



# Dolore cronico da osteoartrosi e disturbi del tono dell'umore nell'anziano

## Chronic pain due to osteoarthritis and mood disorders in the elderly

C. CORNALI<sup>\* \*\*</sup>, S. FRANZONI<sup>\* \*\*</sup>, S. GATTI<sup>\*\*</sup>, I. DI FAZIO<sup>\* \*\*</sup>, M. TRABUCCHI<sup>\*\*</sup>

<sup>\*</sup> Istituto di Riabilitazione Geriatrica, Centro Medico Richiedei, Palazzolo s/O, Brescia;

<sup>\*\*</sup> Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

**Aim:** Evaluation of patients' characteristics associated with poor response to therapy for chronic pain due to osteoarthritis.

**Setting and Patients:** Seventy patients, admitted to a Geriatric Rehabilitation Unit, with chronic pain due to osteoarthritis were studied (age  $78.3 \pm 6.5$  years, 91.4% female; mean time of observation  $30.4 \pm 6.7$  days).

**Methods:** Patients underwent a geriatric multidimensional assessment. Pain was measured day-by-day through the Numeric Pain Intensity Scale (NPIS, range 0-10). To verify the outcome of pain control on discharge the subjects were divided in three groups, according to NPIS-score of the last day of observation (NPISd): 0-2 complete (n. 20), 3-4 moderate (n. 28), 5-10 low pain control (n. 22).

**Results:** The three groups are not different according to age, cognitive and functional status, and gait abilities. Treatments are similar in the three groups. Subjects with NPISd 5-10 have a higher pain on admission and a greater percentage declare pain at rest, but the physicians judge their severity of osteoarthritis lower than other groups' one. They have a dysthymic disorder in a higher percentage than subjects with NPISd 0-2 or 3-4, which are affected in prevalence by adjustment disorders.

**Conclusion:** One third of old patients with chronic pain due to osteoarthritis have poor control of the symptom after one month of rehabilitative treatment. This failure is not due to somatic factors, but probably to the presence of specific mood disorders, such as dysthymia.

**Key words:** Pain • Mood disorders • Osteoarthritis • Dysthymia

## Introduzione

Studi epidemiologici hanno dimostrato che il 25-50% delle persone anziane riferiscono dolore, un soggetto su cinque assume farmaci analgesici regolarmente e, fra questi, il 63% assume farmaci per oltre sei mesi<sup>1</sup>. Nonostante l'evidenza che il dolore può essere alleviato nel 90% dei casi, tale sintomo continua ad essere sotto-diagnosticato e trattato in modo insufficiente. La cura inadeguata del dolore comporta un peso sia dal punto di vista soggettivo, in termini di disabilità e qualità della vita, sia sul versante economico in quanto



si traduce in spese inadeguate e spreco di risorse sanitarie; i pazienti con dolore cronico utilizzano, infatti, i servizi sanitari 5 volte di più rispetto al resto della popolazione, con un numero maggiore di ricoveri, ri-ospedalizzazioni e degenze più lunghe.

In letteratura è sempre maggiore l'attenzione verso l'identificazione di fattori modificabili che possono modulare l'origine del dolore, per delineare approcci terapeutici più appropriati; a tal fine, è necessario identificare i soggetti che rischiano di non ottenere alcun beneficio dai trattamenti antalgici. Ad esempio, non esistono dati precisi sulla percentuale di *non-responders* alla terapia analgesica nell'artrosi, ma alcuni studi hanno riconosciuto come variabili correlate alla scarsa efficacia del trattamento l'età, la disabilità funzionale, il tono dell'umore depresso e il ritiro sociale<sup>2-4</sup>. In particolare, la depressione negli anziani è fortemente associata a sintomi somatici<sup>5</sup>, sebbene la relazione con il dolore cronico sia particolarmente complessa e rimanga tuttora non chiara<sup>6</sup>.

