

In collaborazione con
l'Unità Operativa Complessa
di Reumatologia Ospedale
S. Chiara, Trento

QUADERNI ATMAR

5

OSTEOARTROSI: DOMANDE E RISPOSTE

**Associazione Trentina
Malati Reumatici
APS**

Quaderni ATMAR sulle malattie reumatiche

a cura dell'Associazione Trentina
Malati Reumatici – ATMAR APS

In collaborazione con l'Unità Operativa Complessa
di Reumatologia, Ospedale S. Chiara, Trento

Testi a cura di:

dott. Masen Abdel Jaber,
Unità Operativa Complessa di Reumatologia,
Ospedale S. Chiara, Trento

Cura redazionale:

Lucia Innocenti, Presidente
Associazione Trentina Malati Reumatici

Progettazione e cura grafica:

Studio G. Weber, Trento

Con il patrocinio
dell'Azienda provinciale
per i Servizi Sanitari
Provincia autonoma di Trento



Azienda Provinciale
per i Servizi Sanitari
Provincia Autonoma di Trento

© 2024 Associazione Trentina Malati Reumatici – ATMAR APS

*Tutti i diritti riservati. Nessuna parte di questa pubblicazione
può essere riprodotta, trasmessa in qualsiasi forma o mezzo
elettronico senza l'autorizzazione (www.reumaticitrentini.it).*

Sommario

4 Presentazione

6 Introduzione

OSTEOARTROSI: DOMANDE E RISPOSTE

7 Cos'è un'articolazione?

8 Cos'è l'artrosi?

9 Quale differenza c'è tra artrosi e artrite?

9 Quanto è diffusa nella popolazione l'artrosi?

10 Quali articolazioni sono interessate più frequentemente?

11 Quali sono le cause?

14 Quali fattori influenzano la comparsa della patologia?

17 Come si manifesta clinicamente la malattia?

19 Come si fa diagnosi di artrosi?

20 Quale ruolo hanno le indagini radiologiche e laboratoristiche nella diagnosi?

22 Quale è l'approccio iniziale al trattamento dell'artrosi?

24 Quali sono le opzioni farmacologiche?

25 Quali sono le opzioni chirurgiche?

28 Unità Operativa Complessa di Reumatologia

30 Associazione Trentina Malati Reumatici

Presentazione

Questo fascicolo esce nell'ambito dei Quaderni ATMAR, collana avviata da diversi anni e rivolta all'informazione corretta sulle malattie reumatologiche. La presente pubblicazione, il Quaderno 5, dedicato all'Artrosi, costituisce un aggiornamento dell'analogo fascicolo edito qualche anno fa.

L'Artrosi, malattia articolare cronica, degenerativa e progressiva, è la patologia reumatica più diffusa che colpisce entrambi i sessi: in Italia ne soffrono infatti oltre 4 milioni di persone e il suo costo sociale risulta quindi molto elevato.

Come per le altre patologie reumatiche, il ruolo dell'educazione del paziente risulta molto importante anche nel caso dell'Artrosi, cui ATMAR APS dedica questa pubblicazione divulgativa, che troverà ampia diffusione, grazie alla collaborazione con l'Azienda provinciale per i Servizi Sanitari del Trentino, in tutti gli ambiti sanitari della provincia di Trento, negli ambulatori specialistici e dei medici di medicina generale, nelle farmacie, e, naturalmente, presso la sede ATMAR APS di Trento, dove tutte le persone interessate potranno richiedere gratuitamente il Quaderno 5, che è scaricabile anche dal sito web (www.reumaticitrentino.it).

Il Quaderno rappresenta uno degli strumenti che ATMAR APS utilizzerà nella campagna informativa sull'Artrosi, che vedrà coinvolte mol-

te località del Trentino attraverso incontri con la popolazione dei reumatologi dell'U.O.C. di Reumatologia dell'Ospedale S. Chiara di Trento, che supportano dal punto di vista scientifico tutte le attività di ATMAR APS.

Al dott. Roberto Bortolotti direttore dell'U.O.C. di Reumatologia dell'Ospedale S. Chiara e al dott. Masen Abdel Jaber, reumatologo presso la stessa, autore dei testi del nuovo Quaderno 5, va il nostro ringraziamento per aver offerto questa nuova opportunità informativa ai malati reumatici del Trentino, destinatari della pubblicazione.

Un ringraziamento va all'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, che ha patrocinato la pubblicazione.

Infine, un particolare ringraziamento va alla delegazione ATMAR APS di Borgo Valsugana, per il sostegno finanziario all'iniziativa.

dott.ssa Lucia Innocenti
presidente ATMAR APS

Introduzione

L'artrosi è una comune malattia articolare che può causare notevoli disturbi e limitazioni in chi ne è afflitto. Questo libretto ha lo scopo di dare ai pazienti alcune informazioni che la riguardano. I contenuti e lo stile in cui è scritto risentono di due fattori: a chi è rivolto e chi lo scrive.

