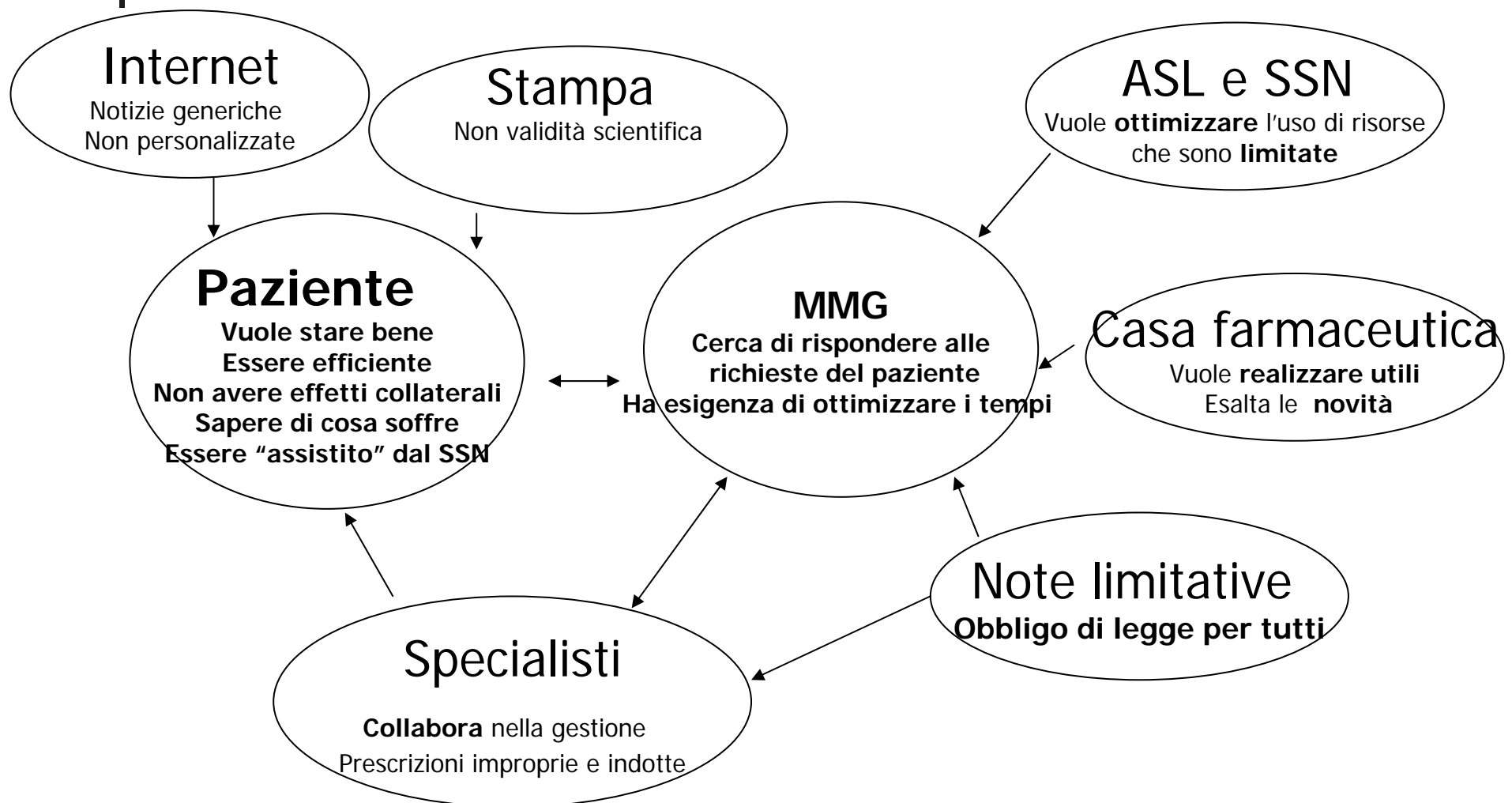




**LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON
DOLORE OSTEO-ARTICOLARE IN
MEDICINA GENERALE**

www.fisiokinesiterapia.biz

LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON DOLORE OSTEO-ARTICOLARE IN MEDICINA GENERALE: intervengono vari "attori"





