Gruppo di ricerca geriatrica

Gruppo di Ricerca Geriatrica

Journal Club

10 Marzo 2006

CASO CLINICO: DOLORE

Alessandra Marrè

Anche le sofferenze immaginarie sono reali.

Quanta retorica sulla virtù del dolore. L'esperienza vissuta non lascia dubbi: il dolore annienta.

Alessandro Morandotti *Le minime di Morandotti*, 1980

CASO CLINICO: ANAMNESI

- Donna, 70 anni. Vedova, ha due figli.
- Ricovero nel ns Reparto nel Luglio 2003

DIAGNOSI DI DIMISSIONE

- Recente (26/6/03) frattura della branca ileopubica sx
- Esiti di frattura di L1
- Malattia di Alzheimer probabile secondo i criteri NINCDS-ADRDA con disturbi comportamentali (deliri di persecuzione e latrocinio, depressione)
- Infezione delle vie urinarie intercorrente
- Esiti di gastroresezione per ulcera (’70)

TERAPIA in CORSO ALLA DIMISSIONE

Nome commerciale	***posologia***	***Orario***
Exelon 1,5 mg	1 c x 2	ore 8 – 19 (ai pasti)
Zyprexa 5 mg	½ c + 1 c	ore 8 – 20
Zoloft 50 mg	1 c	ore 18
Stilnox	1 c	ore 20
Fraxiparina 0,4 fiale	1 fl sottocute per una settimana	

CASO CLINICO: ANAMNESI

- **VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE**

	Premorboso	*Ingresso*	*Dimissione*
MMSE		21/30	--/30
Geriatric scale Depression		5/15	--/15
IADL (n funzioni perse):		3/8	--/8
BARTHEL INDEX	100/100	41/100	89/100
TINETTI:		1/28	24/28
FIM:		61/126	116/126
Peso		47 Kg	

- Il **2/9/2003** esegue vis UVA (MMSE 21/30)
- MMSE **28/10/03**: 22/30. **20/4/04**: 23/30. **16/9/04**: 21/30. **8/2/05**: 19/30. **21/6/05**: 18/30; terapia Rivastigmina 7.5 mg/die, Olanzapina 7.5 mg/die.

CASO CLINICO

Giunge alla nostra osservazione in data 19/7/2005 proveniente da U.O. Ortopedia. Da circa un anno è assistita 24 h/die da personale retribuito. E' affetta da:

- Recente intervento di osteosintesi (14/7/2005) per frattura pertrocanterica femore sx
- Recente frattura Colles sx trattata con apparecchio gessato (13/7/05)
- Anemia secondaria trattata con emotrasfusioni
- Malattia di Alzheimer probabile con disturbi del comportamento (deliri, allucinazioni visive, depressione)
- Esiti di gastroresezione per ulcera ('70)
- Pregressa colecistectomia

Pz nota, in terapia con Rivastigmina+Olanzapina dal 2003, seguita c/o ambulatorio UVA. Riferito da qualche mese peggioramento progressivo delle performance motorie con alcune cadute. Nel post-operatorio segnalate anemia (eseguite emotrasfusioni) e lieve stato confusionale ipocinetico. All'EO pz disorientata, oppositiva e confabulante, con deficit di attenzione. Disidratata. Rigidità plastica diffusa, assiale e segmentaria. PA 120/70.

OD] delirium??

CASO CLINICO

VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

	Premorboso	*Ingresso*
MMSE	18/30	18/30
Geriatric Depression Scale		8/15
IADL (n funzioni perse):		8/8
BARTHEL INDEX:	69/100	23/100
TINETTI:		1/28
FIM:		61/126
BMI:		20.8 (52 Kg)

Terapia all'ingresso

•Zyprexa (Olanzapina) 5 mg	1+1/2 cp ore 20
•Exelon (Rivastigmina)	3 mg + 4.5 mg
•Stilnox (Zolpidem)	1 cp
•Paracetamolo 1 g	1 cp x 3 + ab
•Fraxiparina 0.4 (Nadroparina)	1 fl sc

