

# Dopo chirurgia cardiopolmonare, potrebbe essere alto il rischio di dipendenza da oppiacei

**Stefano Lovadina**  
**Alessia Arbore**  
**Maurizio Cortale**

Alla dimissione ospedaliera, la prescrizione di farmaci in grande quantità risulta spesso associata a un inizio di abuso di oppiacei. Questi dati emergono chiaramente da un recente studio che ha analizzato il consumo di farmaci analgesici, in particolare di oppiacei, nei pazienti operati, i quali talvolta ne continuavano l'uso per diversi mesi.<sup>1</sup>

In particolare, in questo studio, sono stati analizzati 24.549 pazienti (oppiacei-*naïve*) operati al cuore o al polmone che hanno ricevuto una prescrizione di farmaci oppiacei tra il 2009 e il 2015.

I ricercatori hanno chiaramente dimostrato che 1 paziente su 7 (15,7%) sottoposto a chirurgia polmonare e 1 su 8 (12,5%) sottoposto a chirurgia cardiaca faceva uso persistente di farmaci oppiacei antidolorifici per molti mesi dopo l'intervento.

Questi pazienti erano chiaramente dei nuovi consumatori di oppiacei, poiché prima dell'intervento non ne facevano uso, mentre dopo avevano iniziato ad assumerli. Talvolta ne continuavano l'uso fino ad abusarne per mesi anche dopo che tutte le ferite chirurgiche erano guarite e avevano

recuperato completamente la forma fisica.

Gli oppiacei sono dei potenti farmaci antidolorifici narcotici che combattono molto bene il dolore, ma possono indurre dipendenza o disordini legati al loro abuso se non assunti con cautela.

Lo studio infatti dimostra chiaramente una forte correlazione tra il reale numero di pillole di farmaci oppiacei prescritte in dimissione e la percentuale di nuovi pazienti che ne abuseranno nel periodo post-operatorio precoce. Infatti, pazienti a cui venivano prescritte più di 60 pillole di farmaci antidolorifici oppiacei esprimevano un rischio quasi doppio di abusare di tali farmaci cronicamente, rispetto a quelli che ricevevano prescrizioni con meno di 27 pillole (19,6% vs 10,4%).

Quindi, ovviamente, l'eccessiva prescrizione di tali farmaci esporrebbe il paziente al rischio di abusarne ben oltre il normale periodo di recupero previsto nel post-operatorio.

Chiaramente, però, non possiamo limitarci a considerare solo il numero di pillole prescritte ma la problematica è più articolata e complessa. Vi sono altri fattori di rischio da tenere in considerazione come:

rilasciare la prescrizione prima o dopo la chirurgia stessa, utilizzo di chirurgia *open* o mini-invasiva, razza, età, sesso, stato socio-economico, fumo di sigaretta, complicazioni gastrointestinali.

Tenendo in considerazione questi svariati fattori di rischio, in futuro sarà estremamente importante cambiare le normali pratiche di prescrizione standardizzate verso una prescrizione mirata e personalizzata alle reali necessità di ciascun paziente per cercare di combattere questa crisi mondiale nell'abuso di oppiacei. I pazienti vanno indirizzati verso la gestione del dolore piuttosto che verso la sua completa eliminazione. Ormai è chiaro che questo obiettivo può essere raggiunto in maniera multimodale usando meno pillole di quante ne siano state realmente prescritte. A questo proposito, si riscontra che una delle sfide più difficili è rappresentata dal fatto che non vi è una chiara evidenza sulla reale quantità di tali farmaci "delicati" da prescrivere.

È stato anche notato come la quantità di farmaci antidolorifici richiesti nelle pri-

me 24/48h dopo l'intervento potrebbe essere usata per stimare più accuratamente la reale quantità di farmaci oppiacei necessari e sufficienti da prescrivere alla dimissione.

A titolo esemplificativo, un paziente *naïve* agli oppiacei, dopo una sternotomia non complicata, necessita di non più di 25 pillole in totale di tali farmaci. Un numero che si è dimostrato ben al di sotto della media di 40 pillole prescritte nello studio eseguito dal 2009 al 2015 in U.S.A.