RIVOLTO AI PAZIENTI. Essendo rivolto a "non addetti ai lavori", l'obiettivo di questa produzione è quello di spiegare un argomento potenzialmente complesso in maniera comprensibile e diretta. Ricordiamo pertanto che a ogni affermazione fatta si potrebbero applicare dei "se" e dei "ma" che abbiamo di proposito tralasciato per non appesantire e rendere intricato il discorso.

SCRITTO DA UN REUMATOLOGO. Il fatto che sia scritto da un reumatologo permette a questo libretto, di assumere un profilo peculiare che risenta del "punto di vista del reumatologo". L'artrosi è una malattia che viene ogni giorno affrontata da varie figure sanitarie tra cui medico di medicina generale, fisiatra, ortopedico, neurochirurgo, fisioterapista, osteopata ecc.

Ciascuna di queste figure professionali ha una propria visione e un proprio ruolo nella gestione della malattia. Noi ci soffermeremo a spiegare soprattutto la natura della malattia artrosica con le sue differenze rispetto all'artrite, a cosa possono andare incontro i pazienti e cosa questi ultimi si possono attendere dai vari tipi di trattamento.

Pertanto ci concentreremo maggiormente sugli approcci farmacologici, sintetizzando invece altri aspetti, per quanto altrettanto interessanti (terapie fisiche, chirurgia).

OSTEOARTROSI: DOMANDE E RISPOSTE

Cos'è un'articolazione?

L'articolazione rappresenta il mezzo di congiunzione tra due ossa (Fig. 1).

Larga parte delle articolazioni è formata dalla parte terminale di due ossa (definita epifisi); quest'ultima è coperta da una struttura elastica, la cartilagine, che garantisce un contatto morbido e scorrevole tra le ossa.

La cartilagine articolare è un tessuto peculiare altamente differenziato, dotato di particolari proprietà viscoelastiche che si adatta allo scivolamento reciproco dei capi ossei.

Questo tipo di cartilagine è detto ialino per il suo aspetto liscio e traslucido. Una membrana connettivale collega i capi ossei articolari. La parte esterna, capsula articolare, è costituita da tessuto fibroso, molto resistente ma scarsamente elastico la quale si inserisce sullo strato più esterno dell'osso (periostio) mentre la parte interna (sinoviale o membrana sinoviale) si inserisce ai margini delle cartilagini articolari e delimita la cavità articolare. In essa si trova in condizioni normali una scarsa quantità di liquido sinoviale che ha importanti funzioni di lubrificazione e di nutrimento per la cartilagine stessa. La capsula articolare e le strutture limitrofe fibrolegamentose sono particolarmente

ricche di terminazioni nervose e, unitamente alle estremità ossee, sono le sedi dalle quali originano maggiormente gli stimoli dolorosi in caso di danno localizzato. La membrana sinoviale è particolarmente ricca di vasi sanguigni e linfatici e quindi è il primo luogo ove si può formare un processo infiammatorio.

Queste strutture sono accompagnate da altri due elementi dinamici: muscoli e tendini. I muscoli, attraverso la loro contrazione, sono il motore del movimento; la parte terminale dei muscoli si evolve nel tendine, elemento di connessione tra muscolo ed ossa.

Cos'è l'artrosi?

L'osteoartrosi (o semplicemente artrosi), è un processo patologico che trae origine dalla perdita del fisiologico equilibrio tra processi degradativi e processi riparativi a carico della cartilagine articolare. È una malattia che interessa principalmente le articolazioni sinoviali o diartrodiali, costituite dai capi ossei articolari rivestiti da cartilagine e contenuti dalla capsula articolare e dai legamenti.

Manifestazioni di tipo degenerativo della cartilagine, sotto forma di discontinuità ed erosioni, sono di comune riscontro nella età adulta e avanzata. Si può tuttavia parlare di malattia artrosica quando il processo patologico investe tutte le strutture costituenti l'articolazione quali cartilagine ma anche strutture fibrose e legamentose adiacenti, configurandosi pertanto come un fenomeno regressivo che turba la normale fisiologia della unità funzionale articolare.

Quale differenza c'è tra artrosi e artrite?

È importante sottolineare la differenza tra artrite e artrosi, trattandosi di malattie differenti, soprattutto dal punto di vista patogenetico e terapeutico. La prima rappresenta un fenomeno prettamente infiammatorio (come suggerito dalla parte terminale del sostantivo - Ite), conseguenza di una alterazione del sistema immunitario. La seconda è invece una patologia degenerativa (parte terminale del sostantivo - Osi).

Quanto è diffusa nella popolazione l'artrosi?

L'artrosi è una affezione che colpisce tutti i vertebrati e, nella specie umana, è diffusa particolarmente nella popolazione di età media e avanzata.

La prevalenza nella popolazione oltre i 60 anni si assesta intorno al 10% per gli uomini e 18% per le donne.

La malattia colpisce circa 4 milioni di persone in Italia, rappresentando uno dei più frequenti motivi di ricorso a visita medica negli ambulatori dei medici di medicina generale. Gli studi epidemiologici basati su valutazione radiologiche indicano una prevalenza di malattia pari a circa il 50% della popolazione compresa tra i 15 e 79 anni. L'artrosi colpisce più frequentemente le donne e tale maggior frequenza diventa più evidente dopo i 55 anni mentre nei soggetti più giovani prevale la diffusione nel sesso maschile.

