

SERIE EDITORIALE



SERIE EDITORIALE

Disease **M**anagement

SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA GENERALE

L'artrosi in Medicina Generale

Medico di medicina generale

Alessandro Bussotti

Reumatologo

Alessandro Mannoni



SOCIETÀ ITALIANA DI
MEDICINA GENERALE

PACINIeditore
MEDICINA

Collana Disease Management

L'artrosi in Medicina Generale, n. 22

Le spondiloartriti in Medicina Generale, n. 23

L'artrite reumatoide in Medicina Generale, n. 24

Coordinamento scientifico

Stefano Giovannoni

© Copyright 2008 by Pacini Editore S.p.A. – Pisa

Realizzazione editoriale

Pacini Editore S.p.A.

Via Gherardesca 1

56121 Ospedaletto – Pisa

info@pacinieditore.it

www.pacinimedicina.it

Grafica e stampa

IGP Industrie Grafiche Pacini – Pisa

La pubblicazione è resa possibile grazie al contributo di PFIZER ITALIA srl

Edizione fuori commercio. Omaggio per i Signori Medici

Le fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941 n. 633.

Le riproduzioni effettuate per finalità di carattere professionale, economico o commerciale o comunque per uso diverso da quello personale possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da AIDRO, Corso di Porta Romana n. 108, Milano 20122, e-mail segreteria@aidro.org e sito web www.aidro.org.

L'artrosi in Medicina Generale

Introduzione.....	7
La lettura dei sintomi	9
La ricerca dei segni di conferma	10
Le conferme diagnostiche di laboratorio e/o per immagini	11
Come pianificare il trattamento	12
La gestione del percorso diagnostico-terapeutico da parte del medico di medicina generale e dello specialista: criteri di priorità	15
Le criticità di percorso del medico di medicina generale, del reumatologo, del paziente	16

INTRODUZIONE

L'artrosi delle articolazioni periferiche è la più comune lesione dell'apparato muscolo-scheletrico; la sua frequenza aumenta progressivamente con l'età fino a colpire circa 1/3 della popolazione anziana, nella quale è frequentemente causa di disabilità.

Non è facile definire la prevalenza di un fenomeno come quello artrosico, che ha molti punti di contatto con l'invecchiamento fisiologico. Inoltre, i dati variano molto con il metodo usato per il rilevamento: a seconda che la diagnosi sia posta su basi cliniche, radiologiche, anatomo-patologiche i valori di prevalenza risultano evidentemente molto diversi.

L'artrosi è una degenerazione dell'articolazione che, pur colpendo principalmente la cartilagine articolare, coinvolge anche altre strutture quali l'osso subcondrale, la capsula articolare e i muscoli satelliti all'articolazione. Negli ultimi 20 anni sono stati notevoli i progressi compiuti nella comprensione della patogenesi dell'artrosi. Da una visione meccanicistica della malattia, dove la cartilagine veniva considerata un tessuto inerte che va incontro, con l'invecchiamento, a una progressiva usura (ipotesi del *wear and tear*), si è passati a un concetto più dinamico che vede la cartilagine come un tessuto metabolicamente attivo nel quale il condrocita svolge un ruolo fondamentale nei processi sintetici e degradativi della matrice.

I processi di rimodellamento che si verificano fisiologicamente a livello della matrice cartilaginea sono conseguenti all'attività di proteasi secrete da cellule residenti, *in primis* i condrociti. Mentre in condizioni normali i processi anabolici e catabolici della cartilagine sono in equilibrio dinamico, nel corso dell'osteoartrosi (OA) si determina un'alterazione di questo equilibrio a favore dei fenomeni di degradazione. Nella Figura 1 è mostrato uno schema semplificato del processo patogenetico dell'artrosi dal quale si desume che l'affezione è primitivamente degenerativa e che l'infiammazione, pur presente nell'articolazione artrosica, è reattiva.

