



Società Italiana di
Gerontologia e
Geriatra

SIMPOSIO

CURARE LA LESIONE ARTROSICA OLTRE IL CONTROLLO DEL DOLORE?

Artrosi e disabilità

Arthrosis and disability

A. BARONI, A. MANNONI*

Polo Geriatrico Montedomini, Firenze; * UO Reumatologia - ASL 10, Firenze

“Invecchiamento, disabilità ed artrosi: quale è il problema”¹. L'articolazione è un'unità funzionale biomeccanica del sistema neuromuscolare, e modificazioni età-correlate che interessino la forza, l'equilibrio, la propiocezione, l'uso e mal-uso del corpo e delle sue leve aumentano il rischio di artrosi con l'avanzare degli anni.

Fattori di rischio riconosciuti sono l'età, il sesso femminile, la razza, la familiarità, i traumi, l'obesità, la flogosi e malattie metaboliche.

Soggetti con osteoartrosi riferiscono difficoltà²:

- nello svolgimento di attività funzionali;
- nelle attività sociali e di relazione;
- nel mantenere il proprio livello socio-economico;
- nella vita affettiva;
- nel mantenere una buona immagine di sé.

Determinanti della disabilità nell'artrosi sono l'intensità del dolore, l'obesità, la riduzione della forza del quadricipite ed il bisogno di aiuto. La gonartrosi è significativamente più frequente nelle donne e negli obesi e si associa a modesta limitazione funzionale nelle attività coinvolgenti l'arto inferiore³.

Non vi è alcuna correlazione con modificazioni strutturali dell'osso documentabili all'esame radiologico del ginocchio (59,9% della varianza - WOMAC)⁴.

Esiste però una relazione tra le caratteristiche articolari, chinesiolgiche e psicologiche e dolore/disabilità nell'artrosi dell'anca o del ginocchio: il dolore è associato alla perdita di forza muscolare ($p < 0,05$), la disabilità è associata alla perdita di forza muscolare, alla ridotta escursione articolare passiva, al dolore, alla percezione di benessere soggettivo ($p < 0,05$). Sia il dolore sia la disabilità sono strettamente correlate con le caratteristiche chinesiolgiche e con la percezione soggettiva del dolore⁵.

Dal “Longitudinal Aging Study Amsterdam” emerge che la comorbidità che coinvolge malattie croniche che condividono fattori eziologici e meccanismi fisiopatologici ha un effetto sul declino del funzionamento fisico (Eduard-Nunnally index) più debole di quanto atteso. La combinazione di malattie che influenzano le capacità funzionali mediante meccanismi diversi (esempio sintomi locomotori *vs.* diminuita endurance) appare avere un effetto moltiplicativo⁶.

In un modello di regressione multivariata, la disabilità fisica ed in maggior misura quella psicologica sono mediatori della relazione che esiste fra dolore cronico e qualità della vita: la ricerca di un supporto sociale come comportamento adattativo (coping style) è predittivo della qualità di vita percepita superiore al dolore ed al livello di disabilità⁷. Fattori predittivi positivi del funzionamento fisico in un periodo di tre anni nell'artrosi del ginocchio sono infatti risultati: il miglior stato ba-



PACINeditore

■ Corrispondenza: A. Baroni, Polo Geriatrico Montedomini, Firenze.

seline di salute mentale, la maggior quantità di esercizio aerobico ed il supporto sociale⁸. In particolare, in uno studio su osteoartrosi del ginocchio e dell'anca, il sostegno sociale rappresentato dalle interazioni amichevoli è associato con un miglior funzionamento fisico ($p < 0,001$), stato di salute generale ($p < 0,0001$), funzionamento sociale ($p < 0,05$)⁹.

Nella prospettiva geriatrica di approccio multidimensionale alla malattia, è utile richiamare modelli di intervento troppo spesso trascurati a fianco della farmacologia, che possono però significativamente contribuire ad una migliore qualità della vita.

Il supporto sociale

Il sostegno sociale giuoca un ruolo importante nella modulazione degli effetti del dolore, della limitazione funzionale e della depressione sulla Qualità della Vita¹⁰.

L'importanza dei fattori psicosociali è stata ben messa in evidenza nella lombalgia comune ("Back pain"), con le "Psychosocial Yellow Flags in Acute Low Back" della New Zealand National Advisory Committee on Health and Disability (1997), utile a concettualizzare un modello operativo, anche se non trasferibile tout-court alle malattie degenerative di altre articolazioni, in quanto fisiopatologia complessa non riconducibile ad una semplice artrosi del rachide.

