

MANAGEMENTUL DURERII CRONICE LA VÂRSTNIC: ASPECTE DE DIAGNOSTIC ȘI DE EVALUARE (PARTEA I)

CZU: 616.8-009.7-036.12-053.9

Svetlana PLEȘCA^{1,2}, Diana ISTRATII¹,Marina SANGHELI^{1,2}, Adrian MELNIC^{1,2}, Oleg PASCAL^{1,2},¹IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie

Nicolae Testemițanu,

²IMSP Institutul de Neurologie și Neurochirurgie

Dionid Gherman

Rezumat

Durerea cronică la vârstnic reprezintă o problemă complexă, ce necesită abordare multidisciplinară. Odată cu avansarea în vârstă are loc și o creștere a prevalenței durerii de diversă etiologie, iar condițiile ce o pot genera sunt multiple: afecțiunile musculoscheletice, somatice, neurologice, psihologice etc. În managementul durerii la populația vârstnică, pot fi întâmpinate o serie de bariere ce fac tratamentul durerii dificil, în special din cauza tulburărilor cognitive și afective, comorbidităților, medicației multiple și interacțiunilor dintre medicamente. Astfel, durerea are un impact social negativ, deoarece vârstnicii se pot confrunta cu deficiențe în activitatea cotidiană, în îngrijire și comunicare, cu tulburări de mers și singurătate. În scopul evaluării durerii au fost concepute o serie de scale specifice geriatrie, scale pentru cuantificarea dizabilității sau de observare a comportamentului, ce pot demasca durerea la persoane cu deficite cognitive sau de comunicare (scala Doloplus, PAINAD sau PACSLAC), care se bazează pe identificarea unor indicatori neverbali ai sindromului dolo. Drept surse pentru această sinteză au servit articolele publicate (anii 2000–2019) din bazele de date și bibliotecile medicale electronice. Deși comunitatea medicală conștientizează diverse aspecte ale managementului durerii cronice, acest fenomen rămâne subestimat la vârstnici.

Cuvinte-cheie: durere cronică, managementul durerii, vârstnic, evaluarea durerii

Summary

Chronic pain management in the elderly: diagnostic and evaluation aspects

Chronic pain in the elderly is a complex problem that requires a multidisciplinary approach. Along with advancing age, there is an increase in the prevalence of pain of various etiologies and the conditions that can generate it are multiple, such as musculoskeletal, somatic, neurological and psychological disorders. Pain management in the elderly population can encounter a number of barriers that make the treatment of pain difficult, especially due to cognitive and affective disorders, comorbidities, polypharmacy. Thus, pain has a negative social impact because the elderly may face impairments in daily activity, gait disorders, care, communication and loneliness. In the assessment of pain, a series of specific geriatric scales were designed, scales for quantifying disability or behavioral observation that can unmask pain in people with communication deficits (Doloplus, PAINAD or PACSLAC scale) in order to reveal non-verbal painful signs. Published articles (y. 2000–2019) from electronic medical databases and libraries have been used as sources for this synthesis. Although various aspects of chronic pain management are clearer for the medical community, this phenomenon remains underestimated in the elderly.

Keywords: chronic pain, pain management, elderly, pain assessment

Резюме

Менеджмент хронической боли у пожилых: аспекты диагностики и оценки

Хроническая боль у пожилых людей является сложной проблемой, которая требует междисциплинарного подхода. С возрастом распространенность болей различной этиологии возрастает, а состояния, которые провоцируют её множественны: скелетно-мышечные, соматические, неврологические и психологические расстройства. В менеджменте болевых синдромов у пожилых людей можно встретить ряд барьеров, затрудняющих лечение боли, особенно из-за когнитивных и аффективных расстройств, сопутствующих заболеваний, полимедикации и взаимодействия лекарств. Таким образом, боль оказывает негативное социальное влияние, поскольку пожилые люди могут столкнуться с проблемами в повседневной деятельности, в уходе, общении, с нарушениями походки и одиночеством. При оценке боли была разработана серия конкретных гериатрических шкал, шкалы для количественной оценки инвалидности или поведенческих наблюдений, которые могут выявить боль у людей с нарушениями коммуникации (шкала Doloplus, PAINAD или PACSLAC), основанные на идентификации невербальных индикаторов болевых синдромов. В качестве источников для данного синтеза были использованы статьи (2000–2019 гг.) из электронных медицинских баз данных и библиотек. Хотя медицинскому сообществу известно о различных аспектах лечения хронической боли, этот феномен остается недооцененным у пожилых людей.

Ключевые слова: хроническая боль, менеджмент боли, пожилые, оценка боли

Introducere

Durerea cronică în rândul pacienților vârstnici (≥65 de ani) este una dintre cele mai frecvente probleme cu care se confruntă profesioniștii din domeniul sănătății, reprezentând, de asemenea, o povară socială și economică semnificativă [1]. Prevalența durerii crește odată cu înaintarea în vârstă, iar potrivit estimărilor lui Carrington și colab., până în 2035, aproximativ un sfert din populația Uniunii Europene va avea 65 de ani sau mai mult, crescând astfel impactul durerii asupra sănătății publice [2].