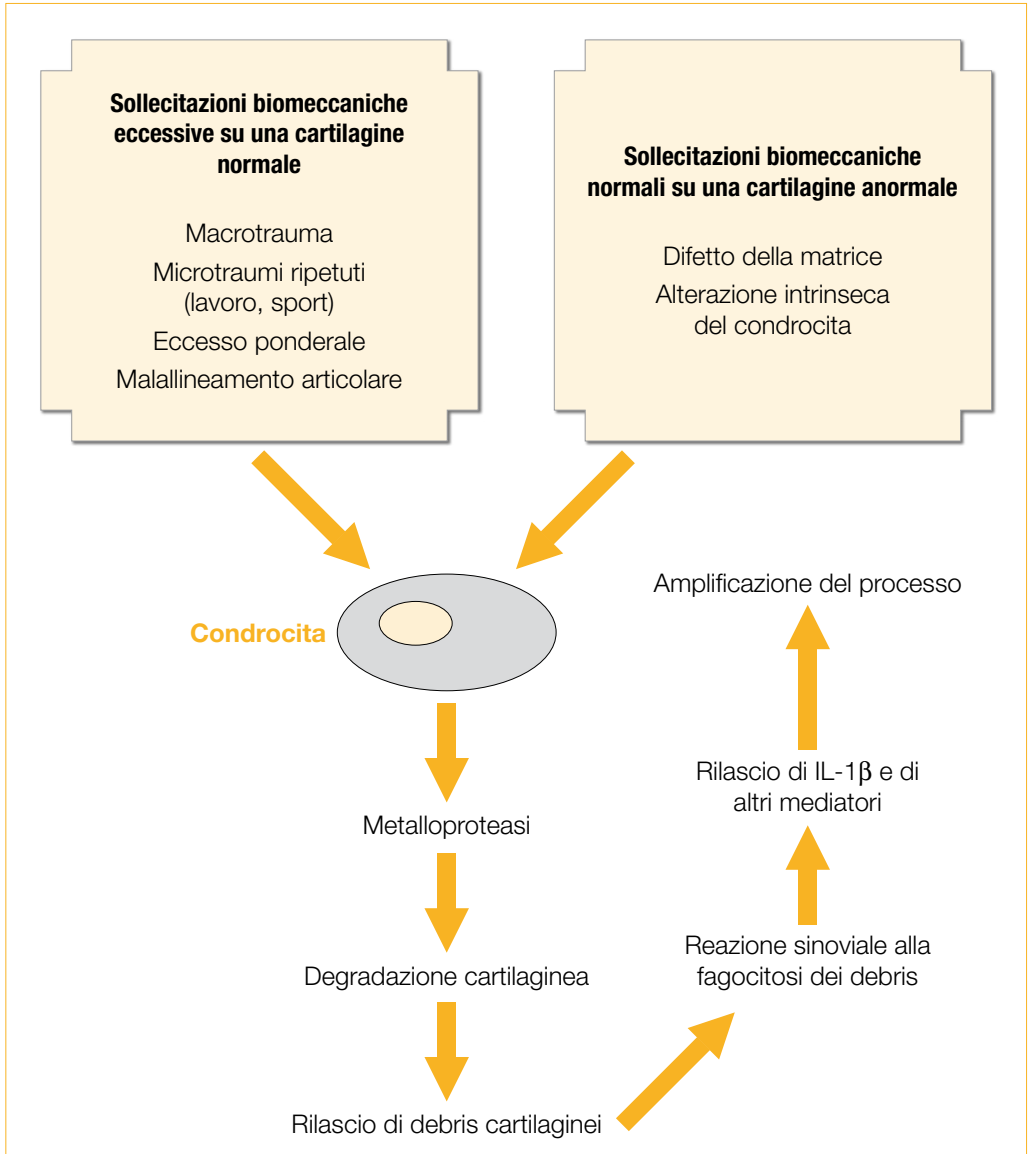


FIGURA 1.

Artrosi. Schema patogenetico (da Pelletier et al., 2000).

LA LETTURA DEI SINTOMI

La sintomatologia dell'artrosi è caratterizzata dalla presenza di dolore meccanico (diurno, aggravato dalle sollecitazioni meccaniche dell'articolazione, ridotto dal riposo) accompagnato da una rigidità di breve durata mattutina o alla ripresa del movimento.

