Il dolore neuropatico

Data 09 maggio 2010
Categoria neurologia

Una breve rivisitazione del dolore neuropatico.

Cos'è il dolore neuropatico?
Il dolore neuropatico è causato da danni anatomici o comunque da alterazioni patologiche che si realizzano a carico del sistema nervoso centrale o periferico. Si tratta di un dolore, per solito, ad andamento cronico e, spesso, non riconosciuto nella sua genesi.
Com'è facilmente comprensibile, può essere dovuto a molte condizioni patologiche, per esempio lesioni localizzate o diffuse del sistema nervoso periferico, polineuropatie, lesioni del sistema nervoso centrale e disordini complessi neuropatici. Tra le patologie del sistema nervoso periferico si possono ricordare le nevralgie post erpetiche, la nevralgia del trigemino, la neuropatia diabetica, le compressioni di plessi nervosi o l'intrappolamento di nervi, la sindrome dell'arto fantasma, la nevralgia che segue una toracotomia, la neuropatia ischemica, le polinevriti tossiche (alcol), dismetaboliche, endocrine (ipotiroidismo), da deficit di vitamina B12, infiammatorie, infettive o neoplastiche.
Tra le lesioni del sistema nervoso centrale che possono provocare dolore neuropatico ricordiamo i traumi midollari, le compressioni del midollo da parte di ernie discali, la sclerosi multipla, il Parkinson, l'ictus, i tumori cerebrali o midollari. Vanno infine ricordate le sindromi regionali dolorose complesse, in passato definite anche come distrofia di Sudeck o distrofia simpatica riflessa. Si tratta di una malattia caratterizzata da dolore e disturbi della sensibilità che compaiono ad una estremità, di solito dopo un trauma anche apparentemente di scarsa importanza, una frattura o una distorsione, oppure dopo un intervento chirurgico; può essere scatenata anche da infezioni o da un infarto miocardico. La gravità varia da forme autolimitate ad altre ad andamento cronico con dolore importante. Si ritiene che la sindrome riconosca momenti etiopatogenetici diversi (flogosi, alterazioni neurologiche).

Frequenza del dolore neuropatico
Ovviamente l'incidenza varia a seconda della patologia di base. Per esempio nel caso di nevralgia del trigemino, di nevralgia post erpetica e di neuropatia diabetica viene riportata un' incidenza annua di circa 26-27 casi per 100.000 persone, mentre nel caso di sindrome dell'arto fantasma l'incidenza è inferiore ad un caso ogni 100.000 persone. Comunque si ritiene che il dolore neuropatico possa colpire circa il 6-8% della popolazione generale. In questi casi le patologie più comuni sono le lomboradicoliti e e le neuropatie post traumatiche o post chirurgiche.

Caratteristiche cliniche del dolore neuropatico
La caratteristica principale del dolore neuropatico è l'insorgenza in zone corporee sedi, contemporaneamente, di alterazioni di tipo sensitivo come parestesie o disestesie. Queste alterazioni possono essere spontanee o provocate da una serie di stimoli anche banali. Spesso il paziente riferisce di avvertire una sensazione di intorpidimento, di punture di spilli, oppure di bruciore o di freddo. Dolore e alterazioni sensitive possono essere provocati dal contatto con i vestiti o con le lenzuola o dalle correnti d'aria. Tecnicamente si parla di allodinia (sensazione di dolore scatenata da stimoli non dolorosi che si può evocare strisciando dolcemente sulla pelle un batuffolo di cotone o un cubetto di ghiaccio) e di iperalgesia (sensazione esagerata di dolore per stimoli dolorifici banali che si può evocare pungendo delicatamente il paziente con un piccolo ago).
Come si può capire la diagnosi è essenzialmente clinica e parte dall'anamnesi che diventa importante per diagnosticare una neuropatia diabetica, post erpetica o post traumatica. Le caratteristiche del dolore, di solito in una zona specifica del corpo, associato ad anomalie della sensibilità e alcune prove diagnostiche, come descritte sopra, permettono quasi sempre un corretto inquadramento. Utile può essere anche valutare la capacità del paziente a distiguere tra oggetti caldi e freddi perchè spesso nel dolore neuropatico è compromessa anche la soglia della sensibilità termica. Un'altra caratteristica utile per la diagnosi è la scarsa sensibilità del dolore neuropatico al paracetamolo ed ai FANS.

La terapia del dolore neuropatico
Sfortunatamente non esiste un trattamento univoco efficace in tutti i pazienti con dolore neuropatico e spesso i migliori risultati si ottengono con una combinazione di farmaci. Prima di affermare l'inefficacia di un farmaco è opportuno usarlo al massimo dosaggio tollerato per almeno 2-3 settimane.
La maggior parte degli studi è stata fatta in patologie specifiche come la nevralgia post erpetica e la polinevrite diabetica e non nel dolore neuropatico di origine centrale. La durata degli studi è limitata a poche settimane e non permette di stabilire l'efficacia dei vari trattamenti a lungo termine.
I farmaci di prima scelta sono gli antidepressivi triciclici (amitriptilina, imipramina, clomipramina, nortriptilina). Possono essere usati anche gli antidepressivi inibitori del reuptake della serotonina e della norepinefrina (duloxetina e venlafaxina). Nel caso di dolore localizzato si possono usare anche applicazioni locali di lidocaina al 5% in cerotti. Farmaci alternativi sono il gabapentin e il pregabalin.
Come terapie di seconda scelta si possono usare gli oppiodi analgesici a rilascio controllato (morfina, ossicodone, tramadolo): di solito si adoperano nei casi che non rispondono ai trattamenti di prima scelta oppure se il dolore è molto intenso o nel dolore oncologico.
Nella nevralgia del trigemino il farmaco di scelta è rappresentato dalla carbamazepina.
Le evidenze per il trattamento del dolore neuropatico di tipo centrale sono molto limitate, tuttavia si può tentare inizialmente con i farmaci consigliati come prima scelta nel dolore neuropatico periferico.

Nei casi che non rispondono alla terapia medica sono stati proposti la simpaticetomia chimica o alcuni interventi non farmacologici come la stimolazione elettrica nervosa, l'elettroagopuntura, la stimolazione elettrica ripetitiva transcranica, ma le evidenze al riguardo sono scarse. La stimolazione del midollo spinale è stata usata nei casi refrattari di lomboradicoliti (soprattutto nella cosidedetta failed back surgery syndrome) e nelle sindromi regionali complesse. La decompressione microvascolare viene talora usata in alcuni casi di nevralgia del trigemino.
Al dolore neuropatico è già stata dedicata in passato una pillola alla quale si rimanda per altri particolari:
http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2655

RenatoRossi