:** pentossifillina e tocoferolo, genranylgeraniolo

OT, HBO, and LLLT are in general recommended in addition to medical or surgical therapy: good clinical results are probably associated with an improvement of traditional treatments by these adjunctive therapies.

(Vescovi P, et al. Conservative surgical management of stage I bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw. *Int J Dent.* 2014;2014:107690. doi: 10.1155/2014/107690).



RACCOMANDAZIONI su BRONJ



Bedogni A, Campisi G, Fusco V, Agrillo A. Raccomandazioni clinico-terapeutiche sull'osteonecrosi delle ossa mascellari associata a bisfosfonati e sua prevenzione. 2013 Ed. C.L.E.U.P.

TERAPIA ANTALGICA NEI PAZIENTI ONJ

- DOLORE NOCICETTIVO SOMATICO PROFONDO (MIOGENO)** → Attivazione dei nocicettori muscolo-scheletrici secondaria alla presenza delle lesioni ossee e al trisma dei muscoli masticatori con accumulo di acido lattico.

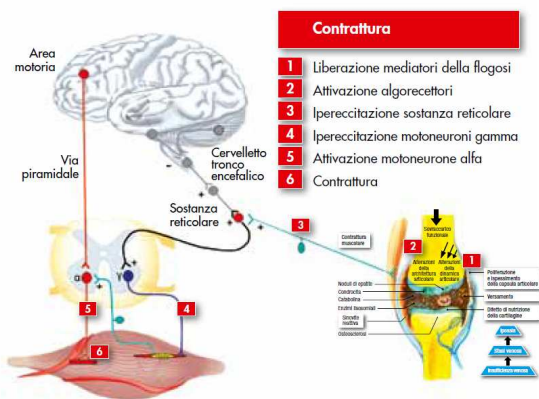


cpr da 10 mg 3 volte/die per 15 gg

MIORILASSANTI

Principio attivo	Nome commerciale	Meccanismo d'azione
Diazepam	Valium	Centrale
Tiocolchicoside	Muscoril	Centrale
Piridinolo mesilato	Lyseen	Centrale
Baclofene	Lioresal	Centrale
Dantrolene	Dantrium	Diretta
Ciclobenzaprina	Flexiban	Centrale
Tizanidina	Sirdalud	Centrale
Eperisone cloridrato	Expose	Centrale

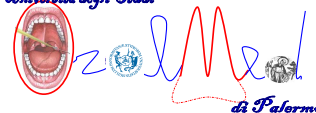
cpr da 4 mg 2-3 volte/die per 20 gg



edicina Orale "V. Margiotta"

@odonto.unipa.it - 091 6552221

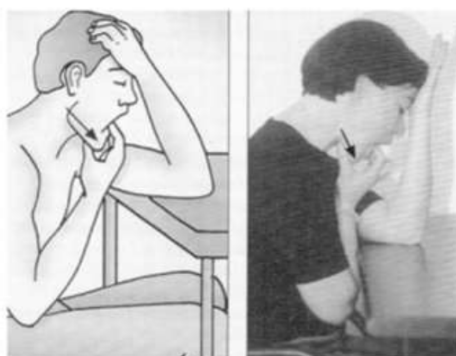
Università degli Studi



TERAPIA ANTALGICA NEI PAZIENTI ONJ

- **DOLORE NOCICETTIVO SOMATICO PROFONDO (MIOGENO)** → Attivazione dei nocicettori muscolo-scheletrici secondaria alla presenza delle lesioni ossee e al trisma dei muscoli masticatori con accumulo di acido lattico.

Consigliata **FISIOTERAPIA** (**stretching muscolare passivo**) per migliorare l'apertura della bocca



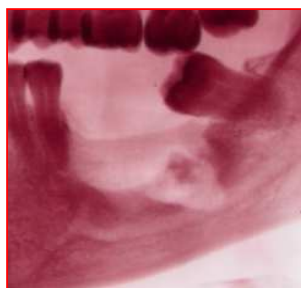
Spring device
(ASA dental products)

Settore di Medicina Orale "V. Margiotta"
medicinaorale@odonto.unipa.it - 091 6552221

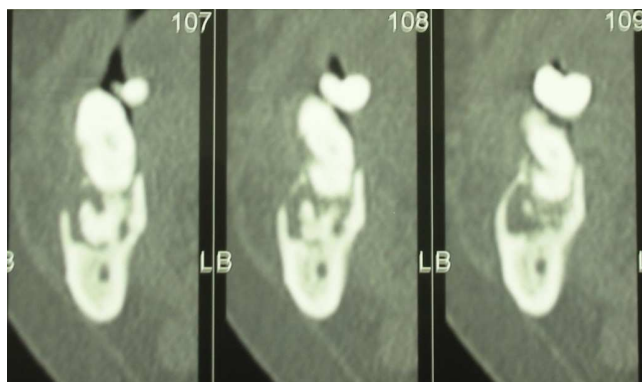
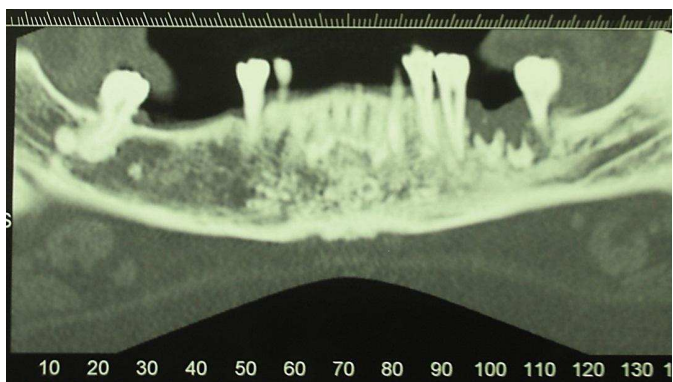


