

[Numero 19 - Articolo 1. Ottobre 2007] Trattamento ambulatoriale del dolore cronico nell'anziano



Titolo originale: "Office Management of Chronic Pain in the Elderly"

Rivista e Riferimenti di pubblicazione: The American Journal of Medicine –Vol.120, N°4, Aprile 2007- 306-315

Recensione a cura di: Silvana Di Marco

Indirizzo dell'articolo: [Visita](#)

Parole chiave: dolore cronico, anziano, lombalgia, fibromialgia, neuropatia, osteoartrosi

Introduzione

L'articolo fornisce una rassegna completa sulla valutazione e sul trattamento delle più comuni condizioni dolorose non oncologiche riscontrabili nel paziente anziano e cioè:

- dolore miofasciale
- osteoartrosi generalizzata (OA) e lombalgia cronica
- fibromialgia
- neuropatia periferica

con particolare riguardo ad alcuni argomenti quali gli elementi essenziali dell'esame obiettivo, l'uso consapevole degli esami diagnostici, l'identificazione di altri fattori quali demenza e depressione che possano influenzare la risposta al trattamento e l'indicazione all'invio al terapeuta del dolore. Il dolore cronico, anche se comune, non è parte integrante dell'invecchiamento, e va trattato adeguatamente a causa delle sue innumerevoli conseguenze (diminuzione della performance fisica, depressione, ansia, insonnia, disordini alimentari ed uso eccessivo delle risorse sanitarie), allo scopo di alleviare la sintomatologia dolorosa, ridurre la rigidità articolare e migliorare la mobilità e la qualità di vita. Il dolore cronico può essere associato a condizioni oncologiche e non.

Definizione e Patogenesi del dolore cronico non oncologico

Si definisce cronico il dolore che persiste oltre i tempi ragionevoli di guarigione (3-6 mesi) e può essere classificato in base alla patogenesi in nocicettivo, associato a danno tissutale con integrità del sistema nervoso (es. dolore associato ad osteoartrosi) o neuropatico, associato a disfunzione del sistema nervoso (es. neuropatia diabetica, nevralgia post erpetica), anche se spesso le due condizioni coesistono. Per ottenere una risposta terapeutica soddisfacente e non deludere le aspettative del paziente, che dovrebbe esserne informato, il medico deve tener presenti 3 principi fondamentali: • il dolore cronico è una sindrome a cui contribuiscono molti fattori, ognuno dei quali va trattato per raggiungere l'obiettivo terapeutico;

- il dolore cronico può essere trattato ma non curato: il risultato atteso è il miglioramento;
- è spesso possibile migliorare la funzione fisica più che l'intensità del dolore.

Tavola 1- Osteoartrosi e altre patologie più comuni

Disordine e localizzazione del dolore	Altri quadri diagnostici e commento
<i>Osteoartrosi</i> Rigidità di breve durata. Colpisce articolazioni sotto carico, rachide lombare e cervicale. Sinovite assente o lieve	Poiché la malattia è ubiquitaria nell'anziano, la diagnostica radiologica andrebbe utilizzata solo per escludere altre patologie
<i>Pseudogotta</i> Su modello reumatoide, può essere associato a rigidità mattutina. Localizzato a polsi e ginocchia, frequentemente simmetrico. Sinovite acuta.	Condrocalsinosi, anche asintomatica ma rilevabile in Rx, depositi oculari, bursiti, tendiniti, sindrome del tunnel carpale e cubitale. Depositi tofacei non comuni.
<i>Gotta</i> Su modello reumatoide, associato a rigidità mattutina. A carico delle articolazioni degli arti inferiori, tipicamente asimmetrico.	Tofi nei tessuti molli, iperuricemia anche asintomatica. Diagnosi definitiva nella forma acuta è il rilievo di cristalli intracellulari.
<i>Artrite reumatoide</i> Rigidità mattutina prolungata. Coinvolta qualsiasi articolazione, tipicamente indenne il rachide lombare. Sinovite presente.	Il paziente può avere siero negatività, ma va inviato al reumatologo in caso di malattia sospetta per evitare la progressione della stessa.
<i>Lupus Eritematoso Sistemico (LES)</i> Può o non essere limitato alle articolazioni. Rigidità non frequente. Sinovite presente. Può associarsi a fibromialgia.	Inviare ogni paziente con LES sospetto dallo specialista. Coesistono altri disordini quali anemia, rash cutaneo, pleurite, peritonite, nefrite, meningite, ecc.
<i>Fibromialgia</i> Rigidità mattutina di breve durata (< 30 min). Dolore tipicamente diffuso. Sinovite assente. Articolazioni non coinvolte anche se dolenti.	Associata a numerosi altri disordini, la diagnosi si basa su accurata anamnesi ed esame obiettivo.
<i>Polimialgia reumatica</i> Rigidità persistente (parecchie ore). Dolore tipicamente prossimale (spalle, anche, collo). Sinovite presente, specie nelle piccole articolazioni delle mani.	Diagnosi differenziale con arterite temporale, talvolta concomitante, se presenti cefalea, febbre o altri sintomi sistemici. La VES, anche se non specifica, può confermare una diagnosi sospetta

VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DELLE CONDIZIONI DOLOROSE PIU' COMUNI

Dolore miofasciale

Vista l'elevata ricorrenza, è essenziale apprendere a riconoscere, diagnosticare e trattare questa condizione. Il quadro patognomico consiste in contratture e presenza di trigger points alla palpazione dei muscoli. I sintomi sono dolore, irritazione, bruciore e somigliano a quelli del dolore neuropatico che a volte coesiste, E' in genere associato ad alterazioni degenerative della colonna vertebrale (cifosi o scoliosi) con irritazione delle radici nervose ed alterazione trofica dei muscoli innervati L'esame fisico deve essere accurato, con palpazione dell'area dolente che può rivelare trigger points attivi o latenti e contrattura delle fibre muscolari. Il trattamento

consiste nell'identificazione e modificazione di fattori quali postura, posizione durante il sonno e durante l'attività. E' fondamentale coinvolgere un fisioterapista esperto che metta in atto le tecniche più comuni, quali stretching graduale dei muscoli coinvolti, per ridurre le contratture e inattivare i trigger points, anche mediante agopuntura o infiltrazioni di anestetici o steroidi. Ambedue le modalità risultano efficaci.

Osteoartrosi e Lombalgia cronica

L'osteoartrosi, patologia cronica degenerativa delle articolazioni, viene erroneamente considerata come artrite degenerativa, poiché molte alterazioni radiografiche di OA sono in realtà asintomatiche. L'infiammazione viene ritenuta fattore patogenetico della malattia. Nel caso del dolore lombare cronico, la degenerazione dei dischi e delle faccette è solo uno dei fattori che contribuiscono al dolore, motivo per cui valutazione e trattamento devono essere affrontati in maniera globale. Il training medico sulle patologie muscolo scheletriche è abbastanza limitato, pertanto la diagnostica per immagini (radiografie o RMN o TC) viene utilizzata a volte per una diagnosi di base, approccio non corretto poiché anomalie degenerative non sono un rilievo specifico nell'anziano, specie nel dolore lombare. La diagnostica per immagini andrebbe utilizzata per escludere una malattia (fratture, metastasi ossee, infezioni) piuttosto che per diagnosticare la causa del dolore. Anche la stenosi del canale vertebrale è comune sia negli anziani con dolore che in quelli asintomatici, fatto che dà ragione al 40% dei fallimenti della terapia chirurgica vertebrale in quelle definizioni di patologia basate solo sulla diagnostica per immagini. Nella lombalgia cronica il primo passo è l'identificazione delle "red flags" (febbre, calo ponderale immotivato, variazione nella modalità del dolore) indicative di una grave patologia sottostante (oncologica o infettiva). In caso di sospetto, il paziente va valutato accuratamente, con tutte le modalità diagnostiche disponibili. La terapia dell'OA e del dolore lombare cronico dovrebbe essere indirizzata a tutte le sue cause e rivolta anche alla sequela di fattori psicosociali che possono influenzare dolore e mobilità, quali ansia, depressione, paura. All'approccio terapeutico "by step" andrebbero aggiunte preparazioni topiche, terapia cognitivo comportamentale, trattamento interdisciplinare del dolore e modalità terapeutiche alternative. Step 1- educazione del paziente, esercizio, calo ponderale, prescrizione di presidi quali bastoni o deambulatori Step 2- Infiltrazioni. Anche se invasiva questa modalità terapeutica è certamente meno nociva di antinfiammatori o analgesici sistemici e andrebbe indicata soprattutto nei più anziani con dolore a 1 o 2 articolazioni (es. gonartrosi bilaterale). Nella lombalgia cronica il suo impiego è valido soprattutto se alla base c'è un ernia del disco associata a radicolopatia. Step 3 - 6- Includono varie opzioni farmacologiche. Se dovesse fallire la terapia con paracetamolo possono essere prese in considerazione associazioni con oppioidi, altri FANS etc. Step 7 : include le procedure chirurgiche. In genere la sostituzione dell'articolazione viene presa in considerazione dopo il fallimento delle strategie non invasive. Sono meno chiare le linee guida che riguardano il trattamento chirurgico del dolore lombare refrattario. La chirurgia fallisce nel 40% dei casi e pertanto va presa in considerazione in casi selezionati in cui vi sia il deterioramento della funzione neurologica od un ernia discale causa diretta dei sintomi, oltre al fallimento della terapia farmacologica.

