

Dolore osteoarticolare

Il dolore osteoarticolare: indicazioni alla pratica clinica. Il punto di vista del medico di medicina generale

Antonella Toselli

Medico di Medicina Generale, SIMG

Il dolore osteoarticolare può essere acuto, generalmente da causa conosciuta, o cronico (con durata > 3 mesi), che può avere una causa sconosciuta. Il dolore presente a riposo, spesso accompagnato da rigidità mattutina, è tipicamente un dolore di tipo infiammatorio e ci orienta verso una diagnosi di artrite; il dolore indotto dal movimento e che migliora con il riposo è di solito di origine degenerativa ed è espressione di una patologia artrosica; il dolore cronico, presente ovunque e associato ad abnorme dolorabilità alla palpazione può avere un'origine funzionale e può orientare verso la diagnosi di fibromialgia.

Le malattie osteoarticolari rappresentano il secondo motivo di consulenza in Medicina Generale dopo quelle respiratorie, secondo i dati di Health Search (2009). In Italia, quasi un cittadino su quattro soffre di dolore cronico, con una durata media di 7 anni: in effetti, secondo i dati Istat del 2010 circa 13 milioni di abitanti (con una prevalenza del 21,7%) soffrono di dolore cronico. Secondo una ricerca canadese, il medico di medicina generale (MMG) visita ogni anno 1/4 dei suoi assistiti per disturbi muscolo-scheletrici e nel 73% dei casi

il paziente continua a essere seguito dal MMG senza essere inviato allo specialista¹. In uno studio italiano condotto nelle Marche, 16 MMG hanno rilevato una prevalenza del 27,6% di patologie muscolo-scheletriche su 3.664 pazienti consecutivi². Il 41% dei pazienti con dolore cronico dichiara di non aver ricevuto un adeguato controllo del dolore³.

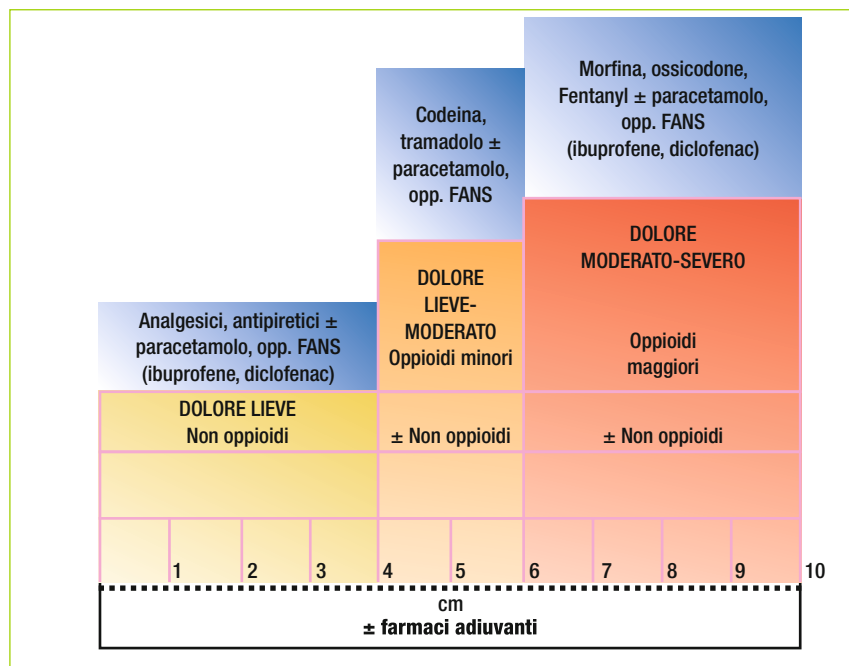
Per quanto riguarda i compiti del MMG, bisogna tener conto che anche nel caso in cui non si possa modificare in modo sostanziale la storia naturale della malattia, si possono comunque perseguire alcuni obiettivi, quali ridurre il dolore, ritardare il peggioramento della malattia nel tempo, ridurre la disabilità, migliorare la qualità di vita e raggiungere un equilibrio tra le aspettative del paziente e le strategie terapeutiche. Esistono varie tipologie di pazienti con dolore cronico: alcuni vanno sempre dallo specialista (per lo più un ortopedico), altri continuano a cambiare specialista perché non trovano soluzioni, altri sono grandi frequentatori dello studio medico a causa del dolore, altri ancora alternano medicina convenzionale e alternativa.

