

Qualità di vita in pazienti con osteoartrosi di ginocchio e spalla trattati con infiltrazioni intrarticolari nel setting della Medicina Generale

Quality of life in patients with knee and shoulder osteoarthritis receiving intra-articular injections in the General Practice setting

Cesare Lamanna

SIMG Bari



Conflitto di interessi

L'Autore dichiara nessun conflitto di interessi.

How to cite this article:

Qualità di vita in pazienti con osteoartrosi di ginocchio e spalla trattati con infiltrazioni intrarticolari nel setting della Medicina Generale 33 (02):34-38.

© Copyright by Società Italiana dei Medici di Medicina Generale e delle Cure Primarie.



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

ABSTRACT L'osteoartrosi di ginocchio e spalla è causa rilevante di dolore cronico e disabilità con impatto su autonomia, qualità di vita e consumo di risorse sanitarie. Le infiltrazioni intra-articolari di acido ialuronico e corticosteroidi sono ampiamente utilizzate in ambito specialistico, ma poco descritte nel setting della Medicina Generale. Obiettivo di questo studio osservazionale prospettico è stato quello di valutare l'effetto di cicli di infiltrazioni intra-articolari su dolore, funzionalità e qualità di vita in n=10 pazienti con gonartrosi (acido ialuronico ad alto p.m.) e in n=8 con artrosi scapolo-omerale (metilprednisolone acetato) seguiti in uno studio di Medicina Generale. Le valutazioni sono state eseguite a T0 ed al T1 (1 mese), utilizzando scale validate specifiche: WOMAC, indice di Lequesne e KOOS per il ginocchio, SPADI e UCLA Shoulder Rating Scale per la spalla. Nei pazienti con gonartrosi è stata osservata una riduzione marcata del dolore nel cammino e nel salire/scendere le scale e della rigidità mattutina, con miglioramento della distanza percorribile. Nei pazienti con artrosi di spalla il dolore è migliorato nella maggior parte dei casi, con aumento dei punteggi funzionali, della mobilità attiva e della soddisfazione globale, e riduzione significativa dell'uso di analgesici. Pur con i limiti del piccolo campione e dell'assenza di gruppo di controllo, la terapia infiltrativa intra-articolare in Medicina Generale si è dimostrata praticabile e associata a un miglioramento clinicamente rilevante del dolore, della funzionalità e della qualità di vita in pazienti con artrosi di ginocchio e spalla.

Knee and shoulder osteoarthritis is a significant cause of chronic pain and disability, impacting autonomy, quality of life, and healthcare resource consumption. Intra-articular infiltrations of hyaluronic acid and corticosteroids are widely used in specialist settings, but little described in General Medicine. This prospective observational study aimed to evaluate the effect of cycles of intra-articular infiltrations on pain, function and quality of life in n=10 patients with knee osteoarthritis (high-pm hyaluronic acid) and in n=8 patients with scapular-humeral osteoarthritis (methylprednisolone acetate) followed in a General Medicine office. Assessments were performed at T0 and T1 (1 month), using validated scales: WOMAC, Lequesne index and KOOS for knee, SPADI and UCLA Shoulder Rating Scale for shoulder. In patients with knee arthrosis, a marked reduction in pain when walking and going up/downstairs and in morning stiffness was observed, with improvement in walking distance. In patients with shoulder osteoarthritis, pain improved in most cases, with increased functional scores, active mobility, and overall satisfaction, and significant reduction in the use of analgesics. Despite the limitations of the small sample size and the lack of a control group, experience supports intra-articular infiltrative therapy in the context of General Medicine leading to clinically relevant improvement in pain, function, and quality of life in patients with knee and shoulder osteoarthritis.

Parole chiave/Key words: osteoartrosi; acido ialuronico; corticosteroidi intra-articolari; qualità di vita.

INTRODUZIONE

L'osteoartrosi di ginocchio e spalla rappresenta una delle principali cause di dolore cronico e disabilità nei pazienti seguiti dal MMG, con impatto rilevante su autonomia funzionale, qualità di vita e consumo di risorse sanitarie¹.

