



GLOBAL YEAR AGAINST NEUROPATHIC PAIN

International Association for the Study of Pain
2014-2015

Epidemiologia bólu neuropatycznego jak często występuje, jakie jest jego oddziaływanie?

Ból neuropatyczny

Ból neuropatyczny (patrz informacja "Co to jest ból neuropatyczny?") może być efektem uszkodzenia nerwu lub choroby dotyczącej obwodowego lub ośrodkowego układu nerwowego.

Chorobowość (*prevalence*) i zapadalność (*incidence*)

- Badania dotyczące populacji ogólnej z zastosowaniem walidowanych narzędzi przesiewowych wykazały, iż aktualnie u 7–8% dorosłych występuje ból przewlekły o cechach bólu neuropatycznego.
- Zapadalność (nowe zachorowania) na ból neuropatyczny w badaniu holenderskim została oceniona na około 8 przypadków na 1,000 osób/rok.
- W badaniu prowadzonym w Niemczech wykazano, że u 37% osób zgłaszających się do podstawowej opieki zdrowotnej z powodu przewlekłego bólu krzyża dominuje ból neuropatyczny. Liczba ta odpowiada 15% populacji kobiet i 11% populacji mężczyzn w Niemczech.
- W Wielkiej Brytanii u 26% osób z cukrzycą występuje obwodowy ból neuropatyczny. Odsetek ten odpowiada około 47 milionom osób na całym świecie, i będzie się zwiększał ponieważ wzrasta chorobowość cukrzycy (od 2.8% w 2000rdo przewidywanej 4.4% w 2030r).
- Spośród 33 milionów osób zakażonych HIV na świecie około 35% ma ból neuropatyczny, który nie reaguje dobrze na standardowe leczenie.
- W badaniu norweskim wykazano, że u 40% osób występuje przetrwały ból po operacjach chirurgicznych, a u około 1/4 z nich występują cechy bólu neuropatycznego. Ból neuropatyczny pooperacyjny jest silniejszy i trwa dłużej niż nie-neuropatyczny ból pooperacyjny.
- U około 20% (18.7–21.4%) osób z chorobą nowotworową występuje ból neuropatyczny związany z nowotworem, zarówno jako wynik samej choroby, jak również jej leczenia.
- Zapadalność w ciągu życia na zakażenie wirusem *herpes zoster* (półpasiec) wynosi około 25%. Badania prowadzone w USA i Holandii wykazały, że odpowiednio 2.6% i 10% rozwinie się przewlekła neuralgia po półpaścu.

Oddziaływanie

- Ból o charakterze neuropatycznym ma zwykle wyższe nasilenie, jest związany z gorszym stanem zdrowia w każdym ocenianym wymiarze w porównaniu do bólu nie-neuropatycznego.
- Jakość życia zależna od stanu zdrowia u pacjentów z bólem neuropatycznym jest oceniana tak nisko jak w przypadku depresji, choroby niedokrwiennej serca, świeżego zawału serca lub źle kontrolowanej cukrzycy. Jakość życia zależy w większym stopniu od nasilenia bólu neuropatycznego niż od jego przyczyny patofizjologicznej.
- W badaniu brytyjskim u 17% osób z bólem o charakterze neuropatycznym jakość życia związana ze zdrowiem jest opisywana jako „gorsza od śmierci”.

Zapobieganie

- Zmniejszenie chorobowości i zapadalności oraz oddziaływania bólu neuropatycznego jest możliwe poprzez zwracanie uwagi na ogólne i specyficzne czynniki ryzyka oraz metody leczenia o znanej skuteczności.
- Ogólne czynniki ryzyka bólu neuropatycznego są podobne do czynników ryzyka bólu przewlekłego ogólnie i obejmują starszy wiek, płeć żeńską, brak krewnych, brak aktywności fizycznej i zajęć manualnych, a także rosnące genetyczne. Większość z tych czynników nie podlega modyfikacji, natomiast wskazują one poziom ogólnego ryzyka.
- Specyficzne czynniki ryzyka obejmują czynniki zwiększające ryzyko występowania schorzeń podstawowych, jak również te, które zwiększają ryzyko rozwoju bólu neuropatycznego przypadku występowania tych schorzeń.
- Na przykład zapadalność na cukrzycę może być zmniejszona poprzez zwrócenie uwagi na zmianę diety i aktywności fizycznej. W trakcie trwania cukrzycy dobra kontrola glikemii opóźnia wystąpienie bolesnej neuropatii.
- Podobnie rezygnacja z przeprowadzenia zabiegu chirurgicznego (na przykład poprzez poprawę ogólnego stanu zdrowia i sprawności) i unikanie niepotrzebnych operacji zmniejszy zapadalność na pooperacyjny ból

neuropatyczny. Przeprowadzenie operacji w młodszym wieku jest związane z wyższą zapadalnością na ten rodzaj bólu, a prowadzone są badania w celu oceny efektów różnych technik chirurgicznych, kontroli bólu okołoperacyjnego, a także wpływu czynników psychologicznych.

- Wprowadzenie w ostatnich latach szczepienia przeciw wirusowi *herpes zoster* w niektórych krajach może zmniejszyć zapadalność na półpasiec i jego następstwo w postaci neuralgii popółpaścowej.
- Postęp w zakresie leków antyretrowirusowych w leczeniu HIV może skutkować rzadszym występowaniem bólu neuropatycznego związanego z leczeniem, ale jednocześnie także wydłużeniem czasu przeżycia i tym samym ogólnie wyższą chorobowością bólu neuropatycznego związanego z HIV. Kluczowe są więc ciągłe starania, by zapobiegać infekcji HIV.
- Świadomość odnosząca się do bólu neuropatycznego (pacjentów i pracowników ochrony zdrowia) oraz dostęp do skutecznej profilaktyki i leczenia są najważniejszymi czynnikami w zapobieganiu, zmniejszeniu chorobowości, zapadalności i wpływu bólu neuropatycznego.

Piśmiennictwo

1. Bennett MI, Rayment C, Hjermstad M, Aass N, Caraceni A, Kaasa S. Prevalence and aetiology of neuropathic pain in cancer patients: a systematic review. *Pain* 2012;153:359–65.
2. Johansen A, Romundstad L, Nielsen CS, Schirmer H, Stubhaug A. Persistent postsurgical pain in a general population: prevalence and predictors in the Tromsø study. *Pain* 2012;153:1390–6.
3. Smith BH, Torrance N. Neuropathic pain. In: Croft P, editor. *Chronic pain epidemiology: from aetiology to public health*. Oxford: Oxford University Press; 2011. p 209–33.
4. Reda H, Greene K, Rice FL, Rowbotham MC, Petersen KL. Natural history of herpes zoster: late follow-up of 3.9 years (n=43) and 7.7 years (n = 10). *Pain* 2013;154:2227–33.
5. Torrance N, Lawson K, Afolabi E, Bennett MI, Serpell MG, Dunn KM, Smith BH. Estimating the burden of disease in chronic pain with and without neuropathic characteristics: Does the choice between the EQ-5D and SF-6D matter?. *Pain* 2014;Epub Jul 11.
6. Van Hecke O, Austin S, Smith BH, Khan R, Torrance N. Neuropathic pain in the general population: a systematic review of epidemiological studies. *Pain* 2014;155:654–62.
7. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes. estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* 2004;27:1047–53.