



VIDEOCONFERENZA ECM

**LE CONDIZIONI DI PRIORITÀ:  
URGENZA (U) E BREVE (B)  
IN NEUROLOGIA AMBULATORIALE  
NEL TERRITORIO**

**VENERDÌ 22 MAGGIO 2020  
DALLE ORE 14.45 ALLE ORE 19.00**

# **Il Dolore Neuropatico come urgenza in Ambulatorio Territoriale**

Angelo Ardizzone

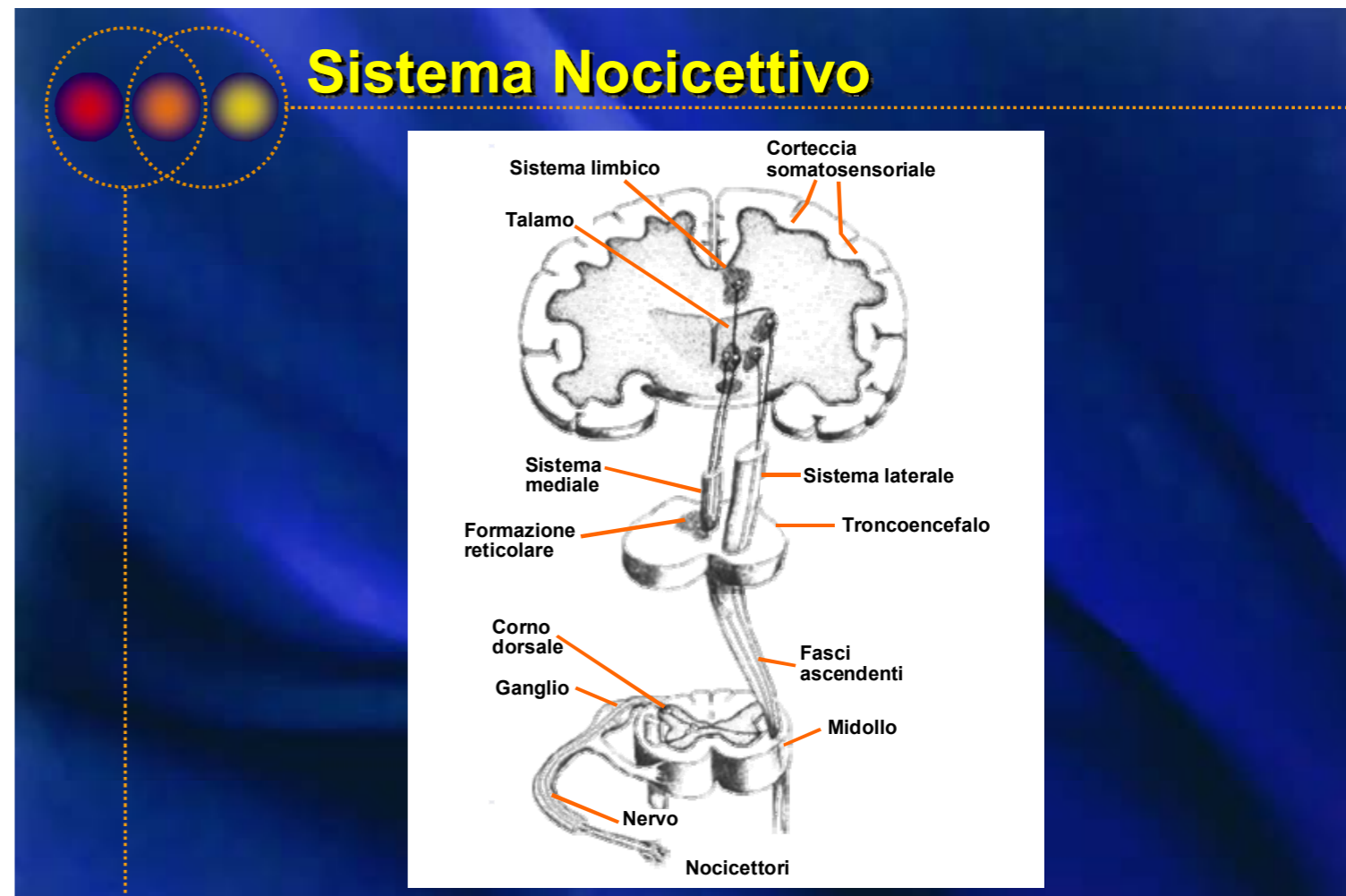
# Medicina Generale

- **Il ruolo del MMG riveste particolare importanza nella terapia del dolore in quanto rappresenta il primo e necessario interlocutore del paziente**
- **Per rispondere a tale necessità è importante che il MMG abbia competenze specifiche ( per riconoscere il DN, misurarlo, iniziare un primo trattamento farmacologico ed eventualmente indirizzare il paziente verso cure specialistiche se necessarie)**
- **Legge n. 38 del 15 marzo del 2010 “ Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative ed alla terapia del dolore”**

