

**75° CONGRESSO
NAZIONALE**



Potenziare la medicina generale per migliorare l'Active Ageing

1-6 ottobre 2018

Complesso Chia Laguna - Domus de Maria (CA)

Approcciare e visitare il paziente con dolore osteoarticolare acuto

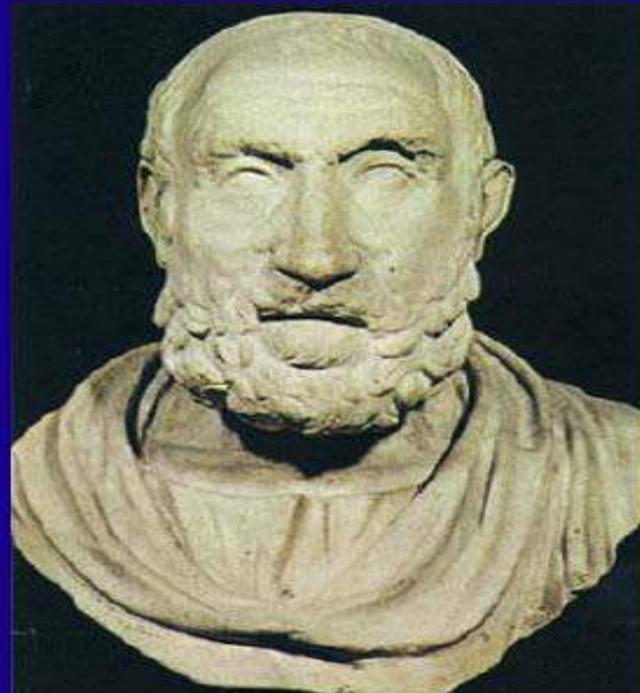
La visita e la presa in carico del medico di medicina generale

Dr.ssa Lorenza Bacchini

Il punto di partenza

"E in ogni luogo dove andrete, sarà per il sollievo dei malati. E non desistete dal prestar loro attenzione, e ascoltate i loro bisogni!"

Ippocrate



La complessità della cura

Prendersi carico del paziente con dolore nella sua complessità attraverso il controllo e la gestione del dolore in tutte le sue forme e nelle diverse fasi di malattia

- Accuratezza della diagnosi
 - Trattamento del dolore
- Completamento diagnostico e trattamento multidisciplinare
 - Valutazione dell'efficacia
- Riabilitazione (motoria, psico-sociale)

- 
- Sollievo dal dolore
 - Riduzione della disabilità
 - Miglioramento della qualità di vita

**1) Assessment clinico (diagnosi-terapia-gestione-
follow up)**

2)Supporto e sostegno al paziente

3)Informazione e orientamento ai servizi di cura

4)Supporto alla riabilitazione

5)Valutazione degli esiti

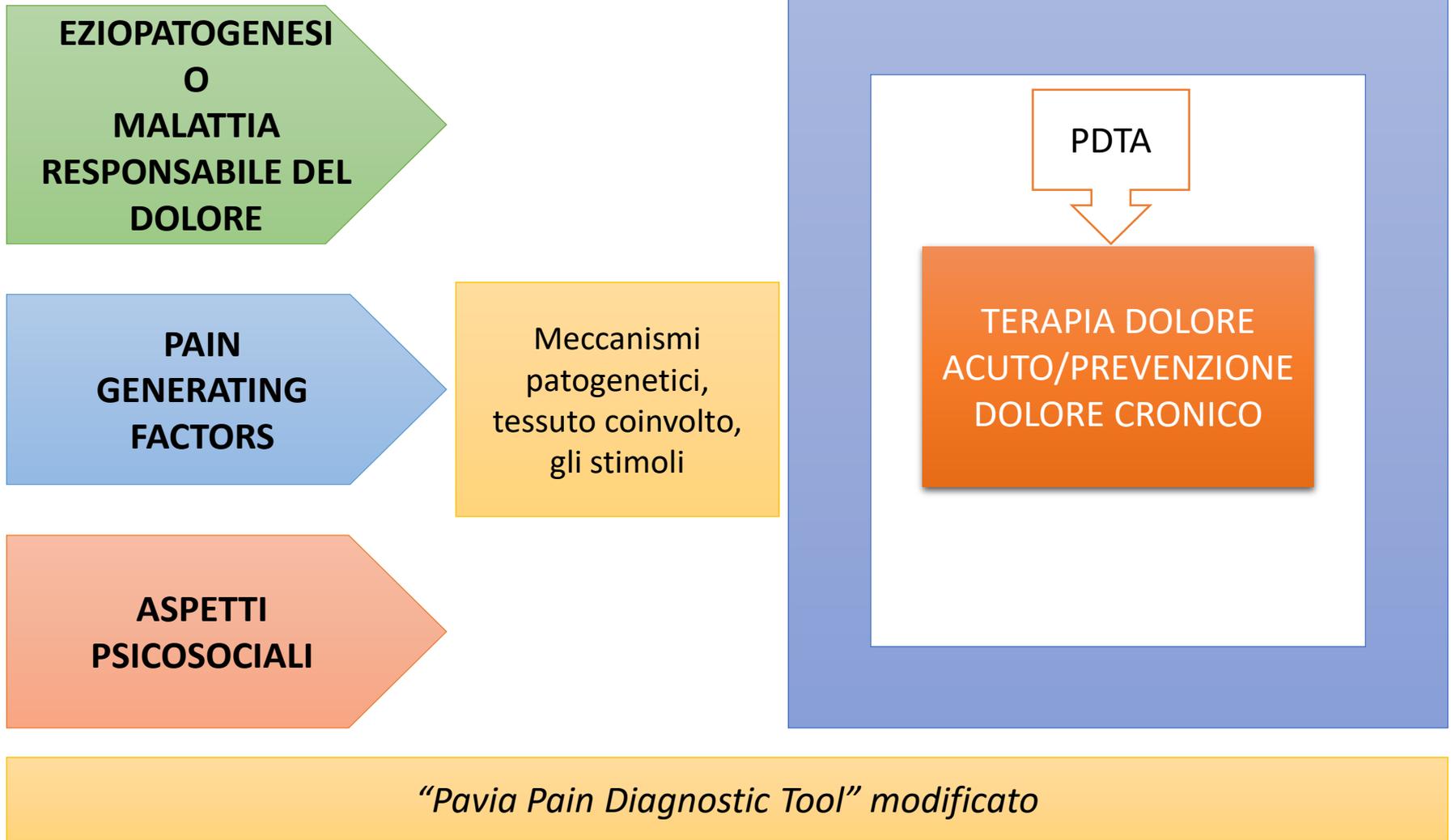
Percorso diagnostico persona con dolore

- Il percorso diagnostico deve comprendere una valutazione clinica generale e un percorso diagnostico mirato alla sindrome dolore
- In certi casi la sindrome dolore può corrispondere con la patologia (neuropatia postoperatoria, cefalea ecc) in altri casi il dolore è una parte più o meno grande del quadro(patologie vascolari, reumatiche, neoplastiche)

Di fronte ad una persona con dolore cercare di stabilire se:

- la **causa è nota** (o facilmente identificabile) e verosimilmente guaribile (in genere si tratta di dolore acuto);
- sia inquadrabile in un episodio di **riacutizzazione di una malattia nota**, guaribile o a lenta risoluzione;
- rappresenti invece la **cronicizzazione persistente** di un processo evolutivo di una malattia nota inguaribile, ad esito infausto con prognosi a termine o malattia nota con prognosi a lungo termine;
- primo episodio di **dolore da causa sconosciuta.**

VISITA: PERCORSI PARALLELI



PERCORSI PARALLELI

- Cercare la patologia sottostante al dolore.
- Identificare la fisiopatologia di quel dolore, i tessuti coinvolti, gli stimoli che agiscono sui siti normotopici o ectopici.
- Indagare gli aspetti psicosociali e le disabilità correlate.



LA VISITA

ANAMNESI DOLORE

Cosa chiedere?

ESAME OBIETTIVO

Cosa fare?

**DIAGNOSI – TERAPIA –
SCELTE ASSISTENZIALI**

ANAMNESI

- La raccolta dei dati anamnestici include, non solo patologica remota o prossima (che nel setting della medicina generale è già nota), ma anche informazioni su eventi precedenti l'insorgenza del dolore perché risulta utile alla diagnosi della patologia sottostante il dolore e nella decisione terapeutica.

