

Anno XXII, N. 7, settembre 2017

mediFORMAT

IL TRATTAMENTO TOPICO DEL DOLORE LOCALIZZATO SUPERFICIALE

AGGIORNAMENTI E APPROFONDIMENTI



IL TRATTAMENTO TOPICO DEL DOLORE LOCALIZZATO SUPERFICIALE

Aggiornamenti e approfondimenti

Anno XXII, N. 7, settembre 2017

ISBN 978 88 6756 336 4

Redazione

Elena Bernacchi

Massimo Chiesa

Maddalena Castelli

Sara di Nunzio

Claudio Oliveri

Produzione

Mary Rusconi

mediFORMAT

© 2017 Springer Healthcare Italia S.r.l.

Registrazione del Tribunale di Milano n° 413 del 22/6/1996

Direttore responsabile: Giuliana Gerardo

Finito di stampare nel mese di settembre 2017 da Geca Industrie Grafiche S.r.l. - San Giuliano Milanese (MI)

Pubblicazione fuori commercio riservata alla Classe Medica

Tutti i diritti sono riservati, compresi quelli di traduzione in altre lingue. Nessuna parte di questa pubblicazione potrà essere riprodotta o trasmessa in qualsiasi forma o per mezzo di apparecchiature elettroniche o meccaniche, compresi fotocopiatura, registrazione o sistemi di archiviazione di informazioni, senza il permesso scritto da parte di Springer Healthcare Italia. Springer Healthcare Italia è disponibile al riconoscimento dei diritti di copyright per qualsiasi immagine utilizzata della quale non si sia riusciti a ottenere l'autorizzazione alla riproduzione.

Nota di Springer Healthcare Italia: nonostante la grande cura posta nel compilare e controllare il contenuto di questa pubblicazione, Springer Healthcare Italia non sarà ritenuta responsabile di ogni eventuale utilizzo di questa pubblicazione nonché di eventuali errori, omissioni o inesattezze nella stessa.

La presente pubblicazione non è una pubblicazione peer reviewed.

Tutte le opinioni espresse nella presente pubblicazione rispecchiano quelle degli Autori e non necessariamente quelle di Springer Healthcare Italia.

L'eventuale uso dei nomi commerciali ha soltanto lo scopo di identificare i prodotti e non implica suggerimento all'utilizzo.

Ogni prodotto menzionato deve essere usato in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche di Prodotto fornito dalle Case Produttrici.

Iniziativa realizzata con il contributo incondizionato di Grünenthal Italia S.r.l.

GRTCPI4361

FARMACI TOPICI PER IL TRATTAMENTO DEL DOLORE LOCALIZZATO SUPERFICIALE

IL DOLORE LOCALIZZATO: RAZIONALE DELL'USO DI UN ANALGESICO TOPICO

Il dolore neuropatico è definito come dolore che insorge quale diretta conseguenza di una lesione o di una malattia a carico del sistema somatosensoriale, mentre è detto dolore nocicettivo quello che insorge a seguito di un danno o di una malattia dei tessuti e in presenza di un sistema nervoso funzionalmente intatto (Mick 2012, Treede 2008). Nel caso del dolore neuropatico, a seguito della lesione, comunque intervenuta, la fibra nocicettiva va incontro a fenomeni di plasticità che comportano l'aumentata espressione e la comparsa di isoforme particolarmente eccitabili di canali ionici, in particolare quelli del sodio, che a loro volta portano alla formazione di un sito ectopico sulla fibra lesionata con abnorme attività elettrica, spontanea o evocata. Il sito ectopico funge da pain generator e l'approccio terapeutico è volto proprio a spegnerne l'attività. Esiste un dolore neuropatico periferico in cui le fibre lesionate sono relativamente superficiali e la regione coinvolta è circoscritta. Questo è per esempio il caso della neuropatia post-erpetica o del dolore da ferita chirurgica, per i quali è stato coniato il termine di dolore neuropatico localizzato. Data la superficialità del pain generator è possibile raggiungere i canali ionici delle terminazioni nervose attraverso una somministrazione di bloccanti dei canali del sodio topica, ovvero una formulazione che si caratterizza per scarsa penetrazione tissutale al fine di evitare l'assorbimento del farmaco nel circolo ematico (Villaminar 2016). Non bisogna inoltre dimenticare che alcune forme di dolore di origine infiammatoria possono acquisire una componente neuropatica in quanto il danno tissutale, accompagnandosi per esempio a processi fibrotici, può condurre a un danno della fibra nocicettiva, con conseguente origine di scariche ectopiche. Ciò può verificarsi in diverse condizioni quali l'osteoartrosi o l'artrite reumatoide, nelle quali a un danno dei tessuti molli e del tessuto osseo può conseguire un danno della fibra nervosa, esitando quindi in un dolore misto, ovvero sia nocicettivo sia neuropatico. Esistono inoltre numerose condizioni di dolore infiammatorio osteoarticolare nelle quali il pain generator è superficiale, si pensi ad alcune forme di tendiniti, le epicondiliti, le trocanteriti, in cui l'anestetico locale topico può affiancare o sostituire il FANS sistemico (Rahman 2013). Infatti, lo stato infiammatorio induce modificazioni funzionali dei canali del sodio e quindi una loro up-regulation.

Un'evenienza frequente nella pratica clinica è il dolore in ambito ortopedico e riabilitativo che si manifesta in presenza di una malattia degenerativa e/o infiammatoria e si accentua con il progredire della patologia di cui è affetto il paziente o persiste nonostante la guarigione. Il dolore cronico influenza il comportamento motorio e diviene quindi concausa della cronicizzazione del dolore stesso, con sviluppo di compensi e strategie motorie viziate. Il trattamento del dolore costituisce quindi, insieme al recupero della funzionalità, uno dei principali obiettivi del progetto riabilitativo (Villaminar 2016). Il trattamento farmacologico del dolore localizzato nocicettivo/infiammatorio o neuropatico può trovare una limitazione talvolta nella scarsa efficacia dei farmaci o, più spesso, nella bassa tollerabilità. Infatti, molto spesso il medico si trova di fronte a pazienti politrattati e/o anziani nei quali il rischio di effetti collaterali a carico dei farmaci assunti per via sistemica o di interazioni farmacologiche è elevato e non giustificabile per un trattamento previsto per tempi lunghi. Per ridurre tali difficoltà, in presenza di dolore localizzato e superficiale, è razionale il ricorso a farmaci topici che siano caratterizzati da una dimostrata efficacia, in quanto la quasi totale assenza di assorbimento sarà garanzia di assenza di effetti collaterali sistemici o interazioni farmacologiche (Mick 2012). In questo modo il farmaco potrà essere utilizzato a lungo termine con minimo rischio di eventi avversi (Villaminar 2016).

NELLA PRATICA CLINICA

Un'evenienza frequente nella pratica clinica è il dolore in ambito ortopedico e riabilitativo che si manifesta in presenza di una malattia degenerativa e/o infiammatoria e si accentua con il progredire della patologia di cui è affetto il paziente o persiste nonostante la guarigione. Il dolore cronico influenza il comportamento motorio e diviene quindi concausa della cronicizzazione del dolore stesso, con sviluppo di compensi e strategie motorie viziate. Il trattamento del dolore costituisce quindi, insieme al recupero della funzionalità, uno dei principali obiettivi del progetto riabilitativo (Villaminar 2016). Il trattamento farmacologico del dolore localizzato nocicettivo/infiammatorio o neuropatico può trovare una limitazione talvolta nella scarsa efficacia dei farmaci o, più spesso, nella bassa tollerabilità. Infatti, molto spesso il medico si trova di fronte a pazienti politrattati e/o anziani nei quali il rischio di effetti collaterali a carico dei farmaci assunti per via sistemica o di interazioni farmacologiche è elevato e non giustificabile per un trattamento previsto per tempi lunghi. Per ridurre tali difficoltà, in presenza di dolore localizzato e superficiale, è razionale il ricorso a farmaci topici che siano caratterizzati da una dimostrata efficacia, in quanto la quasi totale assenza di assorbimento sarà garanzia di assenza di effetti collaterali sistemici o interazioni farmacologiche (Mick 2012). In questo modo il farmaco potrà essere utilizzato a lungo termine con minimo rischio di eventi avversi (Villaminar 2016).