Talvolta si possono associare delle *poussées* infiammatorie con dolore più intenso, spesso anche notturno, associato a tumefazione dell'articolazione con idrarto. Le localizzazioni più frequenti e di maggiore impatto assistenziale sono, in ordine di frequenza, il ginocchio, la mano e l'anca. Le caratteristiche cliniche dell'artrosi sono le seguenti:

- il dolore recede con il riposo e si accentua con le sollecitazioni meccaniche;
- è presente rigidità articolare di breve durata all'inizio del movimento;
- sono presenti segni clinici come scrosci articolari alla mobilitazione attiva, dolorabilità e tumefazione dura dell'articolazione.

Per la diagnosi di artrosi delle articolazioni periferiche possono essere utilizzati i criteri classificativi clinici dell'*American College of Rheumatology* (Fig. 2).

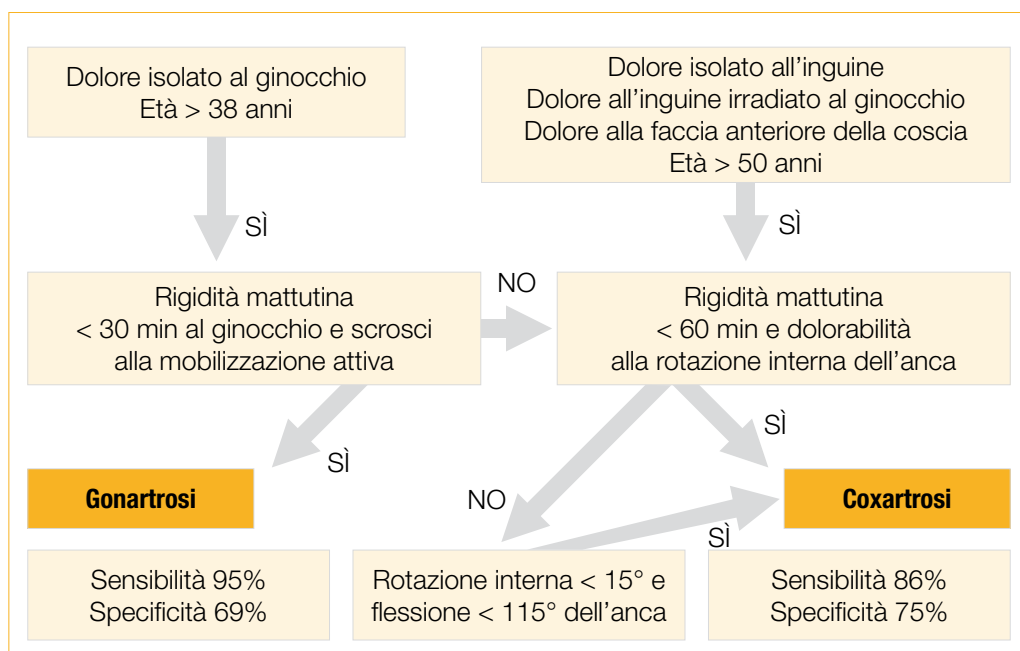


FIGURA 2.

Algoritmo per la diagnosi di artrosi dell'anca e del ginocchio basato sui criteri dell'*American College of Rheumatology*.

LA RICERCA DEI SEGNI DI CONFERMA

L'esame obiettivo dell'anca mette in evidenza soprattutto dolorabilità e limitazione dell'intrarotazione, più tardivamente della flessione, al contrario di quello che accade nell'artrosi del ginocchio, che presenta una limitazione precoce della flessione e, più tardivamente, dell'estensione.

In caso di dolore localizzato al ginocchio deve essere sempre esaminata anche l'anca: non è raro, infatti, che l'artrosi dell'anca sia responsabile di una gonalgia.

L'artrosi della mano è caratterizzata dalla presenza di noduli duri localizzati alle articolazioni interfalangee distali (noduli di Heberden) e/o alle prossimali (noduli di Bouchard). Una localizzazione frequente e relativamente invalidante è quella dell'articolazione trapezio-metacarpale del pollice (ri-zoartrosi del pollice) (Tab. I).

TABELLA I.

Criteria clinici dell'American College of Rheumatology per la diagnosi di artrosi della mano (sensibilità 94%, specificità 87%).

