

La disabilita' da patologia osteoarticolare

G. Crepaldi (Padova)

La prevalenza dell'artrosi è in aumento in tutto il mondo. Nonostante il miglioramento terapeutico, l'outcome di questa patologia è spesso molto pesante in termini di morte, morbilità e disabilità. Una delle cause principali di disabilità è rappresentata dalla patologia osteoarticolare. Tra le patologie croniche dell'anziano l'osteoartrosi è la più frequente.

La prevalenza dell'artrosi è in aumento in tutto il mondo. Nonostante il miglioramento terapeutico, l'outcome di questa patologia è spesso molto pesante in termini di morte, morbilità e disabilità. Una delle cause principali di disabilità è rappresentata dalla patologia osteoarticolare. Tra le patologie croniche dell'anziano l'osteoartrosi è la più frequente. Lo studio PRO.V.A. condotto su 3.000 ultra65enni a Padova e Rovigo studia le prevalenze delle varie patologie ed è mirato ad individuare le varie cause di disabilità fisica. Lo studio fornisce i primi dati di prevalenza sull'osteoartrosi nell'anziano in Italia. La prevalenza dell'artrosi del ginocchio è di circa il 30% nelle donne ultra65enni e del 15% nei maschi. Anche l'artrosi dell'anca è a prevalenza elevata (15% nelle donne e 8% negli uomini). L'impatto sulla disabilità è enorme. L'artrosi del ginocchio da sola spiega il 15% delle difficoltà nella marcia. Lo studio ESPO è il primo in Italia sulla prevalenza di osteoporosi ed osteopenia. E' stato condotto su 15.000 soggetti. Nelle donne dai 40 anni in su la prevalenza di osteoporosi è del 23% ma se si considera anche l'osteopenia si osserva come i 2/3 delle donne sono affette da turbe del metabolismo osseo. Nel gruppo dai 70 ai 79 anni oltre il 45% delle donne è osteoporotico e quindi a rischio di frattura. Per quanto riguarda gli uomini l'osteoporosi ha una prevalenza del 15% nel gruppo dai 60 agli 80 e considerando anche l'osteopenia si osserva che il 50% degli uomini presenta turbe del metabolismo osseo. In tutto il mondo le fratture del femore sono in aumento. Il loro impatto sulla disabilità è importante: circa il 60% riprende a camminare come prima della frattura, il 20% resta incapace a camminare. L'impatto si riflette anche sull'indipendenza alle ADL. Solo un paziente su tre riconquista la sua autosufficienza in quest'ambito. Fra i fattori predittivi di disabilità vi sono l'età avanzata,

il disturbo cognitivo, la disabilità fisica pre-frattura, l'istituzionalizzazione dopo il ricovero. Fondamentale è lo stato funzionale prima della frattura: se l'individuo prima della frattura era indipendente, solo il 74% torna alla sua indipendenza. La frattura di femore aumenta la mortalità che è particolarmente spiccata nel primo anno dalla frattura stessa (fino al 20%). L'aumento di mortalità si verifica anche riguardo le fratture vertebrali. Le conseguenze cliniche delle fratture vertebrali comprendono il dolore vertebrale cronico, legato quasi sicuramente ad una spondiloartrosi secondaria, una perdita di peso per il precoce senso di sazietà dovuto alla protrusione addominale; c'è inoltre una riduzione dei volumi polmonari, ma soprattutto una perdita dell'autostima ed un importante grado di depressione. All'aumentare delle fratture vertebrali c'è un aumento degli outcome negativi ad esse associate. Vi è una riduzione della qualità della vita ma anche una riduzione delle capacità funzionali come uno spiccato calo della capacità vitale. La presenza delle fratture vertebrali condiziona inoltre l'occorrenza di nuove fratture. La gestione del paziente osteoporotico comprende l'identificazione dei soggetti a rischio e l'immediata correzione del rischio. In prima istanza vi è un primo approccio non farmacologico che prevede l'aumento degli introiti di calcio e vitamina D, l'astensione dal fumo, l'esercizio fisico. La terapia farmacologica comprende la somministrazione di calcio e vitamina D. Vi sono poi gli estrogeni il cui uso comporta la riduzione di 1/3 delle fratture. Tra i clinical outcomes vi è però il dato drammatico dell'aumento del tumore della mammella del 25%, un aumento del 30% degli episodi coronarici, del 40% dello stroke, più del 5% delle trombosi venose profonde. Oggi abbiamo a disposizione dei modulatori selettivi dei recettori estrogenici (SERM) che determinano un'azione positiva sullo scheletro. I difosfonati sono gli altri farmaci che frequentemente usiamo. Questi farmaci rappresentano il primo impatto nella terapia e nella prevenzione. Vi è una riduzione del rischio di frattura in tutti i pazienti che fanno uso di alendronato. L'effetto dell'alendronato sulle fratture vertebrali è confermato in tutti gli studi. Per quanto riguarda l'utilizzo della dose una volta la settimana i dati sono sovrapponibili. Il risedronato offre delle aspettative particolarmente interessanti. Vi è una riduzione anche del rischio delle fratture non vertebrali con risultati positivi già a 6 mesi. Vi sono dati importanti

anche sulla frattura di femore e di anca. Anche il risedronato permette un dosaggio di una volta la settimana con un aumento della densità ossea del 4% in tutti gli studi. Un grosso problema resta quello della mancanza di un'adeguata compliance nell'assunzione del farmaco.