



SOCIETÀ ITALIANA
G.U.I.D.A.

PER LA GESTIONE UNIFICATA E INTERDISCIPLINARE
DEL DOLORE MUSCOLO-SCHELETRICO E DELL'ALGODISTROFIA

I CONGRESSO NAZIONALE

NAPOLI *9-11 marzo 2017*

NAPOLI

Hotel Royal Continental

RELATORE

Antonio Tavoni

9-11 marzo 2017

U.O. Immunoallergologia Universitaria

A.O.U.P. Pisa

Il dolore neuropatico nelle malattie autoimmune sistemiche



Dott. Antonio Tavoni

U.O. Immunoallergologia Universitaria
Ospedale Santa Chiara, Pisa



Caso clinico:

A.V. f, 65 aa

- STORIA CLINICA (1):
 - In anamnesi patologica remota pregressa infezione da HCV ed HBV in età giovanile, in remissione clinica senza alcun trattamento. Segue periodici controlli da parte del medico curante.
 - Nell'agosto 2014 giunge in PS per dolore urente alle estremità degli arti e comparsa di macchie scure sulla pelle. All'esame obiettivo paziente fortemente agitata, con ecchimosi in sede pretibiale e ischemia alle dita dei piedi e delle mani.

Caso clinico:

A.V. f, 65 aa

- STORIA CLINICA (2):
- Esegue accertamenti clinici e viene ricoverata in reparto medico.
- Gli esami ematici mostrano:
 - ipergammaglobulinemia,
 - ipocomplementemia,
 - fatto reumatoide positivo,
 - indici di flogosi alterati.
- Dati questi riscontri inizia trattamento steroideo
- Qui dopo pochi giorni si delinea un quadro di ischemia critica alle estremità dei 4 arti sostenuto da vasculite necrotizzante HCV correlata
- Diagnosi: Vasculite necrotizzante HCV correlata in paziente con pregressa infezione da HCV ed HBV







- Quali opzioni terapeutiche?

- Terapia sintomatica
- Terapia immunoattiva
- Terapia vasodilatatrice
- Tutte le precedenti

Caso clinico:

A.V. f, 65 aa

- STRATEGIA TERAPEUTICA:
- Dopo consulenza reumatologica viene programmato trattamento aferetico nel fondato sospetto che si tratti di una vasculite da immunocomplessi.
- La paziente riferisce dolore urente agli arti e nelle zone ischemiche e viene contestualmente iniziata terapia analgesica con oppiacei e stabilizzanti di membrana.
- Il trattamento analgesico viene progressivamente semplificato man mano che la terapia aferetica ed antireattiva dimostrano la propria efficacia.

Approccio al paziente con sintomatologia dolorosa

- 1) Partendo da una accurata anamnesi e da un esame obiettivo completo è possibile identificare le caratteristiche del dolore.**
- 1) Le caratteristiche del dolore consentono di inquadrarne la o le eventuali cause al fine di impostare un corretto trattamento.**

Approccio clinico al paziente con dolore

1- ANAMNESI

Precedenti familiari: AR, AP, malattie del rachide, artrosi

Attività lavorativa, traumi, infezioni

Sintomi d'accompagnamento: febbre, astenia, rash, rigidità articolare etc.

Modalità di comparsa del dolore (improvvisamente o insidiosamente)



Approccio clinico al paziente con dolore

2- ANALISI DEL DOLORE

Carattere: che tipo di dolore è?

Sede:

- scheletro?
- muscoli?
- tendini?
- sistema nervoso?
- articolazioni?

Cadenza: quando compare?

Segni obiettivi

Evocabilità



Approccio clinico al paziente con dolore

3- ESAME OBIETTIVO

ISPEZIONE: articolazione tumefatta e/o arrossata

PALPAZIONE: calore, edema dei tessuti molli, versamento sinoviale

VALUTAZIONE FUNZIONALE: limitazione dei movimenti attivi e passivi.



Valutazione del dolore: Misure algometriche

Le misurazioni algometriche sono gravate da profonde connotazioni emotive. Non può sorprendere quindi, la varietà delle metodiche applicate alla misura del dolore.

