



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI  
DI GENOVA



**Università degli Studi di Genova**  
Facoltà di medicina e Chirurgia

**Master in Riabilitazione dei Disturbi  
Muscoloscheletrici**

Anno Accademico 2009/2010  
Campus Universitario di Savona  
*In collaborazione con Master of Science in Manual Therapy  
Vrije Universiteit Brussel*



**MENAGEMENT NEL PGP CRONICO  
SECONDO IL MODELLO BIOPSIICOSOCIALE**

Candidato:  
Dott.ssa Sabrina Bettazzi

Relatore:  
Dott. Christian Papeschi

## **INDICE**

|            |  |               |
|------------|--|---------------|
| <b>1</b>   | <b>ABSTRACT</b>  | <b>Pg. 3</b>  |
| <b>2</b>   | <b>INTRODUZIONE, IL PGP</b>                              | <b>Pg. 4</b>  |
| <b>2.1</b> | <b>COSA SI INTENDE PER APPROCCIO<br/>BIOPSIKOSOCIALE</b> | <b>Pg. 6</b>  |
| <b>3</b>   | <b>MATERIALI E METODI</b>                                | <b>Pg. 8</b>  |
| <b>4</b>   | <b>RISULTATI</b>   | <b>Pg. 9</b>  |
| <b>5</b>   | <b>DISCUSSIONE</b>                                       | <b>Pg. 16</b> |
| <b>6</b>   | <b>CONCLUSIONE</b>                                       | <b>Pg. 19</b> |
| <b>7</b>   | <b>BIBLIOGRAFIA</b>                                      | <b>Pg. 21</b> |

## 1. ABSTRACT

**SCOPO:** L'intento di questo lavoro è quello di operare una revisione della letteratura scientifica al fine di valutare quanto gli aspetti biopsicosociali vengono considerati nella prognosi e nel trattamento del PGP cronico.

**MATERIALI E METODI:** per questa revisione sono stati presi in considerazione 5 studi che valutavano il ruolo dei fattori biopsicosociali nell'insorgenza e nella cronicizzazione del PGP. In tutti gli studi il campione considerato era costituito da donne in gravidanza, le misure di outcome utilizzate riguardavano la percezione dello stato di salute generale, l'intensità del dolore, l'impatto del PGP sulla partecipazione sociale e il grado di disabilità. Inoltre al momento dell'inclusione nello studio venivano indagati aspetti socio demografici sul numero di figli, tipo di attività lavorativa, grado di soddisfazione lavorativa.

**RISULTATI:** In tutti gli studi emerge più o meno chiaramente che l'ansia derivante dalla paura di non essere in grado di ottemperare ai compiti familiari, l'incertezza sul proprio stato di salute, la presenza di sintomi depressivi e la paura che movimenti veloci e improvvisi possano peggiorare i sintomi abbiano un ruolo importante sulla limitazione dell'attività e della partecipazione favorendo la cronicizzazione del PGP.

**CONCLUSIONE:** Si può concludere quindi che nonostante i pochi studi effettuati in questo ambito e il fatto che questi prendano in considerazione campioni composti esclusivamente da donne in gravidanza non permette di trarre conclusioni definitive anche se risulta evidente il ruolo dei fattori biopsicosociali nella cronicizzazione di questo disturbo. Per questo motivo è auspicabile un nuovo approccio da parte del clinico nei confronti del PGP che ponga al centro del trattamento il paziente e persegua obiettivi che riguardino non solo la riduzione del dolore e l'incremento della funzionalità ma volti anche all'instaurarsi di una buona relazione terapeuta-paziente, rassicurazione sulla prognosi positiva della patologia e l'incentivazione di uno stile di vita attivo anche attraverso l'insegnamento di strategie di contingenza dei sintomi da parte delle pazienti stesse.

## 2. INTRODUZIONE

### IL PGP

Il WG4 (insieme di 4 linee guida sul LBP e PGP) propone una definizione per il dolore pelvico di origine muscoloscheletrica sotto il titolo di Dolore del Cingolo Pelvico (Pelvic Girdle Pain, PGP), al fine di escludere dolori di tipo ginecologico o urologico:

*“Pelvic girdle pain generally arises in relation to pregnancy, trauma, arthritis and osteoarthritis. Pain is experienced between the posterior iliac crest and the gluteal fold, particularly in the vicinity of the SIJ. The pain may radiate in the posterior thigh and can also occur in conjunction with/or separately in the symphysis. The endurance capacity for standing, walking, and sitting is diminished. The diagnosis of PGP can be reached after exclusion of lumbar causes. The pain or functional disturbances in relation to PGP must be reproducible by specific clinical tests”* (Vleeming A 2008 [18]).

Il PGP quindi corrisponde ad un dolore compreso posteriormente tra la cresta iliaca e la linea glutea localizzato in particolare in prossimità della articolazione sacroiliaca. Questo dolore può essere irradiato a livello della coscia posteriore ed associarsi, talvolta, a dolore a livello della sinfisi pubica.

Tale condizione diminuisce la capacità del soggetto di mantenere a lungo la stazione seduta od eretta.

La diagnosi di PGP si pone dopo l'esclusione di cause lombari.