Da sottolineare tuttavia che i tassi di prevalenza e incidenza variano secondo le casistiche, non essendo univoci i criteri classificativi. Vi sono infatti larghe differenze epidemiologiche sulla base dell'utilizzo di criteri radiologici o clinici, essendoci una larga discrepanza tra i due elementi: molti pazienti con una radiologia positiva per artrosi non presentano sintomi e viceversa.

Numerosi contributi hanno documentato come sovente non esista una correlazione fra quadro clinico radiologico ed entità del dato clinico: genericamente si può affermare che solamente il 30% circa di tutti i soggetti con alterazioni radiologiche di tipo artrosico accusi una significativa sintomatologia dolorosa.

Quali articolazioni sono interessate più frequentemente?

Le sedi più frequentemente colpite sono: colonna lombare, colonna cervicale, ginocchia, anche, mani, piedi. In circa il 14 % dei casi il coinvolgimento è pluriarticolare (artrosi poli-distributuale), il quale diventa sempre più frequente con l'avanzare della età.

L'osteoartrosi primaria delle mani è più frequente nelle donne intorno alla 4° e 5° decade di vita. Se si considera solo il criterio radiologico la prevalenza nell'età senile sale al 90% per le donne e 80% per gli uomini. In circa 1 caso su 10 la malattia alle mani presenta aspetti più gravi con danno osteoarticolare erosivo che può determinare persistente limitazione funzionale.

L'interessamento artrosico della colonna è precoce e frequente: prima dei 50 anni risulta interessato più spesso il tratto cervicale nelle donne e quello lombare negli uomini.

I segni radiologici di malattia si riscontrano sempre più costantemente con il progredire degli anni fino ad essere individuati nel 70-80% dei soggetti alla sesta decade di vita.

È tuttavia difficile esprimere dati riguardanti le manifestazioni cliniche perché proprio nella localizzazione rachidea è più alta la discrepanza tra sintomi e aspetti morfologici.

Le forme dolorose riferite alla colonna vertebrale possono riconoscere infatti svariate cause che rendono il dolore vertebrale uno dei principali motivi di accesso ai reparti di Pronto Soccorso e ai medici di medicina generale, con ovvie conseguenze anche dal punto di vista sociale ed economico.

Quali sono le cause?

L'artrosi è il risultato finale di processi patologici diversi, i quali determinano uno scompenso articolare che deriva da una discrepanza tra quantità di lavoro richiesto alla articolazione e capacità di lavoro sostenibile dalla stessa. Lo scompenso può essere determinato o perché il carico è eccessivo o perché la resistenza articolare è ridotta. In questo gioco è importante il ruolo svolto dalle modalità secondo cui il carico si distribuisce sulle superfici articolari: ogni inappropriato aumento della pressione di contatto tra le superfici contrapposte favorisce l'insorgenza di artrosi.

Sebbene varie condizioni patologiche, genetiche-costituzionali, ambientali e lavorative siano determinanti per lo sviluppo della malattia, l'età risulta essere il fattore di rischio principale. È noto infatti come l'artrosi vada progressivamente aumentando di frequenza con l'età, per quanto il vero meccanismo per il quale tale correlazione si verifichi è ancora scarsamente conosciuto.

Il ruolo principale nella degradazione della cartilagine è sostenuto, almeno nelle fasi iniziali, dalla cellula principale del tessuto cartilagineo: il condrocita. In esso si viene a creare uno squilibrio tra attività costruttiva (anabolica) e distruttiva (catabolica) con prevalenza di quest'ultima e quindi depauperamento delle sostanze costitutive della cartilagine (proteoglicani), diminuzione del contenuto in acqua, indebolimento della struttura di sostegno fibrillare.

Piccoli frammenti di cartilagine vengono fagocitati dalle cellule della membrana sinoviale dove si manifesta una conseguente reazione infiammatoria. La risposta infiammatoria si traduce nella liberazione di numerosi mediatori biologicamente attivi, responsabili di dolore e tumefazione articolare.

Le alterazioni biochimiche della cartilagine articolare, qualunque siano le loro cause e modalità di insorgenza, comportano una modifica delle sue proprietà meccaniche: in particolare viene a diminuire l'azione "ammortizzatrice" delle sollecitazioni meccaniche cui è sottoposto l'osso sottostante (osso subcondrale).

Nelle aree sottoposte a carico questo comporta una reazione dell'osso che diventa più compatto nel tentativo di aumentare la sua resistenza a scapito della sua elasticità. La cartilagine sovrastante viene pertanto danneggiata dalle sollecitazioni meccaniche, scarsamente assorbite dall'osso subcondrale. Dal tentativo dell'osso stesso di rimediare al proprio danno deriva la irregolare produzione di nuovo osso (osteofiti). Anche la cartilagine residua presenta tentativi di riparazione producendo noduli cartilaginei in aree limitate che alterano il profilo articolare e risultano funzionalmente inefficaci (Fig.1).