TERAPIA ANTALGICA NEI PAZIENTI ONJ

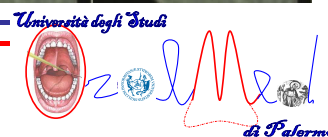
• DOLORE NEUROPATICO



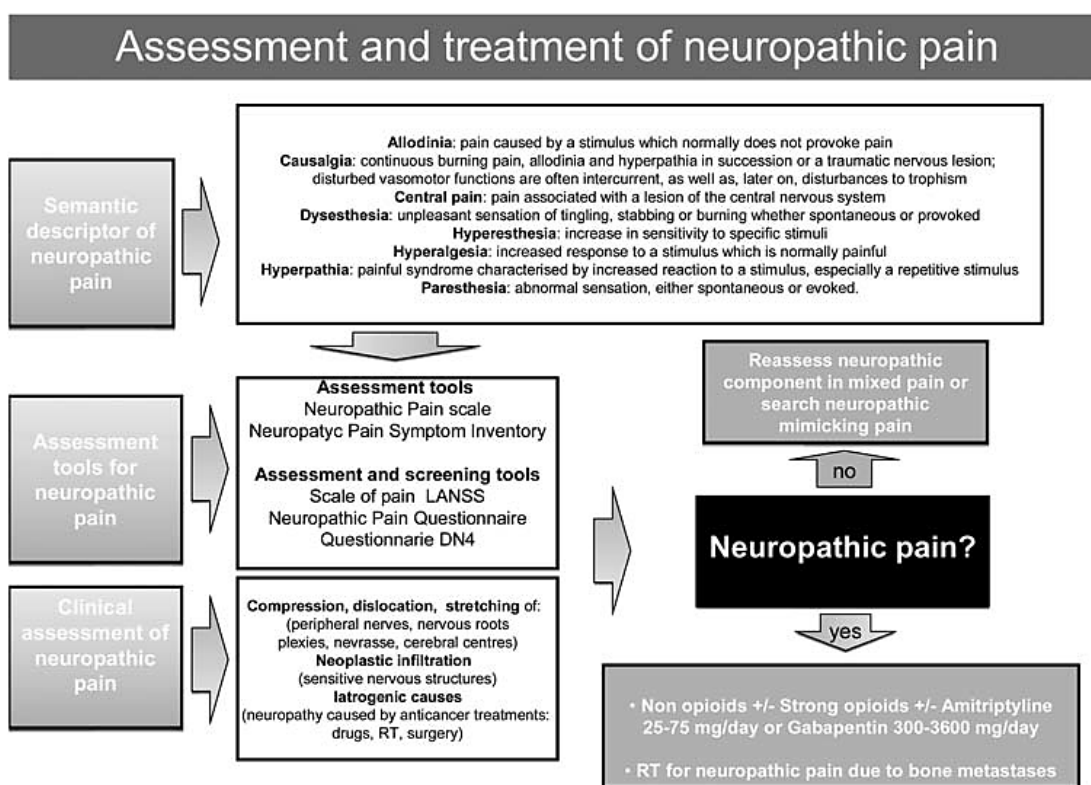
Nel dolore neuropatico periferico il danno è nel SNP e i meccanismi di produzione del dolore sono sia nell'assone periferico lesso (a livello dei nocicettori, nelle aree demielinizzate e/o ipermielinizzate) o nel ganglio della radice dorsale che nel SNC



Settore di Medicina Orale "V. Margiotta"
medicinaorale@odonto.unipa.it - 091 6552221



TERAPIA ANTALGICA NEI PAZIENTI ONJ



Ripamonti CI, Santini D, Maranzano E, Berti M, Roila F; ESMO Guidelines Working Group. Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. Ann Oncol. 2012 Oct;23 Suppl 7:vii139-54

TERAPIA ANTALGICA NEI PAZIENTI ONJ

• DOLORE NEUROPATICO

DOLORE da COMPRESSIONE NERVOSA

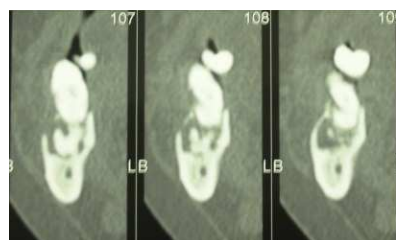


CORTICOSTEROIDI

Possible indications for corticosteroids in advanced cancer^a

General uses	Specific indications for use
To improve appetite	Spinal cord compression
To enhance sense of well-being	Nerve compression
To improve strength	Dyspnoea:
Hormone therapy:	— pneumonitis (after radiotherapy)
— replacement	— carcinomatous lymphangitis
— anticancer	— tracheal compression/stridor
To relieve pain caused by:	Superior vena caval obstruction
— raised intracranial pressure	Pericardial effusion
— nerve compression	Haemoptysis
— spinal cord compression	Obstruction of hollow viscus:
— metastatic arthralgia	— bronchus
— bone metastasis	— ureter
	— intestine
	Hypercalcaemia (in lymphoma, myeloma)
	Radiation-induced inflammation
	Leukoerythroblastic anaemia
	Rectal discharge (give per rectum)
	Sweating