Il PGP è una tipologia particolare di LBP che può manifestarsi CON o SENZA LBP.

La causa del PGP è multifattoriale e può essere correlata a condizioni differenti. Il dolore o disturbi funzionali in relazione al PGP devono poter essere riprodotti da tests clinici specifici.

L' eziologia del PGP è multifattoriale, ma in generale questo sintomo compare in relazione a gravidanza, traumi, o malattie reumatiche quali artrosi e spondilite anchilopoietica. (Vleeming A 2008 [18])

In generale i pazienti affetti da tale problematica vengono suddivisi in due gruppi: pazienti affetti da PGP legato ad una gravidanza e pazienti il cui dolore pelvico non può essere riconducibile ad una gravidanza. Per semplicità, utilizzeremo i termini *Pregnancy related* e *Non pregnancy related PGP* visto che la letteratura scientifica sull'argomento fa riferimento a questa terminologia.

La maggior parte degli studi epidemiologici riguardano le donne in gravidanza, perché la maggior parte delle persone coinvolte da questa patologia è di sesso femminile.

Secondo le linee guida europee del 2008 per la diagnosi e il trattamento del dolore pelvico, circa il 20% di tutte le donne in gravidanza soffre a causa del pregnancy related pelvic pain.

Si ipotizza che possano favorire la comparsa del pregnancy related PGP alcune modificazioni fisiche dovute alla gravidanza stessa: l'aumento dell'ormone relaxina provocherebbe un'aumentata lassità legamentosa con conseguente aumento del ROM delle articolazioni pelviche. Sembrerebbe giocare un ruolo importante anche la diminuzione della coordinazione motoria e del controllo motorio. Altri fattori di rischio rilevanti nello sviluppo di un PGP in gravidanza sembrerebbero essere traumi precedenti o una storia pregressa di lombalgia.

Per quanto riguarda il PGP non correlato alla gravidanza non esistono fino ad oggi studi appropriati che forniscano dati epidemiologici rilevanti.

## 2.1 APPROCCIO BIOPSIICOSOCIALE

Recenti sviluppi nell'ambito della ricerca e degli interventi per la promozione della salute hanno aperto nuove prospettive nella definizione e classificazione delle malattie e delle disabilità (Bickenbach et al., 1999). La salute deve essere considerata una condizione di benessere fisico e psicologico, e valutata a partire dal contesto socio-culturale di appartenenza dell'individuo. In particolare, la definizione e la classificazione delle disabilità ha subito un articolato processo di revisione: si è passati dal definirle deviazioni dalla normalità al considerarle variazioni del funzionamento umano, che originano dall'interazione tra caratteristiche intrinseche dell'individuo e caratteristiche dell'ambiente fisico e sociale (Ustun et al., 2001).

L'ICIDH-2 (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, WHO, 1997), ultima revisione della classificazione internazionale, si fonda sul modello biopsicosociale, che rispetto ai precedenti coglie la natura dinamica e reciproca delle interazioni individuo/ambiente superando la prospettiva causa-effetto. Secondo tale modello, la disabilità è concepita e valutata come una variazione lungo tre dimensioni definite come *deficit (organico o psichico)*, *limitazioni nell'attività* e *limitazioni nella partecipazione*.

Per quanto riguarda la partecipazione, vengono considerate tutte le aree della vita umana, dall'aspetto fisico alla spiritualità e al coinvolgimento politico.

Nell'ambito della psicologia della salute, numerose ricerche sul benessere e sulla qualità della vita sottolineano la relatività di questi concetti e la necessità di interpretarli da un punto di vista soggettivo (Fitzpatrick, 2000; Nordenfelt, 1994). Ogni individuo, in base alle proprie condizioni di salute, limitazioni fisiche, personalità e stile di interazione con le opportunità offerte dall'ambiente, sviluppa una valutazione personale di cosa sia una buona qualità di vita.

L'approccio terapeutico occidentale generalmente ha focalizzato il trattamento sulla patologia, a prescindere dall'esperienza soggettiva e dall'ambiente socio-culturale (Woelk, 1992). Tuttora, l'approccio dominante è prevalentemente *problem-centered*: il paziente viene trattato per la sua patologia, indipendentemente dal fatto che il contesto culturale da cui proviene, ed il suo vissuto soggettivo, possano influenzarne la percezione dei sintomi e l'attribuzione delle cause. Un approccio terapeutico *person-centered* prevede invece che la malattia, la sindrome organica siano trattati

anche in funzione dello stato di equilibrio generale dell'individuo, e della qualità della sua relazione con l'ambiente circostante (Beardsley e Pedersen, 1997).

In tempi più recenti il punto di vista dell'utente, in termini di soddisfazione e qualità percepita dell'intervento, ha assunto crescente importanza nei programmi di riabilitazione (Fitzpatrick, 2000). Anche la Comunità Europea, in vista del 2003 - Anno Europeo del Cittadino Disabile – ha fornito indicazioni specifiche in favore di un approccio centrato sulla prospettiva soggettiva. In quest'ottica è utile conoscere la qualità dell'esperienza che le persone disabili associano ad attività e contesti quotidiani, e le loro modalità di interazione con le opportunità disponibili nell'ambiente.