ANAMNESI DOLORE

Cosa chiedere? AREA DOLORE

Ci permette di orientarci su tessuto coinvolto, malattia, pain factors



DOVE? identificare l'area del dolore

- si chiede alla persona di individuare l'area del corpo in cui egli avverte il dolore
- Quando si chiede alla persona di pensare all'area di dolore, dove inizia e dove si diffonde, è opportuno chiarire che ci riferisce alla sede in cui sente generalmente il dolore e non solo in quel momento
- Individuando l'area del dolore principale e le eventuali aree di irradiazione o di dolore riflesso, si può iniziare a fare delle ipotesi sul tessuto coinvolto, sul possibile meccanismo patogenetico e dei fattori di stimolazione presenti



DEFINIZIONI

DOLORE LOCALIZZATO: il dolore è avvertito in una zona del corpo più o meno corrispondente alla sede della lesione algogena

DOLORE RIFERITO: Nelle patologie viscerali, miofasciali e articolari il dolore viene localizzato dal paziente in aree del corpo più o meno estese che non hanno nulla a che vedere con la zona e il tessuto sofferente.

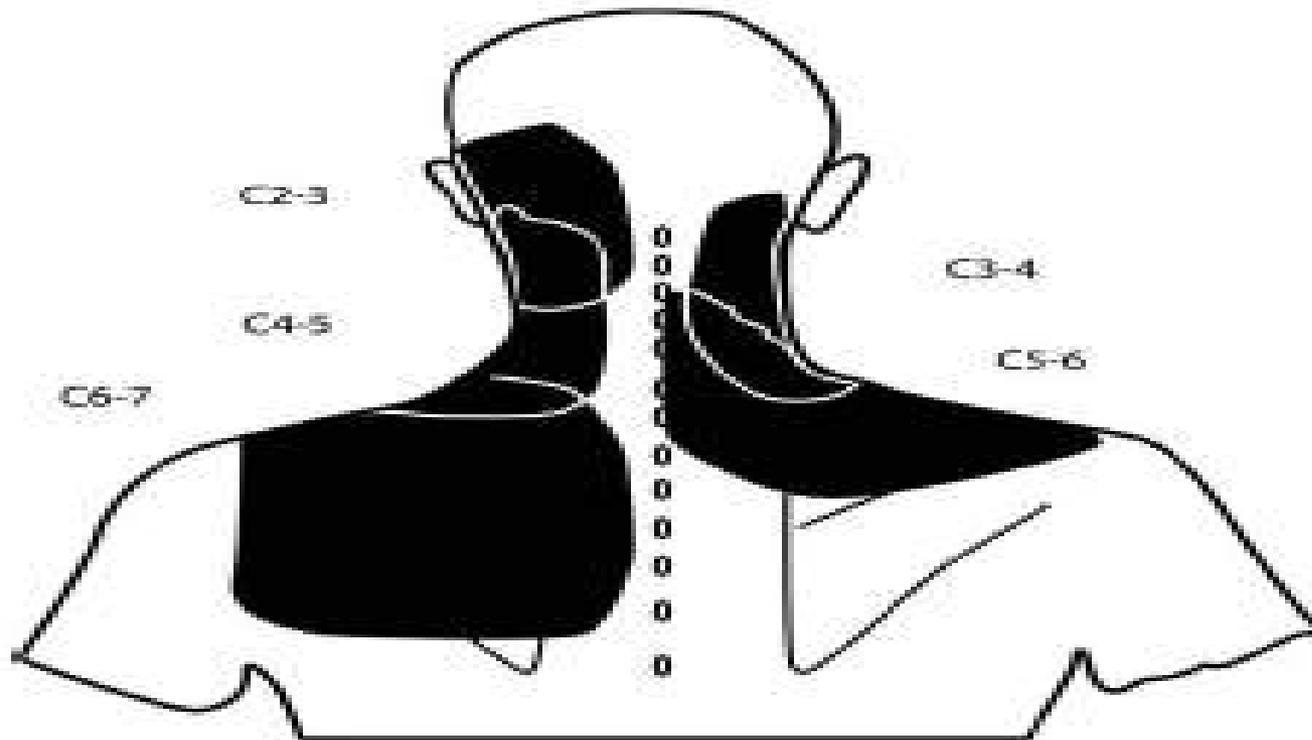
DOLORE IRRADIATO O DI PROIEZIONE: la sede del dolore corrisponde ad un territorio neurologico appartenente alla struttura nervosa interessata dalla lesione e si può accompagnare a deficit del sistema somato sensoriale

DOLORE LOCALIZZATO: il dolore è avvertito in una zona del corpo più o meno corrispondente alla sede della lesione algogena

Se il dolore è localizzato la nostra attenzione si potrà focalizzare sull'area indicata e l'esame obiettivo procedere in quell'area

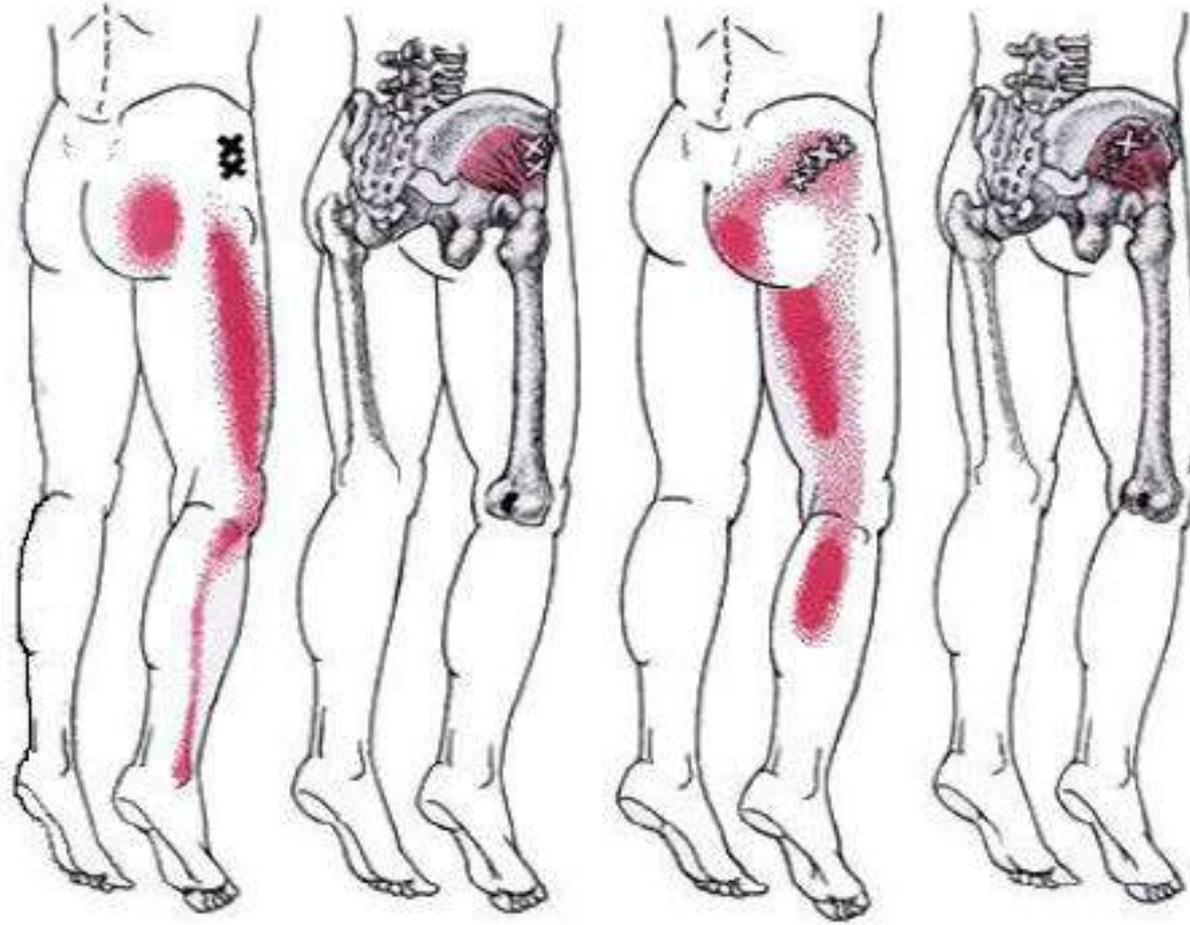
DOLORE RIFERITO: Nelle patologie viscerali, miofasciali e articolari il dolore viene localizzato dal paziente in aree del corpo più o meno estese che non hanno nulla a che vedere con la zona e il tessuto sofferente.