Gli obiettivi da raggiungere, delineati nelle linee di indirizzo dell'Emilia Romagna per il trattamento del dolore in area medica, sono costituiti innanzitutto dalla rilevazione dell'intensità del dolore tramite l'utilizzo di scale validate; in secondo luogo dal trattamento del dolore attraverso l'adozione di protocolli terapeutici basati sull'evi-

denza; infine, dalla promozione di percorsi di integrazione ospedale-territorio. Nella gestione diretta del paziente, oltre all'intensità del dolore tramite apposite scale visive, la cui rilevazione è importante anche per la terapia, devono essere individuati l'esordio del dolore (quando e come è iniziato), la sede e la descrizione qualitativa, i fattori che lo aggravano o lo alleviano, il tipo di farmaci utilizzati anche come automedicazione. La scelta della terapia dipende innanzitutto dalla gravità del dolore, che secondo la scala dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) viene distinto in lieve, lieve-moderato e moderato-severo (Fig. 1). Un altro aspetto importante del lavoro del MMG nei pazienti con dolore osteoarticolare è l'analisi e il controllo delle terapie proposte da altri medici, come FANS e coxib, paracetamolo e oppioidi, acido ialuronico e cortisone per via intra-articolare, miorilassanti e FANS topici. L'invio del paziente allo specialista (ortopedico, fisiatra, reumatologo, algologo, ecc.) è indicato in caso di dolore cronico senza diagnosi di malattia causale, insuccesso della terapia, monitoraggio e condivisione delle strategie terapeutiche, presenza di segni clinici di dolore cronico che diventa "malattia". Gli interventi psicologici (psicoterapia; biofeedback; training autogeno; colloqui di supporto al paziente e ai familiari; gruppi di gestione del dolore, stress e depressione) possono rivelarsi molto utili. Per la gestione del paziente

FIGURA 1.

La terapia: scala OMS.



con dolore esiste la scheda informatizzata "Pain", che contiene tutta una serie di indicazioni che ci possono aiutare a rilevare le caratteristiche del dolore e il suo andamento nel tempo (Fig. 2).

Nel caso di una sospetta patologia infiammatoria (artrite) è indicato l'invio precoce al reumatologo per valutare lo stadio di malattia, i fattori prognostici e la terapia indicata; è importante conoscere gli effetti collaterali dei farmaci utilizzati e valutare l'andamento della malattia, anche perché spesso si tratta di soggetti relativamente giovani. Per ridurre il processo infiammatorio abbiamo a disposizione 4 classi di farmaci: FANS, COXIB, cortisonici e DMARDs. I FANS sono un'importante causa di mortalità e rappresentano il motivo di ricovero più comune per eventi avversi⁴. I FANS, infatti, hanno effetti deleteri su tutti i sistemi di difesa gastroduodenale; le lesioni da FANS compaiono generalmente durante i primi 2 mesi di trattamento, anche se il rischio è già presente fin dalle prime assunzioni⁴. Tra i fattori che aumentano la probabilità di un effetto gastrolesivo da FANS vi sono la co-somministrazione di ASA anche a basse dosi, l'assunzione contemporanea di più FANS, un'anamnesi

positiva per ulcera peptica, l'uso di anticoagulanti orali o corticosteroidi, la positività per *H. pylori*, il fumo, l'alcool, lo stress, l'età. Negli ultimi anni è emersa anche l'enteropatia da FANS, che può manifestarsi con dolore, microsanguiamenti, anemia e sindrome proteino-disperdente.