- **VALUTAZIONE OGGETTIVA**
- **VALUTAZIONE SOGGETTIVA**

Misure algometriche

VALUTAZIONE OGGETTIVA

Induzione del dolore mediante **stimoli controllati nell'intensità, durata ed intervallo di ripetizione**, applicati in ordine crescente o decrescente con varie modalità (meccaniche, chimiche, termiche ed elettriche) con conseguente valutazione dei parametri di risposta (soglia di percezione, soglia di reazione e soglia di tolleranza, soglia differenziale).

L'algometria pressoria è il principale mezzo di valutazione utilizzato nel tentativo sia di confermare il sospetto di:

- fibromialgia: ricerca di tender points
- artrite reumatoide e più in generale dei reumatismi infiammatori cronici: misurazione dell'indice di Ritchie

Misure algometriche

VALUTAZIONI SOGGETTIVE

L'introduzione delle scale di valutazione rappresenta il primo passo nello studio della componente soggettiva del dolore. Tali scale possono essere genericamente distinte in:

- **qualitative** (o scale inferiori): se viene attribuito un carattere al dolore (lieve moderato, forte ecc...)
- **quantitative** (o scale superiori): se viene attribuito un valore numerico.

L'uso di tali scale può risultare utile per valutare l'evoluzione nel tempo del dolore in uno stesso individuo, ma è meno attendibile a comparare l'intensità del dolore fra individui diversi.

Scale di valutazione

a

Scala di valutazione verbale (PPI)

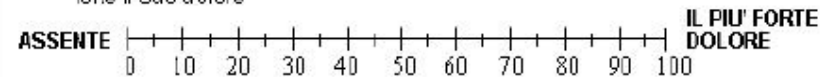
Alle varie classi qui sotto indicate si associano termini che rappresentano livelli di dolore sempre più elevati. Indichi con una crocetta la parola che meglio esprime il Suo dolore

0. Dolore assente	1. Dolore leggero	2. Dolore che mette a disagio	3. Dolore che angoscia	4. Dolore orribile	5. Dolore atroce
-------------------	-------------------	-------------------------------	------------------------	--------------------	------------------

b

Scala di valutazione numerica (NRS)

Indichi con una crocetta su questa scala graduata da 0 a 100 quanto è forte il Suo dolore



c

Scala analogica visiva (VAS)

Indichi con una crocetta su questa scala da 0 a 100 quanto è forte il Suo dolore



d

Scala cromatica dei grigi

Indichi con una crocetta su questa scala sfumata in grigio quanto è forte il Suo dolore



Tipologie di dolore nel paziente con malattie autoimmune sistemiche

dolore di origine miofasciale:

fibromialgia
polimialgia reumatica
PM/DM

dolore di origine articolare:

infiammatorio
meccanico

dolore angiopatico:

sclerosi sistemica
vasculiti
AR
LES

dolore di origine scheletrica:

frattura o microfrattura, metastasi
distensione o irritazione del periostio
aumento della pressione intramidollare

DOLORE NEUROPATICO

Dolore neuropatico

Definizione: condizione dovuta a una malattia o una lesione del sistema nervoso somato-sensitivo, a livello centrale o periferico.

Dolore neuropatico: eziologia.

- ❑ Neuropatie periferiche infettive (HIV, malattia di Lyme)
- ❑ Neuropatie periferiche da vasculite dei vasa nervorum (es. crioglobulinemia)
- ❑ Neuropatia da amiloide
- ❑ Vasculite SNC (primitiva, secondaria)

Dolore neuropatico: caratteristiche cliniche.

Si può presentare in associazione a fenomeni clinici:

Positivi:

parestesie/disestesie (sensazioni anomale non dolorose).

Negativi:

deficit sensitivi all'interno dell'area dolorosa
eventualmente associati a deficit di altra tipologia (e.g.
motori) , a seconda del tipo di danno.

Dolore neuropatico: caratteristiche cliniche.