LA FORMULAZIONE TOPICA

Si parla propriamente di formulazione topica quando la

somministrazione del farmaco attraverso la cute produce una concentrazione clinicamente utile solo nel sito di applicazione, senza concentrazioni sistemiche rilevanti. Al contrario, le formulazioni transdermiche prevedono l'applicazione alla cute e l'ingresso nel circolo ematico di concentrazioni sufficienti a produrre un effetto analgesico (Casale 2017).

Alcuni trattamenti topici sono già stati menzionati in linee guida per il trattamento farmacologico del dolore neuropatico, come monoterapie o come farmaci in add-on (Casale 2017). Un gruppo di specialisti del dolore ha proposto un algoritmo per il trattamento del dolore localizzato a uso dei medici non specialisti. Tale algoritmo, a meno di controindicazioni quali cute atrofica, danneggiata o infetta, prevede come trattamento di prima linea un agente analgesico topico, per il favorevole rapporto rischio/beneficio rispetto alla terapia sistemica e perché vi è evidenza che tale trattamento possa ridurre l'estensione dell'area dolente (Baron 2016).

LA SCELTA DELL'ANALGESICO TOPICO

Per il dolore localizzato sono stati utilizzati farmaci ad applicazione topica dotati di meccanismi d'azione diversi (Mick 2012). Nella scelta del farmaco topico dovranno essere prese in considerazione, oltre all'efficacia e alla tollerabilità, le preferenze del paziente, la necessità di monitoraggio, la durata della somministrazione, la durata dell'effetto analgesico e ogni possibile causa di mancata aderenza legata alle modalità del trattamento (Sommer 2017). La letteratura riferisce che per il trattamento del dolore localizzato sono stati utilizzati vari agenti topici, quali anestetici, miorilassanti, antinfiammatori e antidepressivi, anche in associazione tra loro, con risultati promettenti (Casale 2017). Tuttavia, bisogna ricordare che solo per alcuni di essi sono disponibili sufficienti evidenze di efficacia e tollerabilità (Casale 2017).

CONCLUSIONI

In conclusione, i farmaci analgesici topici consentono di trattare efficacemente il dolore localizzato, sia neuropatico sia nocicettivo, riducendo il rischio di eventi avversi rispetto ai trattamenti sistemici. Questo approccio è estremamente utile per il paziente anziano o politrattato, particolarmente a rischio di intolleranze o interazioni farmacologiche. Infine, il trattamento topico può facilmente essere utilizzato a lungo, come si rende necessario in numerose condizioni di dolore localizzato, di tipo ortopedico, riabilitativo o reumatologico.

BIBLIOGRAFIA

- Baron R, Allegri M, Correa-Illanes G et al. The 5% lidocaine-medicated plaster: its inclusion in international treatment guidelines for treating localized neuropathic pain, and clinical evidence supporting its use. *Pain Ther* 2016;5:149-69
- Casale R, Symeonidou Z, Bartolo M. Topical treatments for localized neuropathic pain. *Curr Pain Headache Rep* 2017;21:15
- Mick G, Baron R, Finnerup NB et al. What is localized neuropathic pain? A first proposal to characterize and define a widely used term. *Pain Manag* 2012;2:71-7
- Rahman W, Dickenson AH. Voltage gated sodium and calcium channel blockers for the treatment of chronic inflammatory pain. *Neurosci Lett* 2013;17:1926
- Sommer C, Cruccu G. Topical treatment of peripheral neuropathic pain: applying the evidence. *J Pain Symptom Manage* 2017;53:614-29
- Treede RD, Jensen TS, Campbell NJ et al. Neuropathic pain: redefinition and grading system for clinical and research purposes. *Neurology* 2008;70:1630-5
- Villaminar R, Fornasari D, Farina S et al. Il trattamento del dolore in ambito ortopedico e riabilitativo. *G Ital Med Riabil MR* 2016;29:38-48

EFFICACIA E TOLLERABILITÀ DI LIDOCAINA 5% CEROTTO NELLA GESTIONE DELLA TORACALGIA LOCALIZZATA DA MESOTELIOMA PLEURICO

Degiovanni D et al.^[1]

CONSIDERAZIONI INIZIALI^[2-4]

Il mesotelioma maligno (MPM) è una neoplasia aggressiva del mesotelio pleurico causata dall'esposizione all'amianto, la cui incidenza è di 1,1-1,25/100.000 abitanti in Europa. Nella sua evoluzione la neoplasia si estende alla muscolatura intercostale, alle coste e alle terminazioni nervose. Dolore intenso, di tipo misto, somatico, viscerale e neuropatico è presente nel 30-96% dei casi per l'infiltrazione dei tessuti, ma non raramente sintomi dolorosi sono causati o esacerbati dalle complicanze post-operatorie di toracosopia, toracotomia e pleurodesi.

OBIETTIVO DELLO STUDIO

Lo studio ha valutato l'efficacia del trattamento in add-on con lidocaina cerotto 5% per il controllo della sintomatologia dolorosa in pazienti affetti da MPM con infiltrazione neoplastica parietale o dolore toracico causato dalle complicanze post-operatorie.

PAZIENTI E METODI

- Sono stati valutati pazienti affetti da MPM, con toracalgia, già in trattamento con oppioidi.
- Lidocaina cerotto 5% è stato utilizzato per 12 ore al giorno, applicando fino a un massimo di 3 cerotti/die.
- L'efficacia del trattamento è stata valutata in base alla variazione dell'intensità del dolore (misurata con NRS [numeric rating scale] a 11 punti, da 0 a 10), alla qualità del sonno (scala verbale a 4 punti) e al benessere del paziente (scala verbale a 3 punti).
- Sono stati registrati numero e causa dei drop-out. Inoltre sono stati rilevati tutti gli effetti collaterali e ogni eventuale modifica della terapia sistemica e topica.

RISULTATI

- Sono stati inclusi 12 pazienti (2 maschi) di età media 64,3

anni (range 50-81), tra aprile 2014 e novembre 2015.

- Undici pazienti erano stati sottoposti a chemioterapia, 3 a decorticazione pleurica e 4 a pleurodesi. In tutti i pazienti era stata effettuata una toracosopia a scopo diagnostico. Sette pazienti presentavano una cicatrice chirurgica da toracosopia o toracotomia infiltrata dalla neoplasia.
- Il dolore era presente in media da 4,7 mesi (range 1-13). Aveva carattere bruciante (83%), lancinante (42%), a scossa elettrica (33%).
- Nonostante il trattamento con oppioidi si registrava un dolore localizzato superficiale che, al basale, aveva intensità moderata, con punteggio NRS medio di 5,8 (range 4-7).
- Dopo 10 giorni di trattamento con lidocaina cerotto 5%, l'intensità del dolore ha iniziato a diminuire e ha raggiunto un punteggio NRS medio di 3,6 (range 2-5) dopo 30 giorni ($p < 0,01$ vs basale) [Figura 1].

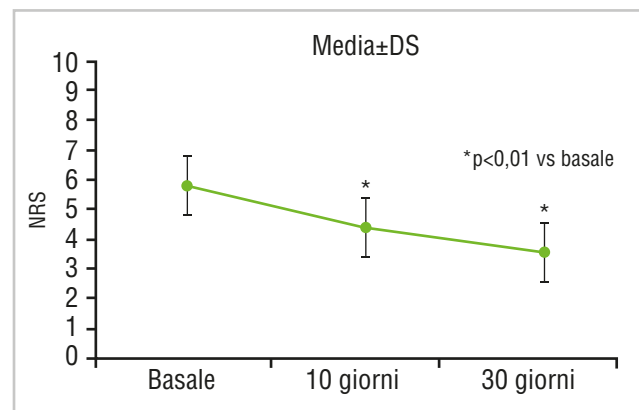


Figura 1. Intensità del dolore su scala NRS

- Il sonno, che inizialmente risultava molto disturbato o con frequenti risvegli in 9 pazienti, è migliorato sensibilmente, divenendo buono nel 64% dei pazienti al termine del periodo di osservazione [Figura 2], a cui si è accompagnato un miglioramento del benessere percepito dai pazienti.