Nel contesto delle cure primarie, la gestione di queste condizioni richiede un approccio multimodale

che integri interventi educazionali, riabilitativi, farmacologici e, nei casi selezionati, procedure mininvasive quali le infiltrazioni intra-articolari².

La terapia infiltrativa con acido ialuronico e corticosteroidi, ampiamente utilizzata negli ambulatori specialistici, è potenzialmente trasferibile nel setting della Medicina Generale^{3,4}.

Ciò è possibile a patto che il MMG acquisisca ade-

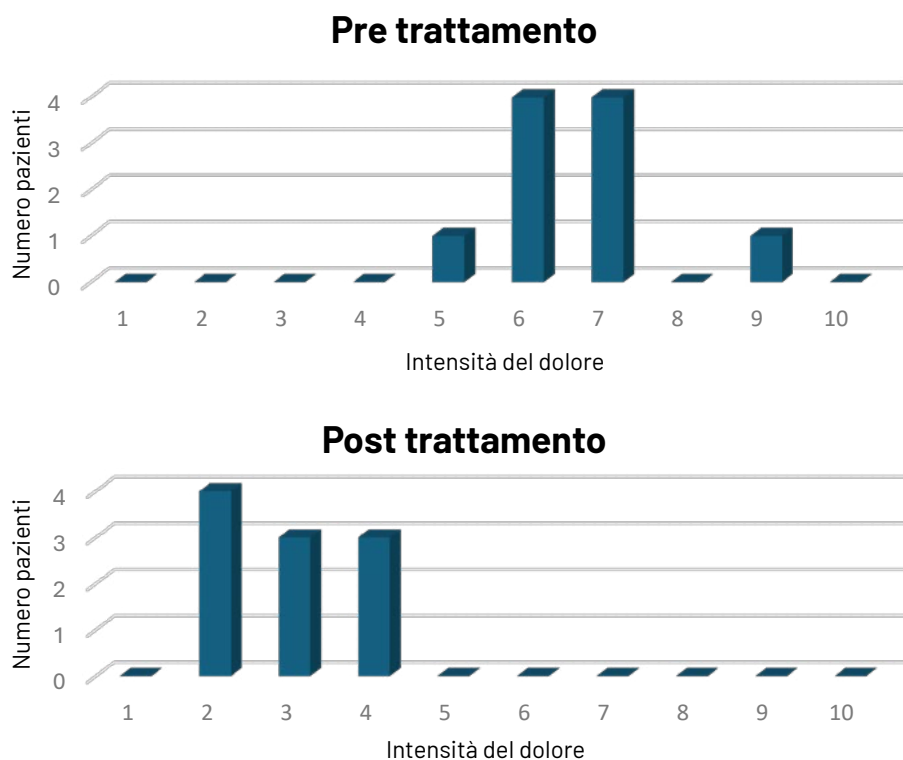


Figura 1 - Intensità del dolore al ginocchio camminando su una superficie piana (scala VAS - WOMAC INDEX) pre-trattamento infiltrativo (n=3 infiltrazioni di acido ialuronico ad alto peso molecolare a distanza di una settimana una dall'altra) e post-trattamento infiltrativo (1 mese dalla conclusione dello stesso)

guate competenze anatomico-tecniche e un corretto inquadramento clinico⁵. Il presente studio osservazionale, condotto in uno studio di Medicina Generale, ha valutato l'impatto di cicli di infiltrazioni intra-articolari su dolore, funzionalità e qualità di vita in pazienti con artrosi di ginocchio e di spalla^{6,7}. Sono state utilizzate scale validate, somministrate prima e dopo il trattamento, per quantificare in modo standardizzato gli esiti riferiti dai pazienti⁸⁻¹².

