

Effetto dell'obesità sulla funzione e la qualità della vita nelle condizioni di dolore cronico

Effects of obesity on function and quality of life in chronic pain conditions.

Arranz LI, Rafecas M, Alegre C

Curr Rheumatol Rep. 2014 Jan;16(1):390. doi: 10.1007/s11926-013-0390-7.

Abstract

Nel mondo, molte persone presentano sia dolore cronico che obesità. I soggetti sovrappeso e obesi sono più predisposti a soffrire di uno stato proinfiammatorio che può manifestarsi sotto forma di sindrome metabolica ma anche con una maggiore prevalenza di patologie dolorose croniche. Nei pazienti con patologie croniche dolorose, l'obesità e un indice di massa corporea elevato (IMC) si associano a una compromissione della capacità funzionale e a una riduzione della qualità di vita (QoL). L'infiammazione sistemica non solo è coinvolta nella sindrome metabolica ma addirittura attiva e causa la continuazione del dolore cronico. È stato dimostrato che i cambiamenti a livello dello stile di vita, delle abitudini, dell'attività fisica e dell'alimentazione apportano benefici alla capacità funzionale e alla QoL; è pertanto necessario che la valutazione del paziente affronti sia un IMC elevato che la sindrome metabolica come parte del trattamento per il dolore cronico. Nei pazienti sovrappeso o obesi con patologie croniche dolorose, uno stile di vita più sano condurrebbe a una diminuzione dello stato infiammatorio e di conseguenza a un miglioramento della funzionalità e della QoL.

Commento

Salvatore Minnella , Stefano Negrini

In questa review, che prende in considerazione lavori che vanno dal 2000 al 2013, l'autore prende in esame il rapporto esistente tra obesità e dolore cronico. Essi costituiscono due aspetti molto importanti della attuale patologia della società occidentale. Il dolore cronico infatti, che è un'esperienza che coinvolge il sistema nervoso e che può perdurare per settimane, mesi o addirittura anni, sembra affliggere circa il 30% della popolazione americana ed ha un'incidenza maggiore nelle femmine. Cause di maggior frequenza di algia cronica nell'adulto sembrano essere la lombalgia, le artriti e la fibromi algia. Le alterazioni che il dolore cronico induce sono misurabili tramite scale che indagano la qualità di vita, nell'ambito del benessere psico-fisico soggettivo del paziente.

L'obesità d'altro canto è una minaccia crescente alla salute globale, per tutte le potenziali comorbidità ad essa associate: diabete mellito di tipo II, dislipidemie, cardiopatie coronariche, osteoartriti, apnee notturne, alcuni tipi di tumori e problemi psicosociali. Alla base di questa epidemia della società moderna vi sarebbero due capisaldi quali l'ingestione di cibo altamente calorico (grassi) e la scarsa attività fisica. Accanto ad essi vi sarebbero delle concause quali il deficit di sonno, lo stress, i disordini metabolici e probabilmente l'infiammazione cronica. Questi due aspetti di dolore cronico ed obesità sarebbero

contemporaneamente causa e conseguenza della disfunzione meccanica del sistema muscolo scheletrico in tali pazienti, alla cui origine ci sarebbero appunto sia il peso eccessivo che l'incremento dell'infiammazione cronica.

Sebbene non sia ancora certo se esista un'origine comune tra obesità e dolore cronico, alcuni autori vi vedono dei processi fisiopatologici simili alla base, tra questi l'infiammazione cronica sistemica, che sembra essere la questione chiave. Da una parte infatti è noto come l'infiammazione sistemica sia coinvolta nei disordini reumatici, nella perdita di tessuto osseo, con conseguente aumentato rischio di fratture e nell'aumento di infiammazione articolare e di artrosi; dall'altra è noto altresì che un eccesso nell'organismo di lipoproteine a bassa densità ossidate porti ad un aumento di citochine pro-infiammatorie e dei loro recettori. Sarebbero dunque chiari gli elementi che rendono possibile il circolo vizioso, che in senso alternato, lega infiammazione acuta/cronica e centrale/periferica con stile di vita sedentario ed obesità e che porterebbe ad una vicendevolesse amplificazione dell'uno con l'altro.

