

L'approccio ragionato alla patologia del dolore
nel setting della medicina generale

La visita della persona con dolore

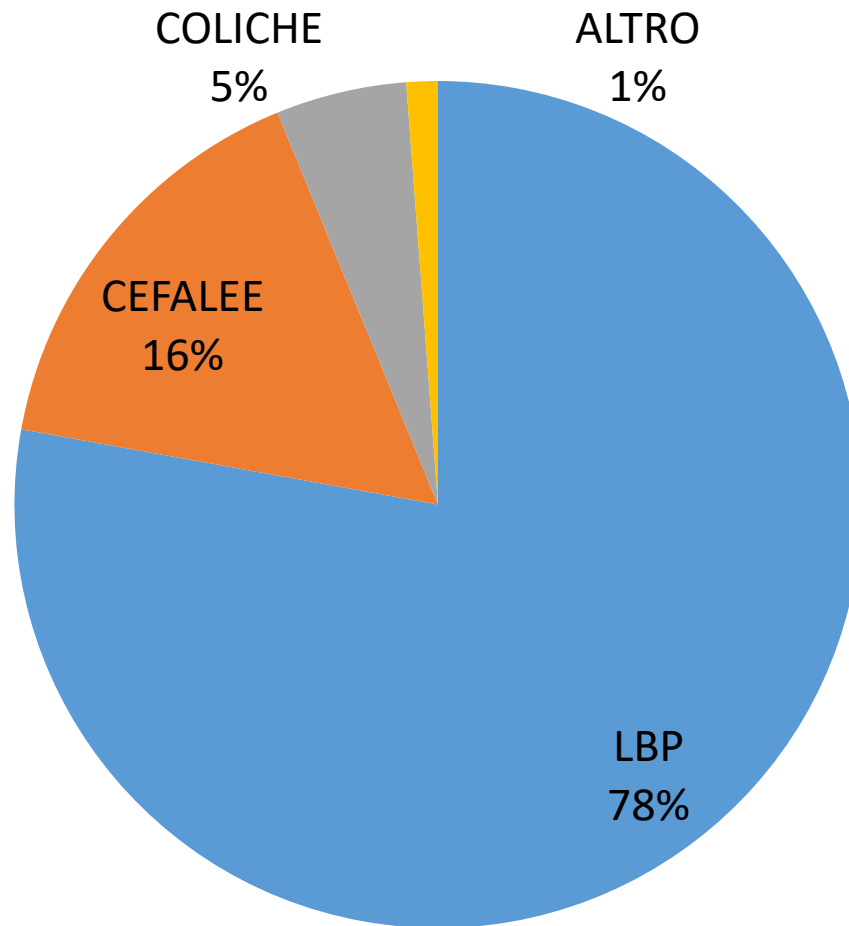
e razionale di terapia in base ai meccanismi patogenetici

Lorenza Bacchini



DOLORE ACUTO

10 milioni di persone al PS (2015)



Medicina generale

60% delle richieste di consultazione in MG riguarda un problema legato al DOLORE ACUTO

75% degli accessi per dolore nell'ambulatorio di MG ha cause osteoarticolari

15% cefalee

5% dolore viscerale

5% altro

studio IPSE (Italian Pain reSEarch, SIMG 2005)



mal di schiena:dolore più frequente nell'ambulatorio del MMG

- Incidenza del 65,5% nella popolazione
- In MG, secondo studi diversi, 2 prestazioni/die fino a 3,5/settimana
- Elevato rischio per la salute bio-psico-sociale anche a lungo termine
- frequente causa di assenza dal lavoro ed ha perciò un'elevata incidenza socio-economica.

(dato europeo, SIP 2014)

Giuliano Piccoliori, Doris Gatterer, Emiliano Sessa, H. Harald Abholz
Il Mal di Schiena in Medicina Generale
Epidemiologia assistenziale dei pazienti con mal di schiena
in Medicina Generale a Bolzano



La Medicina Generale: primo livello di intervento

ATTENZIONE ALLE RED FLAGS

Di fronte ad una persona con **dolore acuto**, attraverso l'anamnesi e l'esame obiettivo, di norma, si è in grado di formulare il sospetto diagnostico relativo alla presenza di patologie gravi – **red flags** – (tumori, fratture, infezioni, sindrome della cauda equina, aneurisma aortico) o di escludere un dolore da causa sistemica (presenza di masse retroperitoneali, origine viscerale reno-ureterale o utero-annessiale).



Il ruolo della Medicina generale

Il ruolo del medico di medicina generale per quel che riguarda il dolore riveste una particolare importanza perché è ***il primo e necessario interlocutore del paziente.***

Per rispondere a tale necessità è importante che il MMG abbia competenze e conoscenze specifiche.

Rapporto al Parlamento sullo stato di attuazione della Legge n. 38 del 15 marzo 2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"
ANNO 2012 pag 51



Il ruolo del medico di medicina generale

- esclude patologie gravi che richiedono approfondimenti urgenti
- Pone le basi di una diagnosi differenziale
- Imposta una terapia del dolore alla prima consultazione
- Indirizza il malato verso le strutture più opportune per la terapia di fondo e/o riabilitazione
- Collegamento con i nodi della rete
- Applica i PDTA delle patologie note
- Counseling al malato
- Controllo nel tempo
- Prognosi e certificazioni



Dolore malattia, dolore cronico

Una patologia che affligge il 20% della popolazione italiana, mentre nei Paesi dell'Europa gli interessati oscillano tra il 12 e il 25%. Il dolore colpisce dunque un italiano su cinque e rappresenta un'emergenza sociale a cui bisogna dare grande attenzione.



La visita





Dottore ho la tosse...
Che fare?



Dottore ho la tosse...

Sappiamo sempre cosa fare in una sequenza procedurale che applichiamo in modo automatico per fare diagnosi differenziale, con eventuale diagnostica per immagini, laboratoristica, consulenze specialistiche, terapia, counseling al paziente, follow up
Applichiamo cioè un PDTA del paziente con la tosse





Dottore ho dolore...
Che fare?



Obiettivo della prima consultazione

cercare di stabilire se:

- La **causa è nota** (o facilmente identificabile) e verosimilmente guaribile (in genere si tratta di dolore acuto)
- sia inquadrabile in un episodio di **riacutizzazione di una malattia nota**, guaribile o a lenta risoluzione
- rappresenti invece la **cronicizzazione persistente** di un processo evolutivo di una malattia nota inguaribile, ad esito infausto con prognosi a termine o malattia nota con prognosi a lungo termine.
- Primo episodio di **dolore da causa sconosciuta**



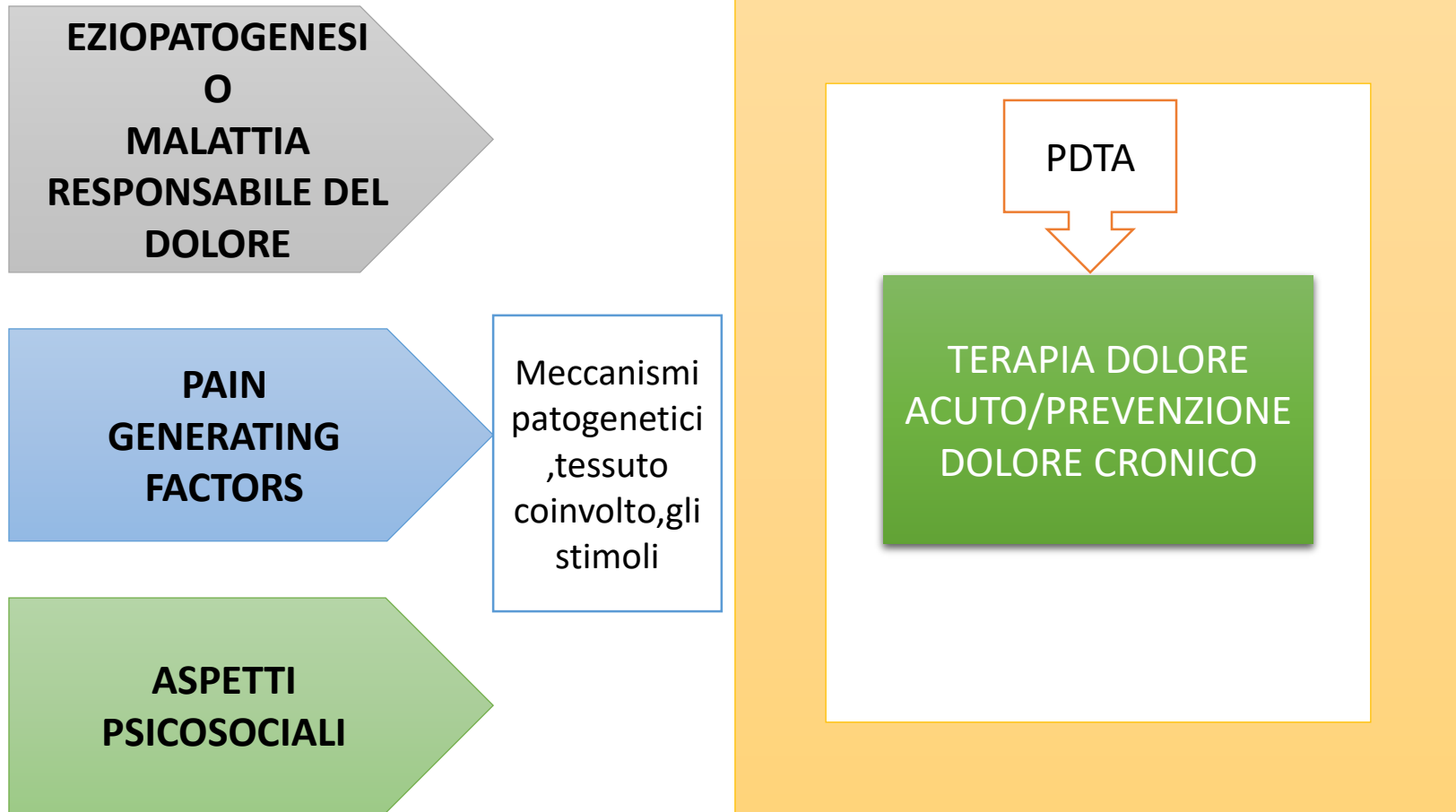
Approccio alla persona con dolore

Il primo passo di un approccio ad una persona con dolore è definire se l'episodio:

- sia inquadrabile nell'ennesimo episodio di riacutizzazione di una **malattia nota**;
- rappresenti invece la cronicizzazione persistente di un **processo evolutivo di una malattia inguaribile**;
- rappresenti infine il primo episodio di una **nuova malattia** da inquadrare e diagnosticare.



VISITA:PERCORSI PARALLELI



“Pavia Pain Diagnostic Tool” modificato

Percorsi paralleli



- Cercare la patologia sottostante al dolore
- Identificare la fisiopatologia di quel dolore, i tessuti coinvolti, gli stimoli che agiscono sui siti normotopici o ectopici
- Indagare gli aspetti psicosociali e le disabilità correlate



LA VISITA

ANAMNESI DOLORE

Cosa chiedere?

ESAME OBIETTIVO

Cosa fare?

