

IL DOLORE CRONICO

Dott. Gerardo Spennato

DCB

IL DOLORE CRONICO BENIGNO (DCB)
E' UN DOLORE CHE DURA DA PIU' DI
3 MESI ED E' CORRELATO CON
PATOLOGIE PROGRESSIVE NON
NEOPLASTICHE

DEFINIZIONE:NECESSITA' DI UN LINGUAGGIO COMUNE.....

Quando a Napoli ci fu il colera, la colpa fu data alle cozze; in televisione però le cozze furono chiamate mitili e allora successe che buona parte dei napoletani, non sapendo cosa fossero i mitili, continuarono a mangiare le cozze

Luciano De Crescenzo- Storia di filosofia greca- i presocratici

Il dolore è un'esperienza che nessuno di noi vorrebbe sperimentare



“Posso simpatizzare con qualsiasi cosa tranne che con la sofferenza” (O. Wilde)

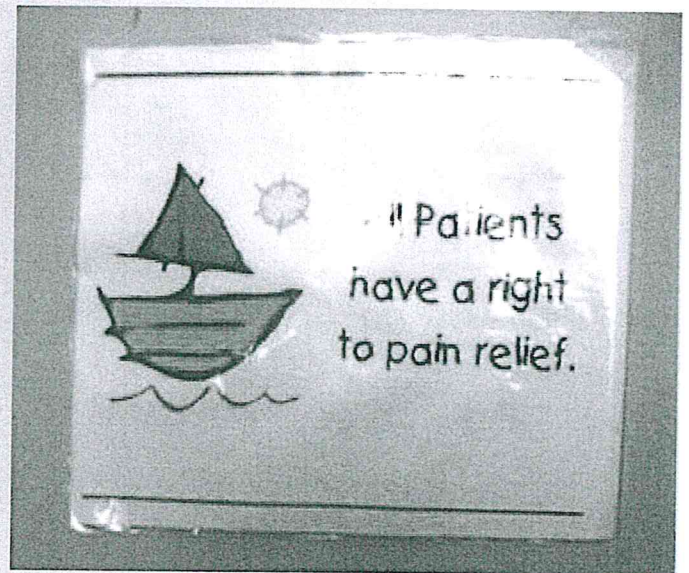
*Il dolore è
un'esperienza
privata e
complessa,
influenzata da
fattori intrinseci
ed estrinseci*



Il Silenzio
J.H. Füssli (1741-†1825)

Il dolore colpisce la vita dei pazienti

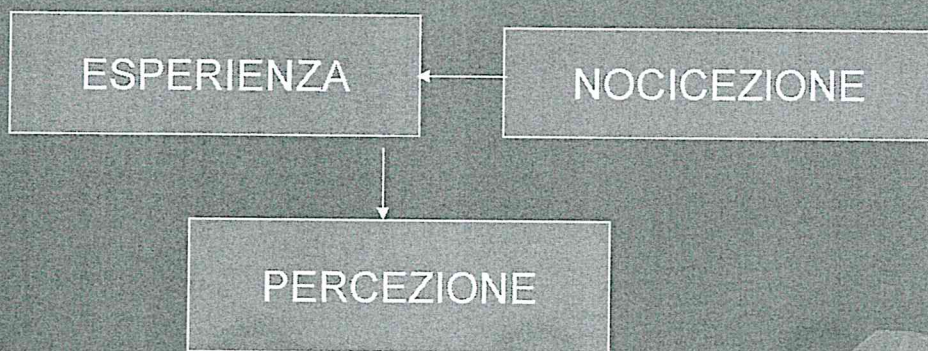
- si manifesta in un **comportamento** (grida, pianto, posizione antalgica, ricerca di aiuto..)
- **non è un fenomeno visibile** né direttamente comunicabile



**“ IL DOLORE E’ UNA ESPERIENZA
PERSONALE SENSORIALE ED
EMOZIONALE SPIACEVOLE ASSOCIATA
AD UN DANNO TISSUTALE ATTUALE O
POTENZIALE O DESCRITTA IN TALI
TERMINI “ (IASP, International Association
Study of Pain)**

DOLORE

DA QUESTA DEFINIZIONE SI RICAVA COME IL DOLORE SIA UNA PERCEZIONE , NON UNA SENSAZIONE REALE, COME AVVIENE PER LA VISTA O PER L'UDITO. ESSA COINVOLGE LA SENSIBILITA' TISSUTALE A DETERMINATI STIMOLI CHIMICI ED ESSI VENGONO INTERPRETATI COME NOCIVI



**IL DOLORE NON E' IN RELAZIONE
SOLTANTO CON LA NOCICEZIONE
(rilevazione di un danno tessutale) MA
ANCHE CON LA MINACCIA O IL TIMORE
DI PROVARE DOLORE (cd componente
affettiva del dolore)**