Gli inibitori della COX-2 hanno un'efficacia simile ai FANS tradizionali, con un rischio più basso di complicanze gastroduodenali, peraltro simile a quello che si può ottenere associando a un FANS un inibitore di pompa. Nel dolore di tipo infiammatorio i cortisonici rappresentano un presidio importante, in quanto dimostrano "effetti modificanti la malattia" anche a basso dosaggio e, in associazione ai DMARDs, possono essere utili per ridurre rapidamente l'attività della malattia e migliorare la prognosi.

Nella patologia artrosica è necessario rompere l'automatismo artrosi-terapia sintomatica. In questo caso, poiché si tratta di una popolazione generalmente anziana, non va sottovalutato il grado di disabilità, ansia e depressione. È utile impostare anche altre strategie importanti, come controllare il peso corporeo, far svolgere attività fisica, evitare posture improprie, ridurre sforzi e traumi meccanici durante l'attività lavorativa. Le sedi articolari più colpite sono la colonna lombare (33%), la colonna cervicale (30%), il ginocchio (27%), l'anca (25%), il rachide in toto (24%). Il trattamento non farmacologico consiste nell'educazione e nel supporto psicologico, nella chinesioterapia (con potenziamento muscolare e allenamento aerobico, soprattutto per anca e ginoc-

FIGURA 2.

Scheda Pain Millewin.

PAIN

Durata del dolore:
Da quanto tempo? N° di: ☐ Giorni ☐ Settimane ☐ Mesi ☐ Anni ☐ Non valutabile

E' la prima volta che ha avvertito il dolore in questa sede: ☐ Sì ☐ No

Ha assunto in modo autonomo farmaci per questo dolore: ☐ Sì ☐ No

Con periodi di remissione completa senza l'assunzione di farmaci? ☐ Sì ☐ No

Tipologia:
Localizzato: ☐ Sì ☐ No Irradiato neurologico: ☐ Sì ☐ No

Frequenza:
Pochissime volte (<= 3): ☐ al dì ☐ alla settimana ☐ al mese ☐ all'anno ☐ continuo
Più volte (> 3): ☐ al dì ☐ alla settimana ☐ al mese ☐ all'anno ☐ non valutabile

Tipo di dolore:
☐ Nocicettivo somatico ☐ Sindrome mista
☐ Nocicettivo viscerale ☐ Non classificabile
☐ Neuropatico

Dolore Episodico:
Incidente: ☐ Sì ☐ No

Massima intensità algica:
☐ Mattino ☐ Pomeriggio / Sera
☐ Notte ☐ Senza Variazioni

Intensità del dolore:
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tollerabilità:
☐ Molto tollerabile
☐ Tollerabile
☐ Poco tollerabile
☐ Insopportabile

Problemi a svolgere le attività quotidiane:
☐ Nessuno
☐ Pochi
☐ Qualche volta
☐ Molti
☐ Da non riuscire a fare niente

Giudizio globale sul dolore nel periodo intercorso dall'ultimo controllo:
☐ Risolto ☒ Deceduto
☐ Migliorato ☐ Stazionario
☐ Peggiorato ☐ Non valutabile
☐ Trasferto

