

Approccio multidisciplinare al dolore pelvico: il trattamento del dolore

D. CAMAIONI

Introduzione

Il dolore è il motivo di gran lunga più frequente per cui il paziente si rivolge al medico. In particolare il dolore addominale e pelvico costituisce un evento con il quale il medico deve continuamente confrontarsi nella pratica clinica quotidiana.

Il dolore addominale acuto è un importante "segnale d'allarme", fonte di grande preoccupazione e di intensa sofferenza per il paziente, mentre per il medico è un importante banco di prova e richiede decisioni rapide e ponderate.

Il dolore addominale cronico, molto frequente, è fonte di gravi ed importanti limitazioni per la vita lavorativa, sociale ed affettiva dei pazienti.

La ricerca delle cause non è sempre agevole e la fase diagnostica si risolve spesso in una lunga ed interminabile sequela di esami spesso inutili. Il dolore addominale è sicuramente un impegnativo banco di prova per il medico essendo numerose le condizioni morbose in grado di provocarlo con sintomatologia variegata e complessa, spesso ingannevole.

Sulla base delle caratteristiche e dei quadri clinici è possibile classificare il dolore addominale in tre categorie: dolore viscerale, somatico e riferito.

Il dolore viscerale è dovuto a stimoli dolorosi a carico di un viscere. È un dolore sordo, spesso mal localizzabile, a carattere urente o crampiforme, accompagnato da manifestazioni neurovegetative (sudorazione, nausea, vomito).

Il dolore somatico (irritazione peritoneo parietale) è molto intenso, si accentua con il movimento ed è ben localizzabile.

Il dolore riferito è legato all'esistenza di vie nervose di trasmissione comuni all'organo interessato e ad altri tessuti.

Dal nocicettore (recettore specializzato) lo stimolo viene veicolato al sistema nervoso attraverso le fibre A-

Delta (mielinizzate a conduzione veloce) e le fibre C (amieliniche, a conduzione più lenta).

Le prime (cute, muscoli) veicolano soprattutto il dolore acuto, improvviso, che consegue ad un evento acuto. Le fibre C (peritoneo parietale, visceri) trasmettono invece il dolore sordo ad insorgenza più lenta.

I neuroni afferenti si individuano nei gangli dei rami dorsali e le fibre degli splancnici penetrano nella catena simpatica e raggiungono le radici dorsali tramite i rami comunicanti bianchi.

Dal midollo le fibre della nocicezione ascendono ai nuclei talamici e da qui alla corteccia somato-sensoriale.

La percezione del dolore è influenzata da fattori psicologici, ambientali e culturali.

Dolore pelvico

Il dolore pelvico è sempre stato di difficile inquadramento, la sua fisiopatologia è sovente poco conosciuta, una sicura e precisa diagnosi non è mai agevole.

Vi è spesso una evidente sproporzione tra il quadro clinico, la sintomatologia algica ed il riscontro di lesioni ad organi e tessuti.

Un gran numero di indagini diagnostiche sono negative e spesso si effettuano procedure chirurgiche diagnostiche (laparoscopie) ed operative senza che si ottenga un evidente beneficio.

La laparoscopia può essere negativa, oppure evidenziare la presenza di patologie come l'endometriosi.

Il dolore pelvico può anche essere dovuto a "patologia occulta" di origine extra-ginecologica (per esempio sindrome dell'intestino irritabile).

In studi effettuati da Cunanan (1), Liston (2), Vercellini (3) e coll., in 2/3 delle donne con dolore pelvico cronico (DPC) si evidenziava una patologia già oggettivata dalla laparoscopia (endometriosi, aderenze), mentre in 1/3 delle donne l'esame risultava normale.

Dopo intervento di laparoscopia (anche non operativa) in alcune pazienti è presente (anche per 24 ore) un dolore viscerale simile alla colica biliare e, talora, un dolore alla spalla destra (4).

Questo dolore può essere dovuto ad “irritazione” peritoneale legato all’utilizzo di gas freddi durante l’intervento. La sintomatologia algica localizzata alla spalla può essere dovuta alla permanenza di gas a livello sottodiaframmatico con conseguente ptosi epatica e stiramento dei legamenti (Duchenne, 1994).

