

Costo/beneficio dei trattamenti per il mal di schiena

1. La lombalgia è un significativo onere socioeconomico in tutto il mondo

Gli approcci dei pazienti alle attività fisiche quando hanno dolore variano notevolmente.

Approcci comuni sono:

- 1) fuga o evitamento di un'attività, anche a bassi livelli di dolore
- 2) sopportare l'attività tollerando livelli di dolore da bassi a moderati,
- 3) persistere nell'attività al punto tale che il dolore risulta significativamente peggiorato (gravi riacutizzazioni di dolore),
- 4) persistere nell'attività fino a quando una grave riacutizzazione del dolore costringe a interrompere o a fermare del tutto questa attività, nota anche come iperattività [7, 18, 26]. Gli approcci alle attività non si escludono sempre a vicenda; le persone possono evitare determinate attività o movimenti, ma persistere con altre attività fino al punto di incorrere in una grave riacutizzazione [3, 4, 27].

2. La prevalenza di lombalgia nei Paesi a reddito medio e basso è in aumento.

C'è un urgente bisogno di trovare strategie efficaci a basso costo con strategie culturalmente sensibili al contesto

La prevalenza della lombalgia nei Paesi ad alto reddito sarebbe più alta che nei Paesi a basso e medio reddito [6]. Tuttavia, la prevalenza è in aumento e gli ultimi dati dimostrano che la prevalenza della lombalgia in Africa è paragonabile (39%) a quella nei Paesi ad alto reddito [17]. L'impatto degli anni persi a causa di disabilità (YLD) sulle fragili economie dei Paesi a basso e medio reddito evidenzia la necessità di trovare urgentemente strategie efficaci a basso costo e culturalmente attente per affrontare questo problema e la causa principale di YLD.

3. La forma più comune di lombalgia è la lombalgia aspecifica

Il peso della lombalgia è stato ben documentato [9 12; 24], ma nella maggior parte dei casi non è possibile trovare una causa anatomopatologica del dolore e viene indicata come lombalgia aspecifica (NSLBP) [16]. Ciò solleva questioni etiche sul motivo per cui i pazienti dovrebbero essere sottoposti a più test diagnostici, che implicano dei costi, quando è improbabile che venga individuata una causa strutturale. L'uso di un approccio bio-sicosociale per identificare o escludere i segnali di allarme (anamnesi o indicatori clinici di una malattia grave) [10] e identificarli (contributori psicologici) [19], può aiutare impedire la richiesta di indagini che potrebbero non influire sulla diagnosi e sul trattamento.

4. Le strategie per gestire efficacemente il mal di schiena cronico potrebbero non essere trasferibili tra Paesi sviluppati e Paesi a basso e medio reddito

Le linee guida internazionali per la gestione del mal di schiena sono in gran parte simili e la maggior parte di queste si basa su dati provenienti da Paesi ad alto reddito [13]. Le modalità di gestione impiegate sono non farmacologiche, farmacologiche, interventistiche e chirurgiche a seconda della diagnosi specifica. Gli attuali trattamenti basati sull'evidenza per la lombalgia aspecifica (NSLBP) raccomandano terapie non farmacologiche come trattamenti di prima linea. Tuttavia, l'adozione di queste raccomandazioni nei Paesi a basso e medio reddito può essere ostacolata da costi diretti per gli utenti e da una ridotta capacità dei sistemi sanitari di fornire terapie non farmacologiche [8].

5. I programmi di autogestione per il mal di schiena dovrebbero essere incoraggiati per evitare inutili test diagnostici e trattamenti e, in ultima analisi, per ridurre i costi

Le linee guida di pratica clinica basate sull'evidenza raccomandano l'uso di campagne che promuovano l'autogestione e il miglioramento delle limitazioni funzionali derivanti dal mal di schiena [2; 8; 11; 21]. Queste campagne indirizzano convinzioni inutili sui meccanismi di gestione del mal di schiena e del dolore, utilizzando messaggi di facile comprensione basati sulle migliori prove disponibili, volti a stimolare in ultima analisi un cambiamento nel comportamento che mette a rischio la salute [20]. I vantaggi aggiuntivi dell'utilizzo di programmi di autogestione sono il loro potenziale di riduzione dei costi e test e trattamenti non necessari che possono essere dannosi per il paziente.

