



## 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 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 distinguere 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 oppioidi 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 cosiddetta 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**