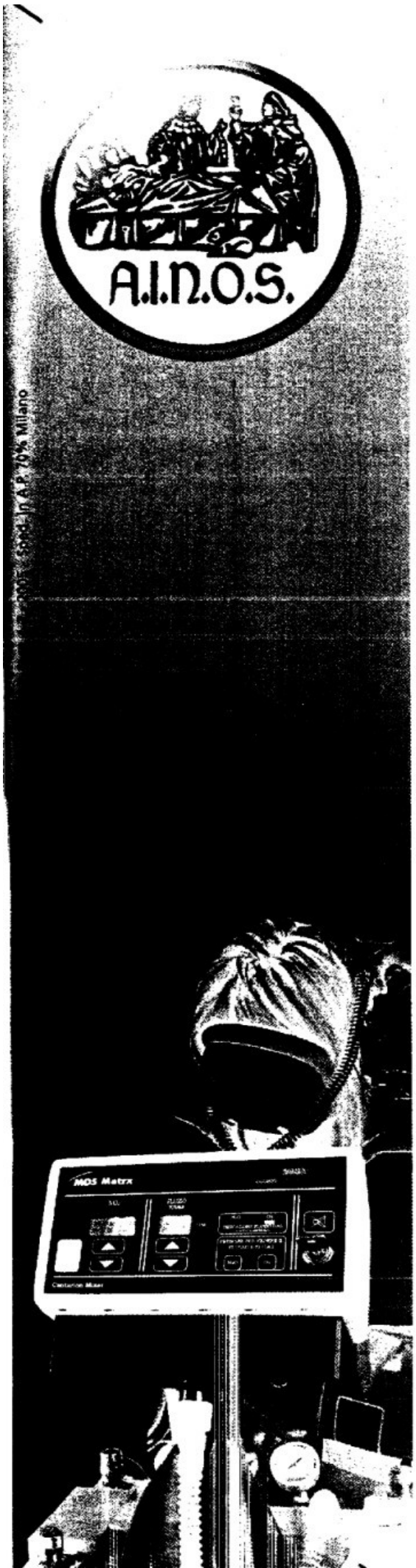

Journal of Dental Anaesthesia

Volume 32 - Fascicolo 1-2

Antefatto 1

Editoriale 3

Original article

■ ANATOMICAL CAUSES OF LOCAL ANAESTHESIA FAILURE IN DENTISTRY
P. Lorenzi, M. Marsili, B. D'Elia, F. Bressan, P. Nardi, A. Faloci 11

Articoli

PRESEDAZIONE CON CLORDEMETILDIAZEPAM ED ANSIOLISI CON MIDAZOLAM E.V. NELLA CHIRURGIA DEL TERZO MOLARE
S. Da Corte Zandatina, M. Berengo, G. Zanette, S. Tonello, M. Mazzuchin, A. Di Massa, G. Manani 15

RELAZIONE DOLORE-ANSIA NEGLI INTERVENTI DI ESTRAZIONE DEL TERZO MOLARE
G. Zanette, M. Ruggi, M. Berengo, S. Da Corte Zandatina, E. Stellini, S. Tonello, M. Mazzuchin, L. Guarda-Nardini, E. Adrario, M.L. Mariuzzi, S. Floreani, Giacomo Favero, Giovanni Favero, M. Antonini, G. Manani 23

VALUTAZIONE E PREVENZIONE DEL RISCHIO DI COMPLICANZE MEDICHE IN ODONTOSTOMATOLOGIA GERIATRICA
M. Ragonesi 31

EFFICACIA ANALGESICA DEL ROFECOXIB NEL DOLORE POST-CHIRUGICO DENTALE: STUDIO CONTROLLATO, RANDOMIZZATO
L. Sinkovets, S. Iuorio, M. Scarcella, E. Adrario, P. Pelaia 37

RELAZIONE DOLORE-ANSIA NEGLI INTERVENTI DI ESTRAZIONE DEL TERZO MOLARE

G. Zanette, M. Ruggi**, M. Berengo**, S. Da Corte Zandatina, E. Stellini**, S. Tonello**, M. Mazzuchin*, L. Guarda-Nardini**, E. Adrario***, M.L. Mariuzzi*, S. Floreani*, Giacomo Favero**, Giovanni Favero**, M. Antonini, G. Manani**

Corso di Perfezionamento in Sedazione, Urgenza ed Emergenza, Università di Padova
**Insegnamento di Anestesiologia nel CLOPD, Università di Padova*
*** Dipartimento di Specialità Medico-Chirurgiche, Università di Padova*
****Istituto di Emergenze Medico-Chirurgiche, Università di Ancona*