6. Il ritorno precoce all'attività fisica e la promozione di stili di vita sani riducono la disabilità e il costo del trattamento per la lombalgia

Le attuali raccomandazioni per la gestione della lombalgia incoraggiano i pazienti a evitare il riposo a letto per periodi prolungati, a rimanere attivi e a continuare le attività quotidiane, incluso il ritorno al lavoro [18]. Inoltre, i programmi di esercizio che sono centrati sul paziente e individualizzati, tenendo in considerazione le capacità del paziente sono raccomandati rispetto a tipi specifici di esercizio in quanto non ci sono prove per dimostrare la superiorità di un tipo di esercizio rispetto a un altro [8].

7. L'esercizio fisico funziona ed è un trattamento appropriato per la lombalgia cronica

Il termine "comportamento da persistenza del dolore", che si riferisce semplicemente alla frequenza o alla gravità del dolore stesso, mostra un indice statistico di correlazione lineare bassa o addirittura nulla con l'intensità del dolore, oltre che a risultati contrastanti in merito ad eventuali relazioni positive o negative causanti disabilità (1, 14, 25, 33). Correlazioni negative, da basse a moderate, sono state statisticamente descritte fra la persistenza del dolore e il disagio psicologico quali depressione, ansia, catastrofismo o paura del movimento

(1,25,33,39). Al contrario, assetti comportamentali di iperattività, a cui segue un'interruzione di un'attività dovuta a dolore intollerabile, ha rivelato associazioni positive con disabilità o disagio psicologico (7,10,31,46).

8. Promemoria periodici ai medici di base sulle indicazioni appropriate per la diagnostica per immagini sono efficace nel ridurre il costo del trattamento della lombalgia

La maggior parte delle persone con lombalgia non necessita di diagnostica per immagini e una percentuale ancora minore richiede imaging specializzato come la risonanza magnetica (7). In uno studio fondamentale sulle diagnostiche per immagini alla prima insorgenza di lombalgia, oltre il 90% dei pazienti che erano asintomatici ha avuto riscontri nell'imaging (3), mettendo in dubbio l'associazione tra i risultati dell'imaging e i sintomi. L'imaging è un importante fattore dei costi della lombalgia e questo è un elemento molto importante da considerare nei Paesi a basso-medio reddito dove i costi di diagnostica possono essere abbastanza proibitivi. Pertanto, un'efficace strategia a basso costo dovrebbe ricordare regolarmente ai medici di base che l'imaging, in assenza di una malattia grave, può portare a test aggiuntivi e procedure invasive che possono essere dannose e non offrire alcun beneficio aggiuntivo al paziente (25). Anche in una recente revisione è stato dimostrato il rapporto costo-beneficio del coinvolgimento dei medici di medicina generale nel trattamento della lombalgia (15).

9. Le iniezioni epidurali di steroidi non forniscono sollievo a lungo termine e potrebbero non essere convenienti in caso di lombalgia cronica

Uno studio recente ha rilevato che le iniezioni di steroidi epidurali lombari (LESI) non erano convenienti in quanto il costo per anno di vita aggiustato per la qualità (QALY) guadagnata era insignificante (4). Le attuali linee guida (18, 21, 23) non raccomandano l'uso di iniezioni epidurali di steroidi tranne che nei casi di dolore radicolare grave, poiché si è scoperto che forniscono solo un sollievo a breve termine (<4 settimane) e non riducono, a lungo termine, i rischi di dover ricorrere ad intervento chirurgico (5).

10. La terapia cognitivo comportamentale in combinazione con la terapia fisica è un trattamento conveniente per la lombalgia

Recenti linee guida della North American Spine Society (NASS) suggeriscono che ci sono buone prove a sostegno dell'utilizzo della terapia cognitivo comportamentale (CBT) e / o degli interventi psicosociali e / o dell'educazione alle neuroscienze per ridurre efficacemente la durata e l'intensità del dolore e per migliorare gli esiti funzionali nella lombalgia (14). Il rapporto costo-efficacia della CBT è stato confermato in una recente revisione dei trattamenti (22).

