



Attuali indicazioni alla terapia infiltrativa delle articolazioni artrosiche

Current indications for infiltration therapy of arthritic joints

Annarita Saponara

SIMG Potenza

Conflitto di interessi

L'Autore dichiara nessun conflitto di interessi.

How to cite this article:

Attuali indicazioni alla terapia infiltrativa delle articolazioni artrosiche
Rivista SIMG 2024;31 (03):56-58.

© Copyright by Società Italiana dei Medici di Medicina Generale e delle Cure Primarie.



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

ABSTRACT L'osteoartrosi (OA) è la più frequente causa di dolore cronico muscolo-scheletrico e di disabilità. L'OA riconosce numerosi meccanismi patogenetici e si caratterizza per un graduale assottigliamento, fino alla perdita, della cartilagine ialina articolare, con infiammazione e degenerazione di tutti i tessuti articolari.

Nell'ambito della terapia multimodale dell'OA che comprende approcci comportamentali, farmacologici e chirurgici, la terapia infiltrativa è oggi, da sola o in associazione ad altri medicinali, largamente utilizzata in tutte le fasi della malattia, con l'obiettivo di rallentarne la progressione e ridurre dolore e deficit funzionale. Tra i farmaci raccomandati, seppur con livelli di evidenza molto differenti, i cortisonici hanno dimostrato efficacia prevalentemente nel trattamento del dolore nocicettivo ricorrente, tipico dell'OA avanzata e delle sinoviti con o senza versamento articolare. L'acido ialuronico, non supportato però da tutte le linee-guida, ha indicazione per l'effetto viscosupplementativo e viscoinduttivo, con poche controindicazioni e con potenza che dipende da peso molecolare e formulazione. In relazione alle indicazioni e controindicazioni alla terapia infiltrativa e alla scelta del farmaco, oggi diventa molto importante la valutazione complessiva, anamnestica-clinica-radiologica, del paziente con OA che permette di volta in volta di adattare l'infiltrazione al profilo del singolo paziente.

Osteoarthritis (OA) is the most frequent cause of chronic musculoskeletal pain and disability. OA recognizes numerous pathogenetic mechanisms and is characterized by a gradual thinning, up to the loss, of the hyaline articular cartilage, with inflammation and degeneration of all joint tissues. As part of the multimodal therapy of OA which includes behavioral, pharmacological and surgical approaches, infiltrative therapy is today, alone or in association with other medications, widely used in all phases of the disease, with the aim of slowing down its progression and reduce pain and functional deficit. Among the recommended drugs, albeit with very different levels of evidence, cortisone has demonstrated efficacy mainly in the treatment of recurrent nociceptive pain, typical of advanced OA and synovitis with or without joint effusion. Although not supported by all guidelines, hyaluronic acid is indicated for its viscosupplementative and viscoinductive effect, with few contraindications and with potency that depends on molecular weight and formulation. In relation to the indications and contraindications to infiltrative therapy and the choice of the drug, today the overall anamnestic-clinical-radiological evaluation of the patient with OA becomes very important, which allows the infiltration to be adapted from time to time according to the profile of the individual patient.

INTRODUZIONE

L'osteoartrosi (OA) è la malattia cronica articolare più diffusa al mondo e la causa principale di dolore muscolo-scheletrico e disabilità. Secondo le stime italiane il 14.7% degli uomini e il 22.9% delle donne sopra i 60 anni sono affette da OA sintomatica con un picco di prevalenza tra gli ultra-85enni (F 62.6 % vs M 50.0%)¹. L'OA può interessare tutte le articolazioni sinoviali, anche se predilige le sedi in sovraccarico e le più frequentemente coinvolte sono ginocchio e rachide e a seguire anca e mani.

Patogenesi dell'osteoartrosi

L'OA è una condizione evolutiva caratterizzata dall'assottigliamento, fino alla perdita, del tessuto cartilagineo come conseguenza dello squilibrio fra sintesi e degradazione della cartilagine, con progressiva di-

struzione di tutti i tessuti articolari. Nel suo processo fisiopatologico entrano in gioco anche sinovia e tessuto osseo con le loro tipiche alterazioni prima infiammatorie, poi strutturali e degenerative, responsabili dei sintomi ed evidenziate alla clinica e all'imaging.

In primis sono coinvolti i condrociti che fisiologicamente sintetizzano, in risposta a stimoli meccanici e biochimici, i componenti viscoelastici della matrice extracellulare (MEC: collagene, proteoglicani e acqua) che insieme ai condrociti formano la cartilagine ialina di rivestimento delle articolazioni. A causa di sollecitazioni biomeccaniche (macrotraumi, microtraumi ripetuti, eccesso ponderale, male-allineamento articolare) e fattori di rischio legati sia all'età che allo stile di vita, la cartilagine mostra fessurazioni, neovascolarizzazione e aree di necrosi focale e si instaura una cascata condropenica; aumenta il rilascio di metalloproteina-

si che degradano la MEC e di altri segnali pro-infiammatori e catabolici che amplificano i processi di danno condrale e degenerazione articolare.² Inoltre nell'artrosi e in generale con l'avanzare dell'età, si riducono sia il peso molecolare che la concentrazione dell'acido ialuronico (AI), che svolge azione protettiva, ammortizzante e lubrificante nella membrana sinoviale, nella cartilagine e nel liquido sinoviale. Un'altra caratteristica peculiare dell'OA è la sinovite caratterizzata da ipervascolarizzazione e iperplasia sinoviale associate al versamento intrarticolare, responsabile della tumefazione articolare e delle riacutizzazioni dei sintomi. Questi fenomeni patogenetici spiegano rigidità articolare, deficit di movimento e dolore tipici dell'OA. In particolare, il dolore ha origine mista e andamento tipicamente ondulatorio: su un dolore cronico, persistente, di tipo meccanico-strutturale, dovuto al danno condrale e subcondrale, si innescano meccanismi di tipo infiammatorio, che spiegano le riacutizzazioni del dolore nocicettivo, sempre più frequenti nelle fasi evolute.