**DIAGNOSI – TERAPIA –
SCELTE ASSISTENZIALI**

ANAMNESI DOLORE

Cosa chiedere? AREA DOLORE



Ci permette di orientarci su tessuto coinvolto, malattia, pain factors

LOCALIZZATO

RIFERITO

IRRADIATO

SOMATICO

VISCERALE



DOVE? identificare l'area del dolore

- si chiede al paziente di individuare l'area del corpo in cui egli avverte il dolore
- Quando si chiede al paziente di pensare all'area di dolore, dove inizia e dove si diffonde, è opportuno chiarire che ci riferisce alla sede in cui sente generalmente il dolore e non solo in quel momento
- Dall'area del dolore principale ed eventuali aree di irradiazione o dolore riflesso si può iniziare a fare delle ipotesi sul tessuto coinvolto, sul possibile meccanismo patogenetico e dei fattori di stimolazione presenti



DEFINIZIONI

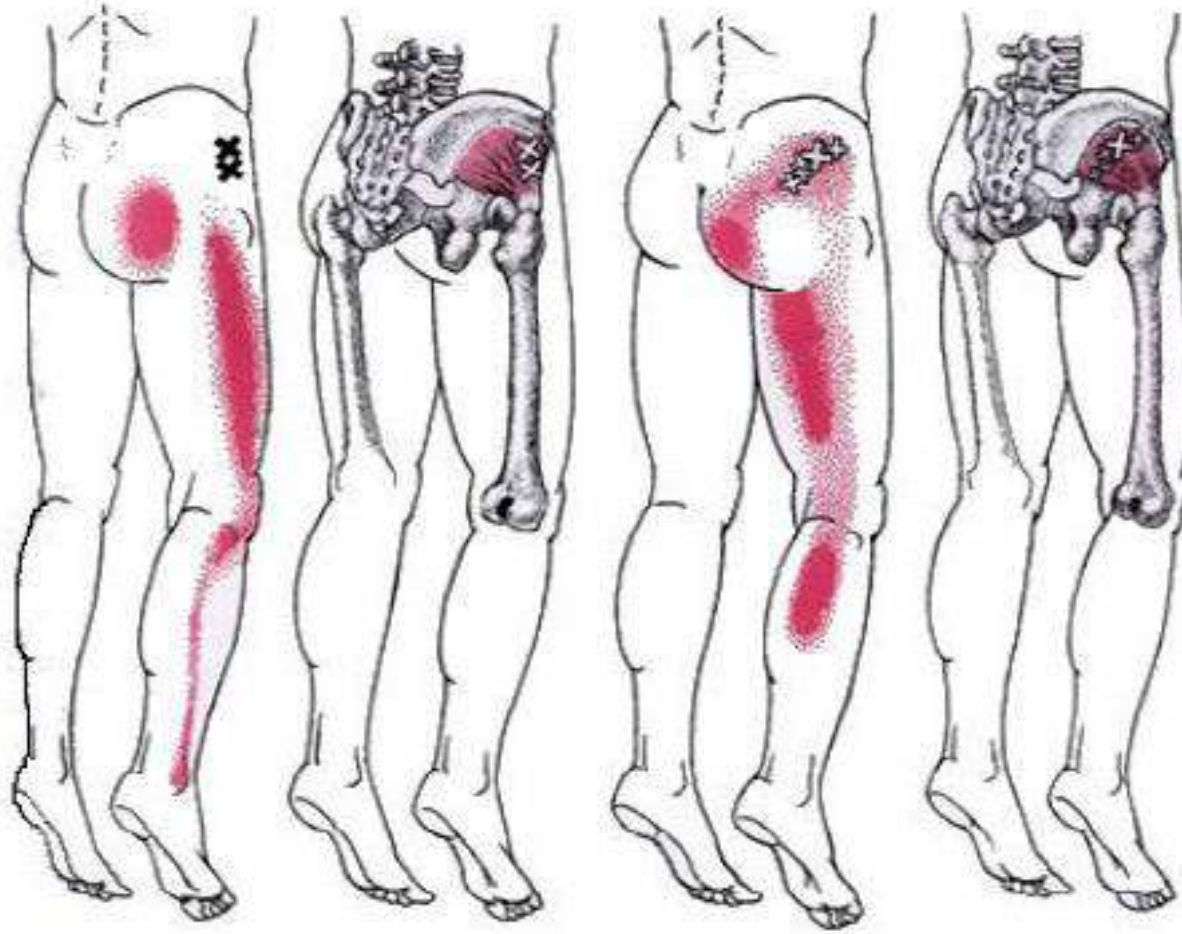
DOLORE LOCALIZZATO: il dolore è avvertito in una zona del corpo più o meno corrispondente alla sede della lesione algogena

DOLORE RIFERITO: Nelle patologie viscerali, miofasciali e articolari il dolore viene localizzato dal paziente in aree del corpo più o meno estese che non hanno nulla a che vedere con la zona e il tessuto sofferente.

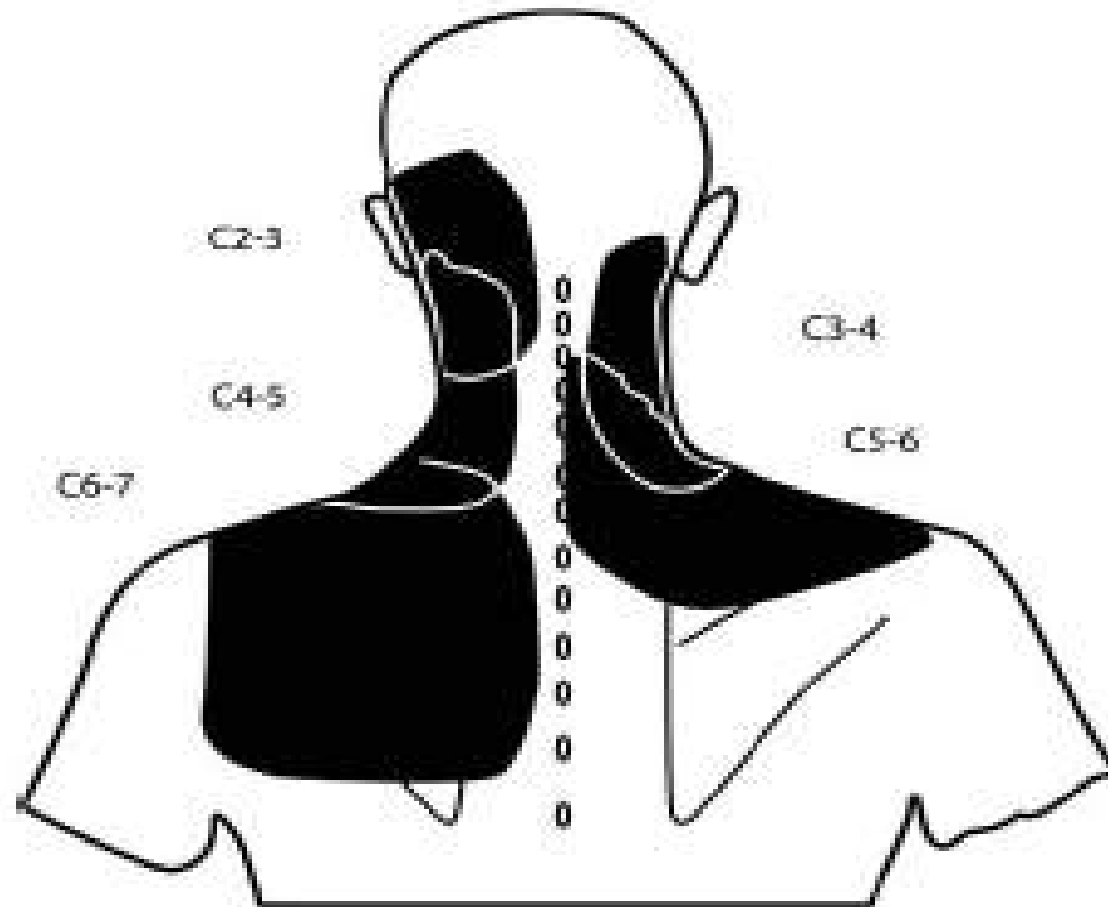
DOLORE IRRADIATO O DI PROIEZIONE: la sede del dolore corrisponde ad un territorio neurologico appartenente alla struttura nervosa interessata dalla lesione e si può accompagnare a deficit del sistema somato sensoriale



Il dolore riferito nelle patologie miofasciali–punti trigger



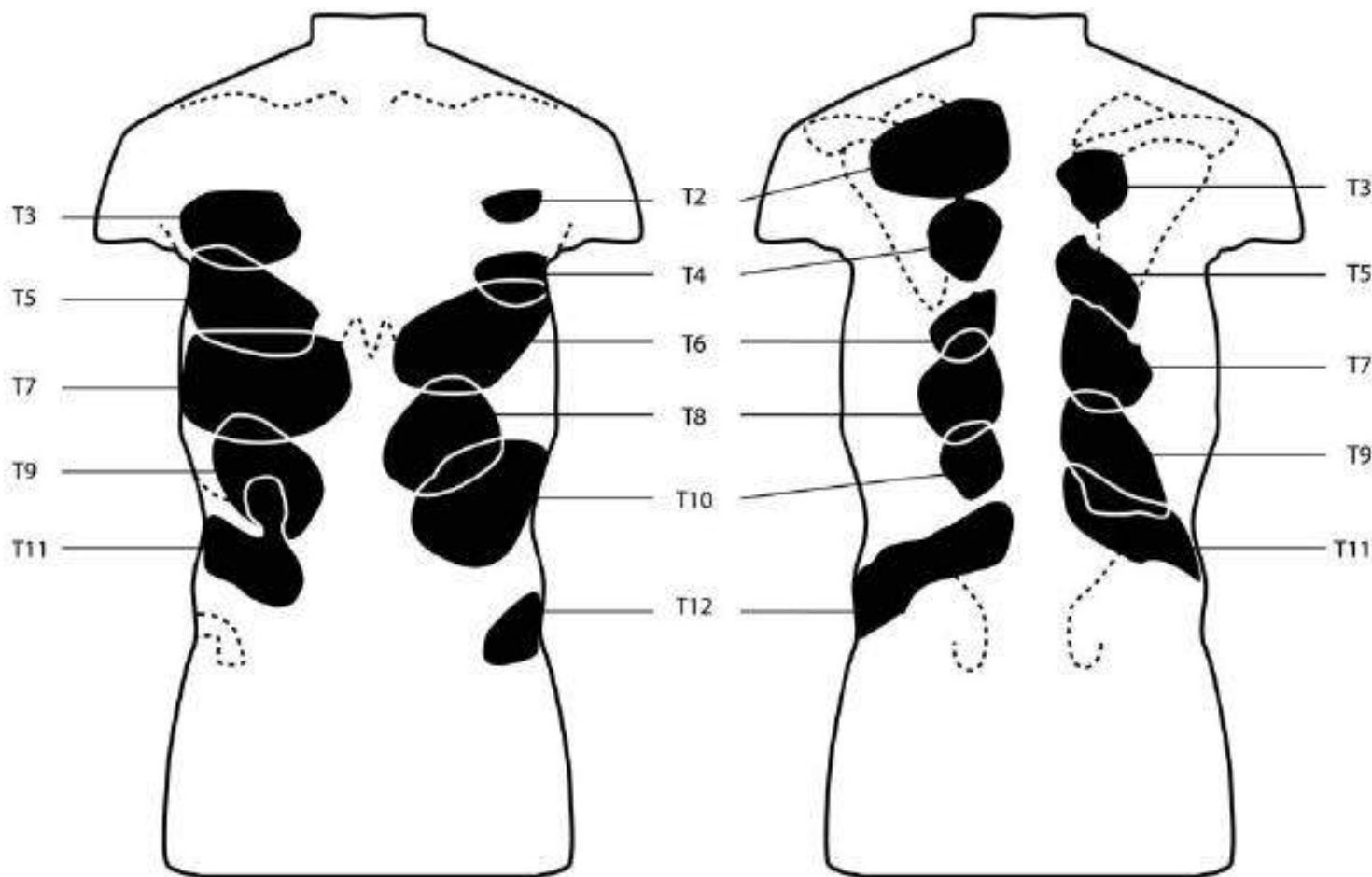
Dolore riferito delle articolazioni apofisarie o dei dischi intervertebrali



Somatic Referred Pain, Figure 4. Patterns of referred pain produced by noxious stimulation of the cervical zygapophysial joint or the cervical intervertebral discs.