MATERIALI E METODI

Lo studio è stato svolto tra novembre 2021 e marzo 2022 presso uno studio di Medicina Generale a Castellana Grotte (BA), seguendo le regole della buona pratica clinica². Si tratta di uno studio osservazionale prospettico su due coorti: pazienti con gonartrosi sottoposti a infiltrazioni di acido ialuronico e pazienti con artrosi di spalla trattati con infiltrazioni di corticosteroide depot¹³⁻¹⁵. Per la coorte ginocchio sono stati arruo-

lati n=10 pazienti (5 donne, 5 uomini; età 52-87 anni) con artropatia degenerativa documentata clinicamente e radiologicamente (Rx bacino e arti inferiori sotto carico e proiezioni mirate di ginocchio)¹. Ogni paziente ha eseguito un ciclo di n=3 infiltrazioni a distanza di una settimana l'una dall'altra di acido ialuronico ad alto peso molecolare nel ginocchio affetto, con tecnica a mano libera in approccio antero-laterale a ginocchio flesso^{3,4}. La valutazione clinico-funzionale è stata effettuata al tempo zero (T0, prima del ciclo) e a un mese dal termine (T1), utilizzando le scale WOMAC⁸, indice algofunzionale di Lequesne⁹ e KOOS¹⁰, che hanno valutato dolore, rigidità, performance nelle attività quotidiane e qualità di vita percepita.

Per la coorte spalla sono stati arruolati n=8 pazienti (4 donne, 4 uomini; età 48-85 anni) con artrosi scapolo-omeroale documentata da visita ed imaging (Rx o RMN)⁵. I pazienti hanno ricevuto un ciclo di n=3 infiltrazioni intra-articolari di

metilprednisolone acetato (40 mg/ml) a distanza di una settimana l'una dall'altra, eseguite con approccio posteriore e tecnica a mano libera in posizione seduta, utilizzando come repere il margine inferiore postero-laterale dell'acromion^{6,7}.

La valutazione a T0 e T1 è stata effettuata utilizzando le scale SPADI¹¹ e UCLA Shoulder Rating Scale¹², che hanno valutato dolore, disabilità funzionale, mobilità attiva e soddisfazione globale del paziente.

Per entrambe le coorti è stata raccolta un'anamnesi completa (patologica remota, farmaci in uso, eventuali infiltrazioni precedenti, dati socio-demografici)². Sono stati analizzati gli item ritenuti clinicamente più significativi per il contesto della Medicina Generale: dolore nel cammino, nel salire e scendere le scale, rigidità mattutina, distanza percorribile, autonomia nelle ADL, frequenza del dolore, impatto lavorativo e qualità di vita^{2,5}.

RISULTATI

Ginocchio

Nei pazienti con gonartrosi, confrontando i risultati pre- e post-trattamento, si è osservata una marcata riduzione dell'intensità del dolore nelle principali attività quotidiane già a 1 mese dalla conclusione del ciclo infiltrativo^{13,14}. Il dolore nel cammino su superficie piana, inizialmente con valori elevati nella maggioranza del campione (con l'80% dei pazienti che attribuiva valori tra 6 e 9 su scala 0-10), a T1 risultava inferiore a 4 in tutti i soggetti, con il 40% che riportava un'intensità pari a 2⁸ (Figura 1). In modo analogo, il dolore nel salire e scendere le scale, inizialmente severo (90% con punteggi superiori a 7), dopo le infiltrazioni risultava inferiore a 5 in tutti i pazienti, con un 40% che lo quantificava come 2.

La rigidità mattutina, che a T0 era riferita con valori superiori a 6 nell'80% dei casi, si riduceva a punteggi inferiori a 4 in tutti i pazienti al controllo, con un 40% che indicava valore 2⁹ (Figura 2).

Gli item relativi alle attività quotidiane (piegarsi per raccogliere un oggetto, entrare/uscire dall'auto o da un autobus, svolgere lavori domestici pesanti) mostravano un passaggio da gradi di difficoltà elevati (valori per lo più maggiori o uguali a 7, con una quota di pazienti oltre 9) a punteggi inferiori a 5 per il 100% del campione, con quote significative che riferivano solo difficoltà lievi⁸.