- Un paziente ha sospeso il trattamento per sensazione di freddo al sito di applicazione.

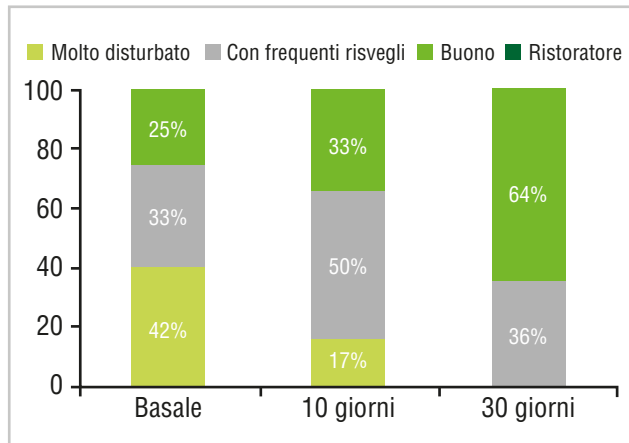


Figura 2. Qualità del sonno

CONSIDERAZIONI FINALI

Il dolore da MPM è di difficile gestione a causa delle diverse componenti algiche che lo caratterizzano. La strategia terapeutica migliore è un approccio multimodale, per il quale si può ricorrere a diversi principi attivi e modalità di somministrazione. Pur con casistica limitata, questa esperienza ha evidenziato che i pazienti con MPM beneficiano del trattamento con lidocaina cerotto 5%, che ha determinato un buon controllo della sintomatologia algica localizzata e il ripristino della qualità del sonno, senza eventi avversi di rilievo.

IN BREVE

- Il MPM è spesso causa di dolore superficiale intenso dovuto a infiltrazione della malattia o alle complicanze post-operatorie.
- Il trattamento in add-on a oppioidi con lidocaina cerotto 5% ha ridotto l'intensità del dolore a partire da 10 giorni di applicazione e ha migliorato la qualità del sonno, influenzando positivamente sul benessere percepito dai pazienti.
- Il trattamento topico è stato ben tollerato.

BIBLIOGRAFIA

1. Degiovanni D, Caramellino A. Efficacia e tollerabilità di lidocaina 5% cerotto nella gestione della toracalgia localizzata da mesotelioma pleurico. XXIII Congresso Nazionale SICP, Roma, 16-19 novembre 2016
2. Ahmezdaï S, Clayson H. Palliative Care for mesothelioma. In: O'Byrne K, Rusch V, eds Malignant Pleural Mesothelioma. Oxford, Oxford University Press, 2006:412-418
3. Mick G, Correa-Illanes G. Topical pain management with the 5% lidocaine medicated plaster--a review. Curr Med Res Opin 2012;28:937-51
4. Cruto ME, Baricocchi E, Battistella M et al. Treatment of persistent postmastectomy pain with 5% lidocaine medicated plaster. Minerva Chir 2015;70:147-53

LA VIA TOPICA NELL'APPROCCIO MULTIMODALE AL TRATTAMENTO CONSERVATIVO DELLA SINDROME DEL TUNNEL CARPALE

Deinite G et al.^[1]

CONSIDERAZIONI INIZIALI^[2,3]

La sindrome del tunnel carpale (STC) è caratterizzata da disestesie e dolore neuropatico localizzato di forte intensità. Il trattamento, spesso multimodale, prevede interventi medici o fisioterapici per le forme iniziali e la chirurgia nelle forme più gravi.

OBIETTIVO DELLO STUDIO

Questo studio si è posto l'obiettivo di esplorare la possibilità di potenziare l'efficacia degli interventi terapeutici non chirurgici in un gruppo di pazienti con STC mediante applicazione di lidocaina cerotto 5%.

PAZIENTI E METODI

- Sono stati arruolati pazienti con STC di grado moderato (latenza all'esame elettro-neurografico al polso 3,5-5 millisecondi).
- I pazienti sono stati divisi in tre gruppi che hanno ricevuto: solo neurotrofici (Gruppo A), neurotrofici + terapia fisica (Gruppo B) e neurotrofici, terapia fisica e lidocaina cerotto 5% (Gruppo C).
- Il trattamento con integratori neurotrofici è consistito in palmitoil etanolamide, acido alfa lipoico e vitamine del gruppo B per 30 giorni secondo la posologia prevista. Il trattamento fisioterapico ha previsto 10 sedute con intervento giornaliero di ultrasonoterapia e stimolazione elettrica nervosa transcutanea del polso, associate a 10 sedute distribuite in 15 giorni di esercizi di mobilizzazione attiva e attiva assistita. Lidocaina cerotto 5% è stato utilizzato per 12 ore al giorno durante le ore notturne per 15 giorni.
- L'efficacia del trattamento è stata misurata mediante la valutazione del dolore con scala NRS (numeric rating scale), della funzionalità della mano con Test di Sollerman, della qualità di vita con scala VAS EuroQoL (da 0 a 100) e con elettro-neurografia del mediano al

polso all'inizio dell'osservazione (T0), dopo 15 giorni (T1) e dopo un mese di trattamento (T2).

RISULTATI

- Sono stati inclusi 24 pazienti, 8 per gruppo di trattamento, con età media di 62,2 anni (range 53-75), di cui 6 maschi.
- La riduzione della latenza motoria del nervo mediano è risultata simile nei gruppi B e C e diversa tra questi e il gruppo A ($p < 0,01$).
- L'incremento dello stato di salute misurato con scala VAS EuroQoL è stato di 34,4 punti nel gruppo A, di 40 punti nel gruppo B e di 60 punti nel gruppo C ($p < 0,01$ vs altri trattamenti).
- L'intensità del dolore è diminuita in tutti i pazienti, ma in quelli trattati anche con lidocaina cerotto 5% vi è stato un miglioramento più veloce e significativo già dopo 15 giorni di trattamento ($p < 0,01$) [Figura 1].

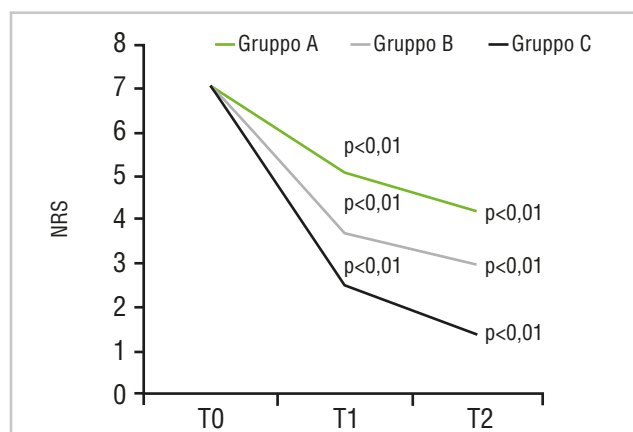


Figura 1. Intensità del dolore su scala NRS

- In tutti i pazienti si è registrato un recupero parziale o completo della funzionalità della mano, che è risultato migliore nel gruppo C, seguito dal gruppo B.
- Tutti i pazienti del gruppo C hanno raggiunto il massimo grado di funzionalità, ovvero punteggio 0 ($p < 0,01$ vs altri trattamenti) [Figura 2].

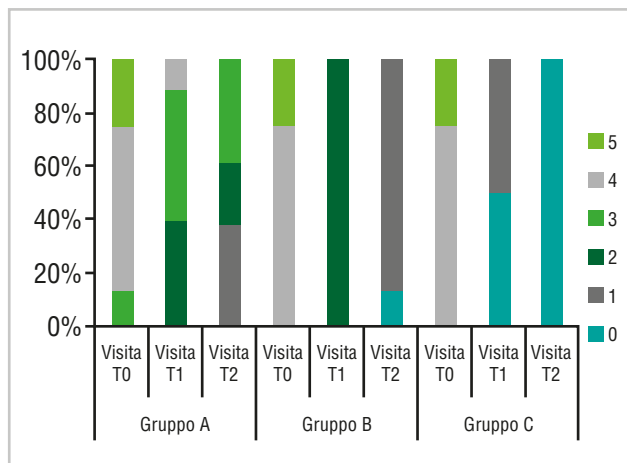


Figura 2. Funzionalità della mano

CONSIDERAZIONI FINALI

Nei pazienti con STC trattati non chirurgicamente è stato ottenuto un buon miglioramento della sintomatologia, a indicare che prima dell'intervento chirurgico è possibile ricorrere ad altre strategie terapeutiche. I pazienti che hanno ricevuto lidocaina cerotto 5% in aggiunta agli integratori neurotrofici e alla fisioterapia hanno avuto i maggiori benefici a livello di riduzione del dolore, recupero della funzionalità della mano e miglioramento della qualità della vita.