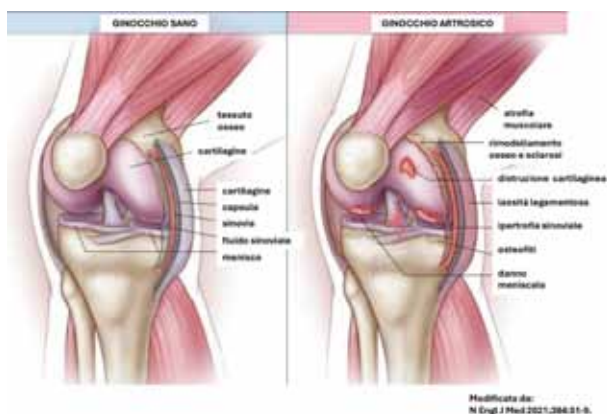


Figura 1
Differenze anatomiche tra una articolazione artrosica e una articolazione sana (N Engl J Med 2021;384:51-9).

Quali fattori influenzano la comparsa della patologia?

Vari sono gli elementi che influenzano l'insorgenza e l'andamento della malattia. Possiamo distinguerli in fattori sistemici e fattori locali.

Tra i fattori sistemici di seguito verranno discussi i principali.

- **Età:** sebbene l'incidenza delle manifestazioni artrosiche aumenti in relazione all'età, l'invecchiamento, di per sé, non è causa di artrosi: infatti i costituenti e le proprietà biologiche della cartilagine articolare non si modificano sostanzialmente con l'età. Nel tempo tuttavia si accumulano insulti meccanici ed eventuali cause biochimiche che rendono la cartilagine sempre più vulnerabile.
- **Fattori genetici:** sono fattori che condizionano la diversa espressione di malattia. Ad esempio l'artrosi delle mani è frequente nella razza caucasica mentre la gonartrosi risulta rara nelle donne orientali. Per l'artrosi delle articolazioni interfalangee distali è stata prospettata un maggior peso della genetica. Sono geneticamente dipendenti inoltre altre condizioni quale la lussazione congenita di anca che favorisce l'insorgenza di artrosi secondaria
- **Sesso e fattori ormonali:** è noto che la donna abbia una maggior espressione di malattia in termini di numero di articolazioni interessate e gravità. Non è tuttavia ancora chiarita la differenza attribuibile all'influenza dei cromosomi sessuali o quanto

invece dipenda dal diverso assetto ormonale. In particolare non è ancora definito il ruolo protettivo degli estrogeni sulla cartilagine. Anche se il climaterio è il periodo in cui frequentemente la malattia compare o si intensifica è verosimile l'ipotesi che la menopausa coincida con un periodo di maggior vulnerabilità e soprattutto di ridotta soglia alla stimolazione dolorifica.

- **Obesità e disturbi circolatori:** il sovrappeso agisce negativamente sulle articolazioni a causa del sovraccarico funzionale che impone sulle articolazioni portanti. La relazione è particolarmente evidente per le ginocchia e per la colonna lombare. L'obesità, inoltre, è spesso associata ad altre condizioni (diabete, dislipidemia) che potrebbero favorire di per sé lo sviluppo di processi degenerativi articolari, soprattutto attraverso il rilascio di mediatori di infiammazione di cui il tessuto adiposo è ricco.
- **Fattori metabolici:** alcune malattie endocrine come l'acromegalia o l'ipotiroidismo possono determinare una modifica della struttura cartilaginea favorendone la degenerazione. Anche il diabete e l'iperlipidemia possono interferire con il metabolismo del tessuto cartilagineo, favorendo l'insorgenza di manifestazioni artrosiche. Anche le malattie da depositi di microcristalli, quali gotta e condrocalcosi possono favorire la degenerazione cartilaginea ed essere quindi responsabili una forma secondaria di artrosi.
- **Clima:** contrariamente all'opinione corrente, i fattori climatici non sono in grado di

determinare alterazioni di natura artrosica. Il freddo e l'umidità tuttavia favoriscono l'espressione clinica dei sintomi, mentre i climi caldi e secchi hanno influenza benefica su di essi.

Oltre ai fattori sistemici ricordiamo che esistono delle condizioni locali che possono favorire o aggravare la malattia. Se da un lato una attività motoria moderata e costante è utile a mantenere il trofismo e la lubrificazione articolare (la cartilagine articolare tende ad atrofizzarsi negli arti immobilizzati a lungo), il sovraccarico funzionale, anche di articolazioni originariamente indenni e di normale conformazione, può causare l'insorgenza di un processo artrosico.

Sono noti numerosi quadri artrosici legati a particolari attività professionali o sportive. Anche in assenza di un eccesso di lavoro meccanico, il processo artrosico può essere favorito da alterazioni della architettura articolare per malformazioni di natura congenita (displasie) o modifiche strutturali acquisite, per esempio in seguito ad una frattura o ad un processo infiammatorio protratto.