Rapp et al. (2000) hanno studiato il ruolo del "pain coping skill" nelle capacità fisiche di soggetti con osteoartrosi del ginocchio (ed hanno messo in evidenza) su 394 soggetti anziani, ed hanno rilevato una significativa associazione con la disabilità e la distanza camminata ($p < 0,05$). Un pensiero meno catastrofico e maggior fiducia, maggior sopportazione e reinterpretazione del dolore e la percezione di un maggior controllo si traducevano in una minore disabilità¹¹.

L'influenza delle limitazioni fisiche e del tempo sulla sintomatologia depressiva è stata studiata in alcune condizioni croniche (288 soggetti, 55-85aa, per max 6 anni). Il livello di sintomatologia depressiva varia e si aggrava nel tempo con la tipologia della malattia: nelle malattie cardiache, artrite, cancro e malattie polmonari; nell'ictus l'associazione scompare dopo aggiustamento per la presenza di limitazioni fisiche¹².

Malgrado l'evidenza della relazione dolore/disabilità e fattori psico-sociali in studi epidemiologici ed osservazionali, gli studi clinici non sono però riuscita ancora a dimostrare l'efficacia di programmi

educativi di self-management nel trattamento della patologia artrosica: in una review sistematica della letteratura dal 1964 al 1999, che ha interessato 71 trials di self-management education nella patologia cronica, risultati positivi sono stati messi in evidenza per il controllo glicemico nel diabete, l'ipertensione nel diabete e l'asma. Per l'artrosi è stato osservato un trend positivo ma non significativo¹³.

Le scarpe

Esiste una vasta letteratura relativa alle caratteristiche di solette e solette per quanto riguarda la loro capacità di assorbimento delle forze nel cammino, nella corsa e nel salto. Per lo più si tratta di studi relativi allo sport e alle calzature militari. In gerontologia l'attenzione alle calzature è stata portata soprattutto alla prevenzione delle cadute e al controllo della stabilità: mentre il confort aumenta con lo spessore della suola, il rischio di cadute aumenta con una suola morbida ed alta, mentre il rischio maggiore si ha a piedi nudi¹⁴.

Nell'artrosi dell'arto inferiore si deve tener conto del fatto che l'incremento delle forze di reazione al suolo durante lo spostamento è circa 1,2 volte il peso nella marcia, 1,2-1,6 volte nel salire le scale e fino a 2,3 volte durante la discesa.

Una recente review ha preso in considerazione la "evidence based" efficacia dei rialzi laterali nel dolore del compartimento mediale del ginocchio ha concluso con una forte raccomandazione per l'uso di solette a cuneo pronanti per ridurre i sintomi della gonartrosi in ginocchio varo; è stato dimostrato che l'uso di solette pronanti riduce in maniera significativa la spinta laterale al ginocchio, riducendo il dolore anche nella insufficienza del legamento crociato anteriore, ipotizzando una via di profilassi allo progressione della degenerazione della cartilagine articolare¹⁵.

Gli ausili

Nella popolazione anziana l'uso degli ausili aumenta con l'età, passando dal 24% fra i 70 e gli 80 anni al 57% oltre gli 80¹⁶. Nello studio l'uso era correlato alla elevata efficacia percepita, specialmente per la diminuzione delle difficoltà e l'aumentata sicurezza. Le ragioni per il non-uso erano legate al miglioramento della stato di salute e alla loro complessità; veniva comunque rilevato un 16% di bisogno non coperto del servizio di assistenza.

In uno studio che voleva valutare le priorità dei pazienti con OA del ginocchio, il dolore, la disabilità e l'instabilità costituivano i sintomi principali riferiti; i principali interventi terapeutici erano rappresentati dalla terapia orale (90%), terapia fisica (62%), ausili e interventi adattativi al terzo posto (58%). Chirurgia, terapia orale ed iniezioni intraarticolari venivano percepiti come gli interventi più efficaci¹⁷.

In una indagine conoscitiva mediante questionario svolto dal Centro di Riabilitazione Jan van Breemen di Amsterdam, il 49% dei pazienti con RA ed il 44% dei pazienti con OA (410 soggetti eleggibili su un database di 6.500) posseggono un ausilio (bastone,

canadesi, deambulatore, scarpe ortopediche); negli artrosici il possesso correla con l'età e la disabilità, mentre nell'artrite reumatoide entrano anche fattori legati al dolore ed al grado di educazione.

