



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI GENOVA



Università degli Studi di Genova

Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche

Dipartimento di Neuroscienze, Riabilitazione, Oftalmologia, Genetica e Scienze Materno-Infantili

Master in Riabilitazione dei Disordini Muscoloscheletrici

A.A 2013/2014

Campus Universitario di Savona

ANSIA E DEPRESSIONE POSSONO ESSERE CONSIDERATI FATTORI DI RISCHIO PER LA CERVICALGIA? REVISIONE DELLA LETTERATURA

Candidato:

Dott. Federico Nicolin

Relatore:

Dott.ssa Giulia Simoni

ABSTRACT

INTRODUZIONE

Il neck pain è uno dei disturbi muscolo-scheletrici più riportati al mondo. Nonostante il neck pain non sia associato ad elevata morbilità, l'elevata prevalenza di questo disturbo e la sua natura episodica sono causa di costi sanitari elevati. In letteratura sono presenti studi che hanno indagato i fattori di rischio della cervicalgia, individuando come principali determinanti l'età avanzata, il sesso femminile, le elevate richieste lavorative, lo scarso supporto sociale e lavorativo, l'essere un ex fumatore e avere avuto episodi precedenti di back pain o cervicalgia. Negli ultimi anni disturbi psicologici quali ansia e depressione stanno assumendo una importanza sempre più rilevante in quanto sono ampiamente diffusi nella popolazione mondiale e sono tra le più rilevanti cause di disabilità. Molti studi hanno espresso la necessità di una conoscenza più approfondita nel ruolo che i fattori psicologici rivestono in relazione allo sviluppo di dolore. Chiarire se fattori psicologici quali ansia e depressione siano fattori di rischio per il dolore cervicale è importante per adottare misure di prevenzione adeguate e per trattare i pazienti in modo più mirato, abbattendo le spese socio-sanitarie dirette ed indirette.

OBIETTIVI

Obiettivo della revisione è analizzare e riassumere lo stato della letteratura sul ruolo di ansia e depressione quali possibili fattori di rischio per l'insorgenza di cervicalgia.

MATERIALI E METODI

È stata condotta una revisione della letteratura utilizzando la banca dati Medline attraverso l'utilizzo del motore di ricerca PubMed. La ricerca ha condotto al reperimento di numerosi articoli, che sono stati screenati in base ai criteri di inclusione ed esclusione stabiliti. Dai risultati degli articoli inclusi nella revisione è stato possibile effettuare un'analisi qualitativa.

RISULTATI E DISCUSSIONE

Dalla ricerca effettuata, cinque studi rispettavano i criteri di inclusione e sono stati utilizzati nella revisione. I valori di OR e HR trovati per il fattore di rischio ansia indagato sono risultati lievemente superiori a 1, ad eccezione di uno studio in cui dall'analisi dicotomica è risultata una HR corrispondente a 2.39. Gli studi che hanno indagato la depressione come fattore di rischio per la cervicalgia hanno trovato valori di OR e HR lievemente o moderatamente superiori a 1, ad eccezione di uno studio in cui la HR ricavata da un'analisi dicotomica è risultata di 1.91

CONCLUSIONI

Dall'analisi degli studi inclusi non è possibile attribuire una significatività dell'associazione tra le variabili ansia e depressione e l'insorgenza di cervicalgia.

Key Words: neck pain, psychological factors, anxiety, depression, risk factors, review.

INDICE

| | |
|---|-------|
| 1. INTRODUZIONE | p. 6 |
| 1.1 ANSIA | p. 6 |
| 1.1.1 Definizione | p. 6 |
| 1.1.2 Classificazione | p. 6 |
| 1.1.3 Epidemiologia e costi | p. 6 |
| 1.2 DEPRESSIONE | p. 7 |
| 1.2.1 Definizione | p. 7 |
| 1.2.2 Classificazione | p. 7 |
| 1.2.3 Epidemiologia e costi | p. 7 |
| 1.3 CERVICALGIA | p. 8 |
| 1.3.1 Definizione | p. 8 |
| 1.3.2 Severità | p. 9 |
| 1.3.3 Durata | p. 9 |
| 1.3.4 Epidemiologia e costi | p. 9 |
| 1.3.5 Fattori di rischio | p. 10 |
| 1.4 OBIETTIVO | p. 10 |
| 2. MATERIALI E METODI | p. 10 |
| 2.1 Disegno di studio | p. 10 |
| 2.2 Strategia di ricerca e selezione degli studi | p. 11 |
| 2.2.1 Criteri di inclusione | p. 11 |
| 2.2.2 Criteri di esclusione | p. 11 |
| 2.3 Screening | p. 12 |
| 2.4 Estrazione e sintesi dei dati | p. 12 |
| 2.5 Significatività statistica | p. 12 |
| 3. RISULTATI | p. 12 |
| 3.1 Selezione degli studi | p. 12 |
| 3.2 Caratteristiche degli studi | p. 13 |
| 3.3 Risultati delle analisi statistiche degli studi | p. 13 |
| 4. DISCUSSIONE | p. 15 |
| 4.1 Analisi dei risultati | p. 15 |
| 4.2 Limiti dello studio | p. 15 |
| 5. CONCLUSIONI | p. 15 |
| 6. BIBLIOGRAFIA | p. 16 |

1. INTRODUZIONE

1.1 ANSIA

1.1.1 Definizione

L'ansia è stata definita in vari modi: sentimento di paura, terrore e disagio che può verificarsi come reazione allo stress [44], risposta normale alla paura o al pericolo [40], stato di aumentata vigilanza [45], stato di agitazione dovuto a timore, incertezza o attesa di qualcosa [19]. L'ansia è quindi una comune e normale esperienza umana ma può diventare un problema di salute mentale se la risposta è esagerata, perdura per più di tre settimane e interferisce con la vita quotidiana [37]. L'ansia è caratterizzata da preoccupazione ed agitazione ed è spesso accompagnata da sintomi fisici quali tachipnea, tachicardia e sudorazione calda o fredda [37].