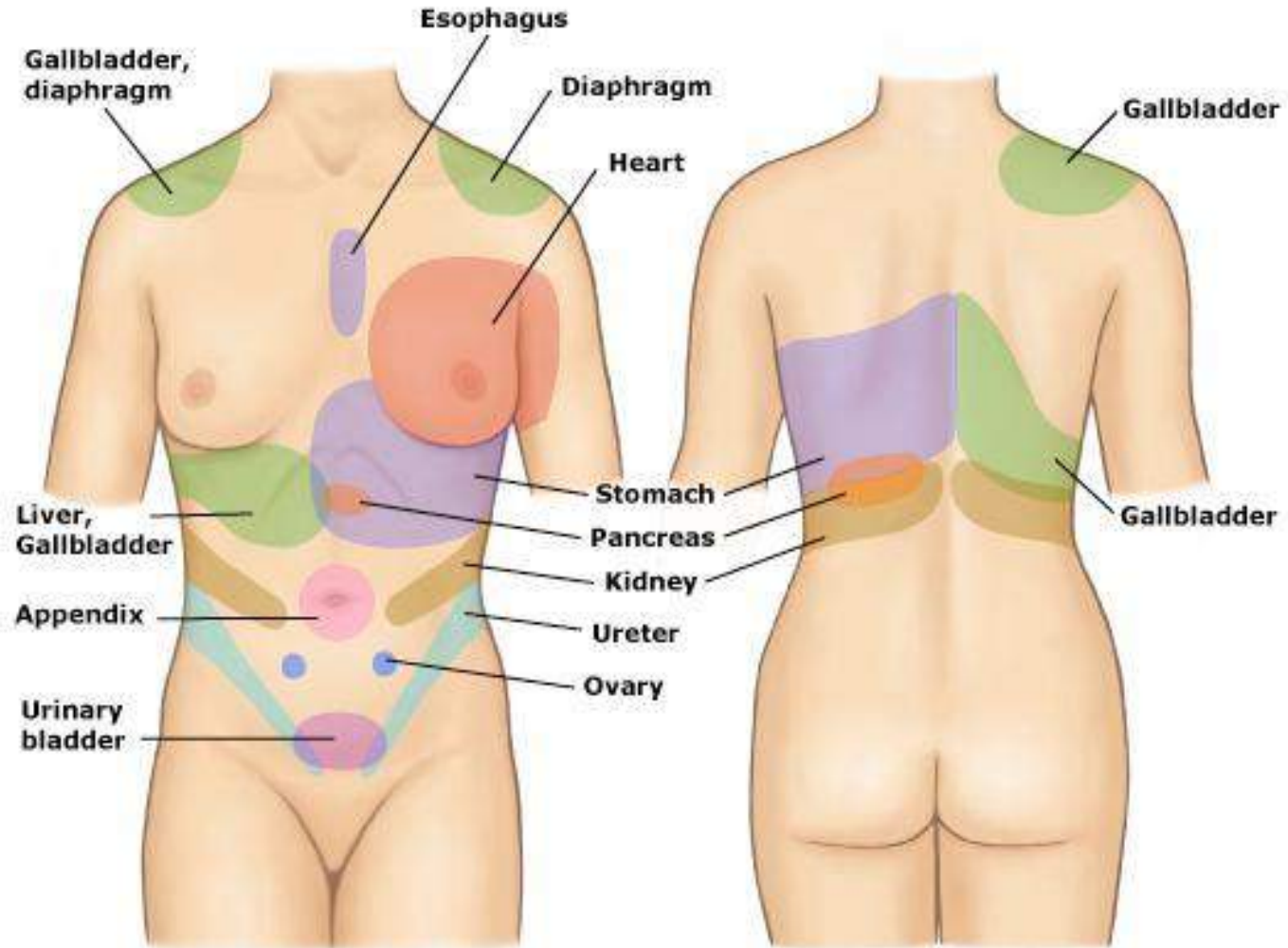


Il dolore riferito nelle patologie dei legamenti inter spinosi vertebrali

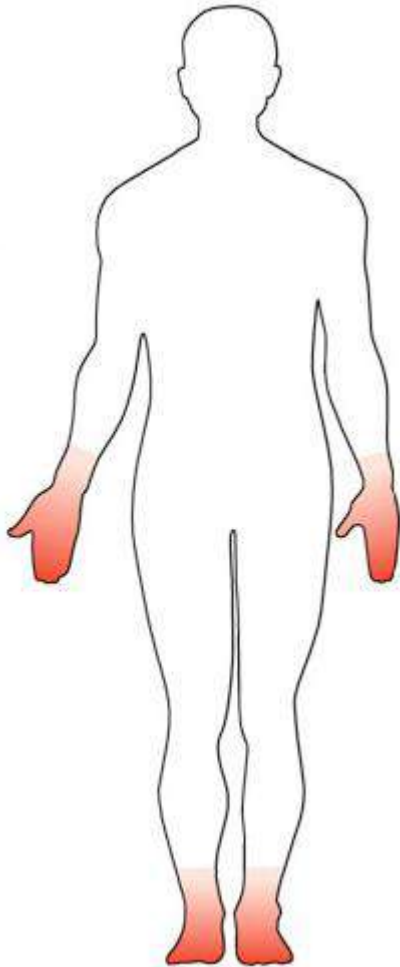


Somatic Referred Pain, Figure 1 Patterns of referred pain produced by noxious stimulation of the thoracic interspinous ligaments at the segments indicated. Based on Kellgren (1939).

Il dolore riferito nelle patologie dei visceri

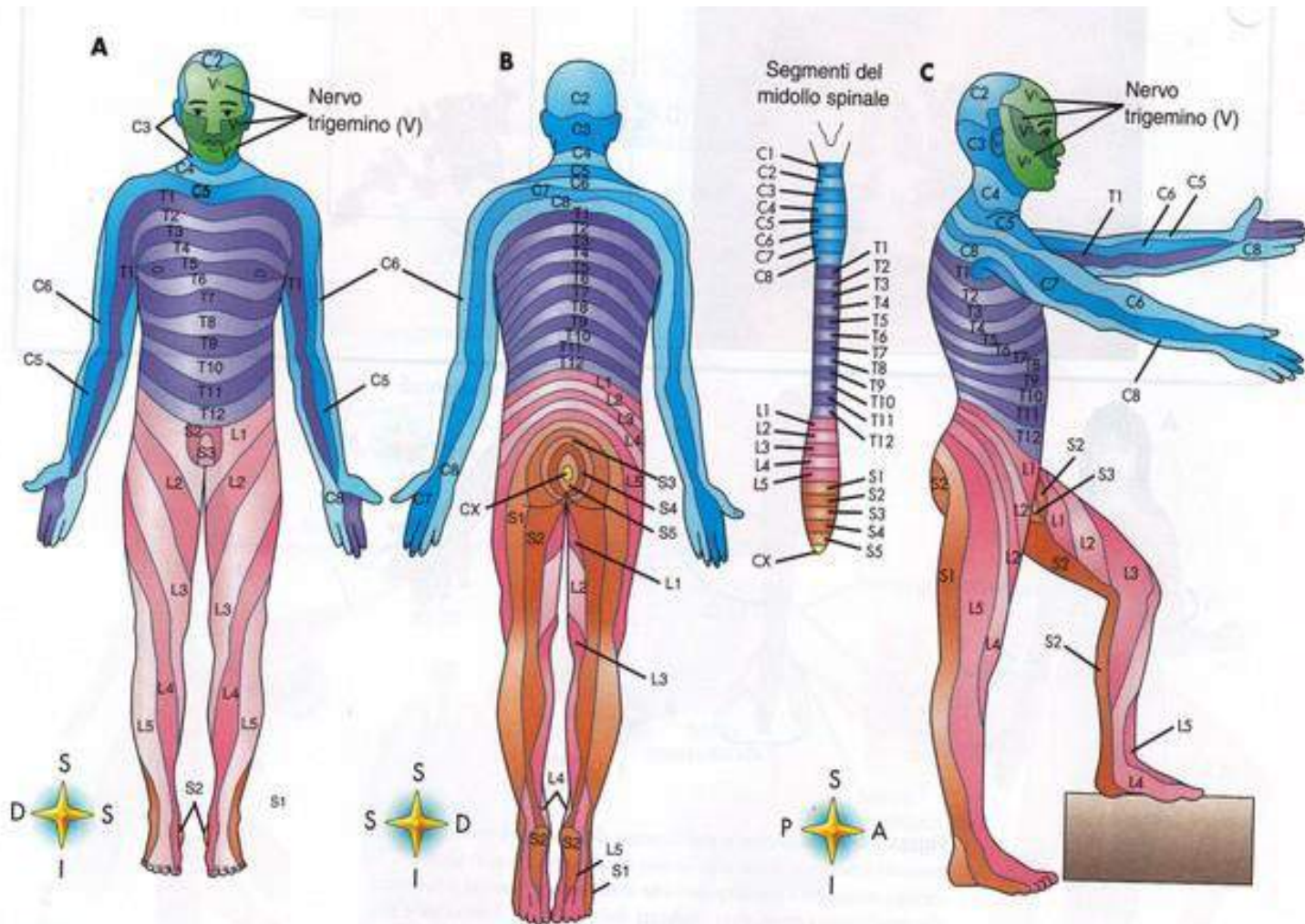


Territori di innervazione cutanea nei polineuropatia periferica simmetrica



AREE DERMATOMERICHE

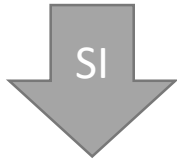
Sono le aree cutanee in cui è possibile rilevare i deficit sensitivi relativi a danni di radici spinali o nervi periferici



ALGORITMO DIAGNOSTICO DEL DOLORE NEUROPATICO (*ectopico*)

adattato da: Treede RD et al. *Neurology*.2008;70(18) fonte elettronica

1 domanda: L'anamnesi suggerisce una lesione o patologia del sistema somato sensitivo?



2 domanda: il dolore ha una distribuzione neuro anatomica plausibile?



