

Conoscere l'Artrosi



ANMAR
*Associazione Nazionale
Malati Reumatici*
ONLUS

Numero Verde Anmar
800.910.625

A cura di:

A.Ma.R.V.

Associazione Malati Reumatici del Veneto ONLUS

Realizzato da:

Leonardo Punzi

Professore Associato di Reumatologia,
Direttore Unità Operativa Complessa di Reumatologia,
Cattedra ed Unità Operativa Complessa di Reumatologia,
Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale,
Università di Padova

Roberta Ramonda

Assegnista di Ricerca in Reumatologia,
Cattedra ed Unità Operativa Complessa di Reumatologia,
Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale,
Università di Padova

Indirizzo per la corrispondenza:

Dott.ssa Roberta Ramonda

Cattedra ed UOC di Reumatologia, Università di Padova

Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale,

Via Giustiniani 2 - 35128 Padova

Tel +39 049 8212190 - Fax +39 049 8212191

E-mail roberta.ramonda@unipd.it

Definizione

Il termine *artrosi*, formato dalle parole di origine greca "artro" che significa articolazione e "osi" che significa degenerazione, indica una malattia degenerativa delle articolazioni. Sinonimi di artrosi sono anche *osteoartrosi* e nei paesi anglosassoni, *osteoartrite* (osteoarthritis). Le articolazioni sono strutture deputate a collegare o "articolare" fra di loro le ossa. Le più importanti sono quelle che collegano fra loro i segmenti ossei mobili, che sono provviste di tessuti di diversa composizione e diversa funzione, fra cui i più importanti sono *la membrana sinoviale* e *la cartilagine* (fig.1).

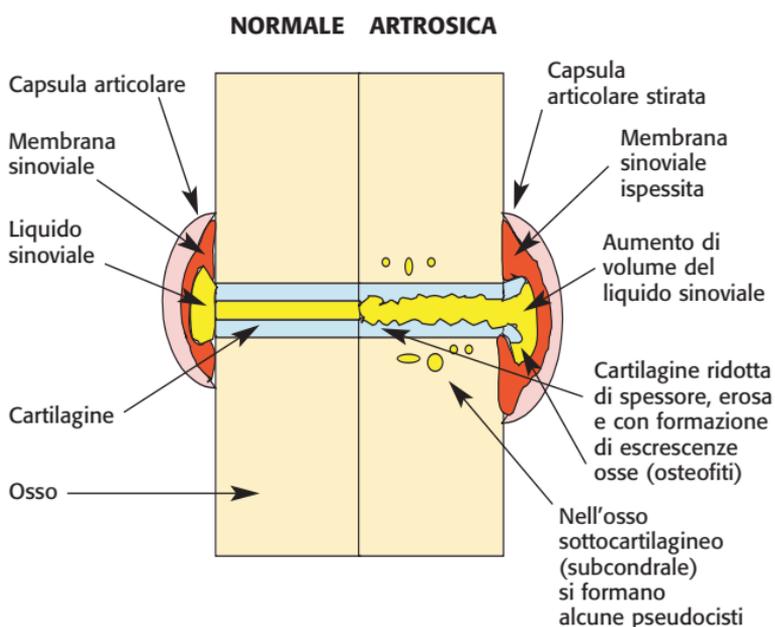


Figura 1
Schema di un'articolazione normale ed artrosica

La prima permette la pulizia dell'articolazione e la sorveglianza immunitaria contro agenti estranei e produce alcune sostanze necessarie per la nutrizione e lo scorrimento delle superfici articolari che versa nel liquido sinoviale. La *cartilagine*, che ricopre e protegge le ossa articolari, serve soprattutto a sopportare il carico esercitato sulle articolazioni soprattutto durante il movimento.

Le lesioni più rilevanti dell'artrosi si ritrovano proprio a livello della cartilagine, per cui le maggiori conseguenze di questa malattia hanno un rapporto con le funzioni principali di questo tessuto. Non è quindi sorprendente che i principali sintomi dell'artrosi siano connessi con il movimento e perciò definiti di tipo "meccanico". Però, alcune ripercussioni si possono avere anche a livello della membrana sinoviale, sebbene esse raramente raggiungano la gravità e l'estensione osservabile nell'artrite, che è una patologia infiammatoria delle articolazioni, come si intuisce dal suffisso "ite" che vuol dire infiammazione.

L'artrosi può essere quindi definita come *una malattia articolare ad evoluzione cronica caratterizzata da lesioni degenerative e produttive a carico della cartilagine articolare.*

Epidemiologia

L'artrosi è fra le malattie croniche più comuni nella popolazione e la causa di disabilità più frequente nell'anziano. Si calcola che l'artrosi sintomatica colpisca in Italia almeno 4.000.000 di soggetti, producendo costi totali intorno ai 6,5 miliardi di Euro. Negli Stati Uniti, il costo delle protesi totali per l'anca (50.000/anno) e per il ginocchio (100.000/anno) è valutato intorno ad 1,8 miliardi di dollari. Inoltre, il 10-15% di tutte le visite ambulatoriali svolte dai Medici di Medicina Generale vengono dedicate all'artrosi.