1.1.2 Classificazione

Il DSM-V distingue i disturbi d'ansia (anxiety disorders) nelle seguenti categorie: disturbo d'ansia da separazione; mutismo selettivo; fobia specifica; disturbo d'ansia sociale (fobia sociale); disturbo di panico; attacco di panico (specifico); agorafobia; disturbo d'ansia generalizzato; disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci; disturbo d'ansia dovuto ad altre condizioni mediche; altri disturbi d'ansia specifici; disturbo d'ansia non specifico [4].

1.1.3 Epidemiologia e costi

Negli Stati Uniti i disturbi d'ansia sono la più comune malattia mentale, riguardano 40 milioni di adulti (18% della popolazione statunitense) [3]. L'ansia è la malattia mentale più prevalente nella popolazione canadese [32][39]. Uno studio epidemiologico dei disturbi mentali del 2004 riporta che circa l'11% degli italiani ha sofferto di un disturbo di ansia nella propria vita. Da questo studio risulta inoltre che nel 2003 in Italia la prevalenza dei disturbi d'ansia (5,1%) risulta essere più bassa che negli altri Paesi europei analizzati, ovvero Belgio (7,1%), Francia (9,8%), Germania (6,3%), Spagna (7,6%), Olanda (5,5%) [1]. Una revisione sulla prevalenza dei disordini mentali in Europa [55] ha riportato una prevalenza media dell'ansia a dodici mesi pari al 12% della popolazione europea, con il 16,3% nelle donne e 7,8% negli uomini. Il dato, secondo quanto asseriscono gli stessi autori della revisione, è però passibile di errore in quanto i diversi studi considerati variano rispetto alle varie forme di ansia indagate. Tuttavia è evidente che, tra i disordini mentali, i disturbi d'ansia sono il gruppo diagnostico più ampio [55].

Nel 1990 negli Stati Uniti il costo totale delle malattie mentali è stato di 147,8 miliardi di dollari. I costi associati ai disordini d'ansia sono stati 46,6 miliardi, ovvero il 31,5% del totale [21]. È stato stimato che i disturbi d'ansia negli Stati Uniti sono costati 33,7 miliardi di dollari nel 1985 e 46,6 miliardi di dollari nel

1990, con un aumento del 38,3% in soli 5 anni. Nel 1990 il 23,1% dei costi erano associati a trattamenti diretti, mentre il 76,1% di essi era attribuito a perdita o riduzione di produttività. Le persone che soffrono di disturbi d'ansia ricercano sollievo per i sintomi delle patologie fisiche correlate, inoltre sono da tre a cinque volte più portate a consultare il medico e sei volte più portate ad essere ricoverate per disturbi psichiatrici rispetto a chi non soffre di disturbi d'ansia [3]. Si calcola che in Italia i costi indiretti dei disturbi dell'umore gravino sulla società per circa 5 miliardi di euro a causa di ridotte performance lavorative, assenteismo, licenziamenti (più del 20% delle giornate lavorative perse hanno questa motivazione) [42].

1.2 DEPRESSIONE

1.2.1 Definizione

La depressione secondo il PubMed Health Glossary è uno stato di umore basso e avversione per le attività: la depressione può influenzare pensieri, comportamenti, sentimenti e il senso di benessere di una persona [43]. La depressione è un disturbo mentale che si può manifestare con tutti o alcuni dei seguenti sintomi: perdita di interessi, cambiamenti nell'appetito (aumento o diminuzione), perdita di energia, disturbi del sonno, senso di agitazione o rallentamento, sentimenti di auto svalutazione o di colpa, difficoltà a pensare, problemi di memoria, e nei casi più gravi anche tendenze suicide [4][54].

1.2.2 Classificazione

Il DSM-V distingue i disturbi depressivi (depressive disorders) nelle seguenti categorie: disturbo esplosivo di disregolazione dell'umore; disturbo depressivo maggiore; disturbo depressivo persistente (distimia); disturbo disforico premestruale; disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci; disturbo depressivo dovuto ad altre condizioni mediche; altri disturbi depressivi specifici; disturbo depressivo non specifico [4].

1.2.3 Epidemiologia e costi

Secondo uno studio condotto in diciassette paesi del mondo, lo 0,5% della popolazione ha dichiarato di avere avuto un episodio di depressione nel 2011 [54]. L'11% dei cittadini Europei soffre di depressione almeno una volta nella vita [56]. In Italia, la depressione è il problema di salute mentale più diffuso in quanto coinvolge circa il 4,3% della popolazione, con prevalenze doppie tra le donne rispetto agli uomini in tutte le fasce di età [31], dato in linea con quanto accade nel resto del mondo [54]. Secondo un'indagine epidemiologica condotta in Italia nel 2004 su un campione di più di cinquemila unità, il 14.1% ha riportato di soffrire di depressione [8].

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la depressione era la terza causa di disabilità al mondo nel 2004, mentre sarà la seconda causa nel 2020, fino ad arrivare al primo posto nel 2030. Sempre

secondo l'OMS, sembra possano essere fattori di rischio per la depressione: genere femminile, ereditarietà, difficili condizioni socio-economiche, esposizione a eventi violenti, malattie croniche [58].

La depressione comporta notevoli costi socioeconomici. Nel 2010 è stato stimato che la depressione è costata all'economia europea più di novanta miliardi di euro, il 59% dei quali relativi a costi indiretti [57]. In Italia il costo socio-economico della depressione ammonta a circa cinquemila miliardi di euro in un anno [53].

