



Ospedale Niguarda

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

TERAPIA DEL DOLORE

DIAGNOSI CURE
E TECNICHE
CONTRO
IL DOLORE

Il dolore un segnale d'allarme

Il dolore è uno dei fondamentali problemi dell'uomo fin dalla sua origine e oggetto di sforzi notevoli per comprenderlo e controllarlo.

“Divinum est sedare dolorem” (“Curare il dolore è cosa divina”):

in questo modo i latini definivano il tentativo di controllare e alleviare questo spiacevole, sconosciuto e spesso inutile “compagno di vita”.

Nella maggior parte dei casi rappresenta “il campanello d'allarme” di un danno che l'organismo sta per subire e ci consente di attuare dei meccanismi fisiologici di difesa.

Secondo la definizione della IASP (International Association for the Study of Pain) il dolore è un'esperienza emozionale e sensoriale spiacevole associata ad un pericolo organico presente o potenziale; si parla dunque di un'esperienza soggettiva, ovvero mediata da innumerevoli fattori individuali.

Nel corso degli anni si è assistito al fondamentale **passaggio dal concetto di dolore da sintomo a malattia dolore**, termine che allude alla complessità del fenomeno:

- complesso è il dolore in quanto composto da specifiche componenti fisiopatologiche, psicologiche, comportamentali e socio-culturali;
- complesso è il paziente che ne soffre, in quanto può sviluppare come reazione alla sofferenza diverse risposte dannose anche da un punto di vista psicologico e sociale;
- complessa è la sua gestione in quanto richiede una continua collaborazione tra le diverse figure professionali specialistiche (algologi, neurologi, psicologi, psichiatri, fisiatristi e altri) e la riabilitazione sociale con il supporto anche del Terzo Settore (associazioni di volontariato).

Dal “Prendersi carico” al “Prendersi cura”

È importante partire dal presupposto che **non sempre si può guarire dal dolore**, certo è invece che **si può curare**. Per questo è necessario un intervento tempestivo che si occupi del paziente a livello terapeutico, psicologico e sociale, coinvolgendo professionisti diversi e volontari formati che rispondano in toto ai bisogni del singolo e della sua famiglia.

Ecco perchè all'interno della Terapia del Dolore del Niguarda è **attiva una continua collaborazione tra medici, psicologi, infermieri e volontari** dell'Associazione NOPAIN onlus (Associazione Italiana per la cura della Malattia Dolore) per poter accompagnare e sostenere il paziente durante tutto l'iter terapeutico.

L'approccio proposto, incentrato sul paziente nella sua totalità e non solo sul sintomo, si sviluppa in:

- **Informazione** sulle tematiche relative al dolore cronico e orientamento verso le principali strutture di cura.
- **Assessment** clinico e presa in carico del paziente (diagnosi e predisposizione con il paziente di un piano di trattamento, applicazione e revisione del trattamento).
- **Sostegno e supporto psicologico** del paziente e della sua famiglia.
- **Supporto sociale** e progressivo reinserimento nella società anche attraverso il coinvolgimento delle associazioni di volontariato.
- **Valutazione degli esiti** dell'intervento.

A Niguarda, inoltre, è attivo il **“Comitato Ospedale senza Dolore”**. Il gruppo si occupa della realizzazione e promozione di progetti dedicati al monitoraggio e alla gestione del dolore, vigila sulla corretta rilevazione e valutazione del sintomo in cartella clinica, si impegna nella formazione dei professionisti sanitari.

Una legge contro il dolore

È importante conoscere e sottolineare che in Italia dal 2010 esiste una legge che obbliga tutti gli operatori alla misurazione e cura del dolore in tutte le sue forme.

L'impatto della malattia dolore, la disabilità del paziente e il disagio della sua famiglia, la presenza di altre patologie croniche e psichiatriche, le scarse informazioni, la difficoltà di accesso ai servizi di cura, hanno portato alla Legge n° 38 del 15 marzo 2010: “Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”.

Si tratta di una legge fortemente innovativa, che per la prima volta tutela e garantisce

l'accesso alla terapia del dolore da parte del malato, nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, per assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze.

