

Osteoartrosi: impatto, definizione e diversi step di trattamento

L'osteoartrosi è la forma più comune di artropatia degenerativa ed è una delle principali cause di morbidità, con limitazione nelle attività, disabilità fisica, eccesso di utilizzo di assistenza sanitaria e ridotta qualità della vita, soprattutto nei soggetti anziani. La collaborazione tra Mmg e Fisiatra, rappresenta la chiave di volta per consentire al paziente di muoversi libero dal dolore e dalle limitazioni funzionali

Lucia Pagano - Medico-Chirurgo - Specialista in Medicina Fisica e Riabilitativa- Università degli Studi "la Sapienza"

L'osteoartrosi (Oa), conosciuta più comunemente come artrosi, è una condizione cronica degenerativa che attacca la cartilagine delle articolazioni. Questo rende le stesse più rigide e dolorose. La cartilagine è infatti costituita da un materiale duro ma elastico, che "fodera" i lembi delle ossa andando a ridurre gli sfregamenti. Quando questa viene a mancare, le ossa soffrono. E con esse anche i pazienti, che progressivamente perdono autonomia e qualità della vita.

Epidemiologia

L'artrosi è la malattia in assoluto più comune dell'apparato muscolo-scheletrico e la prima patologia reumatica al mondo per numero di soggetti affetti. Sono soprattutto gli anziani a soffrire di Oa, ma non solo. Infatti, la prevalenza aumenta col progredire dell'età ed è più alta nel sesso femminile e nei soggetti obesi o in sovrappeso. Al di sotto dei quarant'anni, l'Oa è più frequente nel sesso maschile ed è solitamente secondaria a traumi. Nelle donne sono in genere più colpite le ginocchia e le mani, mentre negli uomini l'anca. L'impatto sociale della malattia è molto alto, anche con sostanziali ore di lavoro perse e di pensionamenti anticipati.

Classificazione

A seconda della causa, l'osteartrosi può essere classificata in:

- **artrosi primitiva:** quando non è riconoscibile una causa apparente; può presentarsi in forma isolata, come unica malattia in una persona altrimenti sana;
- **artrosi secondaria:** quando è possibile individuare una causa che ha determinato un danno articolare, ad esempio traumi, anomalie congenite dell'articolazione, infezioni, malattie metaboliche (es. emocromatosi, malattia di Wilson), neoplasie, artrite reumatoide, gotta, condrocalcinosi, ed altre diverse affezioni. Nella pratica clinica una distinzione netta tra artrosi primaria e artrosi secondaria è in realtà difficile. In base all'estensione della malattia, è possibile inoltre classificare l'artrosi come:
 - **artrosi localizzata o monoarticolare,** se interessa una sola articolazione, es. mani, piedi, ginocchia, anche, colonna vertebrale;
 - **artrosi diffusa o poliarticolare,** quando sono interessate sia le piccole che le grandi articolazioni, oppure sia le piccole articolazioni che la colonna vertebrale, oppure sia le grandi articolazioni che la colonna vertebrale.

Fattori di rischio

Le cause specifiche dell'artrosi non sono completamente comprese, ma esistono diversi fattori in grado di contribuire allo sviluppo di questa condizione, tra cui i seguenti:

- **invecchiamento:** è il principale fattore di rischio per l'artrosi; con il passare degli anni, la cartilagine articolare si deteriora a causa della naturale usura;
- **genetica/familiarità:** se i membri della propria famiglia hanno avuto artrosi, si potrebbe essere più inclini a svilupparla;
- **lesioni articolari:** lesioni o traumi alle articolazioni, specialmente se non guariscono correttamente, possono aumentare il rischio;
- **obesità:** il peso corporeo sovraccarica le articolazioni, in particolare quelle del ginocchio, dell'anca e della colonna vertebrale e questo aumento di pressione può contribuire all'usura precoce della cartilagine;
- **attività fisica intensa o ripetitiva:** alcune attività fisiche o lavorative, che coinvolgono movimenti ripetitivi o carichi pesanti sulle articolazioni, possono aumentare il rischio di artrosi, soprattutto se non vengono adottate misure preventive adeguate. Numerosi sport sono stati