Un importante studio epidemiologico, il PROVA (PROgetto Veneto Anziani), condotto nella regione Veneto su oltre 3000 ultrasessantacinquenni residenti nelle province di Padova e Rovigo, ha analizzato la frequenza dell'artrosi effettuando radiografie di anche, mani e ginocchia e fotografie delle mani per poter apprezzare anche il grado di tumefazione e di deformità. È stato così evidenziato che il 19% dei partecipanti era affetto da artrosi delle mani, il 20% delle ginocchia e l'11% dell'anca e che gravi limitazioni funzionali e disabilità affliggevano il 14% delle donne ed il 10% dei maschi colpiti da artrosi agli arti inferiori.

Cause

Anche se le cause precise che portano all'insorgenza dell'artrosi sono in gran parte ignote, si ritiene che nella maggior parte dei casi intervengano contemporaneamente molti fattori che alterano l'equilibrio articolare. Schematicamente, questo può essere mantenuto se un carico normale viene esercitato su una cartilagine normale. Quindi, tutti i fattori capaci di modificare questo equilibrio, agendo o sul carico o modificando le caratteristiche della cartilagine, possono essere considerati *fattori di rischio* dell'artrosi.

I fattori di rischio

Come per molte altre malattie, nella maggior parte dei casi si assiste ad una combinazione fra la predisposizione genetica dell'individuo e l'influenza dei fattori ambientali, soprattutto quelli che agiscono sul carico, quali le sollecitazioni meccaniche, l'obesità, le malformazioni, i traumi ed i microtraumi. La precocità dell'insorgenza ed il tipo di evoluzione possono poi dipendere dal numero dei fattori che intervengono, dalla loro entità e dalla durata della loro azione. Dal punto di vista epidemiologico, fra i più importanti fattori di rischio si ritrovano la predisposizione familiare nell'artrosi della mano, il sovrappeso e le alterazioni del menisco inclusa l'asportazione per l'artrosi

del ginocchio (detta anche gonartrosi) e le lussazioni o sublussazioni per l'artrosi dell'anca (detta anche coxartrosi).

Qualche considerazione a parte merita l'età. Nonostante sia a tutti noto che la frequenza dell'artrosi aumenti con l'età, si ritiene attualmente che l'artrosi non debba essere considerata una malattia dell'invecchiamento. In effetti, non tutti gli anziani hanno questa malattia. È probabile perciò che la tendenza genetica che un individuo ha nella predisposizione a contrarre prima o poi alcune malattie, inclusa l'artrosi, possa essere accentuata ed accelerata dai vari fattori di rischio. Ovviamente, negli anziani la durata dell'esposizione a questi fattori di rischio è maggiore, per cui le conseguenze sono più evidenti.

Come è possibile intuire, alcuni fattori di rischio non sono modificabili, quali l'età e la predisposizione genetica, mentre altri, quali quelli meccanici, il sovrappeso, ecc., sono considerati modificabili e pertanto, considerazione raramente proponibile per le altre malattie reumatiche, *prevenibili*.

Sintomi e segni dell'artrosi

Le manifestazioni principali che si ritrovano in un paziente affetto da artrosi si possono suddividere in *sintomi* e *segni*.

Schematicamente, i sintomi sono avvertiti dal paziente, perciò soggettivi, mentre i segni sono osservabili anche dagli altri, soprattutto il medico, e perciò obiettivi.

Il sintomo principale dell'artrosi è il *dolore*. Esso è definito di tipo "meccanico", in quanto viene risvegliato dal movimento ed è alleviato dal riposo. Il dolore è generalmente il primo sintomo nel paziente con artrosi; all'inizio è sordo e si rivela solo dopo una prolungata attività dell'articolazione colpita. Poi si aggrava progressivamente, manifestandosi anche dopo movimenti minimi o in seguito a particolari atteggiamenti del corpo o posture. Difficilmente è acuto e violento.

Il dolore può accompagnarsi ad altre manifestazioni soggettive, fra cui le più frequenti e rilevanti per il paziente sono la *rigidità* (una sensazione di impaccio) e la *limitazione funzionale*. La rigidità è soprattutto mattutina o insorge dopo prolungata inattività ed è di breve durata, generalmente di 10-15 minuti, senza comunque quasi mai superare la mezz'ora. Nelle artriti invece è generalizzata e può durare anche alcune ore. La *limitazione funzionale*, che è uno stato di difficoltà nel compiere i movimenti, è nell'artrosi

progressiva e proporzionale al danno cartilagineo, ma talvolta può comparire solo negli stati più avanzati.

Fra i segni, l'espressione più rilevante è data dal gonfiore o *tumefazione articolare*. Essa è generalmente dura ed è dovuta agli osteofiti, escrescenze ossee che si producono nell'articolazione artrosica, ed alla riduzione dello spazio articolare. Può sovrapporsi una tumefazione molle in caso di versamento articolare, dovuto ad un'eccessiva e pertanto patologica produzione di liquido sinoviale. Raramente la cute sovrastante l'articolazione si dimostra calda ed arrossata come nelle artriti. Può essere presente anche un dolore stimolato dalla pressione sull'articolazione. Caratteristico segno dell'artrosi è il *crepitio*, una sensazione che il paziente può anche ascoltare da solo e si può avvertire dal punto di vista tattile con la palpazione dell'articolazione durante il movimento attivo o passivo. Un evento temibile è l'instaurarsi di un'*ipotrofia dei muscoli* (cioè una diminuzione della massa muscolare) interessati dal movimento dell'articolazione affetta, che in alcuni casi di coxartrosi o gonartrosi può essere sorprendentemente rapida.