# Definizione

Si definisce Neuropatico un dolore dovuto ad una lesione o disfunzione del sistema somato-sensoriale (Treede et al., Neurology 2008)

**Dolore-Malattia**



# Classificazione-1

## Periferico

*Neuropatie post-infettive (HIV, sifilide, m. di Lyme)*

*Nevralgia del trigemino*

*Neuropatia diabetica*

*Neuropatie tossiche (da alcol, farmaci, ecc.)*

*Neuropatie post-chirurgiche*

*Neuropatie ischemiche*

## Centrale

*Danno post-ictale*

*Sindromi siringomieliiche*

*Sclerosi multipla*

*Patologie post-traumatiche con lesione del midollo spinale*

*Dolore dell'arto fantasma*

# Classificazione-2

- Parossistico
- Continuo
- Spontaneo
- Evocato

# Caratteristiche cliniche

Definito di solito dal paziente con aggettivi come : URENTE, A SCARICA, COMPRESSIVO, A TENAGLIA, A MORSA, A PUNTURA

## SINTOMI/SEGNI POSITIVI:

MOTORI :Fascicolazioni, Distonia

SENSITIVI :Parestesie, Disestesie ,Iperestesia , **Allodinia** , **Iperalgesia**

## SINTOMI /SEGNI NEGATIVI

MOTORI:Paresi,Paralisi

SENSITIVI: Ipoestesia, Ipoalgesia (anestesia dolorosa)

**L'IPERALGESIA** e' una risposta dolorosa sproporzionata verso stimoli che **SONO DI SOLITO DOLOROSI**

**L'ALLODINIA** e' una risposta dolorosa conseguente a stimoli **DI SOLITO NON DOLOROSI**

# Questionario DN4

Il questionario consiste in 4 domande alle quali si possono dare 10 risposte, ogni SI vale 1, ogni NO vale 0.

Se il punteggio è superiore a 4 siamo di fronte ad un dolore con caratteristiche di Neuropatico.

Più è alto il punteggio maggiore è la probabilità che il dolore origini nel sistema nervoso.

## DOMANDA 1: il dolore presenta una o più delle seguenti caratteristiche?

	SI	NO
1. Bruciante/urente		
2. Sensazione di freddo doloroso		
3. Scariche elettriche		

## DOMANDA 2: il dolore è associato, nella stessa area, a uno o più dei seguenti sintomi?

	SI	NO
4. Formicolio		
5. Punture di spillo		
6. Intorpidimento?		
7. Sensazione di prurito		