Studi mirati hanno inoltre evidenziato la necessità di non trascurare le caratteristiche della cultura in cui vengono condotti programmi di riabilitazione (Sinha, 1986; Saraswathi, 1992). La rappresentazione sociale del corpo e delle sue patologie è influenzata da atteggiamenti e attribuzioni radicati nella cultura (Kim and Berry, 1993). Infatti, il significato attribuito ad una specifica patologia varia e influenza il processo di sviluppo e di integrazione sociale dell'individuo.

Tali presupposti hanno importanti implicazioni a livello di intervento: programmi efficaci richiedono un approccio globale e integrato, che rispetti l'individuo nelle sue dimensioni biologica, psicologica e culturale, e che consideri non solo la patologia ma anche le problematiche sociali, economiche, culturali e psicologiche che ne influenzano la sintomatologia e il decorso.

### 3. MATERIALI E METODI

Per questa ricerca ho utilizzato come browser solamente pubmed. La stringa di ricerca che ho inserito è stata “*pelvic girdle pain*”.

Dal numero iniziale di 204 articoli sono stati scartati quelli che avevano come oggetto studi effettuati su pazienti con specifiche patologie (spondilite, malattie reumatiche o neoplasie) e articoli non attinenti alla mia revisione.

Gli articoli erano risultati interessanti ai fini di questo lavoro sono stati 8 schematizzati nella seguente tabella:

| ARTICOLO | ANNO | AUTORI                         | TIPO STUDIO           |
|----------|------|--------------------------------|-----------------------|
| 1        | 2006 | Caroline HG Bastiaenen, et al. | RCT                   |
| 2        | 2004 | Caroline HG Bastiaenen, et al. | Studio Di Coorte      |
| 3        | 2010 | Hilde Stendal Robinson, et al. | Prospettico Di Coorte |
| 4        | 2005 | Janneke M Bastiaanssen, et al. | Studio Longitudinale  |
| 5        | 2007 | Gutke A, et al.                | Studio Di Coorte      |
| 6        | 2007 | Peter B. O’Sullivan, et al.    | Review                |
| 7        | 2006 | Albert HB, et al.              | Studio Dicoorte       |
| 8        | 2010 | Robinson HS, et al.            | Prospettico Di Coorte |

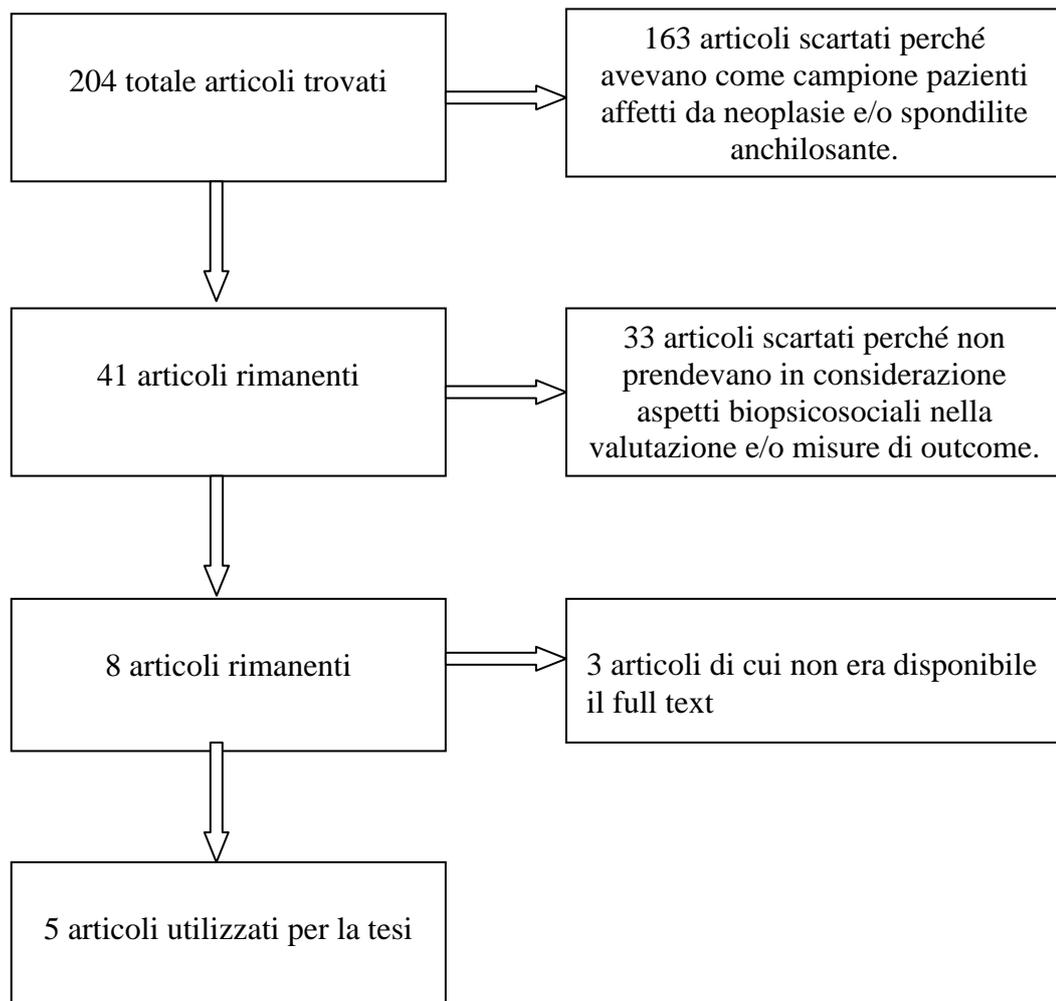
Di questi articoli ho potuto utilizzare solamente i primi 5 perché degli ultimi 3 non era disponibile il full text.

