**Epidemiologia delle principali patologie muscoloscheletriche**

I dolori a carico dell’apparato muscoloscheletrico comprendono un insieme di condizioni molto differenti tra loro in quanto per “dolore muscolo-scheletrico” si intende qualsiasi tipo di dolore abbia origine da una struttura muscolare o articolare, indipendentemente dalla causa o dal fatto che sia di tipo acuto o cronico1.

Data l’eterogeneità delle patologie associate al dolore muscoloscheletrico, di seguito verranno forniti i dati epidemiologici di due condizioni particolarmente interessate dall’utilizzo di FANS: la lombalgia e l’osteoartrosi.

**Lombalgia**

La lombalgia è un dolore molto diffuso nella popolazione generale: si stima che l’84% della popolazione mondiale ne soffrirà almeno una volta nella vita2. La prevalenza annuale è di circa il 40%1 e tra il 20% e il 35% di tutti i pazienti è possibile individuare la presenza di una componente neuropatica (spesso dovuta a compressione o irritazione delle radici dei nervi che escono dai forami di coniugazione posti tra due vertebre adiacenti)3.

La comparsa del mal di schiena è più frequente negli individui in età lavorativa, il picco di incidenza si osserva nei soggetti tra i 25 e i 64 anni2. Tuttavia, anche i soggetti anziani ne sono affetti: circa la metà sperimenta una forma di lombalgia debilitante per un certo periodo dell’anno e circa il 10% prova dolore alla schiena per la maggior parte del tempo2.

La lombalgia ha un notevole impatto sulla qualità della vita: una valutazione dell’Organizzazione Mondiale della Sanità rivela, infatti, che il dolore in sede lombare è la prima causa di disabilità al mondo e si associa a una perdita di funzionalità che ha effetto sulle normali attività quotidiane4.

Il mal di schiena, poi, influenza negativamente anche la qualità del sonno5, condizione che, se protratta nel tempo, predispone allo sviluppo di depressione, panico e disturbi d’ansia, tutte comorbilità infatti frequentemente associate a lombalgia cronica (lombalgia con durata maggiore di sei settimane), che ne complicano il trattamento. Infine, la lombalgia, nelle condizioni di maggiore severità, può essere accompagnata da pensieri catastrofisti, un atteggiamento mentale di estrema negatività nei confronti della malattia che si associa a prognosi peggiori6.

I costi associati alla gestione di questa malattia, infine, sono molto elevati: a quelli “diretti” collegati al trattamento del dolore e della disabilità (nel Regno Unito oltre 500 milioni di sterline sono spese ogni anno solo per i costi ospedalieri associati alla gestione di pazienti con lombalgia), si aggiungono quelli “indiretti”, dovuti, ad esempio, alla perdita di produttività: una valutazione condotta in Germania, ha stimato che la lombalgia è la prima causa di inabilità lavorativa1.

**Osteoartrosi**

L’osteoartrosi è una malattia cronica caratterizzata dalla progressiva distruzione della cartilagine articolare associata al rimodellamento dell’osso subcondrale, alla formazione di osteofiti e a un’infiammazione secondaria delle membrane sinoviali7. Il sintomo principale è il dolore, causato da diversi processi fisiopatologici, che portano alla degenerazione della cartilagine ialina. Le conseguenze di questo processo sono: l’esposizione delle zone innervate dell’osso, normalmente protette dalla cartilagine; la vascolarizzazione degli strati più profondi della cartilagine, che ne favorisce l’ulteriore degradazione; l’addensamento dell’osso subcondrale (la regione dell’osso a ridosso della cartilagine), con crescita non controllata di speroni, detti osteofiti7.

Come la lombalgia, anche l’osteoartrosi è causa di stress psicofisico, affaticamento e alterazione del sonno, fattori che compromettono in modo significativo la qualità di vita dei pazienti1,7.