LA SOFFERENZA

E' la risposta negativa al
dolore

NON SEMPRE PUO' ESSERE
CORRELATO CON L'ESISTENZA O LA
GRAVITA' DI LESIONI ANATOMO-
PATOLOGICHE

COMPONENTI DEL DOLORE

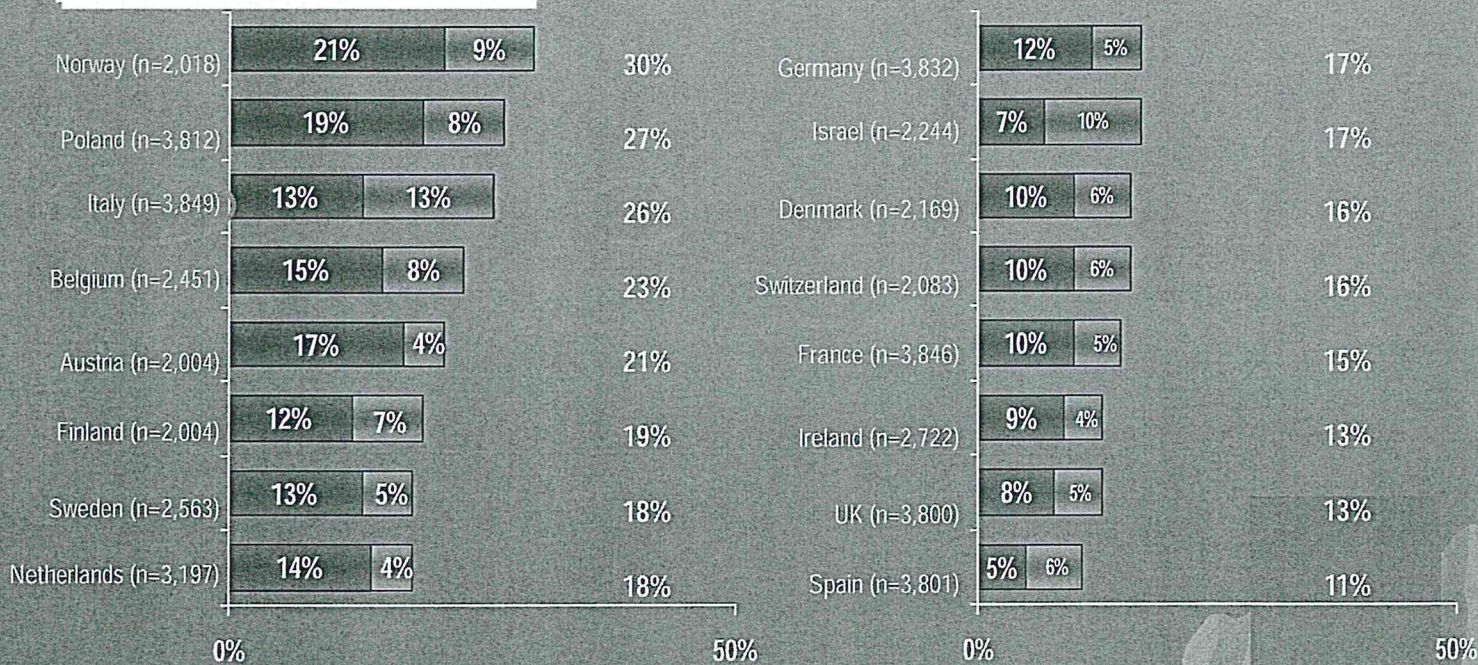
- LESIONE** : rilievo di un danno tessutale (componente oggettiva)
 - SENSAZIONE** : sensazione di uno stimolo, non necessariamente proveniente dalla periferia, ma che può originare anche dall'interessamento diretto delle strutture nervose centrali o periferiche (livello neuropatico)
 - SOPRASCENZA** : percezione dell'elaborato corticale delle precedenti componenti sulla base del vissuto del singolo individuo (interessi, ruolo sociale, stress, ansia, ecc.)
- REAZIONE COMPORTAMENTALE**: è la risposta allo stimolo spiacevole (dolore) che si manifesta con reazioni e gestualità spesso inconscie ed involontarie, oppure con specifiche richieste di aiuto (livelli cognitivo-percettivo e sociologico-ambientale)

