

Quando il
movimento
è dolore



Valutare
Interpretare
Curare

ANNO MONDIALE CONTRO IL DOLORE MUSCOLOSCHIELETRICO

OTTOBRE 2009 – OTTOBRE 2010

Epidemiologia del Dolore Muscoloscheletrico

Prevalenza [3]

Quasi tutti gli individui adulti hanno vissuto l'esperienza di uno o più brevi episodi di dolore muscoloscheletrico associato a trauma o sovraccarico. Anche problemi di dolore muscoloscheletrico ricorrente o cronico sono comuni. La prevalenza di una specifica condizione viene definita come la proporzione di popolazione che presenta quella condizione in un determinato frangente o periodo di tempo.

- Sebbene le misure di prevalenza varino nei diversi studi a causa delle diversità nelle definizioni di caso, popolazioni studiate e periodi di tempo esaminati, è evidente come la prevalenza di certi dolori muscoloscheletrici sia piuttosto bassa (es, 2% o meno per la fibromialgia, l'artrite reumatoide e l'epicondilite), mentre il mal di schiena è estremamente comune, interessando il 30-40% degli adulti nella popolazione generale in ogni dato momento.
- Fra questi estremi, la prevalenza è nel range del 15-20% per il dolore cervicale e per il dolore di spalla e del 10-15% per il dolore al ginocchio, il dolore da disordini dell'articolazione temporomandibolare e il dolore cronico diffuso.

Influenza dei fattori Età/Sesso [3,4]

Sebbene i valori di prevalenza succitati siano utili per stimare l'impatto globale del dolore muscoloscheletrico, le frequenze di molte tipologie specifiche di tale dolore variano molto con il sesso e l'età.

- Un esempio evidente è la gonalgia da osteoartrosi, estremamente comune negli anziani, che affligge più di 1 terzo delle persone di età superiore ai 60 anni, ma è molto meno frequente fra le persone più giovani. All'opposto, la prevalenza di alcune condizioni dolorose muscoloscheletriche croniche, come il dolore da disordini dell'articolazione temporomandibolare, declina dopo i 45 anni di età.
- Il dolore cervicale, alla spalla, al ginocchio ed alla schiena è circa 1.5 volte più comune nelle donne rispetto agli uomini. Il rapporto femmine/maschi è circa 2:1 per il dolore da disordini temporomandibolari e più di 4:1 per la fibromialgia.

Fattori di rischio per il dolore muscoloscheletrico [2,5,7]

Numerosi sono i fattori che, oltre al sesso ed all'età, si sono rivelati capaci di incrementare il rischio individuale di sviluppare dolore muscoloscheletrico persistente.

- La presenza di malattie degenerative (artrite reumatoide ed osteoartrosi) ovviamente aumenta il rischio di presentare dolore alle articolazioni; comunque non tutte le osteoartrosi sono dolorose.
- Sia l'uso ripetitivo che il non uso delle strutture muscoloscheletriche sono stati associati a dolore.
- Negli studi prospettici, è stato visto che la presenza di manifestazioni dolorose (sia muscoloscheletriche che non) in condizioni di base risulta predittiva dell'esordio di nuovi problemi muscoloscheletrici, ed il rischio di insorgenza aumenta con il numero di problemi dolorosi già presenti in partenza.
- Fattori psicologici, inclusi depressione, negatività affettiva, e (negli adolescenti) problemi comportamentali, sono stati pure associati con un aumentato rischio di esordio.
- Infine, alcune evidenze suggeriscono che determinati fattori genetici possano aumentare il rischio di insorgenza, per lo meno per i disordini dolorosi temporomandibolari.

Disabilità nel dolore muscoloscheletrico [1,6]

Le persone con dolore muscoloscheletrico possono non essere più in grado di svolgere le loro normali attività o possono doverle limitare a causa del dolore.

- La frequenza di disabilità da dolore muscoloscheletrico è generalmente inferiore nella popolazione generale rispetto alle persone che ricercano le cure primarie. Per esempio, fra gli anziani che ricercano cure per la gonalgia, la frequenza della disabilità era del 37% vs il 22% nella popolazione nel suo complesso.

- Poiché molti problemi dolorosi muscoloscheletrici hanno un'alta prevalenza, le implicazioni economiche del dolore muscoloscheletrico in genere sono enormi. In aggiunta ai costi di indennità di disoccupazione sostenuti per coloro che non possono lavorare a causa del dolore muscolare, vanno considerati anche gli elevati costi per ridotta produttività fra le persone che di fatto lavorano.
- In una indagine epidemiologica della popolazione attiva negli Stati Uniti, il 7.2% dei lavoratori ha riferito la perdita di 2 o più ore di lavoro nella settimana precedente a causa di mal di schiena, artrite, o altre condizioni dolorose muscoloscheletriche (incluso il tempo trascorso a lavoro senza essere produttivi a causa del dolore). Il tempo medio perso era di 5 - 5.5 ore/settimana. Il costo annuale stimato del tempo produttivo perduto a causa di mal di schiena, artrite ed altri dolori muscoloscheletrici era di 41.7 bilioni di dollari nel 2002.

Bibliografia

1. Bedson J, Mottram S, Thomas E, Peat G. Knee pain and osteoarthritis in the general population: what influences patients to consult? *Fam Pract* 2007;24:443–53.
2. Croft PR, Papageorgiou AC, Ferry S, Thomas E, Jayson MI, Silman AJ. Psychologic distress and low back pain. Evidence from a prospective study in the general population. *Spine* 1995;20:2731–7.
3. Crombie IK, Croft PR, Linton SJ, LeResche L, Von Korff M, editors. *Epidemiology of pain*. Seattle: IASP Press; 1999.
4. LeResche L. Epidemiologic perspectives on sex differences in pain. In Fillingim RB, editor. *Sex, gender, and pain. Progress in pain research and management*, Vol. 17. Seattle: IASP Press; 2000. p. 233–49.
5. LeResche L, Mancl LA, Drangsholt MT, Huang G, Von Korff M. Predictors of onset of facial pain and temporomandibular disorders in early adolescence. *Pain* 2007;129:269–78.
6. Stewart WF, Ricci JA, Chee E, Morganstein D, Lipton R. Lost productive time and cost due to common pain conditions in the UW workforce. *JAMA* 2003;290:2443–54.
7. Von Korff M, LeResche L, Dworkin SF. First onset of common pain symptoms: a prospective study of depression as a risk factor. *Pain* 1993;55:251–8.