IN BREVE

- La STC è caratterizzata da disestesie e dolore neuropatico localizzato di forte intensità.
- L'aggiunta di lidocaina cerotto 5% agli integratori neurotrofici e alla fisioterapia ha consentito di ridurre il dolore, favorire il recupero della funzionalità della mano e ha migliorato la qualità di vita.

BIBLIOGRAFIA

1. Deinite G, Ragusa OLF. La via topica nell'approccio multimodale al trattamento conservativo della sindrome del tunnel carpale. 44° Congresso Nazionale SIMFER, Bari, 23-26 ottobre 2016
2. Mick G, Correa-Illanes G. Topical pain management with the 5% lidocaine medicated plaster--a review. *Curr Med Res Opin* 2012;28:937-51
3. Nalamachu S, Crockett RS, Gammaitoni AR et al. A comparison of the lidocaine patch 5% vs naproxen 500 mg twice daily for the relief of pain associated with carpal tunnel syndrome: a 6-week, randomized, parallel group study. *MedGenMed* 2006;8:33

LIDOCAINA CEROTTO 5% NEL TRATTAMENTO DELLA SPALLA DOLOROSA DEL NUOTATORE

Frascella R^[1]

CONSIDERAZIONI INIZIALI^[2-4]

Nel 67% dei casi, i nuotatori e i pallanuotisti professionisti presentano una lassità capsulo-legamentosa dell'articolazione gleno-omeroale che spesso conduce a un quadro di instabilità dell'articolazione, la cosiddetta "spalla del nuotatore". È molto utile un trattamento riabilitativo iniziato precocemente, che tuttavia non può essere avviato in presenza di sintomatologia dolorosa.

OBIETTIVO DELLO STUDIO

Questa osservazione ha voluto verificare se un trattamento topico condotto con lidocaina cerotto 5% potesse favorire una remissione sintomatologica veloce e un altrettanto veloce inizio del processo riabilitativo.

PAZIENTI E METODI

- In questa analisi retrospettiva sono stati valutati 43 pallanuotisti e nuotatori agonisti con dolore alla spalla al movimento di intensità ≥ 4 alla scala NRS (numeric rating scale) e impotenza funzionale, nel periodo gennaio-dicembre 2015.
- Gli atleti sono stati trattati con lidocaina cerotto 5% (1-3 cerotti) applicato sull'area dolente per 12 ore al giorno, per un periodo di osservazione di 30 giorni.

RISULTATI

- Sono stati osservati 41 maschi e 2 femmine, con età media pari a 21,5 anni (range 18-27).
- La diagnosi era dolore alla spalla con impotenza funzionale nel 74,4% dei casi, lesione della cuffia dei rotatori nel 18,6% dei casi, impingement, infiammazione del capo lungo del bicipite ed edema sovraspinoso nel 2,3% dei casi. Nell'88,4% dei casi era destra la spalla interessata.
- Tutti gli atleti sono stati trattati inizialmente con 3 cerotti al giorno per 12 ore di applicazione/die. Dopo 10

giorni il dosaggio è stato ridotto a 2 cerotti e dopo altri 10 giorni a 1 cerotto al giorno. Nei primi 3-4 giorni si sono mantenuti i FANS già in uso, per poi proseguire con il solo trattamento con lidocaina cerotto 5%.

- Prima di iniziare il trattamento, il dolore era già mediamente presente da 14 giorni (range 5-16), con un'intensità media (scala NRS) pari a 6,1 (range 4-7).
- Sono stati considerati 36 atleti per la valutazione di efficacia (in 7 la terapia è stata cautelativamente interrotta per lievi effetti collaterali, poi risolti).
- L'intensità del dolore è diminuita a 3,7 punti (range 2-4) dopo 10 giorni di applicazione di lidocaina cerotto 5% e ulteriormente a 1,8 punti (range 0-3) al termine della terapia ($p < 0,01$ vs basale) [Figura 1].

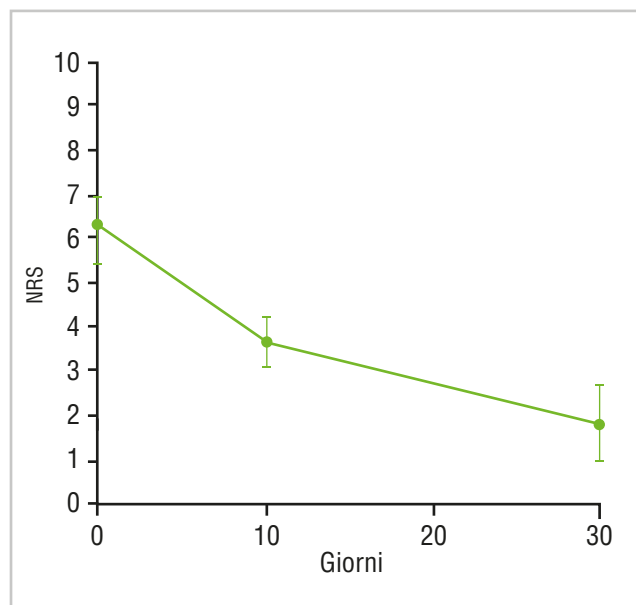


Figura 1. Intensità del dolore (NRS)

- L'area algica si è ridotta significativamente ($p < 0,01$).
- La funzionalità articolare, inizialmente ridotta nell'83,7% e scarsa nel 16,3% dei casi, è migliorata nel 61,1% dei casi già al 10° giorno e nel 97% degli atleti dopo 30 giorni [Figura 2].

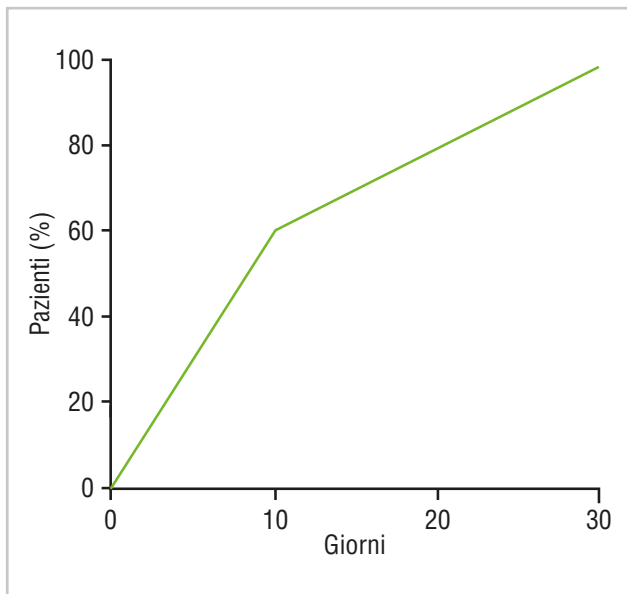


Figura 2. Miglioramento della funzionalità articolare (% pazienti)

CONSIDERAZIONI FINALI

Quanto osservato permette di affermare che lidocaina cerotto 5% è efficace nel trattamento del dolore della spalla del nuotatore in quanto ha consentito una rapida e marcata riduzione dell'intensità del dolore al movimento e un netto miglioramento della funzionalità dell'articolazione nella quasi totalità degli atleti, i quali hanno riportato anche un netto recupero del benessere al termine del periodo di osservazione.

IN BREVE

- La spalla del nuotatore è un problema frequente, che necessita di riabilitazione: questo intervento non può tuttavia essere avviato in presenza di dolore.
- In 36 atleti, l'intensità del dolore è diminuita dopo 10 giorni di applicazione di lidocaina cerotto 5%, così come si è ridotta significativamente ($p < 0,01$) l'area algica.
- Si è inoltre registrato un miglioramento della funzionalità articolare nel 97% degli atleti dopo 30 giorni.