Prevalenza del dolore Cronico in Italia

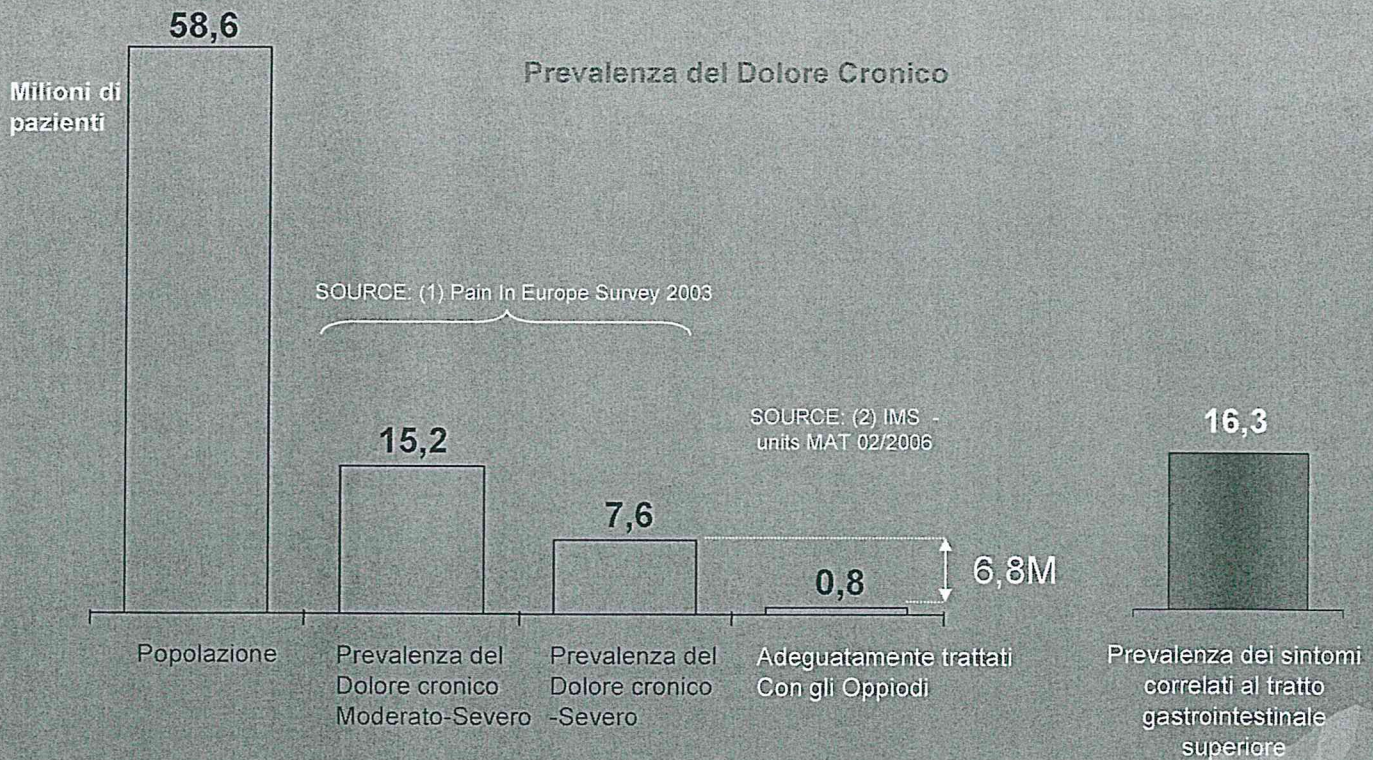
Prevalenza generale = **19%**
(n=46,394)