World Health Organization Cancer pain relief, 2nd edition Geneva 1996



TERAPIA ANTALGICA NEI PAZIENTI ONJ

- **DOLORE NEUROPATICO**

DOLORE da COMPRESSIONE NERVOSA



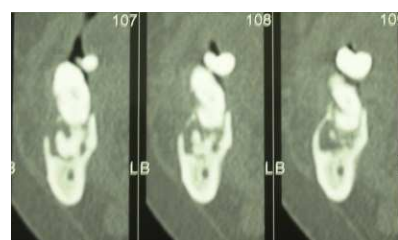
20-40 mg/die di prednisone
oppure
4-6 mg/die di desametasone

Both prednisolone and dexamethasone are effective; 1 mg of dexamethasone is equivalent to 7 mg of prednisolone.

The dose will depend on the clinical situation. For nerve compression pain, 20–40 mg of prednisolone or 4–6 mg of dexamethasone per day should be prescribed, reducing step by step to a maintenance dose after one week. The maintenance dose will depend on the amount needed to relieve pain, but could be as low as 15 mg of prednisolone or 2 mg of dexamethasone. Occasionally, a higher dose may be necessary to achieve significant benefit.

CORTICOSTEROIDI

World Health Organization Cancer pain relief, 2nd edition Geneva 1996



TERAPIA ANTALGICA NEI PAZIENTI ONJ

● DOLORE NOCICETTIVO SOMATICO PROFONDO (OSTEOGENO)

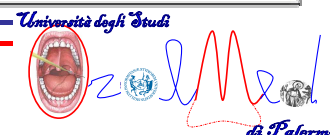
● DOLORE METASTATICO

TERAPIA DEL DOLORE NEOPLASTICO



Take home message: Non esistono linee guida specifiche riguardanti il dolore da metastasi ossee, pertanto vengono utilizzate le linee guida per la gestione del dolore neoplastico.

Settore di Medicina Orale "V. Margiotta"
medicinaorale@odonto.unipa.it - 091 6552221



Ministero della Salute

Cerca nel sito cerca

Ur | Contatti | PEC | Ufficio stampa | App | FAQ | Servizi | YouTube

La nostra salute >

Temi e professioni >

News e media >

Ministro e Ministero >

ONCOGUIDA

L'universo delle informazioni per i malati di tumore

Sei in: Home > Temi e professioni > Assistenza, ospedale e territorio > Cure palliative e terapia del dolore > Terapia del dolore > Il dolore nei pazienti oncologici

Il dolore nei pazienti oncologici

I temi di questa sezione sono a cura di: Direzione generale della programmazione sanitaria, Direzione generale della comunicazione e delle relazioni istituzionali

Web editing: Carmela Paolillo

Può sembrare artificioso differenziare l'approccio al dolore dei pazienti oncologici e non oncologici, poiché la sindrome dolorosa non è caratterizzata da sostanziali differenze dal punto di vista fisiopatologico. In realtà, questo approccio è indispensabile poiché, pur essendo identico l'obiettivo primario di controllare l'intensità del dolore percepito, gli obiettivi di cura e l'approccio terapeutico si rivelano assai diversi.

Nel dolore cronico non oncologico, obiettivo prioritario è la riduzione dell'impatto del dolore sull'autosufficienza e sulle attività e relazioni quotidiane, in altre parole la riduzione della disabilità. Lo stesso risultato è perseguibile nel dolore che si presenta nella fase iniziale della malattia oncologica, mentre nell'ambito delle cure palliative, in pazienti destinati a morire nell'arco di pochi mesi, il tentativo di ridurre la disabilità è per lo più vano, poiché la capacità di svolgere i normali atti della vita quotidiana va continuamente riducendosi a causa della progressione della malattia; non è più possibile riferirsi, in questa fase, solo alla qualità della vita, ma è necessario orientare l'assistenza verso una qualità della morte.

Ciò premesso, il sollievo dal dolore oncologico deve essere un obiettivo prioritario in ogni fase della malattia oncologica, raggiungibile, nella maggioranza dei casi, con la sola terapia farmacologica.

Vedi anche

- > Cure palliative e terapia del dolore - Relazione al Parlamento
- > Cure palliative e terapia del dolore - La rete per le cure palliative
- > Cure palliative e terapia del dolore - Campagne di informazione
- > Cure palliative e terapia del dolore - Formazione e aggiornamento del personale
- > Cure palliative e terapia del dolore - La rete regionale per i pazienti in età pediatrica
- > Cure palliative e terapia del dolore - La terapia

Cambia canale

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=3770&area=curePalliativeTerapiaDolore&menu=terapia

Settore di Medicina Orale "V. Margiotta"
medicinaorale@odonto.unipa.it - 091 6552221



La rete per la terapia del dolore



Ministero della Salute

Il modello organizzativo

Hub

Spoke

Medici di Medicina Generale

Progetto Ospedale-territorio senza dolore

Il modello organizzativo della rete di cure palliative è quello delle reti cliniche integrate, che prevede la concentrazione della casistica più complessa in un numero ristretto di centri di eccellenza (Hub), preposti ad erogare interventi diagnostici e terapeutici ad alta complessità, supportati da una rete di servizi territoriali (centri Spoke) che operano in regime ambulatoriale.