Riassunto

Trenta pazienti sottoposti ad intervento di estrazione del terzo molare in anestesia locoregionale sono stati suddivisi in tre gruppi di 10 pazienti ciascuno in relazione a livelli di ansietà assenti o bassi, medio-bassi o medio-alti, valutati preoperatoriamente mediante VAS. I pazienti con ansietà medio-bassa e medio-alta erano stati presedati con clordemetildiazepam per os e sedati intraoperatoriamente con midazolam per via nasale. L'analgesia perioperatoria era stata assicurata mediante lornoxicam e paracetamolo+codeina. Il dolore postoperatorio era stato valutato mediante McGill Pain Questionnaire. I risultati ottenuti hanno dimostrato una maggior incidenza di descrittori sensoriali nei pazienti affetti da livelli nulli o bassi di ansietà preoperatoria, mentre nessuna differenza fra i descrittori affettivi e valutativi è stata osservata fra i tre gruppi. I risultati ottenuti dimostrano che i soggetti con ansietà assente o bassa non rivelano componenti affettive del dolore, le quali risultano invece sempre più rappresentate nei pazienti affetti da ansia preoperatoria medio-bassa o medio-alta malgrado il trattamento ansiolitico effettuato. Gli autori concludono affermando che la presenza di ansia nei pazienti sottoposti ad estrazione del terzo molare è indicativa di una maggiore richiesta, in questi soggetti, di trattamento del dolore postoperatorio.

Parole chiave
Estrazione terzo molare; McGill Pain Questionnaire; dolore postoperatorio

Summary

Thirty patients, scheduled for third molar extraction under local anaesthesia, were subdivided in three groups of ten patients each, in correlation with anxiety level pre-operatively rated by Visual Analogue Score (VAS): absent or low, low-middle, middle-high. Patients of second and third groups were treated pre-operatively with oral clordemetildiazepam and intra-operatively with nasal midazolam. Peri-operative analgesia were obtained with lornoxicam and paracetamol + codeine. Post-operative pain were evaluated by the McGill Pain Questionnaire. Results have demonstrated a greater incidence of sensorial describers in the first group of patients, no difference were observed between affective describers and evaluative describers among the three groups of patients. Results obtained demonstrate that subjects with anxiety level absent or low do not show the affective connotations of pain. This affective connotations of pain are instead more pronounced in patients with anxiety level in the low-middle and middle-high range, nevertheless the administered drugs. Authors concluded that evidence of a preoperative anxiety in patients submitted to third molar extraction represents an indication for a more intensive postoperative pain care.

Key words
Third molar extraction; McGill Pain Questionnaire; postoperative pain

Indirizzo: Dott. Zanette Gastone - Via del Cristo 128
35127 Padova

Accettato per la pubblicazione: 23 marzo 2004

Introduzione

L'ansia riferita alla paura in generale e da dentista in particolare è correlata a sintomi ritenuti responsabili di conseguenze somatiche, sociali e psicologiche. Interpretata in questi termini, l'ansia può amplificare gli stimoli ansiogeni medesimi, quelli che causano paura ed aumentare il rischio di panico. Se le cause dell'ansia sono provocate da paura del dolore odontoiatrico è possibile che ad esse si associno anche reazioni emotive.[1] E' inoltre dimostrato che i fattori cognitivi possono modificare selettivamente sia le risposte affettive allo stimolo nociccettivo, sia le altre espressioni multifattoriali del dolore e fare percepire più intensamente il dolore rispetto ai pazienti che beneficiano di una condizione di normalità.
La valutazione preoperatoria dell'ansia o più opportunamente della paura del dolore odontoiatrico può fornire quindi importanti suggerimenti sulla quantità e sulla qualità del dolore potenzialmente sperimentabile e sui provvedimenti che potrebbero essere presi per trattare i possibili differenti aspetti del dolore. Per conoscere maggiormente la relazione ansia-dolore abbiamo applicato nel corso della valutazione postoperatoria del dolore il McGill Pain Questionnaire[2] per la valutazione delle diverse proprietà del dolore e per valutare se tale procedura può rappresentare un prezioso metodo sperimentale capace di migliorare gli effetti degli analgesici e degli altri metodi di trattamento del dolore postoperatorio.

Materiali e metodi

I pazienti. La ricerca è stata effettuata su 30 pazienti sottoposti ad intervento di estrazione del terzo molare superiore o inferiore. Di ogni paziente era nota l'età, il sesso, il peso, l'altezza, l'appartenenza alla classe ASA.[3] Ogni paziente era stato sottoposto a visita preoperatoria una settimana prima della data dell'intervento allo scopo di valutare le condizioni cliniche e fisiche mediante questionario di Sykes et al[4] e per l'at-

tribuzione della classe sociale di appartenenza secondo la classificazione di Eysenk ed Eysenk[5] intesa come alta (punti 4), medio-alta (punti 3), medio-bassa (punti 2) e bassa (punti 1). Erano stati esclusi i pazienti affetti da ipersensibilità all'aspirina e ad altri farmaci analgesici non steroidei (FANS), i pazienti affetti da poliposi nasale parziale o completa, i pazienti con reattività broncospastica e quelli affetti da patologie gastrointestinali.[6] In occasione della visita preoperatoria era stata valutata l'ansia mediante test di Corah et al[7] (Corah Dental Anxiety Scale = CDAS) e mediante analogo visivo a 10cm (Visual Analogue Score = VAS). Sulla base della quantità di ansia accusata mediante VAS i pazienti erano stati suddivisi in tre gruppi di 10 pazienti ciascuno ove il gruppo di controllo era affetto da ansietà VAS<5cm, il gruppo 1 era affetto da livelli di ansia VAS≤5cm, il gruppo 2 era affetto da ansietà VAS>5cm. Nel corso della visita preoperatoria i pazienti erano stati informati sulla necessità di prevenire il dolore postoperatorio mediante somministrazione di FANS secondo criteri prestabiliti. Erano stati inviati a rispondere alle domande di un questionario contenenti richieste di informazioni sull'andamento del dolore postoperatorio e informati inoltre che le informazioni sarebbero state ottenute in occasione di una conversazione telefonica effettuata da parte di un odontoiatra la sera dell'intervento e la sera successiva all'intervento. Dopo aver ottenuto il consenso informato i pazienti di controllo e quelli del gruppo 1 erano stati trattati con lornoxicam 16mg in compresse e quelli del gruppo 2 erano stati trattati con 24 mg di lornoxicam in compresse somministrati per os nel periodo perioperatorio (poco prima o subito dopo l'intervento).