1.	Dolore e rigidità alle mani per la maggior parte dei giorni del mese precedente
2.	Tumefazione dura di 2 o più fra le 10 articolazioni selezionate*
3.	Tumefazione molle in meno di 2 articolazioni metacarpofalangee
4.	a) Tumefazione dura di più di 2 articolazioni interfalangee distali oppure b) Deformità di una o più fra le 10 articolazioni selezionate*

* Le 10 articolazioni selezionate comprendono bilateralmente, le seconde e terze articolazioni interfalangee prossimali e distali e l'articolazione trapezio-metacarpale.

LE CONFERME DIAGNOSTICHE DI LABORATORIO E/O PER IMMAGINI

Gli esami di laboratorio non sono normalmente alterati, salvo raramente un lieve aumento degli indici flogistici nei momenti di riacutizzazione. D'altra parte la negatività di questi test rappresenta di per sé un elemento che può far propendere per una diagnosi di artrosi.

L'esame di scelta per la conferma diagnostica di un'OA è quello radiologico, che può evidenziare una riduzione della rima articolare, una sclerosi dell'osso subcondrale, un'osteofitosi.

Bisogna però ricordare che la correlazione tra il quadro clinico e quello radiologico non è buona: possono verificarsi casi con notevole dolore e disabilità e scarse alterazioni radiologiche e viceversa.

Per la conferma del sospetto diagnostico e la valutazione della gravità dell'artrosi sono necessari:

- ginocchio: Rx in AP sotto carico + LL;
- anca: Rx bacino con proiezioni assiali d'anca;
- mano: Rx mani e polsi.

COME PIANIFICARE IL TRATTAMENTO

Gli obiettivi della terapia dell'artrosi possono essere così schematizzati:

- controllo del dolore;
- mantenimento della funzione articolare e limitazione della disabilità;
- rallentamento della progressione del danno articolare;
- evitare tossicità da farmaci.

Il trattamento sintomatico dell'artrosi si basa sull'uso di farmaci analgesici puri (paracetamolo, tramadolo) e antinfiammatori (tradizionali e COXIB). Gli studi clinici disponibili non danno risultati univoci a favore dell'una o dell'altra categoria di farmaci. Le linee guida EULAR suggeriscono di iniziare il trattamento con il paracetamolo e, in caso di inefficacia, passare ad un FANS o, in presenza di rischio gastrointestinale, ad un COX-2 inibitore (Fig. 3).

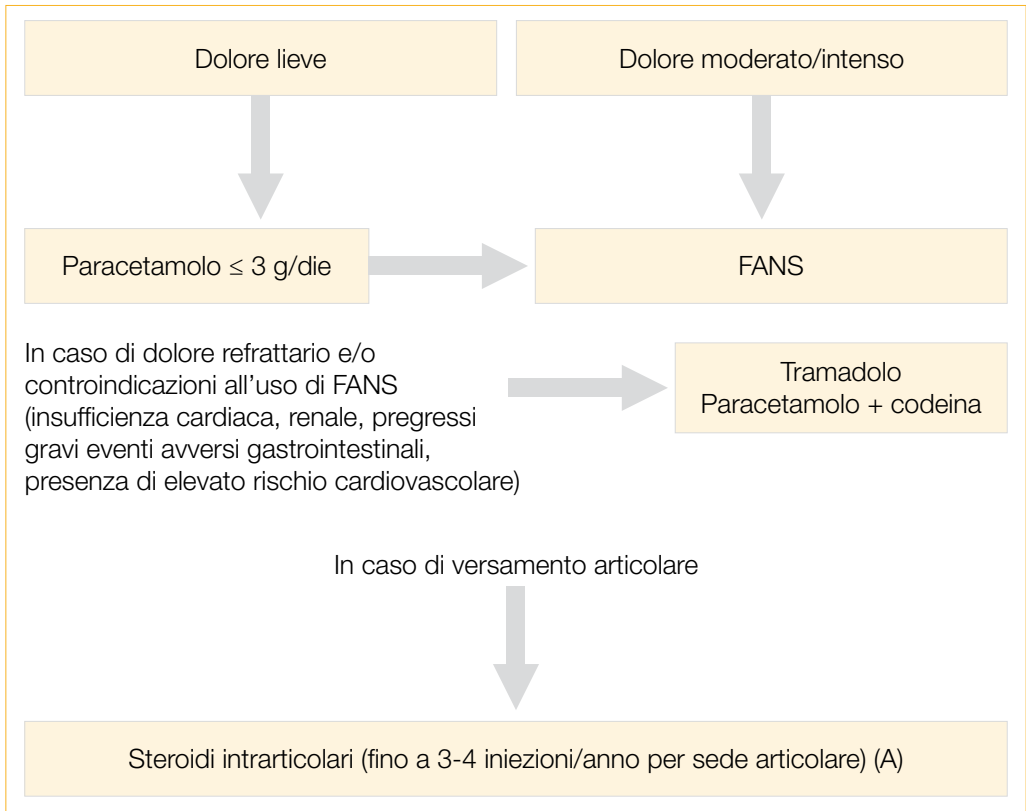
Un uso eccessivo di antinfiammatori (non dimentichiamo i numerosi FANS che il paziente può acquistare come farmaci da banco e consumare autonomamente, spesso all'insaputa del medico) espone il paziente artrosico, spesso anziano con pluripatologie e terapie molto complesse, a rischi non controbilanciati dall'efficacia clinica.