Tavola 2- Domande fondamentali nella raccolta dell'anamnesi in anziani con dolore lombare cronico

Domande	Indizi diagnostici potenziali
Può mostrarmi dove le fa male?	Se il paziente appoggia la mano a sinistra o a destra, sul sacro piuttosto che sulla colonna lombare, dovrebbe essere sospettata una sindrome delle giunture sacroiliache (<i>indagare su scoliosi, malattie di anca e ginocchio, asimmetria degli arti, disordini infiammatori o fratture sacrali</i>)
Quando si raggomitola nel letto il dolore aumenta o diminuisce?	Il miglioramento in posizione fetale suggerisce stenosi spinale. Il peggioramento una malattia sacroiliaca a causa della compressione dell'articolazione in questa posizione
Il dolore lo sente anche ai glutei? Se "sì": il dolore è acuto o sordo?	Il dolore ai glutei può essere associato con malattia dell'anca, dolore miofasciale (acuto o urente), o stenosi spinale. Richiede valutazione contestuale
Ha dolore inguinale?	Il dolore inguinale può essere associato con malattia dell'anca, patologia miofasciale, sindrome sacroiliaca, o frattura
Il dolore si irradia alla gamba? Se "sì": in quale parte della gamba avverte il dolore? E' un dolore acuto o sordo?	L'irradiazione posteriore è compatibile con sciatica (acuto) o stenosi spinale (sordo). L'irradiazione al lato della coscia suggerisce dolore del tensore ileo tibiale-fascia lata (non oltre il ginocchio) o dolore miofasciale del piccolo gluteo (oltre il ginocchio "pseudo sciatica"). Il dolore laterale con parestesie o torpore suggerisce radicolopatia di L5. Il dolore in regione anteriore della coscia suggerisce malattia dell'anca, meralgia parestesica, stiramento del quadricipite con osteoartrosi del ginocchio, o radicolopatia di L2-3-4.
Il dolore migliora o peggiora durante il cammino?	Il peggioramento suggerisce stenosi spinale o claudicatio vasogenica. Il miglioramento con il cammino suggerisce patologia miofasciale o dolore neuropatico. Il cammino prolungato può peggiorare il dolore miofasciale. Malattie degenerative possono essere associate con iniziale dolore/rigidità, che migliorano o peggiorano con l'esercizio eccessivo.
A volte sente di avere dolore dappertutto?	I pazienti con fibromialgia spesso hanno dolore al rachide e possono lamentare un dolore lombare severo, ma la localizzazione lombare è solo una delle tante.

Fibromialgia

Presente nel 7% delle donne in età tra i 60 ed i 79 anni, è caratterizzata da dolore generalizzato e punti sensibili all'esame obiettivo. La maggior parte dei pazienti presenta rigidità mattutina, affaticamento e disturbi del sonno. Considerata una volta di natura psicopatologica è ora riconosciuta come incapacità del sistema nervoso di processare adeguatamente il dolore. I punti essenziali per la diagnosi sono la storia e l'esame fisico e non si tratta di una diagnosi di esclusione: svariati altri disordini possono coesistere quali

emicrania, depressione, apnee notturne. Spesso i pazienti hanno dolore per decenni anche durante l'infanzia (dolori della crescita). C'è sempre più evidenza che si tratti di un disordine ereditario. La diagnosi è supportata dalla combinazione dei sintomi caratteristici e del dolore alla palpazione. Tipicamente i pazienti con fibromialgia presentano dolorabilità diffusa alla palpazione dei punti sensibili.