Come per altre malattie croniche, anche nell'artrosi si possono distinguere diversi stadi, caratterizzati da un corredo di sintomi e segni abbastanza evocativi (tabella 1).

Tabella 1. Sintomi e segni caratterizzanti i diversi stadi di gravità dell'artrosi

Stadio malattia	Rigidità	Dolore	Tumefazione	Difficoltà ai movimenti
Lieve	Assente	Non duraturo, presente soprattutto all'inizio del movimento	Assente	Assente
Moderata	Presente, di breve durata (pochi minuti)	Presente soprattutto all'inizio del movimento, tende ad attenuarsi e poi ricomparire dopo un certo tempo di attività	Talvolta presente	Difficoltà a svolgere alcune attività quotidiane: vestirsi, lavarsi, inginocchiarsi, salire o scendere le scale
Grave	Presente, ma sempre < a 30 m'	Presente anche di notte, persistente sia all'inizio che durante il movimento	Spesso presente	Incapacità a svolgere le attività quotidiane

Esami radiologici

Fra gli esami radiologici, la radiografia è senza dubbio la più utile per la diagnosi e per la valutazione del grado dell'artrosi. È bene però tener presente che molti soggetti, pur avendo dei segni radiologici di artrosi, non hanno alcun disturbo. Per cui non vanno curati, perché non ne hanno bisogno. Pertanto, il medico deve fare attenzione a che i disturbi avvertiti dal paziente siano veramente corrispondenti a quanto osservabile alle radiografie. In altre parole, un soggetto può presentare segni radiografici di artrosi ed avere dolori per altri motivi. Nei (pochi) casi dubbi, si può far ricorso ad altri esami più sofisticati e costosi, quali l'ecografia, la TAC o la Risonanza Magnetica.

Gli aspetti radiologici più rilevanti e caratteristici dell'artrosi sono essenzialmente rappresentati dalla *riduzione dello spazio articolare*, secondaria alla riduzione dello spessore normale della cartilagine, e dagli *osteofiti*, che sono le esuberanti escrescenze ossee osservabili quasi sempre ai bordi dell'articolazione (figura 1). Specialmente all'esordio, questi segni non sono sempre evidenti o tutti presenti. È bene precisare che, sebbene la presenza di osteofiti rappresenti l'aspetto radiografico più caratteristico dell'artrosi, la riduzione dello spazio articolare è la più strettamente associata alla perdita della funzione articolare.

Esami di laboratorio

Si tratta di una malattia in cui, non essendoci infiammazione diffusa, non si notano quasi mai alterazione degli esami del sangue, a differenza delle artriti. Quando è presente tumefazione articolare, se è possibile, è bene effettuare un'artrocentesi, ovvero un'aspirazione di liquido sinoviale, per poterlo analizzare. In effetti questo tipo di indagine può essere utile per svelare la presenza di eventuali agenti patologici od irritativi quali, ad esempio i microcristalli.

L'artrosi nelle differenti localizzazioni

Per ciò che concerne le localizzazioni (figura 2), agli arti superiori le articolazioni più spesso colpite sono quelle delle mani, mentre agli arti inferiori risultano molto frequenti le localizzazioni all'anca, al ginocchio ed all'alluce. L'artrosi della caviglia è quasi sempre secondaria a traumi od a sublussazioni, mentre l'artrosi delle ultime quattro dita del piede è inconsueta. Per ciò