Con il documento approvato in Conferenza Stato - Regioni il 25 luglio 2012 sono stati definiti in modo univoco e omogeneo su tutto il territorio nazionale i requisiti necessari che identificano un centro di terapia del dolore ospedaliero (hub) e un centro di terapia del dolore territoriale (spoke).

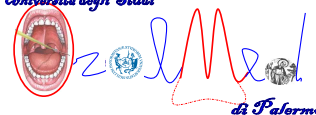
Avendo così identificato nel documento condiviso ed approvato da tutte le Regioni le caratteristiche dei centri facenti parte della rete di terapia del dolore, appare particolarmente impegnativo il percorso per la creazione e l'implementazione delle reti a livello regionale.

Successivamente all'emanazione di un atto formale con il quale ciascuna regione riceverà l'intesa del 25 luglio 2012 sarà necessario identificare i centri Hub e Spoke che saranno attivi sul territorio, tenendo conto delle strutture già esistenti create in attuazione dell'accordo del 2001 relativo al progetto "Ospedale senza dolore". Infatti, anche in assenza di elementi univoci che stabilissero cosa dovesse essere un centro di terapia del dolore e quali caratteristiche dovesse possedere, dai principi espressi nell'accordo del 2001 sono sorti nel nostro paese centri di eccellenza capaci di fornire risposte assistenziali di qualità. La ricollocazione di tali strutture all'interno delle reti previste dal nuovo progetto assistenziale "Ospedale - territorio senza dolore" permetterà di garantire la continuità assistenziale nel passaggio tra il vecchio e il nuovo progetto.

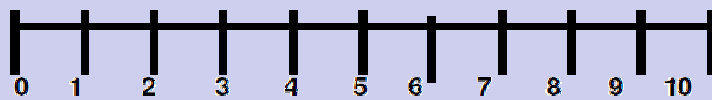
Data di pubblicazione: 28 giugno 2013, ultimo aggiornamento 28 giugno 2013

Settore di Medicina Orale "V. Margiotta"
medicinaorale@odonto.unipa.it - 091 6552221

Università degli Studi



VALUTAZIONE DEL DOLORE



NRS (Numerical Rating Scale)

NESSUN DOLORE

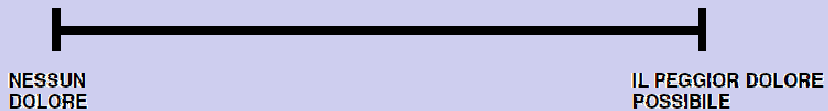
DOLORE MODERATO

DOLORE INTENSO

DOLORE LIEVE

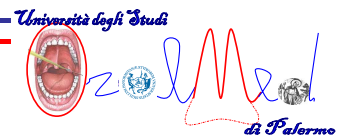
DOLORE MOLTO INTENSO

VRS (Visual Rating Scale)



VAS (Visual Analogue Scale)

Settore di Medicina Orale "V. Margiotta"
medicinaorale@odonto.unipa.it - 091 6552221



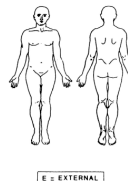
VALUTAZIONE DEL DOLORE

McGill Pain Questionnaire

Patient's Name _____ Date _____ Time _____ am/pm _____

PR: 8 (1-10) A (11-15) E (16) M (17-20) PRIET (1-20) PPI _____

1 FLICKERING	11 TRING	BRIEF	RHYTHMIC	CONTINUOUS
2 QUIVERING	12 EXHAUSTING	MOMENTARY	PERIODIC	STEADY
3 PULSING	13 SICKENING	TRANSIENT	INTERMITTENT	CONSTANT
4 THROBING	14 BEATING			
5 POUNDING	15 FRIGHTFUL			
6 JUMPING	16 TERRIFYING			
7 FLASHING	17 PUNISHING			
8 SHOOTING	18 GRUELLING			
9 PRICKING	19 VICIOUS			
10 BORING	20 CRUEL			
11 DRILLING	21 KILLING			
12 LANCMATING	22 WRETCHED			
13 SHARP	23 BLINDING			
14 CUTTING	24 RANOVING			
15 LACERATING	25 TROUBLESOME			
16 MISERABLE	26 INTENSE			
17 UNBEARABLE	27 CRUISING			
18 CRUSHING	28 RADIATING			
19 PIERCING	29 PENETRATING			
20 TIGHT	30 NUMB			
21 DRAWING	31 HOT			
22 SQUEEZING	32 BURNING			
23 TEARING	33 SCALDING			
34 BEATING	35 FREEZING			
36 ITCHY	37 SMARTING			
38 STINGING	39 NAUSEATING			
40 AGONIZING	41 DREADFUL			
42 TORTURING	43 HEAVY			
44 NO PAIN	45 PAINFUL			
46 MILD	47 DISCOMFORTING			
48 DISTRESSING	49 HORRIBLE			
50 EXCRUCIATING				



E = EXTERNAL
I = INTERNAL

COMMENTS: _____

The words below can be used to describe pain. Place a mark in the circle in the column that represents the degree or severity with which you feel that type of pain. For these questions, please limit yourself to a description of the pain in your pelvic area only.

What does your pain feel like?