Sul piano funzionale, la distanza massima percorribile migliorava sensibilmente: se al basale il 30% riferiva una capacità di

deambulazione inferiore a 100 metri e un'ulteriore 30% tra 100 e 300 metri, a T1 una quota crescente di pazienti riferiva di poter camminare da 500 a 900 metri o oltre, con il 20% che dichiarava distanza illimitata¹⁰. La frequenza del dolore al ginocchio passava da un pattern quotidiano (70% con dolore almeno una volta al giorno e 30% con dolore costante) a una sintomatologia episodica, con pazienti che riferivano dolore una volta alla settimana o una volta al mese¹³.

Gli item specifici di qualità di vita confermavano un miglioramento globale¹⁰. La maggioranza dei pazienti, che prima pensava al proprio problema articolare quotidianamente o "sempre", dopo il trattamento lo riferiva solo una volta alla settimana o al mese.

La necessità di modificare profondamente lo stile di vita per proteggere il ginocchio si riduceva, con un passaggio da scelte drastiche ("molto" o "completamente") a modifiche più marginali ("poco" o "in parte") (Figura 3).

Anche la percezione di "insicurezza" dell'articolazione e il grado di limitazione globale si riducevano da livelli gravi/estremi a livelli moderati o lievi nella maggior parte dei soggetti¹⁴.

Spalla

Nella coorte con artrosi di spalla, le infiltrazioni di metilprednisolone determinavano una significativa riduzione del dolore percepito e un recupero funzionale rilevante in compiti tipici della vita quotidiana.

Il dolore "nel momento peggiore", inizialmente severo (con il 75% dei pazienti che riportava valori superiori a 8 su scala 0-10), a T1 risultava inferiore a 5 nella stessa quota di pazienti, con un 25% che riferiva valori inferiori a 3 (Figura 4).

Durante gesti come prendere oggetti da uno scaffale alto con il braccio dolente, la maggioranza passava da punteggi 8-9 a valori inferiori a 4, con metà dei pazienti che riferiva un'intensità pari a 2¹¹.

Le difficoltà in attività complesse come lavarsi la schiena o prendere oggetti dalla tasca posteriore, inizialmente classificate prevalentemente con punteggi alti (8-9), si riducevano a valori inferiori a 4 in tutti i casi, con concentrazione di risposte su 2-3. Il giudizio globale sullo stato della spalla, che prima del trattamento era per lo più negativo (valori 2-4 su scala 1-10), dopo il ciclo infiltrativo mostrava una netta polarizzazione verso punteggi elevati: l'87% indicava valori superiori a 7, inclusa una quota che attribuiva 9¹². Il dolore durante