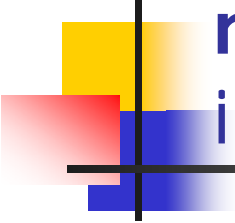
VARIETA' DI PAZIENTI con dolore

- Pazienti che vanno sempre e solo da specialista (per lo più ortopedico)
- Pazienti che continuano a cambiare specialista (non trovano soluzione adeguata)
- Pazienti che oscillano tra medicina convenzionale e alternativa
- Pazienti "maniaci" delle cure fisiche e della "ginnastica" (che fanno senza razionalità)
- Pazienti che gestiscono in proprio la malattia assumendo FANS al bisogno e facendo ginnastica quando stanno meglio
- Pazienti che vanno spesso dal medico per questi disturbi.



COMPITI DEL MEDICO (IN BASE A SCELTE DEL PAZIENTE) nella **gestione** del dolore osteo-articolare

- Gestione diretta
- Controllo effetti collaterali terapia
- Trascrizione terapie proposte da altri
- Consiglio di specialista più indicato
- Supporto psicologico



Non possiamo modificare in modo sostanziale la storia naturale delle malattie reumatiche ma possiamo perseguire i seguenti **obiettivi**:

- Ridurre il dolore
- Ritardare il peggioramento nel tempo
- Ridurre la disabilità
- Migliorare la qualità della vita del paziente
- Raggiungere equilibrio tra aspettative e preferenze del paziente e strategie diagnostico terapeutiche razionali



La gestione del paziente con dolore in medicina generale

- Il MMG computerizzato si trova di fronte a **classificazione ICD9** che mal si adatta a medicina generale
- Le diagnosi così come sono classificate non corrispondono spesso al **sintomo** e/o **problema** che il paziente ci pone
- Se è necessario condividere con specialista percorso è necessario usare stesso linguaggio



La gestione del dolore in medicina generale

- Il gruppo dell'area osteo-articolare della SIMG (dr. Giovannoni) ha proposto un elenco di 178 voci diagnostiche a cui è applicabile un sistema di codifica in cui possono confluire i più comuni problemi osteoarticolari della medicina generale (14 sezioni di cui 9 suddivise per regione e 5 per problemi sistemici)
- Le classificazioni proposte sono implementabili e devono essere sperimentate e collegate a ICD9

TABELLA I**Classificazione dei problemi osteo-mio-articolari in Medicina Generale.**

Per ogni diagnosi:

- se primo episodio
- se ricorrenza
- se alterazione funzionale

RACHIDE (41)**Cervicale**

- Fibrosite cervicale
- Torcicollo
- Distrazione rachide cervicale (colpo di frusta)
- Artrosi interapofisaria posteriore del rachide cervicale sintomatica (Sindrome delle faccette cervicali)
- Disco-unco-artrosi cervicale sintomatica
- Cervicobrachialgia (radicolopatia cervicale)
- Ernia del disco cervicale intervertebrale sintomatica
- Stenosi del canale midollare cervicale
- Lussazione atlo-occipitale
- Sindrome dello sbocco toracico

Dorsale

- Fibrosite dorsale
- Radicolopatia - nevralgia dorsale
- Artrosi interapofisaria posteriore del rachide dorsale sintomatica (Sindrome delle faccette dorsali)
- Ipercifosi dorsale
- Distrazione rachide dorsale (colpo di frusta)
- Stenosi del canale midollare dorsale

