

44° CONGRESSO NAZIONALE SIMFER - BARI, 23-26 OTTOBRE 2016

DOLORE NEUROPATICO E COMORBILITÀ PSICHIATRICA: UN CASE REPORT.

Antonino Michele Previtera, Rossella Pagani, Fabrizio Gervasoni

INTRODUZIONE

Le linee guida per il trattamento del dolore neuropatico [1] raccomandano come prima scelta farmaci di comune utilizzo in ambito psichiatrico (antidepressivi triciclici, gabapentin, pregabalin). Sebbene le patologie psichiatriche siano comuni nei pazienti con dolore cronico, raramente è considerata la gestione del dolore neuropatico in associazione a tali comorbilità [2].

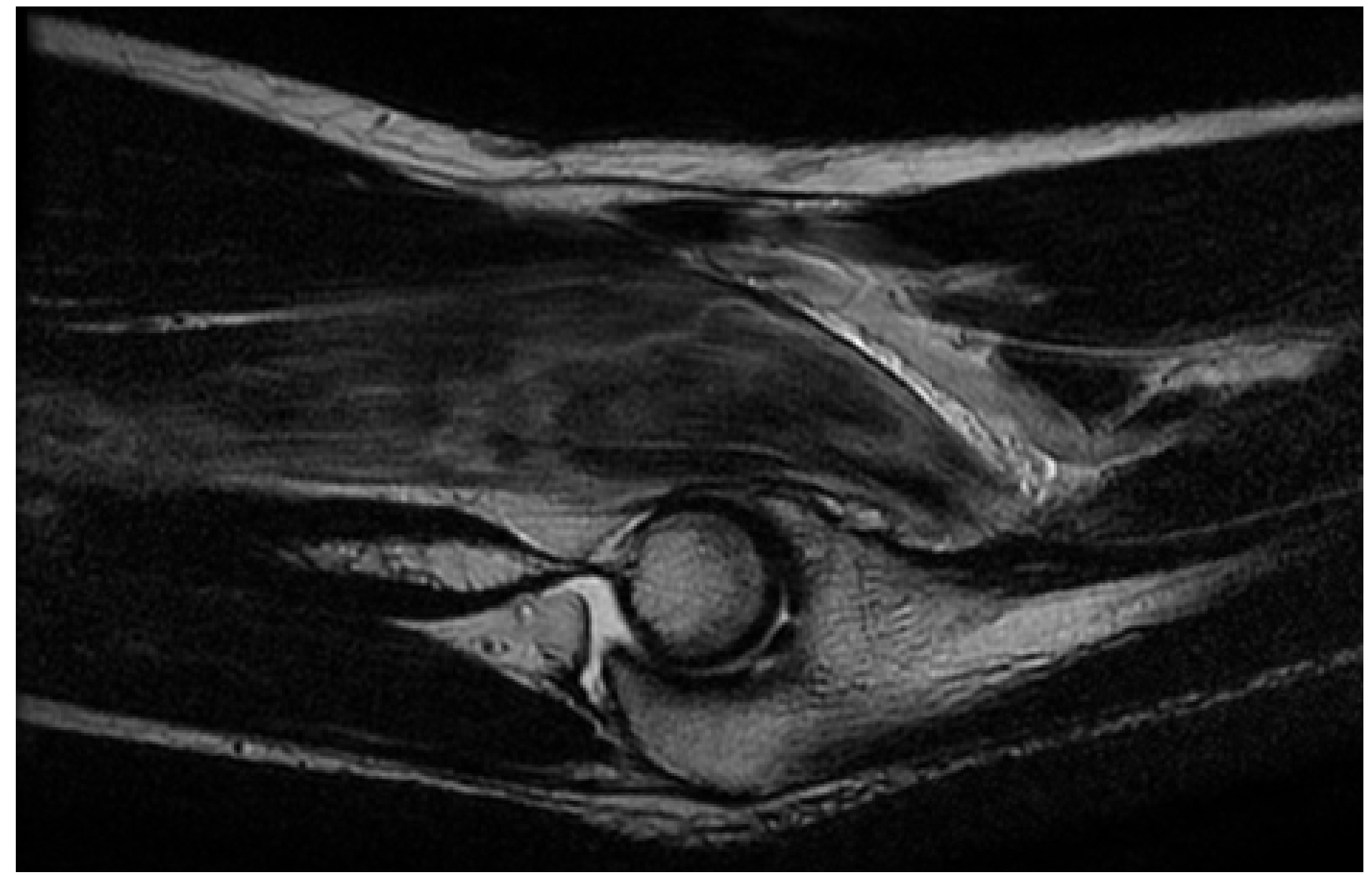
CASO CLINICO

DZ, uomo caucasico di 55 anni, era trovato nella vasca da bagno della propria abitazione, incosciente e con rilascio sfinterico. All'accesso in PS presso l'ospedale San Paolo di Milano era vigile, collaborante, amnesico per l'accaduto. Presentava una tumefazione cranica in regione parieto-occipitale sinistra e una tumefazione al gomito omolaterale con dolorabilità alla mobilizzazione dell'arto. Si apprezzava deficit completo (MRC 0/5) dell'estensione del polso e delle dita, mentre l'estensione attiva del gomito era conservata. Si evidenziava un'ipoestesia in corrispondenza della tabacchiera anatomica della mano sinistra. Il quadro deponeva per una lesione del nervo radiale verosimilmente localizzata a monte dell'arcata di Fröhse. La TC encefalo escludeva lesioni focali acute. L'EEG registrava anomalie di possibile significato irritativo. L'ECG documentava un BAV di I grado e un allungamento del QT. Le RX di spalla, gomito e polso sinistri escludevano fratture.