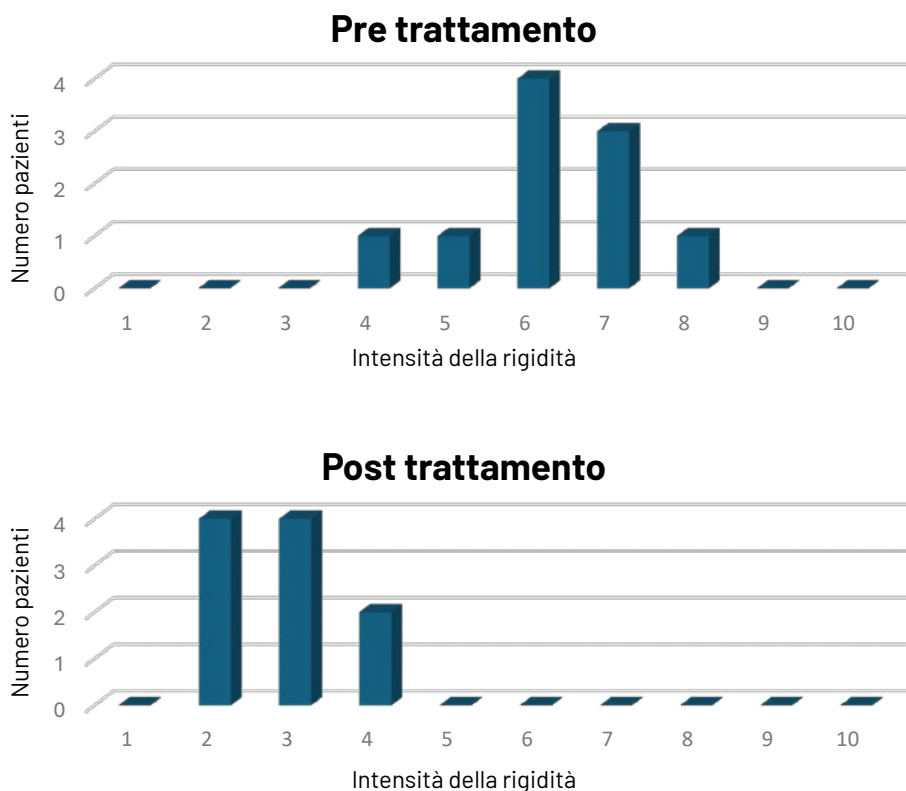


Figura 2 - Grado intensità di rigidità del ginocchio al risveglio mattutino (WOMAC INDEX- intensità da 1 a 10) pre-trattamento infiltrativo (n=3 infiltrazioni di acido ialuronico ad alto peso molecolare a distanza di una settimana una dall'altra) e post-trattamento infiltrativo (1 mese dalla conclusione dello stesso)

le attività di vita quotidiana passava da descrizioni di "dolore molto intenso" o "intenso" nella quasi totalità dei pazienti a una sintomatologia più sfumata, con il 63% che riferiva dolore "leggero" e il restante "moderato"¹¹ (Figura 5).

La frequenza del dolore intenso si riduceva da un pattern quasi quotidiano (tra ogni giorno e diversi giorni alla settimana) a episodi rari o assenti, con metà dei pazienti che riferiva dolore intenso meno di un giorno alla settimana e un quarto che non lo sperimentava più.

L'impatto lavorativo risultava significativamente attenuato: la quota di pazienti incapaci di svolgere il proprio lavoro con la consueta cura per molti giorni alla settimana o tutti i giorni si riduceva, mentre aumentavano i soggetti che riportavano limitazioni solo occasionali (meno di un giorno alla settimana)⁵.

La funzionalità complessiva del braccio

migliorava, passando da uno scenario in cui oltre l'80% riusciva a svolgere solo attività leggere a un quadro in cui molti pazienti erano in grado di effettuare la maggior parte dei lavori domestici, guidare, pettinarsi e vestirsi con limitate restrizioni, con una piccola quota che dichiarava attività pressoché normali. In parallelo, la flessione anteriore attiva passava da valori spesso inferiori a 90° a gradi compresi fra 120° e 150° o superiori, con evidente guadagno di mobilità¹².

Infine, il pattern di ricorso ad analgesici e/o FANS si modificava in senso favorevole: rispetto a un quadro iniziale di dolore costante (spesso insopportabile) con frequente necessità di farmaci, dopo il ciclo infiltrativo la metà dei pazienti riferiva dolore solo con attività pesanti e uso sporadico di FANS, un 37.5% dolore occasionale e lieve, e un paziente assenza di dolore^{5,15}.