Riassumendo i criteri di inclusione per questa revisione erano: articoli che avessero come oggetto di studio il PGP e la disponibilità del full text.

Sono invece stati esclusi gli studi che avevano come oggetto pazienti con patologie specifiche (neoplasie, spondilite, malattie reumatiche) e studi che prendessero in considerazione il PGP senza considerare aspetti biopsicosociali.

## 4. RISULTATI

Nella flow-chart che segue è schematizzati I risultati della ricerca degli articoli, il numero di articoli scartati e il numero degli articoli selezionati ma dei quali non era disponibile il full-text.



Nella seguente tabella sono riportati le caratteristiche del campione di ogni studio preso in considerazione per questa revisione, gli interventi eseguiti e le misure di outcome utilizzate.

| ART. | CAMPIONE  | VALUTAZIONE   | INTERVENTO  | OUTCOME  |
|------|---|---|---|--|
| 1    | Il numero di partecipanti inizialmente era 7526 reclutate tra la 10° e 14° settimana di gestazione, il campione si è ridotto a 126. | Tutte le partecipanti sono state intervistate telefonicamente 2 settimane dopo il parto. In 3° settimana è stata fatto un esame fisico da parte di un fisioterapista addestrato per escludere patologie specifiche. Infine sono stati somministrati questionari su: qualità di vita, dolore, tendenza a catastrofizzare, sintomi depressivi e aspettativa verso il trattamento. | GRUPPO SPERIMENTALE (n.62): I terapisti occupatisi di questo gruppo hanno ricevuto un programma educativo sul protocollo di trattamento. Il trattamento verteva su: relazione terapeuta-paziente; educazione e promozione di una vita attiva; discussione tra i professionisti dei risultati di ogni paziente; nozioni teoriche di self-menagment. Le informazioni sono state presentate con libretti su anatomia del bacino, "bandiere rosse", fattori che contribuiscono alle fluttuazioni del dolore, stimolazione all'esercizio e all'attività, gestione dolore, ristrutturazione cognitiva.<br>GRUPPO DI CURA TRADIZIONALE(n.64): le pazienti erano libere di scegliere se essere trattate da fisioterapisti esperti che non avevano ricevuto informazioni sul protocollo di trattamento; guidate da un medico generico o non fare niente. | Pain catastrophizing scale; The back depression inventory; Negative emotionality scale; positive emotionally scale; VAS riguardo l'aspettativa verso il trattamento; Pain behavior scale; Roland disability questionnaire; Sensazione soggettiva di recupero; VAS riguardo l'esecuzione di 3 ADL; SFM-36, Tampa scale of kinesiofobia e McGill pain questionnaire.           |
| 2    | Come lo studio precedente   | Come lo studio precedente   | Come lo studio precedente   | oltre agli out come usati alla 12° sett. dal parto (studio precedente) alle donne è stato chiesto quante sedute di trattamento hanno seguito, il loro grado di soddisfazione sul trattamento seguito, eventuali co-interventi (farmaci, ausili,...), la frequenza di ricadute, ritorno alla propria occupazione e la loro idea riguardo una possibile gravidanza successiva. |
| 3    | 385 donne inizialmente poi il campione si è ridotto a 268.  | Le donne al momento dell'inclusione nello studio hanno risposto ad un questionario su variabili socio demografiche; localizzazione del dolore; intensità del dolore e disabilità;   | Il campione non è stato sottoposto a nessun intervento  | VAS del dolore; Disability rating index; Hopkins symptom check-list; Fear avoidance beliefs questionnaire; Body-chart per la localizzazione del dolore.  |

|   |  |  |   |   |
|---|--|--|---|---|
|   |  | <p>sensazione di disagio, credenze legate al movimento, stato di salute generale; qualità della vita; locus of control; uso di contraccettivi; altre complicazioni; e attività fisica. successivamente sono state valutate da un terapeuta manuale.</p> <p>Alla 30° sett. è stato somministrato di nuovo il questionario e un nuovo esame clinico.</p>   |   |   |
| 4 | 7.526 donne in gravidanza residente nella zona sud-orientale dei Paesi Bassi.  | <p>Al momento dell'inclusione le donne hanno compilato un questionario di base, un 2° alla 30° settimana di gestazione, un 3° a 2 settimane dal parto e un 4° e un 5° a 6 e 12 mesi dal parto.</p> <p>I questionari indagavano problemi fisici (passati e presenti), limitazioni dell'attività e partecipazione situazione lavorativa, demografica, stile di vita, fattori correlati alla gravidanza e fattori psicosociali.</p> | Il campione non è stato sottoposto a nessun intervento  | La valutazione del dolore è stata ricavata dalle informazioni autoriportate dalle pazienti. |
| 5 | Tutte le donne incinte registrate in 2 cliniche che forniscono cure prenatali. | <p>Un fisioterapista ha contattato telefonicamente tutte le donne per la valutazione. Le donne tra la 12° e 18° settimana avevano completato un primo questionario in clinica (su dati di background), e un secondo questionario 3 mesi dopo il parto (che</p>   | Il campione non è stato sottoposto a nessun intervento. | versione svedese del Postnatal Edimburgo Depression Scale.                                  |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  | includeva<br>Edinburgh postnatal<br>depression scale e<br>domande riguardo<br>al parto). |  |  |
|--|--|--|--|--|