Moderato **13%** Severo **6%**

■ Moderato
□ Severo



Epidemiologia in Italia

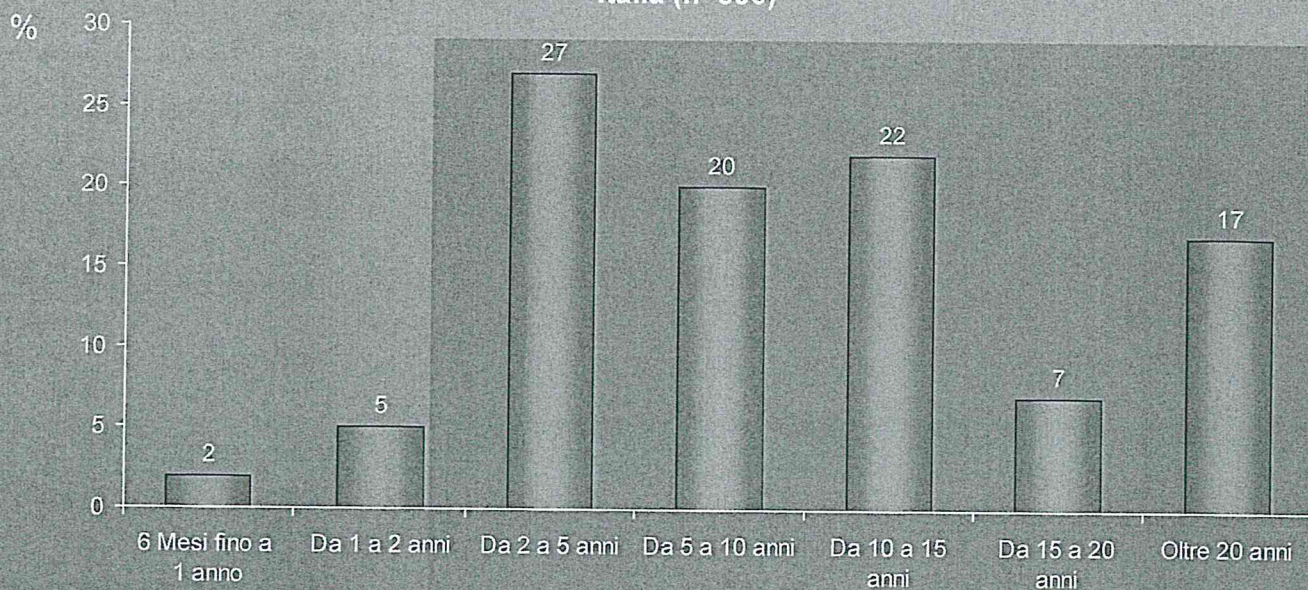


Modalità di trattamento distinte per paese

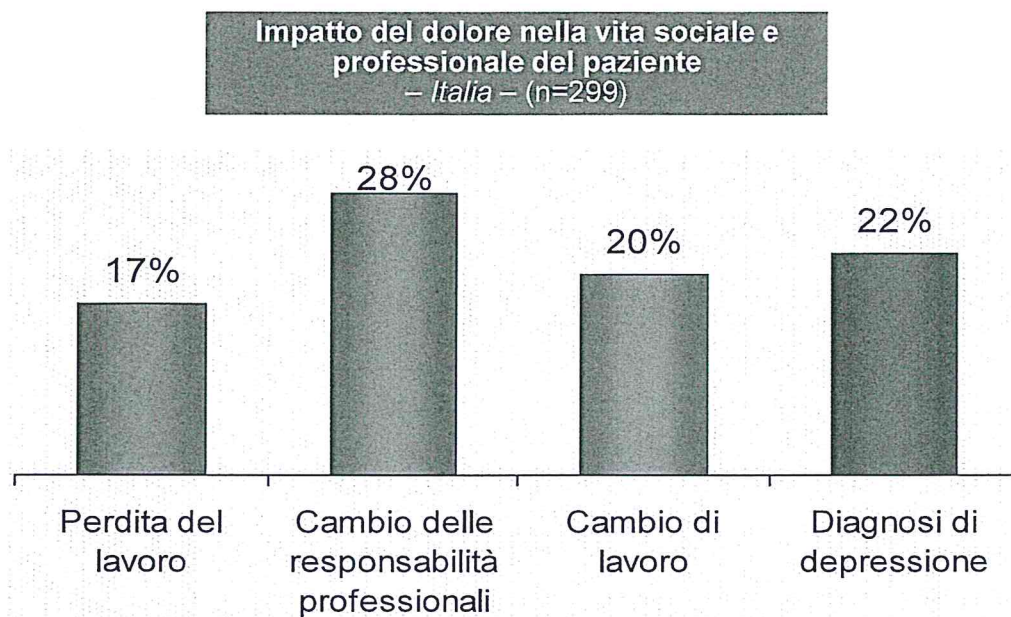
	Totale pesato	UK (n=300)	France (n=300)	Germany (n=302)	Italy (n=300)	Spain (n=301)	Poland (n=300)	Sweden (n=300)	Norway (n=304)	Denmark (n=303)
NSAIDs	44%	23%	25%	54%	68%	49%	71%	27%	24%	38%
oppiacei Deboli	23%	50%	19%	20%	9%	13%	28%	36%	50%	8%
Paracetamolo	18%	38%	38%	2%	6%	8%	8%	26%	45%	0%
COX-2 Inibitori	6%	3%	6%	8%	7%	2%	1%	7%	11%	8%
oppiacei Forti	5%	12%	4%	4%	0%	1%	4%	3%	6%	11%

Durata del Dolore Cronico

Media anni durata del dolore come riferito dai pazienti
Italia (n=300)



L'impatto sociale del dolore cronico



**CIRCA IL 30% DELLA POPOLAZIONE
ADULTA E' AFFETTO DA DCB,
ATTRIBUIBILE NEI 2/3 DEI CASI
A PATOLOGIA MUSCOLO-SCHELETRICA**

Classificazione del dolore

DOLORE ACUTO

- ◆ Esordio improvviso.
- ◆ Si presenta pungente, localizzato, può irradiarsi.
- ◆ Esempi: fratture, dolore post partum, dolore post chirurgico

DOLORE CRONICO

Non chiaramente definito.

Sordo, dolente, persistente, diffuso.

Permane per almeno sei mesi.

Spesso assenza di risposta fisiologica, il paziente può presentare segni di depressione, è chiuso in sè, fiacco, sfinito.