In caso di dolore refrattario (Fig. 3), di controindicazioni o di eccessivi rischi di interazione con altre terapie (anticoagulanti orali, antiaggreganti, inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina [ACE-inibitori] ecc.), è indicato il ricorso ad analgesici più potenti (tramadolo, associazione di paracetamolo e codeina o di paracetamolo e basse dosi di ossicodone). Una linea di azione che si va sempre più affermando, soprattutto in casi con dolore che non risponde al trattamento in pazienti non suscettibili di terapia chirurgica, è il ricorso ad analgesici oppiacei.

Qualche studio metodologicamente limitato e senza confronto con farmaci per via sistemica sembra aver dimostrato l'efficacia del trattamento con FANS topici, che possono rappresentare un'opzione terapeutica in caso di dolore lieve. Anche le iniezioni di steroidi intra-articolari sembrano avere un limitato significato sintomatico.

È da sottolineare che l'esercizio fisico e la diminuzione del peso, in caso di sovrappeso, sono assolutamente fondamentali per conservare il più a lungo possibile l'integrità articolare e per far giungere il paziente all'intervento chirurgico nelle migliori condizioni possibili dal punto di vista muscolare, in modo da consentirgli una rapida ripresa di una buona deambulazione.

Purtroppo ricorrere alle terapie non farmacologiche è sicuramente più faticoso e complicato sia per il paziente sia per il medico. La Tabella II ri-

**FIGURA 3.**

Terapia sintomatica dell'artrosi.

TABELLA II

Provvedimenti non farmacologici.

Abitudini di vita

Esercizio fisico (rinforzo del muscolo quadricipite)	(A)
Controllo del peso corporeo	(A)

Educazione del paziente

Taping patellare (OA femoro-rotulea)	(A)
---	-----

Strategie di protezione articolare

Solette valgizzanti (nel ginocchio varo)	(A)
Ortesi di ginocchio varizzanti o valgizzanti	(B)
<i>Splint</i> di posizione (rizoartrosi)	(A)

Nella parentesi è riportata la forza della raccomandazione in base al livello di evidenza.

porta i provvedimenti non farmacologici che devono comunque sempre accompagnare la prescrizione di un farmaco.

Nei casi (di gonartrosi) parzialmente refrattari alla terapia farmacologica o nei quali l'uso dei farmaci sia controindicato, può essere raccomandato il ricorso a:

- agopuntura (A);
- campi magnetici pulsati (A);
- stimolazioni elettriche transcutanee (TENS) (A).

Terapia di fondo nell'artrosi

Gli obiettivi della terapia di fondo sono i seguenti:

- ridurre il consumo di antinfiammatori;
- rallentare la progressione della malattia.

