

Approccio in Pronto Soccorso al paziente con dolore cronico benigno riacutizzato

Giovanni Nervetti, Anna Milanese, Massimo Motta, Carmen Mellado*, Francesca Lovo*

Dipartimento di Emergenza Urgenza, AO L. Sacco – Polo Universitario Milano

* Dipartimento di Salute Mentale, AO L. Sacco – Polo Universitario Milano

SINTESI

La riacutizzazione della sintomatologia dolorosa cronica benigna, favorita da sospensioni incongrue di trattamenti medici o da trattamenti inadeguati, in condizioni di mancata continuità assistenziale, di presenza di disagio sociale, di comorbidità e di interazioni tra dolore cronico e disturbi dell'umore, spinge il malato in un alto numero di casi verso il Pronto Soccorso ospedaliero. Ma il Pronto Soccorso non sempre ha i requisiti per un approccio ideale a tale patologia. Vengono presentati i risultati di uno studio svolto nel Pronto Soc-

corso dell'AO L. Sacco di Milano, che ha riguardato malati affetti da dolore cronico riacutizzato, avente lo scopo di valutare la validità dell'iter diagnostico-terapeutico di Pronto Soccorso, l'evoluzione nel tempo della sintomatologia, il grado di soddisfazione dell'utenza e la coesistenza di turbative dell'umore tali da modificare la percezione del dolore.

I risultati dello studio, svolto in collaborazione tra le UO di Medicina e Chirurgia d'Urgenza e l'UO di Psichiatria, porranno le basi per la formulazione di protocolli specifici di intervento.

Definizione del dolore

L'esperienza del dolore rappresenta un momento critico per la nostra sopravvivenza. Attraverso il dolore, infatti, siamo in grado di monitorare l'integrità del nostro corpo e di avere l'immediata consapevolezza del pericolo reale o della minaccia del pericolo.

Il dolore è un'esperienza individuale, influenzata da fattori ambientali, emozionali e cognitivi che, a loro volta, condizionano le risposte comportamentali.

L'Ontario Inter-Urban Pain Conference¹ definisce il dolore come «un'esperienza sensoriale ed emozionale sgradevole, associata con un danno tissutale reale o potenziale, o descritto come tale». Ne deriva che il dolore è una percezione come la vista e l'udito e, quindi, il risultato della trasmissione di informazioni attraverso un circuito neuronale dalla periferia alle vie spino-talamiche e, da qui, alla corteccia cerebrale².

Il cervello localizza la sede del dolore, dà informazioni sul tipo e sull'intensità dello stesso e ne elabora gli aspetti fisici ed emozionali.

Il controllo del dolore avviene da parte di vie efferenti che, dalla corteccia cerebrale, scendono fino al midollo spinale e di mediatori chimici che agiscono a livello di sinapsi neuronali. Stimoli nocicettivi ripetuti producono cambiamenti strutturali e genetici sia a livello dei neurotrasmettitori sia dei recettori e sono responsabili della cronicizzazione del dolore¹⁻⁷. Le modalità di stimolazione e di inibizione dei recettori da parte dei neurotrasmettitori costituiscono le basi teoriche della terapia del dolore: i farmaci antidolorifici agiscono bloccando i recettori, inibendo il rilascio e la produzione di alcuni neurotrasmettitori, o stimolando la produzione delle endorfine a livello del SNC^{2,3}.

Il dolore viene classificato fondamentalmente in:

- acuto (da danno tissutale, si risolve con la guarigione o con la rimozione dello stimolo doloroso, di breve durata, si associa ad ansia e a segni di iperattività del sistema nervoso simpatico);
- cronico (persiste dopo la guarigione di una lesione, è relato a una malattia degenerativa o non ha una causa identificabile; si presenta con episodi

ricorrenti in un arco di tempo superiore ai tre mesi, si accompagna a sintomi quali stanchezza, disturbi del sonno, riduzione dell'appetito, perdita del gusto per il cibo, calo di peso corporeo, riduzione della libido e depressione).

Il dolore può essere anche classificato come somatico o organico (giustificabile da meccanismi nocicettivi), o psicogeno (si manifesta senza una patologia organica che lo possa giustificare)⁸.

Le precedenti esperienze di sofferenza, il suo significato personale, le aspettative dei familiari, le credenze religiose e culturali contribuiscono a stabilire la soglia di tollerabilità individuale del dolore e possono condizionare la richiesta e l'efficacia della terapia.

