

LA TERAPIA DEL DOLORE ADDOMINALE ACUTO

VITO PROCACCI

La terapia del dolore addominale acuto riveste un'importanza fondamentale nel management del paziente affetto da condizioni patologiche che comportano tale sintomatologia, non solo per il disagio e a volte la drammaticità dell'esperienza legata al dolore, ma anche a causa del peso che la componente algica riveste nella prognosi del paziente con gravi condizioni cliniche legate ad una acuzie addominale. Infatti sono noti gli studi del gruppo Levi Montalcini sulla capacità del dolore di attivare, mediante l'NGF e il sistema Simpatico, il sistema immunitario, condizionando reazioni capaci di autoalimentare un processo flogistico, fino a quadri drammatici come la SIRS e la MOFS, in corso di quadri clinici gravi di natura sia chirurgica che internistica.

La sensibilità dolorifica addominale può essere di natura viscerale e somatica. La viscerale ha origine da stimoli meccanici, chimici, flogistici di eccessiva intensità a carico di terminazioni periferiche aspecifiche, normalmente coinvolte nei processi omeostatici, e viaggia su fibre nervose tipo C lungo i nervi splancnici, sul sistema polisinaptico paleo-spinotalamico, subendo numerosi processi integrativi subtalami e sottocorticali, prima della definitiva integrazione da parte della coscienza: di qui le caratteristiche di bassa localizzabilità a fronte di alta evidenza di riflessi autonomici come l'ipotensione e shock, il vomito, le modificazioni della frequenza e talvolta del ritmo cardiaco, accanto al frequente verificarsi del meccanismo del "dolore riferito".

Il dolore somatico deriva dalla stimolazione di recettori dolorifici specifici a carico della parete addominale e del peritoneo parietale, corre su fibre A-beta, gamma, delta, lungo i nervi somatici, lungo il tratto paucinaptico neospinalico e viene precocemente integrata a livello talamico e corticale. Ne deriva una precisa localizzabilità e l'abbondanza di riflessi somatici come la contrattura dei muscoli addominali.

In base a questi concetti si può distinguere un dolore addominale interamente viscerale disfunzionale, senza grave causa organica di base o con (patologie organiche secondarie alla disfunzione), legato ad abnorme stimolazione meccanica o chimica (spasmi del tubo gastroenterico, patologie gastro-esofagea acido-correlata ecc.), un dolore interamente viscerale con causa organica di gravità variabile (Colica pieloureterale, colica biliare, occlusione intestinale, pancreatite acuta), un dolore viscerosomatico non traumatico (condizioni di interessamento del peritoneo parietale), un dolore viscerosomatico traumatico ed infine il dolore oncologico, prevalentemente viscerale, cronico con riacutizzazioni periodiche che comporta una fortissima componente emotiva, legata al coinvolgimento del sistema limbico.

Il dolore viscerale disfunzionale richiede una terapia specifica diretta alla correzione delle alterazioni omeostatiche che sono alla base (antispastici e anticolinergici muscarinici nello spasmo gastroenterico, H2 inibitori, inibitori della pompa protonica e benzamidi sostituite nelle sindromi gastroesofagee acido-correlate).