Il giorno dell'intervento. I pazienti del gruppo 1 con ansia VAS≤5cm erano stati presedati con clordemetildiazepam (CDDZ) 1mg per os, quelli con ansia VAS>5cm con CDDZ 2mg per os 15-20 minuti prima dell'intervento, secondo la tecnica descritta da Manani et al.[8] Quindici minuti prima di essere sottoposti a blocco nervoso, i pazienti del gruppo 1 e 2 erano stati trattati con midazolam 2mg per via nasale, somministrati nel paziente in decubito semi-seduto mediante nebulizzatore in accordo con metodi descritti precedentemente[9] allo scopo di ottenere un effetto ansiolitico massimale, additivo rispetto a quello raggiunto dopo somministrazione di CDDZ per os. I pazienti di controllo non erano stati trattati con alcun farmaco sedativo.

Le caratteristiche dell'intervento. Di ogni paziente era nota la classificazione chirurgica secondo Pell e Gregory[10], il tipo di blocco eseguito, l'anestetico impiegato e la durata dell'intervento. Alla fine dell'intervento tutti i pazienti erano stati infiltrati con bupivacaina 0,5% + epinefrina 1:200.000 allo scopo di prolungare l'analgesia postoperatoria.[11]

Valutazione del dolore postoperatorio. Alla fine dell'intervento erano stati consegnati a ciascun paziente 1000 mg di paracetamolo con l'invito di assumere la dose di analgesico quando egli riteneva necessario sedare il dolore.

a) Intervista effettuata la sera dell'intervento. La sera dell'intervento i pazienti erano stati raggiunti telefonicamente per rispondere ai quesiti della prima intervista. Dopo aver considerato "momento 0" la fine dell'intervento erano stati controllati, in ogni paziente, dal momento 0 i seguenti tempi o momenti: a) il tempo del recupero della sensibilità nella sede dell'intervento; b) il tempo della scomparsa della sensazione di gonfiore; c) il momento della comparsa del primo sintomo doloroso; d) il momento della assunzione della dose di paracetamolo. Era stato chiesto inoltre di valutare l'intensità del primo dolore mediante scala numerica da 0 (nessun dolore) a 10 (il massimo dolore possibile).

L'intervistatore aveva chiesto inoltre: a) se la dose di paracetamolo assunta aveva sedato totalmente il dolore o meno; b) l'intensità del dolore accusato dopo un'ora dalla assunzione di paracetamolo valutandolo mediante scala numerica da 0 a 10 c) il dolore accusato dopo due ore dalla assunzione di paracetamolo valutandolo mediante scala numerica da 0 a 10; d) l'ora in cui il paziente era andato a coricarsi.

La sera dell'intervento era stato proposto ai pazienti di ciascun gruppo di rispondere alle domande del McGill Pain Questionnaire[2] (MGPQ) per la valutazione del dolore mediante espressioni verbali quantitative e qualitative. Il MGPQ è costituito da 20 classi ognuna contenente da 2 a 6 descrittori del dolore ove le sottoclassi 1-10 esprimono il dolore nella sua dimensione sensoriale, le sottoclassi da 11 a 15 il dolore nella dimensione affettiva, la sottoclasse 16 esprime il dolore nella dimensione valutativa, quelle da 17 a 19 nella dimensione sensoriale mista e la sottoclasse 20 nella dimensione affettiva-valutativa mista. Ogni descrittore, scelto nelle diverse sottoclassi, veniva fatto valutare in termini quantitativi mediante scala grafica da 0 a 10. Il MGPQ è stato utilizzato nella versione italiana di Maiani e Sanavio.[10] La valutazione quantitativa dei descrittori di ogni classe del gruppo di controllo è stata confrontata con la corrispondente valutazione quantitativa del gruppo 1 e 2.

b) Intervista effettuata la sera successiva all'intervento. La sera successiva alla data dell'intervento l'intervistatore aveva chiesto se il paziente avesse accusato dolore il giorno dopo l'intervento e l'ora della sua comparsa. Infine, l'intervistatore aveva chiesto se il paziente avesse accusato nausea o vomito, dolori addominali, mal di testa, malessere generale, sonnolenza, emorragia.

Le indagini statistiche. Il confronto fra i dati è stato effettuato mediante ANOVA e quando necessario ricorrendo al calcolo del $\chi 2$ corretto secondo Yates. In

tutti i casi era stato scelto il livello minimo di probabilità $p<0,05$.