L'obiettivo di questo studio è stato definire fattori clinici associati alla scarsa risposta al trattamento del dolore su un campione di pazienti anziani ricoverati in un setting riabilitativo, ponendo particolare attenzione ai distinti aspetti psichiatrici dei disturbi con tono dell'umore depresso. È stato considerato specificatamente il dolore nocicettivo indotto da osteoartrosi, poiché tale patologia è presente in oltre l'80% delle persone anziane ed è la principale causa di dolore negli ultra-sessantacinquenni<sup>7</sup>.

## Metodi

L'Istituto di Riabilitazione Geriatrica (IDRG) del Centro Medico "Richiedei" (Palazzolo s/O – Brescia) ha 35 posti letto, dove soggetti di età superiore a 65 anni sono ricoverati per una progressiva perdita dell'autonomia nelle attività della vita quotidiana a causa di malattie croniche o subacute (ortopediche, neurologiche e cardiorespiratorie), ovvero per disabilità catastrofica secondaria a eventi internistici o interventi chirurgici. Tra i 538 pazienti ricoverati consecutivamente tra il Dicembre 2003 e il Maggio 2005, 70 soggetti sono stati inclusi in un protocollo di ricerca sul dolore cronico da osteoartrosi (età media  $78,3 \pm 6,5$  anni, 91,4% donne). Criteri di esclusione all'arruolamento sono stati il decadimento cognitivo moderato-

severo (*Mini-Mental State Examination* – MMSE  $\leq 18/30$ ), afasia, grave ipovisus, recente intervento ortopedico, fratture vertebrali, dolore neuropatico e oncologico. Le donne rappresentano la quasi totalità del campione, ma non si sono rilevate differenze tra le variabili cliniche e la sintomatologia dolorosa dei soggetti di sesso femminile e maschile (dati non riportati).

Il protocollo di ricerca valuta le caratteristiche dei pazienti, l'approccio terapeutico e i risultati del trattamento del dolore cronico da artrosi. Sono stati raccolti i dati demografici, dell'anamnesi, degli esami obiettivi ed ematochimici, delle prescrizioni terapeutiche farmacologiche e non.

Fra le informazioni riguardo al dolore, sono state considerate la sede (schiena, arti inferiori, poliarticolare), la durata dell'esacerbazione (mesi) e il tipo (a riposo o durante attività). Il grado di dolore è stato misurato con la *Numeric Pain Intensity Scale* (NPIS)<sup>8</sup>, che permette al paziente di riportare l'intensità del sintomo su una scala numerata: 0 = dolore assente, 5 = moderato, 10 = al massimo grado di severità. Un punteggio di 2 o 3 corrisponde a un dolore lieve, superiore a 7 a un dolore grave. Lo strumento è stato sottoposto quotidianamente ai pazienti da medici addestrati, a partire dal momento dell'arruolamento fino alla dimissione dall'IDRG (periodo medio di osservazione  $30,4 \pm 6,7$  giorni; range 10-45). Per analizzare il risultato della riduzione del dolore, il campione è stato suddiviso in tre gruppi in base allo score del NPIS nell'ultimo giorno di osservazione (NPISd): 0-2 controllo antalgico completo (n. 20; 28,6%), 3-4 moderato (n. 28; 40%), 5-10 scarso (n. 22; 31,4%).

Alla dimissione, la gravità dell'osteoartrosi è stata definita dal personale medico con una scala derivata dal *Greenfield's Individual Disease Severity Index*<sup>9</sup>: 0 = malattia assente, 1 = asintomatica (riscontrata casualmente mediante radiografia), 2 = sintomatica, ma controllata da terapia, 3 = sintomatica non controllata da terapia, 4 = al massimo grado di severità (anchilosi).

Durante la degenza, i soggetti hanno ricevuto differenti approcci terapeutici al dolore, secondo le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e dell'*American Geriatric Society*<sup>3</sup>: fisiokinesiterapia, terapia fisica (ultrasuoni, *transcutaneous electrical nerve stimulation* – TENS), analgesici e farmaci adiuvanti, in particolare antidepressivi (Inibitori Selettivi del Reuptake della Serotonina – SSRI).

