

APPROCCIO AL DOLORE CRONICO BENIGNO

DEFINIZIONE E FISIOPATOLOGIA DEL DOLORE CRONICO

*Dott. ENRICO RAVERA
Direttore struttura complessa di ANESTESIA
Ospedale Santo Spirito-Bra*

- **DOLORE:** *Esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole, associata ad un danno tessutale attuale o potenziale, riferita in termini di tale danno (IASP, 1986)*
- **DOLORE CRONICO:** *Dolore che persiste oltre il normale tempo di guarigione, che può essere inferiore ad un mese o superiore a 6 mesi. Si è stabilito 3 mesi come punto di confine più conveniente fra DOLORE ACUTO E CRONICO (Task force IASP, 1986)*

- Dolore che persiste per 1 mese oltre il normale decorso clinico di una malattia acuta od oltre un ragionevole tempo di guarigione di una lesione traumatica o che recidiva ad intervalli per mesi o anni (Bonica, 1990)
- Dolore che indipendentemente dalla durata è sostenuto da una modificazione plastica stabile dei circuiti neuronali che facilita l'elaborazione degli stimoli nocicettivi e non nocicettivi in emozione dolore. (Orlandini, 2005)

DOLORE = DISPOSITIVO DI ALLARME

MALATTIA > DANNO > scatta l'allarme "*sintomo dolore*"

IN 2 CASI NON SI HA IL SINTOMO DOLORE MA:

"MALATTIA DOLORE"

- *QUANDO L'ALLARME PERSISTE DOPO AVER SEGNALATO IL DANNO*
- *QUANDO VI E' UN ALTERATO FUNZIONAMENTO DEL DISPOSITIVO DI SEGNALAZIONE*

"whereas in acute pain the pain is a symptom of disease, in chronic pain itself is disease" (Sternbach, 1981)

- **DOLORE *PERSISTENTE***: caratterizzato dal permanere della lesione algogena
- **DOLORE *CRONICO***: caratterizzato dal permanere dopo la risoluzione della causa, per cui i circuiti neuronali restano attivi anche quando la lesione non sussiste più, essendosi consolidati come una traccia di memoria.

"il paziente ha imparato il dolore"

SI SONO VERIFICATI QUINDI MECCANISMI DI PLASTICITA' NEURONALE, CON SPICCATA LOCALIZZAZIONE NEI CIRCUITI MIDOLLARI.

I meccanismi implicati sono wind-up, long-term potentiation e long-term depression

Come riconoscere la cronicizzazione del dolore???

Nessuna certezza, ma sono stati proposti alcuni CRITERI:

1. **CRITERIO DELLA DISCREPANZA CRONOLOGICA:** *tra durata dolore e persistenza nocicezione*
2. **CRITERIO DELLA DISCREPANZA QUANTITATIVA:** *tra intensità dolore ed entità nocicezione*
3. **CRITERIO DELLA PERDITA DEI CONFINI:** *mancata corrispondenza topografica fra distribuzione del dolore ed area che teoricamente compete ad una determinata sindrome algica*
4. **CRITERIO DEI RISULTATI DELLE TERAPIE PRECEDENTI**

5. CRITERIO DELLA COMPLESSITA'

SINTOMATOLOGICA: questi malati solitamente associano vari sintomi, tra cui:

- Disturbi del sonno
- Inappetenza e nutrizione inadeguata
- Dipendenza da farmaci
- Dipendenza da familiari o personale di cura
- Isolamento
- Ansietà, paura, depressione
- Immunodepressione con aumento delle malattie infettive

“Pain in Europe Survey” ricerca Mundipharma, 16 nazioni, 46000 intervistati

Molto più frequente in:

- Donne
- Età media
- Bassa istruzione
- Basso livello sociale
- Disoccupazione
- Separati/divorziati

- 20% popolazione adulta Europea (25% Italia, Polonia, Norvegia)

- 40% insoddisfatti delle cure
- SOLO IL 23% VISITATO DA ALGOLOGO
- SOLO IL 10% CURATO IN MANIERA OTTIMALE

LOW BACK PAIN

CIRCA L' 80-85% DEGLI ATTACCHI ACUTI DI LOMBALGIA SI RISOLVONO IN 6 SETTIMANE,
indifferentemente al tipo di trattamento.

Del 15-20% che non si risolvono, circa la metà evolve in dolore cronico

DOLORE NEUROPATICO

DOLORE CAUSATO DA UNA LESIONE PRIMARIA O DA UNA DISFUNZIONE DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE O PERIFERICO (IASP, 1994)

Nella pratica clinica, tuttavia si considera che la lesione alla base del dolore neuropatico coinvolga le VIE SOMATOSENSORIALI con un danno che va dalle piccole fibre dei nervi periferici sino ai fasci spinotalamici anteriore e laterale del SNC.