Dalle LINEE GUIDA alla pratica clinica: quando e perché la terapia infiltrativa

La gestione clinica dell'OA contempla sia un approccio non farmacologico (fisioterapia, tutori, calo ponderale, stile di vita sano) che farmaci, sistemici e locali, come analgesici, FANS, condroprotettori e iniezioni intrarticolari fino ad arrivare, se falliscono le terapie conservative, all'artroprotesi. L'obiettivo terapeutico è ridurre la sintomatologia ma anche, se possibile, rallentare la progressione della malattia. Per tali scopi è molto importante personalizzare la gestione del paziente con OA, attraverso una scelta ragionata e sartoriale delle terapie, anche e soprattutto infiltrative, che non sono tutte uguali e hanno caratteristiche e indicazioni diverse tra loro.

A. Infiltrazioni di corticosteroidi

I corticosteroidi sono potenti armi farmacologiche nell'OA, con nota efficacia e relativa sicurezza. I corticosteroidi di sintesi agiscono imitando gli effetti antinfiammatori del cortisolo, con potenze maggiori e con una più lunga durata d'azione. Il loro impiego allevia il dolore, perché sopprimono momentaneamente l'infiammazione e migliorano la mobilità articolare, permettendo anche di ridurre le dosi di analgesici e antinfiammatori per via sistemica. Nello specifico, contrastano l'aumento degli enzimi condrolitici, riducono i livelli di TNF-alfa, IL-1 e IL-6, diminuiscono l'afflusso ematico sinoviale, riducono il numero di linfociti, macrofagi e mastociti e l'effetto di molti mediatori dell'infiammazione che sostengono il dolore nocicettivo. In tal modo riducono l'infiammazione nei tessuti sinoviali e quindi la produzione di liquido intrarticolare tipica della sinovite.³ I corticosteroidi hanno un'azione sulla cartilagine articolare dose- e tempo-dipendente: protettiva a basse dosi, degenerativa a dosaggi più alti e ripetuti nel tempo. Hanno mostrato anche di ridurre il numero e l'entità di osteofiti e di lesioni cartilaginee.⁴

La durata del loro effetto è inversamente proporzionale alla solubilità della molecola e varia a seconda della dose, della durata e del grado di infiammazione articolare e dell'accuratezza dell'infiltrazione. I principi attivi più frequentemente adoperati sono il metilprednisolone acetato e il triamcinolone acetone; quest'ultimo ha una bassissima solubilità in acqua e permane nel liquido sinoviale per un periodo più lungo rispetto agli altri steroidi.⁵

Le attuali LG dell'ACR (American College of Rheumatology) suggeriscono, con gradi di raccomandazione differenti, i corticosteroidi intrarticolari per l'analgesia nel breve termine (1-4 settimane), condizionatamente alla frequenza delle infiltrazioni (consigliati

con cautela), per la relativa condrolesività, alle comorbidità dei pazienti e alle controindicazioni.⁶ (Tabella 1)

A causa del beneficio transitorio e temporaneo e poiché la risposta clinica è molto individuale, potrebbe essere necessario ripetere le iniezioni di corticosteroidi e alcuni autori suggeriscono un intervallo di almeno 2-3 settimane tra le prime due infiltrazioni e un intervallo di almeno 6 settimane se è necessario ripetere l'infiltrazione nella stessa sede, con l'indicazione comunque a non superare le tre infiltrazioni in un anno nella stessa articolazione.⁵

Nel 2023 l'EULAR (*European Alliance of Associations of Rheumatology*) conferma l'uso degli steroidi intrarticolari nell'esacerbazione acuta del dolore al ginocchio, soprattutto se accompagnato da versamento.⁷

B. Infiltrazioni di acido ialuronico

I benefici delle infiltrazioni di prodotti a base di AI dipendono sostanzialmente da due meccanismi: un effetto meccanico-strutturale e di viscosupplementazione (l'AI lubrifica le superfici cartilaginee e rende il fluido articolare in grado di assorbire gli stress meccanici articolari) e un effetto omeostatico di viscoinduzione (ripristino dell'omeostasi intrarticolare stimolando anche la produzione endogena di AI).⁸

Le principali LG internazionali, tra cui quelle dell'EULAR e dell'ESCEO (*European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis*) suggeriscono che la terapia intra-articolare con AI è indicata, per la gonartrosi, in tutti i sottogruppi, indipendentemente dalle comorbidità associate, nei pazienti sintomatici che non hanno risposto a terapia non farmacologica e/o analgesica, con un effetto vantaggioso soprattutto nei pazienti in cui i FANS siano controindicati o siano risultati inefficaci.

Ci sono buone prove cliniche che le iniezio-

Tabella 1 - Comuni indicazioni e controindicazioni ad eseguire iniezioni intra-articolari di corticosteroidi

INDICAZIONI	CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE	CONTROINDICAZIONI RELATIVE
<ul style="list-style-type: none"> • Artropatia infiammatoria • Artropatia degenerativa • Infiammazione di tessuti molli e borse 	<ul style="list-style-type: none"> • Sepsis locale o intra-articolare • Lesioni cutanee nel sito di iniezione • Fratture e instabilità ossee • Rotture legamentose • Coagulopatie 	<ul style="list-style-type: none"> • Protesi articolari • Severa osteoporosi • Tre iniezioni nell'anno precedente o meno di due settimane

Adattato da⁵