® esami di routine + Rx torace

CASO CLINICO: DECORSO

All'ingresso in reparto veniva rilevato uno scarso controllo dei disturbi del comportamento (aggressività verbale, oppositività, eccessiva sospettosità, spunti deliranti e ripetività verbale); è stata esclusa l'ipotesi di uno stato confusionale acuto in quanto il MMSE è risultato sovrapponibile a quello eseguito nel corso dell'ultima visita U.V.A. (18/30, 21/6/2005); è stata quindi modificata la terapia neurolettica che sarà rivalutata al prossimo controllo presso ambulatorio UVA; in particolare è stata sospesa Olanzapina per scarsa efficacia e possibile effetto parkinsonizzante. Si segnala inoltre la comparsa di **algodistrofia arto superiore sx** con netto peggioramento dei disturbi cognitivi e comportamentali (MMSE 11/8/2005: 6/30, probabile stato confusionale acuto intercorrente), per la quale ha eseguito visita ortopedica + Rx (osteoporosi caratteristica). Dopo rimozione del gesso è stata trattata con precoce e continua mobilizzazione passiva ed attiva assistita, clodronato EV e terapia antalgica con miglioramento sia locale che del quadro cognitivo e comportamentale. Il programma riabilitativo ha incluso esercizi di mobilizzazione attiva assistita e di rinforzo muscolare agli arti di sx, di rieducazione all'equilibrio statico e dinamico, ai passaggi posturali e training deambulatorio con e senza ausili. Attualmente esegue i trasferimenti in modo autonomo anche se insicuro e deambula con walker e supervisione. Discreto il controllo dei disturbi comportamentali con la terapia in atto.

CASO CLINICO

DIAGNOSI DI DIMISSIONE (22/8/2005)

- **Recente intervento di osteosintesi con chiodo PFN (14/7/05) per frattura pertrocanterica femore sx + frattura polso sx trattata con apparecchio gessato**
- **Anemia normocitica secondaria di grado lieve**
- **Malattia di Alzheimer probabile secondo i criteri NINCDS-ADRDA complicata da disturbi comportamentali (deliri di persecuzione e latrocinio, depressione)**
- **Infezione delle vie urinarie intercorrente**
- **Algodistrofia arto superiore (morbo di Sudeck)**
- **Esiti di frattura di L1 e frattura della branca ileopubica sx (’03)**
- **Esiti di gastroresezione per ulcera (’70)**

TERAPIA in CORSO ALLA DIMISSIONE

Nome commerciale	*posologia*	*Orario*
Exelon 3 mg	1 c	ore 8
Exelon 4,5 mg	1 c	ore 20
Seroquel 50 mg	1 c x 2	ore 8 – 20

CASO CLINICO

VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

	Premorboso	*Ingresso*	*Dimissione*
•MMSE		18/30	17/30
•Geriatric Depression Scale		8/15	--/15
•IADL (n funzioni perse):		8/8	--/8
•BARTHEL INDEX	69/100	23/100	50/100
•TINETTI:		1/28	13/28
•FIM:		34/126	59/126

ESAMI STRUMENTALI

•**ECG** (19/07/05): tachicardia sinusale a FC 105 bpm. – PQ 0.18” – Tracciato nei limiti della norma.

•**RX Torace** (22/07/05): BPCO di tipo enfisematoso. Modica sopraelevazione dell’emidiaframma dx. Lamina atelettasica basale dx. Non focolai broncopneumonici in atto. Piccolo nodulo calcifico al terzo medio del campo polmonare sx. Verosimili esiti di fratture costali.

Esame	Ingresso	26/7	Dimissione		Valori normali
GB	6.37	9.11	3.24	10^3/ul	4.00-9.00
GR	3.34	3.49	3.87	10^6/ul	4.00-5.50
Ht	28.9	31.7	35.7	%	38.0-50.0
Hb	9.6	10.2	11.4	g/dl	11.5-14.5
MCV	86.5	90.8	92.2	Fl	80.0-95.0
PLT	337	623	333	10^3/ul	150-400
Neutrofili	71.4	84.5	53.7	% * 10^3/ul	40.0-75.0
Linfociti	19.5	10.5	37.0	% * 10^3/ul	0.80-4.00
Monociti	6.3	4.0	6.2	% * 10^3/ul	0.0-12.0
Eosinofili	2.5	0.7	2.2	% * 10^3/ul	0.0-2.5
Basofili	0.3	0.3	0.9	% * 10^3/ul	0.0-0.54
VES	120	83	60	mm/1° ora	0-20
PCR	4.3	1.5	0.5	mg/dl	0.0-1.0
Azotemia	31	36		mg/dl	10-50
Creatinina	0.61	0.65		mg/dl	0.5-1.2
Ac. Urico	1.16			mg/dl	1.5-7.0
Na	141	140		Mmol/L	136-146
K	4.3	4.8		Mmol/L	3.5-5.10
Cl	100	98		Mmol/L	98-108
Glicemia	98			mg/dl	60-110
Colesterolo tot	201			mg/dl	120-200
HDL	44			mg/dl	35-55
Trigliceridi	159			mg/dl	40-160
GOT	60			U/L	0-40
GPT	42			U/L	0-40
Fosfatasi alc	227			U/L	90-270
γGT	42			UI/L	5-30
Bilirubina tot	0.98			mg/dl	0-1.2
PT (INR)	0.93				0.9-1.1
proteine tot	5.7			g/dl	6.2-8.2
albumina	44.8			%	55.1-66.1
α1	7.2			%	1.7-3.3
α2	16.3			%	8.2-13-0
β	16.4			%	9.5-15-0
γ	15.3			%	10.3-18.3
Sideremia	39			microg/dl	70-150
Transferrina	185			Mg/dl	200-350
Ferritinemia	134			Ng/ml	15-400
es. urine	PS 1024; pH 6.0				
Peso corporeo	52 Kg	ingresso	51 Kg	dimissione	
Altezza	158 cm				
Press. arteriosa	120/70 mmHg	ingresso	110/60 mmHg	dimissione	