Tavola 4- Sintomi e disordini che coesistono comunemente nei pazienti con fibromialgia

Dolore da sforzo
Sindrome delle gambe senza riposo
Apnee notturne
Depressione e ansia
Parestesie e disestesie
Deficit di memoria e concentrazione
Sintomi vestibolari, acustici, oculari
Intolleranza o allergie a farmaci
Palpitazioni
Dispnea
Sindrome da dolore localizzato:
- emicrania e cefalea tensiva
- dolore toracico atipico
- sintomi temporomandibolari
- dolore mio fasciale
- dolore pelvico
- dispareunia
Sindrome del colon irritabile
Intolleranza al freddo
Minzione frequente con cistite interstiziale
Edema articolare soggettivo
Ritenzione di liquidi
Contusioni inspiegate

Trattamento: gli esercizi aerobici sono una componente importante così come l'insieme di altre terapie quali antidepressivi triciclici o SSRI e ciclobenzaprina. I pazienti con sintomi refrattari dovrebbero essere sottoposti a terapie cognitive comportamentali.

Neuropatia periferica

Il dolore neuropatico viene definito come originato o causato da una lesione primaria o disfunzione del sistema nervoso. Le cause più comuni nell'adulto sono la neuropatia diabetica e la nevralgia post-herpetica. L'artrite assiale (spondilosi lombare e cervicale) associata a radicolopatia viene anche considerata da molti esperti come dolore neuropatico. Altre cause di neuropatia periferica sono la polineuropatia alcolica, la polineuropatia da antitumorali, le neuropatie da intrappolamento, il dolore post mastectomia e post toracotomia, compressione od infiltrazione di nervi da neoplasia, sindrome dell'arto fantasma, plessopatia attinica e nevralgia del trigemino. Anche il dolore centrale post-ictus si presenta con sintomi che mimano la neuropatia periferica. Sebbene vi siano test diagnostici per la definizione del dolore neuropatico quali l'elettromiografia, storia ed esame fisico rimangono i cardini della valutazione. I pazienti lamentano dolore costante o intermittente, allodinia, prurito, parestesie ed ipoestesie. Quando la causa non è ovvia (dolore post-mastectomia) un esame fisico generale accurato deve essere rivolto ad escludere neoplasie: se non si ritrovano cause, dovrebbero essere accertati i livelli di vitamina B12 e folati, glicemia a digiuno ed elettroforesi sierica ed urinaria. Il dolore neuropatico è tipicamente più refrattario agli sforzi terapeutici del dolore nocicettivo.

Tavola 5- Trattamento di prima linea del dolore neuropatico

Classe terapeutica, farmaci e farmacocinetica	Interazioni tra farmaci	Interazioni farmacopatologia	Effetti avversi
<p>Antidepressivi triciclici <i>Nortriptilina, Desipramina (Amitriptilina)</i> Metabolismo epatico (alto livello di metaboliti attivi nell'anziano)</p>	<p>Antipsicotici, anticolinergici, SSRI, ipnotici, antiaritmici, antiMAO, clonidina, antiretrovirali</p>	<p>Infarto del miocardio, allungamento tratto QT, blocco AV, blocchi di branca, ipertrofia prostatica, glaucoma, epilessia, demenza, atassia</p>	<p>Aritmia, blocchi di conduzione cardiaca, ipotensione ortostatica, ritenzione urinaria, stipsi, disturbi cognitivi, torsione di punta mortale</p>
<p>Anticonvulsivanti <i>Gabapentin</i> Eliminazione renale, emivita prolungata in funzionalità renale compromessa</p>	<p>Oppioidi</p>	<p>Demenza, atassia</p>	<p>Sonnolenza, vertigini, edemi periferici, aumento dell'appetito e aumento ponderale</p>
<p>Oppioidi e analoghi <i>Ossicodone, morfina, tramadolo</i> Metabolismo epatico ed eliminazione renale, livelli plasmatici più elevati nell'anziano</p>	<p>Anticolinergici, ansiolitici, sedativi- ipnotici, inibitori di CYP2D6 (ketoconazolo, eritromicina), SSRI, triciclici e miorilassanti</p>	<p>BPCo, demenza, ipertrofia prostatica, stenosi intestinali</p>	<p>Stipsi, sedazione, depressione respiratoria, sintomi a carico de SNC, effetti avversi in caso di sospensione improvvisa</p>
<p>Anestetici topici Cerotti lidocaina 5%.</p>	<p>Antiaritmici della classe I A</p>		<p>Reazioni (rash) cutanee</p>