Type of Pain	None (0)	Mild (1)	Moderate (2)	Severe (3)
a. Throbbing	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Shooting	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Stabbing	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Sharp	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Cramping	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Gnawing	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Hot-Burning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Aching	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Heavy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. Tender	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. Splitting	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l. Tiring-Exhausting	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m. Sickening	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n. Fearful	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o. Punishing-Cruel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

BRIEF PAIN INVENTORY

Data _____ Ora _____


Nome/Cognome _____

_____ Dopo _____ Prima _____ Intermedio _____

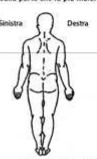
1) Nel corso della vita la maggior parte di noi ha avuto di tanto in tanto qualche dolore (come un leggero mal di testa, uno strappo muscolare e un mal di denti). Oggi ha avuto un dolore diverso da questi dolori di tutti i giorni?
1. Sì _____ 2. No _____

2) Tratteggi sul disegno le parti dove sente dolore. Metta una X sulla parte che fa più male.

Destra



Sinistra



3) Valuti il suo dolore facendo un cerchio intorno al numero che meglio descrive l'intensità del suo dolore peggiore nelle ultime 24 ore.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nessun dolore Il dolore più forte che possa immaginare

4) Valuti il suo dolore facendo un cerchio intorno al numero che meglio descrive l'insistenza del suo dolore più lieve nelle ultime 24 ore.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nessun dolore Il dolore più forte che possa immaginare

5) Valuti il suo dolore facendo un cerchio intorno al numero che meglio descrive l'insistenza del suo dolore in media nelle ultime 24 ore.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nessun dolore Il dolore più forte che possa immaginare

6) Valuti il suo dolore facendo un cerchio intorno al numero che meglio descrive quanto dolore ha in questo momento.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nessun dolore Il dolore più forte che possa immaginare

7) Che terapie o medicine sta ricevendo per il suo dolore? _____

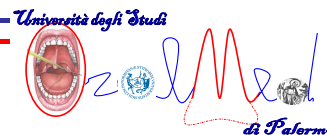
Mc Gill Pain Questionnaire

SF-MPQ
(Short Form - McGill Pain Questionnaire)

Brief Pain Inventory

Gli strumenti più utilizzati sono il McGill Pain Questionnaire e la VAS. La NRS è il metodo che produce meno errori soprattutto negli anziani. (Allcock 1996; Katz and Melzack 1999)

Settore di Medicina Orale "V. Margiotta"
medicinaorale@odonto.unipa.it - 091 6552221



PRINCIPI DELLA TERAPIA DEL DOLORE NEOPLASTICO



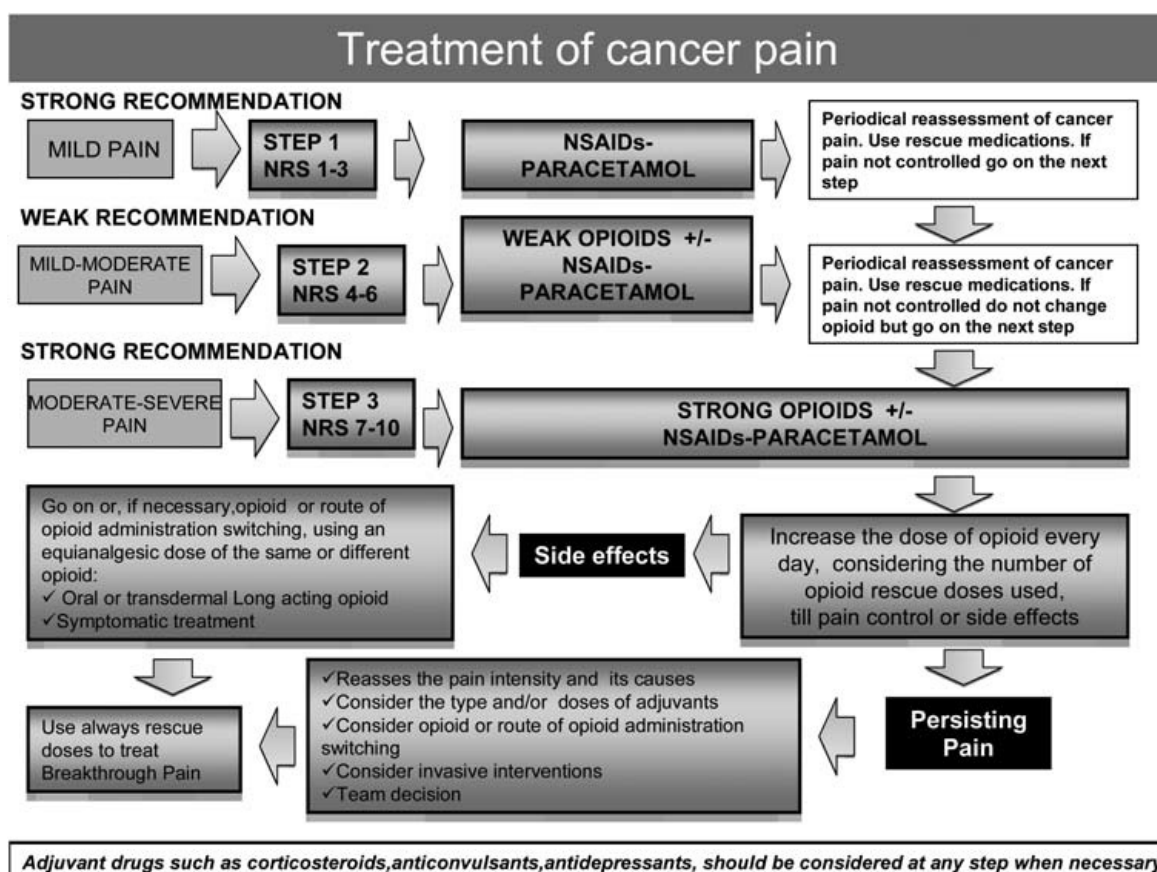
The method can be summarized in 5 phrases