În pofida eforturilor depuse de furnizorii de servicii medicale din diferite domenii, totuși durerea cronică la vârstnici rămâne subdiagnosticată, iar ca urmare – netratată, aceasta atrăgând după sine alte probleme de sănătate, precum depresia,

anxietatea, afectarea mersului, riscul crescut de căderi, malnutriția, tulburări de somn și scăderea calității vieții.

Luând în considerare barierele existente privind managementul durerii la această categorie de populație, printre care: schimbările fiziologice legate de înaintarea în vârstă, comorbiditățile multiple, medicația multiplă, riscurile interacțiunilor medicamentoase, tulburările cognitive asociate, combinate cu limitările legate de evaluarea corespunzătoare a pacientului cu durere cronică și dovezile limitate privind gestionarea durerii la populația geriatrică, fără însă a subestima consecințele durerii asupra calității vieții și a capacităților funcționale, sunt argumente pentru o abordare multidisciplinară, care va fi esențială în identificarea țintelor de intervenție pentru ameliorarea durerii.

Astfel, identificarea impactului pe care îl are durerea cronică la vârstnici asupra tuturor aspectelor vieții pacientului, într-o abordare biopsihosocială, devine foarte importantă. Principalul obiectiv terapeutic în managementul durerii cronice la acești pacienți nu este neapărat eliminarea în totalitate a durerii în fiecare caz, ci un obiectiv mai realist ar fi sporirea funcționalității și creșterea calității vieții, reducând în același timp efectele adverse legate de tratament.

Această sinteză a literaturii induce claritate asupra stării actuale a cunoștințelor cu privire la evaluarea durerii cronice la vârstnici.

Scopul studiului a constat în analiza particularităților fenomenului durerii la persoanele vârstnice, evidențiind metodele de evaluare și barierele întâmpinate de personalul medical în gestionarea durerii cronice la vârstnici.

Materiale și metode

Această revizuire a literaturii a fost realizată folosind bazele de date *Hinari, Pubmed, Medline* pentru colectarea articolelor relevante, în limba engleză sau franceză, din anii 2000–2019, utilizând cuvintele-cheie: *durere cronică, managementul durerii, vârstnic, evaluarea durerii*.

În acest articol vom rezuma dovezile recente privind evaluarea durerii la pacienții mai în vârstă în baza recenziilor sistematice, metaanalizelor, studiilor individuale și ghidurilor clinice.

Rezultate și discuții

Fenomenul durerii la vârstnici

Potrivit Asociației Internaționale pentru Studii Durerii, durerea se definește drept „o experiență senzorială și emoțională neplăcută, asociată cu o leziune tisulară reală sau potențială, sau descrisă în termenii unei astfel de leziuni”. De fapt, durerea

se caracterizează prin subiectivitate, precum și prin absența unor examene medicale care să permită o cuantificare obiectivă a acesteia [3, 4].

Odată cu înaintarea în vârstă crește și prevalența durerii, fapt evidențiat de analiza sistemică a literaturii epidemiologice [4, 5, 6]. Majoritatea studiilor prezintă o prevalență maximă a durerii la vârsta mijlocie târzie (50-65 ani; de la 20% până la 80%), urmată de un platou sau chiar un declin al prevalenței către decada a șaptea de viață (75-85 ani), iar la persoanele cu vârsta peste 85 de ani se atestă din nou o creștere a acesteia (25-60%) [4, 7].

Spre deosebire de durerea cronică sau durerea persistentă, care este definită drept durere resimțită în majoritatea zilelor și care persistă peste trei luni, prevalența durerii acute pare să rămână constantă – în jur de 5%, indiferent de vârstă. Durerea cronică afectează 50% din persoanele în vârstă care trăiesc în comunitate și de la 49% până la 83% din cei care locuiesc în instituții specializate, iar 80% din bătrâni suferă de această problemă către sfârșitul vieții [4].

Potrivit estimărilor lui Eggermont și colab., afectarea sistemului musculoscheletic este responsabilă de fenomenele dureroase în mod primordial. Durerea musculoscheletică variază de la 25% la 43% la adulții mai în vârstă instituționalizați, iar 40% din adulții în vârstă au raportat asemenea dureri cu două sau mai multe localizări [8].

Spre deosebire de durerile cu alte localizări anatomice și care au la bază o altă patogenie, durerile din cadrul patologiei articulare degenerative, precum boala artrozică, fac o excepție privind faza de platou sau scăderea prevalenței la vârstele foarte înaintate, având o creștere exponențială a durerii până la vârsta de 90 de ani [4]. Concomitent, bolile cardiovasculare, stadiul final al bolii cronice renale, maladiile obstructive pulmonare, cancerul și maladiile neurologice (accidentul vascular cerebral, cefaleea, neuropatiile periferice, neuropatiile compresive, radiculopatiile, boala Parkinson) de asemenea provoacă adesea durere [2, 9].