Il 30% dei soggetti non li usa. L'uso nel tempo correla positivamente con l'età, la maggior intensità del dolore, maggior disabilità, maggiore rigidità mattutina ed una migliore valutazione dell'utilità dell'ausilio. Minor bisogno, peggioramento del quadro clinico e valutazione negativa del loro utilità costituiscono fattore negativo che spiegano il non uso¹⁸.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Loeser RF, Shakoor N. *Aging or osteoarthritis: which is the problem?* Reum Dis Clin North Am 2003;4:653-73.
- ² Carr AJ. *Osteoarthritis Cartilage*. 1999;7:230-8.
- ³ Mannoni A, Briganti MP, Di Bari M, Ferrucci L, Costanzo S, Serni U, et al. *Studio ICARE, Dicomano*. Ann Rheum Dis 2003;62:576-8.
- ⁴ Creamer P, Lethbridge-Cejku M, Hochberg MC. *Factors associated with functional impairment in symptomatic knee osteoarthritis*. Rheumatology (Oxford) 2000;39:490-6.
- ⁵ van Baar ME, Dekker J, Lemmens JA, Oostendorp RA, Bijlsma JW. *Pain and disability in patients with osteoarthritis of hip or knee: the relationship with articular, kinematic, and psychological characteristics*. J Rheumatol 1998;25:125-33.
- ⁶ Kriegsman DM, Deeg DJ, Stalman WA. *Comorbidity of somatic chronic diseases and decline in physical functioning; the Longitudinal Aging Study Amsterdam*. J Clin Epidemiol 2004;57:55-65.
- ⁷ Hopman-Rock M, Kraaiaam FW, Bijlsma JW. *Quality of life in elderly subjects with pain in the hip or knee*. Qual Life Res 1997;6:67-76.
- ⁸ Sharma L, Cahue S, Song J, Hayes K, Pai YC, Dunlop D. *Physical functioning over three years in knee osteoarthritis: role of psychosocial, local mechanical, and neuromuscular factors*. Arthritis Rheum 2003;48:3359-70.
- ⁹ Ethgen O, Vanparijs P, Delhalle S, Rosant S, Bruyere O, Reginster JY. *Social support and health-related quality of life in hip and knee osteoarthritis*. Qual Life Res 2004;13:321-30.
- ¹⁰ Blixen CE, Kippes C. *Depression, social support, and quality of life in older adults with osteoarthritis*. Image J Nurs Sch 1999;31:221-6.
- ¹¹ Rapp SR, Rejeski WJ, Miller ME. *Physical function among older adults with knee pain: the role of pain coping skills*. Arthritis Care Res 2000;13:270-9.
- ¹² Bisschop MI, Kriegsman DM, Deeg DJ, Beekman AT, van Tilburg W. *The longitudinal relation between chronic diseases and depression in older persons in the community: the Longitudinal Aging Study Amsterdam*. J Clin Epidemiol 2004;57:187-94.
- ¹³ Warsi A, Wang PS, La Valley MP, Avorn J, Solomon DH. *Self-management education programs in chronic disease: a systematic review and methodological critique of the literature*. Arch Intern Med 2004;164:1641-9.
- ¹⁴ Robbins S, Gouw GJ, McClaran J. *Shoe sole thickness and hardness influence balance in older men*. J Am Geriatr Soc 1992;40:1089-94.
- ¹⁵ Yoshimura I, Naito M, Hara M, Zhang J. *The effect of wedged insoles on the lateral thrust of anterior cruciate ligament-insufficient knees*. Am J Sports Med 2003;31:999-1002.
- ¹⁶ Sonn U, Davegardh H, Lindskog AC, Stenn B. *The use and effectiveness of assistive devices in an elderly urban population*. Aging Clin Exp Res 1996;8:176-83.
- ¹⁷ Tallon D, Chard J, Dieppe P. *Exploring the priorities of patients with osteoarthritis of the knee*. Arthritis Care Res 2000;13:312-9.
- ¹⁸ Van der Esch M, Neijmans M, Dekker J. *Factors contributing to possession and use of walking aids among persons with rheumatoid arthritis and osteoarthritis*. Arthritis Rheum 2003;49:838-42.