1.3 CERVICALGIA

1.3.1 Definizione

La International Association for the Study of Pain (IASP) definisce “cervical spine pain” un dolore percepito nella regione posteriore del rachide cervicale, dalla linea nucale superiore al primo processo spinoso del rachide toracico [38]. In questa definizione topografica si afferma che il neck pain è solitamente percepito posteriormente. Il dolore può essere però anche anteriore, ma è solitamente descritto come dolore alla gola e non al collo [9]. Bogduk e McGuirk [9] suggeriscono che il neck pain può essere diviso in *upper cervical spine pain* e *lower cervical spine pain*, a seconda che il dolore sia localizzato rispettivamente sopra o sotto alla linea immaginaria che attraversa orizzontalmente C4. Dai segmenti cervicali superiori il dolore spesso può essere riferito alla testa, mentre dai segmenti cervicali inferiori il dolore può riferire alla regione scapolare, alla parete toracica anteriore, alla spalla o all'arto superiore. Gli stessi autori definiscono *suboccipital pain* un dolore localizzato tra la linea nucale superiore e C2, area che è la sorgente della cefalea cervicogenica. La suddivisione di *neck pain* in *suboccipital*, *upper* e *lower cervical pain* è importante per i clinici e i ricercatori per riconoscere e individuare la fonte del dolore e per tentare di determinare le possibili cause. La Neck Pain Task Force definisce il *neck pain* come dolore localizzato nella regione anatomica del collo con o senza irradiazione a testa, tronco, arti superiori [28]. La definizione della IASP limita i sintomi dolorosi a T1 e non include le varie regioni a cui il *neck pain* può riferire, al contrario della Neck Pain Task Force che invece include nella sua definizione di *neck pain* anche le aree dei sintomi riferiti. La cervicalgia cronica, o *chronic neck pain*, è descritta come una sensazione spesso diffusa di iperalgesia nell'area del collo e della spalla nei movimenti attivi e passivi e alla palpazione di pelle, legamenti, muscoli [5].

In molti studi si considera che il *neck pain* abbia una causa patologica locale che può essere identificata e trattata [28], in altri si considera il *neck pain* come un problema non organico con origine da fattori psicosociali [5]. Alcuni autori tendono a categorizzare il *neck pain* sulla base di fattori precipitanti come ad esempio il colpo di frusta (*whiplash-associated neck pain*), l'attività sportiva (*sport-related neck pain*), l'occupazione (*occupational neck pain*) e il *neck pain* aspecifico [47][12][20][10]. Bogduk e McGuirk sostengono che le cause della comune cervicalgia sono sconosciute e che le uniche riconoscibili sono dovute a patologie serie quali tumori, fratture, ecc. [9]. Quando non può essere fatta una diagnosi patoanatomica

della cervicalgia, la IASP raccomanda che venga utilizzato il termine *cervical spine pain of unknown origin* [38].

1.3.2 Severità

La Neck Pain Task Force [28] propone e raccomanda una classificazione sulla base della severità del dolore in 4 gradi: il grado I è la cervicalgia senza segni o sintomi di patologie strutturali gravi e nessuna o minima interferenza con le *Activities of Daily Living* (ADL); il grado II è la cervicalgia senza segni o sintomi di patologie strutturali gravi ma con interferenza nelle ADL; il grado III è la cervicalgia senza segni o sintomi di patologie strutturali gravi ma con segni neurologici di compressione nervosa; il grado IV è la cervicalgia con segni di patologie strutturali gravi.

1.3.3 Durata

Un altro tipo di classificazione proposto dalla IASP (IASP, 2004) è basata sulla durata della cervicalgia. Il *neck pain* sulla base temporale viene diviso in acuto, subacuto e cronico. Il *neck pain* acuto solitamente dura meno di 7 giorni, il subacuto più di 7 giorni e meno di 3 mesi, il cronico ha una durata superiore al trimestre. Le stesse finestre temporali sono state proposte dalla Neck Pain Task Force (28), sebbene questa ultima utilizzi termini differenti sostituendo *transitory*, *short-duration* e *long-duration* rispettivamente ad acuto, subacuto e cronico. In letteratura non sono presenti studi che mostrino differenza nella risposta allo stesso trattamento tra pazienti con cervicalgia acuta e subacuta. Pertanto appare corretto identificare e distinguere solo il *neck pain* acuto e cronico ([9]), sebbene un'ottica temporale possa risultare comunque utile nella pratica clinica.

1.3.4 Epidemiologia e costi

Il neck pain è uno dei quattro disturbi muscolo-scheletrici più riportati al mondo [6][7][14][2][49]. È stato stimato che nella popolazione mondiale adulta la prevalenza media di cervicalgia nel corso della vita fosse del 50%, nel corso di un anno del 37%, di un mese del 25%. La prevalenza puntuale è stata stimata al 10% [23]. Circa il 20% degli adulti che non avevano mai avuto dolore riferiscono un episodio di neck pain nel periodo di un anno [18].

Nonostante il neck pain non sia associato ad alta morbilità, l'elevata prevalenza di questo disturbo e la sua natura episodica sono causa di costi sanitari elevati. Uno studio del 1996 ha indagato il costo del neck pain nei Paesi Bassi: il costo di questa patologia è stato stimato in 686 milioni di dollari, che all'epoca corrispondeva allo 0.1% del PIL nazionale [12]. Di questi 686 milioni di dollari solo il 23% era relativo a costi sanitari diretti, il restante 77% era costituito da costi indiretti quali assenteismo lavorativo e disabilità [12].

1.3.5 Fattori di rischio

I fattori di rischio sono variabili associate ad una maggiore probabilità di sviluppare una specifica patologia. I principali fattori di rischio per il neck pain individuati in letteratura sono i seguenti: età avanzata [36][17], sesso femminile [26][18], elevate richieste lavorative [50][5], scarso supporto sociale e lavorativo [5][24], essere ex fumatore [36][24], avere avuto episodi precedenti di low back pain [18][46] o neck pain [18].