Prezența durerii cronice poate fi generată și de fracturile vertebrale prin compresie secundare osteoporozei, de artrită, neuropatiile diabetice, de traumatisme rezultate din căderi sau intervențiile chirurgicale [4, 10, 11]. Cu toate acestea, chiar dacă cauza durerii nu poate fi determinată, ea trebuie recunoscută cât mai devreme posibil pentru a iniția un tratament cât mai eficient [3, 4].

Investigarea etiologică și identificarea unor cauze specifice de durere la vârstnici sunt adesea dificile din cauza mecanismelor mixte ale durerii: durerea nociceptivă și cea neuropatică, care sunt frecvente și deseori coexistă [12]. Durerea nociceptivă apare din lezarea reală a țesutului neural prin

activarea nociceptorilor, în timp ce durerea neuropatică este o consecință a disfuncțiilor sistemului nervos somatosenzorial central sau periferic [13]. În plus, durerea cronică are adesea un impact mai mare asupra funcționării fizice și psihosociale la vârstnici, comparativ cu populația tânără, expresia acesteia putând fi atipică la această populație foarte eterogenă, fiind și generatoare de dizabilități.

În pofida prevalenței înalte a durerii la persoanele în vârstă și a gravității consecințelor, există puține articole publicate care abordează subiectul dat. Potrivit lui Pautex și colab., din 4000 de articole ce tratează subiectul durerii, identificate în fiecare an în biblioteca electronică *Medline*, doar 1% se referă la acest fenomen în cadrul populației vârstnice [14].

Situația specifică a persoanelor vârstnice justifică mai mult decât oricând o abordare integrativă a experienței dureroase, identificarea timpurie a durerilor la vârstnici fiind imperativă, deoarece aceasta poate avea un impact negativ asupra autonomiei și calității vieții persoanei în vârstă prin agravarea dizabilității, retragere socială, anxietate, depresie, anorexie, subnutriție, tulburări de somn [15].

Un grup de experți, interesați de durerea la vârstnici, menționează că evaluarea durerii trebuie să acopere trei componente [16]. Prima corespunde evaluării inițiale și monitorizării durerii, inclusiv autoevaluarea și observarea comportamentală a durerii. A doua parte corespunde examinării fizice, incluzând evaluarea senzorială, funcțională, precum și evaluarea tratamentului farmacologic. Ultima parte se referă la evaluarea tuturor celorlalți factori care influențează durerea, inclusiv strategiile de confruntare, particularitățile emoționale și cognitive. De fapt, toate aceste elemente ar trebui evaluate pentru a stabili un plan de tratament adecvat, precum și obiective realiste și personalizate [4, 16].

Evaluarea durerii

Primul pas în gestionarea durerii constă în evaluarea acesteia, ținând cont de anumite particularități ale vârstei, precum afectarea senzorială (diminuarea auzului, a văzului), patologii care afectează cogniția (accidentul vascular cerebral, boala Parkinson, demența, boala Alzheimer, tratamentele sedative, deficitul de atenție).

Utilizarea sistematică a diferitor instrumente de autoevaluare a durerii a crescut în ultima perioadă, însă este departe să fie generalizată la vârstnici, devenind o etapă plină de provocări, dar esențială în managementul durerii. Prin urmare, este important să se aprecieze intensitatea durerii, localizarea acesteia, caracteristicile nociceptive sau neuropatice, evoluția în timp, precum și factorii ce o influențează, impactul afectiv și funcțional și, în final, impactul acesteia asupra calității vieții.

Pentru aprecierea intensității durerii se utilizează scalele unidimensionale: scala vizuală analogică, scala verbală numerică, scala verbală simplă, planșele cu fețe [4, 17, 18]. Din scalele standardizate multidimensionale de evaluare a durerii fac parte: *Brief Pain Inventory – Short Form*, *Geriatric Pain Measure*, *Pain Disability Index, Short-form*, *McGill Pain Questionnaire*, *Patient Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS)*, *Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC)*, *Roland Morris Disability Questionnaire* [2].

Metodologia de utilizare a diferitor scale trebuie să fie prezentată într-un mod clar și simplu. Evaluatorul trebuie să asigure înțelegerea perfectă a instrucțiunilor prin reformularea acestora de către pacient. Toate aceste scale au fost validate pentru a fi utilizate în geriatrie la pacienții cu funcții cognitive intacte sau cu deficit cognitiv moderat ($MMSE \geq 18$) prin consensul experților [16]. Cu toate acestea, scala vizuală analogică nu pare să fie scala recomandată de primă intenție pentru a fi utilizată la un subiect vârstnic. O îmbunătățire poate fi totuși adusă prin folosirea scalei vizuale analogice colorimetrice [19].