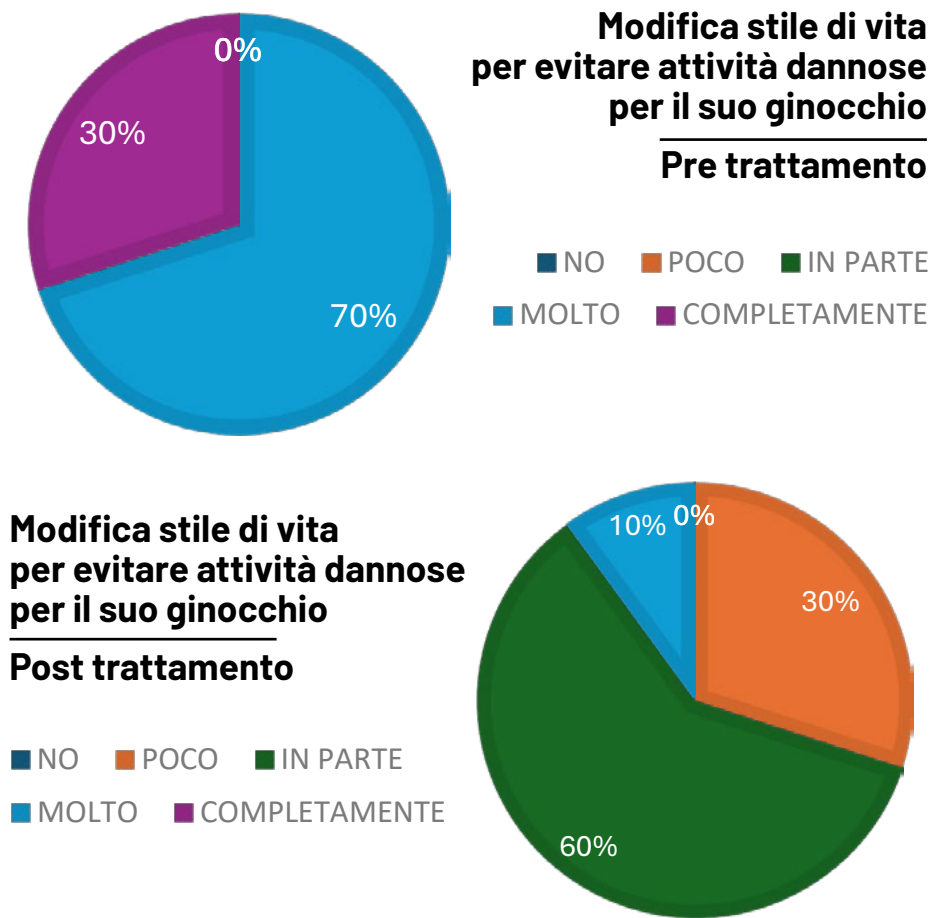


Figura 3 - Qualità della vita in relazione al dolore al ginocchio, focus sulle modifiche allo stile di vita attuate dal paziente (questionario KOOS) pre-trattamento infiltrativo (n=3 infiltrazioni di acido ialuronico ad alto peso molecolare a distanza di una settimana una dall'altra) e post-trattamento infiltrativo (1 mese dalla conclusione dello stesso).

CONCLUSIONI

L'esperienza descritta mostra come la terapia infiltrativa intra-articolare con acido ialuronico per il ginocchio e corticosteroidi depot per la spalla, eseguita nel setting della Medicina Generale da un medico adeguatamente formato, possa determinare un miglioramento clinicamente rilevante del dolore, della funzionalità articolare e della qualità di vita nei pazienti con artrosi di ginocchio e spalla [6]. Nonostante il campione numericamente limitato e l'assenza di gruppo di controllo, la coerenza dei risultati sulle diverse scale validate e sui singoli item legati alle attività quotidiane suggerisce un reale beneficio per il paziente e un possibile ritardo nel ricorso alla chirurgia protesica¹³⁻¹⁵.

La procedura, se eseguita nel rispetto delle indicazioni e delle controindicazioni, appare sostanzialmente sicura e compatibile con l'organizzazione di un ambulatorio di Medicina Generale, con costi contenuti rispetto ai potenziali risparmi in termini di farmacoterapia cronica, accessi specialistici e interventi ospedalieri^{1,2}. In questa prospettiva, la terapia infiltrativa può entrare a pieno titolo nel bagaglio operativo del MMG, previa partecipazione a corsi teorico-pratici e progressivo affinamento della tecnica, offrendo ai pazienti con artrosi un'opzione terapeutica efficace e di prossimità in grado di migliorare autonomia, efficienza e benessere complessivo⁶. Una volta appresa la tecnica, il MMG può dare immediato beneficio a sindromi arti-

colari e periarticolari dolorose che limitano l'attività funzionale dei pazienti, con grande soddisfazione dell'assistito e del medico stesso⁷.