I fattori di rischio dell’osteoartrosi sono stati studiati negli anni e possono essere raggruppati in tre categorie: fattori “sistemici” come l’età (gli anziani sono quelli più colpiti, con un picco di prevalenza dopo i 50 anni negli uomini e 40 nelle donne), il genere femminile (calo degli estrogeni dopo la menopausa), e l’etnia (i neri africani sono più soggetti a sviluppare osteoartrosi del ginocchio, mentre i caucasici presentano maggiore incidenza dell’osteoartrosi dell’anca). Vi sono, poi, fattori articolari locali, presenti a livello di una singola articolazione (traumi, debolezza muscolare, lassità dei legamenti, deformità nelle strutture articolari) e fattori articolari “estrinseci”, come l’obesità, che ha impatto sulle articolazioni che sostengono il carico corporeo e attività fisiche specifiche (sportive intense o occupazionali)7.

Sebbene l’osteoartrosi sia considerata la malattia reumatica a maggiore diffusione nella popolazione, non è semplice riuscire ad avere una stima precisa della sua prevalenza per via della mancata corrispondenza tra il quadro radiografico e la sintomatologia.

Le principali indagini epidemiologiche fin qui condotte, sono state sempre influenzate dall’algoritmo diagnostico adottato1: ad esempio, mentre la prevalenza di osteoartrosi alla mano diagnosticata radiologicamente (tramite la presenza di osteofiti) varia, nei diversi studi dal 29% al 76%, l’osteoartrosi alla mano “sintomatica” nella popolazione generale si attesta tra il 3% e l’8%8. La prevalenza dell’osteoartrosi dell’anca (coxartrosi) sintomatica è maggiore. Si parla, infatti, di 10% - 20% negli individui con età superiore ai 65 anni9. Una prevalenza simile è stata stimata anche per l’osteoartrosi del ginocchio10. Se gli uomini sono più colpiti al di sotto dei 45 anni (attività sportive o lavori logoranti), le donne lo sono maggiormente in età più avanzata (a motivo della menopausa, fattore di rischio accertato)9.

Per via della sua diffusione e per l’invecchiamento della popolazione generale nei paesi occidentali, si stima che l’impatto dei costi economici e sociali dell’osteoartrosi crescerà nei prossimi decenni, dovuto non solo alle terapie, ma anche per via dell’assistenza necessaria negli stadi avanzati della malattia1.

**Bibliografia**

1. Woolf AD, Erwin J, March L. The need to address the burden of musculoskeletal conditions. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2012;26(2):183-224.

2. Balague F, Mannion AF, Pellise F, Cedraschi C. Non-specific low back pain. *Lancet.* 2012;379(9814):482-491.

3. Freynhagen R, Baron R. The evaluation of neuropathic components in low back pain. *Curr Pain Headache Rep.* 2009;13(3):185-190.

4. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet.* 2015;386(9995):743-800.

5. Murase K, Tabara Y, Ito H, et al. Knee Pain and Low Back Pain Additively Disturb Sleep in the General Population: A Cross-Sectional Analysis of the Nagahama Study. *PLoS One.* 2015;10(10):e0140058.

6. Brox JI. Current evidence on catastrophizing and fear avoidance beliefs in low back pain patients. *Spine J.* 2014;14(11):2679-2681.

7. Arden N, Blanco F, Cooper C, et al. *Atlas of Osteoarthritis.* 1 ed: Springer Healthcare Communications; 2014.

8. Kalichman L, Hernandez-Molina G. Hand osteoarthritis: an epidemiological perspective. *Semin Arthritis Rheum.* 2010;39(6):465-476.

9. Petersson IF, Jacobsson LT. Osteoarthritis of the peripheral joints. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2002;16(5):741-760.

10. Haviv B, Bronak S, Thein R. The complexity of pain around the knee in patients with osteoarthritis. *Isr Med Assoc J.* 2013;15(4):178-181.