La misurazione del dolore

La valutazione del dolore deve tenere conto, oltre che dell'intensità, anche della localizzazione, della qualità, della durata, dell'andamento, della periodicità, dei fattori che aggravano o alleviano il dolore, delle comorbidità, dell'efficacia dei trattamenti antidolorifici e dell'effetto del dolore sulla vita di relazione (sessuale, sociale, lavorativa).

Per quantizzare in termini schematici un sintomo così variegato sono state elaborate le scale di misurazione del dolore⁹⁻¹¹. Le più ampiamente usate sono la scala di valutazione verbale (VRS) e numerica (VAS). La scala verbale serve a descrivere l'intensità del dolore attraverso l'uso di termini come: assente, lieve, moderato, fino ad atroce. La scala analogico-visiva consente di descrivere l'intensità del dolore con un numero: da 0 a 10, dove 0 è uguale ad assenza del dolore, 10 al peggior dolore possibile. Quest'ultima è la più utilizzata poiché più semplice da illustrare al paziente, di facile somministrazione (anche telefonica) e, quindi, più sperimentata.

Analogamente alle scale di misurazione del dolore, esistono scale verbali (VRS) e analogico-visive (VAS) di sollievo dal dolore (VRS: sollievo assente, lieve, moderato, buono; VAS: da nessun sollievo = 0% a completo sollievo = 100%) che ci indicano l'efficacia della terapia e che sono, quindi, indispensabili per il monitoraggio della stessa e per la scelta del farmaco più adatto.

Dolore cronico e Pronto Soccorso

L'esperienza quotidiana in area di emergenza evidenzia che il paziente con ripresa sintomatologica di un dolore cronico benigno non trova sicuri riferimenti nel Sistema Sanitario. D'altro canto, la non sempre pronta risposta della rete di cure primarie alla riacutizzazione della sintomatologia dolorosa spinge il malato verso il Pronto Soccorso ospedaliero. Tale fatto

può causare, da un lato, fattori di criticità per il PS, dall'altro il rischio di radicalizzazione e di cronicizzazione del dolore non adeguatamente diagnosticato o trattato.

Scopo del lavoro

Queste osservazioni ci hanno suggerito l'ipotesi di uno studio osservazionale per valutare il percorso diagnostico terapeutico seguito nel nostro Pronto Soccorso per i pazienti con dolore cronico benigno riacutizzato, la percezione dello stesso da parte del malato, la comorbidità tra dolore cronico, ansia e depressione.

Materiali e metodi

Attraverso la compilazione di schede appositamente predisposte sono stati esaminati l'accoglienza in PS del malato con riacutizzazione di dolore cronico benigno, l'approccio diagnostico, l'organizzazione del lavoro in PS, gli interventi terapeutici e si è potuta effettuare la valutazione, nel tempo, dell'efficacia del nostro intervento.

La compilazione da parte dei malati di test di percezione del dolore e di test rilevatori di stati ansioso-depressivi aveva lo scopo di evidenziare l'eventuale interferenza di disturbi dell'umore nella genesi, nell'intensità e nella cronicizzazione del dolore, nonché rilevare il grado di soddisfazione dell'utenza.

Il risultato che si voleva conseguire, alla luce dei dati ricavati, era la stesura di protocolli idonei a ottenere una riduzione del rischio di cronicizzazione del dolore, una diminuzione degli accessi ripetuti al PS per la stessa sintomatologia, la ricerca di modalità di possibile collegamento-coordinamento con la rete di cure territoriale, l'evidenza di interazioni depressione/dolore cronico benigno e la standardizzazione delle procedure di PS in questa patologia.

Composizione del campione

I malati da sottoporre allo studio sono stati individuati in base alla sede di comparsa della sintomatologia, riferita nei seguenti distretti organici:

- osteoarticolare: patologie degenerative e posturali della colonna; dolore post-traumatico da trauma non recente; esiti di intervento chirurgico non recente;
- toracico: mialgie intercostali; sindromi controsterali; dispepsie esofagee; mastodinie;
- addominale: colica in colon irritabile, diverticolosi; stipsi; coliche epatiche e renali recidivanti; esiti di intervento chirurgico addominale non recente;
- pelvico: dismenorrea; prostatiti e uretriti croniche; disuria; pubalgie;

- blocco facciale: nevralgie trigeminali; sindromi cefalalgie; otalgie croniche; esiti traumatici.

Sono stati esclusi dallo studio tutti i pazienti affetti da patologie neoplastiche in atto o pregresse, da sindromi HIV-correlate, da acuzie addominali, da traumi, da psicosi maggiori, gli etilisti, gli utilizzatori di sostanze voluttuarie e le pazienti in stato di gravidanza.