Farmaci di fondo antiartrosici di provata efficacia

Non esiste una terapia di fondo che abbia dimostrato senza dubbio di essere capace di rallentare la progressione della malattia. In alcuni trial clinici randomizzati e controllati è stata dimostrata l'efficacia di alcuni farmaci sia sui sintomi sia sulla progressione dell'artrosi. Resta da chiarire quale sia la rilevanza clinica di tali risultati, vista anche la scarsa qualità degli studi, il loro numero limitato e la mancanza di conferme:

- condroitinsolfato (A);
- diacereina (A);
- glucosamina solfato (A);
- acido ialuronico intrarticolare (A).

Indicazioni al trattamento chirurgico sono il dolore refrattario al trattamento medico e la disabilità significativa nelle ADL (*Activities of Daily Living*).

LA GESTIONE DEL PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DA PARTE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE E DELLO SPECIALISTA: CRITERI DI PRIORITÀ

Il medico di medicina generale (MMG) è il primo professionista cui si rivolge un paziente con dolore artrosico. Egli deve condurre il percorso diagnostico-terapeutico impostando i primi accertamenti diagnostici e la terapia sintomatica. La storia naturale dell'artrosi è lunga, e il MMG, all'inizio, può condurre il trattamento anche da solo, informando adeguatamente il paziente e cercando di orientarlo verso l'adozione di provvedimenti comportamentali (perdere peso se necessario, attività fisica), in collaborazione con l'infermiere e il fisioterapista.

Quando poi diventa necessaria la consulenza specialistica, il MMG deve orientare la scelta evitando le peregrinazioni tra ortopedici e fisiatri alle quali siamo abituati: in una fase iniziale, soprattutto in caso di dubbi diagnostici, dovrà essere consultato lo specialista reumatologo, eventualmente affiancato dal fisiatra, mentre l'ortopedico dovrà intervenire quando l'indicazione alla terapia chirurgica sarà ormai inevitabile.

LE CRITICITÀ DI PERCORSO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE, DEL REUMATOLOGO, DEL PAZIENTE

Criticità del medico di medicina generale

- Le competenze del MMG nell'assistenza al suo paziente con problematiche legate all'artrosi devono essere le più complete e aggiornate. Infatti, la prevalenza e la natura dei disturbi (che sono da considerare spesso più come condizioni cliniche facenti parte del naturale processo di invecchiamento che come patologie vere e proprie) fanno sì che il MMG sia quasi sempre colui che inizia, gestisce e completa il percorso assistenziale.
- La diagnosi di artrosi pone gravi problemi nosologici: si tratta spesso di diagnosi poste in seguito a Rx del rachide che dimostrano alterazioni artrosiche, quasi mai in relazione con i problemi clinici del paziente. La presenza di becchi artrosici non giustifica quasi mai una cervicalgia o una lombalgia, eppure ancora la diagnosi riportata in questi casi è molto spesso quella di "artrosi". Tutto questo comporta grossolani errori epidemiologici, ma anche disinformazione e, quindi, cattivo trattamento, del paziente. È sicuramente necessario uno sforzo formativo della Medicina Generale in questa direzione. Per questo motivo la trattazione si è limitata alle sedi del processo artrosico clinicamente più importanti (ginocchio, anca, mano).
- Lo specialista di riferimento è spesso l'ortopedico, che invece dovrebbe intervenire solo quando è necessaria una valutazione chirurgica.
- La scelta di eventuali consulenze nelle varie fasi di sviluppo del processo degenerativo dipende da molti fattori e frequentemente è influenzata dallo stesso paziente, attraverso sue conoscenze personali: il MMG deve essere sufficientemente autorevole e collaborativo da condurre nella direzione giusta il suo assistito.
- La scelta del farmaco sintomatico è frequentemente critica: devono essere considerate interazioni farmacologiche e pluripatologie. Il MMG può, in funzione delle caratteristiche del paziente, esplorare anche le automedicazioni.

Criticità del reumatologo

- Il reumatologo deve svolgere un'importante attività di consulenza per il MMG, in condizioni particolari, a sua richiesta e l'invio non deve mai essere considerato una presa in carico specialistica, data la natura "benigna" dell'affezione. Deve ricevere informazioni esaurienti sul quadro clinico del paziente e fornire consulenze aggiornate e utili al percorso assistenziale.