BIBLIOGRAFIA

1. Frascella R. Lidocaina cerotto 5% nel trattamento della spalla dolorosa del nuotatore. 44° Congresso Nazionale SIMFER, Bari, 23-26 ottobre 2016
2. Heinlein SA, Cosgarea AJ. Biomechanical considerations in the competitive swimmer's shoulder. *Sports Health* 2010;2:519-25
3. de León-Casasola O, Mayoral V. The topical 5% lidocaine medicated plaster in localized neuropathic pain: a reappraisal of the clinical evidence. *J Pain Res* 2016; 9:67-79
4. Mariot G. Lidocaina cerotto 5% nel trattamento delle entesiti da degenerazione articolare. *Fighting Pain* 2016;3:5-11

LIDOCAINA CEROTTO 5% NEL TRATTAMENTO DEL DOLORE DA LESIONI COSTALI POST-TRAUMATICHE

Ragusa OLF et al.^[1]

CONSIDERAZIONI INIZIALI^[2,3]

Le lesioni costali post-traumatiche legate a incidenti stradali sono spesso causate dalla cintura di sicurezza, che determina un contraccolpo sull'emittoce, con maggiore frequenza per il trasportato rispetto al conducente.

Per tali lesioni si prescrivono riposo e FANS, che tuttavia non sono sempre in grado di migliorare la sintomatologia algica.

OBIETTIVO DELLO STUDIO

Questo studio ha voluto valutare l'efficacia di lidocaina cerotto 5% per il trattamento del dolore da lesione costale, non avendo ottenuto risposte soddisfacenti con altri topici come creme o schiume.

PAZIENTI E METODI

- Sono stati valutati pazienti che presentavano da 1 a 2 lesioni costali da trauma da cintura in incidente stradale non antecedente i 3 giorni.
- I cerotti, da 1 a 3 in funzione dell'estensione dell'area algica, sono stati applicati lungo il decorso della costa.
- Il dolore è stato valutato attraverso una scala NRS (numeric rating scale) e lo stato di salute col questionario EuroQoL (VAS) all'inizio del trattamento, dopo 20 giorni di terapia (T1) ed entro 7 giorni dalla sospensione del trattamento (T2).
- Sono stati esclusi pazienti con osteoartrosi conclamata, osteoporosi primaria e secondaria o con pregresse fratture costali.

RISULTATI

- Sono stati osservati 10 pazienti, di cui 4 maschi, di età compresa tra 26 e 45 anni. Otto pazienti presentavano una sola frattura, mentre gli altri 2 (un maschio e una femmina) erano interessati da 2 fratture.
- L'intensità media del dolore era pari a 7,8 punti del-

la scala NRS (range 7-9) all'inizio del trattamento. Il punteggio medio è sceso a 3,9 (range 2-6) a T1 e si è ridotto ulteriormente a T2 [Figura 1].

- Il punteggio EuroQoL è variato da un valore medio di 0,48 all'inizio del trattamento (range 0,40-0,64) a valori medi prossimi all'indice di «miglior benessere», sia a T1 (0,84; range 0,8-0,92) sia a T2 (0,92; range 0,8-1,0).
- In tutti i pazienti si è registrato un miglioramento dello stato di salute, già clinicamente significativo al termine del trattamento [Figura 2].

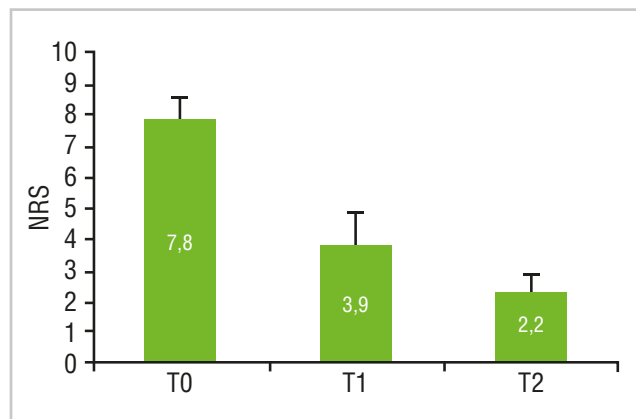


Figura 1. Intensità del dolore (NRS)

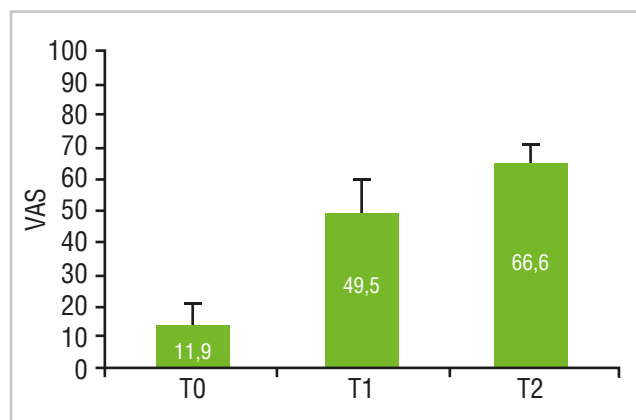


Figura 2. EuroQoL-Stato di salute

CONSIDERAZIONI FINALI

L'uso di lidocaina cerotto 5% in un gruppo di pazienti con

fratture costali da cintura di sicurezza è stato efficace nel controllo della sintomatologia algica (assenza di non responder) e ha migliorato vari aspetti della qualità di vita. Inoltre non si sono registrate reazioni locali.

IN BREVE

- Il trattamento delle lesioni costali post-traumatiche con riposo e FANS non sempre migliora la sintomatologia algica.
- In un'osservazione pilota, l'applicazione di lidocaina cerotto 5% ha ridotto l'intensità del dolore e ha migliorato la qualità di vita di un gruppo di pazienti con 1 o 2 fratture costali.

BIBLIOGRAFIA

1. Ragusa OLF, Deinite G. Lidocaina cerotto 5% nel trattamento del dolore da lesioni costali post-traumatiche. 44° Congresso Nazionale SIMFER, Bari, 23-26 ottobre 2016
2. Cheng YJ. Lidocaine skin patch (Lidopat® 5%) is effective in the treatment of traumatic rib fractures: a prospective double-blinded and vehicle-controlled study. *Med Princ Pract* 2016;25:36-9
3. Zink KA, Mayberry JC, Peck EG, Schreiber MA. Lidocaine patches reduce pain in trauma patients with rib fractures. *Am Surg* 2011;77:438-42

LIDOCAINA CEROTTO 5% CONTROLLA LE NEUROPATIE PERIFERICHE DOLOROSE NON RESPONSIVE?

Tugnoli V et al.^[1]

CONSIDERAZIONI INIZIALI^[2,3]

Nonostante i recenti progressi diagnostico-terapeutici, molti pazienti con dolore neuropatico, una condizione particolarmente debilitante, non rispondono o sono intolleranti ai trattamenti farmacologici disponibili. Inoltre, nel 60% dei casi si può parlare di dolore neuropatico localizzato, in quanto il dolore è circoscritto a una specifica area. In questo contesto, le linee guida internazionali suggeriscono il trattamento con lidocaina cerotto 5%, utilizzato da solo o in associazione con farmaci sistemici, in considerazione della sua attività di down-regulation dell'eccitabilità delle fibre A delta e C e del profilo di sicurezza estremamente favorevole.

OBIETTIVO DELLO STUDIO

Valutare l'efficacia e la tollerabilità di lidocaina cerotto 5% per il dolore neuropatico localizzato non responsivo in corso di neuropatie periferiche, con esclusione delle neuropatie post-erpetiche.

PAZIENTI E METODI

- È stata osservata una serie di casi clinici con dolore neuropatico localizzato, sia di origine iatrogena sia idiopatica, con intensità ≥ 4 alla scala NRS (numeric rating scale), non responsivo ai farmaci comunemente impiegati per il trattamento del dolore neuropatico. Sono stati definiti non responder i pazienti che hanno avuto una riduzione del dolore $< 30\%$ dopo terapia sistemica o che hanno interrotto la terapia per eventi avversi.
- È stato applicato lidocaina cerotto 5% (1-3 cerotti) per 12 ore al giorno, che si è aggiunto ai diversi trattamenti analgesici concomitanti.
- Durante il periodo di osservazione (fino a 3 mesi) sono stati compilati i questionari diagnostici DN4 e NPSI (Neuropathic Pain Symptom Inventory). L'efficacia è stata valutata in base all'intensità di dolore

e allodinia misurate su NRS a 11 punti (da 0 a 10), alla valutazione del profilo sensoriale, alla qualità del sonno misurata su scala a 4 punti e alla qualità di vita valutata su scala SF-12 (12-Item Short Form Health Survey). Sono inoltre stati registrati gli eventi avversi.