ALGODISTROFIA *(DISTROFIA SIMPATICO-RIFLESSA o RSD, ATROFIA DI SUDECK, COMPLEX REGIONAL PAIN SYNDROME, CAUSALGIA)*

”Continuous pain in a portion of an extremity after trauma which may include fracture but does not involve a major nerve, associated with sympathetic hyperactivity". (1986, Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore, IASP)

Otto anni più tardi viene ridefinita "complex regional pain syndrome" (CRPS). La CRPS tipo I è la stessa entità della RSD, cioè "a syndrome that usually develops after an initiating noxious event, is not limited to the distribution of a single peripheral nerve, and is apparently disproportionate to the inciting event. It is associated at some point with evidence of oedema, changes in skin blood flow, abnormal sudomotor activity in the region of the pain, or allodynia or hyperalgesia." La CRPS tipo II è identificata come la condizione associata a traumi nervosi, meglio nota come “causalgia”.

ALGODISTROFIA

- The National Institute of Neurological Disorders and Strokes (NINDS) ha riportato che dal 2% al 5% dei pz con traumi dei nervi periferici e dal 12% al 21% dei pz con emiplegia sviluppa una RSD. The Reflex Sympathetic Dystrophy Syndrome Association of America (RSDSA) ha riportato che si manifesta nell'1%-2% delle fratture. E' più frequente >50 anni
- **Malattie associate:**

Cerebral lesions

Heart disease, heart attack

Infection

Paralysis on one side of the body (hemiplegia)

Radiation therapy

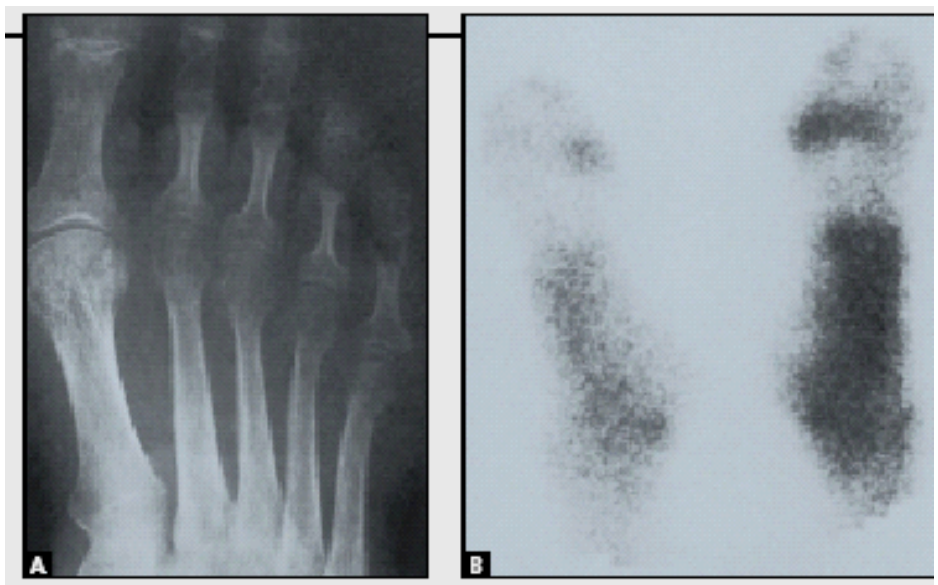
Repetitive motion disorder (e.g., carpal tunnel syndrome)

Spinal cord disorders

Surgery

Trauma (e.g., bone fracture, gunshot and shrapnel wounds)

Pregnancy


A
B

- Pain is an unpleasant sensory and emotional experience.
- It is recognized as a complex phenomenon derived from sensory stimuli and modified by individual memory, expectations, and emotions.