Perchè curare il dolore

Il sintomo dolore accompagna numerose patologie sia di natura benigna che neoplastica. Può essere distinto in:

- dolore Acuto (fasi iniziali della malattia)
- dolore Cronico (se persiste nel tempo)
- dolore Malattia (persistenza del dolore anche dopo guarigione dalla patologia primaria)

La funzione del dolore è direttamente connessa alla necessità di segnalare la presenza di una lesione o un'alterazione in atto nel nostro organismo. Ma quando il dolore continua nel tempo, pur essendo guarita la malattia iniziale, esaurisce la sua funzione di sintomo iniziale utile e diventa una sindrome autonoma cronica. Cronicizzando il dolore si trasforma in sintomo inutile diventando esso stesso una vera e propria malattia.

Numerose sono le patologie che possono essere causa scatenante iniziale di un dolore cronico, le più frequenti sono: osteoartrite, artrite reumatoide, fibromialgia, lombalgia cronica, cefalea, emicrania, algie facciali atipiche, radicolopatia, dolore neuropatico dei nervi periferici e centrali, dolore neoplastico cronico, herpes zoster (fuoco di San Antonio) e nevralgie post erpetiche, nevralgie trigeminali, neuropatia diabetica e vascolare, esiti di interventi chirurgici (mastectomia, interventi correttivi sulla colonna vertebrale, arto fantasma, esiti di ernia plastica), esiti di interventi di terapie radianti e esiti di trauma e patologie del connettivo.

Il dolore può provocare nelle persone ansia, depressione, disturbi del sonno, sfiducia, affaticamento e paura, condizionando la qualità della vita e influenzando negativamente la capacità lavorativa, la sfera affettiva e relazionale.

Come si misura il dolore

Il primo passo nella gestione della sindrome dolorosa è la sua misurazione.

Non esistono attualmente strumenti che consentono di misurare il dolore in modo oggettivo, esistono però delle scale di misurazione (alcune più semplici monodimensionali e altre più complesse multidimensionali) che cercano di tradurre in un numero o espressione verbale l'intensità del dolore percepito. Quelle in uso a Niguarda sono:

1) Tra le scale di misurazione del dolore **monodimensionali**, ovvero che misurano solo l'intensità del dolore in un preciso istante, le più semplici sono:

- **Scala numerica** da 0 (dolore assente) a 10 (dolore intollerabile), in cui 3 è il limite ammesso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità - OMS per il dolore in ospedale
- **Scala verbale** che utilizza espressioni legate a valori diversi di intensità di dolore percepito: assente, lieve, moderato, forte, molto forte e intollerabile.

I vantaggi di queste scale consistono nella **facilità di somministrazione e nell'immediata comprensione da parte di tutte le persone.**

2) Le scale **multidimensionali** cercano di rendere misurabile oltre all'intensità del dolore anche tutto ciò che il dolore può influenzare: movimento, riposo notturno, attività lavorativa, stato dell'umore, attività relazione e sociale, vita affettiva.

La principale scala multidimensionale è **la Scala McGill Pain Questionnaire (MPQ)**: è una classificazione di 102 termini che descrivono i diversi aspetti del dolore. Nella parte finale del questionario è stata aggiunta la scala verbale e un disegno del corpo umano per indicare la localizzazione del dolore. Ne esistono almeno due **versioni italiane** (Italian Version of MPQ e Italian Pain Questionnaire).

Altri questionari frequentemente utilizzati sono:

- **Migraine Disability Assessment Test (MIDAS)**: è uno strumento specifico che permette di indagare il grado di disabilità (da minima a grave) legata alla cefalea.
- **Questionario sulla qualità di vita (SF-36)**: è un questionario multidimensionale sullo stato di salute globale del paziente.
- **Cartella di valutazione domiciliare del dolore**: questo strumento permette una precisa annotazione nel tempo dell'intensità del dolore (da molto forte ad assente) durante la giornata (mattino, pomeriggio, sera).

Il dolore in età pediatrica e in altri contesti critici per la misurazione

I bambini di tutte le fasce d'età, incluso i prematuri, **possono soffrire di sindromi dolorose esattamente come gli adulti**, ma con l'aggravante di una non completa maturazione neurologica e quindi di una ridotta capacità di risposta e modulazione alle lesioni tessutali. **Anche la misurazione del dolore è più complessa** spesso per le difficoltà di linguaggio dei bambini nell'esprimere e quantificare l'intensità del dolore percepito. Il problema di comunicare il dolore accomuna i bambini alle persone adulte affette da alcune patologie degenerative neurologiche, la demenza senile e nei paziente ricoverati in terapia intensiva od in altri contesti critici.