Sono state utilizzate schede per la raccolta dei dati anagrafici e anamnestici. Nella scheda venivano inoltre registrati gli accertamenti eseguiti, la terapia praticata e le modalità della dimissione. Lo studio non ha in alcun modo interferito con l'attività dei medici di guardia, né con il loro indirizzo diagnostico-terapeutico, si è limitato unicamente alla registrazione degli indici sopra ricordati. Ai pazienti che volontariamente si sono sottoposti allo studio sono stati presentati test per l'autovalutazione del dolore e test predittivi di stati ansioso-depressivi (Lista standardizzata di eventi stressanti, SRE, e Inventario Beck della depressione). Questi ultimi test sono stati ulteriormente somministrati telefonicamente a distanza di tempo (mediamente quindici giorni) dalla dimissione dal PS. Nel corso della telefonata sono stati inoltre verificati gli eventuali cambiamenti terapeutici e sono stati registrati eventuali nuovi accessi al Pronto Soccorso.

Risultati

Si riportano le osservazioni relative ai 67 pazienti (25 maschi, 42 femmine) arruolati, dopo avere accettato il protocollo proposto.

L'età media è di 59,4 anni (maschi 48,7; femmine 65,7). Il 4,47% (3/67 pazienti) era stato inviato dal Medico di Medicina Generale, il 65,6% (44/67 pazienti) si era presentato spontaneamente e il 29,8% (20/67 pazienti) era giunto in PS inviato dal 118 cittadino.

La sintomatologia era riferita al distretto addominale (24 casi), osteoarticolare (25 casi), toracico (15 casi), blocco facciale (6 casi), pelvico (4 casi), ma spesso comprendeva più distretti contemporaneamente. Il tipo di dolore era definito come post-traumatico nel 5,9% dei casi, come nevralgico nel 59,7% e come colico nel 35,8% dei casi ed era valutato come evidenziato in Tabella 1.

Prima dell'accesso al PS solo 38 pazienti su 67 ave-

TAB. 1

Descrizione del dolore secondo la scala VAS (valutazione analogico-visiva) e secondo la scala VRS (scala di valutazione verbale).

Punteggio (VAS)	% sul totale pazienti
1	0
2	0
3	0
4	0
5	5,7
6	5,9
7	18,3
8	24,3
9	19,4
10	27,3

Descrizione (VRS)	% sul totale pazienti
Assente	0
Lieve	0
Fastidioso	17,9
Penoso	22,3
Orribile	25,3
Atroce	34,3

vano seguito un iter diagnostico preciso, 35 malati conoscevano la causa del dolore e 32 pazienti erano regolarmente seguiti per la sintomatologia dolorosa. Hanno dichiarato disagio psico-socio-economico, variamente combinato, 34 su 67 malati.

Per 41 pazienti su 67, quello attuale era il primo accesso al PS per il sintomo dolore cronico. In PS sono stati eseguiti sia accertamenti ematochimici, radiologici e specialistici sia terapia, variamente combinati, a 43 malati su 67 (Tabella 2).

Al momento della dimissione dal PS hanno dichiarato un sollievo del dolore da 0 a 50% 16 malati (pari al 23,8%), dal 50 all'80% 25 malati (37,3%), dall'80 al 100% 26 malati (38,8%) e il dolore residuo veniva definito assente da 23 malati (34,3%), lieve da 18 malati (26,8%) e moderato da 26 malati (38,8%). Al momento della dimissione i pazienti riaffidati solo al Medico di Medicina Generale erano 28, pari al 41,7%,

TAB. 2

Esami eseguiti in PS e terapia praticata (variamente combinati).

Esami	% sul totale pazienti	Tipo di terapia	% sul totale pazienti
Ematochimici	61,1	Analgesico	67,1
Radiologici STD	61,1	Antispastico	20,3
Radiologici eco/TAC	29,8	Sedativo	3,1
Visita specialistica	44,7	Sintomatico	10,9

mentre 27, pari al 40,2%, sono stati rinviati anche a controlli ambulatoriali; 7 malati, pari al 10,4%, sono stati inviati a controlli ambulatoriali ospedalieri e 5 malati, pari al 7,4%, sono stati ricoverati.

Al controllo a distanza di quindici giorni, hanno risposto 49 su 67 pazienti, pari al 73,13% dell'intero campione. Di questi, 23 su 49 pazienti (46,93%) hanno presentato recidiva della sintomatologia dolorosa che in 10 casi (20,4%) ha necessitato di nuovo accesso in PS; in 24 casi (48,97%) è stato necessario un adeguamento o correzione terapeutica domiciliare.