Tali alterazioni determinano una ineguale distribuzione del carico sulle superfici articolari con sovraccarico di limitate aree che andranno incontro precocemente a usura. In altri casi l'architettura della articolazione è normale ma esistono condizioni responsabili di alterazione della dinamica articolare. Ne sono esempi la sublussazione recidivante della rotula e l'instabilità articolare da lassità legamentosa. In queste condizioni si viene a creare un sovraccarico di limitate aree di car-

tilagine articolare o di aree che normalmente non sono sottoposte al carico con compromissione della normale struttura articolare.

Come si manifesta clinicamente la malattia?

Indipendentemente dalla localizzazione, la malattia artrosica si presenta con manifestazioni cliniche relativamente costanti. I sintomi sono essenzialmente rappresentati dal dolore e dalla rigidità articolare dopo immobilizzazione. Obiettivamente l'artrosi si manifesta con limitazione dei movimenti articolari, deformazione articolare e talvolta altri segni come scrosci e crepitii udibili alla mobilizzazione dell'articolazione.

Dolore: nelle fasi iniziali il dolore è in genere di lieve entità e non costante essendo meccanico e chiaramente in rapporto con l'utilizzo della articolazione interessata, comparso soltanto in occasione di sforzi intensi e/o prolungati.

Con il tempo diventa sempre meno importante il carico imposto necessario a risvegliare la sintomatologia dolorosa e, nelle fasi avanzate, il dolore può diventare subcontinuo o continuo e persistere anche nelle ore di riposo o di notte.

È importante ricordare che i fenomeni dolorosi nell'artrosi sono spesso conseguenti a contratture muscolari riflesse oppure a compressioni di radici nervose che risultano coinvolte per contiguità rispetto alla articolazione interessata. In generale il sintomo dolore è,

come in molte malattie reumatiche, fortemente influenzato da altri fattori di ordine affettivo/psicologico oltre che da altre situazioni di tipo climatico/ambientale.

Altra caratteristica clinica della patologia è la rigidità conseguente a immobilizzazione, la quale però tende a risolversi dopo pochi minuti di esercizio.

Nella artrosi questa rigidità è in genere di durata inferiore rispetto alla malattia reumatica infiammatoria come l'artrite reumatoide.

Il processo artrosico può conferire alla articolazione interessata un aspetto grossolano prevalentemente in conseguenza a processi estruenti dei capi ossei. La reazione ossea può produrre degli speroni solidi (osteofiti) apprezzabili nelle articolazioni più superficiali come nodosità (Fig. 2). All'aspetto grossolano dei capi scheletrici possono aggiungersi disassamenti dei segmenti scheletrici con conseguente riduzione della escursione articolare.



Figura 2

Alterazioni artrosiche delle mani (Clin Rheumatol 2010, 29:697-706)

Come si fa diagnosi di artrosi?

La diagnosi della malattia è essenzialmente clinica, basata quindi sulla raccolta delle caratteristiche dei sintomi e sul dato obiettivo con contributo di dati di laboratorio e radiologici. Si può classificare l'artrosi in relazione alla possibile causa prevalente.

Si distinguono così tre gruppi fondamentali: l'artrosi primaria, l'artrosi dismetabolica e l'artrosi secondaria.

Nella **artrosi primaria**, forma largamente più frequente, non è possibile identificare un meccanismo eziopatogenetico specifico. Queste forme sono espressione di un difetto intrinseco della cartilagine articolare.

Nell'ambito delle artrosi primarie si distinguono inoltre, in rapporto alla localizzazione, le varianti generalizzate e quelle localizzate.

Nelle forme **dismetaboliche** il difetto che determina la degenerazione della cartilagine articolare è invece noto: rientrano in questa categoria le artrosi conseguenti all'accumulo di microcristalli di acido urico o di pirofosfato di calcio.

Nelle **artrosi secondarie** è chiaro il rapporto di dipendenza con condizioni o stati morbosi che hanno favorito la degenerazione articolare. In questo gruppo si riconoscono forme secondarie a sovraccarico articolare dovute a displasie articolari, sublussazioni, instabilità articolare, iperattività professionale o sportiva.

Esistono forme secondarie a traumi, fratture o lussazioni recidivanti. La malattia artrosica inoltre può essere conseguente a danni articolari indotti da processi infiammatori (artriti) o malattie dei capi ossei (osteonecrosi, osteocondrite).

Quale ruolo hanno le indagini radiologiche e laboratoristiche nella diagnosi?

La conferma diagnostica della malattia poggia sulla indagine radiologica tradizionale che rivela i segni classici dell'affezione rappresentati da riduzione non uniforme delle interlinee articolari, sclerosi dell'osso subcondrale con possibili aree di riassorbimento (geodi o cavità pseudocistiche), e osteofitosi. Come già citato esiste una dissociazione clinico-radiologica: a minime manifestazioni cliniche possono far riscontro marcate alterazioni radiografiche, specie a livello della colonna vertebrale. Viceversa può accadere che sintomi rilevanti si associno a modeste alterazioni radiografiche. In questo caso è verosimile che l'origine dei sintomi sia attribuibile a sofferenza di strutture non radio-opache come tendini, muscoli e nervi (Fig. 3).

