

Sclerosi multipla: le alternative di cura del dolore neuropatico

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

Commento a:

Shkodina AD, Bardhan M, Chopra H, Anyagwa OE, Pinchuk VA, Hryn KV, Kryvchun AM, Boiko DI, Suresh V, Verma A, Delva MY.

Pharmacological and non-pharmacological approaches for the management of neuropathic pain in multiple sclerosis

CNS Drugs. 2024 Mar;38(3):205-224. doi: 10.1007/s40263-024-01072-5. Epub 2024 Feb 29. PMID: 38421578

Fornire una panoramica della letteratura sulle strategie farmacologiche e non farmacologiche per la gestione del dolore neuropatico nella sclerosi multipla: è questo l'obiettivo della review coordinata da Anastasiia D. Shkodina, del Dipartimento di Neuropatologia presso l'Università di Poltava (Ucraina).

La **sclerosi multipla** è una malattia infiammatoria cronica che colpisce il sistema nervoso centrale e può causare varie forme di **dolore neuropatico**, tra cui:

- una sofferenza continua alle estremità;
- il segno di Lhermitte (descritto per la prima volta dal neurologo francese François Lhermitte, è una sensazione breve e lancinante, simile a una scossa elettrica, provocata dalla flessione del collo in avanti, e che viaggia dalla regione posteriore del cranio lungo la colonna vertebrale, coinvolgendo spesso le braccia e le gambe);
- la nevralgia del trigemino.

Il dolore neuropatico è direttamente collegato al danno subito dalla **mielina** ed è molto difficile da gestire, in quanto le opzioni disponibili hanno un'efficacia limitata e possono causare significativi effetti collaterali.

Lo studio è stato condotto su sperimentazioni cliniche, studi osservazionali, meta-analisi, revisioni sistematiche e revisioni narrative indicizzate su PubMed e Google Scholar.

Le evidenze più solide riguardano:

- **opzioni farmacologiche:** cannabinoidi, miorilassanti (tizanidina, baclofene, dantrolene), anticonvulsivanti (benzodiazepine, gabapentin, fenitoina, carbamazepina, lamotrigina), antidepressivi (duloxetina, venlafaxina, antidepressivi triciclici), oppioidi (naltrexone), varianti della tossina botulinica;
- **neurochirurgia:** per la cura della nevralgia del trigemino;
- **metodi non invasivi:** terapie fisiche, fisioterapia, psicoterapia (terapia cognitivo-comportamentale, terapia di accettazione e impegno, mindfulness).

La **scelta del trattamento** dipende innanzitutto dalla gravità e dal tipo di dolore, e in secondo luogo da altri fattori, come le preferenze del/della paziente e le comorbidità. In ogni caso, l'efficacia dei diversi interventi è limitata ed è quindi urgente sviluppare strategie antalgiche più mirate ed efficaci.