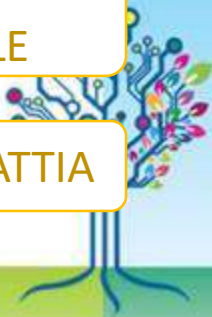
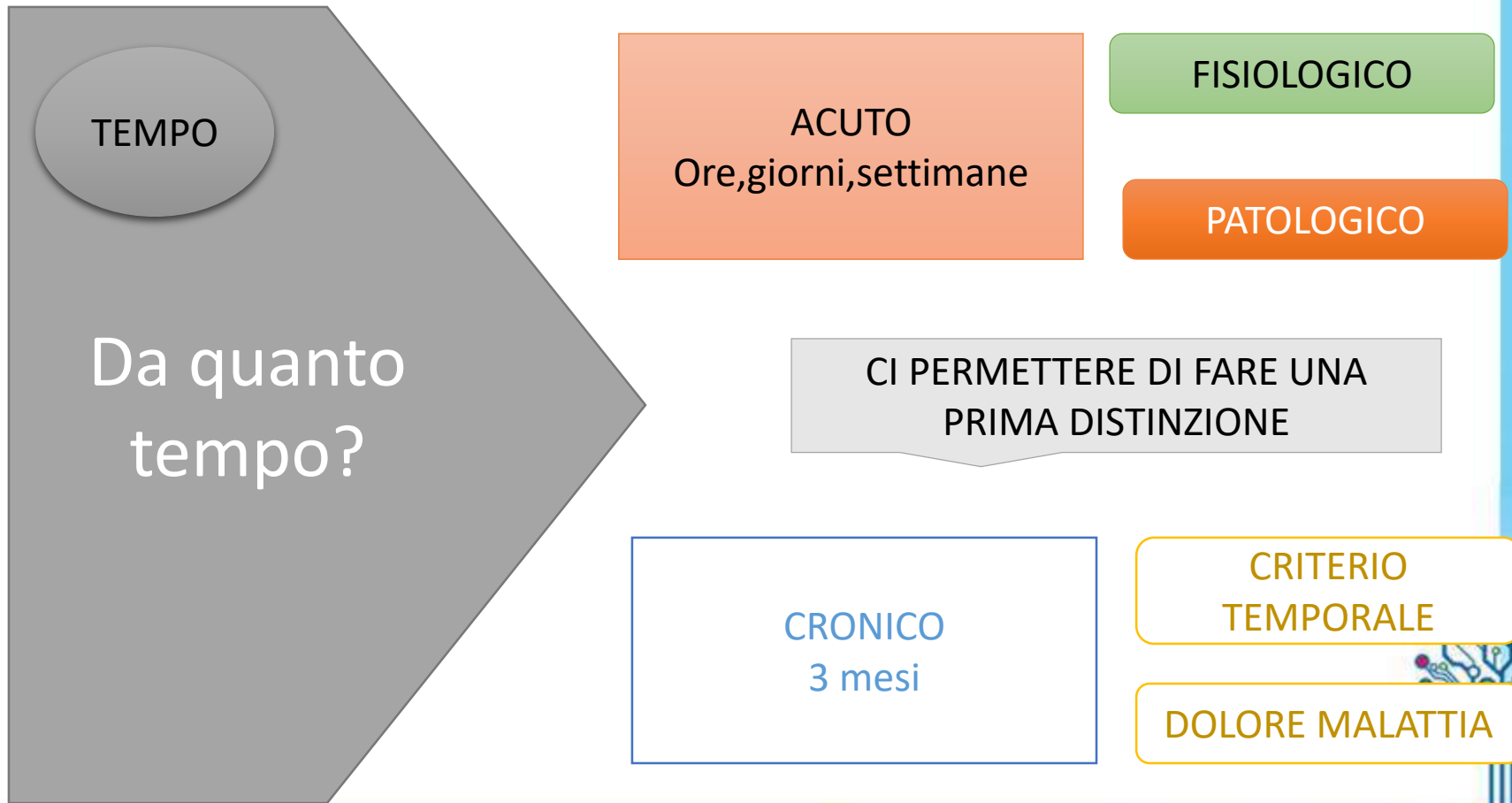
3 domanda: sono presenti segni positivi o negativi limitati al territorio di innervazione della struttura nervosa lesionata?

4 domanda: la lesione o patologia responsabile del dolore è confermata da un test diagnostico?



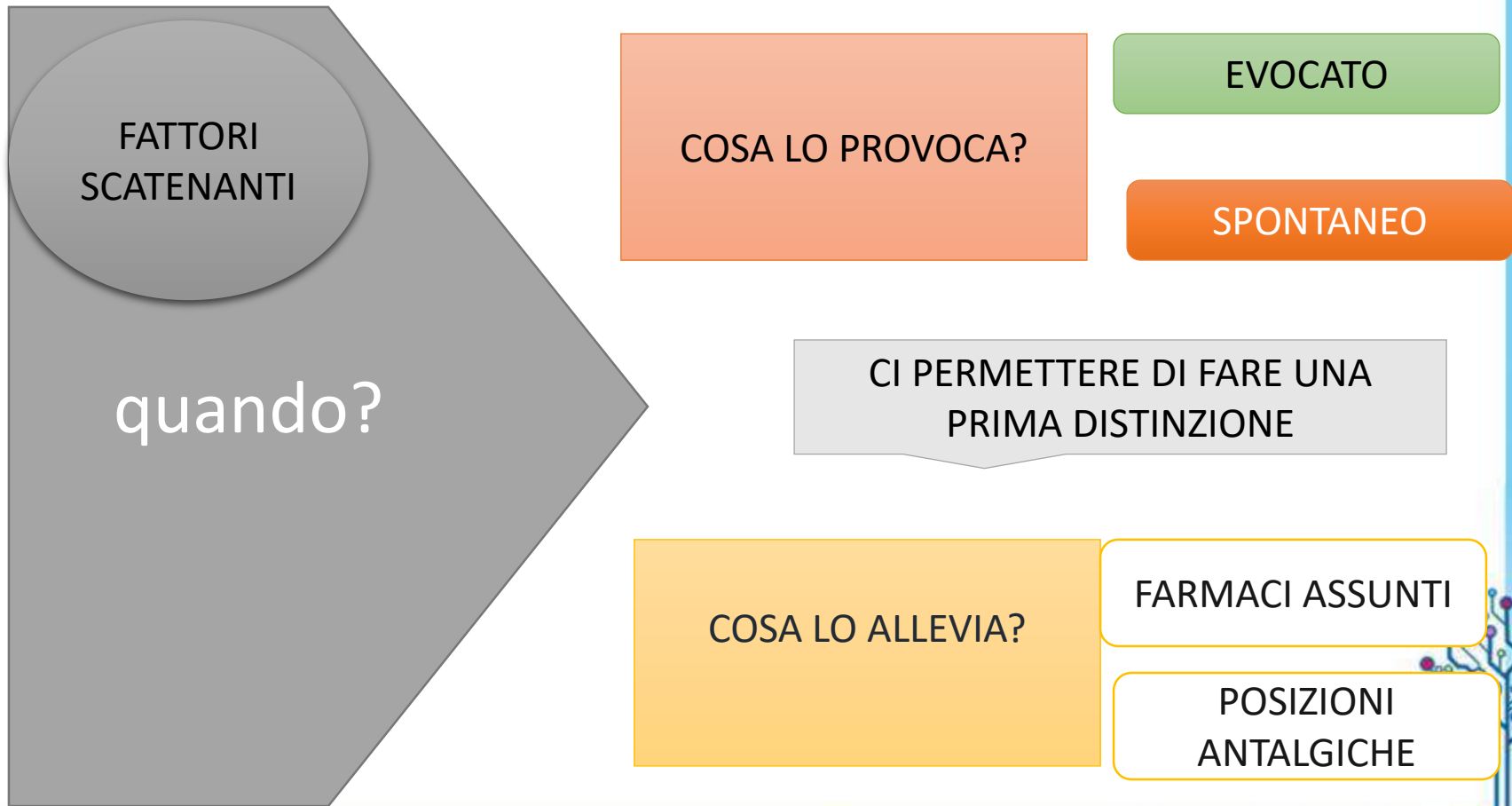
cosa chiedo? Anamnesi dolore

Patologica remota e prossima già note



cosa chiedo? Anamnesi dolore

Patologica remota e prossima già note



Acuto fisiologico

Scompare con la guarigione del danno tissutale ed ha uno scopo protettivo in quanto avverte il paziente della presenza del danno e induce ad accertamenti medici.

EVOCATO



sistema nocicettivo afferente integro
stimolo sufficiente ad attivare il nocicettore

Acuto PATOLOGICO

EVOCATO

sistema nocicettivo afferente integro
stimolo bassa intensità che attiva il nocicettore