Accanto alla valutazione del dolore muscolo-

scheletrico, i pazienti sono stati sottoposti all'ingresso e alla dimissione a un *assessment* geriatrico multidimensionale. Lo stato cognitivo è stato analizzato con il MMSE (0 = decadimento cognitivo severo, 30 = assente)<sup>10</sup> e i sintomi depressivi con la *Geriatric Depression Scale* (GDS versione a 15 item, 0 = assenti, 15 = sintomi severi)<sup>11</sup>. I differenti tipi di disturbi del tono dell'umore sono stati diagnosticati secondo le categorie nosografiche del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*<sup>12</sup>. L'instabilità posturale e il rischio di caduta sono stati definiti con la Scala equilibrio e andatura di Tinetti (0 = deficit grave, 28 = assente; > 19 = basso rischio di caduta)<sup>13</sup>, mentre lo stato funzionale con l'Indice di Barthel (80-100 = autonomia nelle attività di base della vita quotidiana, 60-79 = necessità di assistenza minima, 40-59 = dipendenza parziale, 20-39 = dipendenza severa, 0-19 = dipendenza completa)<sup>14 15</sup>.

La gravità delle malattie somatiche è stata documentata con l'Indice di Greenfield<sup>9</sup>, che identifica 16 delle condizioni cliniche prevalenti nell'anziano (cardiopatia ischemica e valvolare, scompenso cardiaco da cause extracardiache, aritmie, ipertensione arteriosa sistemica, vasculopatie cerebrali e periferiche, diabete mellito, malattie respiratorie, renali, epatiche, muscoloscheletriche, gastrointestinali, tumori, anemia e parkinsonismi), attribuendo loro un punteggio da 0 (patologia assente) a 4 (patologia al massimo grado di severità). Il *Burden of Disease* (BOD) è un indicatore di comorbidità, calcolato come la somma degli score di ciascuna condizione clinica (range 0-64)<sup>16</sup>.

L'analisi statistica è stata effettuata mediante il software *Statistical Package for Social Science* 8.0 (SPSS for Windows; Chicago, IL). Le variabili qualitative sono state espresse in percentuale, quelle quantitative come media  $\pm$  deviazione standard. Le differenze fra gruppi sono state analizzate con test non-parametrici: Kruskal-Wallis per variabili indipendenti continue e Chi-square per quelle ordinali. Inoltre, per valutare i risultati dei trattamenti prescritti durante la degenza, sono stati confrontati i punteggi di ingresso con quelli di dimissione delle scale NPIS, Indice di Barthel, Scala di Tinetti e GDS; la significatività statistica è stata esplorata con il test non-parametrico di Wilcoxon per dati appaiati. I risultati sono stati considerati statisticamente significativi a valori di  $p < 0,05$ . Analisi di regressione non sono state effettuate a causa della bassa numerosità del campione.

## Risultati

In Tabella I sono presentate le caratteristiche cliniche e demografiche dei pazienti suddivisi in tre gruppi in base al diverso raggiungimento del controllo del dolore alla dimissione dall'IDRG: non si osservano differenze per quanto riguarda l'età, il sesso, lo stato cognitivo-funzionale e le abilità motorie. L'autonomia nelle attività di base della vita quotidiana non è molto compromessa: all'ingresso tutti i pazienti sono quasi completamente indipendenti, ma alla dimissione si ha un ulteriore miglioramento solo nel gruppo con NPISd 0-2, mentre negli altri due gruppi è probabile che vi sia un effetto tetto dei punteggi dell'Indice di Barthel. La Scala di Tinetti indica un parziale rischio di caduta, che si riduce alla dimissione in tutti i soggetti. Coloro che presentano i più alti punteggi di NPISd sono affetti da una minor comorbidità somatica.