RISULTATI

- Sono stati osservati 17 pazienti, di età media $64,4 \pm 16,1$ anni, di cui 5 maschi, con intensità media del dolore $6,9 \pm 1,7$ punti NRS.
- Al basale i questionari DN4 e NPSI sono stati positivi per dolore neuropatico e in tutti i pazienti il profilo sensoriale è risultato compromesso.
- Dopo 3 mesi di trattamento con lidocaina cerotto 5%, l'intensità del dolore su scala NRS si è ridotta in media del 37% ($p < 0,01$) e l'allodinia meccanica dinamica del 47% [Figura 1].
- I punteggi SF-12 e NPSI sono migliorati ($p < 0,01$), così come la qualità del sonno [Figura 2].
- La percentuale di pazienti con punteggio DN4 ≥ 4 è passata da 88% al basale a 60% e 40% dopo 30 e 90 giorni di trattamento ($p < 0,05$).
- Solo un paziente ha sospeso lidocaina cerotto 5% per una sensazione di bruciore.

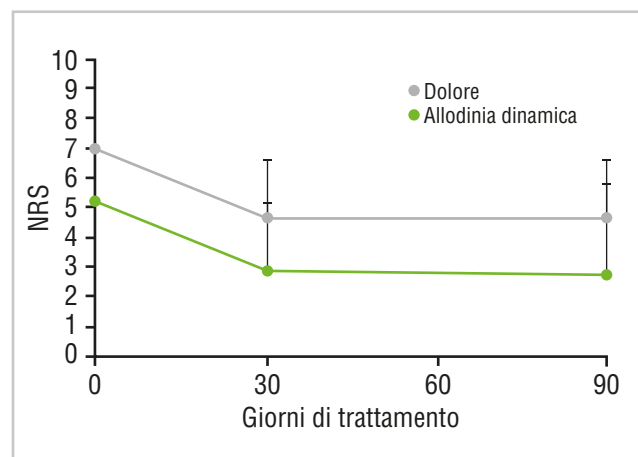


Figura 1. Intensità del dolore e dell'allodinia dinamica

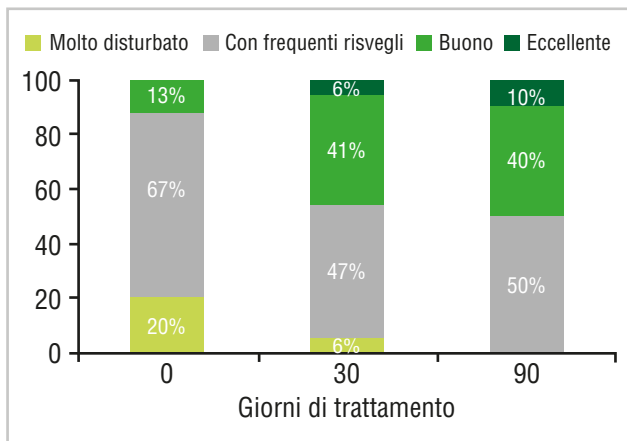


Figura 2. Qualità del sonno

CONSIDERAZIONI FINALI

Lidocaina cerotto 5% in add-on è risultato utile per pazienti con dolore neuropatico localizzato non responsivo al trattamento sistemico. Ha infatti ridotto l'intensità del dolore e migliorato la qualità di vita e del sonno.

IN BREVE

- Molti pazienti con dolore neuropatico localizza-

to sono non responder all'usuale terapia sistemica.

- L'applicazione di lidocaina cerotto 5% in add-on ha determinato una riduzione significativa del dolore e dell'allodinia, cui è seguito un miglioramento del sonno e, più in generale, della qualità di vita.
- Il trattamento è stato ben tollerato.

BIBLIOGRAFIA

1. Tugnoli V, Gemignani F, Medici D et al. Does 5% lidocaine medicated plaster control non-responsive localized painful peripheral neuropathies? XLVII Congresso Società Italiana di Neurologia, Venezia, 22-25 ottobre 2016
2. Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol* 2015;14:162-73
3. Mick G, Correa-Illanes G. Topical pain management with the 5% lidocaine medicated plaster--a review. *Curr Med Res Opin* 2012;28:937-51

EVIDENZE DAI CONGRESSI INTERNAZIONALI: SINTESI

Il dolore neuropatico è un debole predittore del dolore cronico diffuso di nuova insorgenza

McBeth J et al., abs. FRIO708 presentato all'EULAR 2017

Un dolore localizzato può predire l'insorgenza di dolore cronico diffuso (CWP), segno caratteristico della fibromialgia. D'altro lato, fino al 20% dei pazienti con CWP ha un dolore neuropatico (NP). Uno studio di popolazione su 1162 soggetti senza CWP e con un adeguato follow-up ha valutato l'ipotesi che il NP potesse aumentare il rischio di sviluppare un CWP. 523 (45%) pazienti non avevano alcun dolore al basale, 562 (48,4%) un dolore non neuropatico e 77 (6,6%) un NP. Un CWP è stato osservato in 153 (13,2%) soggetti: 19 (3,6%) senza dolore, 108 (19,2%) NP- e 26 (33,8%) NP+. Rispetto al gruppo senza dolore, la probabilità di sviluppare un CWP al follow-up era 3 volte maggiore nel gruppo NP- e 4 volte maggiore nel gruppo NP+. Il NP è in grado di predire un piccolo numero di casi di CWP, che ha un'elevata prevalenza nella popolazione generale. Pertanto, un trattamento efficace del dolore non di origine neuropatica potrebbe esercitare un impatto significativo sulla diffusione del CWP nella popolazione.

Correlazione tra prestazione del muscolo scapolare, fatica muscolare, dolore e funzionalità in pazienti con lesione della cuffia dei rotatori

Sozlu U et al., abs. SAT0608 presentato all'EULAR 2017

La lesione della cuffia dei rotatori (RCL), causata da diverse condizioni patologiche della spalla, è caratterizzata da dolore, limitazione dei movimenti, debolezza muscolare e disabilità funzionale. Uno studio condotto su 53 pazienti con RCL ha valutato una possibile correlazione tra prestazione del muscolo scapolare (SME), fatica muscolare, dolore e funzionalità. I principali risultati emersi hanno evidenziato in questi pazienti una correlazione significativa tra una SME ridotta e un calo della forza dei principali muscoli della spalla, un aumento del dolore che compare in corso di attività (non in quello notturno o a riposo) e un peggioramento della funzionalità degli arti superiori. Gli Autori sottolineano la necessità di programmi di riabilitazione dei gruppi muscolari coinvolti nei pazienti con RCL e SME ridotta, allo scopo di diminuire il dolore alla spalla e di migliorare la sua funzionalità.

Fattori di rischio occupazionali e previsione di sviluppo della sindrome del tunnel carpale

Bakhtereva E et al., poster PT0044 presentato allo IASP 2016

La sindrome del tunnel carpale (CTS) è una comune neuropatia periferica da compressione gravata da un elevato costo eco-

nomico. Lo scopo di questo studio era di valutare il rischio di sviluppare CTS, definita dalla presenza di sintomi e da anomalie della conduzione nervosa, in diverse condizioni di lavoro. Sono stati analizzati i dati di 861 lavoratori (età media 42 anni, sovrappeso, impiegati da una media di 21,8 anni) con fattori di rischio per patologie muscoloscheletriche degli arti superiori (industrie manifatturiere, produttive, dei servizi, di costruzione). La percentuale di CTS nell'intera casistica era del 29,1%. Le incidenze più elevate sono state osservate nella fascia d'età compresa tra 40 e 49 anni, nei lavoratori esposti a vibrazioni locali e nei soggetti sottoposti a sovraccarico fisico per oltre 10 anni. Questo studio, eseguito su un'ampia casistica di lavoratori impiegati in ambiti diversi, conferma che l'esposizione a sovraccarico e a lavori ripetitivi è associata a un aumento consistente di CTS.