I comuni esami di laboratorio sono tipicamente nella norma. La possibile elevazione degli indici di flogosi è aspecifica ed indica l'esistenza di un processo infiammatorio in rapporto ad alcune fasi di malattia. Al momento non esiste nella pratica clinica la disponibilità di un marker biochimico di malattia dotato di sufficiente sensibilità e specificità per la diagnosi ed il monitoraggio della patologia.

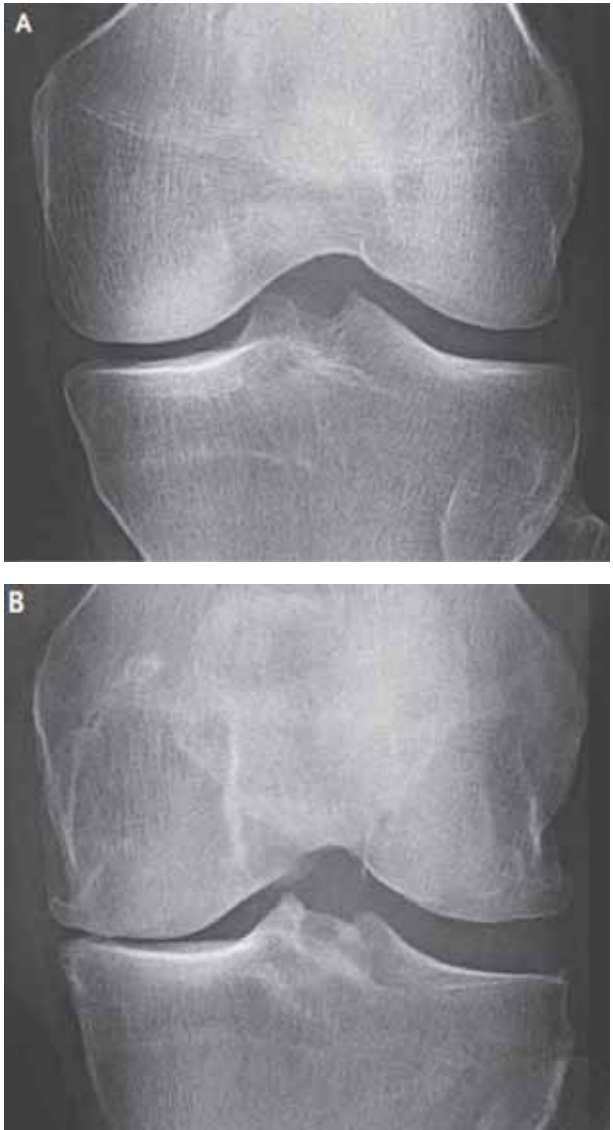


Figura 3
Differenze radiologiche tra ginocchio sano e ginocchio artrosico (N Engl J Med 2021;384:51-9).

Quale è l'approccio iniziale al trattamento dell'artrosi?

L'obiettivo della terapia nella osteoartrosi è il miglioramento della qualità di vita del paziente attraverso il controllo del dolore, la conservazione della funzionalità articolare e il rallentamento della progressione del danno. Le strategie terapeutiche nell'artrosi possono essere di carattere educativo, farmacologico o chirurgico.

- **Informazione del paziente**

L'artrosi è una vera e propria malattia e non la fatale ed irreversibile conseguenza dell'invecchiamento. Come in ogni patologia cronica, l'adesione al programma terapeutico è funzione del grado di conoscenza che il paziente ha della malattia e dei meccanismi che la sostengono. In questo senso una corretta informazione rappresenta il presupposto irrinunciabile di ogni strategia terapeutica.

- **Riconoscimento e correzione di fattori di rischio**

È importante riconoscere ed, eventualmente correggere i fattori di rischio influenzabili quali: soprappeso, uso scorretto di alcune articolazioni, malattie predisponenti in grado di avere ripercussioni sulla integrità del tessuto cartilagineo. È importante sviluppare dei programmi di economia articolare che mirino a ridurre il sovraccarico articolare. A questo scopo si può anche ricorrere all'impiego di ortesi sotto forma di tutori per le articolazioni periferiche, corsetti o collari per la colonna vertebrale, plantari od opportune calzature per i piedi.

- **Terapia fisiatrica**

La chinesiterapia può aiutare a conservare una adeguata mobilità articolare, stimolando i processi riparativi cartilaginei e rinforzando la muscolatura connessa all'articolazione. La massoterapia ha valore come tecnica sintomatica, finalizzata a interrompere la contrattura muscolare dolorosa che frequentemente accompagna la localizzazione artrosica. Le cure cosiddette "fisiche" sono tecniche sintomatiche complementari che in generale sfruttano l'azione del calore per attenuare la contrattura muscolare e quindi il dolore. Le cure termali consistono in varie tecniche, tra cui la balneoterapia (piscina termale), la lutoterapia (applicazione di fango termale) e la psammoterapia ("sabbie"). Esse vengono utilizzate per la cura della artrosi da tempi remoti e contribuiscono ad alleviare temporaneamente il dolore ma è consigliabile inserirle in un programma terapeutico globale e personalizzato.