AGS Panel on Chronic Pain in Older Persons, 1998

L'ENTITA' DEL PROBLEMA

- Il dolore è uno dei sintomi più comuni riferito dagli anziani durante le visite mediche. La sua precisa incidenza e la sua prevalenza sono sconosciute
- In uno studio, la prevalenza del dolore nelle persone è risultata essere del 25% nei soggetti >60 anni rispetto a 12,5% in quelli <60; in altri studi la prevalenza nell'anziano è variata dal 36 all'88%
- Un'indagine telefonica ha rilevato che un quinto degli anziani statunitensi assumeva analgesici almeno più volte alla settimana e che due terzi di essi avevano assunto analgesici da banco per > 6 mesi. Fra i residenti di case di assistenza, una percentuale compresa tra il 49 e l'83% ha riportato importanti problemi di dolore

The Merck Manual of Geriatrics

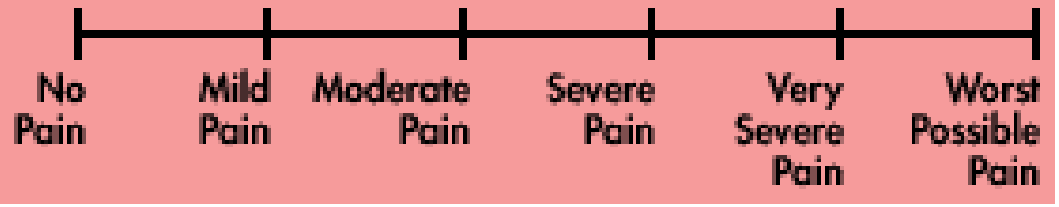
L'ENTITA' DEL PROBLEMA

- Dolore da cancro: 80%. La maggior parte dei pz con cancro avanzato accusa più tipi di dolore, di cui si stima 67% sia conseguenza della neoplasia e 25% del trattamento
- Dolore "benigno": prevalenza 67-80% nei soggetti >65 aa. Nei residenti in NH 45-80%, la metà dei quali ha dolore ogni giorno
- Malattie associate: lombalgia da spondiloartrosi, artrosi, pregresse fratture, artrite reumatoide, polimialgia reumatica, malattia di Paget, neuropatie periferiche, AOCP, malattia coronarica, dolore neuropatico associato a stroke, Herpes Zooster, diabete, nevralgia trigeminale

Drugs Aging, 2003

VALUTAZIONE DEL DOLORE

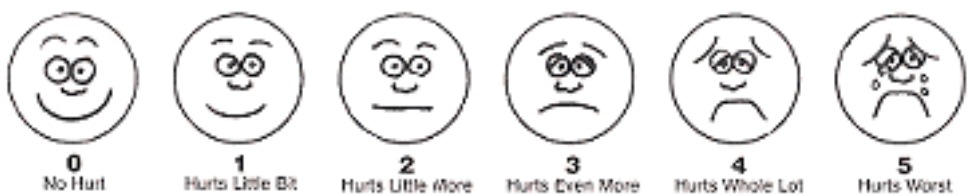
Simple Descriptive Pain Intensity Scale



0-10 Numeric Pain Distress Scale

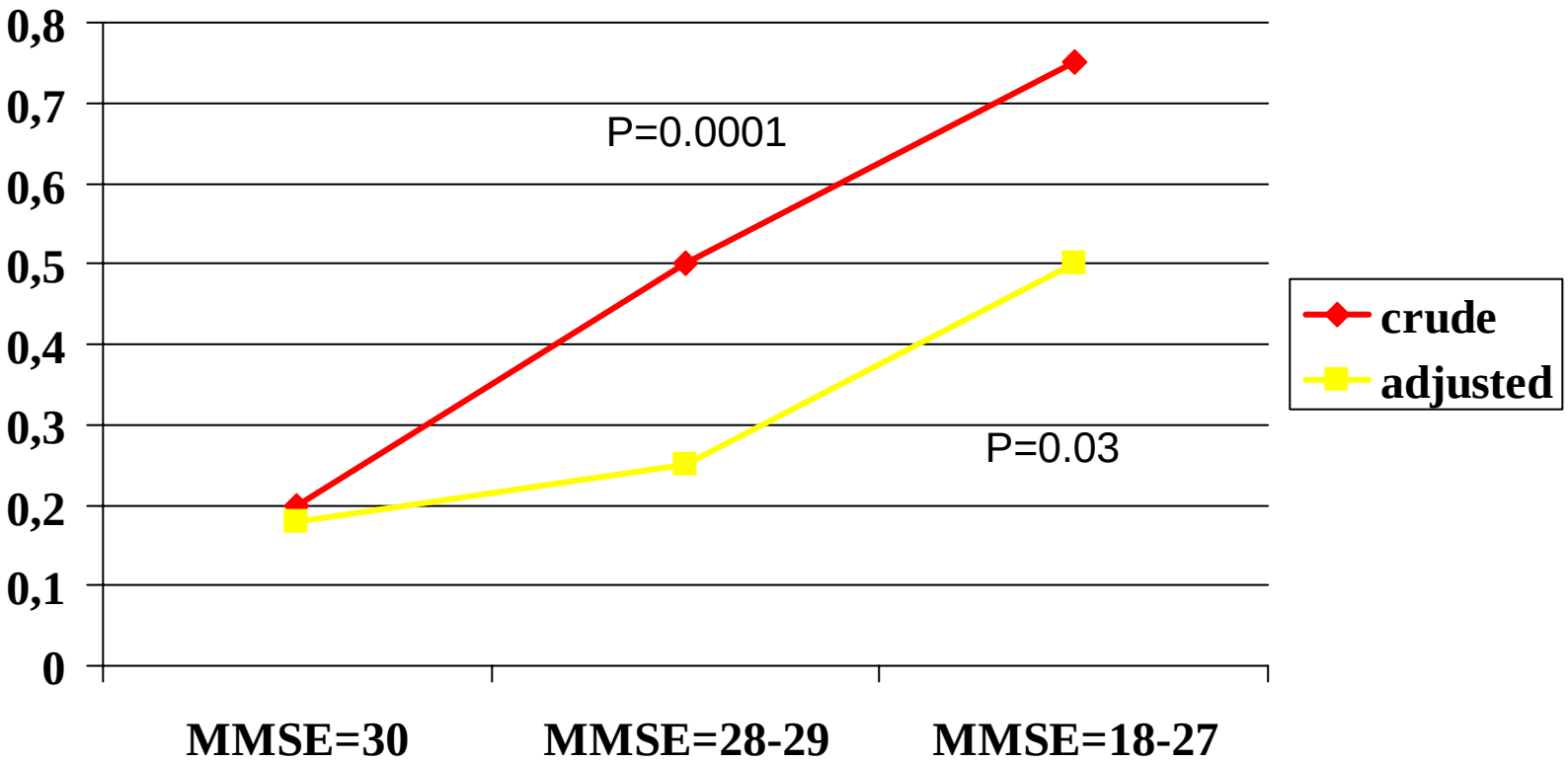
10 cm Visual Analog Scale (VAS)