☐ Chiusura indagine

chio), nell'intervento di uno specialista di riferimento (fisiatra, ortopedico); non vi sono dati sicuri in letteratura per la terapia fisica (ultrasuoni, TENS, Radar, ionoforesi), ma la scelta va negoziata con il paziente. Per quanto riguarda la terapia farmacologica, secondo le linee guida 2012 dell'*American College of Rheumatology*, il paracetamolo è il farmaco di prima scelta nella coxo- e gonartrosi, anche perché ha un buon rapporto costo-beneficio, importante soprattutto nel trattamento del dolore lieve; in caso di dolore moderato-severo è più opportuno utilizzare un FANS. Va tenuto presente che il paracetamolo è un ottimo antipiretico e un buon antidolorifico, ma ha uno scarso effetto antiflogistico; per avere un'efficace attività antiflogistica è necessaria l'inibizione della COX-2. Gli inibitori selettivi della COX-2 producono minori effetti indesiderati gastrointestinali rispetto ai farmaci non selettivi più vecchi. Bisogna tuttavia considerare che gli inibitori della COX-2 hanno un effetto protrombotico e quindi sono controindicati nei pazienti con cardiopatia ischemica o ictus. Alcuni effetti collaterali, come la ritenzione idrica, l'aumento della pressione arteriosa e i problemi renali sono comuni sia ai FANS che ai COXIB. Nella gestione del dolore va tenuta presente l'età del paziente: la prevalenza dell'artrosi nell'anziano è del 25-50% e nei soggetti ospedalizzati varia dal 45 a oltre l'80%; tra l'altro, la popolazione anziana residente in struttura è quella più a rischio di ricevere un inadeguato trattamento del dolore. Gli anziani sono meno consapevoli delle strategie per alleviare il dolore e hanno maggiore timore di aggiungere analgesici alle terapie già in atto. Inoltre occorre ricordare che, contrariamente a quanto alcuni pensano, non esiste una riduzione della percezione e dell'intensità del dolore con l'avanzare dell'età. La legge 38/2010 ci impone di tutelare il diritto del cittadino ad accedere alla terapia del dolore e alle cure palliative. In conclusione, nella gestione farmacologica dell'artrosi, se si utilizzano i FANS e i COXIB va sempre valutato il rischio individuale del singolo paziente, sia per quanto riguarda l'apparato gastrointestinale che per quello cardiovascolare e renale. Nella terapia cronica è opportuno tenere

in considerazione i COXIB, gli oppioidi e il paracetamolo. Oppioidi e analgesici sono fortemente raccomandati nei pazienti con controindicazioni all'artroplastica totale dopo il fallimento della terapia medica. Se il paziente non risponde adeguatamente alla terapia iniziale, possono essere raccomandate le iniezioni intra-articolari di acido ialuronico. La terapia deve essere comunque personalizzata, valutando attentamente il rapporto rischio-beneficio nel singolo paziente.

Bibliografia

- 1 Flook NW. *Primary care physicians and musculoskeletal disorders--the challenges increase*. J Rheumatol 2006;33:4-5.
- 2 Salaffi F, De Angelis R, Grassi W; MArche Pain Prevalence; INvestigation Group (MAPPING) study. *Prevalence of musculoskeletal conditions in an Italian population sample: results of a regional community-based study. I. The MAPPING study*. Clin Exp Rheumatol 2005;23:819-28.
- 3 Breivik H, Collett B, Ventafridda V, et al. *Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment*. Eur J Pain 2006;10:287-333.
- 4 Grattagliano I, Ubaldi E. *Il danno gastrointestinale da farmaci antinfiammatori non steroidei: fisiopatologia e valutazione*. Rivista SIMG 2012;(1):88-95.

Il dolore osteoarticolare: indicazioni alla pratica clinica. Il punto di vista dello specialista

Stefano Stisi

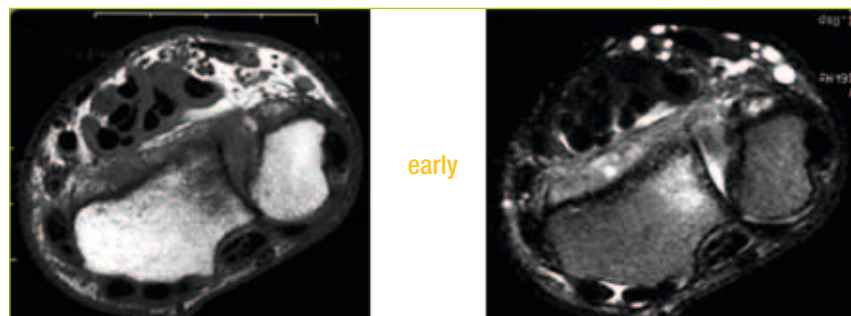
SSD Reumatologia, Azienda Ospedaliera "Gaetano Rummo", Benevento