In questi casi vengono utilizzate **scale espressive e scale fisiologiche** che misurano le variazioni anche di alcuni parametri vitali. Tra le scale espressive la più utilizzata è la cosiddetta **scala delle faccine (smile)**, ovvero una scala con diverse espressioni visive con le quali il bambino si rapporta indicando il suo stato doloroso e il suo disagio.

Approccio diagnostico

L'approccio diagnostico è simile a quello di tutte le altre specialità, con un'accuratezza in particolare nell'esame obiettivo clinico (semeiotica) dell'area anatomica e la distribuzione della sintomatologia dolorosa, oltre ad un'accurata raccolta della storia clinica con le eventuali patologie associate.

I principali **esami strumentali richiesti** (in base alle specifiche sindromi dolorose) sono: radiografie, risonanze magnetiche, potenziali evocati, scintigrafia ossea, biopsia cutanea, elettromiografia, esami ematochimici e teletermografia.

Per aiutare lo specialista nella diagnosi è molto importante portare alla prima visita **tutta la eventuale documentazione sanitaria** di visite ed esami effettuati negli ultimi tre mesi.

Come curare il dolore

Gli schemi terapeutici per curare il dolore prevedono l'utilizzo di diversi trattamenti:

Terapie antalgiche farmacologiche: la terapia del dolore cronico è **basata su step successivi** in cui, a partire da una prescrizione farmacologica di base, si possono col tempo aggiungere nuovi medicinali o aumentare i dosaggi. I farmaci di "primo step" vengono utilizzati per il dolore lieve - moderato, e sono solitamente i salicilati (come l'ASA), i FANS (antiinfiammatori non steroidei) e il paracetamolo. Se questa terapia non è efficace o lo è parzialmente, si passa ai farmaci di "secondo step" per dolori da moderati a severi (oppioidi deboli, non di derivazione morfina). In caso di dolori intensi o gravi si arriva ai farmaci del "terzo step", di natura morfina (oppiacei maggiori). In aggiunta, il protocollo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità - OMS consiglia anche la prescrizione di antidepressivi e ansiolitici, associati agli analgesici e antalgici, che aiutano a ridurre gli effetti secondari della sindrome dolorosa (depressione, insonnia...) e possono essere introdotti in qualsiasi momento la situazione clinica lo richieda. Dal momento che il paziente con dolore cronico a volte rischia di dover assumere la terapia per tutto l'arco della propria vita, è importante un continuo monitoraggio da parte del medico e un attento controllo degli effetti collaterali e dell'efficacia nel tempo del piano terapeutico.

- **Terapie antalgiche invasive minori:** queste procedure **possono essere attuate in regime ambulatoriale o di day hospital** e riguardano abitualmente tecniche infiltrative e tecniche di blocco nervoso periferico. I blocchi nervosi consistono nell'interruzione della conduzione di un nervo periferico con un anestetico locale, interrompendo la percezione (nocicezione) del dolore lungo le vie di conduzione dello stimolo doloroso.
- **Terapie antalgiche invasive maggiori:** possono prevedere **l'impianto di sistemi per infusione continua** di farmaci e/o neuro modulazione centrale periferica, neuro lesione.

- **Terapia dei sintomi collaterali al dolore:** consiste principalmente nel fornire un'accurata **informazione ed educazione nello stile di vita e alimentazione**, oltre che nell'utilizzo di **specifici farmaci** per prevenire o controllare eventuali effetti collaterali.
- **Supporto e valutazione psicologica:** il lavoro psicologico col paziente si può riassumere in due aspetti principali, cioè **il supporto e la valutazione**. Il dolore cronico è in quasi la metà dei casi correlato ad una sintomatologia ansioso-depressiva di tipo reattivo; questa condizione porta ad aggravare la percezione del dolore diventando un reale ostacolo al buon esito della cura. Per questa ragione è **importante che il paziente e i suoi familiari vengano supportati e accompagnati** lungo l'intero percorso. La valutazione psicologica, invece, mira all'esplorazione delle diverse aree della vita del paziente (sociale, relazionale, familiare o altro) e all'analisi della compliance (osservanza della terapia), delle aspettative e del significato di malattia, al fine di stabilire, nell'equipe multidisciplinare, l'idoneità del soggetto candidato a terapie invasive.
- **Follow up - valutazione dei risultati:** **continuo controllo del paziente e periodica registrazione dell'andamento della malattia e della cura**. Al fine di valutare l'efficacia del percorso terapeutico attuato è importante verificare la condizione complessiva del paziente sia in termini di riduzione dell'intensità del dolore che di miglioramento della qualità di vita.