Qui di seguito è riportata una breve descrizione degli articoli visionati.

#### ARTICOLO 1

Delle 126 donne che avevano preso parte allo studio (64 nel gruppo di cura tradizionale, 62 nel gruppo sperimentale), sono arrivate al follow-up dopo 12 settimane dal parto solo 114 (56 del gruppo tradizionale, 58 del gruppo sperimentale).

Entrambi i gruppi erano omogenei per, caratteristiche demografiche, localizzazione del dolore e risultati ottenuti alle valutazioni iniziali.

Nel gruppo di cura tradizionale 22 donne hanno scelto di essere trattate da un fisioterapista, 4 da un terapeuta manuale e 4 hanno scelto di essere seguite dal loro medico di medicina generale, le altre (64) hanno scelto di non essere seguite da nessun professionista.

Nel gruppo sperimentale 6 donne hanno fatto uso di antidolorifici, una donna ha utilizzato una cintura elastica e 2 donne si sono sottoposte ad una RX. Nel gruppo di controllo 5 donne hanno usato antidolorifici, 9 donne una cintura elastica e 5 donne si sono sottoposte a RX.

Il follow-up a 12 settimane dopo il parto ha mostrato una notevole differenza a favore dell'intervento sperimentale, ma solo la misura delle limitazioni nelle attività con la Roland Disability Questionnaire ha raggiunto la significatività statistica.

Le donne del gruppo sperimentale che hanno dichiarato la completa remissione del disturbo o di aver subito importanti miglioramenti erano in numero molto maggiore rispetto alle donne del gruppo di cura tradizionale. I risultati degli out come sul sintomo principale, dolore, stato di salute generale e sensazione di paura o evasione valutato con la sottoscala del Tampa Scale of Kinesiophobia ha favorito il gruppo di intervento sperimentale anche se i risultati non erano statisticamente significativi.

Chiaramente le donne incluse in questo studio erano molto preoccupate per la loro condizione, il fatto di non avere informazioni certe sull'eziologia e la prognosi del loro disturbo provocava in loro un continuo stato di ansia, inoltre la paura di non essere in grado di riprendere a gestire tutte le attività che facevano prima e la

preoccupazione che un movimento sbagliato potesse provocare gravi danni alla loro salute ha reso la gestione di queste preoccupazioni un obiettivo importante della cura. Questi aspetti e l'attenzione al rapporto terapeuta-paziente sono stati fattori importanti per introdurre, nell'ambito di un approccio biopsicosociale, il concetto teorico di auto-gestione e paura-evitamento. Lo sviluppo standardizzato delle informazioni focalizzate sulla paziente ha prodotto una risposta attiva ai sintomi e una gestione razionale del dolore.

## ARTICOLO 2

Questo studio non è che la continuazione dello studio precedente, infatti utilizza lo stesso campione ma protrae i follow-up a 6 mesi e 1 anno dal parto.

Questo studio valuta il trend del dolore dalla gravidanza al parto fino ad un anno successivo alla nascita del bambino.

La percentuale di donne che dichiarava dolore lombare o a livello del cingolo pelvico in gravidanza era del 73% ma solo il 9% voleva essere sottoposto ad un trattamento. Subito dopo il parto la percentuale di donne che lamentava dolore era del 35.9% , delle quali il 4,8% aveva espresso la volontà di essere trattata dopo il parto.

L'obiettivo dell'intervento sperimentale è quello di incrementare il livello di attività quindi la misura di questo obiettivo rimane l'outcome principale.

Il contrasto tra i due tipi di intervento è molto interessante. Le caratteristiche che sottolineano il contrasto tra le due opzioni di trattamento sono: la relazione terapeuta-paziente; un trattamento dolore-contingente rispetto a tempo-contingente e un regime di evitamento e limitazione delle attività contro un'azione di pianificazione e impostazioni di obiettivi personali da parte delle donne stesse.

## ARTICOLO 3

Tutte le donne dello studio sono state incluse alla 14 settimana di gestazione. Il 50% del campione ha riferito dolore al cingolo pelvico fin dall'inizio della gravidanza, di queste il 39% riferiva dolore posteriormente; il 4% riferiva dolore solo a livello della sinfisi mentre il 7% riferiva dolore sia a livello della sinfisi che posteriormente.