- **Attività motoria**

Al fine di migliorare la condizione dolorosa e la contrattura muscolare legata all'artrosi è raccomandato portare avanti una abitudine fisica regolare per quanto leggera e preferibilmente aerobica. Importante mantenere una certa costanza, con attività frequenti ma di breve durata e di bassa intensità. Consigliabili sono: camminata veloce, bicicletta, acquagym, nordic walking, ginnastica di gruppo.

L'attività fisica dovrebbe essere iniziata in modo graduale e poi mantenuta a cadenza regolare.

Da evitare l'attività se questa peggiora francamente il dolore articolare.

Quali sono le opzioni farmacologiche?

Queste si basano in primo luogo sull'uso dei farmaci antiinfiammatori non-steroidi (FANS).

Oltre ad avere una azione antalgica essi svolgono una attività antiflogistica utile nelle fasi di riacutizzazione infiammatoria. Questi farmaci vanno utilizzati con cautela per i possibili effetti secondari, soprattutto a livello del tratto gastroenterico, del rene e del sistema cardiovascolare. Dose e tipo di farmaco devono essere adeguati al singolo paziente, spesso di età avanzata e sofferente di patologie concomitanti. La durata del trattamento è legata al perdurare della sintomatologia dolorosa fino all'ottenimento del miglioramento clinico-funzionale. Non è stato riconosciuto un FANS più efficace o più indicato rispetto ad altri. La scelta è dipendente dalla tollerabilità, da alcune caratteristiche legate alla molecola (durata e selettività nella azione) e dalla risposta clinica.

Tra i più utilizzati citiamo: ibuprofene, ketoprofene, diclofenac, etoricoxib. I prodotti topici (creme, gel) a base di FANS trovano scarsa indicazione nell'artrosi e sono da riservarsi al trattamento dei reumatismi extra-articolari (dolore muscolare o tendineo).

Qualora il paziente presenti controindicazioni all'impiego di FANS, si può fare ricorso a farmaci ad azione analgesica. Alcuni studi in-

dicano che questi farmaci, se utilizzati a dosi adeguate sono provvisti di un'efficacia sovrapponibile a quella dei FANS nel trattamento sintomatico dell'artrosi. Tra questi ricordiamo paracetamolo, tramadolo, ossicodone, tapentadolo; questi possono anche trovarsi in commercio in forma di combinazioni.

Per quanto attiene i farmaci condroprotettori: l'obiettivo di questi è l'inibizione dei processi degradativi della cartilagine e la stimolazione della sintesi di nuova matrice da parte del condrocita, pur non essendo ancora stata raggiunta la certezza definitiva di un effetto ritardante l'evoluzione del processo artrosico.

Le infiltrazioni articolari rappresentano un presidio terapeutico da riservare ad ambiente specialistico. Vi si può ricorrere, purché saltuariamente, in caso di episodi flogistici acuti o subacuti, con un preparato cortisonico. Se gli intervalli tra le infiltrazioni sono sufficientemente prolungati (due-tre volte all'anno) non vengono riportate ripercussioni negative sulla cartilagine. Il trattamento infiltrativo comprende anche l'utilizzo di acido ialuronico il quale è normalmente presente a livello articolare ma spesso degradato ed insufficiente nella fase più avanzate di malattia: l'infiltrazione svolge una azione sostitutiva lubrificante e antinfiammatoria.

Quali sono le opzioni chirurgiche?

La terapia chirurgica dell'artrosi si avvale di interventi palliativi e di interventi di sostituzione protesica delle articolazioni con artrosi avanzata. Gli interventi palliativi (enervazio-

ni, tenotomie, osteotomie, resezioni, artrodesi) mirano, attraverso provvedimenti diversi, ad attenuare il dolore articolare riducendo, modificando o abolendo il carico sull'articolazione interessata. La sostituzione totale o parziale dell'articolazione, mediante artroprotesi, ha radicalmente modificato la prognosi del paziente artrosico, specie in caso di localizzazione invalidante a carico di un'articolazione portante (anca e ginocchio).

Dott. *Masen Abdel Jaber*

Trento, giugno 2024

Unità Operativa Complessa di Reumatologia

Ospedale Santa Chiara – Trento

Direttore: dott. Roberto Bortolotti

Medici reumatologi Specialisti:

dott. Masen, Abdel Jaber

dott. Giovanni Barausse

dott. Alvisè Berti

dott.ssa Mara Felicetti

dott. Lorenzo Leveggi

dott. Marco Pontalti

dott.ssa Greta Pacini

dott.ssa Susanna Peccatori

dott.ssa Viviana Ravagnani

dott.ssa Sara Tonetta

dott.ssa Sonila Troplini

Trento, Largo Medaglie d'Oro, 9 - 6° piano

- **Ricovero ordinario:** tel. 0461 903265
- **Day-Hospital:** tel. 0461 903679 / 903925
- **Ambulatori palazzina Crosina Sartori:**
2° piano, via Gocciadoro, 86
tel. 0461 903479
- **Segreteria:** tel. 0461 903925 / 903962
- **Ambulatorio integrato Reumatologico-
Pediatico:**
via Paolo Orsi, tel. 0461 903542