Depressione e Demenza

Nel 1965 fu elaborata la teoria del "gate" ed i suoi principi continuano ad essere attualmente validi. Essa enfatizza il ruolo primario del sistema nervoso centrale nel processare il dolore e spiega l'efficacia della terapia cognitivo comportamentale nella gestione del dolore cronico. Il controllo del dolore diventa difficile quando vi sono anomalie cerebrali quali depressione e demenza ed ecco perché il MMG che ha in cura l'anziano con dolore cronico deve saper riconoscere e trattare disordini di questo genere. Mentre la depressione è facilmente trattabile, la demenza pone grosse difficoltà. Spesso le persone affette da demenza presentano una paura esagerata che può intensificare l'esperienza dolorosa. Le modalità farmacologiche e non farmacologiche descritte devono essere fornite anche al paziente con demenza, educando il care-giver.

Principi guida per il care-giver di anziani affetti da demenza e dolore cronico

Il dolore cronico non oncologico non deve precludere le abituali attività, poiché non è per sé stesso pericoloso.

Distrarre il paziente perché non si concentri sul dolore.

Utilizzare massaggio lieve, specie sul dorso, per sedare l'ansia, sempre presente in caso di dolore.

Informarsi dal fisioterapista su tecniche di approccio non farmacologico al dolore (tecniche di rilassamento, massaggio dolce, balsami e unguenti). I farmaci analgesici dovrebbero essere evitati per quanto possibile.

Care giver e paziente dovrebbero provare ad eseguire esercizi di rilassamento insieme per ridurre lo stress da ambo le parti.

Quando il paziente si lamenta, il care giver dovrebbe ascoltare ed assumere un atteggiamento rassicurante.

Come determinare se il trattamento del dolore è efficace

L'intensità del dolore è solo uno dei molti parametri che possono migliorare quando il dolore cronico viene trattato con successo. In media i pazienti con dolore cronico non oncologico dovrebbero aspettarsi una riduzione dell'intensità dello stesso non superiore al 30-50%, ma la qualità di vita risulta migliorata anche per gli effetti positivi su tono dell'umore, sonno, appetito, interazioni interpersonali e funzione fisica. Sarebbe opportuno che il MMG identificasse gli obiettivi terapeutici all'inizio del trattamento per poterne valutare l'efficacia.

L'obiettivo del trattamento del dolore cronico nell'anziano è il miglioramento dei seguenti parametri:

Interferenza del dolore con:

- comuni atti del vivere quotidiano
- attività strumentali della vita quotidiana
- attività discrezionali

mobilità/livello di attività

livello di energia

appetito

sonno

tono dell'umore, irritabilità, depressione

interazioni interpersonali

attenzione e concentrazione

frequenza di assunzione di farmaci analgesici

severità del dolore

Invio al terapeuta del dolore

La decisione dipende dagli obiettivi del paziente e deve essere presa in considerazione quando il paziente continua a sperimentare dolore invalidante nonostante gli sforzi messi in atto per controllare i sintomi con farmaci ed altre modalità terapeutiche. I terapisti del dolore usano metodiche diverse a seconda della loro formazione e del loro approccio al trattamento. Alcuni specialisti si focalizzano su procedure infiltrative, altri lavorano con team interdisciplinari che utilizzano un approccio riabilitativo. L'ultima strategia appare essere la più efficace.

Rilevanza per la Medicina Generale

L'articolo focalizza due componenti fondamentali della medicina generale: l'anziano, il dolore cronico. La formazione del MMG sulle patologie muscolo scheletriche è abbastanza limitata, anche se l'esperienza sul campo è sicuramente enorme visto che più del 50% dei pazienti pone ogni giorno problemi legati al dolore e che gli anziani sono i nostri pazienti più assidui. Questo lavoro ribadisce l'inappropriato uso, a volte su insistenza del paziente stesso, degli esami strumentali (radiografie o RMN o TC) per una diagnosi di base, e pone l'accento sul coinvolgimento del paziente negli obiettivi di cura, sull'uso della storia clinica, della comunicazione e dell'esame fisico per arrivare alla diagnosi e al trattamento delle più comuni patologie dolorose dell'anziano. La diagnostica per immagini andrebbe utilizzata per escludere una malattia (fratture, metastasi ossee, infezioni) piuttosto che per diagnosticare la causa del dolore. Sebbene molti concetti siano ormai parte del patrimonio culturale di tutti i MMG, vi sono tuttavia dei suggerimenti e delle informazioni che possono essere preziosi nel lavoro di ogni giorno.