Può presentarsi nelle seguenti forme:

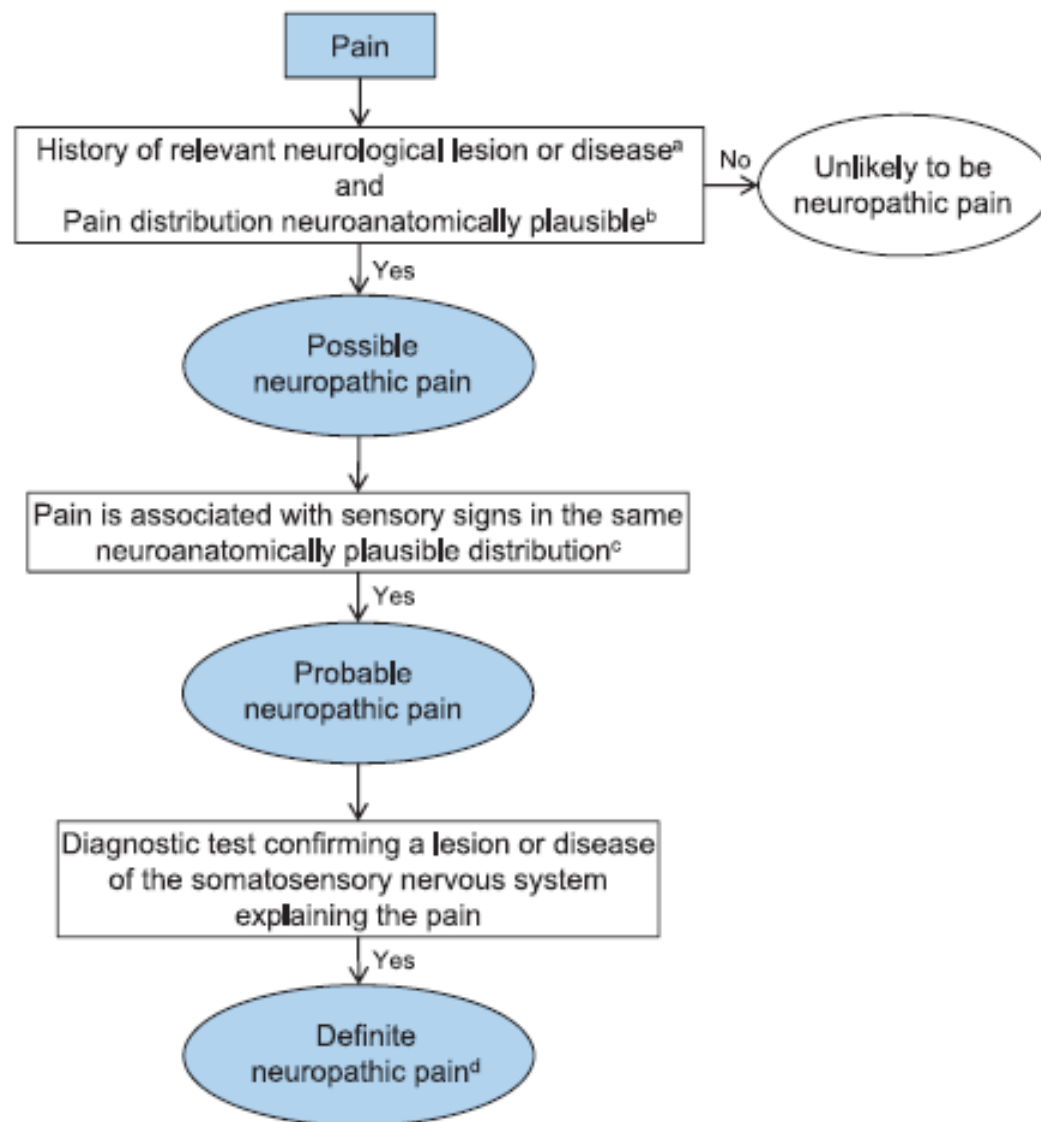
- spontaneo:
 - continuo
 - parossistico
- evocato:
 - allodinia (dolore scatenato da stimoli non dolorosi)
 - iperalgesia (risposta esagerata a uno stimolo doloroso).