Bibliografia

1. Kolasinski SL, et al. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Management of Osteoarthritis of the Hand, Hip, and Knee. *Arthritis Rheumatol* 2020;72:220-33.
2. Bussotti A, et al. *L'artrosi in Medicina Generale - Disease Management*. 2008.
3. Henrotin Y, et al. Consensus statement on viscosupplementation with hyaluronic acid for the management of osteoarthritis. *Semin Arthritis Rheum* 2015;45:140-9.
4. Altman RD, et al. The mechanism of action for hyaluronic acid treatment in the osteoarthritic knee: a systematic review. *BMC Musculoskelet Disord* 2015;16:321.
5. Millett PJ, et al. Shoulder osteoarthritis: diagnosis and management. *Am Fam Physician* 2008;78:605-11.
6. Barabba M, et al. Infiltrazioni articolari e lubrificazione forzata: nuovi approcci terapeutici in reumatologia. *Rivista Italiana di Biologia e Medicina* 1998;
7. Sala DR. *Manuale di infiltrazione*. Minerva Medica, Torino 1997.
8. Salaffi F, et al. Affidabilità e validità della versione italiana del WOMAC nella valutazione della gonartrosi sintomatica. *Reumatismo* 2000;52 (Suppl 2):602.
9. Lequesne MG, et al. Indexes of severity for osteoarthritis of the hip and knee. Validation—value in comparison with other assessment tests. *Scand J Rheumatol* 1987;65:85-9.
10. Roos EM, et al. Knee injury and osteoarthritis outcome score (KOOS) development of a self-administered outcome measure. *J Orthop Sports Phys Ther* 1998;28:88-96.
11. Roach KE, et al. Development of a shoulder pain and disability index. *Arshoulder Research* 1991;4:143-9.
12. L'insalata JC, et al. A self-administered questionnaire for assessment of symptoms and function of the shoulder. *J Bone Joint Surg Am* 1997;79:738-48.
13. Jevsevar DS. Treatment of osteoarthritis of the knee: evidence-based guideline, 2nd edition. *J Am Acad Orthop Surg* 2013;21:571-76.
14. McAlindon TE, et al. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis. *Osteoarthr Cartil* 2014;22:363-88.
15. Migliorini F, et al. Intra-articular injections for shoulder arthritis in adults: a systematic review. *Eur J Med Res* 2025;30:1080.