CLASSIFICAZIONE DEL DOLORE

(Crue e Pinsky)

- ◆ **ACUTO:** durata massima pochi giorni, da lieve a grave, causa nota o meno, sempre determinato da uno stimolo nocicettivo (p. es. un trauma)
- ◆ **SUBACUTO:** durata da alcuni giorni a qualche mese, simile al d. acuto, non è una emergenza
- ◆ **ACUTO RICORRENTE:** sintomo recidivante per la presenza di un input nocicettivo ricorrente o prolungato provocato da processi patologici cronici (p.e. artrite reumatoide)
- ◆ **ACUTO PROGRESSIVO:** sintomo continuo ed ingravescente indotto da input nocicettivo continuo e prolungato (p. es. neoplasie)

CLASSIFICAZIONE DEL DOLORE (Crue e Pinsky)

- ◆ **DOLORE CRONICO BENIGNO:** durata > 3 mesi, non neoplastico, l'input nocicettivo può non essere conosciuto; qualsiasi input sensoriale che venga a sommarsi assume importanza particolare; può essere considerato un dolore da causa centrale, completamente svincolato da ogni stimolo periferico (p. es. fibromialgia)
- ◆ **DOLORE CRONICO INTRATTABILE:** l'atteggiamento del paziente sovrasta ogni altra componente; il comportamento stesso del malato viene modificato ed il dolore diviene il punto centrale della sua vita

CLASSIFICAZIONE TEMPORALE DI MELZACK E LOESER

- ◆ **DOLORE TRANSITORIO:** determinato da stimoli nocicettivi di breve durata; funzione di allarme al fine di proteggere l'individuo da un danno tissutale
- ◆ **DOLORE ACUTO:** secondario ad uno stimolo definito e determinato da una lesione tissutale in atto, ma non irreversibile
- ◆ **DOLORE CRONICO:**
 - a) determinato da uno stimolo nocicettivo persistente
 - b) conseguenza di uno stimolo nocicettivo temporaneo che ha indotto modificazioni permanenti delle altre componenti (percezione, sofferenza, reazione comp.)

Tipo di dolore rispetto al
tempo.

Continuo
Intermittente

Tipo di dolore rispetto alla sede

- ◆ Viscerale (poco localizzabile)
- ◆ Somatico (cute, apparato vascolare, ben localizzabile)
- ◆ Neuropatico (trafitture di spilli, dolore diffuso, sindrome post erpetica, arto fantasma)

Dolore Viscerale

- ◆ Determinato da stimolazione di terminazioni nervose libere di organi interni (nocicettori).
- ◆ Distribuzione vaga.
- ◆ Profondo, sordo e dolente.
- ◆ Spesso associato a nausea, vomito, alterazione della pressione e del battito cardiaco.
- ◆ Esempi: crampi intestinali, dolore mestruale.

Dolore Somatico

- ◆ Determinato da stimolazione di terminazioni nervose libere cutanee o superficiali e profonde (nocicettori)
- ◆ Lo stimolo che produce il dolore e' evidente (trauma)
- ◆ Il dolore è localizzato.
- ◆ Tende ad essere responsivo agli analgesici.
- ◆ Può essere anche dovuto a un organo viscerale affetto da patologia.
- ◆ Dolore riferito; braccio sinistro- infarto è un classico esempio di dolore somatico.

Dolore Neuropatico

- ◆ E' causato da un danno al sistema nervoso periferico o centrale.
- ◆ Assenza di stimolo evidente.
- ◆ Il dolore è insolito, dissimile dal dolore somatico.
- ◆ Può persistere malgrado la terapia antalgica.
- ◆ Sindrome dell'arto fantasma, è un esempio di dolore neuropatico.

Meccanismi fisiopatologici

Dolore nocicettivo:

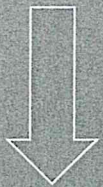
Si attivano i nocicettori a livello delle strutture che producono

- ◆ una sensazione molesta di tipo acuto, continua , pulsante, come una pressione
- ◆ Sensazione dolorosa mal localizzata, crampiforme o urente, profonda, riferita anche a aree distanti

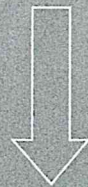
Il dolore neuropatico

- ◆ Deriva da un danno a livello del SNC o SNP che comporta un'alterazione delle afferenze somatosensoriali
- ◆ Il dolore è riferito come urente, parossistico, come una scossa elettrica
- ◆ Si può associare a parestesia, allodinia o iperalgesia

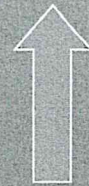
Aspetti psicologici che influenzano la percezione e la soglia del dolore



- * Ansia
- * spossatezza
- * terrore
- * isolamento
- * sofferenza
- * paure



Insonnia
rabbia
depressione
dolore



- *sonno
- *riposo
- *distrazioni
- *empatia
- *solidarietà

IL CONTESTO

Precedenti esperienze di dolore

Atteggiamenti dei familiari

Differenze individuali

Sesso

Età e fasi di vita

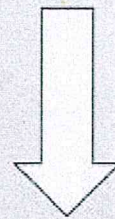
stati psicologici

Aspetti socio-culturali e religiosi

Il contesto del dolore



- Il contesto attuale (situazione in cui l'esperienza di dolore si verifica)



- Motivo del dolore
- Motivazione al dolore

TIPOLOGIA DEL DOLORE

cronico non
neoplastico

cronico
neoplastico

DOLORE FISICO+ DOLORE
EMOZIONALE+ DOLORE
SPIRITUALE.



