

Capire il dolore

Prof.ssa Alessandra Graziottin

Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica H. San Raffaele Resnati, Milano

Perché il dolore diventa cronico? L'ultimo congresso mondiale su "Chronic pelvic pain and endometriosis", appena conclusosi a Milano, ha segnato una svolta decisiva nella comprensione dei meccanismi della cronicizzazione del dolore nelle donne, con una speciale attenzione al dolore addominale e ginecologico. Dal dolore causato dall'endometriosi al dolore ai rapporti, alle mestruazioni dolorose, alla cistite interstiziale.

Quali i punti essenziali emersi in questi giorni dall'incontro degli specialisti più competenti nel settore? Innanzitutto, il dolore è un'esperienza squisitamente soggettiva, alla quale concorrono componenti fisiche e componenti emozionali. Sul fronte sensoriale, il dolore è generato dalla stimolazione delle fibre del dolore periferiche, grazie alla produzione di sostanze infiammatorie e di mediatori nervosi (le neurotrofine) da parte dei mastociti, la nostra fanteria immunitaria, diffusamente presente in tutti i tessuti. Ed è questo uno dei punti di maggiore fermento nella ricerca. Perché è sempre più chiaro che il viraggio del dolore da acuto a cronico, nella gran parte delle sindromi dolorose ginecologiche, avviene a causa di uno stato infiammatorio persistente, che aumenta non solo la produzione di sostanze che causano bruciore, dolore, arrossamento, gonfiore e limitazioni funzionali, ma anche un'iperattivazione proprio del sistema del dolore.

Attenzione: infiammazione non significa necessariamente infezione. Lo stato infiammatorio, con attivazione dei mastociti, può essere evocato anche da sostanze chimiche, da allergie, da traumi meccanici, e perfino da stimoli nervosi che viaggiano per via retrograda lungo le vie sensoriali. In termini semplici: il segnale di dolore viaggia veloce al cervello dove ha tre destinazioni cardinali. L'ipotalamo, che attiva molti delle risposte neurovegetative evocate dal dolore. La corteccia sensoriale, che localizza a livello cosciente la sede del dolore. E la corteccia limbica, da cui dipende l'effetto che il dolore ha sul nostro stato emotivo, fino alla depressione franca. La componente sensoriale del dolore è proporzionale alla gravità del danno fisico; quella emotiva alla gravità del coinvolgimento emozionale, che determina quindi come noi reagiamo al dolore. A volte in modo drammatico, anche per stimoli relativamente contenuti, altre volte in modo sobrio e controllato anche se la componente sensoriale è pesante. Quest'ultima è modulata dallo stato di attenzione, dall'autoprotezione e dall'ansia, che abbassa la soglia del dolore rendendoci ipervigilanti e iperreattivi. La componente emotiva è governata dall'umore e dalla depressione, dall'interazione tra aspettative negative e fattori di distrazione: per questo, per esempio la percezione del dolore fisico, anche di un mal di denti, peggiora di notte, quando tutto tace, nulla ci distrae e tutta la nostra attenzione viene polarizzata dagli stimoli dolorosi. In positivo, il far distrarre un bambino, o un adulto, mediante un videogioco collegato a speciali occhiali, riduce nettamente la sensibilità algica anche durante manovre mediche obiettivamente molto dolorose, come la medicazione delle ustioni. Non ultimo, la componente emotiva del dolore è fortemente modulata da come noi affrontiamo il dolore: e varia molto se l'atteggiamento è positivo, assertivo, coraggioso e combattivo, anche nei confronti della malattia, oppure se ci lasciamo sovrastare dal pessimismo.

Dal punto di vista fisico, il dolore è un segnale amico quando informa il cervello di un danno, incombente o in corso, da cui l'organismo deve con urgenza sottrarsi. Si parla allora di "dolore

nocicettivo". Diventa un segnale nemico quando si cronicizza, fino a diventare esso stesso malattia. Si parla allora di "dolore neuropatico".

Il dolore, come sintomo, presenta una grande duttilità. Che cosa tuttavia trasforma un dolore acuto in cronico, fino a diventare malattia? I fattori in gioco sono molteplici: una vulnerabilità genetica, per esempio, alla moltiplicazione delle fibre del dolore nella zona lesa, specie se coinvolta in un'inflammatione cronica. In soggetti predisposti, infatti, la normale produzione di neurotrofine da parte del mastocita aumenta in maniera significativa, rispetto alle persone normali, ed evoca una maggiore proliferazione proprio delle terminazioni del dolore, che quindi inondano il cervello con una maggiore quantità di segnali di danno tessutale. Questi messaggi viaggiano più rapidamente, fino a creare delle vere e proprie autostrade del dolore dove il segnale viaggia velocissimo, e coinvolgono sempre più aree associative cerebrali legate alla componente emotiva del dolore, che aumenta la sofferenza, la risonanza psichica che esso crea.

E' solo scienza? No: queste conoscenze hanno grandi implicazioni dal punto di vista del trattamento. Per esempio, si accumulano i dati sull'efficacia dei farmaci originariamente utilizzati per l'epilessia, proprio per ridurre l'inondazione del cervello da parte degli stimoli dolorosi, specialmente, ma non solo, nel dolore neuropatico. Si comprende sempre meglio perché gli antidepressivi siano fondamentali nel dolore cronico: non solo perché il dolore divora energia vitale, lasciando la persona esausta e inerte, ma soprattutto perché la depressione è sempre più una malattia dell'intero corpo, di cui fanno parte anche sintomi fisici come il dolore, la debolezza, i disturbi gastrointestinali, quasi onnipresenti nel dolore addominale cronico, anche ginecologico. Prescrivere un antidepressivo in associazione al resto della terapia, in caso di dolore pelvico cronico, non significa che la donna "è matta" o che "inventa il dolore", ma che si vuole agire sull'inscindibile e onnipresente componente emotiva del dolore, tanto più impegnativa quanto più il dolore vira verso il neuropatico. Non solo: data la crescente evidenza sul ruolo del mastocita nell'inflammatione cronica che sottende il viraggio verso il dolore-malattia, ecco anche il fervore di ricerca per ridurre l'iperattivazione di questa cellula essenziale, ieri cenerentola della risposta infiammatoria e oggi principessa, in grado di governare una delle più misteriose aree della medicina: la segreta sinergia tra inflammatione persistente e dolore cronico.

Il messaggio fondamentale emerso da questo convegno è uno solo: le donne non si "inventano" il dolore, quando stanno male, men che meno quando è cronico. Credere alla verità del loro dolore è il primo gesto terapeutico per aiutarle a uscire dalla terribile solitudine di chi soffre e si sente, per giunta, non creduto e non compreso. C'è bisogno di un lavoro multidisciplinare per dare a ogni donna, che soffre di questi dolori cronici, la giusta terapia medica e, se indicato, chirurgica, per riportare la sua qualità di vita a una maggiore serenità. E dovrebbe essere eliminato anche il dire "impari a convivere con questo dolore". No: oggi è possibile negoziare con il dolore, ridurlo a termini umani ed evitare che diventi malattia in sé, tanto più quanto più precoce è la diagnosi ed efficace, incisiva e convinta la terapia.