Risultati

Le caratteristiche antropologiche e l'ansia. Nessuna differenza è risultata fra le caratteristiche antropologiche dei tre gruppi di pazienti. L'ansia nel gruppo di controllo è risultata meno intensa rispetto al gruppo 1 ($F=16,2$; $p<0,01$) ed al gruppo 2 ($F=36,4$; $p<0,01$) mediante valutazione con VAS. L'ansia valutata mediante CDAS non è risultata differire fra controlli e gruppo 1, mentre fra controlli e gruppo 2 la differenza è risultata statisticamente significativa ($F=6,6$; $p<0,05$) (tabella 1).

Le caratteristiche dell'intervento. Nessuna differenza è risultata fra le tecniche di anestesia impiegata, la durata, gli anestetici utilizzati e l'incidenza dei diversi tipi di classificazione chirurgica del gruppo di controllo rispetto agli altri gruppi (tabella 2).

Il dolore postoperatorio. Nella tabella 3 sono illustrate le caratteristiche del dolore postoperatorio nei tre gruppi di pazienti. I tempi della comparsa della sensibilità, dell'insorgenza del primo sintomo doloroso e dell'intensità del dolore e l'incidenza del dolore nel primo gruppo sono risultati sovrapponibili agli altri due gruppi. Dopo l'assunzione di paracetamolo il dolore residuo è risultato diminuito sia dopo la prima, sia dopo la seconda ora in tutti i gruppi benché in termini statisticamente significativi dopo la prima ora ($F=4,7$; $p<0,05$) e dopo la seconda ora ($F=5,6$; $p<0,05$) solamente nei pazienti del gruppo 1.

Nella tabella 4 sono illustrati i tempi della ricomparsa del dolore e l'incidenza, il momento in cui il paziente è andato a coricarsi e i sintomi collaterali accusati. Nessuna differenza statisticamente significativa è stato osservata fra i gruppi, fatta eccezione per una maggior incidenza di sonnolenza nei pazienti del gruppo 2 ($\chi 2=4,2$; $p<0,05$).

Il dolore postoperatorio valutato mediante MGPQ. Nella figura 1 è illustrata la distribuzione dei descrittori nelle aree sensoriali, affettiva e valutativa e nelle

	Età (anni)	Sesso	Classi sociali (1/2/3)	Peso (kg)	Altezza (cm)	CDAS (punti)	VAS (cm)
Controlli	24,2±8,6	5/5	0/2/8	64,7±12,7	173,6±9,1	8,1±2,3	2,6±1,6
Gruppo 1	23,7±8,0	6/4	0/1/9	71,1±15,0	174,6±7,2	8,3±2,1	3,7±1,1**
Gruppo 2	22,0±7,7	7/3	0/1/9	71,2±15,1	174,7±4,9	11,3±3,0*	6,8±1,0**

Tabella 1. Caratteristiche antropologiche e sociali e stato dell'ansia nei pazienti dei tre gruppi. Medie±D.S. *p<0,05; **p<0,01.

	Tipo di blocco (alveolare inferiore / buccinatore / paraperiostea / infiltrazione)	Classe chirurgica (1/2/3)	Durata intervento (min)	Anestetici locali (mepivacaina + epinefrina / mepivacaina)
Controlli	10/10/11/1	2/8/0	41,8±17,4	6/4
Gruppo 1	9/9/10/1	2/8/0	44,5±21,9	6/4
Gruppo 2	9/9/10/1	0/10/0	44,6±18,2	9/1

Tabella 2. Caratteristiche dell'intervento e dell'anestesia. Medie±DS.

	Controlli	Gruppo 1	Gruppo 2
Ripristino sensibilità (min)	200,9±91.0	182.2±89,0	177,4±62,7
Fine sensazione di gonfiore (min)	179,5±94,0	255.8±169.8	199.0±91,5
Incidenza dolore (n)	9	7	7
Comparsa primo dolore (min)	251,7±237,1	241,7±226.9	206.1±71.3
Intensità dolore (cm)	4,0±1.4	3,7±2,6	3,8±1,6
Intensità dolore 1 ora dopo analgesico (cm)	2,7±2.3	0,8±0,9*	2,2±2,7
Intensità dolore 2 ore dopo analgesico (cm)	2,0±1.5	0,6±2,1*	2,4±2,9

Tabella 3. Caratteristiche del dolore il giorno dell'intervento. Medie±DS. *p<0,05.

aree miste del gruppo di controllo. Si può notare l'assenza di descrittori affettivi e la scarsa rappresentanza di descrittori valutativi. I descrittori più frequentemente utilizzati dai pazienti sono stati i seguenti: "pulsante, martellante, sordo, pizzica ed irrita, fa male, intorpidito". Nella figura 2 è illustrata la distribuzione dei descrittori del gruppo 1. Si può notare la presenza di descrittori nell'area sensoriale, affettiva e valutativa. I descrittori più frequentemente utilizzati sono stati i seguenti: "stringe, sordo, sensibile al tocco, fa male, spossante e noioso". Nella figura 3 è illustrata la distribuzione dei descrittori del gruppo 2 in tutte le aree. I descrittori più frequentemente utilizzati sono stati i seguenti: "sensibile al tocco, tira, pulsante, buca come un ago, noioso e penoso". L'intensità dei descrittori è illustrata nella tabella 5. I descrittori sensoriali sono risultati più intensi nel gruppo 1 ($F=10,8$; $p<0,01$) e nel gruppo 2 ($F=26,8$; $p<0,01$) rispetto al gruppo di controllo. Nessuna differenza è risultata fra i descrittori affettivi e valutativi del gruppo di controllo rispetto a quelli del gruppo 1 e 2.

