

## **Mal di schiena: una conseguenza inevitabile dell'invecchiamento? Esaminiamo i fatti**

### **1. La lombalgia ha un'alta prevalenza nelle persone anziane**

La prevalenza varia tra il 21% e il 75%. Ciò porta a un enorme carico di disabilità funzionale nel 60% di chi ne soffre, con riduzione della qualità della vita (1, 2). Nonostante la sua elevata prevalenza, la lombalgia non è connaturata al processo di invecchiamento. Parrebbe invece correlata all'aumento di problemi dovuti a patologie, stili di vita, genetica e fattori fisiologici, evidenziando così il fatto che l'età fenotipica può essere un fattore utile per la prognosi (3).

### **2. La maggior parte delle lombalgie è dovuta a cause comuni**

Sebbene le cause più comuni della lombalgia includano cambiamenti strutturali e malformazioni dovute all'osteoartrosi delle articolazioni, oltre che cambiamenti nei dischi e nel corpo vertebrale, a sarcopenia e a compressione radicolare secondaria, sarà importante escludere segnali di allarme, in particolare quando compare un nuovo dolore o un cambiamento di intensità del sito del dolore (4).

### **3. Segnali di allarme del mal di schiena**

Valutare i segnali di allarme del mal di schiena per escludere fratture (dallo 0,7% al 4%), tumori maligni (dallo 0,3% al 3,8%), infezioni (dallo 0,1% allo 0,8%) e in misura minore condizioni infiammatorie autoimmuni come la spondiloartropatia o la polimialgia reumatica. Le fratture osteoporotiche sono comunemente diagnosticate, erroneamente, come lombalgia acuta e possono verificarsi senza cadute o lesioni (5). La maggior parte delle condizioni di allarme possono essere escluse da un'anamnesi e da un esame accurati. La diagnostica per immagini dovrebbe essere riservata alle situazioni di allarme oppure quando utili per decidere una strategia terapeutica.

### **4. Valutare globalmente la persona, oltre al suo mal di schiena**

È importante una valutazione geriatrica completa, insieme a strumenti multidimensionali di valutazione del dolore e strumenti non verbali per la valutazione del dolore e la sua interferenza nella funzionalità quotidiana, il sonno, l'umore, gli stili di coping, le credenze il sistema di supporto (6, 7, 8). Un team multidisciplinare può essere utile in tutti gli aspetti dell'assistenza centrata sulla persona (9).

### **5. Considerare le condizioni legate all'età**

Le comuni condizioni legate all'età giocano un ruolo determinante nella situazione difficile e nella gestione: fragilità, politerapia, disfunzione cognitiva, cadute e concomitanti comorbidità mediche (10).

## 6. Esaminare il ruolo dei farmaci

I farmaci devono essere adattati ai cambiamenti farmacocinetici e farmacodinamici nella persona anziana, come la ridotta biodisponibilità, alterata funzionalità renale ed epatica che influenza lo smaltimento, l'alterata distribuzione del farmaco e l'aumentata sensibilità all'analgesia (11, 12).

## 7. Oppioidi: attenzione ai rischi

L'uso a lungo termine di oppioidi presenta limitate prove di efficacia e ha dimostrato rischi come nausea, costipazione, deterioramento cognitivo e aumento delle cadute. Vanno valutati attentamente i benefici e le conseguenze negative del dolore prima di iniziare una sperimentazione con gli oppioidi. Iniziare con dosi basse, lentamente e gradualmente fino alla dose efficace più bassa e interrompere se gli obiettivi del trattamento non vengono raggiunti (13).

## 8. Le terapie fisiche attive sono un trattamento chiave, indipendentemente dall'età

Terapie fisiche su misura per l'individuo, per aumentare l'attività fisica quotidiana, esercizi per aumentare la forza, mantenere una varietà di movimenti e resistenza, camminare, idroterapia, yoga e Tai-Chi sono utili per il dolore cronico. Inoltre, le terapie fisiche hanno benefici per la salute generale, il benessere emotivo e altre condizioni di comorbidità come il diabete, le malattie cardiorespiratorie e l'osteoporosi. Gli esercizi devono essere adattati alle preferenze dell'individuo e alle condizioni mediche (14, 15).

## 9. Fattori psicosociali

Affrontare i fattori psicosociali dell'invecchiamento è importante in quanto essi paiono essere contemporaneamente causa ed effetto del dolore persistente. Questi fattori includono disturbi dell'umore: depressione e ansia, perdita di familiari e amici, isolamento sociale (che è notevolmente aumentato a causa della pandemia COVID-19) e perdita di indipendenza, accesso e risorse limitati per l'assistenza. L'approccio del Comprehensive Geriatric Assessment si concentra sul mantenimento dell'impegno sociale e ricreativo e sul mantenimento dell'indipendenza funzionale e sull'evitare inutili ricoveri residenziali. Il dolore non alleviato può influenzare negativamente ciascuna di queste importanti attività, così come gli effetti avversi del trattamento (8, 16, 17).

## 10. L'età e la cognizione non sono barriere insormontabili alle terapie psicologiche

Le terapie cognitive comportamentali per affrontare le aspettative, il ritmo delle attività, il rilassamento, migliorare l'igiene del sonno, affrontare convinzioni e comportamenti inutili sono utili con significativi benefici funzionali, migliori capacità di coping e qualità della vita (17). La partecipazione del coniuge e le strategie comportamentali possono essere più utili in caso di grave deterioramento cognitivo.