Se consideriamo le variabili psico-sociali, i pazienti del gruppo NPISd 5-10 presentano una maggior fragilità: il 55% vive solo e il 50% è affetto da un disturbo distimico. Anche i soggetti degli altri due gruppi presentano diagnosi psichiatriche, ma con una prevalenza del disturbo dell'adattamento con tono dell'umore depresso. Considerando isolatamente i sintomi depressivi, non vi sono differenze nei gruppi né all'ingresso né alla dimissione: tutti ottengono una riduzione dei punteggi di GDS durante la degenza, ma tale cambiamento non è statisticamente significativo in coloro che mantengono i più alti score di NPISd.

La Tabella II mostra le caratteristiche del dolore nel campione suddiviso: i pazienti con NPISd 5-10 riferiscono i più alti punteggi anche all'ingresso e un terzo di loro lamenta dolore a riposo. Non si hanno, invece, differenze in base alla sede e alla durata di esacerbazione delle algie. Contrariamente a quanto riportato dai pazienti, i medici dell'IDRG giudicano la severità dell'osteartrosi del gruppo NPISd 5-10 meno grave rispetto a quella degli altri due gruppi. Gli approcci terapeutici sono sovrapponibili in tutto il campione: oltre il 50% ha partecipato alla fisioterapia motoria ed è stato sottoposto a terapia fisica; la prescrizione di analgesici aumenta da valori medi del 30% all'ingresso al 50% alla dimissione, e durante la degenza raggiunge percentuali del 85-90% (dati non mostrati in Tabella). Farmaci adiuvanti antidepressivi sono assunti soprattutto dai soggetti dei due gruppi con punteggi di NPISd più elevati.

Considerando l'intera popolazione suddivisa in

**Tab. I.** Caratteristiche demografiche, stato cognitivo e funzionale dei 70 pazienti suddivisi in base ai punteggi della *Numeric Pain Intensity Scale* (NPIS) alla dimissione dall'Istituto di Riabilitazione Geriatrica.

	0-2 n. 20	NPIS-score alla dimissione		p
		3-4 n. 28	5-10 n. 22	
		Media $\pm$ D.S. o No.(%)		
Età (anni)	79,6 $\pm$ 6,3	77,3 $\pm$ 6,8	78,5 $\pm$ 6,4	0,562
Sesso (F)	17 (85,0)	26 (92,9)	21 (95,5)	0,453
Scolarità (anni)	5,5 $\pm$ 3,3	5,3 $\pm$ 1,9	4,7 $\pm$ 1,9	0,509
Non coniugato o vedovo	14 (70,0)	22 (78,6)	20 (90,9)	0,232
Vive solo	6 (30,0)	3 (10,7)	12 (54,5)	0,004
Disturbi psichiatrici				0,000
distimia	–	3 (10,7)	11 (50,0)	
disturbo dell'adattamento	11 (55,0)	18 (64,3)	6 (27,3)	
<i>Mini-Mental State Examination</i>	23,9 $\pm$ 4,2	24,8 $\pm$ 4,0	24,1 $\pm$ 4,2	0,729
<i>Geriatric Depression Scale</i>				
ingresso	6,1 $\pm$ 3,5	6,7 $\pm$ 3,1	7,1 $\pm$ 3,7	0,571
dimissione	5,0 $\pm$ 3,6 <sup>a</sup>	5,4 $\pm$ 2,9 <sup>b</sup>	6,3 $\pm$ 4,1 <sup>c</sup>	0,503
Indice di Barthel				
ingresso	79,2 $\pm$ 18,5	86,1 $\pm$ 16,8	89,4 $\pm$ 11,6	0,248
dimissione	86,4 $\pm$ 14,1 <sup>a</sup>	88,5 $\pm$ 11,8 <sup>b</sup>	89,5 $\pm$ 11,6 <sup>c</sup>	0,825
Scala di Tinetti				
ingresso	16,9 $\pm$ 4,0	18,3 $\pm$ 6,2	18,0 $\pm$ 5,3	0,397
dimissione	21,6 $\pm$ 4,0 <sup>a</sup>	21,9 $\pm$ 5,0 <sup>b</sup>	20,5 $\pm$ 5,5 <sup>c</sup>	0,682
No.malattie somatiche	6,4 $\pm$ 1,6	5,3 $\pm$ 1,5	4,6 $\pm$ 1,9	0,007
<i>Burden of Disease</i>	10,4 $\pm$ 2,6	9,3 $\pm$ 3,9	8,1 $\pm$ 3,6	0,056
Periodo di osservazione (giorni)	28,6 $\pm$ 7,6	31,1 $\pm$ 5,7	31,1 $\pm$ 6,9	0,491