Si distingue poi, sempre nella pratica clinica, fra:

- DOLORE NEUROPATICO PERIFERICO
- DOLORE NEUROPATICO CENTRALE

LESIONI PERIFERICHE possono essere a vario livello:

- **ASSONALE:** danno a tutte le fibre efferenti A beta Delta e C ed efferenti motorie e simpatiche
- **NOCICETTORI** Delta e C mediati coinvolti in fenomeni di ipereccitabilità
- **DEAFFERENTAZIONE:** danno al ganglio o al dendrite prossimale al ganglio
- **MIELINA:** DEMIELINIZZAZIONE DELLE FIBRE A beta e Delta

Si è recentemente dimostrata una lesione delle cellule di Schwann della mielina da ischemia dei vasa nervorum con ridotta funzione delle fibre A beta

QUADRI CLINICI RIFERIBILI A NEUROPATIE PERIFERICHE:

- Neuropatia da HIV
- Sindrome tunnel carpale
- Nevralgia post-erpetica
- Dolore post-toracotomia e post-mastectomia
- Radicolopatie

DOLORE NEUROPATICO CENTRALE

Potrebbe derivare da una ridotta attività dei sistemi tronco encefalici che controllano i sistemi nocicettivi ascendenti.

Ne fanno parte:

- DOLORE DA PARKINSON
- DOLORE DA SCLEROSI MULTIPLA
- DOLORE POST-ICTUS
- DOLORE DA SIRINGOMIELIA

Nei dolori neuropatici sono di facile riscontro segni quali:

- **ALLODINIA:** dolore dovuto a stimolo che normalmente non provoca dolore
- **IPERALGESIA:** alterazione della sensibilità caratterizzata da una diminuzione della soglia al dolore e da incremento del dolore prodotto da stimoli sopraliminari

SINDROMI REGIONALI COMPLESSE (CPRS I e II)

CAUSATE DA UN EVENTO TRAUMATICO, IL DOLORE CONTINUO SPONTANEO SI ASSOCIA A DOLORE EVOCATO DA NUMEROSI FATTORI CON ALLODINIA, IPERALGESIA, ALTERAZIONI SENSITIVE E MOTORIE, AUTOMICHE E DISTROFICHE CHE TENDONO AD ESTENDERSI AL DI FUORI DELLA ZONA TRAUMATICA, COINVOLGENDO SPESSO UN INTERO ARTO.

- **DOLORE DA ARTO FANTASMA**

- **DOLORE VASCOLARE**

Quadri entrambi caratterizzati da una genesi probabilmente mista: neuropatica periferica e centrale nell'arto fantasma; ischemica e neuropatica periferica in quello vascolare

- **DOLORE OSTEOARTICOLARE**

- **CEFALEE**

DOLORE PERSISTENTE POST-CHIRURGICO

IL DOLORE POST-CHIRURGICO HA UNA DURATA SOLITAMENTE DIRETTAMENTE PROPORZIONALE AL NATURALE PROCESSO DI GUARIGIONE

IL DOLORE PERSISTENTE PUO' ESSERE DOVUTO A:

- **LESIONI IATROGENE**
- **INTRAPPOLAMENTO DI STRUTTURE NERVOSE NELLA CICATRICE CHIRURGICA**
- **FALLIMENTO CHIRURGICO (FBSS)**

DOLORE CRONICO PERSISTENTE POSTCHIRURGICO

Incidenza

INTERVENTO	INCIDENZA %
■ AMPUTAZIONE	30-50%
■ TORACOTOMIA	30-40%
■ MASTECTOMIA	20-30%
■ ERNIA INGUINALE	10%
■ TAGLIO CESAREO	5%
■ ISTERECTOMIA	15%
■ CHIRURGIA DELL'ANCA	10-20%

STEP COMPORTAMENTALE

1. **DEFINIRE LA PRESENZA DI UN DOLORE CRONICO**
2. **QUANTIZZARLO**
3. **CONSULENZA ALGOLOGICA**
4. **TRATTAMENTO** (approccio farmacologico/ approccio invasivo/ approccio biopsicosociale)

LADDOVE UTILIZZATI, QUESTI PROGRAMMI HANNO MOSTRATO UN SOSTENZIALE MIGLIORAMENTO DI IMPORTANTI MISURE DI OUTCOME SOCIO-ECONOMICO:

McCracken et al., Spine, 2002, 27:2564-73

Confronto trattamento interdisciplinare vs unimodale e non trattamento

- RITORNO AL LAVORO: 68% INTERDISCIPLINARE VS 32% UNIMODALE O NON TRATTAMENTO
- MIGLIORAMENTO DELL'ATTIVITA': 53% VS 13%
- RIDUZIONE DEL CONSUMO DI FARMACI: 63% VS 21%
- RIDUZIONE DEL DOLORE: 37% VS 4%

5. GUARIRLO???

Overrating chronic back pain:
Time to back of?

Deyo R. A. Et al., JABFM, 2009, 22, 1.

Recensione di A. K. RIEVE:

“Un modello di cura cronica dovrebbe prendere atto del fatto che il dolore cronico è una condizione curabile, ma raramente guaribile... Le cure dovrebbero trarre vantaggio da condivisione dei percorsi con il paziente e coordinamento delle terapie... favorendo il sostegno sociale e la ripresa del lavoro.

I pazienti hanno bisogno di aspettative realistiche ad onta del marketing e della retorica medica che promettono una vita libera dal dolore”.