Entrambe le misure di outcome utilizzate (Disability Rating Index e VAS riguardo l'intensità del dolore) sono aumentati dai primi mesi alla 30° settimana di gestazione. BMI precedente alla gravidanza, fumo, attività fisica prima della gravidanza, lavoro a tempo pieno, risultato ottenuto al Beighton score for ipermobility non sono risultati

significativamente associati con Disability Rating Index nella 30° settimana di gravidanza.

Neanche l'età, stato civile, educazione, numero di figli, storia di LBP precedente alla gravidanza, uso di pillola contraccettiva, condizioni di lavoro non sono stati significativamente correlati con DRI nella 30° settimana di gestazione.

La localizzazione del dolore, il risultato al P4 test, il risultati ai test di provocazione del dolore, e le risposte date al Hopkins Symptom Check list nei primi mesi di gravidanza è risultato significativamente associato con DRI in 30° settimana.

#### ARTICOLO 4

In questo studio sono state incluse solo le donne che hanno denunciato PGP insorto in gravidanza o nelle 2 settimane successive al parto. Le partecipante allo studio sono state divise divise in 2 gruppi donne con storia di LBP/PGP e donne senza storia di LBP/PGP.

La rilevazione dei dati per l'insorgenza di PGP è stata fatta in vari step, le donne sono state sottoposte ad un questionario alla 14; alla 30°; tra la 34° e la 40°; e l'ultima rilevazione è stata effettuata a 2 settimane dal parto.

L'età media della popolazione in studio è di 31,5 anni. Il livello di istruzione dei partecipanti è molto alto. Circa il 38% dei partecipanti hanno avuto una formazione superiore o formazione universitaria. L'uso di alcol durante la gravidanza è limitata, il 44,8% della popolazione in studio non ha fatto uso di alcool prima della gravidanza, il 91,2% non fa uso di alcol durante la gravidanza. Ad eccezione del paese di nascita, la popolazione in studio è eterogenea per quanto riguarda la demografia, lo stato del lavoro e fattori correlati alla gravidanza.

Quasi tutte le donne dello studio hanno sviluppato dolore nella parte bassa della schiena, a livello dei glutei, della sinfisi, dell'inguine o irradiazione nelle gambe in qualche momento della loro gravidanza.

Delle 7.527 donne della corte, l'84% ha riportato dolore in una o in tutte queste aree durante la gravidanza. Le donne con una storia di LBP / PPGP hanno maggior probabilità di sviluppare PPGP nel corso della gravidanza rispetto alle donne senza una storia di LBP / PPGP.

## ARTICOLO 5

Questo articolo prende in considerazione una corte di 267 donne delle quali 180 (67%) non presenta dolore lombo-pelvico; 44 (16%) con PGP; 29 (11%) con dolore lombare e 14 (5%) che presentavano PGP e dolore lombare.

Il 16% del totale delle donne incluse nello studio presentavano sintomi depressivi valutati con la versione svedese del Postnatal Edimburgo Depression Scale (cutoff  $\geq$  10), di queste 27 (67%) sono state classificate con dolore lombo pelvico. E' stato osservato che le donne che presentavano dolore lombo pelvico (PGP, dolore lombare, entrambi) avevano punteggi più alti al Postnatal Edimburgo Depression Scale.

## 5. DISCUSSIONE

Nel primo articolo le donne con PGP/LBP correlati alla gravidanza hanno beneficiato maggiormente di un trattamento su misura che tenesse in considerazione fattori biopsicosociali rispetto alle donne trattate con programmi di cura tradizionali basati su tecniche di contingenza del dolore. A 12 settimane dal parto è stata rilevata una differenza statisticamente significativa a favore del gruppo di cura sperimentale riguardo le limitazioni nelle attività valutato con il Roland Disability Questionnaire. Altre misure di outcome come l'effetto generale percepito, l'evoluzione dei sintomi principali, il dolore, atteggiamenti di paura-evitamento e la sensazione dello stato di salute generale risultano migliorati nel gruppo di cura sperimentale anche se non raggiungono la significatività statistica.

L'analisi dei sottogruppi ha mostrato che le donne con moderata limitazioni nelle attività (punteggio RDQ al basale <13 punti) sono migliorate quasi nella stessa misura in entrambi i gruppi di studio.

Tuttavia, nei sottogruppi con gravi limitazioni delle attività (punteggio RDQ al basale  $\geq 13$  punti) il miglioramento è stato maggiore nel gruppo sperimentale rispetto alle donne del gruppo di cura tradizionale. Questa valutazione ha sottolineato la principale conclusione dello studio cioè che le donne che hanno ricevuto l'intervento sperimentale ha beneficiato maggiormente del trattamento rispetto alle donne che hanno ricevuto cure tradizionali.

Nel secondo articolo, che rappresenta la continuazione del precedente, i risultati sono conformi all'articolo precedente. Dal momento che non è stato possibile eseguire i due trattamenti rendendo cieco il campione c'era un'alta probabilità di ottenere dei bias di informazione, per ovviare a questa eventualità sono state escluse dallo studio tutte le donne che avevano espresso una preferenza tra i due trattamenti. Il fatto che solo il 4,8% delle donne che aveva dichiarato di avere dolore dopo il parto fa pensare al fatto che la prognosi favorevole e l'intervento di fattori ambientali particolari (la nascita del bambino, il cambiamento nella vita personale) giochino un ruolo importante sulla decisione di rivolgersi a degli specialisti.