Dolore riferito delle articolazioni apofisarie o dei dischi intervertebrali

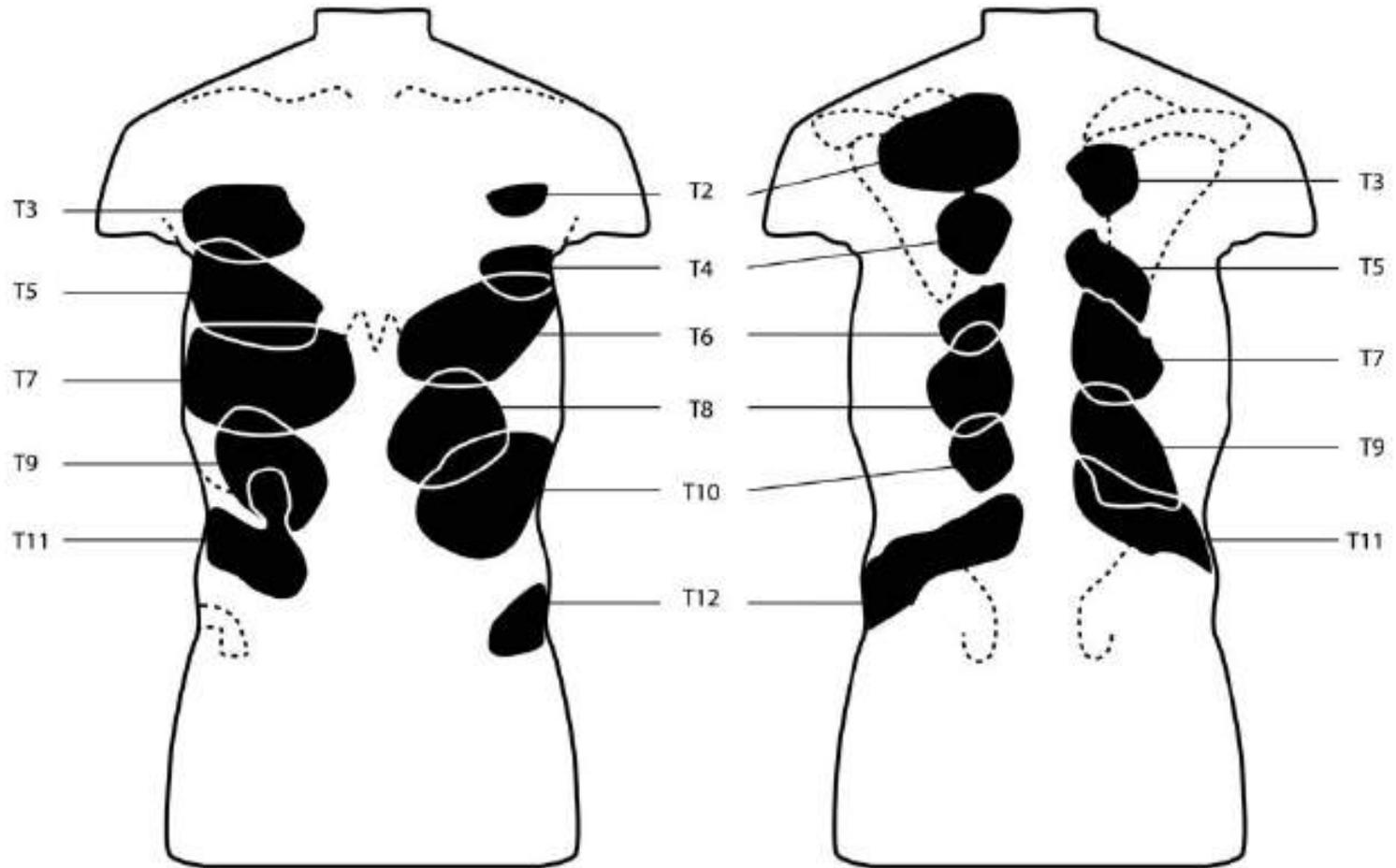


Somatic Referred Pain, Figure 4. Patterns of referred pain produced by noxious stimulation of the cervical zygapophysial joint or the cervical intervertebral discs.

Il dolore riferito nelle patologie miofasciali–punti trigger



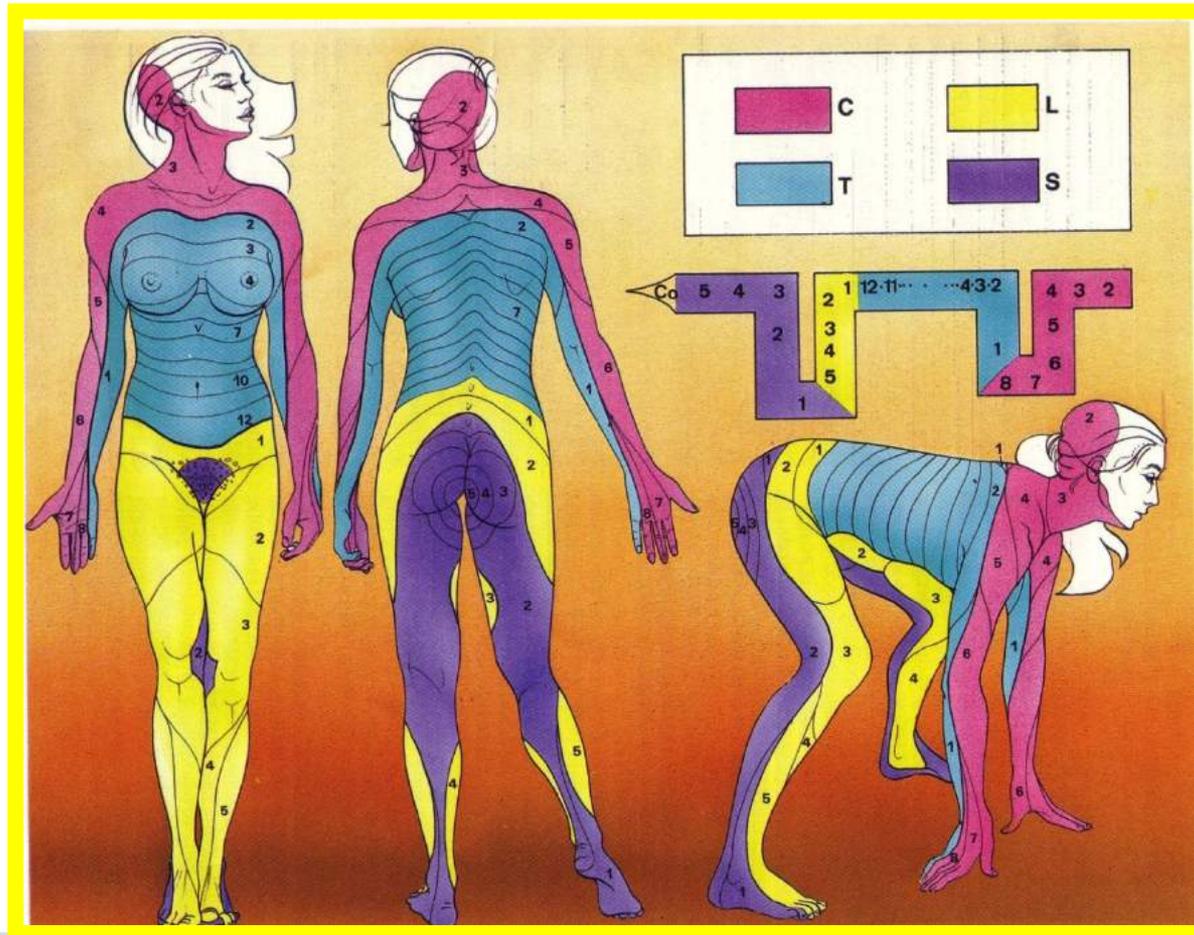
Il dolore riferito nelle patologie dei legamenti inter spinosi vertebrali



Somatic Referred Pain, Figure 1 Patterns of referred pain produced by noxious stimulation of the thoracic interspinous ligaments at the segments indicated. Based on Kellgren (1939).

