

Invecchiamento e dolore



Gloria Belotti e Manuela Capoferri

Bergamo, 5 ottobre 2013



L'anziano riferisce poco il suo dolore per:

- un senso di fatalismo e rassegnazione, la sofferenza è una compagna fedele dell'invecchiamento e nulla può essere fatto
- il grado di scolarizzazione e cultura, ragioni sociali (solitudine e povertà)
- paura (di essere sottoposto ad indagini diagnostiche, dei farmaci e della causa del dolore)
- perché un buon paziente disturba poco il dottore

Gli operatori sanitari e i familiari sottovalutano il dolore senile perché:

- l'età è un analgesico naturale
- l'anziano ha una soglia del dolore più alta
- l'anziano tollera meglio il dolore
- assume già troppi farmaci
- gli oppioidi funzionano meno bene nell'anziano
- ci sono troppe variabili farmacocinetiche e farmacodinamiche
- si lamenta per attirare l'attenzione

Il dolore in età geriatrica risulta ancora essere :

- sotto riferito
- sotto stimato
- sotto valutato
- sotto trattato

(Barnabei R et al, JAMA, 1998;)



Esiste un effetto dell'invecchiamento sulla percezione del dolore?

I dati di letteratura non sembrano indicare un sicuro effetto dell'invecchiamento sulla percezione del dolore.

(AGS Panel, 2002; Montague et al, 1990; Landi et al, 2005; Minard, 2001, G.Noro et al, 2009)



La conclusione più cauta che si può trarre dai vari studi è che la vecchiaia non diminuisce né altera il complesso sistema coinvolto nella trasmissione e nell'elaborazione del dolore acuto rilevabile clinicamente, anche se bisogna tener conto della *presentazione dolorosa atipica* come possibile manifestazione di malattia acuta dell'anziano (IMA silente, polmonite, peritonite, dolore soprattutto viscerale).

(Montague et al, 1990;
Landi et al, 2001; Minard 2001)



Le sensazioni nocicettive acute provenienti da strutture profonde sono ridotte nel paziente anziano, appare invece aumentata la frequenza del dolore cronico proveniente dalle stesse strutture (per esempio: alta frequenza di IMA silente e aumentata incidenza di angina da sforzo).

L'intensità e la frequenza del dolore cronico sembrano aumentare con l'età

(G.Noro et al, 2009)



Il dolore dell'anziano è:

- cronico
- frequentemente rappresentato
- di intensità da moderata a severa
- multifocale
- multifattoriale



la prevalenza del dolore cronico persistente nell'anziano varia dal:

- **25%** al **50 %** nella popolazione anziana cognitivamente integra al domicilio
- **45%** al **83%** in anziani ospiti delle RSA

(J AM Geratr Soc 1999;47, Essential of Clinical Geriatrics ,
1999 Ferrel et al J AM Geriatr soc 2002 Davis et al, Drugs Aging 2003)



Le cause più frequenti del dolore in geriatria

- **muscolo-scheletriche**: 40% degli over 65, fino al 80% in RSA dato da artrosi soprattutto schiena, anca e ginocchia; da fratture, da strutture peri articolari (tendini e borse), miofasciale come nella lombalgia e cervicoalgia
- **sindromi dolorose miste** (30-50%) per es. nelle forme secondarie alla compressione delle radici posteriori da ernie discali o da deformazioni dei corpi vertebrali, sdr. da stenosi del canale stretto, da malattie neuro degenerative
- **neuropatico** (neuropatia diabetica, nevralgia post herpetica, traumatica, post stroke, da deafferentazione)
- **claudicatio intermittens** (con crampi notturni agli AAII)
- **cancro**

(Landi e al, 2001)

Il dolore nocicettivo

somatico e viscerale, evocato dall'attivazione dei nocicettori a livello superficiale (cutaneo) e dei tessuti profondi (tessuti molli e osseo) per flogosi, deformazione meccanico o insulto/distruzione è il più frequente nell'anziano. Buona la risposta ai farmaci analgesici ed agli altri interventi non farmacologici.

(AGS Panel on Persistent pain in Older Persons, 2002)

Il dolore neuropatico

deriva da processi fisiopatologici che coinvolgono il sistema nervoso centrale o periferico.