Lombosacrale

- Lombalgia non specifica (Artrosi interapofisaria posteriore del rachide lombare sintomatica - Sindrome faccette lombari)
- Lombalgia non specifica (Legamentite ileo lombare)
- Lombalgia non specifica (Fibrosite lombare)
- Lombalgia non specifica (Discoartrosi lombare sintomatica)
- Lombosciatalgia (Radicolopatia lombare bassa)
- Lombocruralgia (Radicolopatia lombare alta)
- Ernia del disco lombare intervertebrale sintomatica
- Lombalgia cronica
- Lombosciatalgia cronica
- Lombocruralgia cronica
- Lombalgia non specifica (altre legamenti lombari)
- Iperlordosi lombare
- Distrazione rachide lombare (colpo di frusta)
- Stenosi del canale midollare lombare
- Sindrome della cauda equina
- Coccigodinia idiopatica
- Sacroileite
- Sindrome di Baastrup

In toto

- Dismorfismi del rachide
- Scoliosi e cifoscoliosi idiopatica
- Atteggiamento scoliotico
- Spondilopatia iperostotante (M. di Forestier)
- Stenosi multiple del canale midollare
- Spondiloartrite sieronegativa
- Spondilite anchilosante

SPALLA (9)

- Spalla dolorosa semplice subacuta o cronica (entesite, tendinite)
- Spalla acuta iperalgica (borsite subacromiondeltoidea)
- Spalla gelata (capsulite adesiva)
- Spalla pseudoparetica (rottura cuffia dei rotatori)
- Spalla: artrosi
- Spalla: lussazione
- Spalla: artrite
- Spalla: protesi
- Sindrome spalla mano (s. algoneurodistrofica)

GOMITO (4)

- Epicondilita laterale
- Epicondilita mediale (epitrocleeite)
- Borsite olecranica
- Compressione del nervo ulnare al gomito

POLSO (4)

- Sindrome del tunnel carpale
- Polso: tendinite, entesite
- Polso: cisti gangliare
- Polso: artrite

MANO (6)

- Mano: artrosi
- Mano: noduli di Heberden e/o di Bouchard
- Mano: rizoartrosi
- Mano: tendinite
- Mano: dito a scatto
- Mano: morbo di Dupuytren

ANCA (4)

- Anca: artrosi sintomatica
- Anca: periartrite
- Anca: protesi
- Anca: dismorfismi compresa lussazione congenita

GINOCCHIO (13)

- Ginocchio: artrosi femoro rotulea sintomatica
- Ginocchio: artrosi femoro tibiale sintomatica
- Ginocchio: tendinite, entesite, borsite
- Ginocchio: lesione meniscale
- Ginocchio: lesione legamento collaterale
- Ginocchio: lesione legamento crociato
- Ginocchio: varismo
- Ginocchio: valgismo
- Ginocchio: lussazione rotulea
- Ginocchio: dimorfismi
- Ginocchio: cisti di Backer
- Ginocchio: artrite
- Ginocchio: protesi



CLASSIFICAZIONI DEL DOLORE

- **CLASSIFICAZIONE TEMPORALE: DOLORE ACUTO** (finalizzato ad allertare il corpo sulla presenza di stimoli pericolosi) e **CRONICO** (non solo estensione temporale ma con caratteristiche qualitativamente diverse)
- **CLASSIFICAZIONE FISIOPATOLOGICA:**
DOLORE **NOCICETTIVO (SOMATICO E VISCERALE)**
DOLORE NEUROPATICO (CENTALE, PERIFERICO) E
DOLORE **IDIOPATICO O FUNZIONALE**



ACUTO

- Causa generalmente conosciuta
- Durata breve
- Approccio terapeutico: risoluzione causa sottostante

CRONICO

- Causa spesso sconosciuta
- Durata persistente (>3 mesi)
- Approccio terapeutico:
 - 1) trattamento della causa **se** riconoscibile
 - 2) trattamento dell'alterazione della nocicezione



EPIDEMIOLOGIA

- Malattie muscolo-scheletriche sono il **secondo** motivo più comune che porta i pazienti dal MMG.
- Una recente ricerca canadese (Power J. Rheumatol 2006;33:4-5) evidenzia che $\frac{1}{4}$ della popolazione viene visitata ogni anno per MSD dal MMG, e nel 73% dei casi il paziente continua ad essere seguito dal MMG senza essere inviato dallo specialista.
- Necessaria progettazione attenta a sostenere i servizi di base e a migliorare interazione medicina primaria e specialistica, visto anche l'invecchiamento della popolazione