## DOMANDA 3: il dolore è localizzato in un territorio dove l'esame obiettivo evidenzia:

	SI	NO
8. Ipoestesia al tatto		
9. Ipoestesia alla puntura		

## DOMANDA 4: il dolore è provocato o accentuato da:

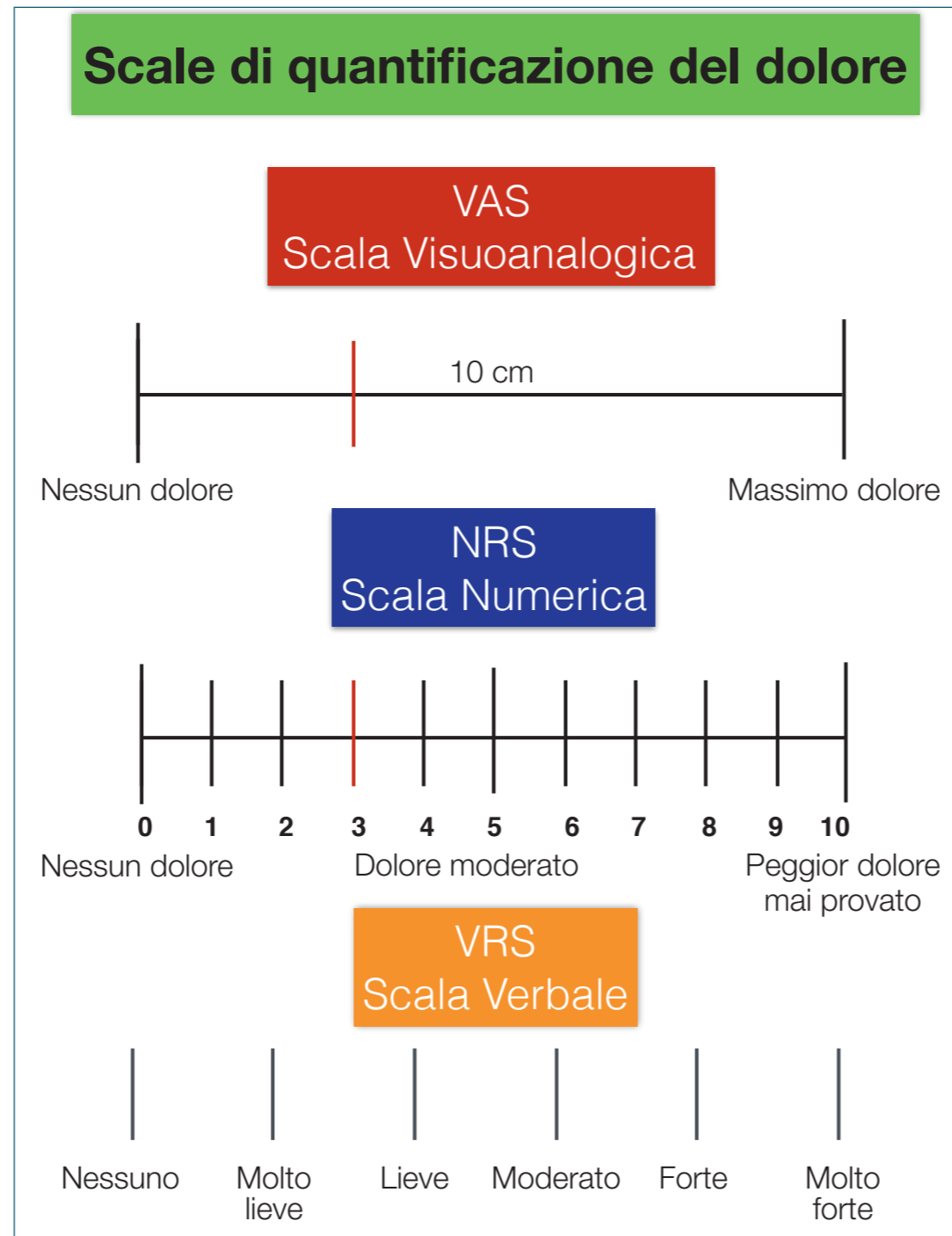
	SI	NO
10 Sfiornamento della pelle		

SI = 1 punto

NO = 0 punti

Punteggio del paziente: /10

# Scale di Misurazione del dolore





# Linee guida per il trattamento del dolore neuropatico prodotte dalla **task force di Neurologi Europei nel 2006 e aggiornate nel 2010** (Attal et al., Eur J Neurol 2006, 2010).

Danno indicazioni terapeutiche per le principali condizioni caratterizzate da dolore neuropatico, classificate secondo la loro eziologia.

**1- Polineuropatie dolorose (polineuropatia diabetica):** I farmaci raccomandati come **prima linea** sono gli **antidepressivi triciclici**, gli **SSRI**, gli **SNRI (duloxetina e venlafaxina)** e i **gabapentinoidi (gabapentin e pregabalin)**.

Il **tramadolo** viene identificato come **farmaco di seconda scelta** (soprattutto nei casi in cui coesista anche un dolore nocicettivo, su cui tale farmaco risulta particolarmente efficace).

Per quanto riguarda gli **oppioidi forti**, nella versione delle linee guida del 2010 (Attal et al., Eur J Neurol 2010), queste sostanze vengono suggerite solo **come terza linea** (effetti collaterali spesso difficili da gestire, come la stipsi ostinata, il rallentamento cognitivo, tolleranza)

**2- Nevralgia post-erpetica:** gli **antidepressivi triciclici** e i **gabapentinoidi** sono indicati come **farmaci di prima linea**. Accanto a questi, però, vanno considerati i **cerotti di lidocaina**, particolarmente utili nei pazienti anziani, in cui l'uso di farmaci somministrati per via sistemica può essere limitato dagli effetti collaterali. Gli **oppioidi forti** vengono suggeriti come **seconda linea**, insieme all'applicazione topica di **capsaicina in crema**.

**3- Nevralgia del trigemino:** la **carbamazepina** e l'**oxcarbazepina** rappresentano sicuramente i **farmaci di prima scelta**, mentre la lamotrigina viene consigliata solo in caso di fallimento della prima linea.

**4- Dolore neuropatico centrale (post-stroke e dolore spinale):** l'**amitriptilina** e i **gabapentinoidi** farmaci di **prima linea**, mentre vengono menzionati i **cannabinoidi** come **trattamento di seconda linea per il dolore neuropatico in pazienti con Sclerosi Multipla**, solo in caso di fallimento dei farmaci di prima linea. Gli **oppioidi** sono considerati come **seconda o terza scelta**, solo per intervalli di tempo limitato.