Il dolore in generale, e il *neck pain* in particolare, è una condizione multifattoriale e di conseguenza sono numerosi fattori di rischio che contribuiscono allo sviluppo e al mantenimento della sintomatologia algica [5] [27][52]. Questi fattori di rischio possono essere divisi in quattro grandi categorie: fisici, socio-demografici, clinici, psicosociali. Nonostante sia stata prestata molta attenzione ai fattori di rischio fisici sembra che i fattori psicosociali giochino un ruolo importante [34].

La psicopatologia riveste una grande importanza soprattutto nel dolore cronico [25] ed è infatti maggiormente presente nei pazienti con dolore cronico che nella popolazione generale [22]. Quando si trattano pazienti con dolore cronico è cruciale diagnosticare disturbi psicopatologici quali ansia e depressione.

1.4 OBIETTIVO

La cervicalgia è causa di ingenti costi socio-economici [12], così come elevati sono i costi per l'ansia e la depressione [21][42][53][57]. Questi disturbi creano notevoli disabilità nella popolazione e costituiscono un importante problema sociale. Molti studi hanno espresso la necessità di conoscere meglio l'importanza di fattori psicologici quali ansia e depressione nello sviluppo di dolore, in particolare di cervicalgia; tuttavia la letteratura sull'argomento è piuttosto scarsa.

Obiettivo di questa revisione è analizzare e riassumere lo stato della letteratura sull'argomento, allo scopo di indagare se ansia e depressione siano fattori di rischio per l'insorgenza di cervicalgia.

2. MATERIALI E METODI

2.1 Disegno di studio

La revisione è stata effettuata selezionando solo studi prospettici di coorte in quanto sono gli unici studi il cui disegno garantisce la migliore risposta ad un quesito prognostico. Lo studio prospettico di coorte è considerato il disegno di studio più affidabile per studiare relazioni di causalità tra un ipotizzato fattore di rischio e l'outcome della ricerca [15] [51] poiché la popolazione studiata al baseline viene seguita nel tempo e l'osservazione dell'outcome stabilito avviene in un momento cronologicamente posteriore [11][51].

2.2 Strategia di ricerca e selezione degli studi

La ricerca degli articoli scientifici è stata effettuata sulla banca dati Medline attraverso il motore di ricerca PubMed. Le parole chiave (Key words) utilizzate sono indicate in Tabella 1.

| Parole chiave | |
|----------------------|-----------------------|
| adult | cohort studies |
| humans | review |
| male | risk factors |
| middle ages | depression |
| prospective studies | anxiety |
| case-control studies | psychological factors |

Tabella 1. Parole chiave utilizzate nella ricerca degli articoli dello studio.

2.2.1 Criteri di inclusione

Gli articoli risultati dalla ricerca sono stati analizzati dal revisore (F.N.). Al fine di includere gli studi rilevanti per questa revisione, sono stati elaborati i seguenti criteri di inclusione:

- i soggetti studiati sono umani;
- la popolazione studiata è composta da soggetti adulti, di età maggiore ai 18 anni;
- la popolazione studiata non soffre di neck pain al baseline;
- lo studio è uno studio prospettico di coorte;
- viene indagata l'insorgenza di neck pain aspecifico;
- vengono indaga come fattori di rischio ansia e/o depressione.

2.2.2 Criteri di esclusione

Gli studi sono stati esclusi secondo i seguenti criteri:

- il campione studiato non è costituito da persone;
- la popolazione studiata è composta da soggetti di età inferiore ai 18 anni;
- la popolazione studiata presenta già cervicaglia al baseline;
- non è investigata l'insorgenza di cervicaglia;
- la popolazione al baseline presenta condizioni patologiche severe;
- non è uno studio prospettico di coorte;
- ansia e/o depressione non sono indagati come fattori di rischio;
- la cervicaglia è valutato assieme a più di un altro sintomo muscolo-scheletrico;
- ansia e depressione non sono misurate separatamente rispetto ad altri fattori psicosociali.

2.3 Screening

È stato eseguito un primo screening dei record ottenuti dalle stringhe di ricerca attraverso la lettura di titolo e abstract. Il secondo screening è stato compiuto attraverso la lettura dei full text degli articoli ottenuti. Attraverso la lettura della bibliografia degli articoli è stato possibile reperire ulteriori articoli utili per la presente revisione.

2.4 Estrazione e sintesi dei dati

Da ogni studio sono state selezionate e estratte le caratteristiche riguardanti popolazione, fattori psicologici indagati, assessment di fattori studiati e outcome, e risultati delle analisi. Tali caratteristiche sono state poi tabellate (Tabella 2).

2.5 Significatività statistica

E' stato considerato come cut-off di significatività statistica il valore P minore di 0.05. Se il valore di P risulta maggiore di 0.05, la probabilità che il risultato del trial sia casuale sarebbe superiore al 5% e, per convenzione, il risultato viene considerato non significativo. Se invece i valori di P sono inferiori allo 0.05 allora indicano che la probabilità che il risultato del trial sia casuale è inferiore al 5% ($P < 0.05$) e, sempre per convenzione statistica, il risultato viene definito significativo, cioè non casuale [48].

3. RISULTATI

3.1 Selezione degli studi

Dalla ricerca effettuata su PubMed attraverso le stringhe sono stati ottenuti 430 record (vedi Figura 1). A seguito di un primo screening di titoli sono risultati 24 articoli, di cui sono stati letti abstract e full text. Di questi, 23 non soddisfacevano i criteri di inclusione. Dalla lettura della bibliografia degli studi selezionati è stato possibile includere 4 ulteriori articoli. Un totale di 5 articoli [35][41][33][16][29] sono stati inclusi nella revisione in quanto soddisfacevano i criteri stabiliti. La grande maggioranza degli articoli screenati sono stati esclusi in quanto non erano studi prospettici o in quanto l'assessment di neck pain era misurato insieme a numerosi altri distretti anatomici, rendendo troppo generiche le conclusioni ottenute.