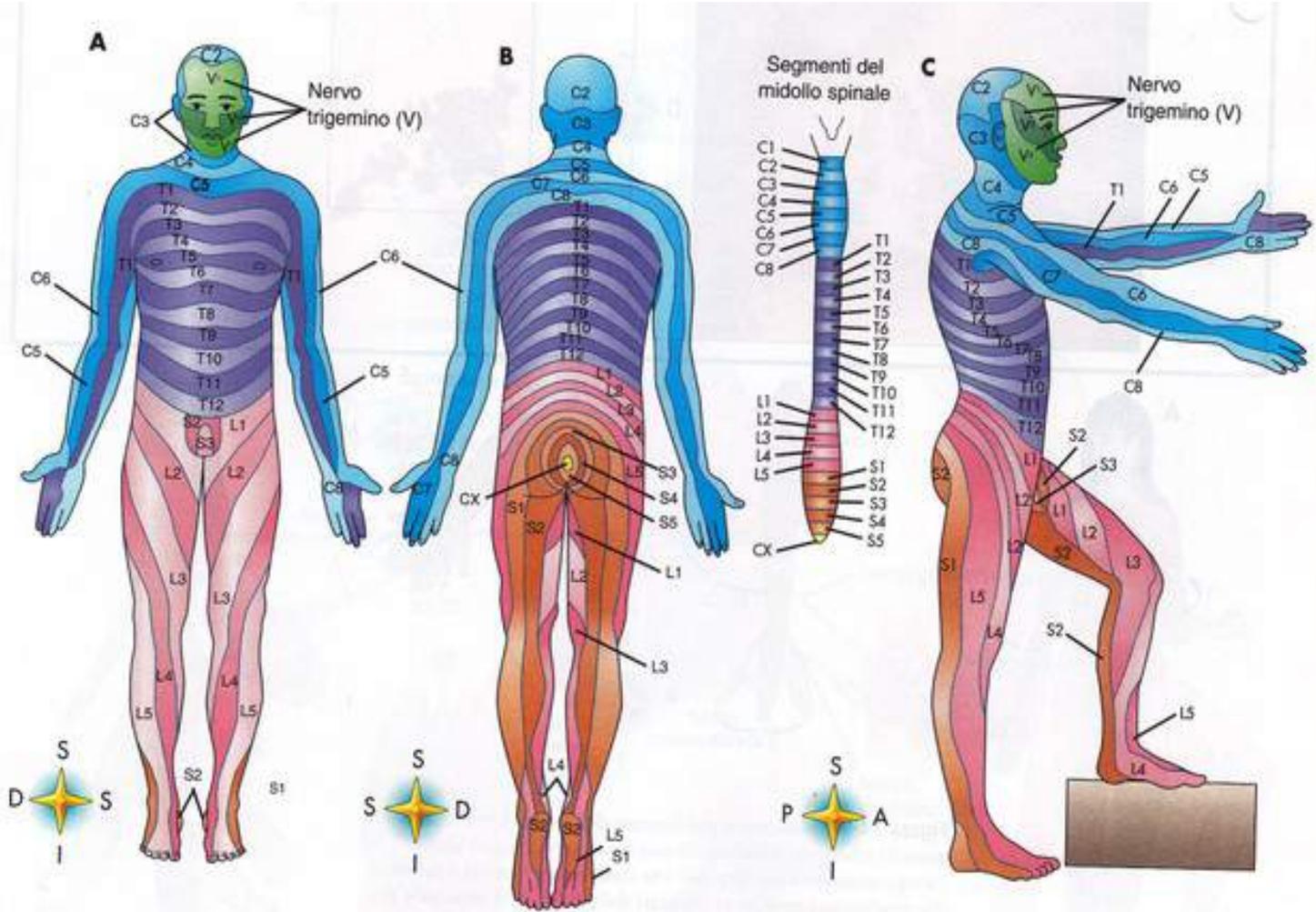
DOLORE IRRADIATO O DI PROIEZIONE: la sede del dolore corrisponde ad un territorio neurologico appartenente alla struttura nervosa interessata dalla lesione e si può accompagnare a deficit del sistema somato sensoriale

Mappe dermatomeriche: ci permettono di identificare il nervo periferico, il plesso, la radice interessati dalla lesione



AREE DERMATOMERICHE

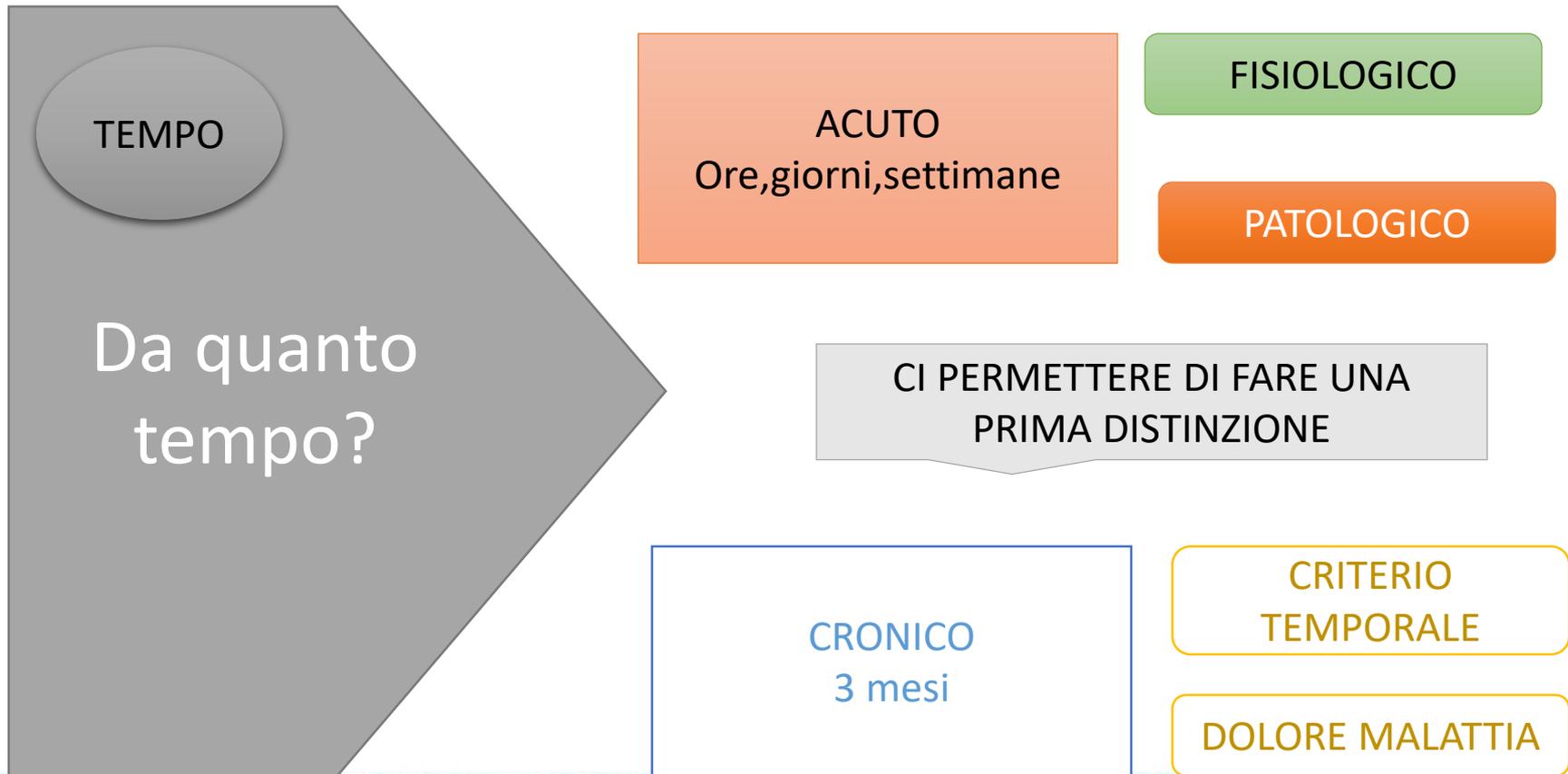
Sono le aree cutanee in cui è possibile rilevare i deficit sensitivi relativi a danni di radici spinali o nervi periferici



cosa chiedo?