Wong-Baker FACES Pain Rating Scale



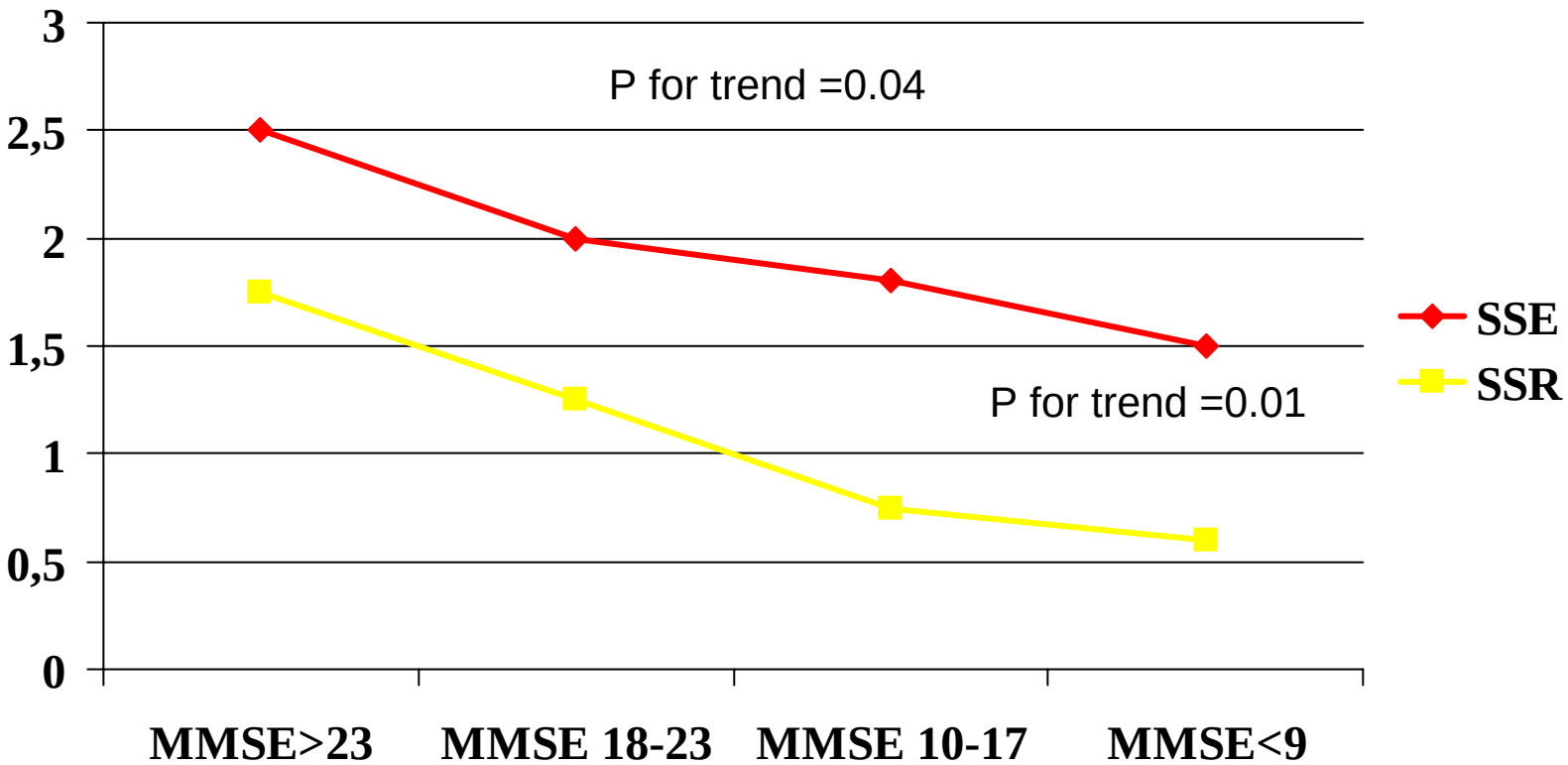
DOLORE E COGNITIVITA’