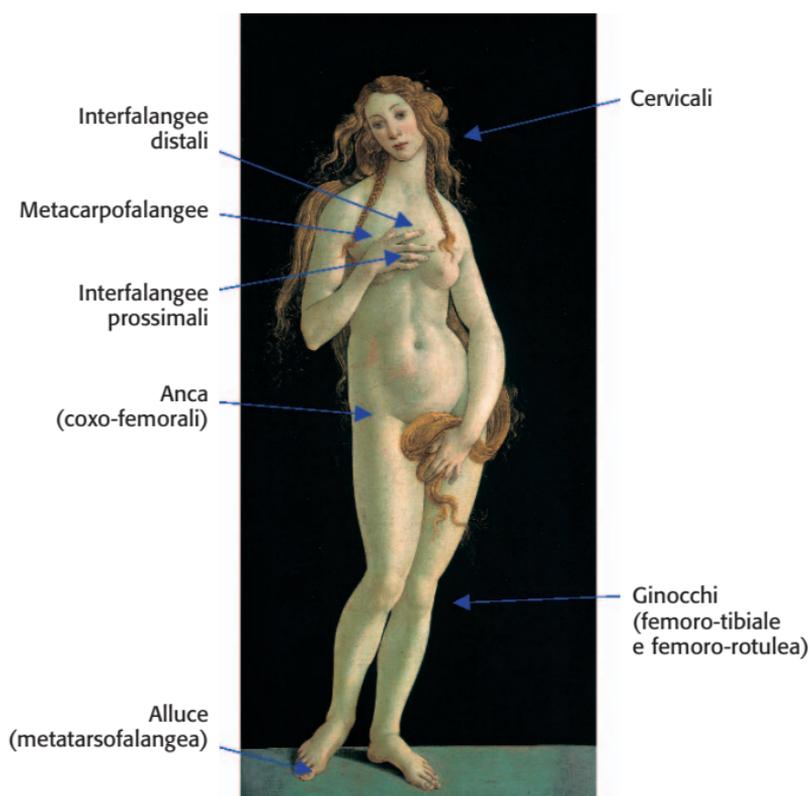


Figura 2
Articolazioni più frequentemente interessate dall'artrosi

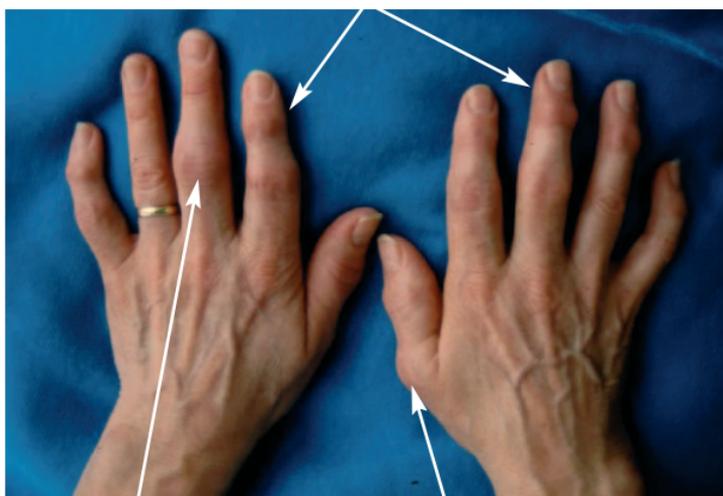
che riguarda l'artrosi della colonna vertebrale, è bene precisare che sebbene gli aspetti radiologici siano molto frequenti e spesso decisamente appariscenti, la loro responsabilità nel causare disturbi dolorosi è da ridimensionare rispetto a quanto talvolta considerato.

ARTROSI DELLA MANO

L'aspetto visivamente più caratteristico (figura 3), mostra le classiche tumefazioni dure (dette anche noduli) che si formano sulla superficie dorsale delle dita soprattutto distalmente, chiamate "noduli di Heberden", dall'autore che le descrisse per primo. All'esordio si manifestano con dolore di grado discreto e con lieve arrossamento. Meno frequentemente sono colpite le articolazioni interfalangee prossimali, con noduli di consistenza un po' più molliccia (noduli di Bouchard). Di solito, nel giro di 6 mesi-1 anno, queste tumefazioni non sono più dolenti, ma possono evolvere verso deformità (aspetto di dito storto, a "serpente") che in alcuni casi, soprattutto quando sono colpite le interfalangee prossimali, possono indurre un'alterazione della funzione. Generalmente le articolazioni metacarpofalangee, predilette dalle artriti, sono risparmiate nell'artrosi. Quando presente, è di solito dovuta ad attività occupazionali traumatiche, sia lavorative che sportive.

L'artrosi delle articolazione della base del pollice, la trapezio-metacarpale, detta anche "rizoartrosi" ("artrosi della radice" del pollice),

Articolazioni interfalangee distali
(Noduli di Heberden)



Articolazioni interfalangee
prossimali
(Noduli di Bouchard)

Artrosi
trapezio-metacarpale
(rizoartrosi del pollice)

Figura 3

Sedi più frequentemente interessate dall'artrosi della mano

è più impegnativa. Si manifesta inizialmente con dolore alla base del pollice scatenato soprattutto dai movimenti di prensione della mano, che possono risultare difficoltosi, menomando la funzione della mano. Successivamente può apparire una lieve tumefazione alla base del pollice con deviazione progressiva della base del dito. In alcuni casi il dolore può recidivare per anni, a crisi, con tutti i segni locali tipici dell'infiammazione e con deformità tali da rendere necessario un intervento chirurgico per fissare l'articolazione. Una variante aggressiva dell'artrosi della mano è la forma "erosiva", che colpisce quasi esclusivamente il sesso femminile ed è caratterizzata da un esordio acuto, con tumefazione, rossore e dolore che colpiscono

dapprima le articolazioni interfalangee e successivamente, in alcuni casi, anche le trapezio-metacarpali . Rispetto alla forma nodulare si distingue per le rapide deformità, le precoci anchilosi e l'alterazione della funzione della mano nettamente più marcata rispetto alle forme non erosive.

ARTROSI DELL'ANCA

L'artrosi dell'anca (o coxartrosi) è senza dubbio una delle forme di artrosi più importanti per frequenza e per induzione di invalidità. L'età di insorgenza più frequente dei sintomi è fra i 40 ed i 60 anni.