1. By mouth
2. By the clock
3. By the ladder
4. For the individuals
5. Attention to detail

1. Utilizzo della via meno invasiva
2. Somministrazione ad intervalli regolari
3. Somministrazione sequenziale
4. Trattamento personalizzato
5. Scrupolosità applicativa

World Health Organization. Cancer pain relief, 2nd edition Geneva 1996

Ripamonti CI et al. Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. Ann Oncol. 2012; 23(7):139-154



Ripamonti CI et al. Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. Ann Oncol. 2012; 23(7):139-154

PRINCIPI DELLA TERAPIA DEL DOLORE

1° STEP

Farmaci anti-infiammatori non steroidei - FANS



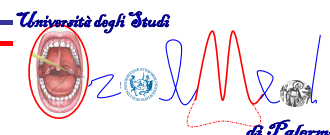
ASA, PARACETAMOLO, IBUPROFENE, INDOMETACINA

Sono ritenuti particolarmente efficaci nel dolore da **metastasi ossee** per il loro effetto inibitorio sulla ciclo-ossigenasi e quindi sulla sintesi delle **prostaglandine**.

Somministrazione ad intervalli regolari, per un periodo massimo di 7-10 giorni.

Possono essere associati, eventualmente e secondo i casi, a farmaci adiuvanti (corticosteroidi, antiemetici, anticonvulsivanti, anestetici locali, ansiolitici, antidepressivi)

Settore di Medicina Orale "V. Margiotta"
medicinaorale@odonto.unipa.it - 091 6552221



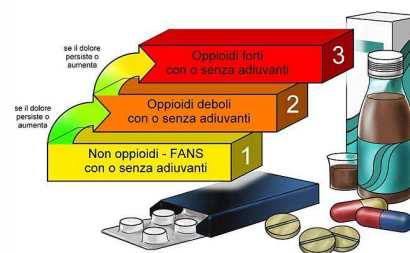
PRINCIPI DELLA TERAPIA DEL DOLORE

1° STEP

FANS

Non-opioid drugs for relief of cancer pain

Drug	Standard dose	Adverse effects
Acetylsalicylic acid (ASA)	500–600mg every 4–6 hours	Gastric irritation — dyspepsia and faecal blood loss
	<p>Adverse gastric effects may be reduced if ASA is taken with milk, after food, or with antacids. The administration of more than 4g/day is likely to lead to toxic effects such as tinnitus, deafness and other symptoms of salicylism.</p> <p>Some cytotoxic drugs (e.g. methotrexate) are highly protein-bound and will be partly displaced by salicylates. This will result in increased toxicity unless the dose is adjusted accordingly.</p> <p>Note: May be given as a suppository.</p>	
Paracetamol	650–1000mg every 4–6 hours	Liver and renal toxicity
	<p>Use with caution in patients with liver damage. The total dose per day should not exceed 6 g.</p> <p>Note: May be given as a suppository.</p>	
Ibuprofen	400mg every 4–6 hours	Less likelihood of adverse gastrointestinal effects
	<p>Increasing relief is obtained with doses up to 3g per day.</p>	
Indometacin	25mg every 6 hours	Greater likelihood of adverse gastrointestinal effects
	<p>Maximum recommended daily dose is 200mg.</p> <p>Note: May be given as a suppository.</p>	

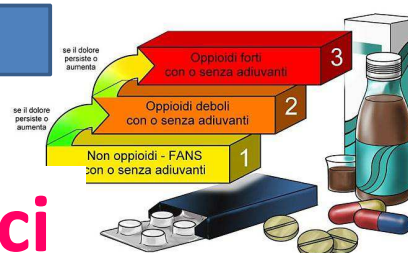


World Health Organization. Cancer pain relief, 2nd edition Geneva 1996

PRINCIPI DELLA TERAPIA DEL DOLORE

2° STEP

Farmaci oppioidi analgesici minori



CODEINA, DIIDROCODEINA, TRAMADOLO E OSSICODONE + PARACETAMOLO

Sono indicati per il trattamento del dolore neoplastico di intensità lieve-moderata.

Quando i FANS non sono più sufficienti per controllare il dolore, a causa del cosiddetto “effetto tetto”, si introducono gli Oppioidi minori, che possono essere associati seconda dei casi, agli stessi FANS e/o agli adiuvanti.

Settore di Medicina Orale “V. Margiotta”
medicinaorale@odonto.unipa.it - 091 6552221



PRINCIPI DELLA TERAPIA DEL DOLORE

3° STEP

Farmaci oppioidi analgesici maggiori

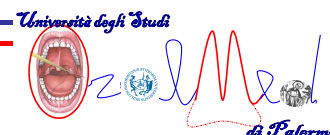


MORFINA, METADONE, OSSICODONE, IDROMORFONE, FENTANYL, ALFENTANYL, BUPRENORFINA.