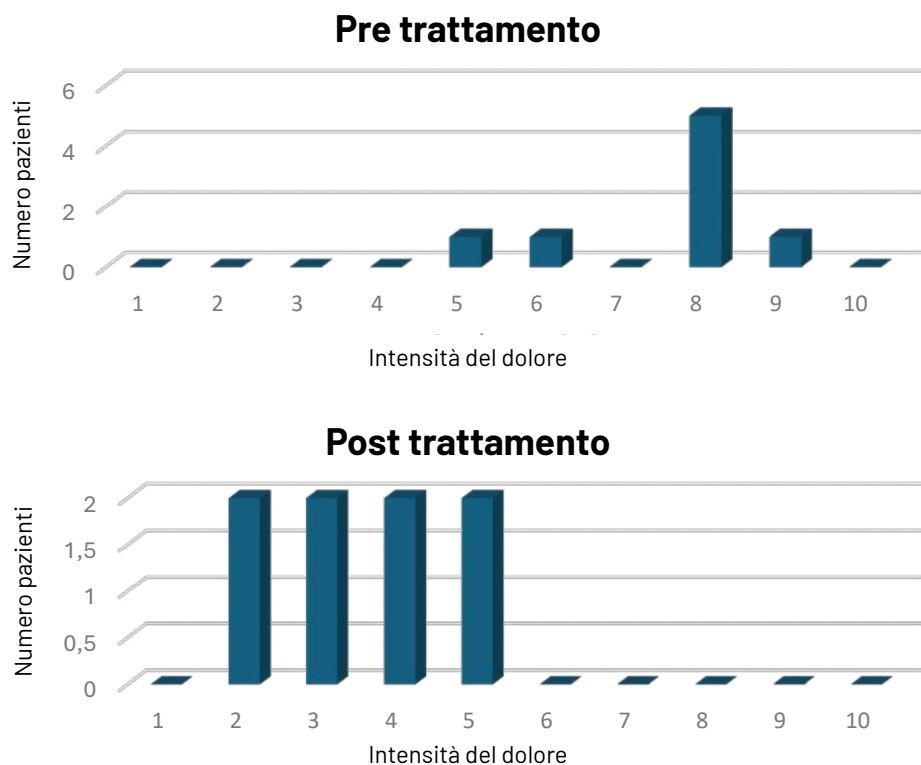


Figura 4 - Intensità del dolore alla spalla nel momento peggiore (Scala VAS - questionario SPADI) pre-trattamento infiltrativo (n=3 infiltrazioni di metilprednisolone acetato a distanza di una settimana una dall'altra) e post-trattamento infiltrativo (1 mese dalla conclusione dello stesso)

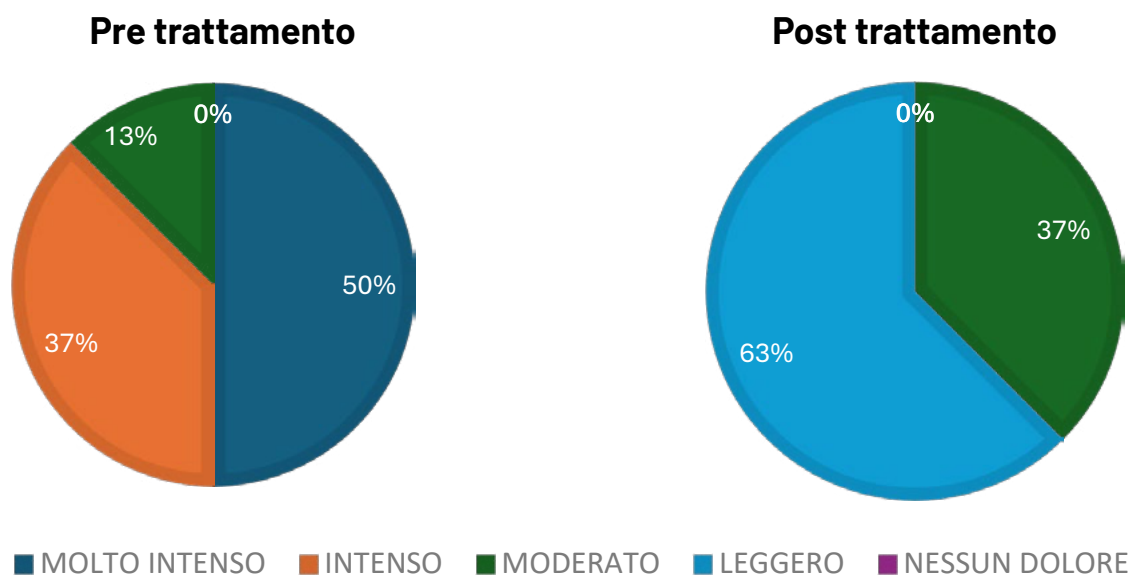


Figura 5 - Descrizione soggettiva del dolore relativo alla spalla durante lo svolgimento delle attività di vita quotidiana (questionario SPADI) pre-trattamento infiltrativo (n=3 infiltrazioni di metilprednisolone acetato a distanza di una settimana una dall'altra) e post-trattamento infiltrativo (1 mese dalla conclusione dello stesso)