correlati a un maggior rischio di sviluppare artrosi in certe sedi, ad esempio: i giocatori di football hanno una maggiore prevalenza di artrosi dell'anca; i ballerini professionisti hanno una prevalenza più alta di artrosi dell'anca, del ginocchio e alle articolazioni metatarso-falangee; i lottatori di judo hanno un maggior rischio di sviluppare artrosi alle mani;

- **malformazioni articolari congenite:** persone nate con malformazioni nelle articolazioni, come la displasia congenita dell'anca, hanno un rischio maggiore di sviluppare questa malattia in quelle specifiche articolazioni;

- **malattie articolari infiammatorie:** malattie come l'artrite reumatoide possono causare infiammazione nelle articolazioni, danneggiando la cartilagine e aumentando il rischio di osteoartrite;

- **altre condizioni mediche:** alcune condizioni, come l'emocromatosi, possono aumentare il rischio;

- **sezzo:** le donne hanno un rischio leggermente maggiore rispetto agli uomini di sviluppare artrosi, soprattutto dopo la menopausa, il che suggerisce un possibile ruolo degli ormoni nella progressione della malattia. È importante notare che questi fattori possono interagire in modi complessi e che la causa esatta dell'artrosi può variare da persona a persona.

Campanelli d'allarme

È fondamentale individuare tempestivamente i campanelli d'allarme dell'osteoartrosi: imparare ad ascoltare il proprio corpo è essenziale per prevenire la progressione del danno articolare e rivolgersi prontamente al medico, che intervenendo nelle fasi precoci della malattia, potrà migliorare in modo significativo il benessere e la qualità di vita del paziente. A voler riassumere in breve alcuni dei principali sintomi dell'artrosi a cui prestare particolare attenzione, il primo aspetto da non sottovalutare è il **dolore articolare**. In una fase iniziale compare solo dopo l'uso dell'articolazione interessata e tende a diminuire con il riposo. Col passare del tempo, però, il dolore può diventare continuo e disturbare anche di notte. Un secondo segnale tipico è la **rigidità** che si manifesta soprattutto al mattino o dopo essere rimasti seduti a lungo. Un altro segno caratteristico dell'artrosi è il **crepitio**, ovvero lo scricchiolio o la sensazione di fruscio che si avverte durante il movimento dell'articolazione. Questo fenomeno è dovuto al deterioramento della cartilagine e alla perdita della sua funzione di ammortizzatore. Accanto a questi campanelli si riscontra spesso una progressiva **limitazione dei movimenti**. Attività quotidiane, come salire e/o scendere le scale,

camminare per tratti più o meno lunghi, o anche solo aprire un barattolo, possono diventare difficili e avere un impatto a lungo andare invalidante sul paziente, che tenderà a isolarsi, a ridurre le sue relazioni sociali, con inevitabili conseguenze negative non solo sul soma ma anche sulla psiche. Infine, non sono da sottovalutare un eventuale **gonfiore** (indice di infiammazione acuta e riacutizzazione) e a chiosa le deformazioni articolari, causate dalla formazione di osteofiti e dal deterioramento osseo. È proprio ai primi segnali d'allarme che bisognerebbe consultare uno specialista per valutare i trattamenti più adatti. Le terapie di cui oggi disponiamo consentono la ripresa delle normali attività e rallentano, anche notevolmente, o addirittura bloccano la progressione della patologia.