Discussione

La ricerca prevedeva che i gruppi di pazienti sottoposti ad estrazione chirurgica del terzo molare diversificassero esclusivamente per i diversi livelli di ansia pre-operatoria. L'ansia pre-operatoria era stata valutata mediante VAS e mediante CDAS essendo entrambe le misure strettamente correlabili fra loro.[13] Su tali presupposti sono stati identificati un gruppo con ansia bassa (VAS<5cm), un gruppo con ansia medio bassa (VAS≤5cm) ed un gruppo con ansia medio-alta (VAS>5cm). Nessun'altra differenza è stata identificata fra i gruppi, sia per quanto riguarda le caratteristiche antropologiche e lo stato sociale, sia per quanto riguarda l'intensità del dolore perioperatorio accusato, se si esclude una lieve diminuzione dell'intensità del dolore nel gruppo affetto da ansietà medio-bassa ed una maggior incidenza di sonnolenza nei pazienti del gruppo con ansia VAS>5cm.

Poiché l'ansia odontoiatrica è multifattoriale[14], essendo condizionata da fattori cognitivi ed ambientali[15], abbiamo attribuito in questa ricerca maggiore importanza alla sua dimensione quantitativa (valutazione mediante VAS), piuttosto che qualitativa preoperatoria (valutazione mediante CDAS). Poiché la distribuzione dell'ansia qualitativa non è risultata sovrapponibile a quella quantitativa, abbiamo ragione di credere che l'ansia manifestata dai pazienti dei tre gruppi sia stata una espressione prevalente di "paura dell'intervento", piuttosto che di "paura da dentista". Ciò potrebbe introdurre concetti diversi di valutazione del rapporto fra ansia e dolore postoperatorio nei pazienti studiati. Tutte le misurazioni del dolore sono state inoltre strategicamente effettuate con metodi quantitativi, in alcuni mediante rappresentazione grafica da 0 a 10, benché esista in quest'ultimo caso qualche preferenza nei confronti della divisione fra 0 e 20[16], in altri casi mediante VAS, in considerazione del fatto che le scale quantimetriche esprimono nel miglior modo possibile l'intensità del dolore o il suo sollievo.[17]

Alcuni studiosi hanno dimostrato che una diversità di variabili preoperatorie come l'ansietà, l'estroversione, la depressione, lo stato sociale o il rifiuto della terapia influenzano il decorso postoperatorio ed in particolare il dolore.[18] In altri studi è stato dimostrato che l'aumento dell'ansia preoperatoria comporta maggior dolore postoperatorio[19,20] e viceversa.[18] Studi precedenti di Van Buren e Kleinknecht[21] effettuati con MGPQ dimostrarono attraverso una indagine multivariabile una oscillazione dal 16% al 41% della varianza della misura del dolore, stato di ansietà ed altri parametri post-estrattivi nella chirurgia del terzo molare. Essi dimostrarono inoltre una correlazione fra ansietà e misure sensoriali, affettive, valutative del dolore e fra ansietà ed intensità del dolore. Questi risultati concordano con quelli di altri autori i quali affermano che l'ansietà aumenta la percezione del dolore.[21,22] Tuttavia non è sempre dimostrata una netta correlazione fra ansia e dolore quando l'ansia sia determinata dalla paura dell'intervento chirurgico. In questo caso, la variabile "ansia preoperatoria" sarebbe corre-

	Controlli	Gruppo 1	Gruppo 2
Ricomparsa dolore (n)	3	6	2
Ricomparsa dolore (min)	1319,1±401,0	1447,5±226,5	1085,5±156,8
Momento del coricarsi (min)	422,9±268,3	452,2±194,7	393,4±167,4
Fenomeni avversi			
Nausea/vomito	1	0	1
Dolori addominali	1	1	0
Mal di testa	1	3	2
Malessere	3	2	2
Sonnolenza	4	6	9*
Sanguinamento	3	2	2

Tabella 4. Caratteristiche del dolore e sintomi avversi nella seconda giornata dopo l'intervento. Medie±DS. * p<0,05.

Classi di descrittori	Controlli	Gruppo 1	Gruppo 2
Sensoriale (VAS = cm)	3,8±1,4	5,8±2.7**	5,9±1.5**
Affettiva (VAS=cm)	2,5±0.0	6,0±1.6	5,8±1,8
Valutativa (VAS=cm)	5,8±3,1	5,2±3,1	6,5±2,0

Tabella 5. Intensità dei descrittori appartenenti alle diverse classi del MGPQ nei tre gruppi di pazienti. Medie±DS. **p<0,01.