La struttura multidimensionale della "cronicità" nel dolore muscoloscheletrico

Finnem M et al., poster PT0016 presentato allo IASP 2016

La multidimensionalità delle caratteristiche del dolore e la complessità del processo di cronicizzazione rendono difficile una diagnosi efficace e precisa delle sindromi dolorose croniche, nonostante siano disponibili vari questionari e strumenti di valutazione elaborati a tal fine. L'esperienza riportata in questo studio, che ha analizzato 201 soggetti con dolore muscoloscheletrico e 170 lavoratori attivi a rischio, dimostra che non solo il dolore ma la cronicità stessa è multidimensionale poiché coinvolge anche aspetti emotivi del paziente, oltre ad aspetti puramente clinici (intensità del dolore, disabilità, interferenza con la vita quotidiana). Inoltre evidenzia che la cronicità del dolore muscoloscheletrico non è uniforme e stabile in sindromi e popolazioni con caratteristiche sensitive e cliniche, durata della malattia e storia del dolore diversi. Quanto emerso rappresenta infine una conferma di come sia sempre più complicato cercare di valutare la cronicità con valori scalari globali a un'unica dimensione.

Effetto del dolore cronico sull'attività cognitiva

Siddiqi Z et al., poster PT0013 presentato allo IASP 2016

È noto che il dolore cronico può causare un'alterazione cognitiva (soprattutto dell'attenzione e della memoria lavorativa), che a sua volta peggiora la qualità di vita (QoL). Questa evidenza è stata confermata dai risultati del presente studio, nel quale circa metà dei pazienti con dolore cronico ha riportato una significativa alterazione cognitiva, anche se non correlata all'intensità del dolore stesso. I dati emersi dai diversi questionari impiegati (test di attenzione quotidiana, Reading Span, Hospital Anxiety and

Depression Scale, Pittsburgh Sleep Quality Index, Pain Disability Index, 15D questionnaire) hanno inoltre permesso di mettere in relazione una bassa QoL associata a una scarsa memoria lavorativa con una maggiore disabilità correlata al dolore. Infine, i soggetti con dolore severo e depressione hanno mostrato una QoL molto scadente.

Analisi dell'impatto della health literacy in soggetti con dolore cronico

Mackey L et al., poster PT0036 presentato allo IASP 2016

L'health literacy (HL), o "competenze per la salute", cioè le capacità cognitive e sociali che motivano gli individui e li rendono capaci di accedere, comprendere e utilizzare le informazioni in modo da preservare la propria salute, è un concetto relativamente nuovo nella promozione della salute. Poiché una HL inadeguata è stata associata a un peggioramento degli outcome clinici in molte patologie croniche, si sono valutati l'impatto e le caratteristiche della HL in 131 soggetti con dolore cronico (almeno 3 mesi). Nel 54,2% dei soggetti si è registrata una HL inadeguata, presente soprattutto nei pazienti anziani, disoccupati o pensionati, con scarsa scolarizzazione, basso reddito, comorbidità multiple e limitata conoscenza della patologia e del dolore. Una HL inadeguata è risultata pertanto prevalente anche nei pazienti con dolore cronico e può influenzare le capacità necessarie per un'efficace gestione del dolore.

Valore socioeconomico degli interventi per il dolore cronico

Shibata M et al., poster PT0098 presentato allo IASP 2016

Questo studio eseguito in Giappone su 91 pazienti, la maggior parte dei quali con dolore cronico di tipo neuropatico, che hanno ricevuto diversi trattamenti per il dolore cronico (farmaci, farmaci e blocco del nervo, esercizio fisico e/o strumenti educazionali per la gestione del dolore), ha raggiunto entrambi i suoi obiettivi. Innanzitutto ha dimostrato l'affidabilità dell'EQ-5D score nella valutazione del dolore cronico, oltre a una correlazione significativa tra questo questionario e altri score (Pain Disability Assessment Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale, Pain Catastrophizing Scale). In secondo luogo, i risultati hanno confermato la costo-efficacia delle terapie del dolore somministrate nei due centri del dolore nipponici inclusi. Il calcolo della costo-efficacia basato sul costo

annuale stimato del trattamento e sui quality-adjusted life year (QALY) ha infatti mostrato un valore medio di 45.879 ± 103.155 per QALY, ritenuto un dato di adeguata utilità socioeconomica.

Segni e sintomi in corso di nevralgia post-erpetica

Gierthmühlen J et al., poster PT0220 presentato allo IASP 2016

Dal momento che nella nevralgia post-erpetica (PHN) possono essere distinti diversi tipi di pazienti in base alla funzione nocicettiva periferica predominante, sono stati valutati i segni e i sintomi somatosensoriali di 20 pazienti con PHN suddivisi in base alla funzionalità delle fibre C (14 con funzionalità alterata e 6 con funzionalità conservata). Dall'osservazione è emerso che la riduzione del dolore non dipende dal sottotipo di PHN, ma i casi con funzionalità delle fibre C conservata hanno una maggiore predisposizione a segni di sensibilizzazione centrale; inoltre, la funzionalità alterata delle fibre C può migliorare anche nei casi cronici (>1 anno). Questi dati sullo sviluppo di segni e sintomi somatosensoriali in corso di PHN offrono infine la possibilità di ottimizzare il trattamento basato sul meccanismo di insorgenza.

Approccio multidisciplinare integrato per la valutazione del dolore cronico: uno studio pilota

Troilo A et al., poster L00046 presentato allo IASP 2016

È ampiamente noto che il dolore cronico è spesso accompagnato da una componente soggettiva emotivo-affettiva di sofferenza. L'esperienza locale riportata in questo studio ha confermato l'importanza della valutazione psicologica e di un trattamento personalizzato nell'ambito di un approccio multidisciplinare integrato per la gestione di pazienti con dolore cronico. 59 pazienti su 226 valutati inizialmente (26%) sono stati indirizzati a una valutazione psicologica; 34 casi hanno iniziato la psicoterapia e 5 un trattamento personalizzato. In particolare, è stato osservato che i pazienti refrattari al trattamento avevano una sofferenza psicologica, con un'alta prevalenza di somatizzazione e depressione. La presenza di sofferenza psicologica in questi pazienti sottolinea l'importanza di una prospettiva più ampia nel trattamento: un approccio multidisciplinare integrato può ridurre al minimo il carico psicologico del dolore cronico e migliorare la qualità di vita.

EVIDENZE DALLA LETTERATURA: SINTESI

Caratteristiche della distribuzione della pressione in impiegati con o senza dolore cronico lombare in posizione seduta per un'ora

Akkarakittichoke N et al. Saf Health Work 2017;8 (2):212-9

Il dolore lombare (LBP) rappresenta un problema per gli impiegati e mantenere la posizione seduta a lungo nel tempo si configura come un fattore di rischio proprio per il LBP. Questi aspetti sono stati al centro di uno studio che ha analizzato le caratteristiche della distribuzione della pressione in 46 impiegati (23 con LBP cronico e 23 controlli) invitati a scrivere a computer un testo standardizzato presso la propria postazione per un'ora. Gli impiegati con LBP cronico avevano una postura significativamente più asimmetrica rispetto ai soggetti sani. Inoltre durante il periodo di osservazione tutti gli impiegati tendevano ad assumere una posizione accasciata dopo 20 minuti, che si associa a un aumento significativo della pressione media nella parte posteriore della seduta. Infine si è osservato che i soggetti sani operavano un numero significativamente più elevato di cambiamenti posturali rispetto a quelli con LBP cronico.