Ringraziamenti

L'autore desidera ringraziare Owen Williamson e Paul Cameron per la loro assistenza con la revisione della letteratura per preparare questa scheda informativa.

Bibliografia

- [1] Buchbinder R, Blyth FM, March LM, Brooks P, Woolf AD, Hoy DG. Placing the global burden of low back pain in context. *Best practice & research Clinical rheumatology* 2013;27(5):575-589.
- [2] Buchbinder R, van Tulder M, Öberg B, Costa LM, Woolf A, Schoene M, Croft P, Hartvigsen J, Cherkin D, Foster NE, Maher CG, Underwood M, Anema JR, Chou R, Cohen SP, Menezes Costa L, Ferreira M, Ferreira PH, Fritz JM, Genevay S, Gross DP, Hancock MJ, Hoy D, Karppinen J, Koes BW, Kongsted A, Louw Q, Peul WC, Pransky G, Sieper J, Smeets RJ, Turner JA. Low back pain: a call for action. *The Lancet (British edition)* 2018;391(10137):2384-2388.
- [3] Carragee E, Alamin T, Cheng I, Franklin T, van den Haak E, Hurwitz E. Are first-time episodes of serious LBP associated with new MRI findings? *The spine journal* 2006;6(6):624-635.
- [4] Carreon LYMDM, Bratcher KRRN, Ammous F, Glassman SDMD. Cost-Effectiveness of Lumbar Epidural Steroid Injections. *The spine journal* 2014;14(11):S29-S30.
- [5] Chou R, Hashimoto R, Friedly J, Fu R, Bougatsos C, Dana T, Sullivan SD, Jarvik J. Epidural Corticosteroid Injections for Radiculopathy and Spinal Stenosis: A Systematic Review and Meta-analysis. *Annals of internal medicine* 2015;163(5):373-381.
- [6] Fatoye F, Gebrye T, Odeyemi I. Real-world incidence and prevalence of low back pain using routinely collected data. *Rheumatology International* 2019;39(4):619-626.
- [7] Flynn T, Smith B, Chou R. Appropriate Use of Diagnostic Imaging in Low Back Pain: A Reminder That Unnecessary Imaging May Do as Much Harm as Good. *The Journal of orthopaedic and sports physical therapy* 2011;41:838-846.
- [8] Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, Ferreira PH, Fritz JM, Koes BW, Peul W, Turner JA, Maher CG, Buchbinder R, Hartvigsen J, Underwood M, van Tulder M, Cohen SP, Menezes Costa L, Croft P, Ferreira M, Genevay S, Hancock MJ, Hoy D, Karppinen J, Kongsted A, Louw Q, Öberg B, Peul WC, Pransky G, Schoene M, Sieper J, Smeets RJ, Woolf A. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *The Lancet (British edition)* 2018;391(10137):2368-2383.
- [9] Gouda HN, Charlson F, Sorsdahl K, Ahmadzada S, Ferrari AJ, Erskine H, Leung J, Santamauro D, Lund C, Aminde LN, Mayosi BM, Kengne AP, Harris M, Achoki T, Wiysonge CS, Stein DJ, Whiteford H. Burden of non-communicable diseases in sub-Saharan Africa, 1990–2017: results from the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet global health* 2019;7(10):e1375-e1387.
- [10] Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, Hoy D, Karppinen J, Pransky G, Sieper J, Smeets RJ, Underwood M, Buchbinder R, Cherkin D, Foster NE, Maher CG, van Tulder M, Anema JR, Chou R, Cohen SP, Menezes Costa L, Croft P, Ferreira M, Ferreira PH, Fritz JM, Gross DP, Koes BW, Öberg B, Peul WC, Schoene M, Turner JA, Woolf A. What low back pain is and why we need to pay attention. *The Lancet (British edition)* 2018;391(10137):2356-2367.