Il trattamento del dolore cronico può portare a un sollievo significativo della sintomatologia, rilevabile sia a livello della diminuzione del dolore percepito che del miglioramento della qualità di vita.

Ciò non toglie però che, nel tempo, il sollievo possa diminuire o modificarsi a causa dell'insorgenza di circostanze sfavorevoli come l'evoluzione naturale della malattia, la concomitanza di altre patologie correlate anche di tipo psicologico, meccanismi fisiopatologici alla base della sindrome dolorosa, adattamento.

Le principali tecniche antalgiche utilizzate

1) Blocco epidurale antalgico

Il Blocco Epidurale Antalgico consiste nel somministrare una miscela di anestetico locale e di un derivato cortisonico su una specifica radice nervosa peridurale (cioè sulle fibre nervose poco dopo la loro emergenza dal midollo spinale).

Per quali patologie: lombalgia, dolore da infiammazione di una radice nervosa come quello della sciatica (con o senza ernia del disco), della cervicobrachialgia (con o senza ernia del disco), cervicalgia, nevralgie periferiche e di nervi cranici e dell'herpes zoster.

2) Posizionamento del catetere di Pasha, epiduroscopia, epidurolisi.

- Cateteri di Pasha

Trattamento di neuromodulazione che usa correnti in radio frequenza a dimissione multipolare applicate con un catetere in regione radicolare, gangliare, sui nervi cranici, e periferici. L'effetto di "stordimento" del nervo azzerà l'informazione dolorosa e il sollievo è di media-lunga durata.

Per quali patologie: radicolopatie intrattabili, neuralgie periferiche e di nervi cranici.

- Epiduroscopia - Epidurolisi

Consiste nell'introdurre una microsonda a fibre ottiche attraverso cui è possibile visualizzare i tessuti e i nervi contenuti nello spazio epidurale (epiduroscopia).

Con l'utilizzo di catetere a fibre ottiche e a radiofrequenza ablativa possono essere liberate eventuali aderenze connesse alla formazione di cicatrici post operatorie o post traumatiche, riducendo così la compressione delle radici nervose. Si effettua sotto anestesia locale o blanda sedazione.

Per quali patologie: dolore lombare persistente in fallimenti della chirurgia lombare (failed back syndrome surgery), dolore alla schiena acuto e cronico, elementi compressivi sulle radici spinali, ernia discale, dolori lombari senza diagnosi certa.

3) Radiofrequenza termica o pulsata: trattamento delle faccette articolari, sacroeliache

La radiofrequenza termica o pulsata consiste nell'introduzione sulle faccette articolari lungo il decorso della colonna (cervicale, dorsale, lombare e sacrale) di un microelettrodo con punta attiva stimolante che raggiunge la radice dei nervi spinali. Il sistema è collegato ad un generatore di corrente che effettua il trattamento antalgico, sotto guida radiologica, sull'area anatomica bersaglio creando uno stordimento del ramo sensitivo dell'area interessata.

Per quali patologie: patologie di natura osteodegenerativa-reumatica che non rispondono al trattamento farmacologico a livello lombo-sacrale.

4) Posizionamento di elettrocattetere parziale/definitivo-midollare (centrale), periferico e sottocutaneo.

Il sistema di neurostimolazione è costituito da un elettrocattetere, da un generatore di impulsi e da un programmatore telemetrico. La procedura viene effettuata in due tempi: la prima fase di impianto dell'elettrodo stimolatore nello spazio peridurale e di verifica della sua efficacia terapeutica, la seconda fase di impianto del generatore ("pacemaker del dolore") che alimenta l'elettrodo. Le linee guida internazionali indicano la necessità della valutazione psicologica del paziente candidato a questo tipo di procedura.

I limiti posti dalla breve durata della batteria del generatore impiantato sono oggi superati da batterie ricaricabili che garantiscono una durata maggiore, ma necessitano di una più complessa gestione da parte del paziente. Per aiutare nell'adattamento

alla nuova condizione di vita, vengono garantiti cicli di colloqui psicologici. Questi sistemi sono anche applicati a livello periferico, in particolare a livello occipitale, per il trattamento delle emicrania cronica refrattaria a tutti i trattamenti farmacologici.

Per quali patologie: dolore regionale complesso, cefalee intrattabili, radicolopatie refrattarie, esiti di interventi alla colonna, vasculopatia periferica, dolore da arto fantasma.