**Linee-guida per il trattamento del dolore neuropatico della International Association for the Study of Pain (IASP) (Dworkin et al., Pain 2007).**

Anche Dworkin e collaboratori indicano come farmaci di **prima linea** gli **antidepressivi triciclici** (nortriptilina e desipramina, perché meglio tollerate di amitriptilina e imipramina), gli **SNRI**, i **gabapentinoidi** e la **lidocaina topica** (per la nevralgia post-erpetica).

Invece il **tramadolo** e gli **oppioidi forti** vengono suggeriti come seconda scelta.

Infine, dovrebbero essere considerate delle **sostanze per cui non sono stati ottenuti dati di efficacia sufficienti**: **altri antiepilettici** (carbamazepina, oxcarbazepina, topiramato, valproato), inibitori del reuptake della serotonina (**SSRI**), **capsaicina topica**, **mexiletina** (un analogo della lidocaina somministrato per via sistemica), **antagonisti del recettore NMDA** (destrometorfano e memantina).

**Linee guida per il trattamento del dolore neuropatico pubblicate dalla **Canadian Pain Society** nel 2007 (Moulin et al., Pain Res Manag 2007) e aggiornate nel 2014 (Moulin et al., Pain Res Manag 2014).**

Gli autori sottolineano che nella loro revisione hanno considerato tra gli endpoints primari non solo la riduzione del dolore, ma anche il miglioramento complessivo della qualità di vita, comprendendo pertanto anche gli effetti dei farmaci sul tono dell'umore, sull'ansia e sulla qualità del sonno.

1-farmaci di prima linea: **antidepressivi triciclici**, gli **SNRI**, i **gabapentinoidi** e la **carbamazepina/oxcarbazepina**.

2-farmaci di seconda linea: **tramadolo** e gli **oppioidi forti**.

3-farmaci di terza linea: **cannabinoidi**.

4-farmaci di quarta linea: **SSRI**, il **metadone**, la **lidocaina topica**, altri antiepilettici come la **lamotrigina** e la **lacosamide**, la **crema di capsaicina** e la **tossina botulinica**.

**Linee-guida pubblicate da un gruppo di ricercatori del Medio Oriente (Bohlega et al., J Int Med Res 2010).**

In questo caso viene fatta una distinzione fra dolore neuropatico periferico e centrale.

**Dolore Neuropatico periferico** vengono suggeriti come farmaci di **prima linea** i **gabapentinoidi**, **gli antidepressivi triciclici** (la nortriptilina e la desipramina vengono preferite all'amitriptilina e all'imipramina per la minore incidenza di effetti collaterali) e la **lidocaina topica**, limitatamente alla nevralgia post-erpetica. Invece, gli **SNRI** vengono indicati come farmaci di **seconda scelta**. Infine, gli **oppioidi** (sia il tramadolo che l'ossicodone) sono suggeriti come **terza linea**.

**Dolore neuropatico centrale**, Bohlega e collaboratori (2010) indicano solo i **gabapentinoidi come farmaci di prima scelta**, mentre per le altre sostanze non vi sarebbero elementi sufficienti a validarne l'uso.

**Linee guida britanniche**, pubblicate dal National Institute for Care and Health Excellence (NICE) nel 2010 e riviste nel 2013.

Meritano una particolare menzione in quanto dirette a un setting non specialistico (NICE, 2013).

Sostanzialmente i consigli rispecchiano quanto riportato dalle linee guida specialistiche.

Vengono suggeriti come **farmaci di prima linea l'amitriptilina, la duloxetina, il gabapentin e il pregabalin**, che andrebbero tentati tutti, a turno, in caso di inefficacia di ciascuno di essi. Solo in caso di insuccesso dei farmaci di prima linea si dovrebbe considerare l'uso del **tramadolo**, degli **oppioidi**, **altri antiepilettici**, i **cannabinoidi** e il **patch di capsaicina**. Viene stigmatizzato come "comportamento errato" quello di iniziare la terapia analgesica con i farmaci di seconda linea. Ovviamente, il NICE considera a parte la **nevralgia trigeminale**, per la quale viene suggerito di iniziare il trattamento analgesico con **carbamazepina**.



**VIDEOCONFERENZA ECM**

---

**LE CONDIZIONI DI PRIORITÀ:  
URGENZA (U) E BREVE (B)  
IN NEUROLOGIA AMBULATORIALE  
NEL TERRITORIO**

**VENERDÌ 22 MAGGIO 2020  
DALLE ORE 14.45 ALLE ORE 19.00**

**Il Dolore Neuropatico come urgenza in Ambulatorio  
Territoriale**

**Grazie**