Il Dolore viscerale con causa organica riconosce terapie differenziate a seconda della gravità e della tipologia del quadro clinico: in caso di condizioni cliniche di bassa criticità, nelle quali la terapia antalgica riveste il ruolo centrale (colica pieloureterale e biliare) l'approccio terapeutico si basa sulla infusione ev di FANS ad elevato potere antalgico (Es. Chetoprofene), eventualmente coadiuvati da antispastici, la cui efficacia specifica rimane da definire, lasciando solo a casi eccezionalmente gravi e non rispondenti l'uso di analgesici di maggiore potenza come gli oppioidi (Pentazocina e/o buprenorfina, mai Morfina, a causa dell'effetto inducente paralisi intestinale e spasmo sullo sfintere di Oddi). Nei casi più gravi, come la Pancreatite Acuta e l'Insufficienza Coronarica Acuta a sintomatologia gastralgica, oltre alla terapia specifica (Acido Inibitori, Somatostatina ecc. nel primo caso, Nitrati, ASA, ev Trombolisi nella seconda) l'approccio si basa su l'uso primario di farmaci Oppioidi che, oltre a comportare un sollievo della sintomatologia dolorosa (azione sui recettori mu) agiscono sulla componente affettiva e vegetativo-riflessa (recettori k), prevenendo i quadri di shock e flogosi autoalimentata (SIRS), causate da tale componente. Mentre nella pancreatite acuta è da evitare la Morfina a causa degli effetti sullo sfintere di Oddi e la muscolatura intestinale (Buprenorfina e Pentazocina), nell'insufficienza coronarica acuta la Morfina in infusione è il farmaco di prima scelta a causa della forte azione sulla componente emotiva, nonché dell'effetto simpaticolitico e di riduzione del preload. Nell'occlusione intestinale, caratterizzata dalla prevalenza della isometricità della contrazione, il sollievo dal dolore si ottiene attraverso una tempestiva e precoce decompressione con sondino naso gastrico da effettuarsi nel più breve tempo possibile (in Pronto Soccorso), al fine di ridurre la componente isometrica della contrazione della muscolatura liscia.

Il dolore viscerosomatico non traumatico riconosce la sua causa fondamentale in stimoli flogogeni mediati da prostaglandine, leucotrieni, chinine plasmatiche su recettori specifici del peritoneo parietale. Di qui il rationale per l'uso di FANS ad elevato potere antiflogistico e antalgico (Chetoprofene, Diclofenac, Piroxicam ecc) in infusione ev, parallelamente alla decompressione con sondino naso-gastrico, in attesa della definizione diagnostica e dell'intervento chirurgico di urgenza.

Il dolore viscerosomatico di natura traumatologica riconosce la sua peculiarità nel fatto che il trauma addominale si pone come malattia sistemica, a causa della compromissione cardio-respiratoria (Shock emorragico, frequenti problemi toracici concomitanti ecc.) metabolica (Crush Sindrome), neurologica (encefalopatia traumatica, ipossica, ipovolemica). In questa situazione il dolore si aggiunge all'alterazione dei parametri vitali nel condizionale un distress generalizzato che pregiudica gravemente la prognosi a breve termine (Shock, aritmie, anossia acuta ecc.) e a medio termine (SIRS, MOFS, Encefalopatia post-ipossica ecc.). L'approccio terapeutico a tali pazienti si basa sull'uso di Oppioidi a potere

anestetico generale quali il fentanile ev e ventilazione meccanica. Tale protocollo terapeutico, in presenza di alterazione dei parametri vitali, va eseguito il più precocemente possibile, allo scopo di prevenire i circuiti innescati dal dolore e comunque ridurre condizioni di distress encefalico, indotte dalle turbe dell'omeostasi cardiorespiratoria e metabolica. In caso di condizioni di stabilità dei parametri vitali e grave condizione algica con distress emotivo può essere giustificato l'uso dell'infusione di morfina, mentre nei traumi lievi si potrà optare per l'uso di FANS.

In ultimo capita spesso di assistere in Pronto Soccorso malati oncologici affetti da condizioni di grave riacutizzazione della loro cronica sintomatologia algica. Precedentemente si è parlato della fortissima componente emotiva di tale dolore per cui l'uso dei FANS si rivela largamente insufficiente. In questa condizione trova sicuramente un ruolo l'uso di nuovi analgesici come il Tramadolo, caratterizzati da un effetto importante sulla componente emotiva del dolore (recettori K). Tale uso costituisce un approccio che può essere tentato prima dell'uso degli oppioidi classici come la Morfina, poiché consente di ottenere un miglioramento della sintomatologia con minore possibilità di sedazione, assuefazione e dipendenza. Tuttavia la terapia di questi pazienti deve necessariamente avvalersi di una stretta collaborazione con i Centri Algologici di riferimento territoriale. In questo senso può suscitare notevole interesse la proposta di una nuova funzione che potrebbe rivestire l'OBI nel fungere da luogo di raccordo tra il territorio e il centro di riferimento algologico, al fine di attuare un trattamento precoce e limitato nel tempo delle fasi di grave riacutizzazione della sintomatologia algica, evitando ricoveri prolungati in reparti internistici, spesso inutili e penosi per il paziente oncologico.