



## NUMERO 4 Novembre 2019

PERIODICO DI INFORMAZIONE A CURA DELL'U.O. FARMACIA OSPEDALIERA DELL'AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA DI FERRARA

# NEWSLETTER

## Centro Regionale Dotazione Antidoti

Il **Servizio di Farmacia** dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara è stato individuato come **Centro di Riferimento Regionale (CRR)** per la dotazione **antidoti** da giugno del 2011. Con la **Newsletter** ci proponiamo di fornire tutte le informazioni e le indicazioni relative alle **ultime evidenze e novità** riguardo le **dotazioni antidotiche** e le **intossicazioni** estratte dalle più **recenti evidenze scientifiche**, e di **pubblicare elaborati** dei Referenti Regionali Antidoti.

La collaborazione alla Newsletter è aperta a tutto il personale sanitario interessato al tema.

Articolo pubblicato su Sitox Informa  
Società Italiana di Tossicologia  
Anno XXII n. 1 - Maggio 2019, pag. 5-8

TRATTAMENTO FARMACOLOGICO NELL'ADOLESCENTE AFFETTO DA DISTURBO DA USO DI OPIACEI  
Sonya Maugeri, Lorenzo Somaini  
Ser.D Biella - Servizio Dipendenze Patologiche

Il Disturbo da Uso di Oppiacei (OUD) esordisce frequentemente in adolescenza e/o nella giovane età adulta. Il 7,8% degli studenti di scuole secondarie riferisce l'uso di oppiacei a scopo non terapeutico. I 2/3 dei pazienti in trattamento per OUD riferisce che il loro primo uso è stato prima dei 25 anni e per 1/3 è stato prima dei 18 anni. Nel corso degli ultimi anni, anche a causa dell'incremento di prescrizioni di analgesici oppiacei nei bambini e negli adolescenti, si è assistito ad un aumento dell'incidenza del disturbo in adolescenza, tale da raggiungere proporzioni epidemiche, con conseguente aumento dell'incidenza di decessi per overdose.

Gli adolescenti sono "biologicamente tarati" per la ricerca di nuove esperienze e del rischio in generale. Da questo punto di vista l'adolescenza rappresenta una finestra di vulnerabilità critica per i disturbi da uso di sostanze. Tale vulnerabilità trova una base neurobiologica in quanto il Sistema Nervoso Centrale è ancora in fase di sviluppo e la neuroplasticità

raggiunge il suo apice in questa fase della vita con alcune aree cerebrali più sviluppate rispetto ad altre. Nello specifico, le regioni cerebrali sottocorticali in generale ed, in particolare, quelle correlate alla gratificazione e al dolore (fattori cruciali nell'uso di sostanze), rappresentate dall'Area Tegmentale Ventrale e dal Nucleo Accumbens, sono ben sviluppate già nella prima infanzia proprio per la loro funzione evolutiva legata alla sopravvivenza. Le aree che viceversa non sono ancora del tutto sviluppate durante l'adolescenza sono rappresentate dalle corteccie prefrontali (implicate nel valutare situazioni, nel decision making e nel controllo di impulsi ed emozioni) e dalle connessioni di queste con le altre aree cerebrali. Tali collegamenti giungono a maturazione nelle civiltà occidentali verso i 25 anni di età, esponendo quindi l'adolescente ad un lungo periodo di vulnerabilità neurobiologica. Per tutti questi motivi, appare evidente come sia di fondamentale importanza attivare delle strategie di prevenzione in tale fascia di età e, allo stesso tempo,



## NUMERO 4 Novembre 2019

PERIODICO DI INFORMAZIONE A CURA DELL'U.O. FARMACIA OSPEDALIERA DELL'AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA DI FERRARA

offrire un intervento rapido e ad ampio raggio che comprenda tutta la gamma di possibilità terapeutiche, compreso il trattamento farmacologico. Ciononostante, solo un paziente adolescente o giovane adulto su 12 riceve il trattamento adeguato per la propria dipendenza.