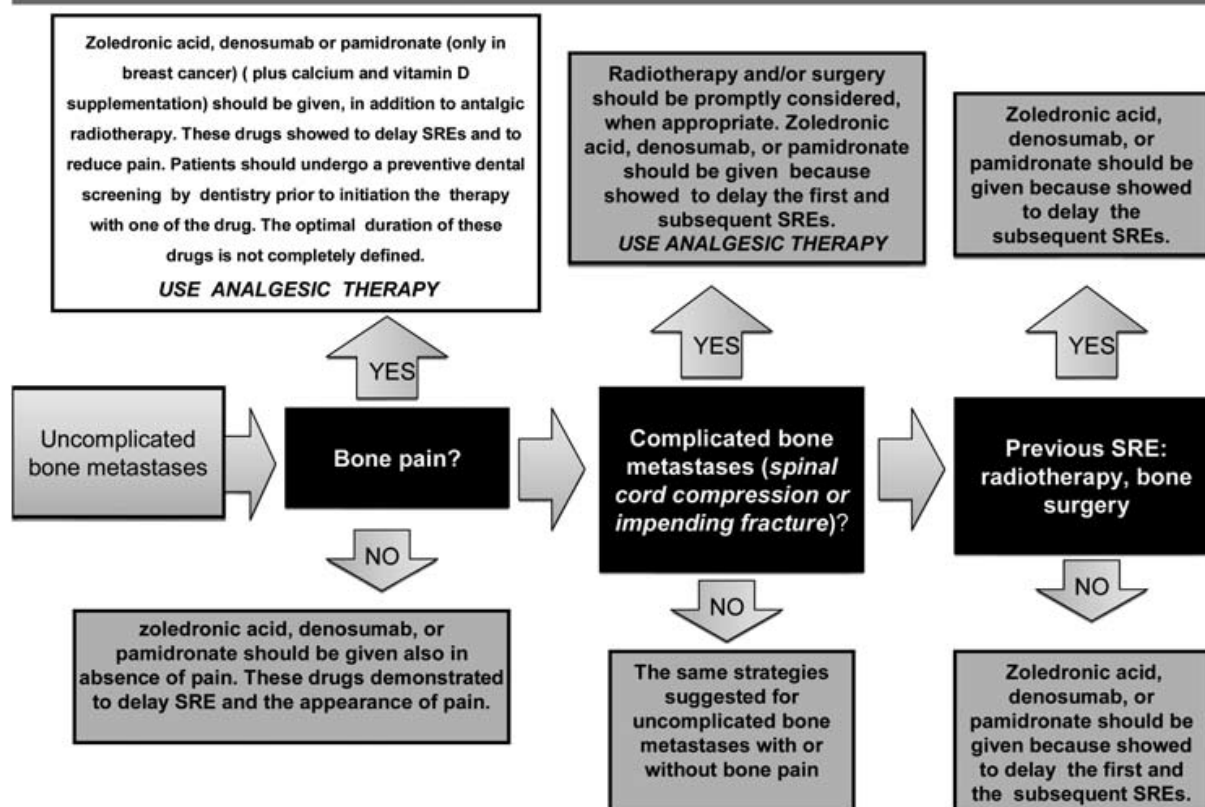
Sono indicati per il trattamento del dolore da moderato a severo.

Quando gli Oppioidi minori sono vicini ai massimi dosaggi, risultando insufficienti, si utilizzano gli Oppioidi maggiori associati o meno ai FANS (al bisogno, per dolori incidenti improvvisi), e/o agli adiuvanti.

Settore di Medicina Orale "V. Margiotta"
medicinaorale@odonto.unipa.it - 091 6552221



Treatment of pain due to bone metastases



Ripamonti CI et al. Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. Ann Oncol. 2012; 23(7):139-154

- **DOLORE NOCICETTIVO SOMATICO PROFONDO (OSTEOGENO)**

- **DOLORE METASTATICO**

targeted therapy and bone pain

bisphosphonates

Bisphosphonates (BPs) form part of the standard therapy for hypercalcemia and the prevention of skeletal-related events (SREs) in some cancers. There is sufficient evidence supporting the analgesic efficacy of BPs in patients with bone pain due to bone metastases from solid tumors and multiple myeloma [92]. However, the prescription of BPs should not be considered as an alternative to analgesic treatment and their administration should be started after preventive dental measures [93, 94]. After the first i.v. infusions of BP, pain can appear or its intensity increase, and the use of analgesics such as paracetamol or a basal analgesic dose increase is necessary.

recommendations

Bisphosphonates should be considered as part of the therapeutic regimen for the treatment of patients with/without pain due to metastatic bone disease [II, B].

Preventive dental measures are necessary before starting bisphosphonate administration [III, A].

denosumab

Denosumab, a targeted RANK ligand inhibitor, is a new therapy for the prevention of SREs. Three prominent clinical trials were conducted to establish the efficacy of denosumab [95–97]. In two of three trials, denosumab was found to delay the time to first skeletal-related event significantly more than zoledronic acid in patients with breast or castration-resistant prostate cancer with bone metastasis. The third trial found denosumab to be non-inferior to zoledronic acid in patients with metastases from solid tumors, excluding breast and prostate solid tumors.

The integrated analysis of pain outcomes, presented only in the form of an abstract [98], found a superiority of denosumab when compared with zoledronic acid in delay time to moderate/severe pain occurrence and in reducing analgesic use. The prescription of denosumab should be started after preventive dental measures [99].

recommendations

Denosumab should be considered as a valid alternative to BPs for the treatment of patients with/without pain due to metastatic bone disease from solid tumors [I, A].

