

## Effetti della lombalgia concomitante sugli esiti della depressione

> **Articolo originale:** Angstman K. B. Et al., Effects of Concurrent Low Back Conditions on Depression Outcomes, The Journal of the American Osteopathic Association 2013, 113 (7): 530-537.

---

### -> INTRODUZIONE

La depressione è una delle ragioni principali per il ricorso a visite di assistenza primaria negli Stati Uniti. I pazienti con depressione tendono a manifestare dolori somatici e per alcuni questi dolori possono essere gli unici sintomi presenti; i problemi somatici comuni nella depressione includono dolore addominale, mal di schiena, stanchezza e mal di testa.

La lombalgia è un'entità clinica estremamente comune, che si stima essere la quinta causa più comune di tutte le visite mediche negli Stati Uniti. Il

dolore lombare acuto di solito può durare da un paio di giorni a settimane, mentre la lombalgia cronica è definita come una patologia con durata di più di 3 mesi. La depressione ne è un noto fattore di complicazione. Uno studio giapponese del 2011 ha scoperto che su 1426 soggetti con lombalgia cronica, 371 (26%) avevano uno storico di depressione; altri fattori associati all'aumento del rischio di depressione includono il sesso femminile, le prestazioni di assistenza medica, lo scarso livello d'istruzione ed un basso reddito familiare. Uno studio recente che verteva su 202 pazienti adulti con lombalgia cronica ha dimostrato un tasso di sintomi depressivi ricorrenti del 22%, nonché una correlazione significativa tra la depressione ed il punteggio di disfunzione somatica ( $P < .01$ ).

Ad oggi, a nostra conoscenza, nessuno studio ha esaminato in maniera specifica gli effetti delle lombalgie (LBC) in comorbidità sugli esiti della depressione. Il nostro obiettivo è stato quello di confrontare i risultati della depressione a 6 mesi (in particolare i risultati clinici e il numero di visite ambulatoriali) in pazienti con o senza LBC in comorbidità. Abbiamo ipotizzato che la presenza di una LBC al momento della diagnosi di depressione influirebbe negativamente sugli esiti clinici del trattamento della depressione dopo 6 mesi.

### -> METODI

E' stata fatta una revisione retrospettiva, analizzando i registri dei pazienti in un grande ambulatorio di cure primarie per il trattamento della depressione dal 1° marzo 2008 al 30 giugno 2011.

Per essere iscritti al programma, i pazienti dovevano avere una diagnosi clinica di depressione maggiore o distimia e un punteggio del questionario sulla salute del paziente (Patient Health Questionnaire o PHQ-9) di almeno 10; i pazienti sono stati esclusi se avevano una diagnosi psichiatrica di disturbo bipolare. Un panel totale di 1326 pazienti è stato arruolato nell'arco di tempo dello studio e disponeva di dati completi d'ingresso, con risultati di PHQ-9 a 6 mesi e dati di follow-up. Tali pazienti hanno costituito il nostro gruppo di studio. Dei 1326 pazienti studiati, 172 (13,0%) soddisfacevano i criteri per una LBC concomitante (gruppo LBC).

## **-> RISULTATI**

I pazienti con LBC erano più anziani di quelli senza LBC (età media di 45,4 versus 42,0,  $P = .03$ ), avevano punteggi di ansia più alti (punteggio del disturbo d'ansia generalizzato 12.1 vs 11.1,  $P = .02$ ) e mostravano più visite ambulatoriali prima (in media, 5.5 vs 2.5 visite,  $P < .001$ ) e dopo (7.7 vs 5.1 visite,  $P < .001$ ) l'arruolamento.

Il modello di regressione per la remissione clinica o sintomi depressivi persistenti sei mesi dopo l'arruolamento (con il controllo per età, sesso, stato civile, razza e centro clinico) ha dimostrato che le LBC non erano un fattore indipendente per la remissione clinica a 6 mesi ( $P = .24$ ), ma sono state associate sia a sintomi depressivi persistenti a 6 mesi (OR 1,559, intervallo di confidenza del 95%) sia all'aumento del numero di visite ambulatoriali.

I pazienti con LBC erano più anziani di quelli senza LBC (età media di 45,4 versus 42,0,  $P = .03$ ), avevano punteggi di ansia più alti (punteggio del disturbo d'ansia generalizzato 12.1 vs 11.1,  $P = .02$ ) e mostravano più visite ambulatoriali prima (in media, 5.5 vs 2.5 visite,  $P < .001$ ) e dopo (7.7 vs 5.1 visite,  $P < .001$ ) l'arruolamento.

Il modello di regressione per la remissione clinica o sintomi depressivi persistenti sei mesi dopo l'arruolamento (con il controllo per età, sesso, stato civile, razza e centro clinico) ha dimostrato che le LBC non erano un fattore indipendente per la remissione clinica a 6 mesi ( $P = .24$ ), ma sono state associate sia a sintomi depressivi persistenti a 6 mesi (OR 1,559, intervallo di confidenza del 95%) sia all'aumento del numero di visite ambulatoriali.

## **-> CONCLUSIONI**

Nel confronto tra i pazienti con o senza LBC concomitanti, abbiamo dimostrato la presenza di una maggiore probabilità di sintomi depressivi persistenti e l'aumento del numero di visite ambulatoriali sei mesi dopo l'arruolamento nei pazienti con LBC. Si auspica e si raccomanda che tale lavoro continui in futuro, concentrandosi anche sulla terapia diretta per i pazienti con depressione e LBC.