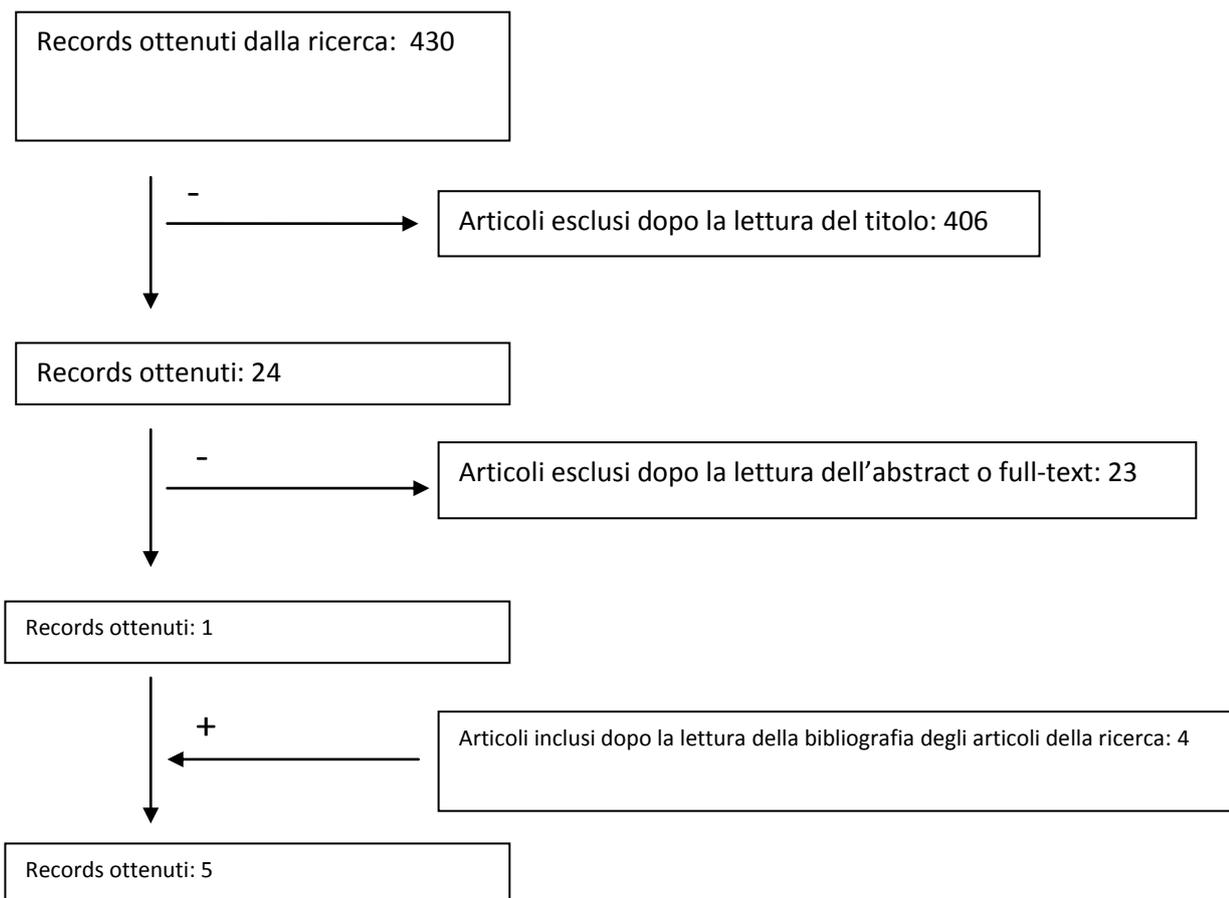


Figura 1. Flow diagram del processo di selezione degli studi

3.2 Caratteristiche degli studi

Gli articoli inclusi sono compresi in un periodo che va dal 1994, anno della pubblicazione più datata [35], al 2009 ovvero l'anno di pubblicazione dell'articolo più recente tra quelli inclusi [29]. Gli articoli comprendono quindi un periodo complessivo di 15 anni (Tabella 2). In tre studi [35][41][33][29] le popolazioni studiate sono composte da lavoratori, mentre in due studi [35][16] la popolazione è composta dalla popolazione generale. Le dimensioni dei campioni variano dai 53 ai 2324 soggetti, il periodo di follow-up spazia da uno a dieci anni.

3.3 Risultati delle analisi statistiche degli studi

Gli studi prospettici che indagavano l'ansia come fattore di rischio per l'insorgenza di cervicalgia [41][29] hanno fornito dei risultati con Odds Ratio (OR) e Hazard Ratio (HR) lievemente superiori all'unità. Nello studio di Hush [29] dall'analisi dicotomica è risultata una Hazard Ratio molto superiore, pari a 2.39.

Gli studi che riguardavano la depressione come fattore di rischio per l'insorgenza di cervicalgia [35][41][33][16][29] presentavano tutti analisi univariate, ad eccezione di un solo studio [41] che proponeva

anche un'analisi multivariata. I valori di Odds Ratio e Hazard Ratio di questi studi sono da lievemente a moderatamente superiori al valore 1, ad eccezione di uno studio [29] in cui nell'analisi dicotomica è risultata una Hazard Ratio di 1.91.