Vi è chiaramente ancora una eccessiva prescrizione di farmaci antidolorifici. Dopo le recenti campagne di sensibilizzazione al riguardo, i medici dovrebbero limitare/personalizzare al massimo le prescrizioni per ridurre al minimo il numero di pazienti potenziali che potrebbero diventare consumatori cronici e/o addirittura dipendenti. Negli U.S.A., i Center for Disease Control and Prevention (CDC) stimano addirittura che la morte per *overdose* da farmaci oppiacei nel 2017 sia stata ben 5 volte superiore a quella del 1999 anche a causa delle prescrizioni troppo ge-



Genbody

THE PERFORMANCE OF SURGERY IS ART, THE REST IS ALL SCIENCE.

AMULYA K. SAXENA

## PUNTI CHIAVE



I pazienti sottoposti a chirurgia cardiaca e polmonare hanno un rischio relativamente alto di sviluppare dipendenza da oppiacei dopo la loro operazione. In alcuni casi questo rischio appare addirittura quasi doppio rispetto ai pazienti sottoposti a sola chirurgia generale.



La possibilità di un uso persistente di oppiacei aumenta proporzionalmente al numero di compresse di oppiacei prescritte alla dimissione.



I pazienti dovrebbero focalizzarsi sulla gestione del dolore, piuttosto che sulla sua eliminazione. Questo, comporta uno sforzo collaborativo di tutto il *team* di gestione sanitaria, in associazione all'uso combinato di farmaci oppiacei e non-oppiacei.

nerose dei medici. Vi è anche evidenza, tra l'altro, che ben il 90% dei pazienti riferisce di non aver consumato tutti i farmaci che gli erano stati prescritti.<sup>2,3</sup>

Una volta si diceva “grande taglio, grande chirurgo” e i medici-chirurghi, infatti, per mitigare gli effetti nocivi sui pazienti di tale approccio, e per non vederli soffrire, erano abituati a prescrivere grandi quantità di farmaci antidolorifici oppiacei senza remore. Oggi, per fortuna, la filosofia di cura è completamente cambiata a favore della chirurgia mininvasiva (VATS, toracosopia, minitoracotomia) e, grazie anche alle moderne tecniche di analgesia multimodale o locoregionale intraoperatorie, il consumo totale di farmaci analgesici oppiacei intra e post-operatorio può essere ridotto al minimo. Tutto questo con il grande vantaggio di poter ridurre gli svariati effetti collaterali e il rischio di abuso cronico o addirittura di morte che tali farmaci possono provocare.<sup>4</sup>

I medici sono pertanto fortemente motivati a educare il paziente, in fase di dimissione, sulla gestione olistica del dolore, in particolare invitandolo a usare in prima battuta farmaci antidolorifici non oppiacei (es. FANS), terapie non farmacologiche (fisiche come il ghiaccio, massaggi, agopuntura), anestetici locali e, solo se necessario, farmaci oppiacei alle dosi minime necessarie.

Si raccomanda, inoltre, ai pazienti, dal canto loro, di tenere sempre un dialogo con il loro *team* di gestione medico-chirurgica per determinare il miglior piano possibile per quanto riguarda la gestione del dolore e post-operatoria in genere.

I professionisti, attualmente, rimangono ancora in attesa di precise linee guida basate sull'evidenza per poter prescrivere al meglio farmaci antidolorifici oppiacei nella Chirurgia Cardiaca e Toracica dell'adulto. Siamo sicuri che tali evidenze non tarderanno con grande beneficio clinico e di sanità pubblica.<sup>5</sup>

## Bibliografia

- 1) BRESCIA AA, WALJEE JF, HU HM, ET AL. *Impact of prescribing on new persistent opioid use after cardiothoracic surgery.* Ann Thorac Surg 2019;108:1107-13.
- 2) CLARKE H, SONEJI N, KO DT, YUN L. *Rates and risk factors for prolonged opioid use after major surgery: population based cohort study.* BMJ 2014;348.
- 3) WEBSTER, LYNN R. *Risk factors for opioid-use disorder and overdose.* Anesth Analg 2017;125:1741-8.
- 4) UMARI M, CARPANESE V, MORO V, ET AL. *Postoperative analgesia after pulmonary resection with a focus on video-assisted thoracoscopic surgery.* Eur J Cardiothorac Surg 2018;53:932-8.
- 5) OVERTON HN, HANNA MN, BRUHN WE, ET AL. *Opioid-prescribing guidelines for common surgical procedures: an expert panel consensus.* J Am Coll Surg 2018;227:411-8.