Il terzo articolo prende in considerazione alcuni fattori di rischio emersi in altri articoli precedenti non considerati in questa revisione.

I fattori di rischio individuati in altri studi (lavoro estenuante, precedente storia di LBP, numero di gravidanze precedenti) non trovano significativa associazione rispetto al grado di disabilità o intensità del dolore in 30° settimana.

Mentre la localizzazione del dolore a livello della pelvi, la positività al P4 test, la somma dei test di provocazione del dolore all'inizio della gravidanza, e il grado di ansia nelle pazienti erano significativamente associati con la disabilità e l'intensità del dolore in 30° settimana di gestazione.

Questi risultati potrebbero essere dovuti ad una differente progettazione dello studio o all'uso di differenti livelli di metodi statistici. Una possibile spiegazione potrebbe essere che nei precedenti studi spesso i fattori di rischio venivano registrati a posteriori, alla fine della gravidanza e dopo la comparsa dei sintomi. Quindi, la comunicazione delle donne riguardo questi fattori potrebbe essere stata distorta dal dolore [7,8]. Il disegno di questo studio invece fa sì che sia stato possibile evitare questo bias. Infatti al momento dell'inclusione e di misurazione dei fattori di rischio, nessuna delle donne aveva definito i propri sintomi e non erano in cerca di cure.

Il quarto articolo permette di esaminare l'eziologia e la prognosi di PPGP attraverso la misurazione degli outcome durante la 14° settimana di gravidanza fino ad 1 anno successivo al parto.

Le primipare sono state più favorevoli a partecipare allo studio rispetto alle pluripare. E' possibile aspettarsi un'incidenza maggiore di PGP nelle pluripare rispetto alle primipare per cui non può essere esclusa l'eventualità che in questo studio sia stata fatta una sottostima di PPGP.

Tuttavia, il campione prelevato dovrebbe essere in grado di fornire affidabili intuizioni di incidenza e prevalenza di PPGP e fattori legati all'eziologia e alla prognosi di PPGP nei Paesi Bassi.

Nell'ultimo articolo considerato in questa revisione si evidenzia il fatto che i sintomi depressivi post parto erano 3 volte superiori nel gruppo di donne con LBP/PGP rispetto al gruppo di donne che non lamentavano dolore, Questo dovrebbe far suscitare nel clinico una maggior attenzione nei confronti delle donne con PGP poiché il fatto che i loro sintomi e la loro ridotta capacità funzionale perdurino nel

tempo e non scompaiano con il parto predispone le donne ad un maggior rischio di sviluppare sindromi depressive post-parto.

La depressione post-partum generalmente si risolve spontaneamente, ma se non trattata può persistere nel 25% delle donne fino ad 1 anno dopo il parto. La depressione può avere un impatto negativo sulla vita sociale delle donne e sull'interazione madre-bambino così come può produrre effetti a lungo termine riguardo a disturbi del comportamento nel bambino. In uno studio, il dolore lombopelvico persisteva nel 20% delle donne 3 anni dopo al parto. Il rischio di sviluppare PGP in una successiva gravidanza è stato stimato fino all'85%.

## 6. CONCLUSIONI

Dai risultati di questa revisione, considerando anche le conoscenze scientifiche raccolte fino ad oggi su diagnosi, eziologia e prognosi del PGP, appare di primaria importanza considerare il fatto che questo disturbo, spesso legato alla gravidanza ha una prognosi generalmente favorevole e a risoluzione spontanea.

Uno dei limiti degli studi effettuati fino ad ora sull'argomento è che questi hanno come popolazione campione donne in gravidanza o post-parto escludendo una fetta di pazienti con questo disturbo che riguarda il PGP non correlato alla gravidanza.

Nonostante la prognosi del PGP sia generalmente benigna anche senza il ricorso a trattamenti specifici, una parte di pazienti può subire una cronicizzazione del disturbo rendendo l'intervento del clinico di primaria importanza.

Da questa revisione è emerso come in molti casi gli aspetti biopsicosociali giochino un ruolo non marginale nel processo di cronicizzazione o risoluzione del PGP.

La popolazione degli studi considerati riguarda donne in gravidanza o nel postparto, categoria particolare se pensiamo al riscontro sul piano psicologico e sociale che riveste questo evento. Infatti molte delle donne intervistate negli studi accanto al disagio di una ridotta capacità funzionale e all'intensità del dolore provocato dal PGP, manifestavano molte preoccupazioni riguardo al fatto di non essere in grado di gestire la casa e/o i figli autonomamente, di non poter riprendere il loro lavoro nei tempi previsti e per la diminuzione della loro partecipazione sociale. Inoltre lo stato di ansia e frustrazione cresceva con la mancata risoluzione o diminuzione dei sintomi.

La mentalità clinica occidentale è ancora molto incentrata sulla patologia senza considerare il paziente nella sua interezza di persona che ha bisogno di strategie per far fronte alle richieste funzionali imposte dall'ambiente in cui esso vive e lavora.