L'indagine anamnestica documentava che da alcuni mesi, in seguito a un lutto, il paziente presentava deflessione del tono dell'umore, apatia, anoressia, insonnia ed episodi di narcolessia. Negava potus o assunzione di sostanze stupefacenti.

Era ricoverato presso l'U. O. di Neurologia; gli accertamenti (RM encefalo, EEG, Holter ECG ed Ecocardiogramma) risultavano negativi. Per la paralisi del nervo radiale sinistro s'iniziava una terapia con desametasone e.v., poi sostituito con deltacortene per os e un trattamento riabilitativo, proseguito ambulatorialmente dopo la dimissione.

Dopo due settimane, l'EMG evidenziava ineccitabilità della risposta M per stimolazione del nervo radiale sinistro con derivazione ad ago dell'estensore proprio dell'indice e attività denervativa acuta a carico dell'estensore proprio dell'indice e dell'estensore radiale del carpo.



La RM del gomito mostrava un versamento sinoviale reattivo, in parte ipertrofico, interposto nell'interlinea articolare con parziale estrinsecazione a livello della sindesmosi radio-ulnare. Erano segnalati: entesopatia calcifica del tricipite, manifestazioni epicondilitiche e diffuso edema delle componenti muscolari anteriori (in particolare del braccio-radiale), di verosimile eziologia post-traumatica.

Il paziente era sottoposto a una visita psichiatrica e un colloquio psicologico. Era messa in luce una sindrome depressiva in stato di lutto complicato, per la quale era predisposta una terapia con sertralina e flurazepam. Nel mese successivo il paziente era ricoverato presso l'U. O. di Psichiatria, dove era evidenziato un disturbo di personalità non specificato. Il paziente era dimesso con prescrizione di sertralina, flurazepam, amisulpiride e trazodone.