Le malattie reumatiche costituiscono un gruppo eterogeneo di circa 200 patologie. La diagnosi deve partire da una corretta anamnesi, basata soprattutto sulla tipologia del dolore: pensiamo alle differenze tra un dolore infiammatorio, che in genere è presente al mattino al risveglio ed è accompagnato da rigidità, e il dolore meccanico tipico dell'artrosi, che si manifesta dopo un'attività fisica. Un accurato esame obiettivo è anch'esso fondamentale, in quanto la palpazione dell'articolazione interessata, oltre alla presenza dei segni di infiammazione, ci consente di misurare il dolore evocato

dal movimento. Tuttavia, al di là dell'anamnesi e dell'esame obiettivo, non possiamo prescindere da due gruppi di metodiche diagnostiche, quelle di imaging e quelle di laboratorio. La possibilità diagnostica dell'imaging è enorme, spaziando dalla radiologia convenzionale alla TAC, alla RMN, all'ecografia, alla scintigrafia, alla densitometria ossea, alla videocapillaroscopia. Nello stesso quadro clinico possiamo utilizzare metodiche strumentali diverse, a seconda dell'aspetto che vogliamo evidenziare. Per esempio, una cartilagine articolare interessata da una sinovite passa attraverso varie fasi, in cui il quadro infiammatorio che interessa la membrana sinoviale fa sì che progressivamente essa invada, sotto forma di "panno", la cartilagine e l'osso subcondrale e lentamente li eroda, impossessandosi dello spazio articolare fino a chiuderlo completamente determinando un'anchilosi. Al fine di fare una diagnosi precoce bisogna cogliere le fasi iniziali della patologia, in cui il versamento articolare, l'ipertrofia sinoviale e l'osteoporosi iuxta-articolare sono le caratteristiche principali che devono essere individuate, attraverso metodiche di imaging sensibili e altamente specifiche. La radiografia e la TAC non riescono a cogliere le fasi iniziali, se non quando siano già presenti delle zone di erosione ossea o vi siano alterazioni tipiche delle fasi ancora più avanzate della malattia, in cui le lesioni sono ormai irreversibili. L'ecopowerdoppler riesce invece a individuare fasi più precoci di malattia, evidenziando un versamento articolare anche modesto e, con il powerdoppler, eventuali segni di infiammazione locale, come ad esempio una tenovaginite. Per poter cogliere un quadro veramente precoce di patologia la metodica migliore è la RM, che può farci rilevare la presenza di un versamento o di una iperplasia sinoviale, o addirittura un edema della spongiosa, che è il primo segno radiologico di infiammazione (Fig. 3); le capacità diagnostiche della RM possono essere aumentate grazie a mezzi di contrasto che vengono iniettati all'interno dell'articolazione. Con la RM è possibile fare una diagnosi di "early arthritis", che nel caso dell'artrite reumatoide è una sinovite della durata di 3 mesi (oppure, secondo altri, di non oltre 6 mesi) e più genericamente è considerato il periodo che

FIGURA 3.

Edema spongioso (edema midollare o osteite focale, come proposto da Peterfy), altamente predittivo per un'evoluzione erosiva dell'artrite.



in un'artrite precede la comparsa dell'erosione.

Dal punto di vista della diagnostica di laboratorio, è possibile ricercare gli indicatori generici della flogosi (VES, PCR) e gli indicatori specifici dell'autoimmunità (fattore reumatoide, anti-CCP, ANA, ecc.). È importante fare anche un'analisi del liquido sinoviale, per differenziare ad esempio un'artrite da microcristalli da un'artrite reumatoide.

Tra i farmaci a disposizione nel tratta-

to delle patologie articolari infiammatorie, visto il limitato tempo a disposizione, vorrei soffermarmi sull'etoricoxib, che ha indicazioni specifiche e una maneggevolezza tale che lo rende ben gestibile in un ambulatorio di medicina generale. In uno studio clinico controllato^{1,2}, condotto per 12 settimane in pazienti affetti da artrite reumatoide in wash-out da qualsiasi FANS, etoricoxib (90 mg/die) rispetto al naprossene (1000 mg/die) ha ridotto il numero delle articula-

zioni dolenti ($p < 0,001$) (Fig. 4), il numero delle articolazioni edematose ($p = 0,03$) e l'attività della malattia ($p < 0,001$). Anche nella spondilite anchilosante, che colpisce prevalentemente giovani di sesso maschile e fino all'avvento dei farmaci biologici era relativamente resistente alla terapia, l'etoricoxib si è dimostrato più efficace rispetto al naprossene, sia per quanto riguarda il dolore che la risposta globale, tanto da essere uno dei pochi farmaci ad avere l'indicazione per questa patologia³. Nell'artrite gottosa acuta, etoricoxib (120 mg) ha la stessa efficacia dell'indometacina (150 mg) (Fig. 5), con effetti indesiderati nettamente inferiori⁴.