**Note**

*P* rappresenta la significatività ai test di Kruskal-Wallis e Chi-square tra i gruppi suddivisi in base al NPIS di dimissione.

Significatività al test di Wilcoxon per la differenza dei punteggi tra ingresso e dimissione:

*Geriatric Depression Scale:* a = .020 b = .003 c = .101

*Indice di Barthel:* a = .021 b = .133 c = .605

*Scala di Tinetti:* a = .000 b = .001 c = .000

tre gruppi in base alla diagnosi di disturbo depressivo e valutando il cambiamento giorno per giorno dei valori di NPIS, si osserva che i punteggi dei pazienti eutimici (n. 21) e di coloro affetti da disturbo dell'adattamento (n. 35) sono sostanzialmente sovrapposti nel corso della degenza, mentre gli score dichiarati dai distimici (n. 14) sono simili agli altri due gruppi inizialmente (NPIS all'ingresso: distimia 9,0  $\pm$  1,5 vs. disturbo dell'adattamento 8,3  $\pm$  1,8 vs. eutimia 7,9  $\pm$  2,3;  $p = 0,340$ ), ma decrescono poi con una minor pendenza. Infatti, in 10° giornata i pazienti distimici riferiscono punteggi medi di NPIS significativamente più alti degli altri soggetti (7,1  $\pm$  1,1 vs. 5,6  $\pm$  2,1 vs. 5,6  $\pm$  1,9 rispettivamente;  $p = 0,020$ ) e tale differenza è maggiore alla dimissione (5,9  $\pm$  1,7 vs. 3,5  $\pm$  1,9 vs. 2,9  $\pm$  2,1 rispettivamente;  $p = 0,000$ ).

**Discussione**

Questo studio in soggetti anziani con dolore cronico da osteoartrosi ricoverati in un setting riabilitativo geriatrico ha permesso di osservare che pazienti affetti da distimia raggiungono uno scarso controllo analgesico dopo un mese di terapia specifica, rispetto a soggetti eutimici o con altra diagnosi di disturbo del tono dell'umore. L'associazione tra dolore e sintomi depressivi è già stata descritta in letteratura: la depressione ha elevata incidenza tra i soggetti con dolore cronico, correla con una maggior severità soggettiva del dolore, più bassi livelli di autonomia fisica e sociale, scarsa qualità della vita, ha un effetto negativo sulla *compliance* alla terapia, sulla durata della degenza ospedaliera, sull'uso di servizi sanitari, sui costi e l'efficacia della riabilitazione<sup>17 18</sup>.

**Tab. II.** Assessment del dolore cronico indotto da osteoartrosi e terapia antalgica nei 70 pazienti, suddivisi in base alla *Numeric Pain Intensity Scale* (NPIS) alla dimissione dall'Istituto di Riabilitazione Geriatrica.