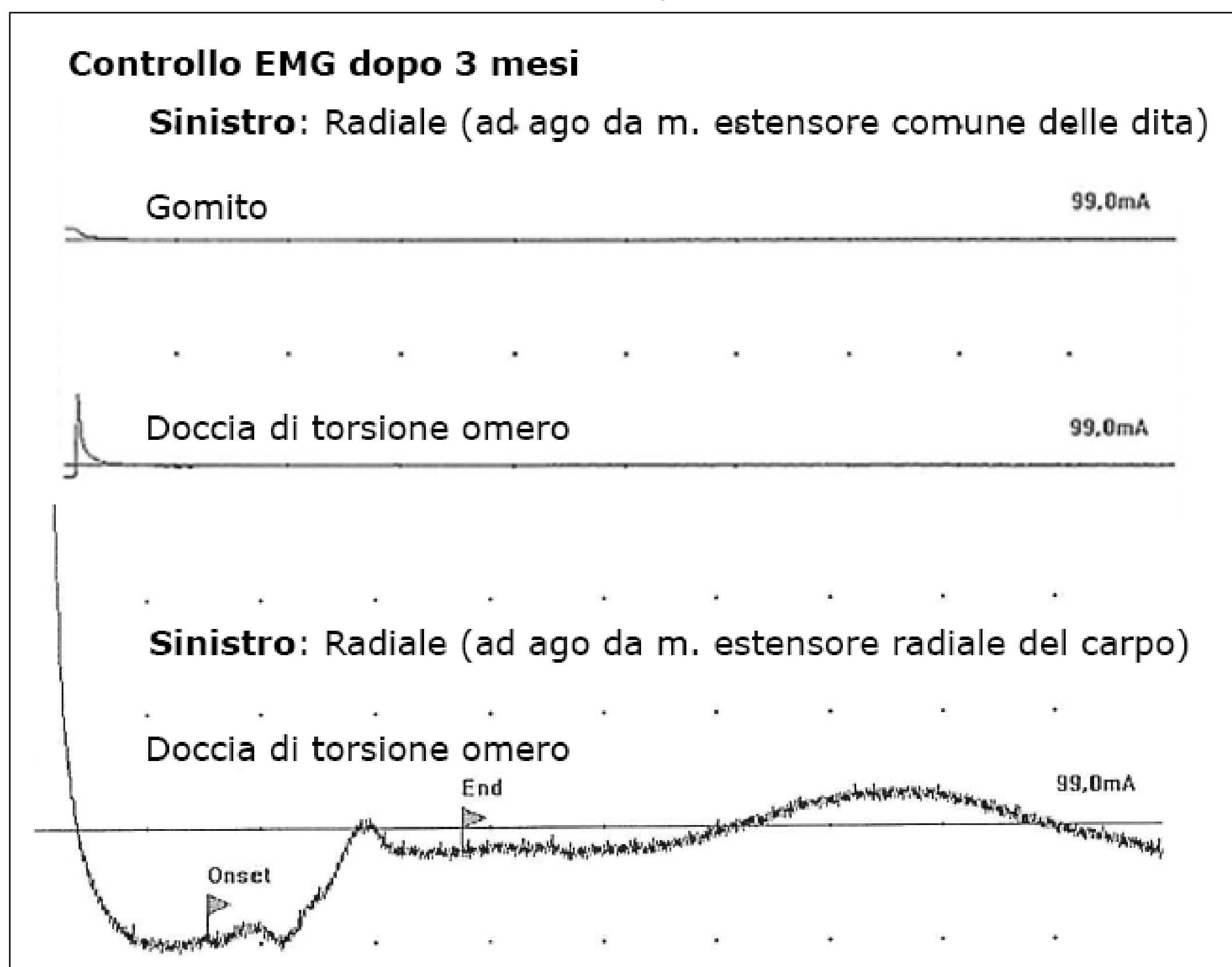
Dopo tre mesi, il paziente presentava un miglioramento dell'estensione del polso (MRC 3/5) e delle dita della mano sinistra (MRC 1/5), mentre persisteva l'ipoestesia a livello della tabacchiera anatomica. Il paziente inoltre accusava un dolore urente irradiato alle dita (VAS 8/10) ed esacerbato (9/10) da stimolazioni tattili anche di lievissima entità (allodinia). Il paziente riferiva inoltre che il dolore comprometteva la sua qualità di vita, limitando anche la *compliance* al programma riabilitativo e al percorso di sostegno psicologico.

Per il dolore neuropatico, in considerazione della politerapia assunta dal paziente, s'introduceva L-acetilcarnitina a dosaggio di 500 mg i. m. bis in die per dieci giorni, poi 500 mg per os bis in die per due mesi. Dopo tre settimane il paziente riferiva: riduzione del dolore (VAS 2/10), miglioramento della qualità di vita, regolare *compliance* al trattamento riabilitativo e al percorso psicologico. Non compariva alcun effetto collaterale e il paziente presentava un buon compenso comportamentale con regolare *pattern* ipnico.

CONCLUSIONI

I farmaci raccomandati per il controllo del dolore neuropatico potrebbero esporre il paziente con comorbilità psichiatrica in polifarmacoterapia a molteplici e non sempre prevedibili interazioni farmacologiche. Ciò potrebbe determinare fasi di scarso compenso comportamentale e del tono dell'umore, con conseguente peggioramento della sintomatologia dolorosa.

Una recente metanalisi [3] conclude che la L-acetilcarnitina può essere considerata una terapia valida e sicura per il trattamento del dolore neuropatico. Tale opzione terapeutica potrebbe essere presa in considerazione nei pazienti con problematiche psichiatriche in polifarmacoterapia, in cui l'aggiunta di uno dei farmaci di prima scelta per il dolore neuropatico potrebbe determinare interazioni farmacologiche.



Prof. Antonino Michele Previtera
Dott.ssa Rossella Pagani

antonino.previtera@unimi.it
rossella.pagani@unimi.it



ASST Santi Paolo e Carlo - Ospedale San Paolo, Polo Universitario - Via A. Di Rudinì, 8 - 20142 MILANO