Anamnesi dolore

Patologica remota e prossima già note



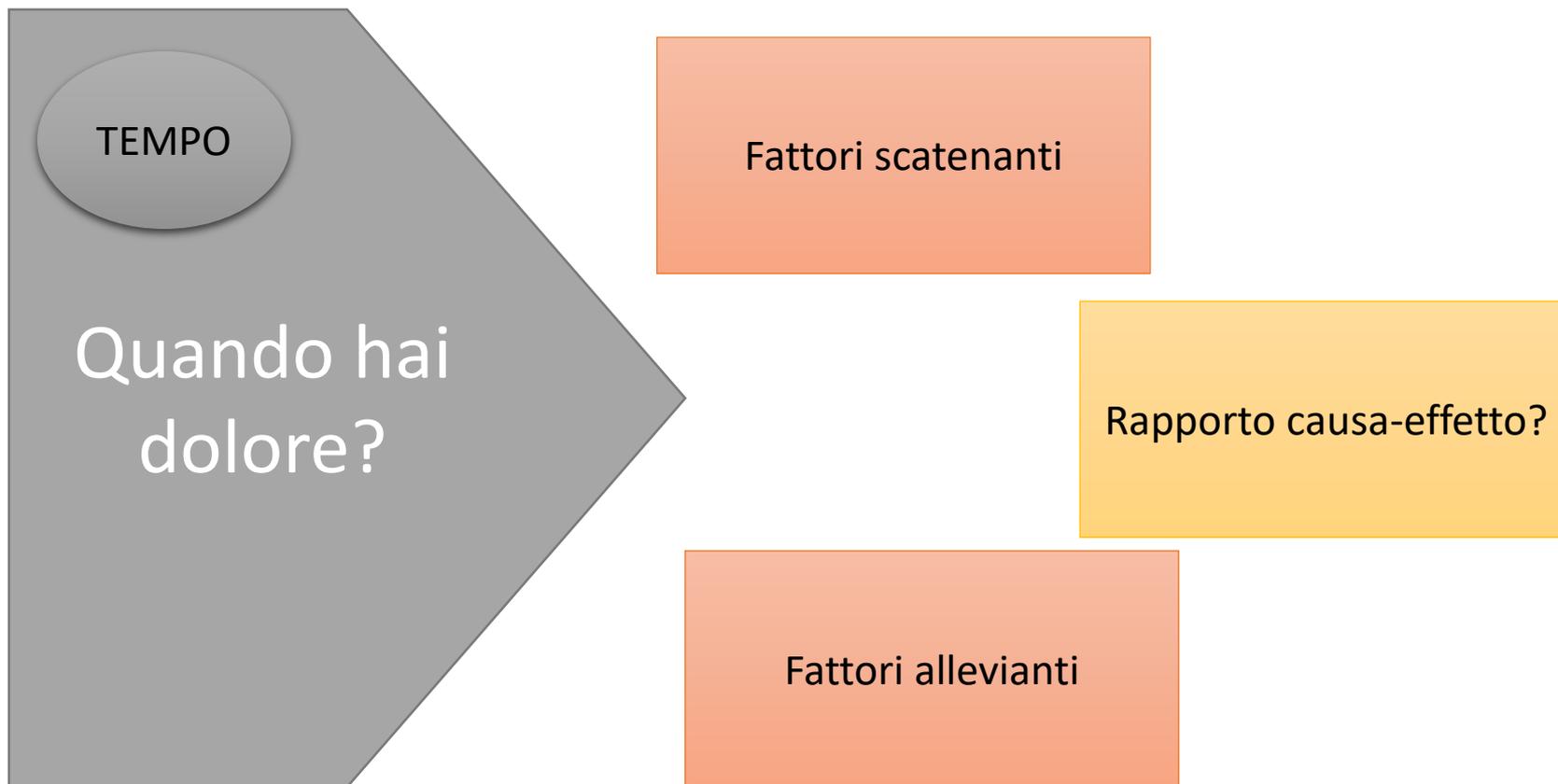
La durata e il decorso

Chiedere da quanto tempo la persona ha dolore permette la distinzione tra ACUTO e CRONICO, senza soffermarsi in questo caso su considerazioni patogenetiche.

cosa chiedo?

Anamnesi dolore

Patologica remota e prossima già note



Anamnesi fattori scatenanti,aggravanti, allevianti

- Possono a volte chiarire il quadro clinico, sono importanti le abitudini quotidiane, attività svolte prima dell'insorgenza del dolore,i movimenti nella vita quotidiana e nelle attività ricreative,il sonno, la postura abituale,le calzature che indossa
- Sono inoltre importanti gli eventuali sintomi associati presenti indipendentemente dal dolore che possono aiutare nella diagnosi

Anamnesi accertamenti e trattamenti

- Spesso la persona con dolore acuto ha già intrapreso dei tentativi terapeutici o accertamenti.
- Sapere che l'assunzione di FANS o paracetamolo non ha prodotto la risoluzione del dolore o solo parzialmente, offre indicazioni sulla diagnosi e sui successivi trattamenti

LA VISITA

ANAMNESI DOLORE

Cosa chiedere?

ESAME OBIETTIVO

Cosa fare?

**DIAGNOSI –TERAPIA-
SCELTE ASSISTENZIALI**

ISPEZIONE

Cosa
vedo?

ASPETTO
GENERALE

postura asimmetrie,
BMI, deformità, varismo
valgismo, piede piatto

AREA DOLORE

alterazioni del trofismo
della cute, cicatrici,
postumi di eruzione
herpetica, cianosi, pallore,
edemi, ematomi, di
riduzione della massa
muscolare o asimmetrie
con l'area controlaterale.

Esame obiettivo: cosa vedo?

- Generale: postura ,asimmetrie, bmi,deformità,varismo, valgismo, piede piatto
- Area dolore: alterazioni del trofismo della cute, cicatrici, postumi di eruzione herpetica,cianosi,pallore,edemi,ematomi, di riduzione della massa muscolare o asimmetrie con l'area controlaterale.

SONO PRESENTI ELEMENTI PARTICOLARI A LIVELLO DELL'AREA DI DOLORE?



Eruzione erpetica



gonartrosi

Quali manovre?



Valutazione soglia
recettore

Stimoli
tattili, pressori,
movimenti attivi e
passivi

Valutazione
sistema somato
sensoriale

Sintomi
positivi, sintomi
negativi
Sensibilità al caldo,
sensibilità
puntoria, sensibilità
tattile

Esame obiettivo: cercare e valutare il dolore evocato

un aspetto fondamentale nello studio del dolore è stabilire la presenza di

- dolore continuo/spontaneo
- e/o di dolore evocato

Dolore spontaneo

Dolore presente in assenza di qualsiasi stimolo

In genere la persona con dolore riferisce come spontaneo un dolore continuo (che avverte durante tutto il giorno senza prendere in considerazione la relazione con eventuali stimoli)