Criticità del paziente

- Solo se MMG e specialista riusciranno a comunicare efficacemente il paziente si sentirà sufficientemente supportato e seguirà le prescrizioni.
- La *compliance* alla terapia farmacologica è critica, visti i problemi dell'uso dei FANS: è assolutamente necessario che il paziente sia adeguatamente informato sulla malattia e sulle possibilità di cura, sugli effetti collaterali, sui rischi dell'automedicazione.
- La scelta dello specialista è altrettanto critica, per cui il paziente va supportato e consigliato al meglio nelle varie fasi del percorso assistenziale.
- È molto difficile convincere il paziente dell'importanza di dimagrire e fare attività fisica rispetto all'assunzione di farmaci: questi obiettivi potranno essere raggiunti solo se il paziente si sentirà responsabilizzato nel processo di cura e seguito dal curante e da eventuali specialisti che, in accordo fra loro, si prendano cura della sua salute.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

Altman RD. *Classification of disease: osteoarthritis*. Semin Arthritis Rheum 1991;20(Suppl.2):40-7.

Ayral X. *Injections in the treatment of osteoarthritis*. Best Pract Res Clin Rheumatol 2001;15:609-26.

Bellamy N, Campbell J, Robinson V, Gee T, Bourne R, Wells G. *Viscosupplementation for the treatment of osteoarthritis of the knee*. Cochrane Database Syst Rev 2006;2:CD005321.

Berggren M, Joost-Davidsson A, Lindstrand J, Nylander G, Povlsen B. *Reduction in the need for operation after conservative treatment of osteoarthritis of the first carpometacarpal joint: a seven year prospective study*. Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg 2001;35:415-7.

Berman BM, Singh BB, Lao L, Langenberg P, Li H, Hadhazy V, et al. *A randomized trial of acupuncture as an adjunctive therapy in osteoarthritis of the knee*. Rheumatology (Oxford) 1999;38:346-54.

Bucsi L, Poor G. *Efficacy and tolerability of oral chondroitin sulphate as a symptomatic slow-acting (SYSADOA) in the treatment of knee osteoarthritis*. Osteoarthritis Cart 1998;6(Suppl.):31-6.

Christensen BV, Iu IU, Vilbek H, Bulow HH, Dreijer NC, Rasmussen HF. *Acupuncture treatment of severe knee osteoarthrosis. A long-term study*. Acta Anaesthesiol Scand 1992;36:519-25.

Cushnaghan J, McCarthy C, Dieppe P. *Taping the patella medially: a new treatment for osteoarthritis of the knee joint?* BMJ 1994;308:753-5.

Dougados M, Nguyen M, Berdah L, Mazieres B, Vignon E, Lequesne M. *Evaluation of the structure-modifying effects of diacerein in hip osteoarthritis: ECHODIAH, a three-year, placebo-controlled trial. Evaluation of the Chondromodulating Effect of Diacerein in OA of the Hip*. Arthritis Rheum 2001;44:2539-47.

Ettinger WH Jr, Fried LP, Harris T, Shemanski L, Schulz R, Robbins J. *Self-reported causes of physical disability in older people: the Cardiovascular Health Study*. CHS Collaborative Research Group. J Am Geriatr Soc 1994;42:1035-44.

Ettinger WH, Burns R, Messier SP, Applegate W, Rejeski WJ, Morgan T, et al. *A randomized trial comparing aerobic exercise and resistance exercise with a health education program in older adults with knee osteoarthritis. The Fitness Arthritis and Seniors Trial (FAST)*. JAMA 1997;277:25-31.

Felson DT, Anderson JJ, Naimark A, Walker AM, Meenan RF. *Obesity and knee osteoarthritis. The Framingham Study*. Ann Intern Med 1988;109:18-24.

Felson DT, Zhang Y, Anthony JM, Naimark A, Anderson JJ. *Weight loss reduces the risk for symptomatic knee osteoarthritis in women. The Framingham Study*. Ann Intern Med 1992;116:535-9.

Gaw AC, Chang LW, Shaw L-C. *Efficacy of acupuncture on osteoarthritic pain. A controlled, double-blind study.* N Engl J Med 1975;293:375-8.