Differenza dei sintomi somatici (dolore spontaneo) in relazione ai valori di MMSE



Frisoni GB, Fedi V, Geroldi C, Trabucchi M
Behav Med 1999

Numero dei sintomi somatici in relazione ai valori di MMSE in un campione di 261 dementi



SSE= dolore evocato

SSR= dolore spontaneo

Frisoni GB, Fedi V, Geroldi C, Trabucchi M
Behav Med 1999

Age and Ageing 2003; **32:** 248–251 © Age and Ageing Vol. 32 No. 3 © 2003, British Geriatrics Society. All rights reserved.

REVIEW

Experience assessment and management of pain in people with dementia

MARIA FRAMPTON

Table 2. Non-verbal cues in expression of pain [18]

Agitation
Repetitive verbalisation/shouting
Fluctuating cognition
Falls/withdrawal
Decreasing functional ability
Sweating
Tachycardia/raised BP

A Program to Use Pain Control Medication to Reduce Psychotropic Drug Use in Residents With Difficult Behavior

M Douzjian, C Wilson, M Shultz, J Berger, J Tapnio, V Blanton

Nursing Home Medicine, April '98

An informal study using pain medication orders for 650 mg of acetaminophen three times a day in 10 residents with difficult behavior, who were also on psychotropic medication, was conducted in a 60-bed skilled nursing facility. Results showed that behavioral symptoms decreased 63% when measured with the Psychotropic Summary Sheet tool comparing monthly tallies of episodes of specific monitored behaviors. Seventy-five percent of psychotropic medications were discontinued.

DOLORE E DEPRESSIONE

Onder G et al

"Association between pain and depression among older adults in Europe: results from the Aged in Home Care (AdHOC) project: a cross-sectional study"

J Clin Psychiatry, 2005

- AdHOC database: 11 Paesi dal 2001 al 2003; >3900 soggetti, età media 82.3 aa
- Dolore nei 7 giorni precedenti la valutazione
- Depressione = score $\geq$3 alla MDSDRS
- 59.9% ha dolore
- Depressione in 11.3% dei soggetti senza dolore e 19.5% dei soggetti con dolore ($p<.001$)

Nickel MK et al

“Changes in instrumental activities of daily living disability after treatment of depressive symptoms in elderly women with chronic muscoloskeletal pain: a double blind, placebo-controlled trial”

Aging Clin Exp Res, 2005

---

30 donne affette da dolore cronico di origine muscolo-scheletrica, età 70-79 anni, valutate con CES-D e IADL.

La terapia farmacologica della depressione migliora l’autonomia nelle IADL dopo 8 settimane in modo significativo nel gruppo trattato ($p<0.01$).