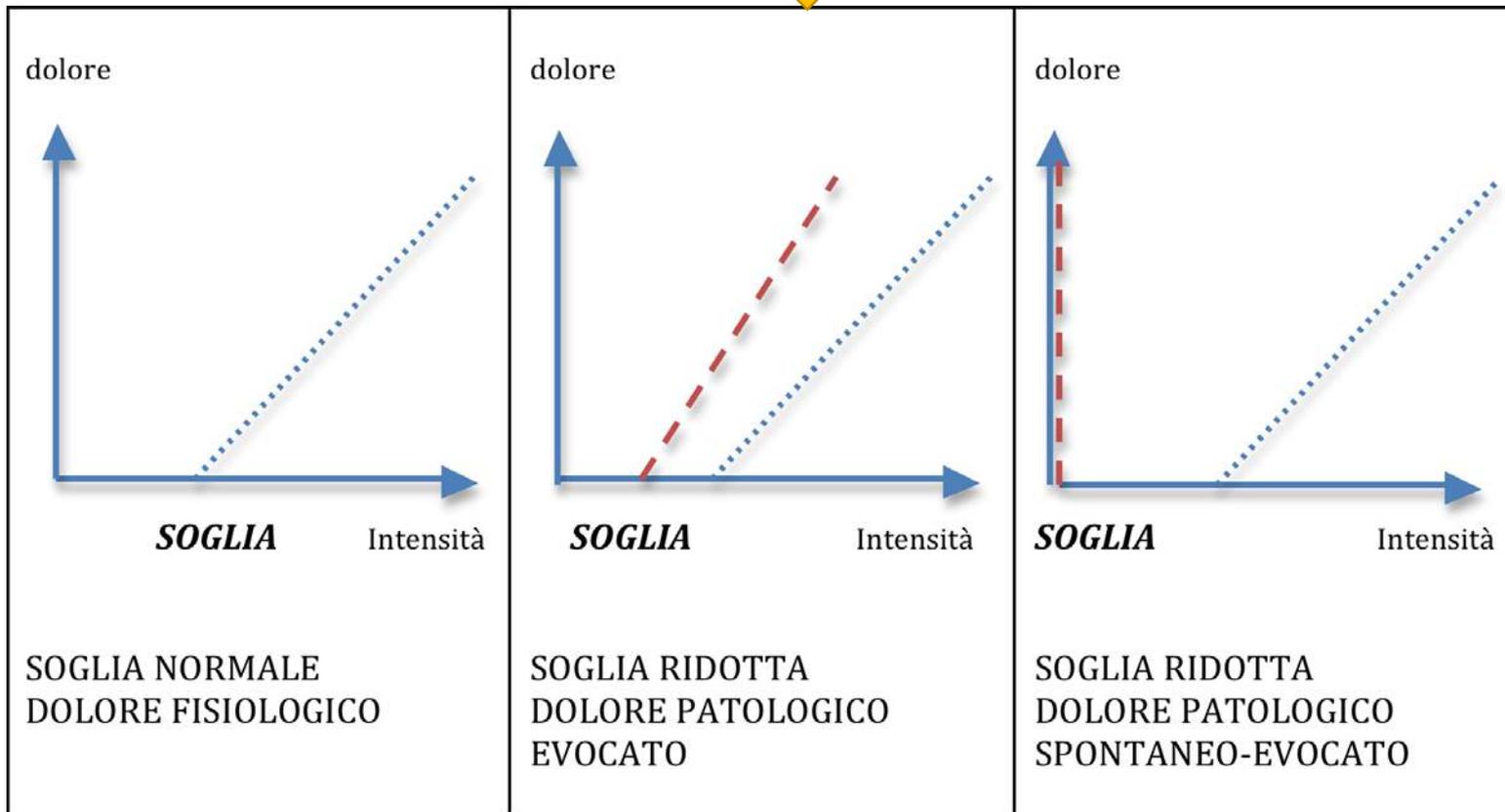
Non può essere considerato spontaneo un dolore che compare dopo i primi movimenti del mattino, anche se non si identifica un preciso fattore scatenante.

Un processo infiammatorio può generare una condizione tissutale in grado di provocare continuamente dolore

Dolore evocato:

- Per stimolo si intende un fattore meccanico, termico o chimico, in grado di generare una risposta riproducibile. In condizioni fisiologiche per generare dolore l'intensità dello stimolo deve essere superiore al valore di soglia, mentre in condizioni patologiche stimoli anche di bassa intensità possono evocare dolore (allodinia).
- i movimenti attivi o passivi di ogni parte del corpo, e quindi anche i movimenti involontari, gli atti respiratori profondi, la tosse.

STIMOLO:
fattore meccanico, termico o chimico, in grado di generare una
risposta
NEI RECETTORI



Allodinie primarie:Valutazione della soglia recettoriale

Si testano somministrando stimoli tattili, termici e pressori normalmente non dolorosi ma che generano dolore nell'area lesionata. Si consiglia di usare solo la manovra della pressione se presenti segni di flogosi, o movimenti attivi e passivi, sempre di entità proporzionata per evocare lo stesso dolore che ha indotto la persona a chiedere una visita nella stesse sede a dimostrazione che vi è un abbassamento della soglia dei terminali tissutali dei nocicettori.

- Se nell'area identificata si riesce ad evocare il dolore del paziente con uno stimolo (allodinia meccanica primaria) che in una parte simile del corpo non provoca nulla, possiamo concludere che **il pain generator** è il nocicettore in quella sede, che il meccanismo patogenetico è la sensibilizzazione del terminale tissutale del primo neurone (fibre C e fibre A delta) che ha portato ad un abbassamento della soglia.
- In presenza di un **processo infiammatorio**, i recettori periferici tissutali (superficiali e/o profondi) diventano più sensibili per abbassamento della loro soglia algica.

Nocicettivo non infiammatorio

- Un dolore evocato, a volte intenso e disabilitante, da un movimento di una articolazione deformata (si pensi alla coxartrosi) che si attenua progressivamente permettendo al paziente di muoversi, potrebbe non dipendere da una sensibilizzazione dei nocicettori tissutali ma avere un meccanismo patogenetico legato alla deformità stessa e ad un eccessivo stimolo di nocicettori non sensibilizzati.
- Questo dolore viene chiamato meccanico-strutturale o da carico

Quali manovre?



Valutazione soglia
recettore

Stimoli
tattili, pressori,
movimenti attivi e
passivi

Valutazione
sistema somato
sensoriale

Sintomi
positivi, sintomi
negativi
Sensibilità al caldo,
sensibilità
puntoria, sensibilità
tattile

Se dall'anamnesi è emerso che: dolore irradiato...

1 domanda: L'anamnesi suggerisce una lesione o patologia del sistema somato sensitivo?



2 domanda: il dolore ha una distribuzione neuro anatomica plausibile?



**DOLORE
NEUROPATICO
(ectopico) POSSIBILE**

3 domanda: sono presenti segni positivi o negativi limitati al territorio di innervazione della struttura nervosa lesionata?

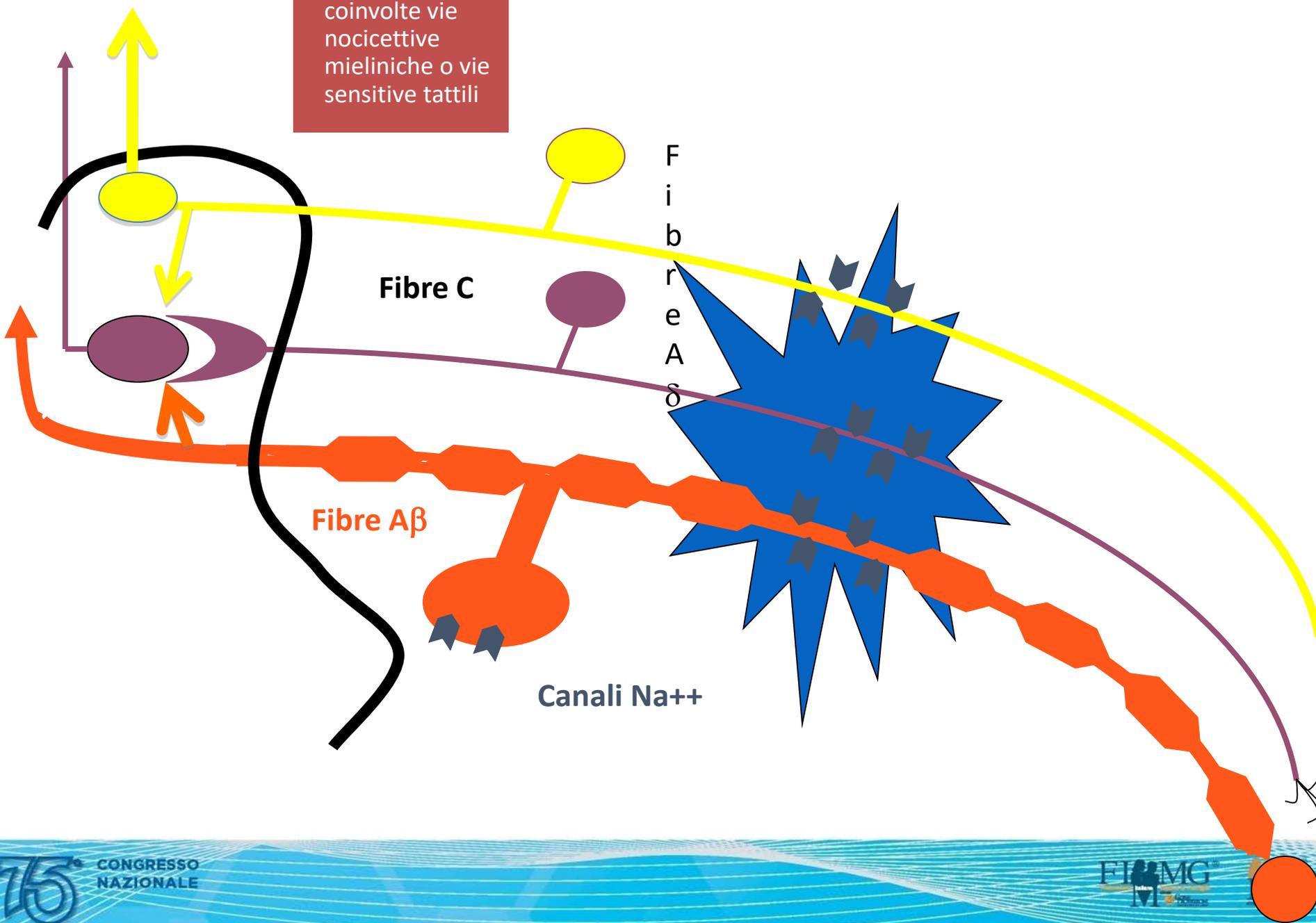
4 domanda: la lesione o patologia responsabile del dolore è confermata da un test diagnostico?