EPIDEMIOLOGIA DELLE MALATTIE REUMATICHE IN ITALIA

Tabella 1 – Le malattie reumatiche in Italia

colpiscono 10% della popolazione

Malattia	Frequenza relativa (%)	Prevalenza nella popolazione (%)	N. Casi malattia
Osteoartrosi	62,5	6,3	3.500.000
Fibromialgia	12,7	1,2	698.000
Artrite reumatoide	6,3	0,6	350.000
Gotta	4,4	0,4	246.000
Reumatismi secondari	3,1	0,3	167.000
Spondilite anchilosante	1,0	0,1	56.000
Connettivite	0,3	0,03	17.000
Reumatismo articolare acuto	0,2	0,001	500
Altre malattie reumatiche	9,5	1,0	468.000

secondo dati ISTAT, 1983



EPIDEMIOLOGIA DELLE MALATTIE REUMATICHE (MAPPING STUDY NELLE MARCHE)

- Secondo uno studio più recente su 3664 soggetti selezionati random da liste di 16 MMG:
- Prevalenza complessiva di malattie muscolo-scheletriche è 27.6 %
- Prevalenza più alta nelle donne e aumenta con età
- Osteoartrosi periferica sintomatica 8.95%
- Disturbi dei tessuti molli 8.81%
- Dolore lombare 5.91%
- Malattie reumatiche infiammatorie 3.06%



TRE **PROTOTIPI** DI MALATTIE REUMATICHE CON DOLORE

- **ARTRITI INFIAMMATORIE** : DOLORE **INFIAMMATORIO**
(PREVALENTEMENTE NOTTURNO CON RIGIDITA' MATTUTINA
PROLUNGATA, ACCOMPAGNATO DA TUMEFAZIONE , ALTRI SEGNI DI
FLOGOSI E IMPOTENZA FUNZIONALE, SEDI CARATTERISTICHE)
- **FIBROMIALGIA**: DOLORE **FUNZIONALE** (CRONICO,
PRESENTE OVUNQUE, CON ABNORME DOLORABILITA' ALLA
PALPAZIONE – TENDER POINTS - CON ASTENIA E SDR. FUNZIONALI
ASSOCIATE)
- **ARTROSI**: DOLORE **MECCANICO, DEGENERATIVO**
(PREVALENTE AL MOVIMENTO, MIGLIORA CON RIPOSO,
ACCOMPAGNATO DA RIGIDITA' DOPO IL RIPOSO, PORTA A
DISABILITA' ARTICOLARE)



Gestione del paziente con patologia infiammatoria (1)

- Importante è **invio** precoce al reumatologo in presenza di sintomi “**suggestivi**” → early AR (miglioramento delle conoscenze reumatologiche del MMG)
- **Collaborazione** con specialista per valutazione dello stato di malattia, identificazione fattori prognostici, impostazione terapia e educazione del paziente
- **Monitoraggio** effetti collaterali
- **Valutazione andamento malattia** (indice articolare di Ritchie, indice funzionale di disabilità)

**REUMATOLOGIA (VISITA)**

	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	«PAROLE CHIAVE» INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
URGENTE	INVIARE IN PS	riaccensione grave (sintomi/alterazioni bioumorali) di forma infiammatoria cronica (artrite, connettivite) già con compromissione di organi vitali (cuore, rene, polmoni); accidente vascolare acuto in APS (sindrome da anticorpi antifosfolipidici);
TIPO A	3 gg	dolore e marcata ipostenia con elevazione CPK; effetti iatrogeni gravi (mielo epatotossicità); alto rischio teratogeno (gravidanza in corso di trattamento immunosoppressivo); Altro (10%)
TIPO B	10 gg	artrite precoce (rigidità > 30 minuti, artrite in 3 o più articolazioni, interessamento delle articolazioni metacarpofalangee o metatarsofalangee con sintomi presenti da 8 a 12 settimane) (prima diagnosi); Raynaud severo con disturbi trofici importanti; limitazione funzionale e dolore intenso articolare (resistente ai FANS) +/- associato a segni locali di flogosi in assenza di cause traumatiche (anche in forme infiammatorie già diagnosticate); artralgie/artrite associate a manifestazioni cutanee e/o oculari, con compromissione sistemica (febbre, astenia, ecc.); Altro (10%)
TIPO C	40 gg	dolore persistente infiammatorio rachideo; riaccensione non grave (sintomi/alterazioni bioumorali) di forma infiammatoria cronica già in trattamento senza compromissione di organi vitali; necessità di variazione della terapia per effetti iatrogeni, situazioni concomitanti (gravidanza) eccetto per casi compresi in RAO A; Altro (10%)
TIPO E	no max	valutazione rischio osteoporosi;



