Neuropatia periferica: un approccio pratico alla diagnosi e alla terapia

Prof.ssa Alessandra Graziottin
Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica
H. San Raffaele Resnati, Milano

Watson JC, Dyck PJ.
Peripheral neuropathy: a practical approach to diagnosis and symptom management
Mayo Clin Proc. 2015 Jul; 90 (7): 940-51. doi: 10.1016/j.mayocp.2015.05.004

La Mayo Clinic, uno degli istituti di ricerca più autorevoli degli Stati Uniti, ha pubblicato un nuovo documento didattico per il trattamento delle neuropatie periferiche. La **prevalenza** delle neuropatie periferiche nella popolazione generale è pari a 2,4%, ma sale fino all'8% nella popolazione di età superiore a 55 anni. Le **cause principali** di neuropatie periferiche sono il diabete, la chemioterapia, le carenze vitaminiche, la celiachia, le tireopatie, l'abuso di alcol. Forme comuni di neuropatie periferiche sono anche quelle di origine compressiva, come le radicolopatie (es. lombosciatalgia, cervicobrachialgia) e le sindromi canalicolari (es. sindrome del tunnel carpale, neuropatia del pudendo). In ambito ginecologico, la vulvodinia e altre forme di dolore pelvico cronico sono classificate come neuropatie periferiche.
Le neuropatie periferiche si manifestano con **dolore associato a parestesie, bruciore, intorpidimento**. Spesso possono associarsi sintomi da deficit motorio (debolezza muscolare) e autonomico (problemi vascolari, riduzione della funzionalità dei vari organi in base ai nervi colpiti).
Il trattamento della neuropatia periferica ha il **duplice obiettivo** di contrastare questi sintomi e di prevenirne la progressione.
Il Protocollo proposto da Mayo Clinic si basa sulle evidenze di letteratura e sulle principali Consensus Internazionali, in base a cui il trattamento della neuropatia periferica deve innanzitutto essere **multimodale**. Questo significa che per ottenere efficacia clinica è necessario associare più principi attivi. L'approccio multimodale consente di ottenere una maggiore efficacia e contemporaneamente una migliore tollerabilità del trattamento, perché i singoli principi attivi vengono impiegati a dosaggi inferiori rispetto a quelli necessari in monosomministrazione.
Nel protocollo si raccomandano trattamenti di prima linea, che dovrebbero essere impiegati come prima scelta e in associazione fra loro, e trattamenti di seconda e terza linea, utili nel caso i trattamenti di prima linea falliscano o siano controindicati.
Trattamenti di prima linea:
- gabapentin (da 300 a 3600 mg/die)
- pregabalin (da 150 a 60 mg/die)
- amitriptilina/nortriptilina (da 10 a 100 mg/die)
- duloxetina (da 20 a 60 mg/die)
- acido alfa-lipoico (600 mg/die)
- acetyl-carnitina (3000 mg/die)
- lidocaina topica e capsaicina topica

Trattamenti di seconda linea:
- venlafaxina
- tramadolo

Trattamenti di terza linea:
- tapentadolo
- oppioidi

Fra i trattamenti di prima linea, un interesse particolare suscita l'**acido alfa-lipoico** (ALA), sia per il buon profilo di tollerabilità sia per il fatto che, a differenza degli altri farmaci analgesici indicati, è l'unico ad agire direttamente sull'infiammazione del nervo, intervenendo sui meccanismi che contribuiscono alla progressione del danno nervoso. L'ALA ha un effetto "protettivo" sul nervo ed è dunque importante tenerlo in considerazione nel trattamento della neuropatia per curare la patologia che sostiene il dolore e non solo il sintomo dolore. L'effetto diretto sul nervo si osserva anche attraverso gli effetti positivi che l'ALA può avere sui sintomi associati al dolore (parestesie, debolezza muscolare, problemi funzionali). Importante è tenere presente che gli effetti dell'ALA sul dolore si osservano in modo significativo dopo due settimane di trattamento, proprio perché non si tratta di un sintomatico, per cui è importante mantenere una buona costanza nell'assunzione del principio attivo.