adattato da: Treede RD et al. Neurology. 2008; 70(18) fonte elettronica





Vengono coinvolte vie nocicettive mieliniche o vie sensitive tattili



Valutazione del sistema somato sensoriale

Manovre comparative:

- Tatto (batuffolo di cotone  fibre a beta)
- Sensibilità al caldo (oggetto caldo  fibre c)
- Sensibilità tattile puntiforme (punta smussa  fibre a delta)

Deficit del sistema somato sensoriale

DOLORE NEUROPATICO PERIFERICO

In presenza di una lesione di fibra (sito ectopico di generazione del dolore) la fibra diventa più sensibile per abbassamento della sua soglia algica, per cui uno stimolo normalmente non doloroso viene percepito come doloroso (fenomeno dell'allodinia primaria del sito ectopico). Questo fenomeno è evidenziabile mediante la manovra di Tinel o la manovra di Lasegue.

ALGORITMO DIAGNOSTICO DEL DOLORE NEUROPATICO (*ectopico*)

adattato da: Treede RD et al. Neurology.2008;70(18) fonte elettronica

1 domanda: L'anamnesi suggerisce una lesione o patologia del sistema somato sensitivo?

SI

2 domanda: il dolore ha una distribuzione neuro anatomica plausibile?

SI

**DOLORE
NEUROPATICO
POSSIBILE**

3 domanda: sono presenti segni positivi o negativi limitati al territorio di innervazione della struttura nervosa lesionata?

4 domanda: la lesione o patologia responsabile del dolore è confermata da un test diagnostico?

Nella pratica clinica è tutto così semplice?

Si può invece verificare il caso in cui il semplice sfioramento della cute evochi un dolore più o meno intenso. Il dolore evocato è talvolta così intenso da impedire ogni altra manovra diagnostica e una valutazione delle sensibilità. Questa situazione si osserva in presenza della cosiddetta "ipersensibilità dei neuroni spinali" e il dolore evocato dal semplice sfioramento viene chiamato con il termine di "allodinia meccanica dinamica" ed anche di "allodinia secondaria". Queste aree sono presenti intorno ad aree di allodinia primaria, ma anche a distanza in aree di dolore riferito.

DOLORE MALATTIA

Ipersensibilità
nocicettori tissutale



**Dolore
nocicettivo**



nocicezione



dolore

Ipersensibilità di
fibra (ectopia)



**Dolore
neuropatico
periferico**



**IPERSENSIBILITA'
SPINALE**



**DOLORE
MALATTIA**

CRONICIZZAZIONE

Tutti i meccanismi prima citati a cui si associano meccanismi generati da comportamenti reattivi di tipo bio-psico-sociale

LA VISITA

ANAMNESI DOLORE

Cosa chiedere?

ESAME OBIETTIVO

Cosa fare?

TERAPIA-SCELTE ASSISTENZIALI

Di fronte ad una persona con dolore

Punti di riferimento per la scelta del trattamento:

1. Genesi DOLORE
2. Intensità dolore
3. Durata terapia

Con attenzione a:

1. Ev. Comorbidità
2. Ev. terapie concomitanti

FARMACI AD AZIONE MODULATORIA
mediata dal sistema inibitorio:
amitriptilina, duloxetina, clonazepam

1

FARMACI AD AZIONE MODULATORIA
INDIPENDENTE :
Paracetamolo, Oppiacei

Corno
posteriore MSp.

SINAPSI:
• A MODULA gli impulsi afferenti

SINAPSI:
• AMPLIFICA gli impulsi Adelta e C
(ipersensibilità spinale)

TERAPIA
MULTIMODALE
PAIN GENERATOR

3

**ANALGESICI AD
AZIONE
RECETTORIALE**
*steroidi,
Fans, capsaicina, li
docaina*

**FARMACI ATTIVI
SUI CANALI DEL
NA+**
*TCA, carbamazepina
lidocaina topica*

FARMACI AD AZIONE
MODULATORIA DIRETTA
PRESINAPTICA:
*alfa2 delta ligandi
gabapentin , pregabalin*

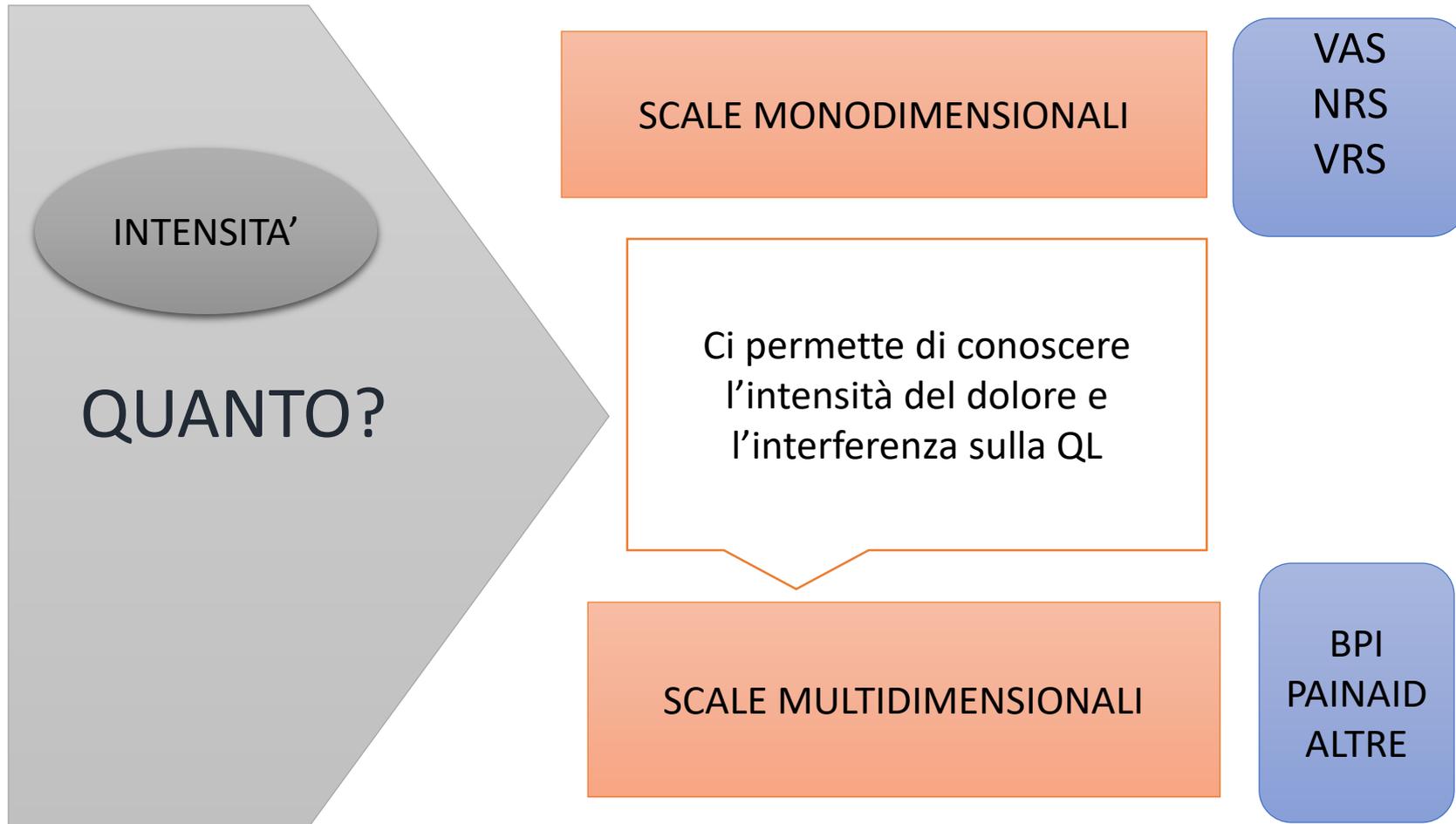
Genera gli impulsi del
dolore nocicettivo