Gestione del paziente con patologia infiammatoria (2)

- Il trattamento con **FANS** e/o **steroidi** dovrebbe essere molto precoce; il trattamento con **DMARDs** dovrebbe essere iniziato il più precocemente possibile **una volta che la diagnosi è stata formulata** (se oligo-poliartrite FR e / anti CCP pos anche prima di 3 mesi, se artrite indifferenziata persistente dopo 3 mesi)
- I FANS (compresi i COX2) non rallentano evoluzione erosiva di malattia e **potrebbero mascherare** i sintomi con rischio di malattia persistente ed erosiva

Gestione del paziente con patologia infiammatoria (3)

- I **COX2** hanno dimostrato di **ridurre le ulcere** gastriche e duodenali rispetto ai FANS; la loro **efficacia non è migliore** rispetto a quella dei FANS tradizionali
- Il grado di riduzione delle ulcere sanguinanti è simile se i FANS sono associati ad inibitori di pompa
- Il **rischio cardio-vascolare dei COX2** va considerato nel singolo paziente (seguire le linee guida)
- La **ritenzione idrica, l'aumento della PAO** e i **problemi renali** sono presenti in **ambedue le classi**
- I **cortisonici** hanno azione antinfiammatoria **più significativa** rispetto ai FANS e dimostrazione di "disease modifying effects" anche a basse dosi (quando diagnosi è confermata)
- In associazione ai DMARDs sono utili per **ridurre rapidamente** l'attività di malattia e migliorare la prognosi



La gestione del paziente con **fibromialgia** (1)

- Paziente con FM è difficile sia sul piano **diagnostico** che **gestionale**
- La diagnosi, difficile agli inizi per indeterminatezza dei sintomi, con osservazione nel tempo si chiarisce
- E' necessaria continua **rassicurazione** del paziente a cui va spiegata la natura dei disturbi di cui soffre
- **Non** esistono **farmaci approvati da FDA** per il trattamento della FM che non può essere trattata con un unico approccio
- Necessaria strategia terapeutica che comprenda approccio **farmacologico, riabilitativo e psicologico**



La gestione **farmacologica** del paziente con **fibromialgia (2)**

- **Forte** evidenza di efficacia solo per **amitriptilina** (posologia 25-50mg prima di coricarsi) o **ciclobenzaprina** (posologia 10-30 mg prima di coricarsi)
- **Moderata** evidenza di efficacia: **tramadolo** (200-300mg/die), inibitori del reuptake serotonina (**SSRIs**) e inibitori reuptake serotonina e noradrenalina (**SNRIs**)
- **Debole** evidenza di efficacia **S-adenosyl-metionina**
- **Nessuna** evidenza efficacia: oppioidi, **FANS**, **benzodiazepine**, DHEAs, magnesio



Gestione **non farmacologica** del paziente con **fibromialgia (3)**

- **Forte** evidenza di efficacia: **educazione** del paziente, **esercizio aerobico**, terapia cognitivo-comportamentale
- **Moderata** evidenza di efficacia: **rinforzo muscolare**, agopuntura, ipnosi, balneoterapia, bio-feedback
- **Debole** evidenza di efficacia: terapia manuale, massoterapia, elettroterapia, ultrasuoni
- **Nessuna** evidenza di efficacia: infiltrazione dei tender points, esercizi di flessibilità