## Bibliografia

- (1) de Souza IMB, Sakaguchi TF, Yuan SLK, et al. Prevalence of low back pain in the elderly population: a systematic review. *Clinics (Sao Paulo)*. 2019;74:e789. Published 2019 Oct 28. doi:10.6061/clinics/2019/e789
- (2) Makris UE, Abrams RC, Gurland B, Reid MC. Management of persistent pain in the older patient: a clinical review. *JAMA*. 2014;312(8):825-836. doi:10.1001/jama.2014.9405
- (3) Liu Z, Kuo PL, Horvath S, Crimmins E, Ferrucci L, Levine M. A new aging measure captures morbidity and mortality risk across diverse subpopulations from NHANES IV: A cohort study (published correction appears in *PLoS Med*. 2019 Feb 25;16(2):e1002760). *PLoS Med*. 2018;15(12):e1002718. Published 2018 Dec 31. doi:10.1371/journal.pmed.1002718
- (4) Wong AY, Karppinen J, Samartzis D. Low back pain in older adults: risk factors, management options and future directions. *Scoliosis Spinal Disord*. 2017;12:14. Published 2017 Apr 18. doi:10.1186/s13013-017-0121-3
- (5) Pain 2018: Refresher Courses, 17th World Congress on Pain. Ebooks.iasp-pain.org. [https://ebooks.iasp-pain.org/pain\\_2018\\_refresher\\_courses](https://ebooks.iasp-pain.org/pain_2018_refresher_courses). Published 2020. Accessed November 15, 2020. p 85-96
- (6) Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet*. 1993;342(8878):1032-1036. doi:10.1016/0140-6736(93)92884-v
- (7) Devons CA. Comprehensive geriatric assessment: making the most of the aging years. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2002;5(1):19-24. doi:10.1097/00075197-200201000-00004
- (8) Ellis G, Gardner M, Tsiachristas A, et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;9(9):CD006211. Published 2017 Sep 12. doi:10.1002/14651858.CD006211.pub3
- (9) Hadjistavropoulos T, Herr K, Turk DC, et al. An interdisciplinary expert consensus statement on assessment of pain in older persons. *Clin J Pain*. 2007;23(1 Suppl):S1-S43. doi:10.1097/AJP.0b013e31802be869
- (10) Schug SA, Palmer GM, Scott DA, Alcock M, Halliwell R, Mott JF; APM:SE Working Group of the Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine (2020), *Acute Pain Management: Scientific Evidence (5th edition)*, ANZCA & FPM, Melbourne. P 753-767
- (11) AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. The management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50(6 Suppl):S205-S224. doi:10.1046/j.1532-5415.50.6s.1.x
- (12) Reid MC, Eccleston C, Pillemer K. Management of chronic pain in older adults. *BMJ*. 2015;350:h532. Published 2015 Feb 13. doi:10.1136/bmj.h532
- (13) Chou R, Turner JA, Devine EB, et al. The effectiveness and risks of long-term opioid therapy for chronic pain: a systematic review for a National Institutes of Health Pathways to Prevention Workshop. *Ann Intern Med*. 2015;162(4):276-286. doi:10.7326/M14-2559
- (14) Geneen LJ, Moore RA, Clarke C, Martin D, Colvin LA, Smith BH. Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;4(4):CD011279. Published 2017 Apr 24. doi:10.1002/14651858.CD011279.pub3
- (15) Vadalà G, Russo F, De Salvatore S, et al. Physical Activity for the Treatment of Chronic Low Back Pain in Elderly Patients: A Systematic Review. *J Clin Med*. 2020;9(4):1023. Published 2020 Apr 5. doi:10.3390/jcm9041023
- (16) Fancourt, D., & Steptoe, A. (2018). Physical and Psychosocial Factors in the Prevention of Chronic Pain in Older Age. *The journal of pain*, 19(12), 1385–1391. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.06.001>
- (17) Pain 2018: Refresher Courses, 17th World Congress on Pain. Ebooks.iasp-pain.org. [https://ebooks.iasp-pain.org/pain\\_2018\\_refresher\\_courses](https://ebooks.iasp-pain.org/pain_2018_refresher_courses). Published 2020. Accessed November 15, 2020. p 53 -65

## Autori

### Raj Anand, MBBS, FRACP, FFPMANZCA

Consultant Pain Physician and Rheumatologist,

Royal Rehab Hospital, St. Vincent's Hospital and Prince of Wales Private Hospital, Sydney, Australia.

[dr.r.v.anand@gmail.com](mailto:dr.r.v.anand@gmail.com)

### Benny Katz, FRACP FFPMANZCA

Assoc. Prof., Department of Geriatric Medicine, St Vincent's Hospital Melbourne.

No financial disclosures to declare.

## Revisore

### David Lussier

Faculty of Medicine and Health Sciences, Division of Geriatric Medicine McGill University

Montreal, QC, Canada

## Traduzione a cura di

**Dr. Lorenza Saini** - Associazione Italiana per lo Studio sul Dolore (AISD)

**Dr. Fabrizio La Mura** - Anestesista Rianimatore, Asl BAT – Referente regionale AISD Puglia