CONTINUO

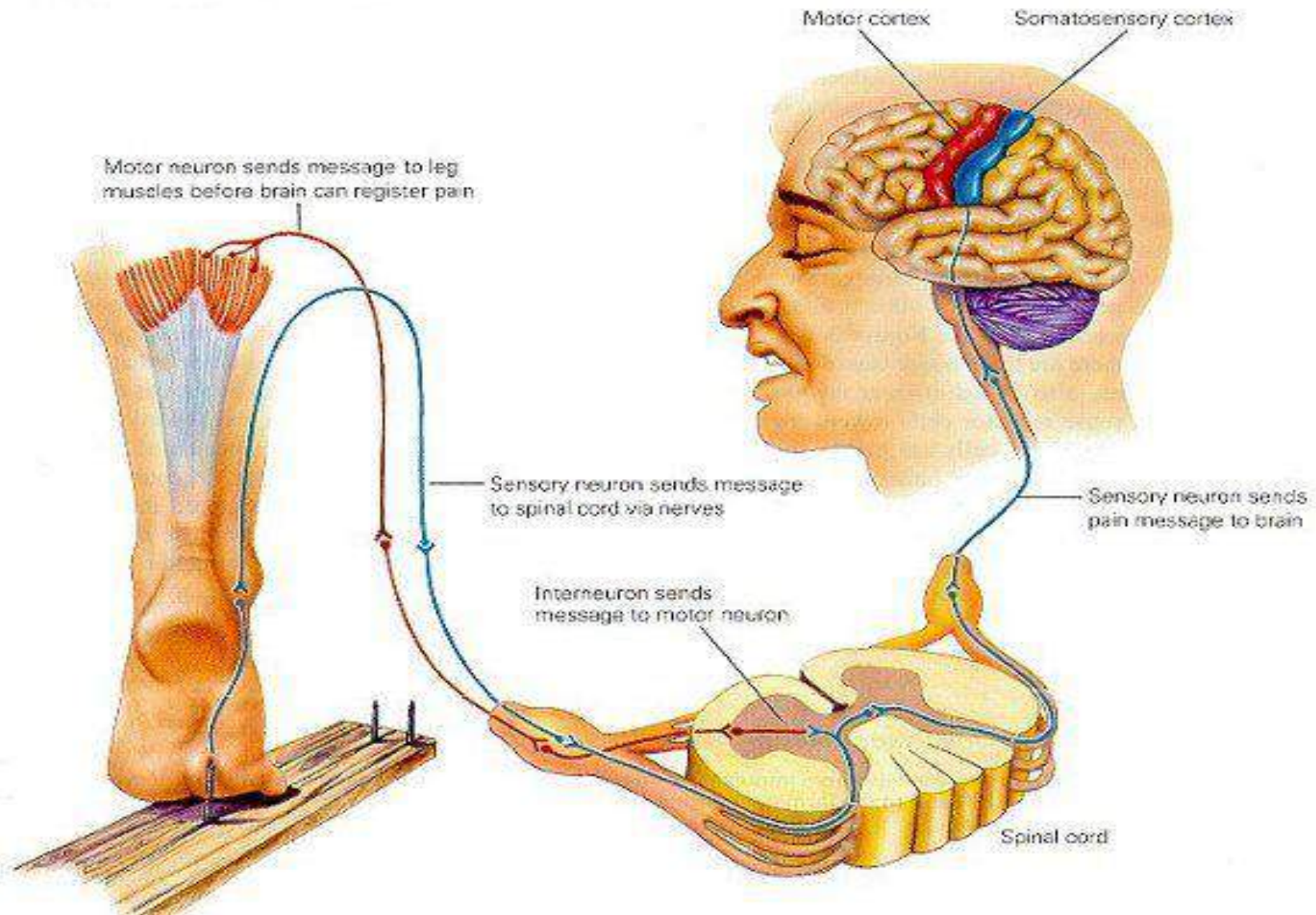
Stimolo a bassa soglia che perdura

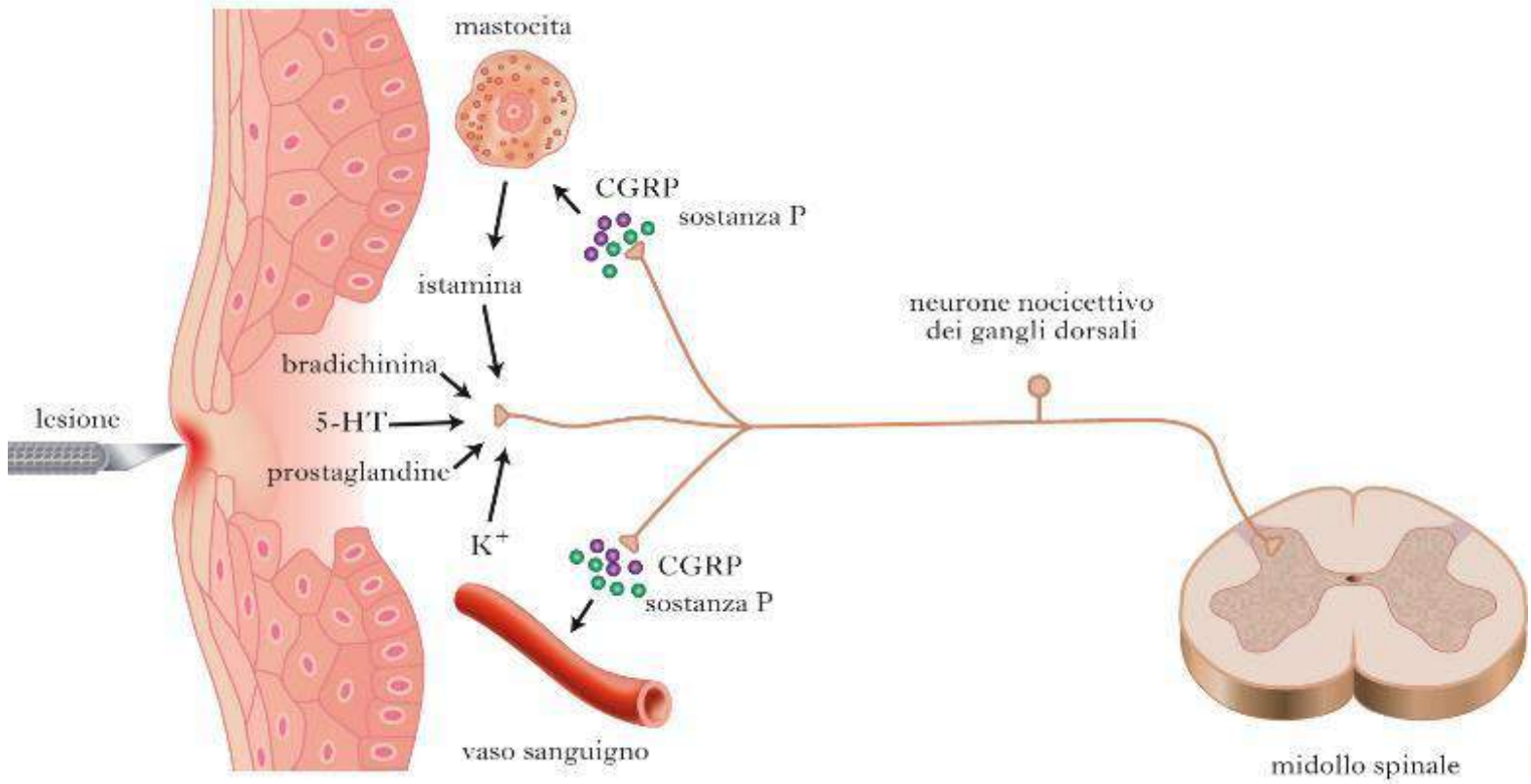
SPONTANEO

In assenza di stimoli il nocicettore si attiva per abbassamento della soglia

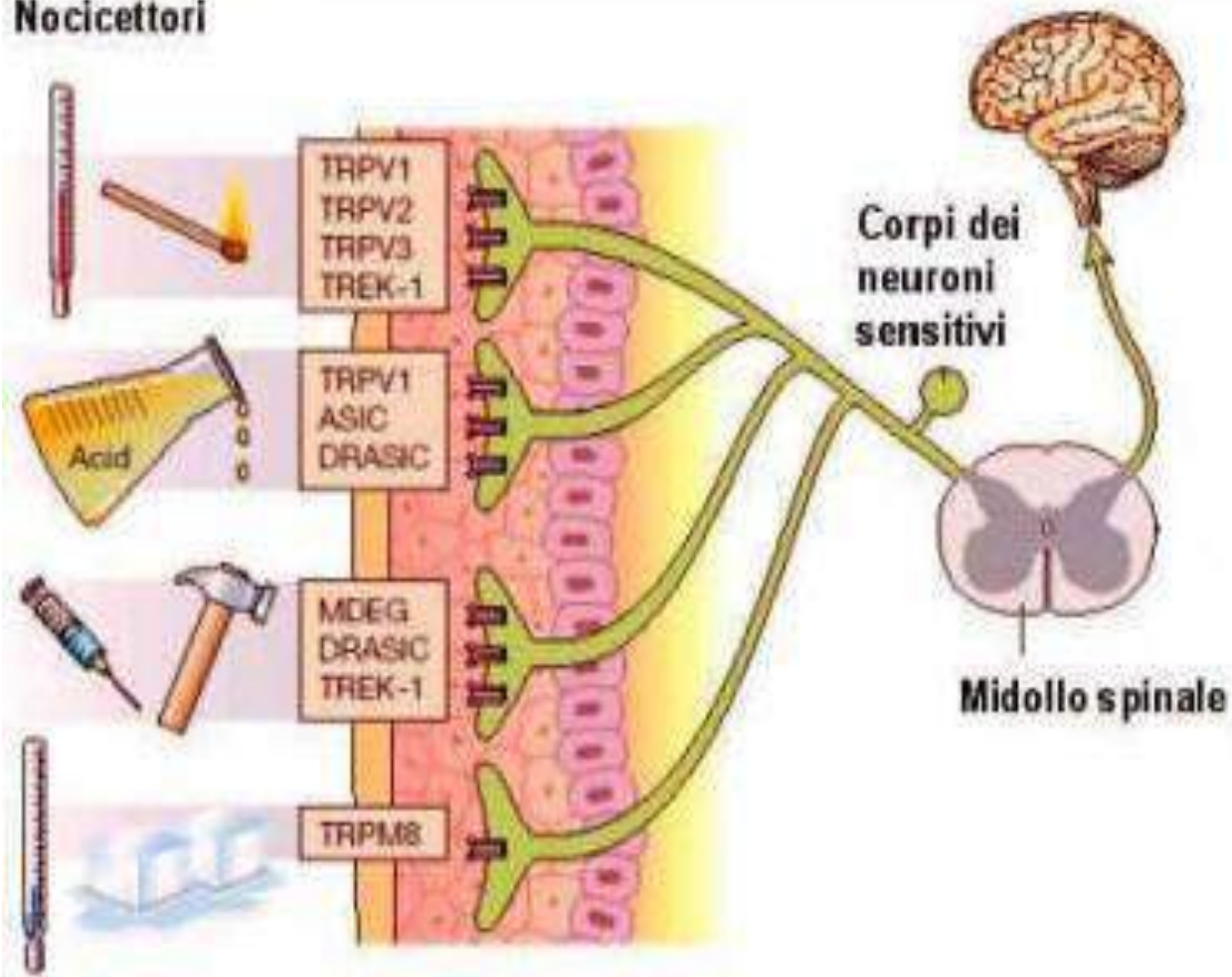
THE PAIN WITHDRAWAL REFLEX

The pain withdrawal reflex shown here involves only three neurons: a sensory neuron, a motor neuron, and an interneuron.





Nocicettori



LA VISITA

ANAMNESI DOLORE

Cosa chiedere?

ESAME OBIETTIVO

Cosa fare?

**DIAGNOSI – TERAPIA –
SCELTE ASSISTENZIALI**

ESAME OBIETTIVO GENERALE

osservare il paziente per raccogliere informazioni sulla mobilità (postura, andatura, modo di sedersi e di alzarsi, eventuale difficoltà a svestirsi) o sul decubito, sulla presenza di possibili atteggiamenti antalgici, e sullo stato generale.



SONO PRESENTI ELEMENTI PARTICOLARI A LIVELLO DELL'AREA DI DOLORE?

Modificazioni del trofismo della cute o delle mucose, come cicatrici o postumi di eruzione erpetica, nonché degli annessi cutanei.

- Alterazioni del colore della cute (cianosi, pallore, arrossamento)
- Presenza di masse, adenopatie, edemi o di ematomi
- Riduzione della massa muscolare
- Evidenti alterazioni posturali



SONO PRESENTI ELEMENTI PARTICOLARI A LIVELLO DELL'AREA DI DOLORE?



Eruzione erpetica



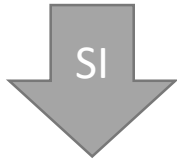
Moncone doloroso



ALGORITMO DIAGNOSTICO DEL DOLORE NEUROPATICO (*ectopico*)

adattato da: Treede RD et al. *Neurology*.2008;70(18) fonte elettronica

1 domanda: L'anamnesi suggerisce una lesione o patologia del sistema somato sensitivo?



2 domanda: il dolore ha una distribuzione neuro anatomica plausibile?



**DOLORE
NEUROPATICO
POSSIBILE**

3 domanda: sono presenti segni positivi o negativi limitati al territorio di innervazione della struttura nervosa lesionata?

4 domanda: la lesione o patologia responsabile del dolore è confermata da un test diagnostico?



Valutazione sistema somato sensoriale

Manovre comparative:

Tatto (batuffolo di cotone)

Sensibilità al caldo (provetta acqua calda)

Sensibilità tattile puntiforme (graffetta)

Se gli stimoli (batuffolo, caldo, punta smussa) vengono percepiti in modo uguale nella zona interessata dal dolore ed in quella sana, le vie somato sensoriali sono integre.



SISTEMA SOMATO SENSORIALE INTEGRO

DOLORE NOCICETTIVO (O NORMOTOPICO)

valutazione della soglia/ipersensibilità recettoriale

Manovra: pressione sul tessuto possibile sede di lesione superficiale o profonda, di entità tale da non suscitare dolore nell'area controlaterale sana, ma di portare lo stimolo a livello della struttura anatomica da valutare.



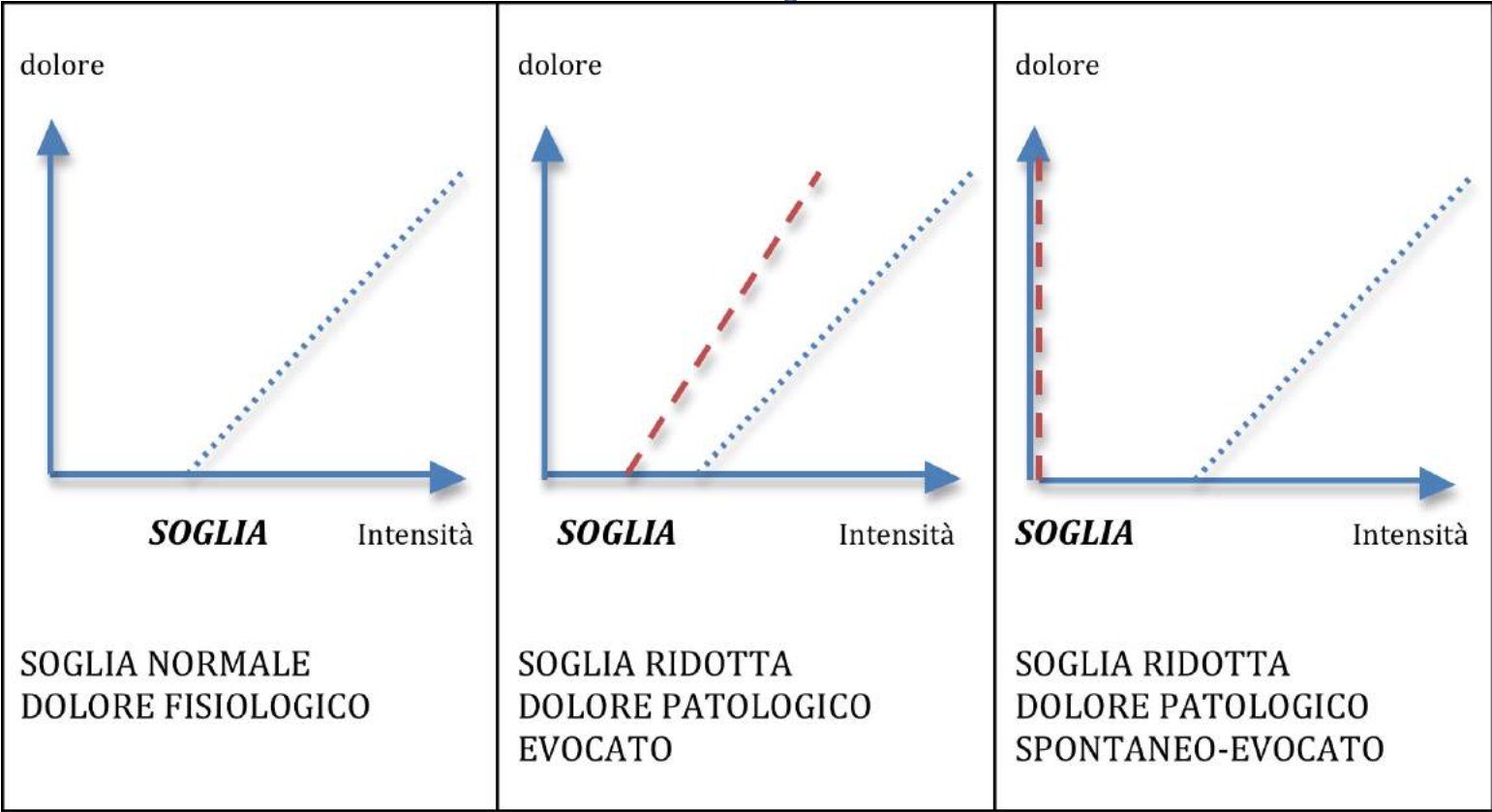
Dolore evocato:

Per stimolo si intende un fattore meccanico, termico o chimico, in grado di generare una risposta riproducibile. In condizioni fisiologiche per generare dolore l'intensità dello stimolo deve essere superiore al valore di soglia, mentre in condizioni patologiche stimoli anche di bassa intensità possono evocare dolore (allodinia).

i movimenti attivi o passivi di ogni parte del corpo, e quindi anche i movimenti involontari intestinali, gli atti respiratori profondi, la tosse.



STIMOLO:
fattore meccanico, termico o chimico, in grado di generare una risposta
NEI RECETTORI



DOLORE NOCICETTIVO

Se nell'area identificata si riesce ad evocare il dolore del paziente con uno stimolo (allodinia meccanica primaria) che in una parte simile del corpo non provoca nulla, possiamo concludere che il pain generator è il nocicettore in quella sede, che il meccanismo patogenetico è la sensibilizzazione del terminale tissutale del primo neurone (fibre C e fibre A delta) che ha portato ad un abbassamento della soglia.



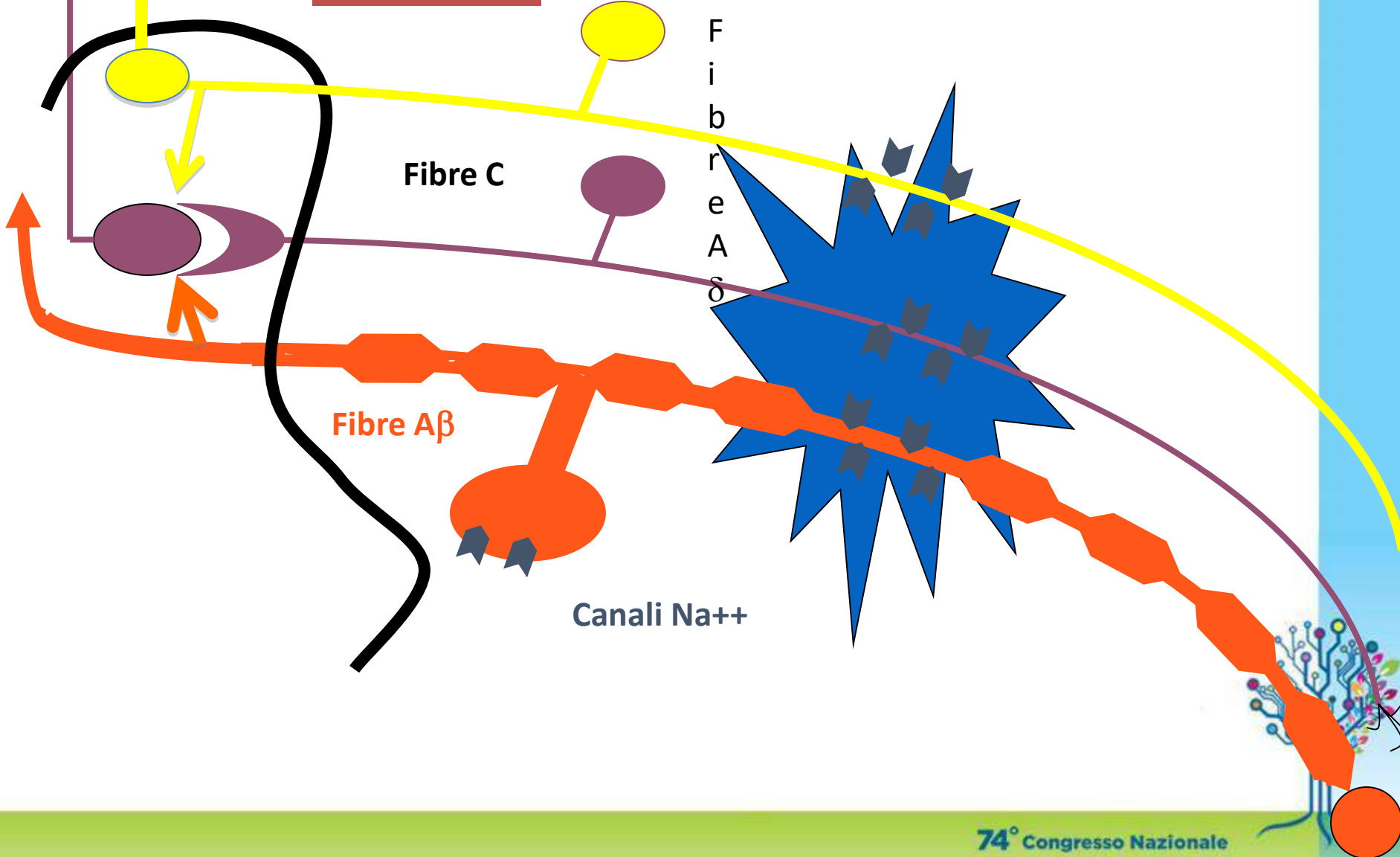
ALLODINIE PRIMARIE (ABBASSAMENTO SOGLIA RECETTORE E/O FIBRA)

In presenza di un processo infiammatorio, i recettori periferici tessutali (superficiali e/o profondi) diventano più sensibili per abbassamento della loro soglia algica → uno stimolo normalmente non doloroso viene percepito come doloroso (fenomeno dell'allodinia primaria del recettore).

→ Si testano somministrando stimoli tattili, termici e pressori normalmente non dolorosi ma che generano dolore nell'area lesionata. Si consiglia di usare solo la manovra della pressione.



Vengono coinvolte vie nocicettive mieliniche o vie sensitive tattili



Deficit del sistema somato sensoriale

DOLORE NEUROPATICO PERIFERICO

In presenza di una lesione di fibra (sito ectopico di generazione del dolore) la fibra diventa più sensibile per abbassamento della sua soglia algica, per cui uno stimolo normalmente non doloroso viene percepito come doloroso (fenomeno dell'allodinia primaria del sito ectopico). Questo fenomeno è evidenziabile mediante la manovra di Tinel.



Nocicettivo non infiammatorio

Un dolore evocato, a volte intenso e disabilitante, da un movimento di una articolazione deformata (si pensi alla coxartrosi) che si attenua progressivamente permettendo al paziente di muoversi, potrebbe non dipendere da una sensibilizzazione dei nocicettori tissutali ma avere un meccanismo patogenetico legato alla deformità stessa e ad un eccessivo stimolo di nocicettori non sensibilizzati.

Questo dolore viene chiamato meccanico-strutturale o da carico

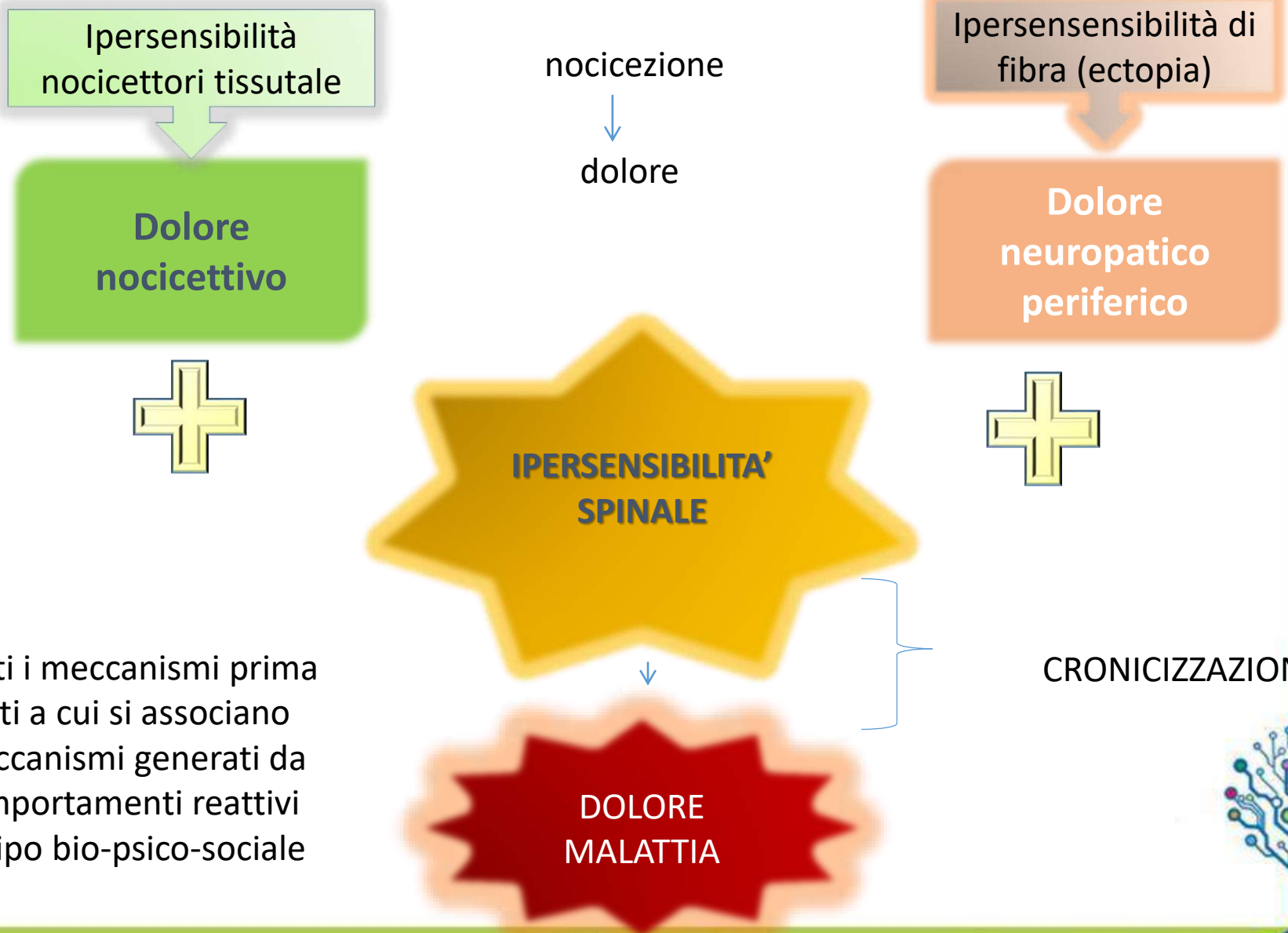


Nella pratica clinica è tutto così semplice?