- [11] Hoy D, Brooks P, Blyth F, Buchbinder R. The Epidemiology of low back pain. *Best practice & research Clinical rheumatology* 2010;24(6):769-781.
- [12] James SL, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, Abdelalim A, Abdollahpour I, Abebe Z, Abera SF, Abil OZ, Abu-Raddad LJ, Acharya D, Acharya P, Adamu AA, Adetokunboh OO, Adib MG, Adsuar JC, Afshin A, Agarwal G, Aggarwal R, Agrawal S, Ahmadi M, Ahmadi H, Ahmed MB, Aichour MTE, Al-Mekhlafi HM, Alahdab F, Alam K, Alavian SM, Alene KA, Alkerwi Aa, Alla F, Allebeck P, Altirkawi K, Aminde LN, Ammar W, Amoako YA, Anber NH, Androudi S, Animut MD, Ansha MG, Antonio CAT, Arauz A, Aremu O, Armoon B, Ärnlöv J, Arora A, Awasthi A, Ayala Quintanilla BP, Ayer R, Badali H, Ballew SH, Barac A, Bärnighausen TW, Baune BT, Bedi N, Behzadifar M, Béjot Y, Belay YA, Bell ML, Bello AK, Bhattarai S, Bhutta ZA, Bikbov B, Billings N, Bisanzio D, Blyth FM, Briant PS, Briko AN, Busse R, Butt ZA, Carrero JJ, Carvalho F, Castañeda-Orjuela CA, Castro F, Catalá-López F, Cercy KM, Chaiah Y, Chang H-Y, Chang J-C, Charlson FJ, Chattopadhyay A, Chin KL, Choi J-YJ, Chowdhury R, Christensen H, Christopher DJ, Ciobanu LG, Cirillo M, Coresh J, Cortesi PA, Cousin E, Criqui MH, Cross M, Dadi AF, Dandona L, Dandona R, Dargan PI, Davitoiu DV, De Courten B. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet (British edition)* 2018;392(10159):1789-1858.
- [13] Koes BW, van Tulder M, Lin C-WC, Macedo LG, McAuley J, Maher C. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. *European spine journal* 2010;19(12):2075-2094.
- [14] Kreiner DS, Matz P, Bono CM, Cho CH, Easa JE, Ghiselli G, Ghogawala Z, Reitman CA, Resnick DK, Watters WC, Annaswamy TM, Baisden J, Bartynski WS, Bess S, Brewer RP, Cassidy RC, Cheng DS, Christie SD, Chutkan NB, Cohen BA, Dagenais S, Enix DE, Dougherty P, Golish SR, Guler P, Hwang SW, Kilincer C, King JA, Lipson AC, Lisi AJ, Meagher RJ, O'Toole JE, Park P, Pekmezci M, Perry DR, Prasad R, Provenzano DA, Radcliff KE, Rahmathulla G, Reinsel TE, Rich RL, Robbins DS, Rosolowski KA, Sembrano JN, Sharma AK, Stout AA, Taleghani CK, Tazell RA, Trammell T, Vorobeychik Y, Yahiro AM. Guideline summary review: an evidence-based clinical guideline for the diagnosis and treatment of low back pain. *The spine journal* 2020;20(7):998-1024.
- [15] Lin C, Haas M, Maher CG, Machado LAC, van Tulder MW. Cost-effectiveness of general practice care for low back pain: a systematic review. 2011.
- [16] Maher C, Underwood M, Buchbinder R. Non-specific low back pain. *The Lancet (British edition)* 2017;389(10070):736-747.
- [17] Morris LD, Daniels KJ, Ganguli B, Louw QA. An update on the prevalence of low back pain in Africa: a systematic review and meta-analyses. *BMC Mu-*

culoskeletal Disorders 2018;19(1):196.

[18] National Guideline C. National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Guidelines. Low Back Pain and Sciatica in Over 16s: Assessment and Management. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK)

Copyright © NICE, 2016., 2016.

[19] Nicholas MK, Linton SJ, Watson PJ, Main CJ. Early Identification and Management of Psychological Risk Factors ("Yellow Flags") in Patients With Low Back Pain: A Reappraisal. *Physical therapy* 2011;91(5):737-753.