Nell'unico articolo che riguarda un RCT considerato in questa revisione si è visto come i sintomi delle donne con PGP si riducevano più velocemente se l'approccio clinico teneva in considerazione aspetti biopsicosociali rispetto ai trattamenti abituali, infatti la rassicurazione delle pazienti riguardo i loro sintomi e la loro condizione clinica, una buona relazione terapeuta paziente, l'insegnamento alle pazienti stesse di strategie per il controllo dei sintomi, la stimolazione di una vita attiva e il raggiungimento di piccoli obiettivi funzionali aumenta la fiducia delle pazienti nei confronti del trattamento al quale vengono sottoposte, del terapeuta che

lo eroga, il loro grado di soddisfazione e migliora la percezione del loro stato di salute generale riducendo il rischio di cronicizzazione.

## 7. BIBLIOGRAFIA

1. Effectiveness of a tailor-made intervention for pregnancy-related pelvic girdle and/or low back pain after delivery: short-term results of a randomized clinical trial.  
Bastiaenen CH, de Bie RA, Wolters PM, Vlaeyen JW, Leffers P, Stelma F, Bastiaanssen JM, Essed GG, van den Brandt PA. *BMC Musculoskelet Disord*. 2006 Feb 27;7:19.
2. Treatment of pregnancy-related pelvic girdle and/or low back pain after delivery design of a randomized clinical trial within a comprehensive prognostic cohort study.  
Bastiaenen CH, de Bie RA, Wolters PM, Vlaeyen JW, Bastiaanssen JM, Klabbers AB, Heuts A, van den Brandt PA, Essed GG. *BMC Public Health*. 2004 Dec 24;4:67.
3. Pelvic girdle pain--associations between risk factors in early pregnancy and disability or pain intensity in late pregnancy: a prospective cohort study.  
Robinson HS, Veierød MB, Mengshoel AM, Vøllestad NK. *BMC Musculoskelet Disord*. 2010 May 13;11:91.
4. Etiology and prognosis of pregnancy-related pelvic girdle pain; design of a longitudinal study.  
Bastiaanssen JM, de Bie RA, Bastiaenen CH, Heuts A, Kroese ME, Essed GG, van den Brandt PA. *BMC Public Health*. 2005 Jan 3;5:1.
5. Pelvic girdle pain and lumbar pain in relation to postpartum depressive symptoms.  
Gutke A, Josefsson A, Oberg B. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2007 Jun 1;32(13):1430-6.
6. Diagnosis and classification of pelvic girdle pain disorders--Part 1: a mechanism based approach within a biopsychosocial framework.  
O'Sullivan PB; Beales DJ. *ManTher*. 2007 may;12(2):86-97
7. Risk factors in developing pregnancy-related pelvic girdle pain.  
Albert HB, Godsken M, Korsholm L, Westergaard JG. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85(5):539-44.

8. Pelvic girdle pain: potential risk factors in pregnancy in relation to disability and pain intensity three months postpartum.

Robinson HS, Mengshoel AM, Veierød MB, Vøllestad N. *Man Ther.* 2010 Dec;15(6):522-8.

9. “Il medico la famiglia e la comunità. L’approccio biopsicosociale alla salute e alla malattia”

V. Cigoli, M. Mariotti.

Ed. Franco Angeli 2002.

10. European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain

Andry Vleeming, Hanne B. Albert, Hans Christian Östgaard, Bengt Stuesson, and Britt Stuge. *Eur Spine J.* 2008 June; 17(6): 794–819.

11. Improving return-to-work after childbirth: design of the Mom@Work study, a randomised controlled trial and cohort study.

Stomp-van den Berg SG, van Poppel MN, Hendriksen IJ, Bruinvels DJ, Uegaki K, de Bruijne MC, van Mechelen W. *BMC Public Health.* 2007 Mar 29;7:43.

12. Association between muscle function and low back pain in relation to pregnancy.

Gutke A, Ostgaard HC, Oberg B. *J Rehabil Med.* 2008 Apr;40(4):304-11.

13. Gait in Pregnancy-related Pelvic girdle Pain: amplitudes, timing, and coordination of horizontal trunk rotations.

Wu WH, Meijer OG, Bruijn SM, Hu H, van Dieën JH, Lamothe CJ, van Royen BJ, Beek PJ. *Eur Spine J.* 2008 Sep;17(9):1160-9. Epub 2008 Jul 26.

14. Pregnancy-related pelvic girdle pain: an update.

Kanakaris NK, Roberts CS, Giannoudis PV. *BMC Med.* 2011 Feb 15;9:15.

15. Pregnancy and low back pain.

Sabino J, Grauer JN. *Curr Rev Musculoskelet Med.* 2008 Jun;1(2):137-41.

16. Long-term effectiveness and costs of a brief self-management intervention in women with pregnancy-related low back pain after delivery.

Bastiaenen CH, de Bie RA, Vlaeyen JW, Goossens ME, Leffers P, Wolters PM, Bastiaanssen JM, Brandt PA, Essed GG. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2008 May 30;8:19.

17. Comments about "European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain".

Nordin M. *Eur Spine J*. 2008 Jun;17(6):820-1. Epub 2008 Apr 4.

18. Association of low back pain with self-reported risk factors among patients seeking physical therapy services.

Levangie PK. *Phys Ther*. 1999 Aug;79(8):757-66.