		NPIS-score alla dimissione			p
		0-2 n. 20	3-4 n. 28 Media ± D.S. o N. (%)	5-10 n. 22	
<i>Numeric Pain Intensity Scale</i>					
	ingresso	7,5 ± 2,1	8,3 ± 1,9	9,2 ± 1,3	0,011
	dimissione	1,2 ± 0,8 <sup>a</sup>	3,6 ± 0,5 <sup>b</sup>	6,4 ± 1,2 <sup>c</sup>	0,000
Sede del dolore					0,819
	rachide dorso-lombare	8 (40,0)	12 (42,9)	11 (50,0)	
	arti inferiori	3 (15,0)	6 (21,4)	5 (22,7)	
	poliarticolare	9 (45,0)	10 (35,7)	6 (27,3)	
Durata esacerbazione del dolore (mesi)		4,2 ± 7,1	3,2 ± 2,9	5,8 ± 8,3	0,573
Presenza di dolore a riposo		1 (5,0)	2 (7,1)	7 (31,8)	0,017
Severità dell'osteoartrite					0,079
	controllata da terapia	15 (75,0)	21 (75,0)	21 (95,5)	
	non controllata da terapia	5 (25,0)	7 (25,0)	1 (4,5)	
Prescrizione di fisiokinesiterapia		11 (55,0)	18 (64,3)	13 (59,1)	0,806
Prescrizione di terapia fisica		10 (50,0)	18 (64,3)	12 (54,5)	0,588
Prescrizione di farmaci analgesici					
	ingresso	7 (35,0)	8 (28,6)	8 (36,4)	0,820
	dimissione	11 (55,0) <sup>d</sup>	15 (53,6) <sup>e</sup>	12 (54,5) <sup>f</sup>	0,995
Prescrizione di farmaci antidepressivi		8 (40,0)	20 (71,4)	15 (68,2)	0,065

## Note

<sup>a</sup> Severità dell'osteoartrite = valutata da medico dell'IDRG con l'*Individual Disease Severity Index di Greenfield's*.

P rappresenta la significatività ai test di Kruskal-Wallis e Chi-square tra i gruppi suddivisi in base al NPIS di dimissione.

Significatività al test di Wilcoxon per la differenza dei punteggi tra ingresso e dimissione:

NPIS: a = 0,000 b = 0,000 c = 0,000

Significatività al Chi-square test per la differenza delle prevalenze tra ingresso e dimissione:

Farmaci analgesici: d = 0,340 e = 0,103 f = 0,367

Non esistono studi prospettici che abbiano permesso di determinare se i sintomi depressivi sono il risultato del dolore muscoloscheletrico o fattori causali, ma è possibile supporre una sovrapposizione di meccanismi patogenetici.

Si sono considerate due ipotesi esplicative dell'associazione tra disturbi depressivi, dolore e scarsa risposta al trattamento antalgico: l'ipotesi biologica e quella psicologica. Da un lato, i ricercatori che studiano la biologia del dolore hanno descritto come la serotonina e la noradrenalina (gli stessi neurotrasmettitori coinvolti nella patogenesi depressiva) modulino la percezione dei segnali algici periferici, mediando un *feedback* bidirezionale tra i sistemi centrali di elaborazione del dolore e gli stimoli nocicettivi afferenti<sup>19</sup>. Un'alterazione di questi sistemi neuromolecolari determinerebbe sia i disturbi del tono dell'umore sia anomalie della percezione dolorifica. Tale osservazione è confermata da studi che dimostrano l'utilità di farmaci antide-

pressivi con duplice inibizione del *reuptake* noradrenergico e serotonergico nel trattamento dei sintomi somatici dei disturbi del tono dell'umore, in particolare del dolore<sup>20</sup>.

La seconda ipotesi prende in considerazione le strategie di *coping*. Uno studio recente ha rilevato che pazienti anziani utilizzano un'ampia variabilità di metodi per affrontare il dolore cronico, in funzione della personalità, di precedenti esperienze di sofferenza e del contesto storico-culturale<sup>21</sup>. In conseguenza, poiché i soggetti depressi tendono a leggere negativamente gli eventi della vita, sono portati più facilmente a interpretare una sensazione fisica come più penosa di quanto in realtà essa sia.