L'eventuale correlazione tra dolore cronico e sindrome depressivo-ansiosa è stata valutata mediante somministrazione di test specifici sia durante la permanenza in PS, sia a distanza di quindici giorni. I risultati sono mostrati nelle Tabelle 3 e 4.

Analisi dei dati

L'età media del campione, considerato anche l'aumento dell'aspettativa di vita registrato in questi anni, è risultata inferiore a quanto prevedibile nella riaccensione di una patologia cronica.

Per quanto attiene alla localizzazione dei disturbi, la sintomatologia addominale prevale sulle altre (la scarsa rilevanza di patologia pelvica, nella casistica, è dovuta alla presenza nella nostra Azienda Ospedaliera di un PS ginecologico autonomo).

Più della metà dei pazienti non ha seguito un iter diagnostico specifico prima dell'accesso al nostro PS e, pertanto, non conosce la causa del dolore e non è seguito da strutture di riferimento. Circa la metà dei malati ci ha consultato dopo altri accessi presso il nostro o altri PS cittadini.

Il disagio psico-socio-economico è dichiarato in un numero di malati pari alla metà dei casi esaminati. L'iter di Pronto Soccorso si è caratterizzato, nel campione, per un massiccio impegno diagnostico, a fronte del quale il 35% dei malati non ha eseguito in PS alcuna terapia. Lo stato depressivo ansioso condiziona ed è condizionato in modo massiccio dal sintomo dolore.

Nel gruppo in esame (forse per il condizionamento positivo dato dal protocollo che prevedeva un contatto telefonico di controllo a distanza di tempo predefinita) la percentuale di nuovi accessi in PS e di correzioni terapeutiche domiciliari è risultata particolarmente contenuta.

Conclusioni

Il Pronto Soccorso, come prevedibile, non risulta la struttura più idonea per affrontare in modo corretto le molteplici problematiche poste dalle riaccensioni dolorose di una patologia cronica. Nella nostra esperienza, un elemento di criticità è stato rappresentato dalla mancanza di continuità terapeutica tra Azienda

TAB. 3

Dolore cronico e presenza di stato depressivo (test in PS su 60 pazienti e test domiciliare dopo 15 giorni dall'accesso al PS su 40 pazienti).

Stato depressivo (test in PS)	% sul totale dei pazienti	Stato depressivo (test a domicilio)	% sul totale dei pazienti
Assente	30	Assente	40,0
Lieve	18,3	Lieve	20,0
Medio	3,3	Medio	17,5
Grave	26,6	Grave	15,0
Gravissimo	21,6	Gravissimo	7,0

TAB. 4

Dolore cronico e presenza di stato ansioso (test in PS su 49 pazienti e test domiciliare dopo 15 giorni dall'accesso al PS su 34 pazienti).

Stato ansioso (test in PS)	% sul totale dei pazienti	Stato ansioso (test a domicilio)	% sul totale dei pazienti
Assente	32,6	Assente	61,7
Moderato	22,4	Lieve	29,4
Notevole	2,0	Medio	0
Grave	38,7	Grave	8,8
Gravissimo	4,0	Gravissimo	0

Ospedaliera, ambulatori dedicati alla cura del dolore e Medici di Medicina Generale. Tale mancata continuità è responsabile del ricorso a forme improprie di automedicazione, a sospensione dei trattamenti o a trattamenti inadeguati.

Il paziente, d'altro canto, definisce con estrema difficoltà sia il gradiente di intensità del dolore, sia l'entità del miglioramento dopo terapia (i test somministrati ai pazienti evidenziano, in proposito, dati antitetici). Le interazioni tra dolore e disturbi dell'umore possono ingenerare sovrastima o sottostima del disturbo riferito con conseguenti possibili errori diagnostico-terapeutici¹²⁻¹⁵. D'altro canto, è noto che la depressione dell'umore può ingenerare somatizzazioni, scarsa compliance del malato e amplificazioni della sintomatologia dolorosa¹⁶⁻¹⁹. Nel nostro campione, al controllo dopo quindici giorni, il sintomo depressione registra una situazione di generale miglioramento; il sintomo ansia risulta praticamente scomparso.