DOLORE TOTALE

Memoria del dolore

Memoria del dolore

La memoria del dolore è influenzata non solo dall'intensità dello stimolo percepito ma anche dalle conseguenze che ne sono derivate.

Memoria del dolore

Sembra che la memoria del dolore di per sé possa agire come stimolo doloroso e determinare un'esperienza dolorosa anche in assenza di stimoli dolorosi.

Memoria del dolore

Il ricordo di spiacevoli sensazioni
dolorose può influenzare
significativamente la percezione di
un nuovo stimolo doloroso.

(Bryant 1993)

Memoria del dolore

Complicati meccanismi
neurofisiologici stanno alla base della
memorizzazione spinale del dolore

PUNTO NODALE E' IL FENOMENO
DELLA PLASTICITA' NEURONALE A
LIVELLO DEL MIDOLLO SPINALE
(dove convergono le afferenze periferiche,
da cui partono le vie afferenti centrali e su
cui agiscono le vie inibitorie discendenti)

LA STIMOLAZIONE NOCICETTIVA
PROLUNGATA CON PERSISTENZA DI
AFFERENZE NOCICETTIVE ATTIVA
UNA CASCATA DI MECCANISMI
NEUROCHIMICI →

MODIFICAZIONI DELLE
CONNESSIONI INTERNEURONALI
CON SQUILIBRIO DELLA
ORGANIZZAZIONE SINAPTICA A
FAVORE DELLA COMPONENTE
ECCITATORIA A SCAPITO DI QUELLA
INIBITORIA →

TALI MODIFICAZIONI, UNA VOLTA
INSTAURATESI, PERSISTONO ANCHE
SE SI ABOLISCE LA CAUSA
SCATENANTE, CIOE' LO STIMOLO
PERIFERICO, ED HANNO I CARATTERI
DELLA MEMORIA

CLINICAMENTE SI HA

- ◆ DOLORE SPONTANEO
- ◆ ALLODINIA
- ◆ IPERALGESIA

La memorizzazione del dolore comporta:

- riduzione soglia del dolore
- aumento risposta del neurone
- presenza di iperalgesia
- dolore persistente
- cronicizzazione di alcune forme di dolore

**IL FENOMENO CLINICO PIU'
EVIDENTE E' LA DOLORABILITA'
CHE DERIVA DA DUE EVENTI
FISIOPATOLOGICI**

- ◆ **IPERALGESIA:** esagerata sensazione di dolore in risposta ad uno stimolo nocivo
- ◆ **ALLODINIA:** sensazione dolorosa in seguito ad uno stimolo innocuo

CONSEGUENZE CLINICHE

- ◆ riduzione soglia agli stimoli nocivi – innocui
- ◆ aumentata sensazione dolorosa in risposta a stimoli soprasoglia
- ◆ dolore spontaneo (o comunque svincolato dallo stimolo iniziale che può essersi oramai esaurito)

GLOBALMENTE QUESTI EVENTI
SONO DEFINITI SENSITIZZAZIONE –
EVENTO NEUROFISIOLOGICO CHE SI
VERIFICA SIA A LIVELLO PERIFERICO
CHE CENTRALE E CONDUCE AD UNA
TRASFORMAZIONE ED ESALTAZIONE
DELL'INFORMAZIONE NOCICETTIVA

La valutazione del dolore

Bisogna tenere in considerazione tre concetti:

1. La valutazione clinica complessiva
2. **Il paziente**
3. Il dolore che si vuole misurare

Intensità del dolore



Emozione 1
spiacevolezza



Emozione 2
Depressione
Frustrazione
Rabbia
paura



comportamento

Dolore: il 5° segno vitale

- ◆ Il dolore deve venire considerato come il "5° segno vitale"
- ◆ Bisogna registrare il dolore dei pazienti ogni qualvolta si registrano frequenza cardiaca, pressione arteriosa, temperatura, e frequenza respiratoria
- ◆ Il personale medico e infermieristico deve considerare l'evidenza di un dolore non controllato come un "allarme rosso"

La percezione del dolore da parte del paziente

Il dolore è soggettivo e può venire influenzato da:

- ◆ Età^{1,2}
- ◆ Sesso¹
- ◆ Cultura²
- ◆ Comunicazione/capacità di linguaggio
- ◆ Precedenti esperienze

1. Burns JW, et al. *Anaesthesia*. 1989;44:2-6.

2. Preble L, Sinatra R. In: Sinatra RS, et al, eds. *Acute Pain Mechanisms and Management*. St. Louis: Mosby-Year Book, 1992:140-150.