Etoricoxib ha ottenuto di recente l'indicazione per il trattamento a breve termine del dolore acuto associato alla chirurgia dentale. In uno studio clinico che ha valutato il dolore dentale post operatorio confrontando etoricoxib 90 mg una volta al giorno con ibuprofene 600 mg e paracetamolo 600 mg/60 mg, sull'endpoint primario sollievo dal dolore a 6 ore*, etoricoxib 90 mg

* TOPAR6: sollievo totale dal dolore a 6 ore

FIGURA 4.

Etoricoxib ha ridotto il numero di articolazioni dolenti nell'AR.

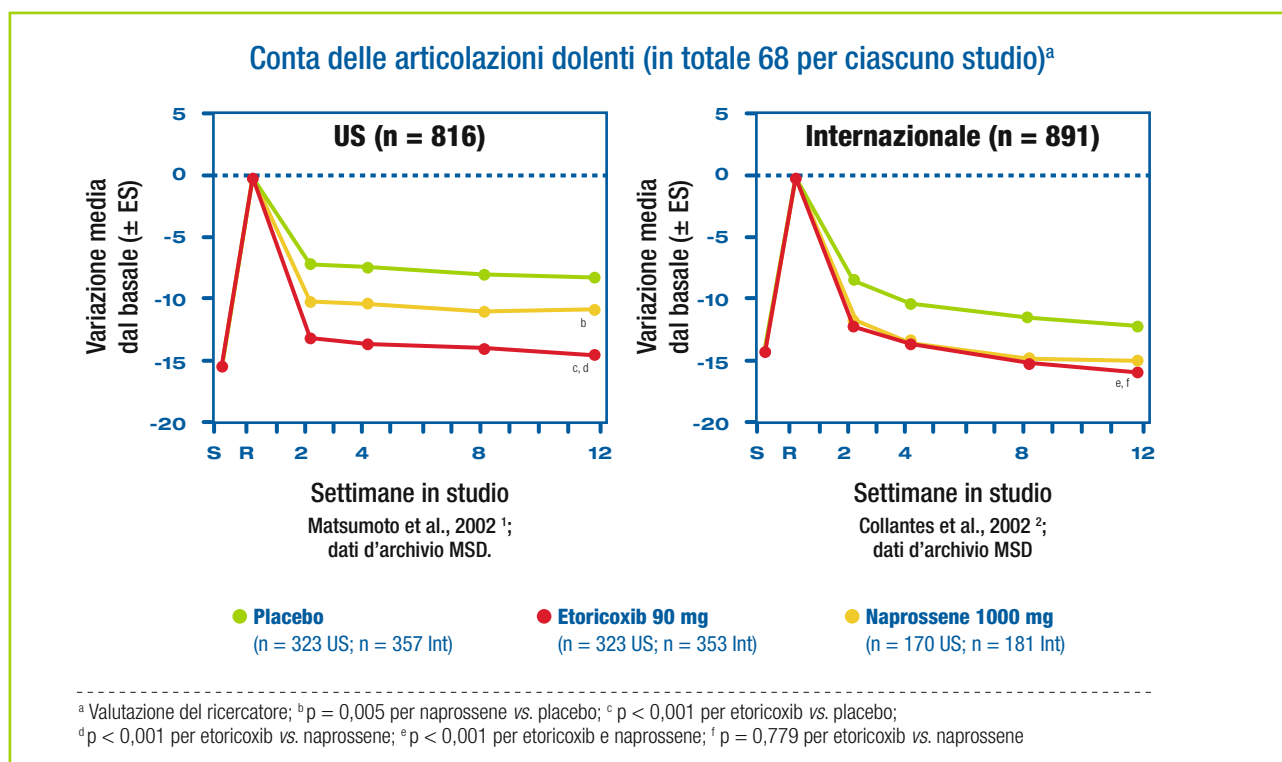
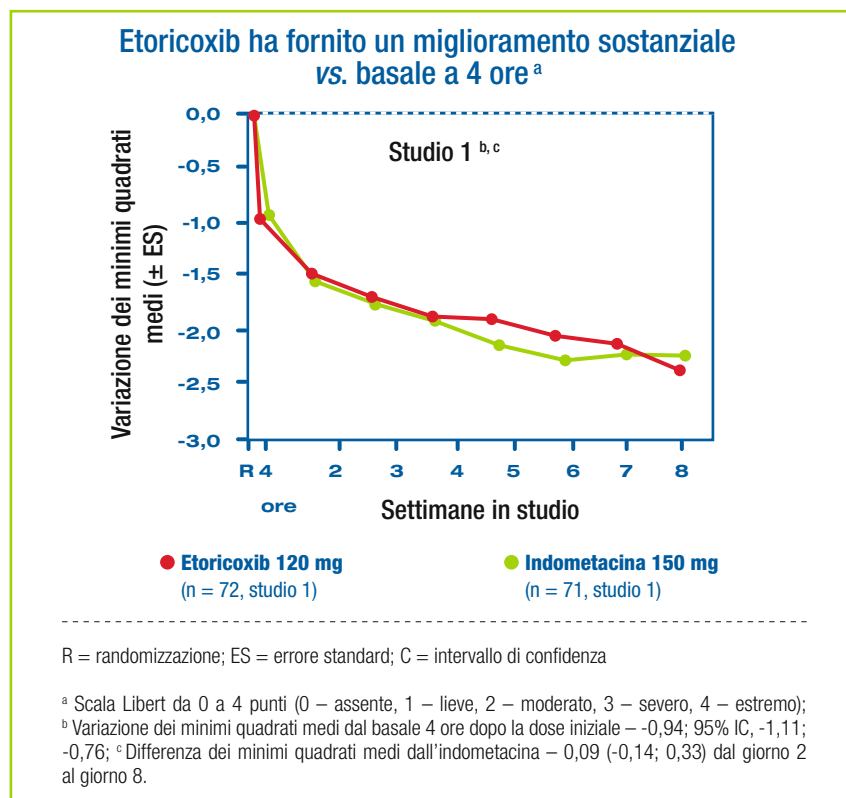