Nello specifico, analizzando la letteratura vi sono evidenze di come l'obesità riduca la qualità di vita ed aumenti il dolore e le comorbidità, e ciò sarebbe più evidente nelle donne e negli anziani. La ridotta qualità di vita sarebbe legata anche ad un'alterata qualità del sonno sia quantitativamente, che qualitativamente e ciò porterebbe a sua volta, come già detto, ad un aumento di peso. Il paziente obeso con dolore cronico sarebbe inoltre maggiormente soggetto a sintomi depressivi, rispetto al paziente normopeso o semplicemente in sovrappeso con dolore. Questo perché sarebbe affetto da una sorta di 'fame edonica', amplificata dal dolore fisico ed associata ai sensi di colpa ed appunto alla depressione, che lo porterebbe all'esperienza dell'alimentazione 'emozionale' o 'compulsiva' ed a scelte dietetiche alterate in risposta al dolore stesso. L'impatto negativo di BMI (indice di massa corporea) ed obesità su dolore cronico e qualità della vita sarebbe maggiore nella popolazione afro-americana e nei bambini ed adolescenti, categorie che sarebbero, secondo alcuni studi, maggiormente portate ad assumere atteggiamenti catastrofisti nei confronti del dolore e della paura del movimento, se associati appunto ad obesità. L'obesità ed il semplice sovrappeso sarebbero anche correlati negativamente alla sintomatologia legata alla fibromialgia: alcuni autori hanno addirittura ipotizzato come un elevato BMI possa avere un ruolo eziopatogenetico nell'insorgenza e nella severità della fibromialgia. Questa ipotesi sarebbe supportata dall'evidenza che la terapia comportamentale, che ha portato al calo di peso, ha condotto anche ad un notevole miglioramento dei sintomi algici in tali pazienti. Una forte evidenza del ruolo negativo dell'obesità vi è anche nell'insorgenza e nella progressione dell'artrosi di ginocchio ed anca (probabilmente anche delle mani): i benefici di programmi riabilitativi cognitivo- comportamentali, che includano il calo di peso, sono evidenziabili, a lungo termine, anche in pazienti che sono stati sottoposti ad artroprotesi totale.

Per ciò che attiene il paziente lombalgico invece rimane controversa l'associazione tra BMI ed algia lombare, seppure alcuni studi abbiano evidenziato una più alta prevalenza di lombalgia tra gli obesi. Inoltre è stata anche riscontrata una predittività del BMI per ciò che attiene la ricorrenza della lombalgia nel sesso femminile. Sembra tuttavia che più che il BMI in sé, sia la composizione corporea in massa magra e massa grassa il fattore dirimente nell'insorgenza e progressione della lombalgia. A conferma di ciò, infatti, mentre negli uomini un alto BMI può significare anche un elevato contenuto di tessuto muscolare, nelle donne in genere esso corrisponde ad un aumento della massa grassa.

Alla luce di tutto questo risulterebbe dunque fondamentale la gestione del dolore cronico nel paziente obeso e viceversa la gestione del peso nel paziente con dolore cronico, per permettere ad entrambi una migliore qualità di vita ed un percorso terapeutico riabilitativo multidimensionale più efficace, con particolare attenzione ad alcune categorie di pazienti: donne, bambini ed anziani.

Classificazione	IMC (kg/m ²)
Sottopeso	<18.5
Normopeso	18.5–24.9
Sovrappeso	25–29.9
Obesità di classe I	30–34.9
Obesità di classe II	35–39.9
Obesità di classe III	≥40

IMC: indice di massa corporea
(Adattato dai dati dell'Organizzazione mondiale della sanità)

Classificazione internazionale dell'adulto sottopeso, sovrappeso e obeso in base all'indice di massa corporea

Domande per la Formazione a Distanza (FAD)

2015-F2-17-1) Un aumento in circolo delle lipoproteine a bassa densità ossidate porta ad un aumento di:

- a. tono muscolare
- b. trofismo muscolare
- c. acido urico
- d. citochine pro infiammatorie e loro recettori

2015-F2-17-2) Il deficit di sonno è una concausa di:

- a. deformità vertebrale
- b. isolamento sociale
- c. schizofrenia
- d. obesità

Tutte le domande dei singoli articoli (identificate dal codice sopra indicato) saranno raccolte nel **questionario finale** che dovrà essere compilato nel mese di dicembre da parte di coloro che si sono iscritti (o si iscriveranno) al programma facoltativo di FORMAZIONE A DISTANZA - **FAD** (vedi www.gss.it/associa.htm) per conseguire l'ATTESTATO GSS FAD o i 50 CREDITI ECM FAD