Scala vizuală simplă are cea mai mică rată de eșec atunci când este utilizată în evaluarea durerii la persoanele în vârstă. Spre deosebire de scala vizuală analogică, aceasta folosește cuvinte și concepte familiare, ce nu necesită o pregătire specială. Totodată, scala vizuală analogică este o metodă fiabilă utilizată, de obicei, în studii clinice și de cercetare, deoarece este simplă, minim intruzivă și este ușor de aplicat [4].

În cazul în care autoevaluarea este imposibilă, trebuie să existe o scală de heteroevaluare, bazată pe aprecierea durerii de către o persoană terță, care ar trebui să fie întotdeauna utilizată pentru a se asigura de lipsa durerii. Aceste scale se bazează pe observația de către îngrijitori a schimbărilor de comportament provocate de durere la persoanele în vârstă cu tulburări de comunicare și au obiective diferite.

Societatea Americană de Geriatrie a identificat șase clase principale de comportamente potențiale legate de durerea cronică [4, 20]:

- 1) *expresii faciale*: grimase, încruntări;
- 2) *verbalizare, vocalizare*: gemete, suspine;
- 3) *mișcări ale corpului*: protecție, schimbarea mobilității;
- 4) *schimbări în relațiile sociale*: rezistență la îngrijire, scăderea socializării;
- 5) *modificări ale activităților*: refuzul alimentelor, modificarea somnului;
- 6) *modificări ale stării mentale*: iritabilitate, confuzie, plâns.

Sintezele literaturii la acest subiect au catalogat mai mult de 20 de scale de evaluare comportamen-

tală a durerii pentru utilizare specifică la vârstnicii cu demență [21, 22]. Potrivit opiniei cercetătorului lui Lints-Martindale și colab., niciuna nu s-a dovedit a fi superioară alteia [23].

În 2007, un grup de experți internaționali au publicat recomandări privind strategia optimă de evaluare a unei persoane în vârstă cu dureri [16]. Acest consens insistă în special pe utilizarea combinată a scalelor de autoevaluare și a celor de heteroevaluare pentru identificarea durerii, inclusiv la persoanele capabile să se autoevalueze. Scala vizuală simplă și scala numerică sunt preferate față de scala vizuală analogică convențională. În cazul afectării cognitive ușoare până la moderate, grupul de experți lasă alegerea între scala analogică vizuală colorimetrică, scala verbală numerică sau scala verbală simplă. Dintre scalele de heteroevaluare se recomandă utilizarea *Doloplus* și *PACSLAC*.

Scala *Doloplus* este prima scală pentru heteroevaluarea durerii la persoanele în vârstă cu tulburări de comunicare verbală, care a fost validată în limba franceză în ianuarie 1999, și apoi publicată [4, 24]. Scala constă din 10 itemi cu un scor de la 0 la 3 reprezentativ pentru intensitatea durerii și care încorporează trei dimensiuni (cinci itemi somatici, doi itemi psihomotorii și trei itemi psihosociali), având un scor general de 30. Durerea este clar indicată pentru un scor mai mare sau egal cu 5 din 30 [24].

Scala canadiană *PACSLAC* (Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate) include 60 de itemi grupați în patru dimensiuni: 1 – expresii faciale; 2 – activități și mișcări ale corpului; 3 – comportament/ personalitate/ dispoziție; 4 – altele [4]. Însă, potrivit opiniei lui Ngamkham și colab., la persoanele în vârstă cu demență avansată, observația comportamentală este necesară pentru a identifica prezența durerii, pentru care pot fi utilizate instrumente precum *PAINAD* (Pain Assessment in Advanced Dementia) și *CNPI* (Checklist on Nonverbal Pain Indicators) [25]. Scalele de heteroevaluare completează câmpurile de investigare lăsate vacante de instrumentele de autoevaluare.

După evaluarea intensității durerii, examinarea va continua cu o evaluare detaliată a durerii, cu revizuirea localizării acesteia, caracterului, frecvenței și duratei durerii. Factorii de ameliorare și cei de exacerbare vor ajuta la demonstrarea naturii durerii, inclusiv istoricul medical detaliat și examinarea fizică, revizuirea sistemelor și a rezultatelor de laborator pertinente, precum și studiile imagistice și testele de diagnostic. De asemenea, se va efectua screeningul pentru tulburările cognitive, depresie, evaluarea mersului și a echilibrului.

Funcția psihosocială a pacientului poate fi determinată prin aprecierea stării de spirit, a statusului

socioeconomic, a relațiilor de familie și cu îngrijitorii. Evaluarea durerii trebuie să fie complexă, iar metodele se vor aplica în mod sistematic și repetat. Acest lucru este esențial pentru ca durerea să nu fie subestimată la populația în vârstă, iar beneficiile terapeutice sau efectele adverse să fie monitorizate.

Barierile în evaluarea durerii cronice la vârstnici

Mai multe studii în domeniul durerii cronice la vârstnici au evidențiat barierele care împiedică identificarea acesteia:

- *Pacienții în vârstă nu raportează experiențele dureroase, acceptându-le și percepend durerea drept o parte componentă a procesului de îmbătrânire.* „Suferința” și „Îmbătrânirea” nu sunt însă sinonime. Această abordare eronată și atribuirea simptomelor dureroase procesului de înaintare în vârstă pot să modifice simțul real al durerii, să ducă la neglijarea durerii de intensitate moderată ca semnal de alarmă și, prin urmare, să reducă probabilitatea unui tratament adecvat.