The role of denosumab in delaying bone pain occurrence is promising but deserves further investigation [III, B].

Preventive dental measures are necessary before starting denosumab administration [III, A].

IL CASO
13/01/2014

Torino vota per la cannabis legale “Sì a produzione e consumo”

Il Consiglio comunale approva due ordini del giorno a favore dell'uso della marijuana sia a fini terapeutici che ricreativi

ANDREA ROSSI

TORINO

Torino dice sì alla cannabis. Il Consiglio comunale ha approvato oggi due ordini del giorno presentati da Marco Grimaldi di Sel e Silvio Viale, radicale eletto nel Pd, che chiedono un cambio di passo sul consumo delle droghe leggere.

Nello specifico, la città chiede alla Regione di seguire l'esempio di altre regioni, Toscana, Liguria e soprattutto Veneto, dove la Regione a trazione leghista (come il Piemonte) oltre ad aver autorizzato i farmaci

cannabinoidi per la terapia del dolore ha approvato all'unanimità una legge per sperimentare la distribuzione gratuita negli ospedali e nelle farmacie di preparati a base di cannabis, ma anche la produzione diretta di marijuana. E chiede anche l'abolizione della legge Fini-Giovanardi e il via libera alla produzione e al consumo della cannabis a scopo ricreativo.

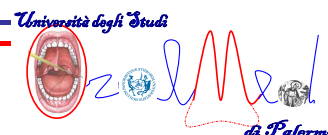


Da Torino via libera alla legalizzazione della marijuana

+ Cannabis libera? Partiti divisi Vendola: "È ora di legalizzare" Renzi: no, ma si cambia la legge

<http://www.lastampa.it/2014/01/13/cronaca/torino-vota-per-la-cannabis-legale-s-a-produzioneneconsumoxtCKqUwTsXRaY0ldJWVPLL/pagina.html>

Settore di Medicina Orale "V. Margiotta"
medicinaorale@odonto.unipa.it - 091 6552221



CRONACHE
26/03/2014

Sicilia, la Regione autorizza l'uso della cannabis per scopi terapeutici

Il presidente Crocetta: «provvedimento di particolare valore civile e sociale». La prescrizione effettuata da medici specialistici. Terapia anche in casa del malato

Anche la giunta regionale siciliana ha approvato una delibera con la quale dà mandato all'assessore alla Salute, Lucia Borsellino perché provveda a predisporre i provvedimenti necessari ad assicurare la possibilità dell'uso terapeutico dei cannabinoidi nelle strutture sanitarie accreditate, pubbliche e private. Lo ha reso noto il governatore, Rosario Crocetta.



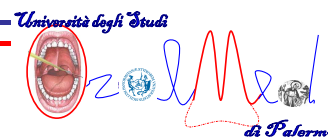
Il presidente della Regione Sicilia Rosario Crocetta

«Il provvedimento nasce sulla base delle modifiche legislative italiane in merito all'uso della cannabis ma anche da più sentenze - prosegue - che hanno riconosciuto a diversi malati, in particolare a quelli affetti da sclerosi multipla, la copertura terapeutica con tale sostanza».

Per Crocetta, «quello appena approvato è un provvedimento di particolare valore civile e sociale che mette la Regione Siciliana all'avanguardia come altre regioni europee». Per impedire l'abuso dei consumi di cannabinoidi, la prescrizione dell'uso dovrà essere effettuata da medici specialistici all'interno di strutture sanitarie e il percorso terapeutico potrà essere eseguito anche al domicilio del paziente.

<http://www.lastampa.it/2014/03/26/italia/cronache/sicilia-la-regione-autorizza-luso-della-cannabis-per-usiterapeuticiB75H5PROeXZDj1PzJujEpl/pagina.html>

Settore di Medicina Orale "V. Margiotta"
medicinaorale@odonto.unipa.it - 091 6552221



Team Assistenziale Multidisciplinare

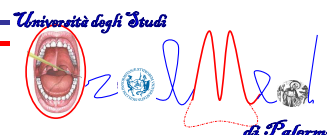
- Organizzare un team assistenziale multidisciplinare
- Effettuare una valutazione quantitativa del sintomo
- Monitorare l'autopercezione della qualità di vita da parte del paziente
- Ricercare cause reversibili del sintomo
- Adottare un approccio *problem solving* evitando interventi non necessari
- Rivalutare regolarmente sintomi e terapie



- Medico di Base
- Medico Specialista (Odontoiatra, Oncologo, Ematologo, Chirurgo, Chirurgo Maxillofacciale)
- Medico palliativista
- Infermiere
- Fisioterapista
- Psicologo
- Caregiver



Settore di Medicina Orale "V. Margiotta"
medicinaorale@odonto.unipa.it - 091 6552221

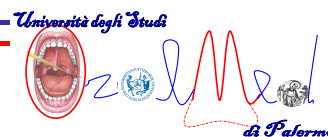




TIRIAMO
A CAMPA'

ONJ

Settore di Medicina Orale "V. Margiotta"
medicinaorale@odonto.unipa.it - 091 6552221





Thank you



medicinaorale@odonto.unipa.it

091 655 2221 - 2236

Settore di Medicina Orale "V. Margiotta"

medicinaorale@odonto.unipa.it - 091 6552221