5) Posizionamento pompa intratecale a scopo antalgico

Consiste nella somministrazione di farmaci (morfina, baclofene o anestetici locali) direttamente nel liquido cerebrospinale nei casi di dolore refrattario a tutte le altre tecniche.

L'infusione avviene tramite l'introduzione nello spazio intratecale (subaracnoideo) di un catetere collegato ad una pompa inserita generalmente a livello addominale o toracico.

La pompa, in base alle dimensioni e alla velocità di infusione del farmaco, viene periodicamente ricaricata con un sistema percutaneo.

Per quali patologie: a seconda dei farmaci iniettati la tecnica è indicata per il dolore cronico intrattabile in diverse sindromi dolorose, vasculopatie in fase avanzata, neuropatie periferiche post-erpetiche, diabetiche, post-attiniche, patologie del rachide quali la sindrome da fallimento chirurgico spinale (Failed Back Surgery Syndrome, FBSS), stenosi spinale esiti di lesione cerebrali (ictus cerebrali), sindrome talamica, lesioni del midollo spinale da traumi o siringomielia/neurofibromatosi, spasticità, sclerosi multipla, arto fantasma, patologie neoplastiche primarie o secondarie.

Principali effetti collaterali delle procedure antalgiche e controindicazioni

Effetti collaterali

Nonostante la procedura sia ben condotta, talvolta possono insorgere complicanze quali: infezione, sanguinamento (ematoma spinale), pneumotorace, reazioni allergiche a farmaci, ematoma da puntura vascolare, lesioni nervose, transitoria sensazione di debolezza, intontimento, episodi vagali, alterazioni della funzionalità della vescica e dell'intestino, reazioni tossiche e sistemiche da iniezione intravascolare di farmaci, blocco spinale totale, insufficienza corticosurrenalica, reazione cushingoide, cefalea, mancato risultato terapeutico o diagnostico, e difficoltà tecniche ad eseguire il blocco.

Alcune complicanze (infezione catetere, ferita chirurgica, irritazione meningeale, non funzionamento del catetere, dislocazione dello stesso) si possono manifestare anche a distanza di tempo dal posizionamento dell'elettrocattetere.

Controindicazioni

Una controindicazione clinica assoluta per eseguire le procedure invasive è l'utilizzo di farmaci anticoagulanti e/o la presenza di prove di coagulazione alterate tali da favorire la formazione di ematoma. La sospensione degli antiaggreganti va concordata con l'equipe medica. Mentre tutti gli altri farmaci, inclusi gli analgesici, vanno utilizzati sino alla data del ricovero.

Nel caso dell'impianto di stimolatori è attualmente sconsigliato sottoporsi a risonanza magnetica nucleare.

Il servizio di terapia del dolore

L'équipe della Terapia del Dolore di Niguarda ha delle **caratteristiche specialistiche multidisciplinari** poiché il **dolore difficile è una sindrome complessa e multidimensionale**. La maggior parte degli specialisti sono anestesisti e rianimatori.

La Struttura svolge attività clinica ambulatoriale, di day surgery, ricovero ordinario, di consulenza interna (per tutti i pazienti ricoverati e/o in pronto soccorso) e esterna per altri ospedali e attività di ricerca in collaborazione con altri Enti.

L'associazione

NOPAIN

onlus

L'Associazione NOPAIN onlus (Associazione Italiana per la cura della malattia dolore), nata nel 2007 su iniziativa degli stessi medici del reparto, **promuove in Italia la cultura della Terapia del Dolore**.

I pazienti e i loro familiari possono ricevere dai volontari **supporto, informazione e orientamento** grazie all'istituzione del numero verde: **800.974.261: lun - ven: 9.30 -12.30**

I volontari, inoltre, sono impegnati nel divulgare la conoscenza della problematica dolore in tutte le sue forme, migliorare la qualità della vita nelle persone affette dalla patologia del dolore, sensibilizzare la popolazione, il mondo sanitario, della ricerca e dei media, promuovere lo sviluppo ulteriore o la creazione di strutture dedicate alla cura delle persone.

www.nopain.it

Come prenotare una visita

Per rivolgersi all'ambulatorio di Terapia del Dolore è necessaria la richiesta del medico curante per **“VISITA DI TERAPIA ANTALGICA”**.