Nel 1986, Dworkin et al. concludevano che vi sono differenti tipi di disturbi del tono dell'umore, ugualmente rilevanti per quanto riguarda il dolore cronico, ma confrontare solo soggetti depressi con non-depressi può essere un approccio troppo semplicistico<sup>22</sup>. A tale proposito,

pazienti con disturbo dell'adattamento o con distimia rappresentano due differenti categorie di soggetti. Il disturbo dell'adattamento è una reazione disadattativa a un evento stressante, mentre la distimia è caratterizzata da un temperamento disforico e da una naturale tendenza a sviluppare un tono dell'umore depresso. In questa prospettiva, un tratto del paziente distimico è quello definito dalla letteratura anglosassone come "catastrophizing", ossia l'incapacità a persistere in strategie di coping, l'eccessiva preoccupazione per il futuro e la tendenza a percepire il dolore e le situazioni della vita individuale come opprimenti. Il *catastrophizing* rappresenta un importante mediatore tra umore depresso ed esperienza dolorosa<sup>17</sup>. Negli individui distimici il dolore indotto da osteoartrosi riveste solo il ruolo di pretesto per dare espressione a una

sensazione interiore preesistente di discomfort, mentre nei soggetti con disturbo dell'adattamento il dolore muscoloscheletrico è l'evento stressante, incipit necessario, che viene distorto in un senso di ineluttabilità e disperazione. Quest'interpretazione permette di fare alcune deduzioni terapeutiche. Il disturbo dell'adattamento ha generalmente una prognosi positiva, per cui ci si può aspettare che il dolore e, in conseguenza, la depressione possano essere ridotti da un adeguato trattamento analgesico e un minimo supporto neurofarmacologico. Al contrario, la distimia ha una prognosi più negativa: il 25% dei pazienti non riesce mai a ottenere un completo recupero dei sintomi psichiatrici<sup>23</sup>, e poiché in questi casi il dolore è un marker di discomfort psicologico, è resistente alle cure antalgiche e riabilitative.

**Oggetto:** Valutare le caratteristiche cliniche associate alla scarsa risposta alla terapia antalgica in pazienti affetti da dolore cronico da osteoartrosi.

**Setting e pazienti:** Sono stati studiati settanta pazienti ricoverati in un Istituto di Riabilitazione Geriatrica e affetti da dolore cronico da osteoartrosi (età 78,3 ± 6,5 anni, 91,4% donne; periodo medio di osservazione 30,4 ± 6,7 giorni).

**Metodi:** I pazienti sono stati sottoposti a un assessment geriatrico multidimensionale. Il dolore è stato misurato quotidianamente con la *Numeric Pain Intensity Scale* (NPIS, range 0-10). Per analizzare il risultato della terapia analgesica alla dimissione, i soggetti sono stati suddivisi in tre gruppi, in base a NPIS-score dell'ultimo giorno di osservazione (NPISd): 0-2 completo controllo del dolore (n. 20), 3-4 moderato (n. 28), 5-10 scarso controllo del dolore (n. 22).

**Risultati:** I tre gruppi non differiscono per età,

stato cognitivo-funzionale né abilità motorie. Il trattamento antalgico è stato simile nei tre gruppi. I soggetti con NPISd 5-10 riferiscono maggior dolore all'ingresso e una più alta percentuale di dolore a riposo, sebbene i medici giudichino la severità della loro osteoartrosi inferiore rispetto agli altri gruppi. I pazienti con scarso controllo del dolore sono affetti da distimia in prevalenza superiore rispetto ai gruppi con NPISd 0-2 o 3-4, che presentano soprattutto disturbi dell'adattamento con tono dell'umore depresso.

**Conclusioni:** Un terzo di pazienti anziani con dolore cronico da osteoartrosi ha uno scarso controllo dei sintomi dopo un mese di trattamento riabilitativo. La scarsa risposta non è determinata da fattori somatici, ma probabilmente dalla presenza di specifici disturbi del tono dell'umore, come la distimia.