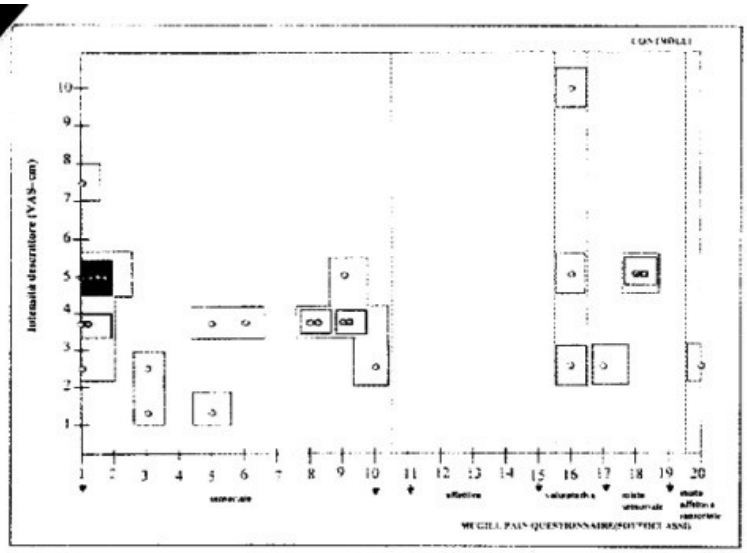

Figura 1 Mappa di frequenza della scelta dei descrittori in ciascuno dei 20 gruppi del MGPQ nei pazienti di controllo (ansia: VAS<5cm). Si può osservare la mancanza di descrittori del dolore affettivo. I cerchi all'interno delle singole figure geometriche indicano la frequenza della scelta di un indicatore nella corrispondente sottoclasse.

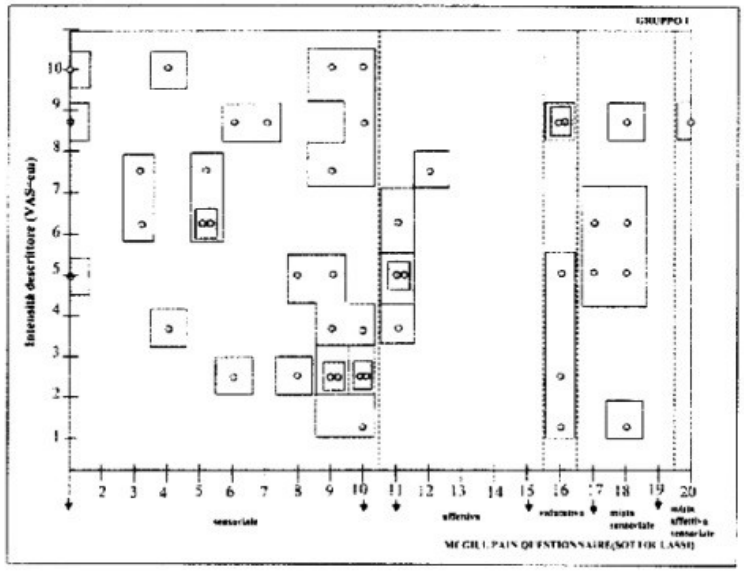

Figura 2 Mappa di frequenza della scelta dei descrittori in ciascuno dei 20 gruppi del MGPQ nei pazienti del gruppo 1 (ansia: VAS≤5cm). Si può osservare la presenza di descrittori di dolore affettivo. I cerchi all'interno delle singole figure geometriche indicano la frequenza della scelta di un indicatore nella corrispondente sottoclasse.

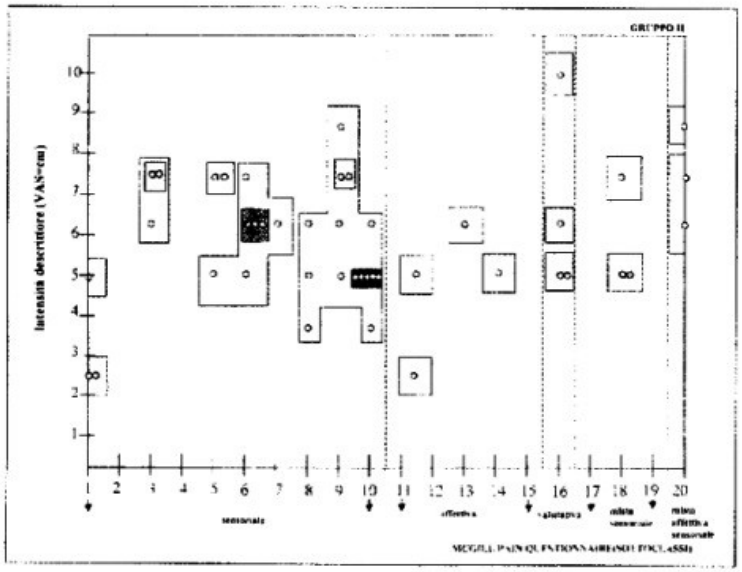

Figura 3 Mappa di frequenza della scelta dei descrittori in ciascuno dei 20 gruppi del MGPQ nei pazienti del gruppo 2 (ansia: VAS>5cm). Si può osservare la presenza di descrittori di dolore affettivo. I cerchi all'interno delle singole figure geometriche indicano la frequenza della scelta di un indicatore nella corrispondente sottoclasse.