Per prevenire e trattare queste problematiche post-operatorie si consiglia di eliminare con accuratezza la CO₂ alla fine dell’intervento, ed irrigare ed aspirare le cavità con soluzione fisiologica (1500 ml). Un’altra procedura prevede l’introduzione nella cavità peritoneale (Trendelenburg) di un anestetico locale (Bupivacaina 0.25% 20 ml).

Nelle pazienti con dolore pelvico cronico (DPC) e laparoscopia negativa, la sintomatologia può essere dovuta a cause:

- **gastrointestinali** (sindrome dell’intestino irritabile, costipazione, malattia intestinale infiammatoria);
- **urinarie** (sindrome dell’uretra);
- **ginecologiche** (congestione vascolare);
- **muscolo-scheletriche** (punti trigger miofasciali, mialgie da tensione del pavimento pelvico).

Nelle pazienti con patologia “endometriosa” l’endometrio ectopico si comporta come un endometrio “normale” (ciclo mestruale). Vi è liberazione di prostaglandine (mediatori chimici dell’infiammazione). La formazione di aderenze e la fibrosi generano trazione e dolore che può essere accompagnato da dismenorrea e dispareunia.

Il dolore nell’endometriosi è complesso e “multifattoriale”. È un dolore “irritativo” nocicettivo, ma è anche un dolore “viscerale” (distensione, infiammazione, spasmo, ischemia).

Nel DPC (endometriosi) è importante la localizzazione e l’irradiazione del dolore (mappa metamERICA), l’intensità (VAS - Scala Analogica Visiva) e la cronologia (diario del dolore).

Da non sottovalutare l’impatto del dolore sullo stile di vita, sulle relazioni interpersonali e sulla sfera sessuale (aspetti psicologici del dolore).

Trattamento del dolore

Il trattamento dell’endometriosi è indicato generalmente per il dolore e per la sterilità.

La terapia del dolore deve essere personalizzata, tenendo conto dell’età, del desiderio di preservare o meno la fertilità, dell’intensità del dolore e del quadro clinico. I farmaci anti-prostaglandinici e gli analgesici possono essere utilizzati nelle pazienti che desiderano preservare la fertilità. La terapia ormonale (progesterone, androgeni, agonisti dell’ormone di liberazione delle gonadotropine) si è rilevata efficace per alleviare il dolore in molte pazienti. Tuttavia, dopo la sospensione della terapia, il dolore frequentemente ricompa-

re e, d’altra parte, il trattamento non può essere continuato a lungo per i possibili effetti collaterali. Al di fuori della chirurgia (classica o laparoscopica) sono state proposte tecniche loco-regionali di “neurolesione” (neurectomie presacrali oppure resezione dei nervi uterini) che andrebbero valutate con molta prudenza (5).

La terapia farmacologica prevede il ricorso ai FANS (antinfiammatori non steroidei), agli oppioidi ed ai farmaci “adiuvanti”.

FANS

La maggior parte dei farmaci anti-infiammatori non steroidei (FANS) presenta uno spettro di azioni analgesiche, anti-infiammatorie ed antipiretiche. A bassi dosaggi l’attività analgesica risulta essere dose-dipendente, mentre con l’aumentare del dosaggio essa si riduce progressivamente. I FANS differiscono tra di loro non tanto per l’efficacia analgesica, quanto per le loro proprietà anti-infiammatorie e per l’incidenza di effetti collaterali.

I FANS possono essere usati sia da soli (per dolore lieve o moderato) che in associazione con altri farmaci analgesici quali gli oppioidi. L’associazione con gli oppioidi riduce il fabbisogno di oppioidi del 20-40%.

I FANS inibiscono la ciclo-ossigenasi, enzima responsabile della sintesi delle prostaglandine, delle prostaciline e dei trombossani A₂. Le prostaglandine liberate in corso di danno tessutale aumentano la sensibilità delle terminazioni nervose agli stimoli meccanici e chimici, diminuendo la soglia di eccitabilità dei nocicettori.