| Studio | Popolazione al follow-up a) tipologia campione b) n° e % pz al follow-up c) n° e % donne d) età media | Durata follow-up | Fattori psicologici indagati (1. ansia e 2. depressione) | Strumento di valutazione dei fattori psicologici al follow-up | Strumento di valutazione del neck pain al follow-up | Esito analisi |
|--------------------------------|---|-------------------------------------|--|---|---|--|
| Magni et al., 1994 [35] | a) popolazione generale b) 2324; 75.97% c) 1325; 57.01% d) 25-34 27.2%, 35-44 21.82%, 45-54 0.24%, 55-64 0.17%, 65-74 0.1% | 8 anni | 2. depressione | 2. CES-D | Muscolo-skeletal Symptoms Score | 2. P=0.0008 (P<0.005) OR >1 per neck/back pain OR=2.23 per dolore muscolo-scheletrico |
| Pietri-Taleb et al., 1994 [41] | a) lavoratori (macchinisti, falegnami, impiegati d'ufficio) b) 835; 83.67% c) 0; 0% d) n.d. | 3 anni | 1. ansia > free-floating anxiety (FFA) > phobic anxiety (PHO) 2. depressione | 1. > FFA (sottoscala della MHQ) > PHO(sottoscala della MHQ) 2. DEP (sottoscala della MHQ) | Domanda | Per dati continui: 1. > UV: P>0.05 OR=1.27 (95% CI 1.00-1.60) > UV: P<0.001 OR=1.06 (95% CI 0.96-1.18) 2. UV: P<0.001 OR=1.18 (95% CI 1.09-1.28) MV: OR=1.04 (95% CI 0.93-1.16) |
| Korhonen et al., 2003 [33] | a) impiegati al video-terminale b) 180; 78% c) 80; 44% d) 25-43 32%, 44-51 33%, 52-61 35% | 1 anno | 2. depressione | 2. Domanda | Domanda | Per dati dicotomici: 2. UV: OR=1.3 (95% CI 0.7-2.6) |
| Carroll et al., 2004 [16] | a) popolazione generale b) 790; 75.8% c) 390; 49.4% d) 44.5 anni | 6, 12 mesi | 2. depressione | 2. CES-D | Chronic Pain Questionnaire | Per dati continui: 2. HR=1.04 (95% CI 1.01-1.06) |
| Hush et al., 2009 [29] | a) impiegati d'ufficio b) 53; 100% c) 34; 64% d) 42 anni | 1 volta ogni 2 settimane per 1 anno | 1. ansia 2. depressione | 1. DASS 21 sottoscala ansia 2. DASS 21 sottoscala depressione | Nordic Questionnaire | Per dati continui: 1. UV: P=0.066 HR=1.10 (95% CI 0.99-1.21) 2. UV: P=0.598 HR=1.02 (95% CI 0.94-1.12) Per dati dicotomici: 1. UV: HR=2.39 (95% CI 1.09-5.22) 2. UV: HR=1.91 (95% CI 0.88-4.17) |

Tabella 2. CES-D = Center for Epidemiological Studies Depression Scale; MHQ = Middlesex Hospital Questionnaire; DASS = Depression Anxiety Stress Scale; UV = Univariate Analysis; MV = Multivariate Analysis; HR = Hazard Ratio; OR = Odds Ratio; CI = Intervallo di Confidenza

4. DISCUSSIONE

4.1 Analisi dei risultati

La revisione presenta i risultati di 5 studi prospettici di coorte che hanno indagato ansia e/o depressione come fattore di rischio per l'insorgenza di cervicaglia. Data la grande eterogeneità inter-studi nella valutazione di ansia e depressione, nonché del dolore cervicale e delle misure di outcome, la sintesi che è stata tratta è di tipo qualitativo. Dall'analisi dei cinque studi inclusi in questa revisione è possibile concludere che le evidenze scientifiche sull'associazione causale tra ansia/depressione e insorgenza di cervicaglia sono scarse. Il valore di Odds Ratio prossimo all'unità degli studi inclusi nella revisione che lo hanno utilizzato [35][41][33] non permette di stabilire un'associazione tra ansia/depressione e neck pain. Gli studi che hanno calcolato l'Hazard Ratio per dati continui [16][29] hanno trovato valori dello stesso prossimo all'unità mentre lo studio che ne ha calcolato i valori per dati dicotomici [29] ha ricavato risultati inferiori a 2. Unica eccezione è costituita dalla Hazard Ratio relativa all'ansia di uno studio in cui è risultata superiore a 2 [29], dove però gli autori stessi hanno asserito essere un valore strettamente correlato allo stress, elemento quindi confondente il risultato. In letteratura non esiste un valore di cut-off dell'Hazard Ratio per definire l'entità di un effetto rilevante rispetto ad uno non rilevante [48] ma gli Hazard Ratio individuati negli studi non sono comunque significativi di un'associazione tra le variabili psicologiche e il neck pain.

4.2 Limiti dello studio

I limiti della revisione sono principalmente derivati dall'eterogeneità esistente tra gli studi inclusi, che differiscono per la valutazione dei fattori psicologici indagati, per l'assessment della cervicaglia, per la scelta degli indici statistici. Altro limite della revisione è il limitato numero di studi inclusi, la popolazione studiata e l'anno di pubblicazione degli stessi.

5. CONCLUSIONE

Dalla revisione si evince che le evidenze in letteratura su ansia e depressione come fattori di rischio per l'insorgenza di cervicaglia sono molto basse.

Data la grande prevalenza di ansia, depressione e cervicaglia nella popolazione italiana e mondiale, si auspica una maggiore attenzione della ricerca verso queste patologie. Sarebbe costruttivo che i futuri ricercatori portassero a termine degli studi prospettici di coorte con un campione di popolazione ampio e che indagassero approfonditamente i disturbi psicologici in relazione alla cervicaglia, così da chiarire meglio il loro rapporto. Questo sarebbe fondamentale per il miglioramento della salute pubblica e delle spese socio-sanitarie dirette e indirette.