lata precipuamente con disturbi emozionali tipici, ovvero caratteristici dell'individuo, per cui i livelli di dolore postoperatorio potrebbero essere collegabili maggiormente con una reazione emozionale tipica piuttosto che con lo stato emozionale dimostrato nel corso di valutazioni preoperatorie.[18] Qualora inoltre vi fosse una interazione fra processi emozionali tipici e fattori di desiderio e di aspettativa, questi ultimi potrebbero modulare l'intensità dello stato emotivo e conseguentemente interferire sulla valutazione del dolore. E' verosimile, ad esempio, che se i pazienti con livelli crescenti di ansietà preoperatoria, osservati nel nostro studio, fossero incorsi nel desiderio di impedire che il decorso postoperatorio fosse caratterizzato

da alterazioni e deterioramenti e che da ciò fosse derivata incertezza sulle conseguenze dell'intervento, essi sarebbero incorsi in maggior ansia e paura dell'intervento e in una maggior esposizione postoperatoria al dolore. In questi pazienti, la componente affettiva del dolore potrebbe essere espressa da una varietà di parole fra le più tremende e da una maggior intensità del sintomo dolore valutato mediante VAS.

Per confermare tale ipotesi abbiamo voluto applicare il MGPQ in pazienti sottoposti ad estrazione del terzo molare affetti da livelli crescenti di ansietà preoperatoria causata presumibilmente da paura dell'intervento. I risultati della nostra ricerca dimostrano che i pazienti affetti da livelli molto bassi di ansietà preoperatoria non rivelano componenti affettive del dolore. La componente affettiva del dolore è risultata invece presente in modo crescente nei due gruppi di pazienti affetti da ansietà crescente. I nostri risultati sono ancor più interessanti quando si consideri che i pazienti affetti da livelli molto bassi di ansia preoperatoria non furono trattati con alcun farmaco benzodiazepinico contrariamente a quelli affetti da ansietà medio-alta o elevata che furono trattati con CDDZ e midazolam. Gracely et al[23] dimostrarono che il diazepam abbassa la dimensione affettiva ma non sensoriale del dolore, similmente alla clonidina[24] ed alla morfina.[25] I risultati ottenuti nel nostro studio rivelano che malgrado la somministrazione di benzodiazepinici utilizzati a scopo ansiolitico, la componente affettiva del dolore non venne eliminata ma probabilmente attenuata.

I descrittori del dolore scelti dai nostri pazienti sono risultati simili a quelli rilevati da Van Buren e Kleinknecht[21] dopo estrazione dentaria e da Dubuisson e Melzack[26] durante dolore dentario indipendentemente dalla classe di appartenenza del dolore. L'intensità più elevata dei descrittori sensoriali nei pazienti ansiosi, osservata nel nostro studio, contrasta tuttavia con la minore intensità dei descrittori sensoriali nei pazienti nulla o poco ansiosi. Per contro, l'intensità del dolore manifestata dai pazienti il giorno dell'intervento è risultata pressoché identica in ciascun gruppo indipendentemente dall'ansietà preoperatoria. Questo risultato rivela come nei nostri pazienti il MGPQ abbia potuto rivelare la presenza della dimensione affettiva del dolore intesa come variabile dipendente dalla componente ansiosa preoperatoria. La presenza di una dimensione affettiva del dolore nei pazienti ansiosi del nostro studio potrebbe essere correlata prevalentemente con una reazione emozionale tipica del paziente che ha paura del dolore odontoiatrico così come supposto da Taenzer et al.[18]

I risultati ottenuti in questo studio dimostrerebbero che l'intensità del dolore può discriminare con efficacia le tre dimensioni del dolore, sensitiva, affettiva e valutativa quando si dovessero interporre componenti ansiose tipiche, che nel caso del paziente sottoposto ad intervento di estrazione del terzo molare si identificano con la "paura del dolore". In questo caso, il paziente accusa un aumento della dimensione sensoriale ma soprattutto affettiva e, all'opposto, in accordo con Melzack e Perry[27], la diminuzione della paura del dolore diminuisce sia la dimensione sensoriale ma soprattutto affettiva e potrebbe diminuire globalmente anche l'intensità del dolore. La presenza della dimensione affettiva del dolore significa il suggerimento, da parte del paziente, del desiderio di rimediare le cause del dolore. Tuttavia la risposta affettiva allo stimolo nocivo non è così semplice perché implica funzioni psicofisiche complesse che dipendono dall'intensità dello stimolo nocivo che a sua volta dipende dalle attese e dalle modalità con cui tale stimolo viene trattato, dal ricordo di esperienze dolorose, dall' attenzione e dall' immaginazione.[28,29]

L'attenuazione del dolore richiede pertanto la costruzione di ìparadigmi psicologici e neurofisiologici che possano chiarire in primo luogo la basi affettive del dolore, ma anche e principalmente le modalità della valutazione delle cause dell'ansia preoperatoria attraverso un necessario approccio psicologico. La diminuzione del dolore odontoiatrico ed in particolare quello da estrazione del terzo molare richiede in primo luogo l'attivazione dei circuiti di analgesia endogena mediate dal sistema degli oppioidi anche attraverso i paradigmi psicologici e neurofisiologici accennati[30], ma anche attraverso l'utilizzo di tecniche di analgesia preventiva perioperatoria[31], mediante il ricorso a tecniche di infiltrazione efficaci e durature e quando il dolore fosse di intensità da moderata a severa, ricorrendo alle associazioni con analgesici morfinici.