Diagnosi

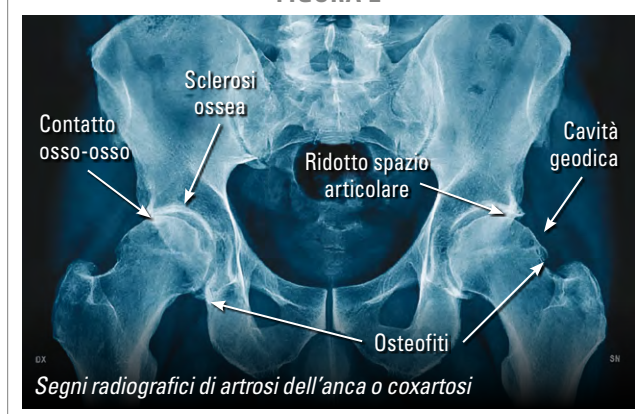
Si basa su:

- **consulto medico:** ovvero raccolta anamnestica e valutazione clinico/funzionale delle articolazioni e delle loro eventuali deformità (*figura 1*);
- **esami di imaging:** radiografie tradizionali (come esame di I livello) (*figura 2*); risonanza magnetica (Rm), ecografia, tomografia assiale computerizzata (Tac), se lo si ritiene opportuno (come esami di II livello), per visualizzare e dettagliare taluni aspet-

FIGURA 1



FIGURA 2



ti relativi allo stato delle articolazioni. Interessante sottolineare come il livello di gravità della malattia rilevata radiograficamente non correli pienamente con il dolore e la disabilità;

• **esami del sangue:** rivestono scarsa importanza nella diagnosi e nel monitoraggio dell'artrosi. In alcuni casi sono presenti alterazioni degli indici aspecifici di flogosi. Si effettuano sovente per escludere altre patologie reumatiche, ergo per la diagnosi differenziale.

Step di trattamento

È possibile intervenire tenendo conto: della causa scatenante e della gravità della lesione, nonché dalla sua estensione, dei parametri propri del paziente (come età e presenza di ulteriori patologie) e in relazione alla sede interessata. Le linee guida internazionali prevedono diversi step terapeutici, a seconda della severità della malattia, che vanno dal trattamento farmacologico con analgesici e antinfiammatori alle infiltrazioni intraarticolari con acido ialuronico, fino alla sostituzione protesica, nei casi più gravi. In parallelo, il seguire un corretto stile di vita, attraverso una dieta bilanciata (alimenti ricchi di omega-3, antiossidanti, vit. D e calcio aiutano a proteggere articolazioni e ossa), un'adeguata fisioterapia e/o un'attività fisica costante, moderata ed equilibrata contribuisce a migliorare il benessere delle articolazioni.

➤ Trattamento farmacologico

Nell'artrosi non esiste un farmaco ideale, anche se taluni Fans ricoprono un ruolo centrale. La scelta deve sempre essere personalizzata, con particolare attenzione al soggetto anziano, e va sempre intesa come un momento di eventuale supporto sintomatico.

➤ Trattamento infiltrativo intra-articolare

Le infiltrazioni di acido ialuronico (visco-supplementazione), consistono

nell'iniettare acido ialuronico direttamente nell'articolazione colpita. Questo procedimento: ripristina la lubrificazione naturale, aggiungendo una barriera protettiva che riduce l'attrito tra le superfici articolari; riduce il dolore e l'infiammazione, migliorando l'assorbimento degli urti; favorisce la mobilità articolare, permettendo un movimento più fluido, riducendo la sensazione di rigidità. Le infiltrazioni di acido ialuronico sono estremamente efficaci e quindi consigliate soprattutto alle persone con osteoartrosi lieve o moderata, perché quando la cartilagine è ancora presente, l'acido ialuronico può dare un buon supporto per prevenire ulteriori danni. Ma anche in coloro che non rispondono alle terapie convenzionali, ossia non trovano sollievo con antidolorifici, Fans o fisioterapia, nei pazienti che desiderano evitare la chirurgia, consapevoli che un intervento chirurgico dovrebbe essere sempre e comunque considerato una ultima spiaggia. L'infiltrazione intra-articolare di acido ialuronico rappresenta una valida alternativa all'intervento chirurgico, considerato che in una altissima percentuale di casi risolve le criticità del paziente con Oa.