[20] Nkhata LA, Brink Y, Ernstzen D, Louw QA. A systematic review on self-management education campaigns for back pain. *The South African journal of physiotherapy* 2019;75(1):1314-1314.

[21] Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forcica MA. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Annals of internal medicine* 2017;166(7):514-530.

[22] Sapienza MA, Miyamoto GC, Lin C-WC, Kharitonov SA, Horvath I, Cabral CMN, Chung KF, van Dongen JM, van Tulder MW, Barnes PJ. Cost-effectiveness of exercise therapy in the treatment of non-specific neck pain and low back pain: a systematic review with meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine* 2019;53(3):172-181.

MB, Jensen LD, Karbo T, Kirkeskov L, Melbye M, Morsel-Carlson L, Nordsteen J, Palsson TS, Rasti Z, Silbye PF, Steiness MZ, Tarp S, Vaagholt M. National Clinical Guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy. *European spine journal* 2018;27(1):60-75.

[24] Vos T, Abate KH, Abbafati C, Abbas KM, Abd-Allah F, Abdulkader RS, Abdulle AM, Abera SF, Abu-Raddad LJ, Adetokunboh O, Afshin A, Agarwal SK, Aggarwal R, Agrawal A, Agrawal S, Ahmadi H, Ahmed MB, Aichour AN, Aichour I, Aiyar S, Akseer N, Al Lami FH, Alahdab F, Al-Aly Z, Alam K, Alam T, Alasfoor D, Ali R, Alizadeh-Navaei R, Alla F, Allebeck P, Allen C, Al-Maskari F, Alsowaidi S, Amare AT, Amini E, Ammar W, Antonio CAT, Artaman A, Assadi R, Atanfu NT, Atre SR, Avila-Burgos L, Bacha U, Banerjee A, Barac A, Barker-Collo SL, Bärnighausen T, Barrero LH, Basu S, Battista B, Battle KE, Baune BT, Bazargan-Hejazi S, Beardsley J, Bedi N, Beghi E, Bell ML, Bensenor IM, Benson J, Berhane A, Berhe DF, Bernabé E, Betsu BD, Beuran M, Beyene AS, Bhala N, Bhansali A, Bhatt S, Bhutta ZA, Biadgilign S, Bikbov B, Bisanzio D, Bizuayehu HM, Boneya DJ, Boufous S, Bourne RRA, Brazinova A, Bumgarner BR, Ca-huana-Hurtado L, Cameron E, Car M, Carabin H, Cárdenas R, Carrero JJ, Carvalho F, Casey DC, Caso V, Castle CD, Chang H-Y, Charlson FJ, Chen H, Chisumpa VH, Chitheer AA, Christopher DJ, Ciobanu LG, Cirillo M, Colombara D, Cortesi PA, Criqui MH. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet (British edition)* 2017;390(10100):1211-1259.

[25] Wáng YXJ, Wu A-M, Ruiz Santiago F, Nogueira-Barbosa MH. Informed appropriate imaging for low back pain management: A narrative review. *J Orthop Translat* 2018;15:21-34.

Autore

Kobina Gyakye deGraft-Johnson, MBChB, FGCS (Anaesthesia), PGDip Interdisc Pain Mgt

Consultant Anaesthetist and Pain Specialist, Korle Bu Teaching Hospital, Accra, Ghana; p.degraff-johnson@kbth.gov.gh

Revisori

Robert Djagbletey, MB Ch.B

FWACS Lecturer Department of Anaesthesia University of Ghana Medical School Ghana

Prof. Dr. Maurits van Tulder

Dean, Prof. Health Technology Assessment Faculty of Behavioural and Movement Sciences Vrije Universiteit Amsterdam Netherlands

Traduzione a cura di

Dr. Lorenza Saini - Associazione Italiana per lo Studio sul Dolore (AISD)

Dr. Fabrizio La Mura - Anestesista Rianimatore, Asl BAT – Referente regionale AISD Puglia