- *Schimbările fiziologice la populația vârstnică.* În timpul îmbătrânirii normale, apare o scădere constantă a mecanismelor homeostatice și a funcției sistemelor de organe, care duce la modificări ale farmacocineticii (de ex., alterarea absorbției medicamentelor, scăderea excreției renale și a clearance-ului hepatic al medicamentelor din organism), dar și la schimbări ale farmacodinamicii care apar odată cu vârsta (precum creșterea sensibilității la anumite analgezice, în special la opioide). Odată cu înaintarea în vârstă se modifică, de asemenea, și pragul de percepție a durerii, fapt dovedit și de Gibson în rezultatul metaanalizei a peste 50 de studii care au examinat sensibilitatea la durerea indusă în funcție de vârstă și a dovedit creșterea pragului durerii odată cu îmbătrânirea, cu unele diferențe în raport cu tipul durerii [26].

- *Tulburările cognitive.* Demența este o patologie frecventă la vârstnici. Într-un studiu de prevalență realizat la Geneva, 2,7% dintre persoanele cu vârsta cuprinsă între 65 și 69 de ani și 3,6% dintre cei cu vârsta cuprinsă între 75 și 79 de ani au demență. Ulterior, riscul dezvoltării demenței se dublează la fiecare cinci ani, ajungând la 25% la cei peste 90 de ani [14, 27]. Mai multe studii au arătat, de asemenea, că deficiența cognitivă este, la fel ca vârsta, un factor de risc independent pentru primirea tratamentului analgezic inadecvat în raport cu intensitatea durerii prezentate. Având în vedere deficiența de memorie și dezorientarea temporospațială, evaluarea durerii este mai dificilă la pacienții cu demență. Diferite scale de heteroevaluare a durerii au fost validate la acești pacienți în ultimii ani, cu toate acestea, trebuie de subliniat că aceste scale vor fi rezervate pacienților cu demență severă care nu pot comunica [14].

Revizuirea literaturii pe acest subiect de către McAuliffe și colab. a permis formularea a patru observații. În primul rând, a fost evidențiată o lipsă de recunoaștere a durerii, împiedicând diagnosticarea acesteia și elaborarea unui plan de îngrijire adecvat la pacienții vârstnici cu tulburări cognitive [4, 28].

Deși prevalența durerii este similară la persoanele în vârstă fără și la cele cu deficiențe cognitive, acestea din urmă raportează într-o măsură mai mică durerea [16]. De fapt, deficiențele cognitive de care suferă le limitează capacitatea de a-și aminti durerea, de a înțelege întrebările, precum și capacitatea lor de a o comunica [16, 29]. În ciuda acestui fapt, auto-raportarea este considerată cea mai fiabilă sursă de date pentru evaluarea durerii [16, 29, 30].

Indiferent dacă este vorba de prevalența sau severitatea durerii, la subiecții cu afectarea cognitivă mai severă ambele au fost reduse. De exemplu, durerea a fost detectată la doar 31,5% din rezidenții cu deficiențe cognitive, comparativ cu 61% din rezidenții cu funcționalitate cognitivă intactă, în pofida faptului că ambele grupuri au fost afectate de o boală potențial dureroasă [4].

În al doilea rând, lipsa pregătirii membrilor echipei de asistență medicală limitează gestionarea adecvată a durerii. De exemplu, agitația este adesea asociată cu o tulburare de comportament mai degrabă, decât luarea în considerare a altor cauze, inclusiv prezența durerii. În al treilea rând, interpretarea greșită a simptomelor duce la diagnosticarea greșită din partea medicilor. În al patrulea rând, nefolosirea unui instrument de evaluare a durerii adecvat pentru această categorie de pacienți de asemenea a fost identificată ca o barieră pentru evaluarea durerii.

Totodată, McAuliffe și colab. menționează alte bariere în evaluarea durerii la persoanele cu deficiență cognitivă, inclusiv lipsa de dovezi cu privire la prezența acesteia, dificultatea de documentare și de cuantificare, posibilitatea că nu există durere și acest lucru – în ciuda prezenței unei patologii dureroase, precum și dificultatea de a detecta durerea cronică, care nu este asociată cu modificările parametrilor fiziologici [4, 26, 28].

- *Medicația multiplă.* Multimorbiditatea frecventă odată cu înaintarea în vârstă a persoanei duce la prescrierea multiplelor medicamente și a tratamentului analgezic, fapt ce crește riscul de interacțiuni medicamentoase și de efecte adverse legate de tratament. Pacientul în vârstă care ia șase medicamente are o probabilitate de 14 ori mai mare să aibă un efect secundar decât un pacient tânăr care ia același număr de medicamente [26].