LA GESTIONE DEL PAZIENTE **ARTROSICO** IN MEDICINA GENERALE

- L'artrosi è una delle diagnosi che più frequentemente facciamo e dove più spesso interveniamo
- E' **malattia cronica a decorso molto variabile** (casi gravi, invalidanti, casi lievi vissuti come malattia della vecchiaia che hanno tutti ...) ecco perché epidemiologia non è semplice
- Sedi più colpite: colonna lombare 33%, colonna cervicale 30%, ginocchia 27%, anca 25%, rachide in toto 24%, mani 10%.



Corretta gestione da parte del MMG richiede

- Rompere automatismo artrosi-terapia farmacologica sintomatica
- Non sottostimare grado di **disabilità, ansia, depressione** del paziente artrosico
- Discutere con paziente **altre strategie** importanti: **controllo sovrappeso-obesità, possibilità di svolgere adeguata attività fisica**, necessità di **evitare posture** improprie comuni nell'attività quotidiana e di **ridurre** -per quanto possibile- **sforzi e traumi meccanici** durante attività lavorativa
- Necessità di verificare e **rivalutare periodicamente** la situazione (imparare a usare scale Womac per anca e ginocchio...)



TRATTAMENTO NON FARMACOLOGICO

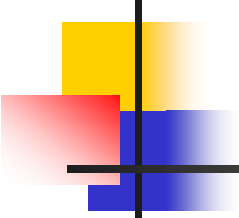
- **Educazione e supporto psicologico**
- Verificare sempre possibilità di fare **chinesiterapia: potenziamento muscolare e allenamento aerobico** (soprattutto per anca e ginocchio)
- Riferimento specialistico più opportuno per paziente artrosico è il **fisiatra**, l' **ortopedico** in forme avanzate.
- Per ridurre carico farmacologico, soprattutto nell'anziano, viene spesso prescritta terapia fisica (US, TENS, RADAR, IONOFRESI etc.) per la quale non vi sono in letteratura dati sicuri: scelta negoziata con il paziente.



TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

- Efficacia **sovrapponibile** tra **paracetamolo** e **FANS** (in paziente con dolore lieve-moderato da gonartrosi)
- Linee guida ACR 2000 indicano **paracetamolo** come farmaco di prima scelta in coxo e gonartrosi per il **buon rapporto costo-beneficio** (ciò vale più per trattamento dolore lieve, se moderato-severo FANS è più opportuno)
- **Tramadolo** così come associazione **codeina-paracetamolo** approvati da FDA in artrosi non controllata da altri farmaci
- FANS efficaci ma con maggior tossicità gastro-intestinale, renale, epatica, cardiovascolare e cutanea.

TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

- 
- Maggiori **effetti collaterali** negli **anziani**
 - I FANS possono causare deterioramento del trofismo cartilagineo
 - **Ibuprofene** a basse dosi è **meno tossico** di altri FANS

COX2

- **Efficacia sovrapponibile** ai FANS mentre vi è **minore incidenza** di **ulcere sintomatiche** e di loro **complicanze**
- **Preferibili** nei pazienti a **rischio gastrointestinale** e se è necessaria **terapia a lungo termine**
- **Problematiche cardio-vascolari** con una aumentata incidenza di **eventi tromboembolici**.
- Da chiarire **rapporto costo-beneficio-sicurezza**
- In conclusione la **terapia** deve essere **personalizzata**, valutando attentamente il **rapporto rischio-beneficio** nel singolo paziente



TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

- Infiltrazioni con **ialuronato di sodio** e derivati approvate da FDA nella gonartrosi (3-5 iniezioni settimanali per al massimo 2 cicli all'anno)
- Dati su efficacia e frequenza **infiltrazioni con steroidi**, per lo più in presenza di **versamento**, sono scarsi: non più di 4 all'anno per articolazione.
- Recente studio ha documentato efficacia di **glucosamina** (1500mg/die per 3 anni) nella riduzione del danno cartilagineo al ginocchio.