I sintomi sono rappresentati essenzialmente dal dolore alla marcia e dalla progressiva limitazione dei movimenti. Inizialmente il dolore è avvertito all'inguine e/o alla parte anteriore della coscia, ma in un quarto circa dei casi può interessare il lato interno della coscia e può essere riferito al ginocchio; più rara è la localizzazione alla natica. Si manifesta dopo una lunga marcia o dopo essere rimasti a lungo seduti, ad es. in auto od in poltrona, mentre a letto in posizione orizzontale recede quasi sempre. Al dolore si associa poi una limitazione dei movimenti progressiva, per cui può risultare difficile uscire dalla vasca da bagno, salire su una bicicletta, accovacciarsi, allacciarsi le scarpe, tagliarsi le unghie dei piedi, ecc.

Successivamente, anche la marcia per pochi metri diventa difficoltosa, portando il paziente ad un progressivo isolamento sociale.

ARTROSI DEL GINOCCHIO

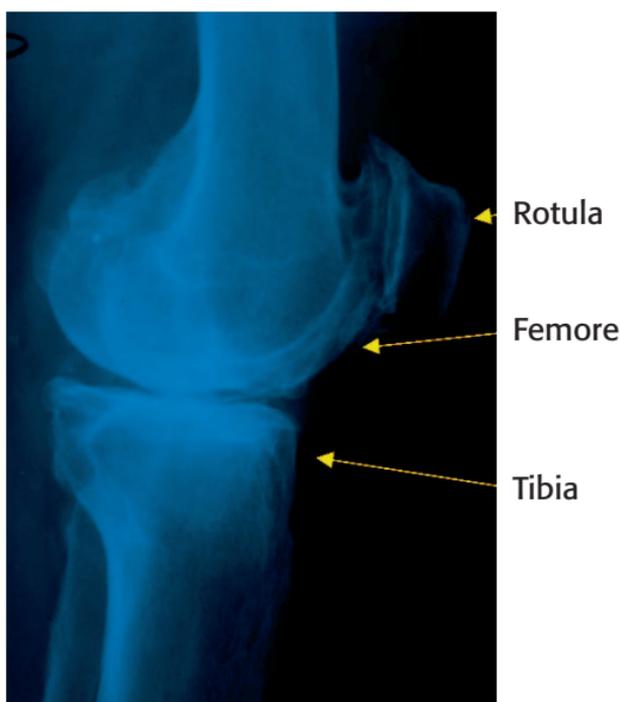


Figura 4
Radiografia di un paziente con artrosi del ginocchio (femoro-rotulea e femoro-tibiale)

L'artrosi del ginocchio (o gonartrosi) è particolarmente frequente ed invalidante. Il ginocchio è costituito da due tipi di articolazione: la femoro-rotulea, fra femore e rotula, e la femoro-tibiale, tra femore e tibia (fig.4). Entrambe possono essere colpite dall'artrosi, anche se l'interessamento della femoro-tibiale è quello più rilevante per la funzione del ginocchio. Il quadro clinico è inizialmente dominato dal dolore in sede anteriore o antero-mediale, caratteristicamente di tipo meccanico. Dopo una lunga inattività, per es. al mattino o dopo essere stati seduti a lungo, può aversi una contrattura dolorosa post-inattività di breve

durata che si attenua con la marcia. Il dolore può essere risvegliato da alcune posture particolari, quali il fare le scale soprattutto in discesa, l'accovacciamento e l'uso prolungato della pedaliera dell'auto. All'esordio si può trovare anche una dolorabilità delle zone periarticolari ed un modesto versamento di liquido in articolazione, con tumefazione. Successivamente il dolore può interessare tutta l'articolazione, diventare notturno ed accompagnarsi a frequenti versamenti articolari. L'impotenza funzionale appare solo tardivamente, ma senza peraltro arrivare ai gradi raggiunti dalla coxartrosi. Alla visita, il medico riscontra una limitazione dolorosa dei movimenti di flessione e di estensione forzata, segni di scroscio e dolorabilità dei ligamenti periarticolari.

ARTROSI DEL PIEDE

Come già riferito, la sede preferibilmente colpita dall'artrosi è quella dell'alluce (prima articolazione metatarso-falangea), mentre le altre sedi sono interessate solo poco frequentemente. A favorire questa localizzazione è innanzitutto la deviazione dell'alluce chiamata alluce valgo, a cui si aggiunge l'effetto traumatico della marcia, alla quale l'alluce contribuisce con un importante ruolo propulsivo.

ARTROSI DELLA COLONNA VERTEBRALE

Se valutata con l'esame radiologico, l'artrosi della colonna (o spondiloartrosi dal greco "*spondilos*"= colonna) è estremamente frequente. Segni radiologici si osservano già a partire dai 30 anni e dopo i 70 anni sono presenti nella maggior parte della popolazione.

D'altro canto, sintomi dolorosi a carico della colonna vertebrale e delle strutture ad essa collegate sono anch'essi molto frequenti, anche se è del tutto improprio collegare ogni sintomo ai segni radiologici di spondiloartrosi. Le sedi più frequentemente interessate sono quella cervicale e quella lombare, mentre l'artrosi dorsale è praticamente insignificante dal punto di vista patologico.