- *Multimorbiditatea.* Este incontestabil faptul că prelungirea duratei vieții este însoțită de o creștere concomitentă a prevalenței condițiilor medicale, în

special a afecțiunilor cronice, cum ar fi tulburările de mers și de echilibru, bolile renale, pulmonare și cardiovasculare, dintre care unele sunt dureroase, interferează cu activitățile vieții cotidiene, duc la tulburări psihologice și la pierderea autonomiei. Iar acumularea acestor dificultăți, la fel ca și îmbătrânirea vizibilă a corpului, precum și schimbările statutului social și, uneori, financiar, duc la modificări majore ale imaginii de sine. La toate acestea se adaugă și îngustarea cercului obișnuit de persoane cu care aceștia socializează, și deci singurătatea. Ulterior, sentimentele de tristețe sau anhedonia sunt înlocuite de plângeri dureroase, deseori însoțite de tulburări de somn, oboseală și diverse simptome neurovegetative, iar toate acestea luate împreună sunt premisele instalării unei stări depresive [4].

În plus, comorbidități precum depresia, întâlnită frecvent la vârsta înaintată, pot fi de asemenea un impediment în gestionarea adecvată a durerii cronice la acești pacienți. De fapt, depresia este factorul psihopatologic cel mai constant care se asociază cu durerea cronică [31]. Conform majorității studiilor clinice, de la 25% până la 60% din pacienții cu durere cronică suportă un episod depresiv major [32]. Totodată, este din ce în ce mai acceptat faptul că durerea ar trebui să fie considerată unul dintre simptome – chiar unul dintre criteriile – unei stări depresive. Cercetările recente au demonstrat că durerea era prezentă la jumătate din pacienții care suferă de o stare depresivă majoră, vârsta înaintată reprezentând un factor favorizant. În plus, este clar demonstrat faptul că prezența unei stări depresive este asociată cu plângeri dureroase mai frecvente, de intensitate mai mare și cu o durată mai lungă decât în absența acestei probleme [4].

Nu întotdeauna este ușor de diferențiat o depresie cauzată de durerea cronică de o depresie pre-existentă, posibil ulterior agravată de durere. Fiecare poate fi un factor de risc pentru celălalt. În clinicile de geriatrie, cel mai frecvent se întâlnește combinația dintre anxietate și depresie. Această coexistență afectează cel puțin o treime din pacienții vârstnici depresivi. La pacienții cu durere cronică, prevalența anxietății este de două ori mai mare decât la alte persoane în vârstă [4, 33].

Vârstnicii la care durerea cronică coexistă cu anxietatea și depresia necesită o abordare mai atentă. Motivarea acestor pacienți spre a adera la o schemă de tratament este deseori dificilă, deoarece prescripția medicamentelor antidepressivă este întâmpinată adesea cu o reticență inițială foarte puternică din partea lor [34].

- *Dovezile limitate privind managementul durerii la vârstnici.* Deși în ultima perioadă numărul de studii concepute să evalueze particularitățile

tratamentului medicamentos sau nemedicamentos la populația geriatrică cu durere cronică este în creștere, există o serie de limitări importante conform dovezilor existente. Factorii ce limitează generalizarea rezultatelor sunt: utilizarea unor măsurări diferite ale rezultatelor, care fac dificilă compararea studiilor; durata scurtă a majorității studiilor (≤ 12 săptămâni), lipsa diversității în populațiile de studiu (incluzând în mare parte pacienți albi, nehispanici), o mai mare înscriere a participanților cu vârstă tânără (cu puțini participanți cu vârsta ≥ 80 de ani) și fără comorbidități majore [34].

- *Îngrijorările medicilor privind pericolele legate de tratament.* Alte motive invocate de către medici drept bariere pentru controlul adecvat al durerii includ lipsa pregătirii necesare, evaluarea inadecvată a durerii și reticența față de prescrierea opioizilor [2]. Reacțiile adverse asociate cu administrarea opioidelor la pacienții vârstnici nu ar trebui să împiedice utilizarea lor în caz de necesitate, deoarece aceste reacții pot fi adesea prevenite sau tratate adecvat.

- *Percepțiile vârstnicilor privind durerea.* Deseori, în rândul persoanelor în vârstă sunt întâlnite cazuri ale unor pacienți cu afecțiuni de severitate ușoară, dar care pot avea dureri foarte intense, în timp ce alții cu patologii grave și decompensate pot avea plângeri minime [35]. Prin urmare, factorii biologici, psihologici și sociali joacă un rol în conturarea experienței dureroase și raportarea acesteia.

Deoarece durerea este o experiență senzorială și emoțională complexă, abordarea biopsihosocială ar trebui folosită în modelul de gestionare a durerii. Programele de autogestionare îmbină dimensiunile fizice, psihologice și sociale și conțin o abordare educativă în mare parte, învățând pacienții strategii specifice de reducere a durerii prin schimbarea răspunsurilor comportamentale, cognitive și emoționale la durere și crearea eficacității de sine pentru gestionarea durerii și a sechelelor ei. Aceste programe combină educația despre durere și despre consecințele acesteia, formarea abilităților de relaxare și strategiile de confruntare a durerii și de comunicare.