Un'ultima considerazione attiene alla terapia antidolorifica. L'impegno diagnostico ha condizionato, nella nostra esperienza, in un alto numero di casi, la mancanza di un approccio farmacologico adeguato al sintomo dolore. Tale considerazione ci ha suggerito la necessità di introduzione di protocolli terapeutici finalizzati, in quanto noi pensiamo che il controllo del dolore sia un dovere primario per tutti coloro che si dedicano all'assistenza, in accordo con l'*American College of Emergency Physicians*²⁰, che indica i principi fondamentali a cui attenersi nel trattamento del dolore:

- evitare il ritardo della somministrazione della terapia, nell'attesa della diagnosi;
- utilizzare antinfiammatori non steroidei (FANS) o oppiacei, o una combinazione di questi, in base all'intensità del dolore, alle condizioni cliniche del paziente e codificando attentamente i criteri di scelta dei farmaci;
- utilizzare terapie alternative e di supporto psicologico-assistenziale allo scopo di ridurre le sensazioni di solitudine, di isolamento e di incertezza

per il futuro che contribuiscono a mantenere la componente di ansia, paura e depressione, sempre presente nel malato che soffre.

Bibliografia

1. Ranney R. *Anatomy of pain*. Ontario Inter-Urban Pain Conference, Waterloo, 29 novembre 1996.
2. Block BM, Hurley RW, Raja SN. Mechanism-based therapies for pain. *Drug New & Perspectives* 2004; 17 (3): 172-186.
3. Coghill RC et al. Distributed Processing of Pain. *J Neurophysiol* 1999; 82: 1934-43.
4. Coghill RC, McHaffie JG, Yen Y. Neural correlates of inter-individual differences in the subjective experience of pain. *Proc Nat Acad Sci* (in press).
5. Iodarola MJ, Max MB, Berman KF et al. Unilateral decrease in thalamic activity observed with positron emission tomography in patients with chronic neuropathic pain. *Pain* 1995; 63: 55-64.
6. Gebhart GF. Descending modulation of pain. *Neuroscience & Behavioral Reviews* 2004; 27 (8): 729-737.
7. Apkarian AV, Bushnell MC, Treede RD et al. Human brain mechanisms of pain perception and regulation in health and disease. *Eur J Pain* 2005; 9 (4): 463-484.
8. AA.VV. *Pain. General*. In: *The Merck Manual of Diagnosis and Therapy*. Section 14: Neurologic Disorders, Chapter 167. John Wiley & Sons, New York, 2006.
9. Graham RB. The purpose of pain scale. Reviewed by the Family of Harvard Medical School, 2004.
10. VA Trainee Pocket Card. Pain as the 5th Vital Sign: take 5. Section 4: *The Pain Screening Process*, 2004.
11. International Association for the Study of Pain. Pain measurement in Children. *Pain Clinical Updates*, 1995 July; III: 2.
12. Clark M. *Chronic pain, depression and antidepressants: issues and relationships*. *Johns Hopkins Family Health Book*. Harper Collins, New York, 2004.
13. Ham B. Pain may interfere with Depression Improvement. *Center of the Advancement of Health*, 2004.
14. Coluzzi F, Mattia C. Mechanism-based treatment in chronic neuropathic pain: role of antidepressants. *Curr Pharm Des* 2005; 11 (23): 2945-60.
15. Sindrup SH, Otto M, Finnerup NB et al. Antidepressants in the treatment of neuropathic pain. *Basic Clin Pharm Toxicol* 2005; 96 (6): 399-409.
16. Barkin RL, Barkin SJ, Barkin DS. Perception, assessment, treatment and management of pain in the elderly. *Clin Ger Med* 2005; 21 (3): 465-490.
17. Koster W. Treatment of chronic pain in the internist's practice. *Internist* 2005; 46 (4): 433-444.
18. Turk DC. The potential of treatment matching for subgroups of patients with chronic pain: lumping versus splitting. *Clin J Pain* 2005; 21 (1): 44-55.
19. Vlaeyen JW, Morley S. Cognitive-behavioral treatments for chronic pain: what works for whom? *Clin J Pain* 2005; 21 (1): 1-8.
20. ACEP Policy Statements. Policy#400335, marzo 2004 (www.acep.org).

ABSTRACT

Due to prescribing errors, to wrong therapeutic choice, to inadequate patient education, to errors in patients adherence to therapy, to social problems, to well known comorbidity between chronic pain and depression, a high number of patients, affected by chronic pain becoming acute, is in charge of the Emergency Department. But the Emergency Department is often the wrong place where to take care of such a complex condition. We present the results of a study conducted in our Emergency De-

partment with the contribute of the Mental Health Department, concerning the evaluation of the diagnostic and therapeutic iter, the evolution of the symptoms, the customer satisfaction and the depression comorbidity, among the patients afferent to the Emergency Department because of a chronic non malignant pain becoming acute. The results of the study suggest the necessity of a more specific diagnostic and therapeutic approach to these patients, in both Emergency Hospital Department and outpatients settings.