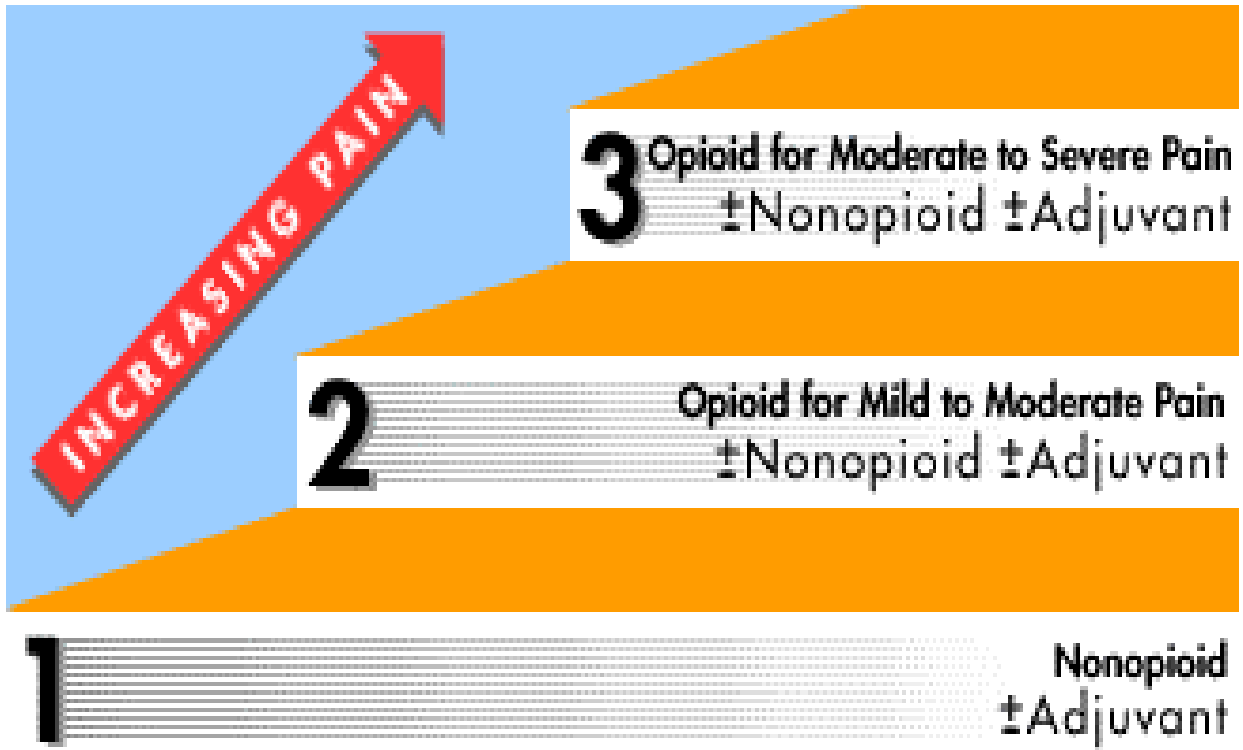
Nickel MK et al

"New hope in the treatment of painful symptoms in depression"

Curr Opin Invest Drugs, 2003

Depression is increasingly seen as a triad of psychological, somatic and physical symptoms that all need to be treated to achieve maximal remission. In primary care, physical symptoms such as pain, are the principal presenting symptoms, and a common psychopharmacology between pain and depression suggests that compounds that inhibit the reuptake of both serotonin and norepinephrine are likely to produce the greatest relief from depression and chronic pain. Recent, principally open, trials with members of the new selective serotonin and norepinephrine reuptake inhibitor class of antidepressants such as venlafaxine, milnacipran and duloxetine, suggest that these compounds may be effective in relieving pain both associated with, and independent of depression.