Artrosi della colonna cervicale

Sebbene i segni di artrosi cervicale (o cervicoartrosi) si possono ritrovare nel 70-80 % delle radiografie di soggetti anziani, la maggior parte di questi non avverte sintomi di rilievo, al massimo presentando una limitata mobilità e periodiche modeste cervicalgie (dolori cervicali). Però, l'elevata frequenza delle alterazioni radiografiche porta ad un'ipervalutazione della cervicoartrosi, che viene considerata responsabile di qualsiasi dolori cervicali.

Fra le affezioni che possono essere causate dall'artrosi cervicale, la più nota è la

cervicobrachialgia (dolore del collo), dovuta ad una compressione delle radici dei nervi cervicali a livello vertebrale, per formazione di osteofiti o di ernia discale. Il disturbo è in genere monolaterale e si irradia nel territorio interessato dalla radice colpita, che può interessare il braccio e/o la mano. I sintomi sono rappresentati dal dolore, che si esacerba di notte, con i colpi di tosse o gli starnuti, associato a disturbi sensitivi, quali parestesie (formicolio) e/o alterazioni della sensibilità. Giova però ricordare che la causa più frequente di parestesie alle mani, soprattutto notturne, è la *sindrome del tunnel carpale*, dovuta ad una compressione del nervo mediano al suo passaggio nel polso. Raramente può riscontrarsi un'insufficienza dei vasi del collo che irrorano il capo, condizione seria caratterizzata dai cosiddetti "drop-attack", cioè perdita, in seguito a movimenti di iperestensione della testa, del controllo degli arti inferiori senza perdita di coscienza.

La diagnosi differenziale più frequente dei dolori cervicali va posta nei confronti della *sindrome fibromialgica* che è molto diffusa nella popolazione, soprattutto di sesso femminile.

Nella sindrome fibromialgica i dolori e la dolorabilità interessano contemporaneamente molte zone, sono costanti, non dipendono dalle posizioni del capo e si associano spesso ad altre manifestazioni funzionali come i disturbi del sonno, il colon irritabile, ecc.

Artrosi della colonna lombare

L'artrosi della colonna lombare (o lombartrosi) è molto frequente. Tuttavia, come per le cervicalgie, la maggior parte delle lombalgie non dipendono dall'artrosi, ma da stiramenti o contratture muscolari o, soprattutto per le forme croniche, da anomalie dei dischi posti fra le vertebre. Il ruolo delle alterazioni artrosiche delle vertebre e delle articolazioni intervertebrali non è comunque indifferente, visti gli stretti rapporti che queste strutture hanno con il disco, la cui degenerazione causa un minor scorrimento dei corpi vertebrali e la conseguente formazione di osteofiti. Un'altra possibile conseguenza può essere lo scivolamento, per lo più anteriore, di una vertebra sulla sottostante (*spondilolistesi*), che può essere dovuta anche alla frattura di una parte della vertebra (*spondilolisi*).

Terapia

Gli obiettivi essenziali della terapia nell'OA possono essere definiti "*a breve termine*", rappresentati dal controllo del dolore e della rigidità e dalla riduzione dell'infiammazione, e "*a medio-lungo termine*", costituiti dall'arresto o rallentamento della progressione, dalla prevenzione delle deformità, e dal ripristino della funzione. Per il perseguimento di questi obiettivi possono essere adoperati numerosi mezzi, sia farmacologici che non farmacologici, che spesso necessitano di essere coordinati fra di loro per essere realmente efficaci. Per cui, non è sorprendente che accanto all'introduzione di nuove terapie farmacologiche, vada sempre più precisandosi l'importanza di misure di carattere generale, quali in particolare l'educazione del paziente alla conoscenza della malattia da cui è affetto e alla conseguente messa in pratica di alcuni provvedimenti di buon senso quali ad es., il calo ponderale, la ginnastica o l'impiego di ortesi di scarico. Ciò è chiaramente indicato dalle linee guida o raccomandazioni elaborate da alcuni organismi internazionali molto importanti, quale l'European League of Rheumatology (EULAR), riprese dalla Società Italiana di Reumatologia in un'apposita Consensus di esperti di varie specialità dediti alle malattie dell'apparato locomotore (tab.2).

Tabella 2. Raccomandazioni EULAR 2003 per l'artrosi (OA) del ginocchio approvate dalla Consensus Italiana del 2004