E' un dolore difficile da trattare, non sempre responsivo ai farmaci analgesici, utile l'associazione di adiuvanti (es. anticonvulsivanti e triciclici)

(AGS Panel on Persistent pain in Older Persons, 2002)

Il dolore misto

è dato all'associazione di più tipi di dolore (somatico, viscerale, neuropatico) tipico dei malati neoplastici. Si manifesta quando sono coinvolti nervi periferici, plessi nervosi, vasi, visceri cavi, ossa, pleura e peritoneo.

E' difficile da controllare perché presenta diversi meccanismi di algogenicità e richiede variazioni frequenti (per es. per aumento della massa neoplastica o nuove metastasi)

(AGS Panel on Persistent pain in Older Persons, 2002)

Per dolore cronico o persistente

si intende un dolore che persiste per un periodo superiore ai tre mesi o più correttamente un dolore che si protrae oltre il periodo in cui è prevista la guarigione della patologia che né è la causa.

E' caratterizzato da un adattamento del sistema nervoso autonomo, per questo motivo i pazienti con dolore cronico sono privi di quei segni obiettivi che caratterizzano i pazienti con dolore acuto(aumento della frequenza respiratoria e cardiaca, pallore, sudorazione profusa).

(Herr, 2006)

Il dolore cronico o persistente è inutile, perde il significato di meccanismo di difesa biologico, ma è esso stesso malattia; è stimolato da una lesione o trauma, ma può essere perpetuato da fattori patogeneticamente o fisicamente lontani dalla causa originaria. Si estende per un lungo periodo di tempo e può essere accompagnato da un basso livello di patologia di base che non spiega né la presenza né l'intensità del dolore.

(S.W.Harkins et al. 2003 in Bonica's Trattamento del dolore).



Il dolore cronico dell'anziano si associa a significativi cambiamenti della personalità, dello stile di vita e delle capacità funzionali, condizionando un calo della qualità della vita.

(Montague et al, 1990; Landi et al, 2001; Minard, 2001).

Le persone che provano dolore trovano difficile concentrarsi sulle ADL, peggiorando la disabilità conseguenza delle cause del dolore stesso (per es. concrete difficoltà di equilibrio e deambulazione nell'osteoartrosi). E' dimostrata la correlabilità tra dolore quotidiano e perdita ADL.

(Soldato et al., 2007)

Indiscussa è la comorbilità fra dolore cronico e depressione; la maggioranza della letteratura ha confermato una relazione statisticamente significativa e proporzionale fra presenza di dolore, la sua durata e la sua gravità e la gravità della depressione: esiste un rapporto causa effetto.

(J Bancroft et al, 1995; PM Averill et al, 1996;
DM Cairns et al, 1996)



Tre sono le ipotesi relative alla correlazione fra dolore e depressione:

1. La depressione favorisce la comparsa di dolore cronico
(Kats e Powell Lawton, 1991, K.Kuch 2001, etc)

1. Il dolore determina la depressione con meccanismi reattivi
(R.Schulz et al, 1995, H Okamura et al, 2000)

1. Il dolore cronico e la depressione si manifestano insieme perché sottesi da meccanismi patogenetici biologici comuni (amine biogene: serotonina e noradrenalina)
(Torta e Gambarino , 2002; WZ Potter et al, 1994)

Il dolore cronico nell'anziano rappresenta una situazione esistenziale, coinvolge la persona nella sua globalità e la condiziona profondamente. Induce esaurimento delle energie fisiche e psichiche, della capacità di adattamento, avvolge la mente del paziente in modo totale, coinvolgendo processi emotivi che si estrinsecano in ansia, paura, rabbia o depressione. Può causare iporessia e calo ponderale.

(Bonica's, 2003, Cornali et al., 2006, Rozzini et al., 2007)



In molti pazienti anziani con dolore cronico non è sufficiente il trattamento delle cause del dolore, ma è necessario intervenire in modo globale sulle complicanze che condizionano lo stato funzionale, la personalità e la vita sociale.

Nell'anziano fragile in particolare è fondamentale un approccio multidimensionale al sintomo dolore, in équipe multidisciplinare.