TERAPIA DEL DOLORE



World Health Organization Pain Ladder

TERAPIA DEL DOLORE CRONICO

DOLORE LIEVE

- Aspirina 600 mg/4 h o altro FANS
- Paracetamolo 1 g/8 h

DOLORE MODERATO

- Codeina 60 mg/4 h + Paracetamolo
- Tramadolo 100 mg/8 h

DOLORE SEVERO

- Morfina 5-10 mg/4 h (dose iniziale)
- Associare FANS
- Associare adiuvanti

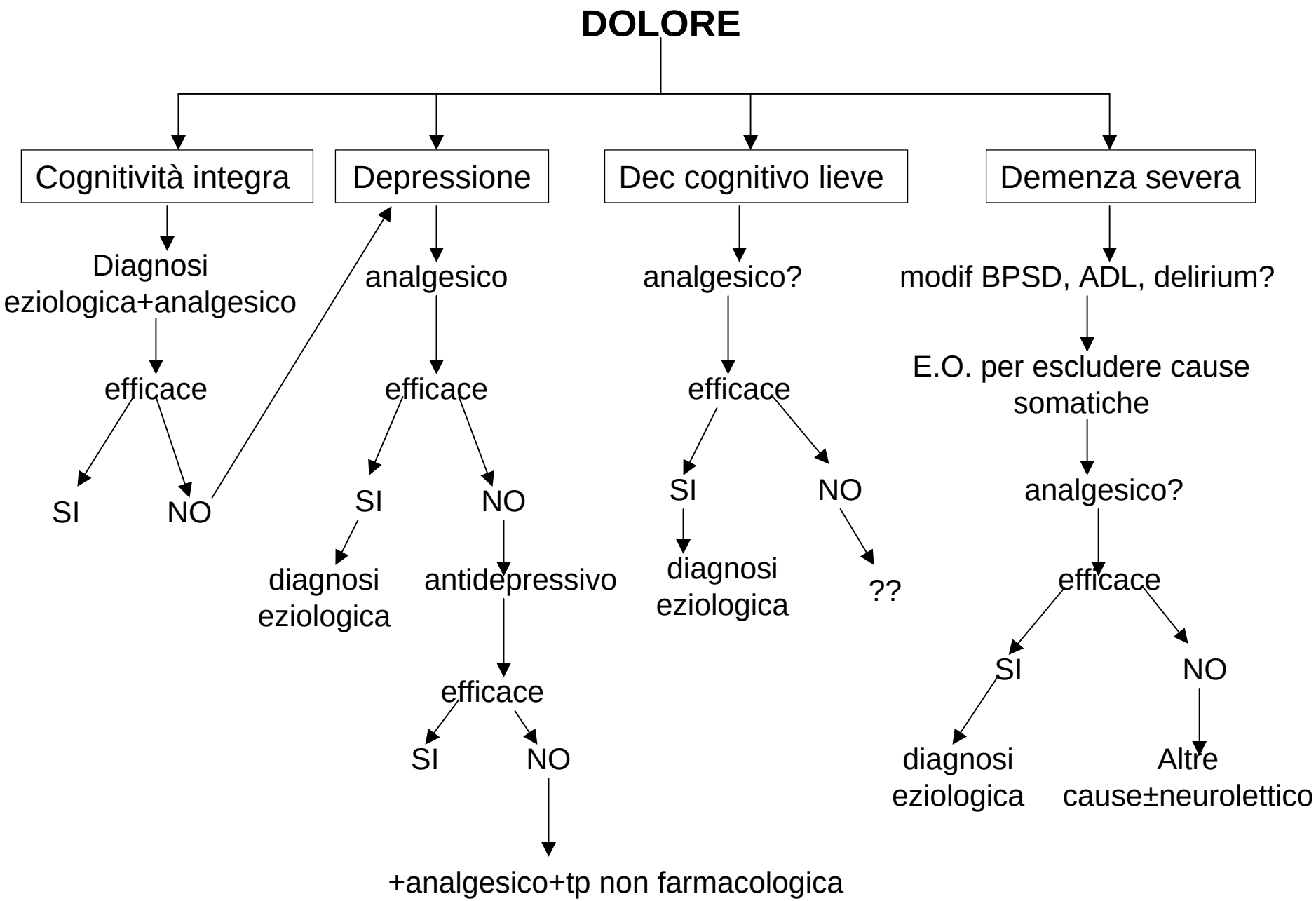
(O'Neil "ABC of palliative care" BMJ, 1997)

QUALE TERAPIA PER QUALE DOLORE E PER QUALE PAZIENTE?

E’ POSSIBILE TROVARE UN “METODO”??

VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

1. **Storia personale, clinica e sociale**
2. **Stato funzionale**
3. **Comorbilità**
4. **Cognitività**
5. **Affettività**
6. **Quadro obiettivo**
7. **Dolore (intensità, durata, carattere, modalità di insorgenza, fattori scatenanti e che lo alleviano, ecc)**


DOLORE
Cognitività integra
Depressione
Dec cognitivo lieve
Demenza severa
Diagnosi eziologica+analgesico
efficace
SI
NO
analgesico
efficace
SI
NO
diagnosi eziologica
antidepressivo
efficace
SI
NO
+analgesico+tp non farmacologica
analgesico?
efficace
SI
NO
diagnosi eziologica
??
modif BPSD, ADL, delirium?
E.O. per escludere cause somatiche
analgesico?
efficace
SI
NO
diagnosi eziologica
Altre cause±neurolettico

CONCLUSIONI (I)

- la VMD dovrebbe prendere in esame il problema dolore, verosimilmente dopo le altre variabili
- il dolore è una sensazione soggettiva e quindi DEVO valutare e trattare tale sensazione così come è percepita
- nei soggetti cognitivamente integri e non clinicamente depressi bisognerebbe fare una diagnosi eziologica e trattare il dolore; se non è efficace si rivaluterà l'ipotesi di depressione subclinica

CONCLUSIONI (II)

- nei soggetti con decadimento cognitivo lieve o con depressione si dovrebbe COMUNQUE provare a trattare il sintomo; solo se l'analgesico non è efficace si potrà concludere che si tratta di "dolore cognitivo" o "affettivo"
- nei soggetti con demenza grave un incremento dei BPSD, un delirium o una modificazione dello stato funzionale dovrebbe essere considerata dolore fino a prova contraria (salvo rilievo clinico evidente, tipo disidratazione, stipsi, dispnea, ecc); provare a somministrare un analgesico e se non è efficace cercare un'altra causa

"C'è un solo dolore che
può essere sopportato con
facilità:
quello degli altri"

René Leriche