1. Il trattamento ottimale dell'OA del ginocchio richiede una combinazione di trattamenti farmacologici e non farmacologici
2. Il trattamento dell'OA del ginocchio deve essere personalizzato tenendo presente:
 - a) I fattori di rischio del ginocchio (obesità, fattori meccanici dannosi, attività fisica)
 - b) I fattori di rischio generali (età, comorbidità, polifarmacoterapia)
 - c) I livelli di intensità del dolore e il grado di disabilità
 - d) I segni di infiammazione - ad esempio il versamento articolare
 - e) La localizzazione ed il grado del danno strutturale
3. Il trattamento non farmacologico dell'OA del ginocchio deve includere programmi educazionali, esercizio fisico, uso di strumenti accessori (bastoni, solette, tutori del ginocchio) e riduzione del peso quando necessario
4. Il paracetamolo è il farmaco da considerare come prima scelta per il trattamento del dolore nell'OA. Se efficace, può essere continuato nel tempo a dosi £ 3 gr/die. A queste dosi, il paracetamolo può anche essere adoperato in aggiunta ad altri farmaci per l'OA con un buon profilo di sicurezza
5. Le applicazioni topiche di FANS o capsaicina possono costituire un utile strumento terapeutico se impiegate per brevi periodi, anche in aggiunta ad altri trattamenti per l'OA, soprattutto nei pazienti che rifiutano o non possono assumere farmaci per via sistemica
6. I FANS vanno presi in considerazione nei pazienti che non rispondono al paracetamolo. Nei pazienti con rischio gastrointestinale, dovranno essere utilizzati i coxib oppure i FANS non selettivi associati a gastroprotettori di provata utilità
7. Gli analgesici oppioidi, con o senza paracetamolo, rappresentano utili alternative e possono costituire farmaci di supporto nei pazienti in cui i FANS o i coxib sono controindicati, inefficaci e/o scarsamente tollerati
8. I farmaci sintomatici ad azione lenta (SYSADOA) (glucosamina solfato, condroitin solfato, estratti di soia ed avocado, diacereina, acido ialuronico) hanno effetti sintomatici e possono avere effetti favorevoli sulla struttura cartilaginea.
9. L'iniezione intra-articolare di cortisonici a lunga durata d'azione è indicata per le crisi di dolore articolare, soprattutto se associate a versamento
10. La sostituzione dell'articolazione deve essere presa in considerazione nei pazienti con evidenza radiografica di OA del ginocchio che presentano dolore persistente e disabilità

I farmaci impiegati nell'OA si possono suddividere in *sintomatici*, di cui fanno parte gli analgesici, i farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) e i farmaci intra-articolari (steroidi ed acido ialuronico), ed in farmaci agenti sulla struttura, detti anche sintomatici a lenta azione (SYSADOA) o *condroprotettori*. Farmaco di prima scelta nella terapia del dolore nell'OA è il paracetamolo, sostanza molto conveniente per rapporto rischio-beneficio, almeno fino a dosi di 3 gr/die. In caso di inefficacia del paracetamolo, è utile ricorrere, in associazione od in alternativa, ai FANS. Nei pazienti a rischio gastro-intestinale è prudente che il medico curante faccia ricorso prima ai farmaci che agiscono selettivamente sulla cicloossigenasi (COX)-2, detti anche Coxib, che sono meno gastrolesivi. In caso di scarsa efficacia, si può far ricorso ai FANS tradizionali ai quali è utile associare una gastroprotezione efficace con farmaci inibitori della pompa protonica. Recentemente qualche perplessità è stata sollevata nell'impiego dei Coxib, a causa di un possibile loro rischio cardio-vascolare. Per cui, in attesa di dimostrazioni più definitive, ne viene consigliato l'uso a breve termine ed è controindicato nei soggetti che sono affetti da malattie cardiovascolari.

Da qualche anno, anche nel nostro Paese gli analgesici oppiacei (o morfiniti) possono essere somministrati nell'OA, soprattutto nei soggetti che non tollerano i FANS, che sono allergici o che rispondono poco agli analgesici non oppiacei. Fra i più impiegati sono la codeina ed il tramadolo, che possono anche essere assunti in associazione od in combinazione.

Le *infiltrazioni locali* possono essere effettuati con cortisone o con acido ialuronico. Le infiltrazioni di cortisone (generalmente non più di 3-4 all'anno, con intervallo di almeno un mese fra una e l'altra) sono più giustificate nei pazienti con chiara riaccensione flogistica, mentre quelle con acido ialuronico, che vengono effettuate a cicli di 3-4 infiltrazioni, avrebbero anche un effetto condroprotettore, almeno a lungo termine.

Della categoria dei SYSADOA o *condroprotettori*, il farmaco che ha ricevuto più dimostrazione di efficacia è la glucosamina, mentre sono ancora sotto studio tutti gli altri candidati a questo ruolo, fra cui lo stesso acido ialuronico, il condroitin-solfato, la diacereina e gli estratti di soia ed avocado.

Per ciò che concerne la terapia chirurgica, le artroprotesi costituiscono un rimedio di grande efficacia pressoché inevitabile quando le altre terapie hanno fallito, soprattutto nell'OA dell'anca e del ginocchio. Tuttavia, nonostante il rischio operatorio sia ormai molto basso e la durata delle protesi superi i 15 anni nella maggior parte dei casi, si preferisce procrastinare il più possibile quest'intervento. In effetti non è ancora completamente stabilito qual è il momento ideale per farvi ricorso, poiché rispetto ai numerosi fattori di valutazione obiettivi, quello soggettivo della sofferenza e dell'handicap del paziente predomina ed ha spesso il sopravvento.