Bibliografia

1. Grunan RVE, Graig KD. Pain expression in neonates: facial action and cry. Pain 1987; 28: 395.
2. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. Pain 1975; 1: 277-299.
3. A.S.A. American Society of Anesthetists: New classification of physical status. Anesthesiology 1963; 24: 3.
4. Sykes P, Lipp M, Malamed SF, Kubota Y. Matsuura H. Physical evaluation of the patient. Anesth Pain Control Dent 1992; 1: 171-178.
5. Eysenck SB, Eysenck HJ. Scores on three personality variables as a function of age, sex and social class. Br J Soc Clin Psycol 1969; 8: 69-76.
6. Montgomery MT, Hogg JP, Roberst DL, Redding SW. The use of glucocorticoids to lessen the inflammatory sequelae following third molar surgery. J Oral Maxillofac Surg 1990; 48: 945.
7. Corah NL, Gale GN, Illig SJ. Assessment of a dental anxiety scale. J Am Dent Assoc 1978; 97: 816-819.

8. Manani G, Berengo M, Cordioli PL, Mariuzzi ML, Mazzuchin M, Tognazzo F, Logallo M, Marino D, Lucerna A, Bazzato MF, Bozza R, Sivolella S. Sedation versus anxiolysis: premedication with chlordemethyldiazepam and anxiolysis with diazepam in oral surgery. J Dental Anaesth 2002; 29: 20-28.
9. Manani G, Pagnacco O, Sorgato D, Tognazzo F, Buin F, Paniz G, Paniz P. Il midazolam per via nasale nel paziente odontoiatrico ambulatoriale. Giorn Anest Stomatol 2001; 28: 14-21.
10. Pell GJ, Gregory GT. Impacted mandibular third molars; classification and modified technique for removal. Dent Dig 1933; 39: 330-660.
11. Manani G, Buin F, Mariuzzi ML, Valerio S, Berengo A, Guarda L, Tognazzo F, Mazzuchin M. The use of mepivacaine + bupivacaine in prolonged interventions of oral surgery. Giorn Anest Stomatol 2001; 28: 21-25.
12. Maiani G, Sanavio E. Semantics of pain in Italy: the Italian version of the McGill Pain Questionnaire. Pain 1985; 22: 399-405.
13. Luyk NH, Beck FM, Weaver JM. A visual analogue scale in the assessment of dental anaxiety. Anesth Prog 1988; 35: 121-123.
14. Scott DS, Hirschman R. Psychological aspects of dental anxiety in adults. JADA 1982; 104: 27-31.
15. Locker D, Liddell A, Shapiro D. Diagnostic categories of dental anxiety: a population-based study. Behav Res Ther 1999; 37: 25-37.
16. Hardy JD, Wolff HG, Goodell H. Pain sensations and reactions. Williams and Wilkins, Baltimore, Md. 1952.
17. Scott J, Huskisson EC. Graphic representation of pain. Pain 1976; 2: 175-184.
18. Taenzer P, Melzack R, Jeans ME. Influence of psychological factors on postoperative pain, mood and analgesic requirements. Pain 1986; 24: 331-342.
19. Beecher HK. Anxiety and pain. JAMA 1969; 209: 1080.
20. Leon BN. Pain percerption and extraversion. Percept Mot Skills 1974; 38: 510.
21. Van Buren JV, Kleinknecht RA. An evaluation of the McGill Pain questionnaire for use in dental pain assessment. Pain 1979; 6: 23-33.
22. Martinez-Urrutia A. Anxiety and pain in surgical patients. J Cons Clin Psychol 1975; 43: 437-442.
23. Gracely RH, McGrath P, Dubner R. Validity and sensitivity of ratio scales of sensory and affective verbal pain descriptors: manipulation of effect by diazepam. Pain 1978; 5: 19-29.
24. Max MB, Schafer SC, Culnane M, Dubner R, Gracely RH. Association of pain relief with drug side effects in postherpetic neuralgia: a single-dose study of clonidine, codeine, ibuprofen and placebo. Clin Pharmacol Ther 1988; 43: 363-371.
25. Price DD, Von der Gruen A, Miller J, Rafii A, Price C. A psychophysical analysis of morphine analgesia. Pain 1985; 22: 261-270.
26. Dubuisson D, Melzack R. Classification of clinical pain descriptors by multiple group discriminant analysis. Exp Neurol 1976; 51: 480-487.
27. Melzack R, Perry C. Self-regulation of pain: the use of alpha-feedback and hypnotic training for the control of chronic pain. Exp Neurol 1975; 46: 452-469.
28. Johnson JE. Effects of accurate expectations about sensations on the sensory and distress components of pain. J Personality Soc Psychol 1973; 27: 261-275.
29. Sternbach RA. Pain: a psychophysiological analysis. Academic Press, New York, 1968, p. 185.
30. Levine JD, Gordon NC, Fields HL. The mechanism of placebo analgesia. Lancet 1978; ii: 654-657.
31. Manani G, Cordioli GP, Berengo M, Beltrame A, Zanette G. Pre-emptive analgesia con piroxicam in implantologia. Il Dentista Moderno 2000; marzo: 67-78.