6. BIBLIOGRAFIA

1. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, de Girolamo G, Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, Haro JM, Katz SJ, Kessler RC, Kovess V, Lépine JP, Ormel J, Polidori G, Russo LJ, Vilagut G, Almansa J, Arbabzadeh-Bouchez S, Autonell J, Bernal M, Buist-Bouwman MA, Codony M, Domingo-Salvany A, Ferrer M, Joo SS, Martínez-Alonso M, Matschinger H, Mazzi F, Morgan Z, Morosini P, Palacín C, Romera B, Taub N, Vollebergh WA, Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project, *Acta Psychiatr Scand Suppl.*, 2004, 21(420): 1-7.
2. Andersson HI, Ejlertsson G, Leden I, Rosenberg C, Chronic pain in a geographically defined general population: studies of differences in age, gender, social class, and pain localization. *Clin J Pain* 1993; 9:174–182
3. Anxiety and Depression Association of America, Facts and Statistics. Disponibile a: <http://www.adaa.org/about-adaa/press-room/facts-statistics>.
4. American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders, quinta edizione, Washington, DC, American Psychiatric Association, 2013.
5. Ariens G, van Mechelen W, Bongers P, Bouter LM, van der Wal G. Psychosocial risk factors for neck pain: a systematic review. *Am J Ind Med* 2001;39:180-93.
6. Badley EM, Tennant A, Changing profile of joint disorders with age: findings from a postal survey of the population of Calderdale, West Yorkshire, United Kingdom. *Ann Rheum* 1992; Dis 51:366–371
7. Bassols A, Bosch F, Campillo M, Canellas M, Banos JE, An epidemiological comparison of pain complaints in the general population of Catalonia (Spain). *Pain* 1999; 83:9–16
8. Battaglia A, Dubini A, Mannheimer R, Pancheri P, Depression in the Italian Community: Epidemiology and Socio-economic Implications, *Int Clin Psychopharmacol*, 2004, 19(3):135-42.
9. Bogduk N, McGuirk B. Management of acute and chronic neck pain: an evidence based approach. *Pain research and clinical management*. 1st ed. Philadelphia: Elsevier; 2006. p. 3-20.
10. Bongers PM, Ijmker S, Van Den Heuvel S. Epidemiology of work related neck and upper limb problems: psychosocial and personal risk factors (part I) and effective interventions from a bio behavioral perspective (part II). *J Occup Rehabil* 2006: 279-302.
11. Bookwala A, Hussain N, and Bhandari M, The three-minute appraisal of a prospective cohort study, *Indian J Orthop.*, 2011, 45(4): 291–293.
12. Borghouts JA, Koes BW, Vondeling H, et al. Cost-of-illness of neck pain in The Netherlands in 1996. *Pain* 1999;80:629e36.
13. Borghouts JA, Koes BW, Bouter LM. The clinical course and prognostic factors of non-specific neck pain: a systematic review. *Pain* 1998;77:1-13.
14. Brattberg G, Thorslund M, Wikman A, The prevalence of pain in a general population. The results of a postal survey in a county of Sweden. *Pain* 1989; 37:215–222
15. Carlson MDA, Morrison RS, Study Design, Precision, and Validity in Observational Studies, *J Palliat Med.*, 2009, 12(1).
16. Carroll LJ, Cassidy JD, Pierre Côté P, Depression as a risk factor for onset of an episode of troublesome neck and low back pain. *Pain* 2004; 107:134–139

17. Cassou B, Derriennic F, Monfort C, et al. Chronic neck and shoulder pain, age, and working conditions: longitudinal results from a large random sample in France. *Occup Environ Med* 2002;59:537-44.
18. Croft PR, Lewis M, Papageorgiou AC, et al. Risk factors for neck pain: a longitudinal study in the general population. *Pain* 2001;93:317-25.
19. De Mauro T., *Il dizionario della lingua italiana*, Paravia Bruno Mondadori Editori, 2000.
20. Dorshimer GW, Kelly M. Cervical pain in the athlete: common conditions and treatment. *Prim Care* 2005; 32:231-43.
21. DuPont RL, Rice DP, Miller LS, Shiraki SS, Rowland CR, Harwood HJ, Economic costs of anxiety disorders. *Anxiety*. 1996; 2(4):167-72.
22. Elliott TE, Renier CM, Palcher JA. Chronic pain, depressive, and Quality of life: Correlations and predictive value or the SF-36. *Pain Medicine* 2003; 4(4): 331-340.
23. Fejer R, Kyvik KO, Hartvigsen J, The prevalence of neck pain in the world population: a systematic critical review of the literature, *Eur Spine J*, 2006, 15:834-48.
24. Feveile H, Jensen C, Burr H. Risk factors for neck-shoulder and wrist-hand symptoms in a 5-year follow-up study of 3,990 employees in Denmark. *Int Arch Occup Environ Health* 2002;75:243-51.
25. Gatchel RJ, Garofalo JP, Ellis E, Holt C. Major psychological disorders in acute and chronic TMD: an initial examination. *Am Dent Assoc* 1996; 127(9): 1365-70, 1372, 1374.
26. Gerr F, Marcus M, Ensor C, et al. A prospective study of computer users: I. Study design and incidence of musculoskeletal symptoms and disorders. *Am J Ind Med* 2002;41:221-35.
27. Grossi, G., Soares, J. J., Angesleva, J., & Perski, A. Psychosocial correlates of long-term sick-leave among patients with musculoskeletal pain. *Pain* 1999; 80, 607–619.
28. Guzman J, Hurwitz EL, Carroll LJ, Haldeman S, Cote P, Carragee EJ, et al. A new conceptual model of neck pain. Linking onset, course, and care: the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. *Spine* 2008;33(4S):S14-S23.
29. Hush JM, Michaleff Z, Maher CG, Refshauge K, Individual, physical and psychological risk factors for neck pain in Australian office workers: a 1-year longitudinal study, *Eur Spine J*, 2009, 18(10):1532-40.
30. International Association for the Study of Pain (IASP). IASP Task Force for Taxonomy. *Pain Terminology*. Seattle: IASP; 2004.
31. ISTAT, *Tutela della salute e accesso alle cure (PDF)*, 2013. Disponibile a:
<http://www.west-info.eu/it/la-depressione-colpisce-26-milioni-di-italiani/istat-tutela-della-salute-e-accesso-alle-cure-anno-2013/>
32. Kessler, R. C., Nelson, C.B., McGonagle, K. A. et al. The epidemiology of cooccurring mental disorders and substance use disorders in the National Comorbidity Survey: implications for prevention and service utilization. *American Journal of Orthopsychiatry* 1996, 66 (1), 17-31.
33. Korhonen T, Ketola R, Toivonen R, Luukkonen R, Häkkänen M, Viikari-Juntura E, Work related and individual predictors for incident neck pain among office employees working with video display units, *Occup Environ Med.*, 2003, 60(7):475-82.
34. Linton, S. J. A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine* 2000; 25, 1148–1156.
35. Magni G, Moreschi C, Rigatti-Luchini S, Merskey H. Prospective study on the relationship between depressive symptoms and chronic musculoskeletal pain. *Pain* 1994; 56(3): 289-97.