Correlazione tra dolore cronico e funzione neurocognitiva: revisione sistematica della letteratura

Higgins DM et al. Clin J Pain 2017

DOI:10.1097/AJP.0000000000000536

Un'analisi sistematica della letteratura, eseguita su 53 studi che hanno valutato la performance neurocognitiva in pazienti con dolore cronico, fornisce una panoramica attuale sulla correlazione tra neurocognizione e dolore cronico e mostra indirizzi futuri di ricerca in popolazioni ad alto rischio. In particolare i risultati di questa analisi dimostrano una correlazione tra la presenza di dolore cronico e alterazioni a livello di test della memoria, dell'attenzione e della velocità di processazione dei dati. Sono stati inoltre identificati numerosi fattori che possono moderare o mediare l'interazione tra il dolore cronico e la funzione neurocognitiva: l'umore, gli effetti collaterali dei farmaci e l'intensità e/o la cronicizzazione del dolore. Queste evidenze della letteratura possono avere significative implicazioni di carattere clinico, soprattutto nelle popolazioni che presentano fattori di rischio sia per dolore sia per le alterazioni neurocognitive.

Alta prevalenza di dolore neuropatico in pazienti con dolore lombare: risultati di una metanalisi

Gudala K et al. Pain Physician 2017;20:343-52

La lombalgia (LBP) è una sindrome complessa che comprende sia una componente nocicettiva (NcP) sia una componente

neuropatica (NeP); spesso le stesse componenti sono presenti contemporaneamente (dolore misto). Al fine di valutare la prevalenza globale della componente NeP in pazienti con LBP e di identificare i fattori causa della significativa eterogeneità riportata sempre in termini di prevalenza è stata condotta una metanalisi di 20 studi, per un totale di 14.269 pazienti con LBP, dei quali il 55,8% con componente NeP. Il tasso di prevalenza aggregato della componente NeP nei pazienti con LBP risultava pari al 47%, confermando come tale componente rappresenti un problema clinico significativo in questi pazienti. Inoltre valori maggiori sono stati registrati nei soggetti con LBP e dolore alle gambe rispetto ai casi con LBP non complicato.

Come gestire il dolore cronico: la prospettiva del paziente

Hapidou EG et al. Pain Ther 2016;5:93-105

Il parere e il coinvolgimento del paziente sono aspetti importanti da considerare nella gestione del dolore cronico. Partendo da questo assunto è stata analizzata l'esperienza di 50 pazienti che hanno partecipato a un programma di gestione interdisciplinare del dolore cronico, della durata di 4 settimane, eseguito presso una Chronic Pain Management Unit (CPMU). Le osservazioni avanzate dai pazienti sottolineano l'importanza di un team multidisciplinare e di un approccio basato sul gruppo. Indicano inoltre che i soggetti si impegnano di propria iniziativa a continuare ad applicare le strategie di coping imparate nel corso del programma e ad attuare quelle modifiche allo stile di vita utili a migliorare la gestione del dolore. Sono stati infine ribaditi i benefici a livello di benessere fisico e mentale dei programmi attuati nelle CPMU.

Nei pazienti con dolore lombare cronico non specifico che hanno avuto una riduzione del dolore e un miglioramento della funzione è migliorata anche l'andatura

Barzilay Y et al. Eur Spine J 2016;25:2761-6

Un adeguato trattamento biomeccanico domiciliare (HBBT) permette di ridurre il dolore e migliorare in maniera significativa l'andatura, la funzione e la qualità di vita dei pazienti. Sono queste le conclusioni di uno studio retrospettivo su 60 pazienti con dolore lombare cronico non specifico (CNSLBP) sottoposti ad HBBT e 24 soggetti sani di controllo. In particolare, dopo 6 mesi di trattamento nei soggetti con CNSLBP sono stati osservati miglioramenti significativi sia dell'andatura (tra cui un aumento del 10,6% della velocità, del 5,6% della lunghezza del passo e del 5% della cadenza) sia dei parametri clinici e della qualità di vita, associati a una riduzione del 13,3% del dolore. Questo miglioramento era così

evidente che dopo 6 mesi le differenze sull'andatura tra i 2 gruppi riscontrate al basale non erano più significative.

Sviluppo della versione italiana del Pain Vigilance and Awareness Questionnaire in soggetti con lombalgia cronica: adattamento cross-culturale, analisi confermativa, affidabilità e validità

Monticone M et al. Int J Behav Med 2016;23:214-23

Attualmente sempre maggiore attenzione viene data ai parametri cognitivo-comportamentali per migliorare gli interventi terapeutici nelle patologie vertebrali. Tra i diversi mezzi disponibili, il Pain Vigilance and Awareness Questionnaire (PVAQ) è uno strumento a 16 voci per la valutazione dell'attenzione e della consapevolezza del dolore che può essere applicato a diverse popolazioni affette da sindromi dolorose. Il gruppo di Monticone ha tradotto, adattato e validato con successo in 131 soggetti (77 femmine, età media 48 ± 6 anni, durata mediana dei sintomi 12 mesi) con lombalgia cronica la versione italiana del PVAQ, che possiede soddisfacenti proprietà psicometriche. Questo nuovo strumento potrà supportare i clinici e i ricercatori italiani nell'identificazione dei principali processi comportamentali correlati alla sofferenza, all'evitamento e alla disabilità in persone con dolore cronico.

Rischio psicologico e fattori protettivi della disabilità nella lombalgia cronica – analisi longitudinale in primary care

Jegan NR et al. BMC Musculoskeletal Disorders 2017;18:114

L'utilizzo di strumenti psicologici nella gestione di pazienti con lombalgia cronica può prevenire la disabilità. È quanto è emerso da uno studio osservazionale che ha valutato l'impatto di alcuni fattori di rischio psicologici, tra cui capacità di recupero, capacità di affrontare le situazioni, depressione, somatizzazione e dolore, sulla disabilità in 484 pazienti con lombalgia cronica (> 3 mesi) seguiti per 1 anno. Oltre la metà dei pazienti aveva un alto grado di disabilità al basale e lamentava dolore da oltre 10 anni. L'analisi principale ha mostrato che la disabilità al follow-up era predetta solo dal grado di disabilità al basale, dall'età e dalla somatizzazione, mentre non è stata osservata alcuna correlazione tra capacità di recupero/capacità di affrontare le situazioni e disabilità.

Il livello cognitivo influenza in modo selettivo l'effetto inibente del dolore sull'attenzione

Moore DJ et al. Pain 2017

DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001011

È ampiamente noto che il dolore interferisce con esercizi complessi e/o difficili che riguardano la performance dell'attenzione. Ulteriore conferma deriva da uno studio che ha valutato l'effetto di manipolazioni sperimentali sia del carico di memoria sia del dolore su 3 esercizi di attenzione (capacità di concentrazione, cambiamento dell'oggetto di attenzione, attenzione suddivisa) ritenuti essere sensibili agli stimoli dolorosi. Ciascun esercizio, eseguito in versioni a bassa e alta difficoltà cognitiva, è stato effettuato in soggetti in condizioni di dolore (provocato dal Medoc PATHWAY - Advanced Thermal Stimulator, attraverso una placca termica posta sulla cute) e di normalità. I risultati hanno mostrato che l'interferenza del dolore si manifesta solo in condizioni di alta difficoltà cognitiva, ma è selettiva e limitata solo ad alcuni aspetti dell'attenzione, cioè alla capacità di concentrazione.

Distinzione tra componente nocicettiva e neuropatica nella lombalgia cronica mediante una valutazione comportamentale e un esame sensoriale

Sparh N et al. Musculoskelet Sci Pract 2017;27:40-8

L'identificazione dei meccanismi del dolore permette di migliorare la gestione terapeutica dei pazienti, ma la distinzione tra componente nocicettiva e neuropatica nella lombalgia cronica (CLBP) è tuttora problematica. Mediante il painDETECT questionnaire (PDQ), strumento studiato per identificare la componente neuropatica del dolore, gli Autori di questo studio hanno suddiviso 50 pazienti con CLBP in 2 gruppi: dolore prevalentemente di tipo nocicettivo (gruppo 1) e con una significativa componente neuropatica (gruppo 2). Questi gruppi sono stati quindi caratterizzati attraverso una valutazione comportamentale (qualità di vita, intensità del dolore, benessere psicologico) e un esame sensoriale per evidenziare eventuali differenze. I due gruppi hanno mostrato profili clinici ben distinti, con differenze significative sia in termini comportamentali sia di soglia sensoriale tattile. Questi risultati hanno inoltre indicato che il PDQ rappresenta un valido strumento diagnostico per caratterizzare i fenotipi clinici dei pazienti con CLBP.