I FANS svolgono un’azione anche a livello del SNC che sembra potenziare la loro attività analgesica periferica.

Le prostaglandine sono localizzate in quasi tutti i tessuti e soprattutto nei tubuli distali renali, nella mucosa gastrointestinale, nel fegato e nei tessuti infiammati. Una inibizione della loro sintesi presenta perciò numerose conseguenze.

Gli effetti collaterali dei FANS sono legati soprattutto alla inibizione delle COX-1 (tossicità gastrica ed inibizione piastrinica). Il loro effetto terapeutico dipende primariamente dalla inibizione delle COX-2, enzima inducibile apparentemente implicato nei fenomeni della nocicezione e della sensibilizzazione periferica e centrale. Per questo l’utilizzo dei COX-2 inibitori sembra garantire una buona efficacia analgesica con minori effetti collaterali.

Per il dolore da endometriosi (in associazione ad oppioidi e adiuvanti) si può suggerire:

- Ketoprofene (100 mg x 2)
- Diclofenac (75 mg x 2)
- Celecoxib (200 mg x 2) (COX-2 inib. per os)
- Parecoxib (40 mg x 2) (COX-2 inib. iniettabile).

Oppioidi

Gli oppioidi esplicano la loro azione analgesica interagendo con specifici recettori localizzati nel cervello e nel midollo spinale (mu-recettori). La maggior parte degli effetti collaterali (dosforia, allucinazioni, effetti psicomimetici) sono dovuti all'azione agonista su altri recettori (kappa, sigma, ecc.).

I farmaci oppioidi vengono classificati sulla base della loro interazione con i recettori oppioidi in :

- agonisti, agonisti parziali, antagonisti (naxalone).

Abbiamo a disposizione oppioidi deboli (codeina, buprenorfina, tramadolo) ed oppioidi forti (morfina, fentanyl, ossicodone).

Per il dolore da endometriosi (in associazione a FANS e adiuvanti) si può suggerire:

- Tramadolo (100 mg-im x 3)
- Codeina+Paracetamolo (1 cpr x 3)
- Buprenorfina transdermica (35-70 mcg/ora) (1 cerotto ogni 72 ore).

Adiuvanti

I farmaci adiuvanti potenziano l'azione degli altri farmaci, trattano un sintomo specifico, innalzano il tono dell'umore, aumentano la biodisponibilità di serotonina (Amitriptilina). Per il dolore da endometriosi (in associazione a FANS ed oppioidi):

- Amitriptilina (10 mg x 2)
- Scopolamina butilbromuro (20 mg x 2).

Un trattamento farmacologico del dolore richiede un accurato monitoraggio sull'efficacia e sugli effetti collaterali.

È fondamentale comunque una strategia multidisciplinare (specialista in medicina del dolore, ginecologo, internista) non trascurando mai gli aspetti psicologici del dolore (terapia comportamentale).

Bibliografia

1. CUNANAN R.G., COUREY N.G., LIPPES J.: *Laparoscopic findings in patients with pelvic pain*. Am J Obstet Gynecol, 146: 589-590, 1983.
2. LISTON W.A., BRADFORD W.P. DOWNIE KERR M.G.: *Laparoscopy in a general gynaecologic unit*. Am J Obstet Gynecol, 13: 672-677, 1972.
3. VERCELLINI P., FEDELE L., BIANCHI S., CNADINAI G.B.: *Pelvic denervation for chronic pain associated with endometriosis: Fact of Fancy?* Am J Obstet Gynecol, 165: 745-749, 1991.
4. ABBALLE C., CAMAIONI D., MASCARO A., BOCCARDI M., EVANGELISTA M.: *Anestesia per colecistomia laparoscopica...: utilizzo del protossido d'azoto nella miscela anestetica*. Giorn Chir, 14, 9, 493-495.
5. VERCELLINI P., FEDELE L., MOLTENI P., ARCAINI L., BIANCHI S. et al.: *Laparoscopy in the diagnosis of gynecologic chronic pelvic pain*. Int J Gynecologic Obstet, 32, 261-265, 1990.