36. Manninen P, Riihimäki H, Heliovaara M. Incidence and risk factors of neck pain in middle-aged farmers. *Journal of Musculoskeletal Pain* 1995;3:75-87.
37. Mental Health Foundation, *Fundamental Facts*, 2007.
Disponibile a: http://www.mentalhealth.org.uk/content/assets/PDF/publications/fundamental_facts_2007.pdf?view=Standard
38. Merskey H, Bogduk N, editors. *Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. 2nd ed. Seattle: IASP Press; 1994. p. 11.
39. Offord, D. R., Boyle, M. H., Campbell, D., Goering, P., Lin, E., Wong, M., & Racine, Y. A. One year prevalence of psychiatric disorders in Ontarians 15 to 64 years of age. *Canadian Journal of Psychiatry* 1996, 41, 559-561.
40. Perugi G, Toni C, L'ansia, in: Cassano G, Pancheri P, Pavan L, Pazzagli A, Ravizza L, Rossi R, Smeraldi E, Volterra V, *Trattato italiano di psichiatria*, seconda edizione, Milano, Masson, 2002, p. 600-617.
41. Pietri-Taleb F, Riihimäki H, Viikari-Juntura E, Lindström K, Longitudinal study on the role of personality characteristics and psychological distress in neck trouble among working men, *Pain.*, 1994, 58(2):261-7.
42. Progetto ITACA - Associazione Volontari per la Salute Mentale, *La salute mentale*. Disponibile a: <http://www.progettoitaca.org/news-eventi/salute-mentale-testi-dal-mondo.html>
43. Pubmed Health Glossary, Disponibile a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMHT0024768/>
44. Pubmed Health Glossary, Disponibile a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMHT0024920/>
45. Rachman S, *L'ansia*, Roma, Editori Laterza, 2004
46. Smedley J, Inskip H, Trevelyan F, et al. Risk factors for incident neck and shoulder pain in hospital nurses. *Occup Environ Med* 2003;60:864-9.
47. Spitzer WO, Skovron ML, Salmi LR, Cassidy JD, Duranceau J, Suissa S, et al. Scientific monograph of the Quebec Task Force on whiplash-associated disorders: redefining "whiplash" and its management. *Spine* 1995;20:1S-73S.
48. Spruance SL, Reid JE, Grace M, Samore M, Hazard ratio in clinical trials, *Antimicrob Agents Chemother.*, 2004, 48(8):2787-92.
49. Urwin M, Symmons D, Allison T, Brammah T, Busby H, Roxby M, Simmons A, Williams G Estimating the burden of musculoskeletal disorders in the community: the comparative prevalence of symptoms at different anatomical sites, and the relation to social deprivation. *Ann Rheum* 1998; Dis 57:649-655.
50. van den Heuvel SG, van der Beek AJ, Blatter BM, et al. Psychosocial work characteristics in relation to neck and upper limb symptoms. *Pain* 2005;114:47e53.
51. van Walraven C, Hebert Postgrad PC, *A reader's guide to the medical literature - A reader's guide to the evaluation of prognostic studies*, *MedJ*, 1996; 72: 6-11.
52. Vendrig, A. A. The Minnesota Multiphasic Personality Inventory and chronic pain: A conceptual analysis of a longstanding but complicated relationship. *Clinical Psychology Review*, 2000; 20, 533-559
53. Vianello L, Palmonari MG, *Differenze di genere e cura del disagio psichico: i servizi di salute mentale fra crisi e nuovi bisogni* (PDF), 2014.

Disponibile a: http://www.ospfe.it/il-professionista/societa-medico-chirurgica/archivio-convegni-2014/salute-di-genere-tra-medicina-e-societa/Differenza%20di%20genere%20e%20cura%20del%20disagio%20psichico_i%20servizi%20di%20salute%20mentale%20fra%20cristi%20e%20nuovi%20bisogni-Vianello-Palmonari.pdf

54. WHO Department of Mental Health and Substance Abuse, Depression: A Global Public Health Concern, 2012.
Disponibile a: http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf?ua=1.
55. Wittchen HU, Jacobi F, Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology* 15 (2005) 357 – 376.
56. World Federation for Mental Health , Depression: A Global Crisis, 2012. Disponibile a: http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf?ua=1.
57. World Federation of Mental Health, Depression in the workplace. Disponibile a: <http://wfmh.com/initiatives/depression-in-the-workplace/>.
58. World Federation for Mental Health, Depression: What You Know Can Help You. International Perspectives on Depression for People Living with Depression and Their Families An International Awareness Packet (PDF), 2013. Disponibile a: http://wfmh.com/wp-content/uploads/2013/11/WFMH_GIAS_Depression_English.pdf.