I trattamenti farmacologici per la dipendenza da oppiacei possono consistere in trattamenti sia con agonisti/agonisti parziali (metadone o buprenorfina) che antagonisti (naltrexone). Trial clinici controllati, revisioni sistematiche e studi epidemiologici hanno chiaramente dimostrato che sia i trattamenti con metadone che con buprenorfina/naloxone sono associati a maggiori percentuali di ritenzione in trattamento, e riducono notevolmente i tassi di ricaduta nell'uso di oppiacei, la mortalità, gli accessi ospedalieri e i comportamenti criminali nei soggetti tossicodipendenti, se confrontati con placebo, con assenza di un trattamento ed anche a trattamenti esclusivamente psicosociali o alla disintossicazione. La combinazione buprenorfina/naloxone (rispetto alla buprenorfina semplice), grazie al suo profilo di sicurezza e al basso rischio di diversione, può essere utilizzata come trattamento in affido domiciliare più precocemente nelle fasi di trattamento rispetto al metadone.

Per quanto concerne la durata del trattamento farmacologico, gli studi effettuati (Woody et al., Marsch et al., Matson et al.) hanno dimostrato che i trattamenti più lunghi sono più efficaci dei trattamenti brevi nella ritenzione in trattamento e nella prevenzione delle ricadute. Per tale motivo, alcune linee guida (British Columbia, Canada) raccomandano, nel momento in cui viene intrapreso un trattamento che abbia una durata di almeno 52 settimane, un successivo stretto monitoraggio durante e dopo la fase di riduzione della posologia della terapia, in quanto in questa fase si osserva il maggiore rischio di morte per overdose. Va sottolineato che la ritenzione in trattamento farmacologico nei soggetti giovani è minore rispetto a quella degli adulti, rappresentando una possibile sfida per il clinico, in considerazione del fatto che uno studio clinico ha evidenziato che solo il 56% dei giovani tra i 18 e i 25 anni rimarrebbe in trattamento con buprenorfina a 6 mesi, a fronte

del 78% evidenziato negli adulti per pari periodo di osservazione.

Come sottolineato dall'American Academy of Pediatrics e come evidenziato dai progressi delle neuroscienze, un trattamento precoce e tempestivo è in grado di migliorare la prognosi della malattia riducendo gli effetti patoplastici a livello cerebrale delle sostanze di abuso. A fronte dell'aumento dell'incidenza di decessi per overdose, proprio di questa fase, devono essere effettuati sforzi sempre maggiori per una rapida presa in carico ed un trattamento evidence-based dei pazienti adolescenti e/o giovani adulti.

### BIBLIOGRAFIA

Bagley SM, Hadland SE, Carney BL, Saitz R, Addressing Stigma in Medication Treatment of Adolescents With Opioid Use Disorder. *J Addict Med.* 2017 Nov/Dec; 11(6):415-416.

Chang DC, Klimas J, Wood E, Fairbairn N Medication-assisted treatment for youth with opioid use disorder: Current dilemmas and remaining questions. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2017 Nov 30: 1-4.

Committee on substance use and prevention. Medication-Assisted Treatment of Adolescents With Opioid Use Disorders. *Pediatrics* 2016 Sep; 138(3).

Hadland SE, Wharam JF, Schuster MA, Zhang F, Samet JH, Larochelle MR Trends in Receipt of Buprenorphine and Naltrexone for Opioid Use Disorder Among Adolescents and Young Adults, 2001-2014. *JAMA Pediatr.* 2017 Aug 1; 171(8): 747-755.

Marsch LA, Moore SK, Borodovsky JT, Solhkhah R, Badger GJ, Semino S, Jarrett K, Condon KD, Rossettie K, Vincent P, Hajizadeh N, Ducat E. A randomized controlled trial of buprenorphine taper duration among opioid-dependent adolescents and young adults. *Addiction.* 2016 Aug; 111(8): 1406-15.

Ranjan R, Pattanayak RD, Dhawan A. Long-term agonist and antagonist therapy for adolescent opioid dependence: a description of two cases. *Indian J Psychol Med.* 2014 Oct; 36(4): 439-43.

Sharma B, Bruner A, Barnett G, Fishman M. Opioid Use Disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2016 Jul; 25(3): 473-87.

Srivastava A, Kahan M, Nader M. Primary care management of opioid use disorders: Abstinence, methadone, or buprenorphine-naloxone? *Can Fam Physician.* 2017 Mar; 63(3): 200-205.