Numero Verde di Prenotazione Regionale:

800.638.638 , lun-sab: 8.00-20.00

Sportello Prenotazione Niguarda:

Area Sud, Blocco Sud, lun-ven: 8.00-19.30 / sab: 8.00-13.00

Area Nord, Blocco Nord: lun-ven:8.00-18.30

On-line:

www.crs.regione.lombardia.it

Area Privata:

Area Sud, Blocco Sud, lun-ven: 8.00-19.30 / sab: 8.00-13.00, tel: 02 6444.2409

visiteprivate.ospedaleniguarda.it

Contatti

Responsabile: Notaro Paolo (Anestesia e Rianimazione)

Segreteria:

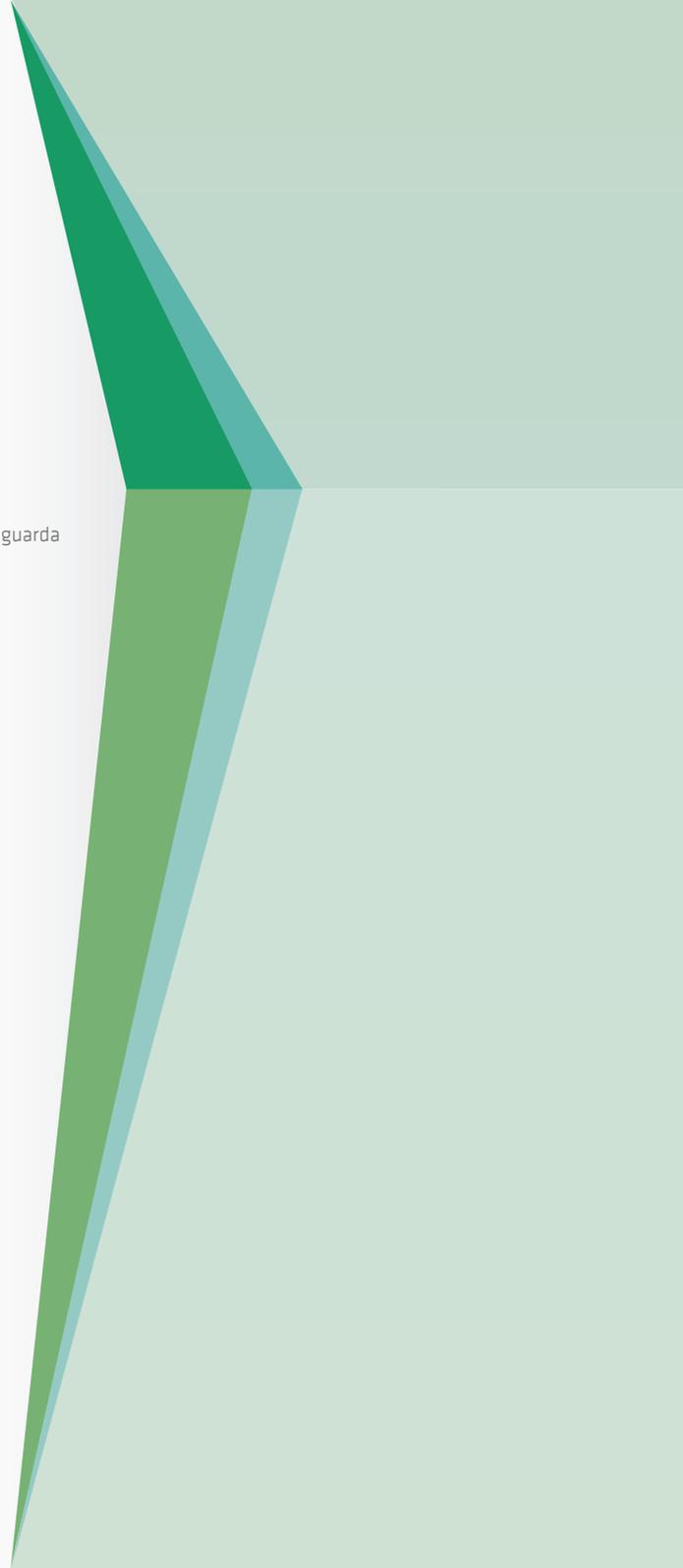
tel: 02 6444.2268 (Week Surgery)

tel. 02 6444.3789 (Day Surgery)

terapiadeldolore@ospedaleniguarda.it

Ambulatorio: Area Sud, Blocco Sud, settore A piano terra

tel: 02 6444.3172



ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda
P.zza Ospedale Maggiore, 3
20162 Milano
Tel. 02 6444.1 - Fax 02 6420901

www.ospedaleniguarda.it

Aggiornamento marzo 2016
a cura di: Comunicazione
comunicazione@ospedaleniguarda.it