Mai mult, variabilele sociale și de mediu ale fiecărui pacient trebuie ajustate pentru a-l ajuta să facă față durerii. Ar trebui instituit un sistem consolidat de asistență pentru persoanele care suferă de durere, în care să fie incluse rudele și îngrijitorii. Numeroase studii asupra durerii cronice sunt realizate în fiecare an, iar conceptul de colaborare între membrii unei echipe multidisciplinare se bucură în mod constant de popularitate și pare a fi o modalitate preferată de îmbunătățire a calității asistenței medicale. Această echipă va fi formată din geriatriu, reumatolog, neurolog, specialist în medicina fizică

și de reabilitare, fizio-/kinetoterapeut, specialist în terapia ocupațională și psiholog/psihiatru la necesitate [34].

Concluzii

Fenomenul durerii la vârstnici este complex, eterogen și poate fi generat de un spectru larg de afecțiuni și de modificări legate de îmbătrânire. În evaluarea pacientului vârstnic cu durere trebuie să se țină cont de un șir de factori, cum ar fi: tulburările cognitive, prezența depresiei, percepțiile personale legate de afecțiune și durere, tulburările de comunicare, ce interferează cu activitatea și sfera socială a acestei categorii de persoane. Utilizarea scalelor specifice și evidențierea indicatorilor neverbali ai durerii vor contribui esențial la calitatea evaluării durerii și la inițierea unui tratament timpuriu.

În pofida unui progres în evaluarea și managementul durerii, impactul acestui fenomen rămâne încă subestimat și tratat insuficient în rândul persoanelor vârstnice.

Bibliografie

1. Kress H.G., Ahlbeck K., Aldington D., et al. Managing chronic pain in elderly patients requires a CHANGE of approach. In: *Curr. Med. Res. Opin.* 2014, vol. 30(6), pp. 1153-1164. Disponibil pe: doi:10.1185/03007995.2014.887005
2. Carrington R.M., Eccleston C., Pillemer K. Management of chronic pain in older adults. In: *BMJ.* 2015, vol. 350. Disponibil pe: doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.h532>
3. Marchand S. *Le phénomène de la douleur.* (2e éd.). Montréal: Chenelière Éducation, 2009. 392 p. ISBN: 9782765012382.
4. Bérout F. *Douleur et personne âgées.* Propos empruntés à la conférence de consensus des 14 et 15 janvier 2004 sur l'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches, initiée par la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP), se rapportent aux soins palliatifs. Paris: Institut UPSA de la douleur. 2010. 200 p. ISBN: 2-910844-18-8.
5. Helme R.D., Gibson S.J. The epidemiology of pain in elderly people. In: *Clinics in Geriatric Medicine.* 2001, vol. 17, pp. 417-431.
6. McBeth J., Jones K. Epidemiology of chronic musculoskeletal pain. In: *Best Pract. Res. Clin. Rheumatol.* 2007, vol. 21(3), pp. 403-425.
7. Tsang A., et al. Common chronic pain conditions in developed and developing countries: gender and age differences and comorbidity with depression anxiety disorders. In: *The Journal of Pain.* 2008, vol. 10, pp. 883-891.
8. Eggermont L.H., Leveille S.G., Shi L., et al. Pain characteristics associated with the onset of disability in older adults: The maintenance of balance, independent living, intellect, and zest in the elderly Boston study. In: *Journal of the American Geriatrics Society.* 2014, vol. 62(6), pp. 1007-1016.
9. Smith A.K., Cenzer I.S., Knight S.J., et al. The epidemiology of pain during the last 2 years of life. In: *Ann. Intern. Med.* 2010, vol. 153(9), pp. 563-569.