➤ Alimentazione

Adottare una dieta anti-infiammatoria è risultata essere una strategia utile. Così come, nelle forme non avanzate, ha dimostrato la sua efficacia il ricorso alla integrazione con i condroprotettori.

➤ Rieducazione motoria

Esercizi mirati possono migliorare la flessibilità, l'articolarietà, il tono e la forza muscolare, riducendo lo stress sulle articolazioni colpite.

➤ Interventi chirurgici

Nei casi avanzati, solo se veramente indispensabile e necessario, si può ricorrere a interventi chirurgici, ad esempio di sostituzione articolare protesica, per migliorare la funzionalità e ridurre il dolore, previo consenso informato e consapevoli delle complicanze che possono insorgere durante l'intervento, e nel post intervento a breve, medio o lungo termine.

L'importanza della collaborazione tra il Mmg e il Medico fisiatra

È importante sensibilizzare i Mmg e i fisiatra sulla necessità di promuovere percorsi diagnostico-terapeutici condivisi, oltre che appropriati, che coinvolgano, se lo si ritiene opportuno, più specialisti nella presa in carico del paziente, tra cui il reumatologo, il fisioterapista, il terapeuta occupazionale, l'infermiere, il nutrizionista, l'ortopedico. Per valutare l'entità, l'evoluzione della malattia o l'efficacia individuale degli interventi farmacologici o di riabilitazione potrebbe essere utile il ricorso a talune scale di valutazione, tipo la Womac e la Vas, entrambi somministrabili sia nell'ambulatorio del Mmg che in quello fisiatrico.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- Martel-Pelletier J, et al. Osteoarthritis. Nat Rev Dis Primers 2016; 2: 16072.
- Reyes C, et al. Association Between Overweight and Obesity and Risk of Clinically Diagnosed Knee, Hip, and Hand Osteoarthritis: A Population-Based Cohort Study Arthritis Rheumatol 2016; 68(8):1869-75.
- Novakov V, et al. Polymorphism rs143384 GDF5 reduces the risk of knee osteoarthritis development in obese individuals and increases the disease risk in non-obese population Arthroplasty 2024; 6(1): 12.
- Beckmann NM, Villamaria EE. Interventional Therapies for Osteoarthritis: An Update AJR Am J Roentgenol 2022; 219(6): 929-939.
- Richette P, Latourte A. Osteoarthritis: value of imaging and biomarkers. Rev Prat 2019; 69(5): 507-509.
- Walsh PJ, Walz DM. Imaging of Osteoarthritis of the Hip. Radiol Clin North Am 2022; 60(4): 617-628.
- De Sola H, et al. Prevalence of diagnosed and undiagnosed osteoarthritis and associated factors in the adult general Spanish population. Aten Primaria 2024; 56(8): 102930.
- Brinkman N, et al. A New Measure of Quantified Social Health Is Associated With Levels of Discomfort, Capability, and Mental and General Health Among Patients Seeking Musculoskeletal Specialty Care. Clin Orthop Relat Res 2025; 483(4): 647-663.
- Schäfer M, Dreinhöfer K. Sports and osteoarthritis Z Rheumatol 2009; 68(10): 804-10.
- Küçükdeveci AA. Rehabilitation interventions in osteoarthritis. Best Pract Res Clin Rheumatol 2023; 37(2): 101846.
- Bierma-Zeinstra S, et al. Nonpharmacological and nonsurgical approaches in Oa. Best Pract Res Clin Rheumatol 2020; 34(2): 101564.
- Santos MM, et al. Devices for osteoarthritis symptoms treatment: a patent review. Expert Rev Med Devices 2024; 21(1-2): 91-107.