1
**IPERSENSIBILITA' DEL
NOCICETTORE**

2
**IPERSENSIBILITA'
DI FIBRA
(ECTOPIA)**

Genera gli impulsi del
dolore neuropatico
periferico

INTENSITA': MISURAZIONE DOLORE



Intensità del dolore e interferenza con la vita quotidiana

per instaurare una corretta terapia farmacologica oltre alla diagnosi del dolore (nocicettivo/normotopico – neuropatico/ectopico o entrambi)

è fondamentale sapere

l'intensità del dolore e

l'interferenza con la vita quotidiana

misurate con apposite scale.

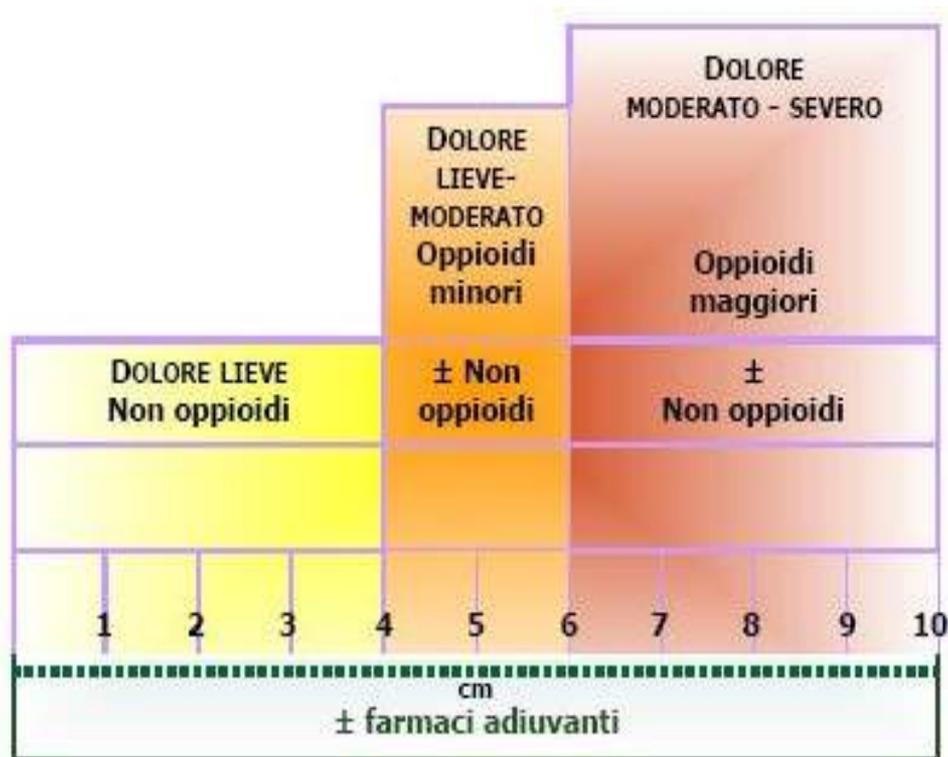
0 1 2 3 **4** 5 6 7 8 9 10



Corrisponde al valore soglia a partire dal quale deve essere impostata/modificata la terapia farmacologica specifica.

0 -> Corrisponde all'assenza di dolore

10 -> Corrisponde al massimo dolore immaginabile.



Durata terapia: Dolore osteoarticolare acuto

3

Obiettivi trattamento

- Agire sui pain factors
- Ridurre il dolore
- Ridurre l'interferenza
- Ridurre la disabilità
- Prevenire la cronicizzazione e il dolore malattia
- Prevenire le ulteriori riacutizzazioni riducendo/abolendo i fattori scatenanti e/o predisponenti
- Minore preoccupazione per gli effetti collaterali a lungo termine della terapia farmacologica

Dolore osteoarticolare acuto: terapia farmacologica

IPERSENSIBILITA' DEL NOCICETTORE

*genera gli impulsi del dolore
nocicettivo*

INTENSITA' DEL DOLORE

**ANALGESICI AD AZIONE
RECETTORIALE**

- *steroidi,
Fans, capsaicina, lidocaina*

**FARMACI AD AZIONE
MODULATORIA
INDIPENDENTE :**

Paracetamolo, Oppiacei

Compiti del medico

Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate; il medico nell'informarlo dovrà tenere conto delle sue capacità di comprensione, al fine di promuoverne la massima adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche. Ogni ulteriore richiesta di informazione da parte del paziente deve essere soddisfatta.

Art. 30 Informazione al cittadino - Codice di Deontologia medica (2007)

Come giudicare l'efficacia terapeutica?

Valutazione Globale Minima

- utilizzare strumenti validati per dare una valutazione:
 - Ottimo: NRS=zero
 - Abbastanza buono: NRS -2 e -2 step tollerabilità e capacità di svolgere le attività quotidiane
 - Sufficiente: NRS <4 e -1 step tollerabilità e capacità di svolgere le attività quotidiane
 - Stazionario: nessun miglioramento percepito
 - Peggiorato: percezione di peggioramento

Il medico di medicina generale

- Per quanto riguarda i compiti del MMG, bisogna tener conto che anche nel caso in cui non si possa modificare in modo sostanziale la storia naturale della malattia, si possono comunque perseguire alcuni obiettivi:
 - ridurre il dolore
 - ritardare il peggioramento della malattia nel tempo,
 - ridurre la disabilità,
 - migliorare la qualità di vita
 - raggiungere un equilibrio tra le aspettative del paziente e le strategie terapeutiche.

Completamento diagnostico e trattamento multidisciplinare

L'invio del paziente allo specialista (ortopedico, fisiatra, radiologo, reumatologo, algologo, ecc.) è indicato in caso di dolore, che se acuto o ricorrente potrebbe cronicizzare, perché ancora senza diagnosi di malattia causale, o per insuccesso della terapia intrapresa, o meritevole di trattamenti .

Utile per il monitoraggio e condivisione delle strategie terapeutiche, specie in presenza di segni clinici di dolore cronico che diventa “malattia”

Completamento diagnostico e trattamento multidisciplinare

- Dolore osteoarticolare che non migliora dopo trattamento farmacologico
- Dolore senza diagnosi certa di malattia causale
- Dolore ricorrente con interessamento poliarticolare
- Dolore che potrebbe trarre giovamento da terapia farmacologica locale e/o trattamento riabilitativo
- Dolore che tende a cronicizzare o presenta le caratteristiche del dolore-malattia (coinvolgimento della sfera psico-sociale)

strategie necessarie per raggiungere l'obiettivo di controllare adeguatamente un soggetto con dolore

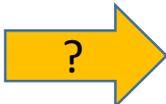
- **Condivisione degli obiettivi con il paziente**

- Solo gli **obiettivi negoziati** con il paziente sono obiettivi raggiungibili: (riduzione dell'NRS di tot punti, riduzione disabilità/ >autonomia, < ansia)

- **Condivisione del PDTA nella Rete di Terapia del Dolore**

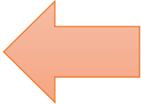
- Conoscere i propri limiti legati alle competenze specifiche
- Conoscere i compiti degli altri attori del PDTA nella gestione del paziente con Dolore Cronico

Dolore osteoarticolare acuto



Infortuni
incidenti
traumi

MMG/CA



ACCESSO
DIRETTO
PS

VALUTAZIONE



Terapia del dolore acuto

Rivalutazione

Consulenza
urgente,percorsi
dedicati o
programmabili

Specialisti: ortopedico,
fisiatra,radiologo,algologo,reumatologo ed altri

Grazie per l'attenzione