Hulme J, Robinson V, DeBie R, Wells G, Judd M, Tugwell P. *Electromagnetic fields for the treatment of osteoarthritis.* Cochrane Database Syst Rev 2002;1:CD003523.

Kirkley A, Webster-Bogaert S, Litchfield R, Amendola A, MacDonald S, McCalden R, et al. *The effect of bracing on varus gonarthrosis.* J Bone Joint Surg Am 1999;81:539-48.

Malaise M, Marcolongo R, Uebelhart D, Vignon E. *Efficacy and tolerability of 800 mg oral Chondroitin 4&6 Sulphate in the treatment of knee osteoarthritis: a randomised, double-blind, multicentre study versus placebo.* Litera Rheumatologica 1998;24:31-43.

Mannoni A, Briganti MP, Di Bari M, Ferrucci L, Costanzo S, Serni U, et al. *The epidemiological profile of symptomatic osteoarthritis in older adults: a population-based study in Dicomano, Italy.* Ann Rheum Dis 2003;62:576-8.

Matsuno H, Kadowaki KM, Tsuji H. *Generation II knee bracing for severe medial compartment osteoarthritis of the knee.* Arch Phys Med Rehabil 1997;78:745-9.

Mazieres B, Combe B, Phan Van A, Tondut J, Grynfeldt M. *Chondroitin sulfate in osteoarthritis of the knee: a prospective, double blind, placebo controlled multi-center clinical study.* J Rheumatol 2001;28:173-81.

Osiri M, Welch V, Brosseau L, Shea B, McGowan J, Tugwell P, et al. *Transcutaneous electrical nerve stimulation for knee osteoarthritis.* Cochrane Database Syst Rev 2000;4:CD002823.

Pavelka K, Gatterova J, Olejarova M, Machacek S, Giacovelli G, Rovati LC. *Glucosamine sulfate use and delay of progression of knee osteoarthritis.* Arch Intern Med 2002;162:2113-23.

Pelletier JP, Yaron M, Haraoui B, Cohen P, Nahir MA, Choquette D, et al. *Efficacy and safety of diacerein in osteoarthritis of the knee: a double-blind, placebo-controlled trial. The Diacerein Study Group.* Arthritis Rheum 2000;43:2339-48.

Penninx BW, Messier SP, Rejeski WJ, Williamson JD, DiBari M, Cavazzini C, et al. *Physical exercise and the prevention of disability in activities of daily living in older persons with osteoarthritis.* Arch Intern Med 2001;161:2309-16.

Pipitone N, Scott DL. *Magnetic pulse treatment for knee osteoarthritis: a randomised, double-blind, placebo-controlled study.* Curr Med Res Opin 2001;17:190-6.

Reginster JY, Deroisy R, Rovati LC, Lee RL, Lejeune E, Bruyere O, et al. *Long-term effects of glucosamine sulphate on osteoarthritis progression: a randomised, placebo-controlled clinical trial.* Lancet 2001;357:251-6.

Shekell PG, Woolf SH, Eccles M. *Developing guidelines.* Br Med J 1999;318:593-6.

Spector TD, Hart DJ, Doyle DV. *Incidence and progression of osteoarthritis in*

women with unilateral knee disease in the general population: the effect of obesity. *Ann Rheum Dis* 1994;53:565-8.

Takeda W, Wessel J. *Acupuncture for the treatment of pain of osteoarthritic knees. Arthritis Care Res* 1994;7:118-22.

Toda Y, Segal N, Kato A, Yamamoto S, Irie M. *Effect of a novel insole on the subtalar joint of patients with medial compartment osteoarthritis of the knee. J Rheumatol* 2001;28:2705-10.

Toda Y, Segal N. *Usefulness of an insole with subtalar strapping for analgesia in patients with medial compartment osteoarthritis of the knee. Arthritis Care Res* 2002;47:468-73.

Finito di stampare nel mese di Gennaio 2008
presso le Industrie Grafiche della Pacini Editore S.p.A.
Via A. Gherardesca • 56121 Ospedaletto • Pisa
Telefono 050 313011 • Telefax 050 3130300
www.pacinimedicina.it