FIGURA 5.

Etoricoxib vs. indometacina nell'artrite gottosa acuta: valutazione del paziente sul dolore ^a (da Schumacher et al., 2002, mod.) ⁴.



ha mostrato potenza antalgica superiore all'associazione paracetamolo e codeina e pari a ibuprofene (Fig. 6, nostro dato).

Per concludere, etoricoxib risulta molto efficace, almeno quanto i farmaci più comunemente utilizzati, come naprossene, ibuprofene o tramadolo.

Bibliografia

- Matsumoto AK, Melian A, Mandel DR, et al. A randomized, controlled, clinical trial of etoricoxib in the treatment of rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 2002;29:1623-30.
- Collantes E, Curtis SP, Lee KW, et al. A multinational randomized, controlled, clinical trial of etoricoxib in the treatment of rheumatoid arthritis. *BMC Fam Pract* 2002;3:10.
- van der Heijde D, Baraf HS, Ramos-Remus C, et al. Evaluation of the efficacy of etoricoxib in ankylosing spondylitis: results of a fifty-two-week, randomized, controlled study. *Arthritis Rheum* 2005;52:1205-15.
- Schumacher HR Jr, Boice JA, Daikh DI, et al. Randomised double blind trial of etoricoxib and indometacin in treatment of acute gouty arthritis. *BMJ* 2002;324:1488-92.
- Etoricoxib – Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto.
- Ibuprofene – Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto.
- Paracetamolo + Codeina – Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto.

FIGURA 6.

Potenza antalgica superiore a paracetamolo + codeina (da RCP dei rispettivi prodotti) ⁵⁻⁷.