**Parole chiave:** Dolore • Depressione • Artrosi • Distimia

## BIBLIOGRAFIA

- Elliott AM, Smith BH, Penny KI, Smith WC, Chambers WA. *The epidemiology of chronic pain in the community*. Lancet 1999;354:1248-52.
- Cronan TA, Shaw WS, Gallagher RA, Weisman M. *Predicting health care use among older osteoarthritis patients in an HMO*. Arthritis Care Res 1995;8:66-72.
- AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. *The management of persistent pain in older persons*. J Am Geriatr Soc 2002;50:S205-24.
- Carrington Reid M, Williams CS, Concato J, Tinetti ME, Gill TM. *Depressive symptoms as a risk factor for disabling back pain in community-dwelling older persons*. J Am Geriatr Soc 2003;51:1710-7.
- Rozzini R, Bianchetti A, Carabellese C, Inzoli M, Trabucchi M. *Depression, life events and somatic symptoms*. Gerontologist 1988;28:229-32.
- Chaturvedi SK. *Depressed and non-depressed chronic pain patients*. Pain 1987;29:355-61.
- Herr K, Decker S. *Assessment of pain in older adults with severe cognitive impairment*. Ann Long-Term Care. Clin Care Aging 2004;12:46-52.
- McCaffery M, Pasero C, eds. *Pain: clinical manual. Second Edition*. St. Louis, MO: Mosby 1999.
- Greenfield S, Blanco DM, Elashoff RM. *Development and testing of a new index of comorbidity*. Clin Res 1987;A35:346.

- <sup>10</sup> Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. *Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician.* J Psychiatr Res 1975;12:189-98.
- <sup>11</sup> Burke WJ, Roccaforte WH, Wengel SP. *The short form of the Geriatric Depression Scale: a comparison with the 30-item form.* J Geriatr Psychiatr Neurol 1991;4:173-8.
- <sup>12</sup> American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition.* Washington, DC: American Psychiatric Association 1994.
- <sup>13</sup> Tinetti ME. *Performance-oriented assessment mobility problems in elderly patients.* J Am Geriatr Soc 1986;34:119-26.
- <sup>14</sup> Mahoney FI, Barthel DW. *Functional evaluation: the Barthel index.* Maryland State Med J 1965;14:61-5.
- <sup>15</sup> Silver MH, Jilinskaia E, Perls TT. *Cognitive functional status of age-confirmed centenarians in a population-based study.* J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 2001;56:P134-40.
- <sup>16</sup> Rozzini R, Frisoni GB, Ferrucci L, Barbisoni P, Sabatini T, Ranieri P, et al. *Geriatric Index of Comorbidity: Validation and comparison with other measures of comorbidity.* Age Ageing 2002;31:277-85.
- <sup>17</sup> Geisser ME, Robinson ME, Keefe FJ, Weiner ML. *Catastrophizing, depression and the sensory, affective and evaluative aspects of chronic pain.* Pain 1994;59:79-83.
- <sup>18</sup> Harter M, Reuter K, Weisser B, Schretzmann B, Aschenbrenner A, Bengel J. *A descriptive study of psychiatric disorders and psychosocial burdens in rehabilitation patients with musculoskeletal diseases.* Arch Phys Med Rehabil 2002;83:461-8.
- <sup>19</sup> Lin EHB, Katon W, Von Korff M, Tang L, Williams JW, Kroenke K, et al. *Effect of improving depression care on pain and functional outcomes among older adults with arthritis. A randomized controlled trial.* JAMA 2003;290:2428-34.
- <sup>20</sup> Fava M, Mallinckrodt CH, Detke MJ, Watkin JG, Wohlreich MM. *The effect of duloxetine on painful physical symptoms in depressed patients: do improvements in these symptoms result in higher remission rates?* J Clin Psychiatry 2004;65:521-30.
- <sup>21</sup> Barry LC, Kerns RD, Guo Z, Duong BD, Iannone LP, Carrington Reid M. *Identification of strategies used to cope with chronic pain in the older persons receiving primary care from Veterans Affairs Medical Center.* J Am Geriatr Soc 2004;52:950-6.
- <sup>22</sup> Dworkin RH, Richlin DM, Handlin DS, Brand L. *Predicting treatment response in depressed and non-depressed chronic pain patients.* Pain 1986;24:343-53.
- <sup>23</sup> Kaplan HI, Sadock BJ. *Psichiatria. Manuale di scienze del comportamento e psichiatria clinica. Ottava Edizione.* Torino: Edizione italiana 2001.