Si può invece verificare il caso in cui il semplice sfioramento della cute evochi un dolore più o meno intenso. Il dolore evocato è talvolta così intenso da impedire ogni altra manovra diagnostica e una valutazione delle sensibilità. Questa situazione si osserva in presenza della cosiddetta "ipersensibilità dei neuroni spinali" e il dolore evocato dal semplice sfioramento viene chiamato con il termine di "allodinia meccanica dinamica" ed anche di "allodinia secondaria". Queste aree sono presenti intorno ad aree di allodinia primaria, ma anche a distanza in aree di dolore riferito.



DOLORE MALATTIA



Tutti i meccanismi prima citati a cui si associano meccanismi generati da comportamenti reattivi di tipo bio-psico-sociale

CRONICIZZAZIONE



IPERSENSIBILITA' DEI NEURONI SPINALI

Generata dagli impulsi nocicettivi provenienti dalla periferia lungo le fibre C (amieliniche, lenta conduzione)

E' un aumento della sensibilità dei neuroni spinali conosciuti come WRNS (*Wide dynamic Range NeuronS*) o neuroni ad ampio spettro dinamico posti nelle corna posteriori del midollo spinale

L'aumentata sensibilità porta ad un aumento del dolore spontaneo a parità di impulsi afferenti

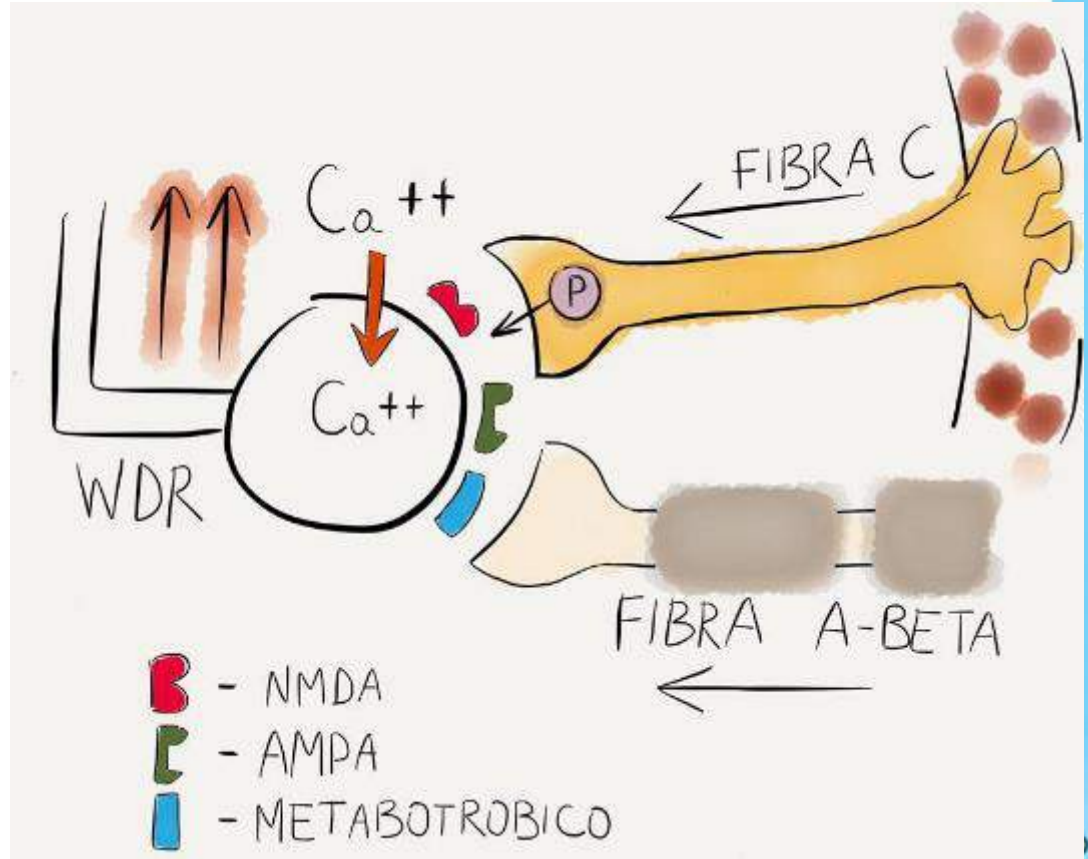
Si allarga il campo recettoriale ed il paziente avverte dolore in un'area *molto più estesa, intorno* quella lesa ed anche in aree *lontane (dolore riferito)*

Il paziente ***non discrimina*** più gli stimoli applicati sui tessuti
stimoli ***non nocivi*** danno origine a dolore (allodinia secondaria) in aree sane.



meccanismi di sensibilizzazione del neurone WDR

in conseguenza di una lesione tissutale/nervosa periferica. L'attivazione spontanea della fibra amielinica (fibra C) da parte della lesione tissutale libera elevate quantità di sostanza P nello spazio sinaptico midollare. In tal modo si rendono attivi alcuni recettori "silenti" sulla membrana post-sinaptica (NMDA, AMPA, metabotropico) che, una volta eccitati, ne inducono la depolarizzazione attraverso l'entrata di calcio nella cellula



Lorenza Bacchini



SI EVIDENZIANO SEGNI DI IPERSENSIBILIZZAZIONE?

ALLODINIE?

- Allodinie (sente dolore) allo sfioramento?
- Allodinie alla pressione?
- Allodinie al movimento?



LA VISITA

ANAMNESI DOLORE

Cosa chiedere?

ESAME OBIETTIVO

Cosa fare?

TERAPIA-SCELTE ASSISTENZIALI

SCELTE TERAPEUTICHE

Di fronte ad un dolore di causa nota e guaribile

Punti di riferimento per la scelta del trattamento:

1. Etiopatogenesi malattia
2. Intensità dolore
3. Durata

Con attenzione a:

1. Ev. Comorbidità
2. Ev. terapie concomitanti

COLICA RENARE
 DISTORSIONE
 HERPES ZOOSTER
 ...



Di fronte ad una persona con dolore

Punti di riferimento per la scelta del trattamento:

1. Genesi DOLORE
2. Intensità dolore
3. Durata terapia



Con attenzione a:

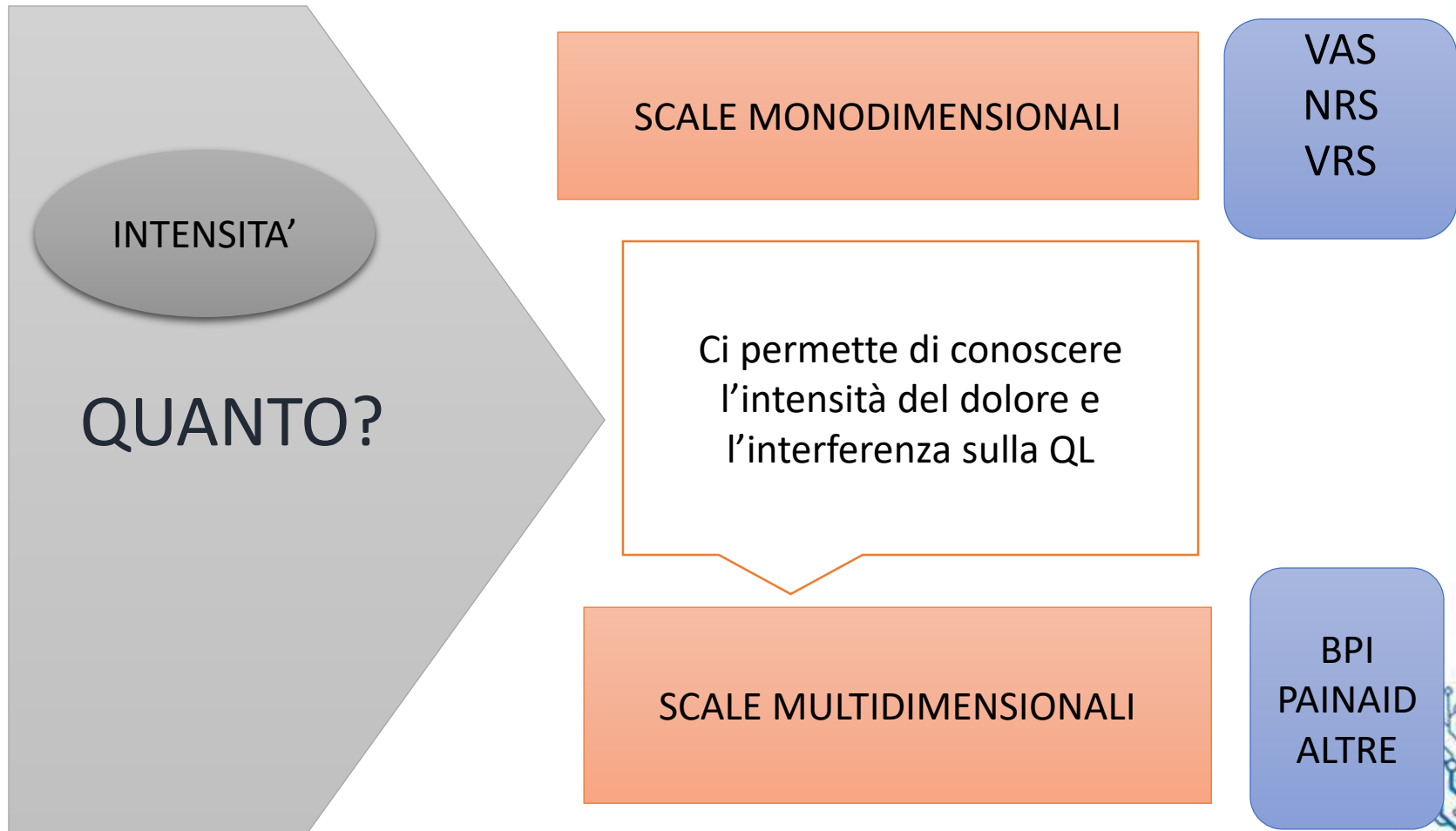
1. Ev. Comorbilità
2. Ev. terapie concomitanti



Cosa chiedo?

MISURAZIONE DOLORE

dolore soggettivo → dato oggettivo



Intensità del dolore: perché misurare?

Misurare il dolore è il primo passo per riconoscerlo e alleviarlo

Per migliorare la relazione medico-paziente (alleanza terapeutica): aumenta la fiducia verso il medico

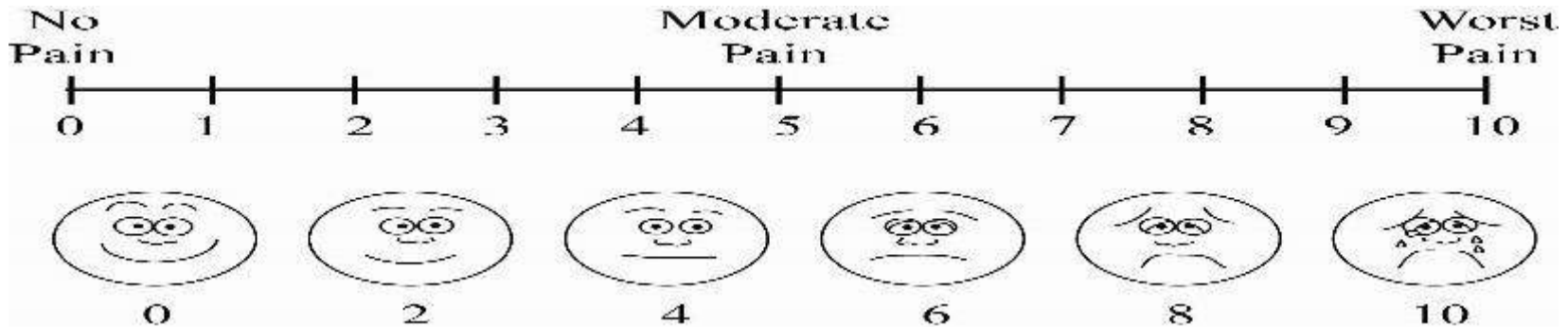
Per quantificare con un numero l'elemento soggettivo del dolore e quindi conoscere uno degli elementi importanti per impostare il regime terapeutico

Per valutare l'efficacia del trattamento nel tempo

Per avere una valutazione omogenea quali-quantitativa dell'assistenza erogata da servizi diversi



SCALE MONODIMENSIONALI



Visual analogue scale



Verbal rating scale

0= no itch 1= low 2= moderate 3= severe itch

Numerical rating scale



Questionario breve per la valutazione del dolore (BPI)

Misura quanto il dolore interferisce con le attività quotidiane (Brief Pain Inventory) e l'intensità utilizzando scale numeriche a 11 punti.