10. D'Arcy Y.M. *How to manage pain in elderly*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International, 2010. 192 p. ISBN-10: 1930538847.
11. Wyldea V., Hewlett S., Learmonth I.D. Persistent pain after joint replacement: prevalence, sensory qualities, and postoperative determinants. In: *Pain*. 2011, vol. 152, pp. 457-476.
12. Varrassi G., Müller-Schwefe G., Pergolizzi J., et al. Pharmacological treatment of chronic pain – the need for CHANGE. In: *Curr. Med. Res. Opin.* 2010, vol. 26(5), pp. 1231-1245. Disponibil pe: doi:10.1185/03007991003689175
13. International Association for the Study of Pain. *IASP taxonomy*. 2012. Disponibil pe: www.iasp-pain.org/Taxonomy?navItemNumber=576
14. Pautex S., Vogt-Ferrier N. Prise en charge de la douleur chronique chez la personne âgée. In: *Rev. Med. Suisse*. 2006, vol. 2: 31463. Disponibil pe: https://www.revmed.ch/RMS/2006/RMS-71/31463
15. Nawai A. *Chronic Pain Management Among Older Adults: A Scoping Review*. First Published September 12, 2019. Research Article. Disponibil pe: https://doi.org/10.1177/2377960819874259
16. Hadjistavropoulos T., Herr K., Turk D.C., et al. An interdisciplinary expert consensus statement on assessment of pain in older persons. In: *Clin. J. Pain*. 2007, vol. 23(1 suppl), pp. 1–43.
17. Herr K., Coyne P.J., McCaffery M., et al. Pain assessment in the patient unable to self-report: position statement with clinical practice recommendations. In: *Pain Manag. Nurs.* 2011, vol. 12(4), pp. 230–250.
18. Horgas A.L., Elliott A.F., Marsiske M. Pain assessment in persons with dementia: relationship between self-report and behavioral observation. In: *J. Am. Geriatr. Soc.* 2009, vol. 57(1), pp. 126–132.
19. Herr K. Pain assessment in the older adult with verbal communication skills. In: *Pain in the elderly*. Seattle, WA: IASP Press, 2005, pp. 377-402.
20. AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. The management of persistent pain in older persons. In: *J. Am. Geriatr. Soc.* 2002, vol. 50 (6 suppl), pp. 205–224.
21. Herr K., Bjoro K., Decker S. Tools for assessment of pain in nonverbal older adults with dementia: a state-of-the-science review. In: *J. Pain Symptom Manag.* 2006, vol. 31, pp. 170–192.
22. Stolee P., Hillier L., Esbaugh J., et al. Instruments for the assessment of pain in older persons with cognitive impairment. In: *J. Am. Geriatr. Soc.* 2005, vol. 53, pp. 319–326.
23. Lints-Martindale A.C., Hadjistavropoulos T., Lix L.M., Thorpe L.A. Comparative investigation of observational pain assessment tools for older adults with dementia. In: *Clin. J. Pain*. 2012, vol. 28(3), pp. 226-237.
24. Wary B., Serbouti S. Doloplus: validation d'une échelle d'évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée. In: *Revue Douleurs*. 2001, vol. 2(1), pp. 35-38.
25. Ngamkham S., Vincent C., Finnegan L., et al. The McGill Pain Questionnaire as a multidimensional measure in people with cancer: an integrative review. In: *Pain Manag. Nurs.* 2012, vol. 13, pp. 27–51.
26. Kaye A.D., Baluch A., Scott J., Ochsner J. Pain Management in the Elderly Population: A Review. In: *Ochsner*. 2010, vol. 10(3), pp. 179–187.
27. Cravello L., Di Santo S., Varrassi G., et al. Chronic Pain in the Elderly with Cognitive Decline: A Narrative Review. In: *Pain Ther.* 2019, vol. 8, pp. 53–65. Disponibil pe: https://doi.org/10.1007/s40122-019-0111-7
28. McAuliffe L., Nay R., O'Donnell M., Fetherstonhaugh D. Pain assessment in older people with dementia: literature review. In: *Journal of Advanced Nursing*. 2009, vol. 65(1), pp. 2-10. Disponibil pe: doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04861.x
29. Burns M., McIlpatrick S. Palliative care in dementia: literature review of nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment. In: *Int. J. Palliat. Nurs.* 2015, vol. 21(8), pp. 400-407. Disponibil pe: doi:10.12968/ijpn.2015.21.8.400
30. Herr K., Coyne P.J., McCaffery M., et al. Pain Assessment in the Patient Unable to Self-Report: Position Statement with Clinical Practice Recommendations. In: *Pain Management Nursing*. 2011, vol. 12(4), pp. 230-250. Disponibil pe: https://doi.org/10.1016/j.pmn.2011.10.002
31. Rentsch D., Piguet V., Cedraschi C., et al. Douleurs chroniques et dépression: un aller-retour? In: *Rev. Med. Suisse*. 2009, vol. 5, pp. 1364-1369.
32. Demyttenaere K., Bonnewyn A., Bruffaerts R., et al. Comorbid painful physical symptoms and depression: prevalence, work loss and help seeking. In: *J. Affect. Disord.* 2006, vol. 92, pp. 185-193.
33. *The Assessment of Pain in Older People: UK National Guidelines, Age and Ageing*. Volume 47, Issue suppl. 1, March 2018, Pages i1–i22. Disponibil pe: https://doi.org/10.1093/ageing/afx192
34. Makris U.E., Abrams R.C., Gurland B., Carrington M.R. Management of Persistent Pain in the Older Patient. A Clinical Review. In: *JAMA*. 2014, vol. 312(8), pp. 825–836. Disponibil pe: doi:10.1001/jama.2014.9405
35. Dansie E.J., Turk D.C. Assessment of patients with chronic pain. In: *Br. J. Anaesth.* 2013, vol. 111, pp. 19-25.

Svetlana Pleșca, dr. șt. med.,
 conferențiar universitar,
 IP USMF Nicolae Testemițanu,
 tel.: 069168244, e-mail: spleasca@mail.ru