L'Unità Operativa Complessa di Reumatologia è il centro di riferimento per la cura delle malattie reumatiche del Trentino. Vi afferiscono pazienti affetti da reumatismi articolari infiammatori, da connettiviti, vasculiti e patologie dell'osso. Vengono curati pazienti affetti da artrite reumatoide, polimialgia reumatica, artrite psoriasica, spondilite anchilosante, artriti reattive, artriti legate a malattie intestinali, LES, sclerodermia, polimiosite ed altre patologie infiammatorie del muscolo, dermatomiosite, morbo di Sjögren, connettiviti indifferenziate, sindrome da anticorpi fosfolipidi, vasculiti maggiori quali l'arterite di Horton e di Takayasu, le vasculiti ANCA-associate e il morbo di Behçet. Vengono spesso seguiti anche pazienti con sarcoidosi, artriti settiche, spondiliti infettive, artriti da cristalli, pazienti con malattie dell'osso come il morbo di Paget, algodistrofie riflesse, osteonecrosi, osteoporosi fratturative complicate.

L'U.O.C. di Reumatologia è attivamente impegnata nella formazione della rete con i medici di medicina generale e con gli specialisti del territorio.

L' U.O.C di Reumatologia si avvale di una fitta rete reumatologica territoriale con ambulatori aperti a:

Trento, Poliambulatorio Crosina-Sartori,
via Gocciadoro, 82

Trento, Centro Servizi Sanitari, viale Verona

Arco, Poliambulatorio Ospedale

Borgo Valsugana, Ospedale San Lorenzo

Cavalese, Poliambulatorio Ospedale

San Jean di Fassa, Poliambulatorio

Cles, Palazzina ex Ospedale geriatrico

Rovereto, Ospedale Civile, Santa Maria del Carmine

Tione, Ospedale Civile

L'U.O.C. di Reumatologia di Trento collabora attivamente con l'Associazione Trentina Malati Reumatici ATMAR APS (www.reumaticitrentini.it).

Associazione Trentina Malati Reumatici - ATMAR APS

L'Associazione Trentina Malati Reumatici è nata nel 1995 con l'intento di rappresentare una "casa comune" in cui tutti i malati reumatici del Trentino e i loro familiari possano riconoscersi.

È un'associazione territoriale indipendente di volontariato, che opera a favore delle persone colpite da malattie reumatiche e dei loro familiari, per offrire loro aiuto e sostegno nel mantenimento o nel recupero di condizioni di vita personale e sociale di qualità.

ATMAR si propone di accogliere le persone ammalate e i loro familiari, offrendo supporto, incoraggiamento ed informazioni nella gestione della malattia; diffondere tra i pazienti e loro familiari, nella società civile, nonché in ambito medico la conoscenza delle malattie reumatiche, dei mezzi di cura, delle possibilità di riabilitazione; tutelare i diritti delle persone affette da malattie reumatiche e dei loro familiari in tema di accesso alle cure, agevolazioni di legge, economiche e fiscali; sensibilizzare le autorità politiche e sanitarie alla creazione di condizioni ottimali per la diagnosi precoce, la cura e la riabilitazione.

ATMAR crede

nel valore della persona, al di là della malattia, e nelle risorse personali come fattore fondamentale di promozione e recupero della salute;

nell'agire insieme di persone volontarie motivate, che permette di raggiungere importanti obiettivi di miglioramento della qualità di vita personale e sociale; in una cultura della relazione medico-paziente in cui gli aspetti di umanizzazione siano predominanti e si riconosca il nodo cruciale dell'alleanza medico-paziente per il successo del processo terapeutico;

nel progresso della medicina, in grado di offrire soluzioni efficaci per la prevenzione e la cura delle malattie reumatiche.

Per la realizzazione dei propri scopi ATMAR

attiva una rete di punti di accoglienza e prima informazione sul territorio di riferimento; redige e diffonde pubblicazioni scientificamente corrette in tema di malattie reumatiche; realizza incontri informativi sul territorio;

realizza e partecipa a Congressi medico-scientifici in campo reumatologico;

attiva corsi di attività motorie rivolte ai soci, avvalendosi di figure qualificate.

Per avere informazioni sulle malattie reumatiche, sulle attività e i servizi attivati da ATMAR

Puoi trovarci presso la sede:

Associazione Trentina Malati Reumatici - ATMAR
APS

38122 TRENTO - via del Torrione 6, tel. 0461 260310

il martedì dalle 10.00-12.00

visitare il sito web www.reumaticitrentini.it

inviare una mail a info@reumaticitrentini.it

Puoi sostenere ATMAR:

iscrivendoti, versando la quota di 20.00 € sul C.C, presso Cassa Rurale di Trento, via Bellenzani, 4, 38122

IBAN: IT76 N083 0401 8070 0000 7322 665

Oppure sul C.C. Postale n. 1913479

Puoi donare il 5 per mille all'Associazione ATMAR

Con il modello Unico, il 730 e il Cud, indicando il codice fiscale dell'Associazione ATMAR - 96043200227 - nell'apposito riquadro ed apponendo la firma.

Finito di stampare nel mese di agosto 2024
per conto dell'Associazione Trentina Malati Reumatici
dalle Nuove Artigrafiche (Trento)