Più utilizzato per il dolore cronico, valuta anche il beneficio avuto dalle terapie assunte

intensità

3 valuti il suo dolore barrando il numero che meglio descrive l'intensità del suo PEGGIOR DOLORE nelle ultime 24 ore

4 valuti il suo dolore barrando il numero che meglio descrive l'intensità del suo dolore più lieve nelle ultime 24 ore

5 valuti il suo dolore barrando il numero che meglio descrive l'intensità del suo dolore in media nelle ultime 24 ore

6 valuti il suo dolore barrando il numero che meglio descrive l'intensità del suo dolore in questo momento



SOLLIEVO

7 che terapie sta prendendo per il suo dolore?
 8 nelle ultime 24 ore, quanto sollievo ha avuto dalla
 terapia? Barrare la percentuale che meglio descrive
 quanto sollievo ha ottenuto (scala 0-100%)



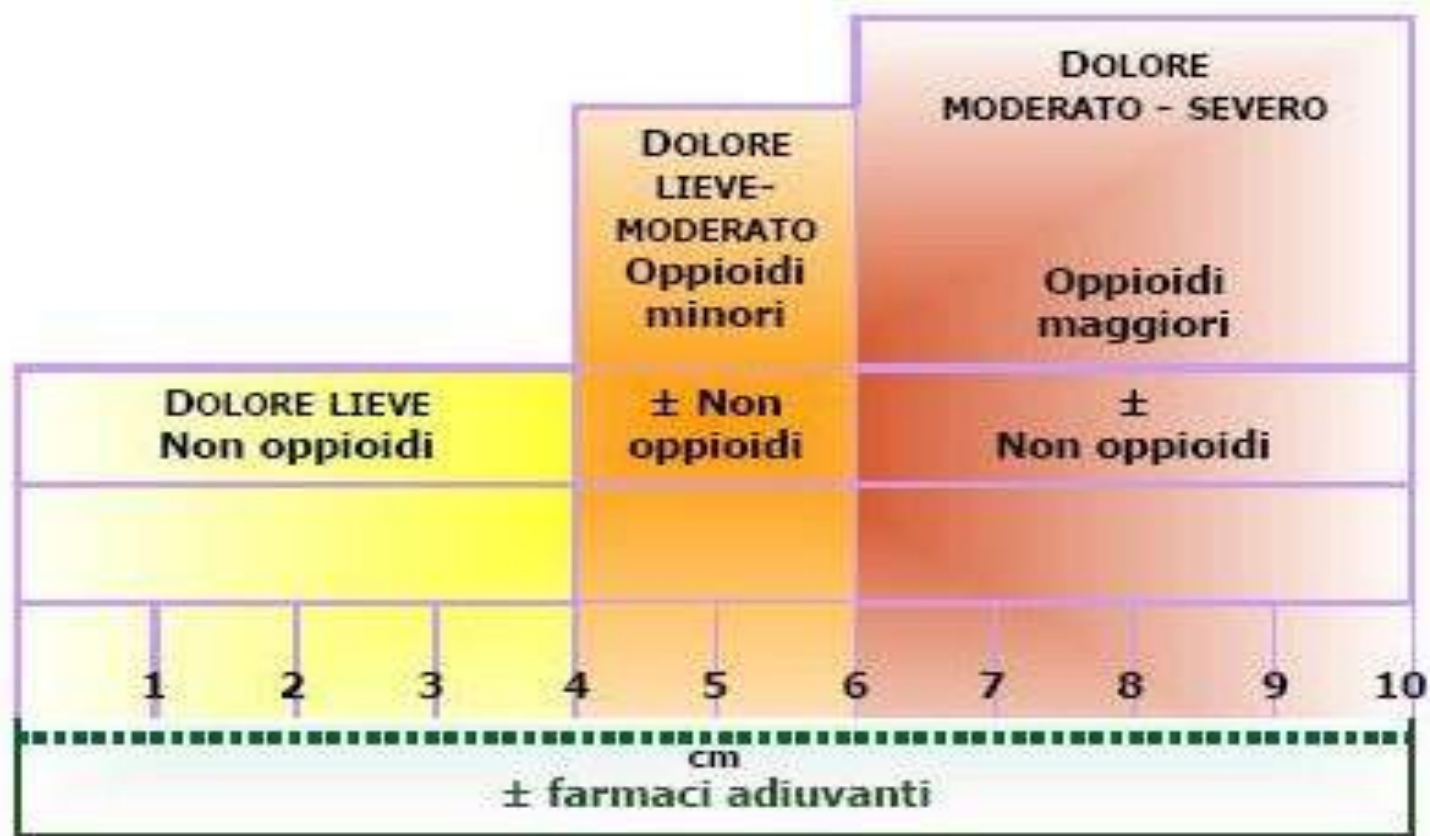
INTERFERENZA

9 barrare il numero che meglio descrive quanto nelle ultime 24 ore il dolore ha interferito con

- La sua attività in generale (1-10)
- Il suo umore (1-10)
- La sua capacità di camminare (1-10)
- La sua normale attività lavorativa (1-10)
- La sua relazione con le altre persone (1-10)
- Il gusto di vivere (1-10)



Scala a 3 gradini OMS



**FARMACI AD AZIONE MODULATORIA
mediata dal sistema inibitorio:**
amitriptilina, duloxetina, clonazepam

**FARMACI AD AZIONE MODULATORIA
INDIPENDENTE :**
Paracetamolo, Oppiacei

↓
Corno
posteriore MSp.

↓

SINAPSI:
•A) MODULA gli impulsi
afferenti

SINAPSI:
•B) AMPLIFICA gli impulsi A delta e C
(ipersensibilità spinale)

TERAPIA
MULTIMODALE
PAIN GENERATOR

3

**ANALGESICI AD
AZIONE
RECETTORIALE**
*steroidi,
Fans, capsaicina, li
docaina*

**FARMACI AD AZIONE
MODULATORIA DIRETTA
PRESINAPTICA:**
*alfa2 delta ligandi
gabapentin ,pregabalin*

**FARMACI ATTIVI
SUI CANALI DEL
NA+**
*TCA, carbamazepina
lidocaina topica*

Genera gli impulsi del
dolore nocicettivo

1
IPERSENSIBILITA' DEL
NOCICETTORE

2
IPERSENSIBILITA' DI
FIBRA (ECTOPIA)

Genera gli impulsi del
dolore neuropatico
periferico



Quali sono gli obiettivi da raggiungere (*outcome sullo stato di salute-benessere*) per chi ha dolore ?

Recupero della disabilità

Sollievo dal dolore (NRS <4)

Attenzione ai potenziali effetti indesiderati nel lungo termine: funzione renale, cardiaca, psichica, sessuale

Attenzione alla Qualità di Vita !



Come giudicare l'efficacia terapeutica?

Valutazione Globale Minima

utilizzare strumenti validati per dare una valutazione:

Ottimo: NRS=zero

Abbastanza buono: NRS -2 e -2 step tollerabilità e capacità di svolgere le attività quotidiane

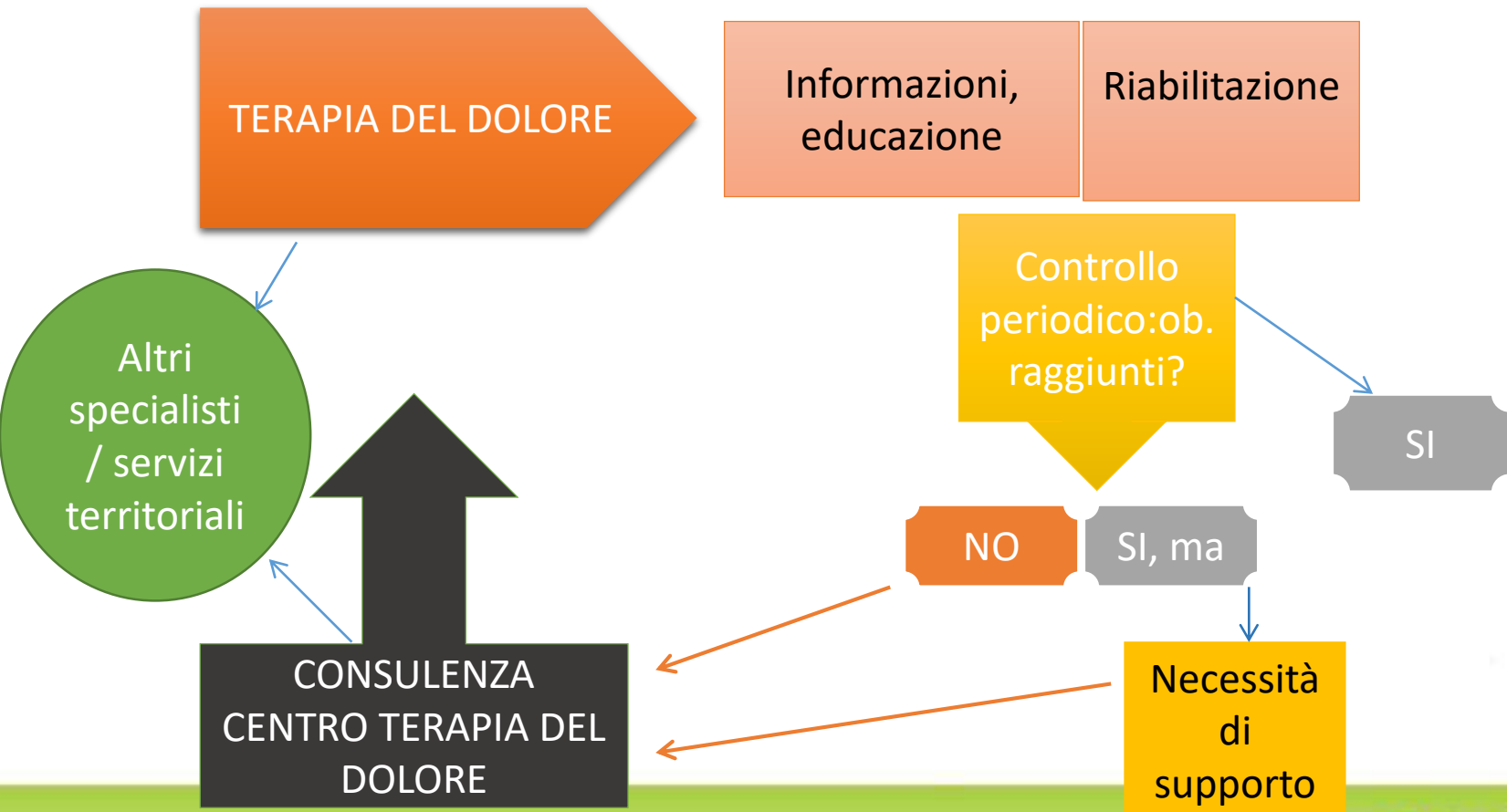
Sufficiente: NRS <4 e -1 step tollerabilità e capacità di svolgere le attività quotidiane

Stazionario: nessun miglioramento percepito

Peggiorato: percezione di peggioramento



IL CONTROLLO DELLA RETE



Grazie per l'attenzione

lorenbac@libero.it