Per un'attenta valutazione del dolore

considerare:

- ◆ **siti del dolore**
- ◆ **quantità del dolore**
- ◆ **qualità e tipologia (cercare "attivamente" le caratteristiche correlabili a dol. neuropatico)**
- ◆ **fattori esacerbanti e migliorativi**
- ◆ **episodi di BTP (*breakthrough_{anch} pain*)**
- ◆ ***pattern* temporale**
- ◆ **risposte ai pregressi trattamenti**

(Foley, 1998)

Per un'attenta valutazione del dolore

considerare anche:

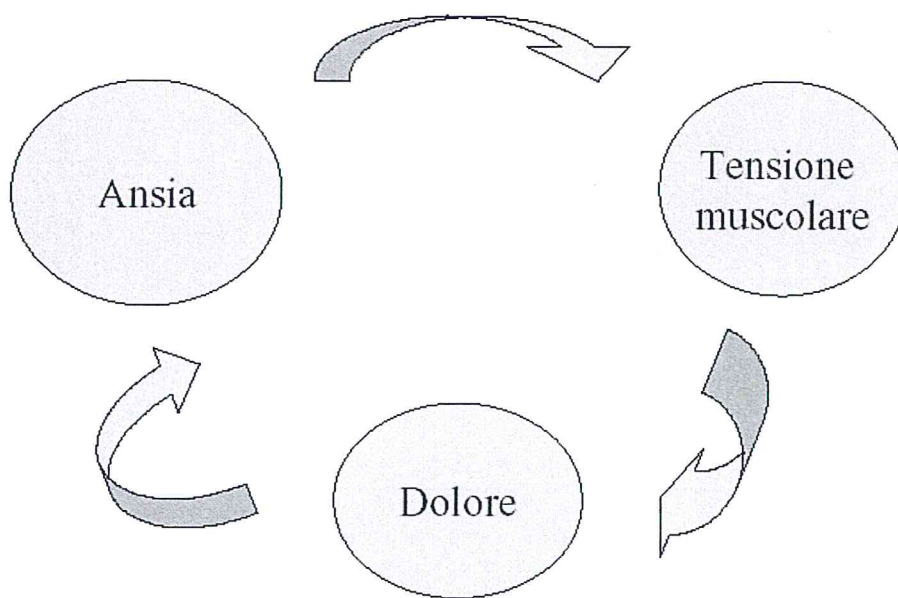
- ◆ **sintomi e segni associati**
- ◆ **interferenza sul modello e la qualità di vita quotidiana e sull'autonomia del soggetto**
- ◆ **impatto sull'assetto psicologico**

(Foley, 1998)

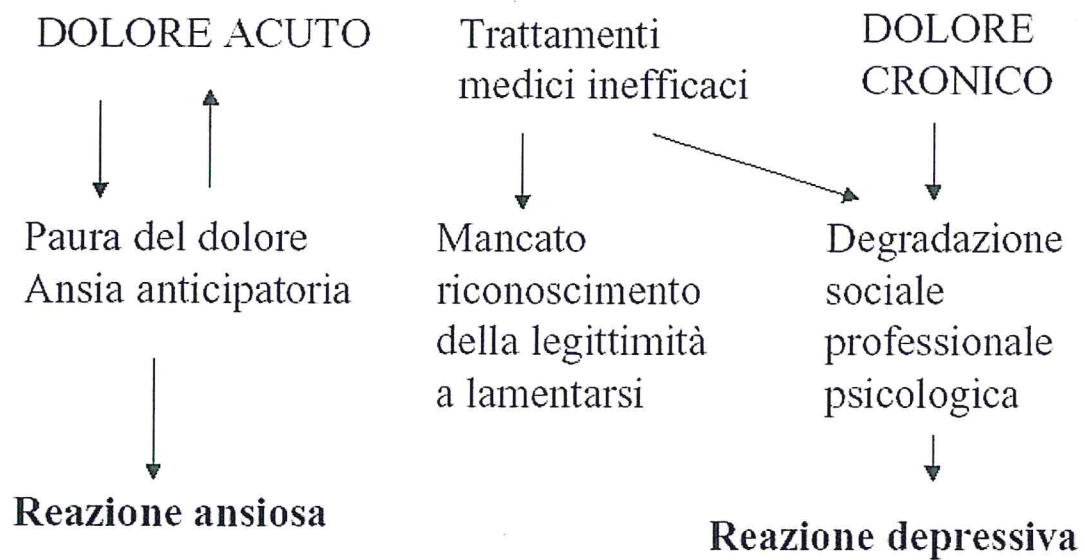
CONSEGUENZE DEL DOLORE

- ◆ Modifica della personalità
- ◆ Adattamento dello stile di vita
- ◆ Diminuzione della qualità della vita
- ◆ Mutamenti relazionali
- ◆ Inabilità lavorativa
- ◆ Modifica degli interessi