Leading
complaint

History

Examination

Confirmatory
tests



Dolore neuropatico: trattamento

Antiepilettici
Antidepressivi
Oppiacei

Terapie emergenti:
Farmacologiche
Non farmacologiche

Table 1 Summary of emerging therapies in NP [6, 21, 33, 78]

Pharmacological treatment

Acetyl-L-carnitine (ALC)
Alpha-lipoic-acid (ALA),
Cannabis products
Cebranopadol
Angiotensin II type 2 receptor antagonist

Neuromodulation

Dorsal root ganglion stimulation
Peripheral nerve stimulation (PNS)
Repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS)
Motor cortex stimulation (MCS)
Deep brain stimulation (DBS).
High-frequency spine cord stimulation
Sacral neurostimulation
Intrathecal medications
Ziconotide
Nociceptin/orphanin FQ peptide receptor (NOP) agonists

Optogenetics

Dolore neuropatico: trattamento farmacologico.

VANTAGGI: la migliore maneggevolezza delle terapie farmacologiche le rende la prima linea di trattamento.

LIMITI: le terapie farmacologiche risultano efficaci solo in un sottogruppo di pazienti (circa 40%) e la risposta è spesso parziale.

Dolore neuropatico: trattamento farmacologico.

PRINCIPI GENERALI DEL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO NEL DOLORE NEUROPATICO:

Iniziare il trattamento con la minore dose approvata.

Progressivo incremento del dosaggio in modo da ottenere il migliore effetto analgesico con i minori eventi avversi.

Attento monitoraggio della risposta farmacologica e degli eventuali eventi avversi.

Progressivo decalage in caso di inefficacia o comparsa eventi avversi.

Table 1
Pharmacologic agents with demonstrated analgesic efficacy for neuropathic pain

Drug	Dose	Indication for Neuropathic Pain	Common Side Effects
Tricyclic antidepressants	50–100 mg/d	Peripheral and central NP	Sedation, dizziness, orthostatic hypotension, urinary retention, constipation
Duloxetine (Cymbalta ^a)	60–120 mg/d	NP associated with diabetes; also for musculoskeletal pain	Nausea, vomiting, dizziness, agitation
Pregabalin (Lyrica ^a)	75–600 mg/d divided	NP associated with diabetic peripheral neuropathy; PHN; pain associated with spinal cord injury	Sedation, balance instability, weight gain
Gabapentin (Neurontin ^a)	300–3600 mg daily divided	PHN	Sedation, balance instability, weight gain
Gabapentin extended-release (Gralise ^a)	300–1800 mg once daily	PHN	Sedation, balance instability, weight gain

Carbamazepine (Tegretol ^a)	100–800 mg daily in divided doses	NP from TN	Dizziness; risk of agranulocytosis and aplastic anemia
Lidocaine patch (Lidoderm ^a)	1–3 Patches per day, 12 h on then 12 h off	PHN	Minimal transient skin irritation
Systemic lidocaine	500 mg in 250 mL of Normal saline over 30 min; infusion stopped if and when side effects occur	Peripheral and central NP	Transient sedation, dizziness, nausea
Capsaicin cream	0.025%–1%; 3–4 Times per day	Peripheral NP	Transient worsening of pain with application and skin redness
Capsaicin patch (Qutenza ^a)	1 Patch for 30–60 min every 3 mo	HIV-associated peripheral neuropathy; PHN	Transient worsening of pain with application and skin redness
Cannabis	Smoked or oral spray	Peripheral and central NP	Sedation, balance instability, weight gain, psychosis

^a FDA-approved therapies for indicated NP disorders.

Opiacei

TAPENTADOLO (mg/die)	50	75	100	150	200	225	300	400	500
CODEINA (mg/die)	200	300	400	600					
TRAMADOLO (mg/die)	100	150	200	300	400				
MORFINA (mg/die)	20	30	40	60	80	90	120	160	200
IDROMORFONE(mg/die)	4		8	12	16		24	32	40
OSSICODONE(mg/die)	10	15	20	30	40	45	60	80	100
BUPRENORFINA (µg/h)				35		52,5	70		
FENTANYL (µg/h)		12,5*		25			50		

I principali oppiacei e i relativi dosaggi ottenuti valutando le confezioni in commercio e la posologia massima per ciascun prodotto.

- Quali specialisti devono essere coinvolti nella gestione del dolore neuropatico del paziente con malattie autoimmuni?
 - Algologo
 - Reumatologo
 - Neurologo
 - Tutti i precedenti



Ci vuole più coraggio per soffrire che per agire

Sören Kierkegaard

Grazie per l'attenzione!