Alcuni trattamenti che fanno parte integrante della cultura terapeutica di alcuni Paesi

europei, quali il termalismo ed in particolare la fangoterapia, non vengono contemplati dalle raccomandazioni americane od europee. Ciò è in parte dovuto al fatto che sono poco conosciuti nei Paesi anglosassoni, in parte alla mancanza di studi controllati abbastanza convincenti dal punto di vista del rigore scientifico. In questo contesto ci sembra di poter dire che, in ambienti adatti ed in mani esperte, la "cura termale" è un'occasione importante per il paziente ai fini della sua educazione, della sua cura e per la riabilitazione, tutte misure non-farmacologiche che possono permettere di risparmiare farmaci od almeno di renderli più efficaci.

La prevenzione

Un altro importante aspetto, è quello della prevenzione. L'artrosi è fra le pochissime malattie reumatiche che si possono prevenire. In effetti, alcuni dei fattori di rischio di cui abbiamo già discusso, sono modificabili. Ciò vuol dire che se questi si evitano del tutto od almeno parzialmente, si può cambiare il destino della persona, evitando o ritardando l'insorgenza della malattia. In altri casi, limitando questi fattori di rischio, si può ritardare la progressione della malattia.

Esempio molto efficace di un fattore di rischio che è possibile evitare è quello dell'obesità. Possiamo agire su questa ottenendo risultati circa i tre tipi di prevenzione conosciuti, primaria secondaria o terziaria:

- a) *prevenzione primaria* (ovvero per evitare che la malattia si verifichi): con un peso corporeo inferiore, si riduce la probabilità di essere colpiti dall'artrosi del ginocchio (in studi epidemiologici sulla popolazione, suddividendo questa in gruppi a seconda del peso corporeo, basta far parte del gruppo con 5 kg in meno per avere una probabilità del 50% inferiore di avere l'artrosi);
- b) *prevenzione secondaria* (impedire che la malattia progredisca): quando si è colpiti dall'artrosi del ginocchio o dell'anca, un

- maggiore peso corporeo è associato con una maggiore velocità di progressione;
- c) *prevenzione terziaria* (evitare o limitare i danni od i disturbi alla persona derivanti dalla malattia): la riduzione del peso corporeo riduce i dolori articolari e migliora la funzione nei pazienti affetti da artrosi degli arti inferiori.



Bibliografia

1. Marcolongo R.: *L'Artrosi*. Modern srl, Milano, 1996.
2. Punzi L.: Artrosi. In Todesco S e Gambari PF. *Malattie reumatiche*. Milano, Mc Graw and Hill, 3a Ed 2002, pg 369-396.
3. Iannone F., Lapadula G.: The pathophysiology of osteoarthritis. *Aging Clin Exp Res* 2003;15:364-72.
4. Punzi L., Oliviero F., Ramonda R., Valvason C., Sfriso P., Todesco S.: Laboratory investigations in osteoarthritis. *Aging Clin Exp Res* 2003; 15: 373-9.
5. Jordan K.M., Arden N.K., Doherty M., Bannwarth B., Bijlsma J.W.J., Dieppe P. et al. EULAR Recommendations 2003: An evidence based medicine approach to the management of knee osteoarthritis. Report of a task force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT). *Ann Rheum Dis* 2003;62:1145-55.
6. Punzi L., Canesi B., Carrabba M., Cimmino M.A., Frizziero L., Lapadula G., Arioli G., Chevillard M., Cozzi F., Cricelli C., Fioravanti A., Giannini S., Iannone F., Leardini G., Cannoni A., Meliconi R., Modena V., Molfetta L., Monteleone R., Nava T., Parente L., Paresce E., Patrignani P., Ramonda R., Salaffi F., Spadaro A., Marcolongo R.: Consensus italiana sulle raccomandazioni EULAR 2003 per il trattamento della gonartrosi. *Reumatismo* 2004; 56:190-201.

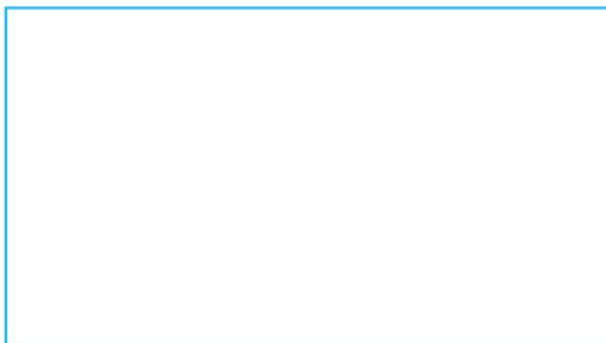
Ruolo dell'Associazione Nazionale dei Malati Reumatici - ANMAR

In tema di informazione, un grande aiuto proviene dalle associazioni dei malati. L'ANMAR ha organizzato campagne d'informazione che hanno avvicinato la popolazione generale al problema. I malati reumatici, di tutte le regioni d'Italia, che ne fanno parte e la gestiscono promuovono periodicamente degli incontri durante i quali è possibile anche scambiarsi la propria esperienza, ciò fa sentire meno soli.

ANMAR

Numero VERDE
800.910.625

Nella tua Regione rivolgiti a:



A cura di: **ANMAR**
Associazione Nazionale Malati Reumatici ONLUS

www.anmar-italia.it