Circolo vizioso



Dolore e ansia o depressione



Scale unidimensionali del dolore

- ◆ Analogiche visive (VAS)
- ◆ Scale numeriche (NRS)
- ◆ Scale verbali (VRS)

VAS

- ◆ Adatta per valutazioni rapide
- ◆ Semplice
- ◆ Limiti: difficile da usare per pazienti con livello culturale più basso e con gli anziani
- ◆ Può non essere sensibile nel valutare gli effetti delle terapie che modificano la componente affettiva del dolore

NRS

- ◆ Il dolore può essere valutato con una sola domanda: considerando una scala da 0 a 10 in cui 0 corrisponde all'assenza di dolore e a 10 il massimo dolore immaginabile, quanto valuta l'intensità del suo dolore?
- ◆ Rapide semplici e di comune impiego

VRS

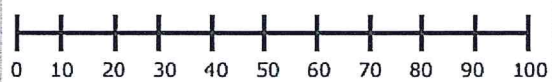
- ◆ Il livello di intensità del dolore si valuta con degli **aggettivi**
- ◆ Sono disposti per gradi (nessun dolore, lieve moderato, forte, fortissimo)
- ◆ Limite: possono non comprendere tutti i livelli del dolore
- ◆ La distanza tra un grado e l'altro non è sempre uguale

Principali scale di quantificazione del dolore

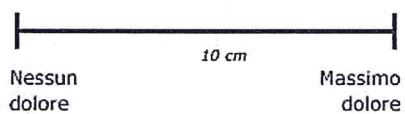
Scala verbale

- assente
- lieve
- moderato
- forte
- fortissimo

Scala numerica



Scala analogica visiva (VAS)



Scala cromatica

Massimo dolore



Nessun dolore



Scala numerica a 11 punti

nessun dolore													il massimo dolore avvertibile
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

Oscar Corli

E' inoltre opportuno suddividerle in:

- auto valutative (self-report) si basano sulla descrizione verbale o analogica che la persona riesce a dare del proprio dolore, i limiti pertanto sono posti soprattutto dalle capacità cognitive e comunicative e dall'età del paziente (*grado raccomandazione C*);

- etero valutative valutano specifici indici comportamentali e fisiologici in risposta ad uno stimolo doloroso derivandone un punteggio secondo l'intensità del dolore, sono oggettive e rappresentano l'analisi comportamentale associata a parametri fisiologici e si utilizzano qualora l'autovalutazione (anche assistita) non sia possibile o affidabile

Scale di sollievo

- ◆ Si utilizzano in associazione alla misurazione dell'intensità del dolore
- ◆ Associata a misurazione del tono dell'umore e dello stress psicologico
- ◆ Limiti: troppo soggettiva, non attendibile

Questionari multidimensionali

- ◆ MPQ

- ◆ Brief Pain Inventory

MPQ

- ◆ 78 descrittori del dolore che comprendono 3 dimensioni: sensoriale, affettiva e valutativa
- ◆ In Italia esistono 2 versioni: il più usato è il QUID
- ◆ Il paziente definisce il suo dolore con degli aggettivi (periodico, persistente bruciante, ecc.)

Brief pain inventory

- ◆ Valuta l'interferenza del dolore con le abituali attività (psicosociali e fisiche)
- ◆ È basato su scale da 0 a 10
- ◆ Dolore peggiore, medio e minimo nelle 24 ore precedenti e dolore attuale
- ◆ Sollievo da 0 a 100
- ◆ Valido sia per DCB che per dolore neoplastico
- ◆ Dolore diventa significativo sopra 5

Somministrazione

- ◆ I test sono più affidabili se somministrati più volte nell'arco della giornata e per diversi giorni consecutivi
- ◆ Da tenere in considerazione:
 1. Riferimenti temporali
 2. Condizioni cliniche particolari (breakthrough pain)
 3. Siti di dolore

La valutazione del dolore comprende:

- ◆ Anamnesi medica
- ◆ Esame fisico
- ◆ Anamnesi del dolore
- ◆ Descrizione del dolore (localizzazione, qualità, frequenza, intensità, disturbi consecutivi)
- ◆ Esame neurologico
- ◆ Esame psicosociale

La documentazione sul dolore

Le cartelle giornaliere aiutano i pazienti a documentare il dolore fra una visita ospedaliera e l'altra.

Per fornire un quadro utile, dovrebbero contenere le seguenti informazioni:

Dov'è il dolore?

Com'è il dolore?

Quali sono i sintomi e i segni associati al dolore?

Il dolore varia durante il giorno?

Quando è iniziato il dolore?

Quali fattori rendono il dolore migliore –peggiore?

Come il dolore influenza la vita quotidiana?

Come il dolore influenza la vita del paziente?

Come il dolore influenza l'atteggiamento del paziente?

Come il dolore risponde alla terapia?