

Valutazione del dolore in pazienti con grave disturbo della coscienza: diagnostica per immagini, elettrofisiologia e aspetti filosofici

Carlo Alberto Castioni

Responsabile del Centro di Rianimazione, Ospedale San Giovanni Bosco, Torino

Lo stato di coscienza è composto da due diverse componenti: la vigilanza, valutabile tramite l'apertura spontanea degli occhi, ed i contenuti della coscienza, valutabili tramite la capacità di eseguire ordini semplici o anche solo di localizzare alla risposta dolorosa e produrre una congrua risposta mimica.

Lo studio della coscienza, nella pratica clinica quotidiana, si avvale della valutazione clinica, dell'imaging (TAC e RMN) e dell'elettrofisiologia (EEG e Potenziali Evocati).

In un soggetto con un normale stato di coscienza le due componenti, vigilanza e stato di coscienza, sono entrambe presenti.

In un soggetto in coma le due componenti sono entrambe assenti.

Lo stato vegetativo, o meglio di vigilanza non responsiva, è caratterizzato dalla presenza della vigilanza ma dalla assenza dei contenuti della coscienza.

Per definire un paziente come «vegetativo» è necessario che soddisfi alcuni criteri clinici. Si tratta di un soggetto che non ha coscienza di sé e dell'ambiente circostante, incapace di interagire con gli altri. Non dimostra possedere un comportamento volontario e finalistico agli stimoli visivi, uditivi, tattili ed algogeni. Non comprende il linguaggio e chiaramente non parla. Presenta dei cicli sonno veglia.

I pazienti che mantengono la vigilanza e per i quali è evidente una fluttuazione dello stato di coscienza appartengono alla categoria del minimo stato di coscienza.

A sua volta, recentemente, il minimo stato di coscienza è stato suddiviso in due sottogruppi. Lo stato di coscienza minimo meno e lo stato di coscienza minimo più. In quest'ultimo il paziente saltuariamente pronuncia alcune parole intelleggibili ed esegue ordini semplici.

Una condizione particolare è la Locked-in Syndrome. Questa non rappresenta un disturbo dello stato di coscienza. Sia la vigilanza che i contenuti della coscienza sono preservati. Generalmente si tratta di pazienti con lesioni del tronco encefalo con un vasto danno delle vie cortico-spinali e cortico-bulbari che impediscono ogni movimento fatto salvo quelli legati ai muscoli estrinseci degli occhi. Si tratta quindi di pazienti in cui è difficile evidenziare la presenza di una coscienza integra.

Da un punto di vista anatomico/funzionale il tronco encefalo e l'ipotalamo sono la sede della vigilanza, mentre un ampio network cortico-talamico è responsabile dei contenuti della coscienza. Da un punto di vista funzionale il passaggio dallo stato di coma allo stato di coscienza perfettamente integra rappresenta un continuum progressivo.

38° CONGRESSO NAZIONALE AISD

ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LO STUDIO DEL DOLORE

BARI 28-30 MAGGIO 2015
Centro Congressi Nicolaus Hotel



Se ci addentriamo nella costituzione di questo network dei contenuti della coscienza questo risulta composto da una componente intrinseca (Default Mode Network) che ha a che fare con la percezione del sé ed interessa alcune aree del cervello, ed una componente estrinseca (Executive Control Network) che ha a che fare con la percezione dell'ambiente ed interessa altre aree del cervello.

Porre una diagnosi differenziale al letto del malato tra stato vegetativo e stato di minima coscienza non è semplice. La letteratura riporta una incidenza di errore compresa tra il 30 ed il 40%. Una diagnosi accurata è auspicabile per:

1. identificare un percorso di cura appropriato; fornire informazioni corrette alla famiglia
2. evitare sospensioni premature delle cure.

Per rendere uniforme il nostro approccio clinico sono state sviluppate diverse scale di valutazione. La Coma Recovery Scale-Revised è la scala maggiormente utilizzata.

Scala di cui esiste anche una versione in lingua italiana.

Più recentemente sono state introdotte tecniche di neurofisiologia e di neuroimaging per poter meglio studiare la gravità del disturbo di coscienza e la possibilità di comprendere se e in quale misura il paziente con grave disturbo della coscienza provi dolore.

Per ulteriori informazioni

Lorenza Saini - saini@fondazioneprocacci.org - Mob. 3396195974

Il programma completo del Congresso è disponibile online nel sito: web.aimgroupinternational.com/2015/aisd/

Note informative sull'AISD: è un'associazione professionale multidisciplinare, non-profit, attiva dal 1976 e dedicata alla ricerca sul dolore e al miglioramento dell'assistenza dei pazienti con dolore. Il sito dell'Associazione Italiana per lo studio del dolore è www.aisd.it



Associazione Italiana per lo Studio del Dolore Onlus

Roma - www.aisd.it - info@aisd.it

Segreteria organizzativa 38° Congresso AISD: AIM Group International, Roma – Tel 06 330531
aisd2015aimgroup.eu – web.aimgroupinternational.com/2015/aisd