

OSPEDALE EVANGELICO INTERNAZIONALE

Dipartimento Personale e Affari Generali
Ufficio Formazione ed Aggiornamento

**Gli arti superiori ed inferiori
Trattamento delle comuni patologie**

***L'ARTROPROTESI D'ANCA OGGI
fra certezze e nuove prospettive***

Con il
patrocinio
della



***Quando il reumatologo deve
“passare la mano”***

Giuseppe Girasole

*U.O. di Reumatologia “La Colletta”
Arenzano (Ge)*



Regione Liguria

AZIENDA SANITARIA GENOVESE

3

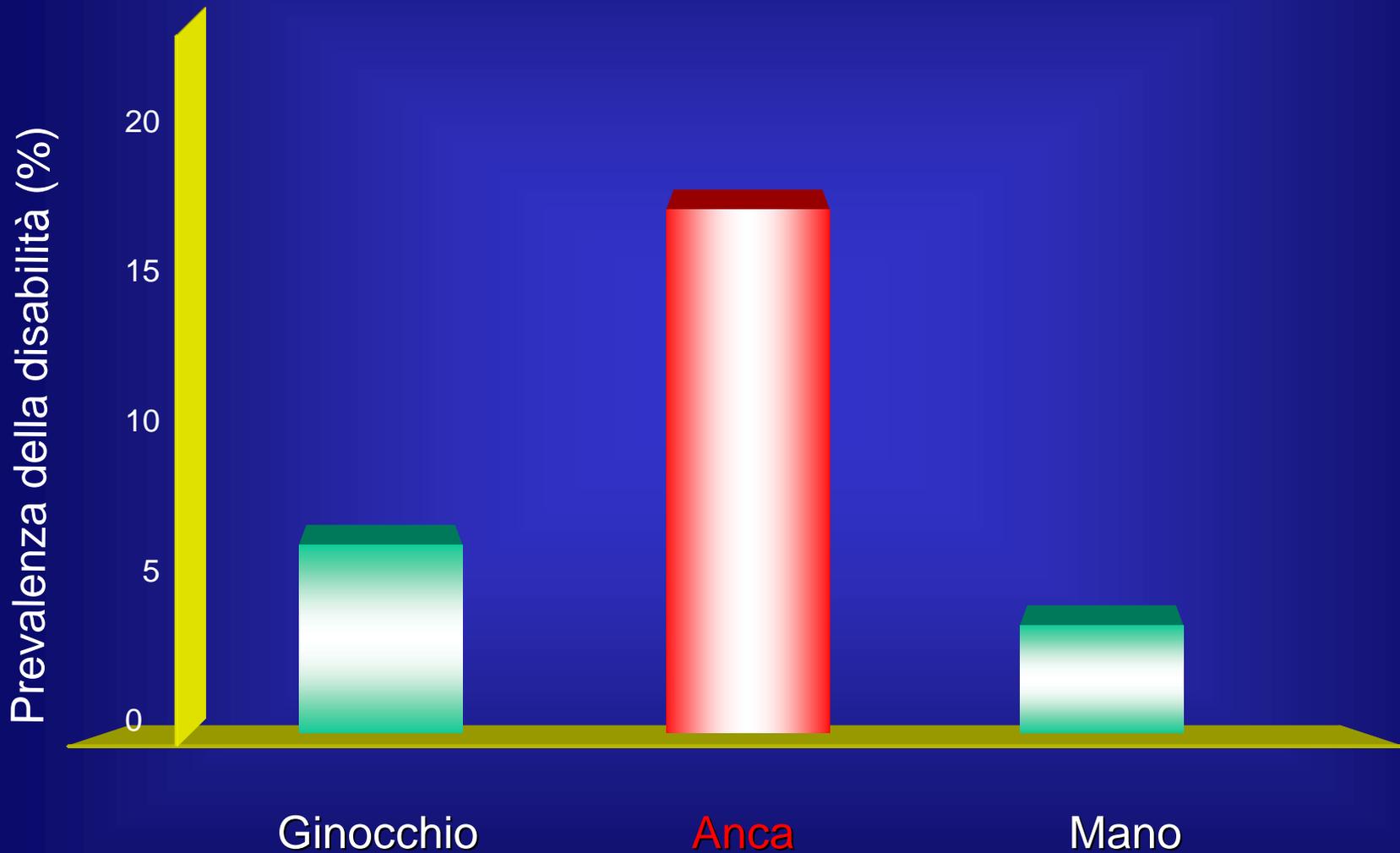
CLASSIFICAZIONE DELLE MALATTIE REUMATICHE

1. Malattie del tessuto connettivo (LES, SSc, SS, PM, Overlap, Vasculiti)
2. Artropatie infiammatorie (AR, Spondiloartriti)
3. Malattie articolari degenerative artrosiche (primarie e secondarie)
4. Artriti associate ad agenti infettivi (dirette, reattive)
5. Artropatie metaboliche (artriti da microcristalli, da deposito)
6. Reumatismi extraarticolari (diffusi e localizzati)
7. Malattie dell'osso (m. di Paget, osteoporosi)
8. Sindromi neurologiche e neurovascolari (compressione, osteonecrosi della testa femorale)
9. Neoplasie e sindromi paraneoplastiche
10. Manifestazioni reumatiche in corso di altre malattie
11. Miscellanea (Fen. di Raynaud, sarcoidosi, epatiti croniche autoimmuni...)

CLASSIFICAZIONE DELLE MALATTIE REUMATICHE

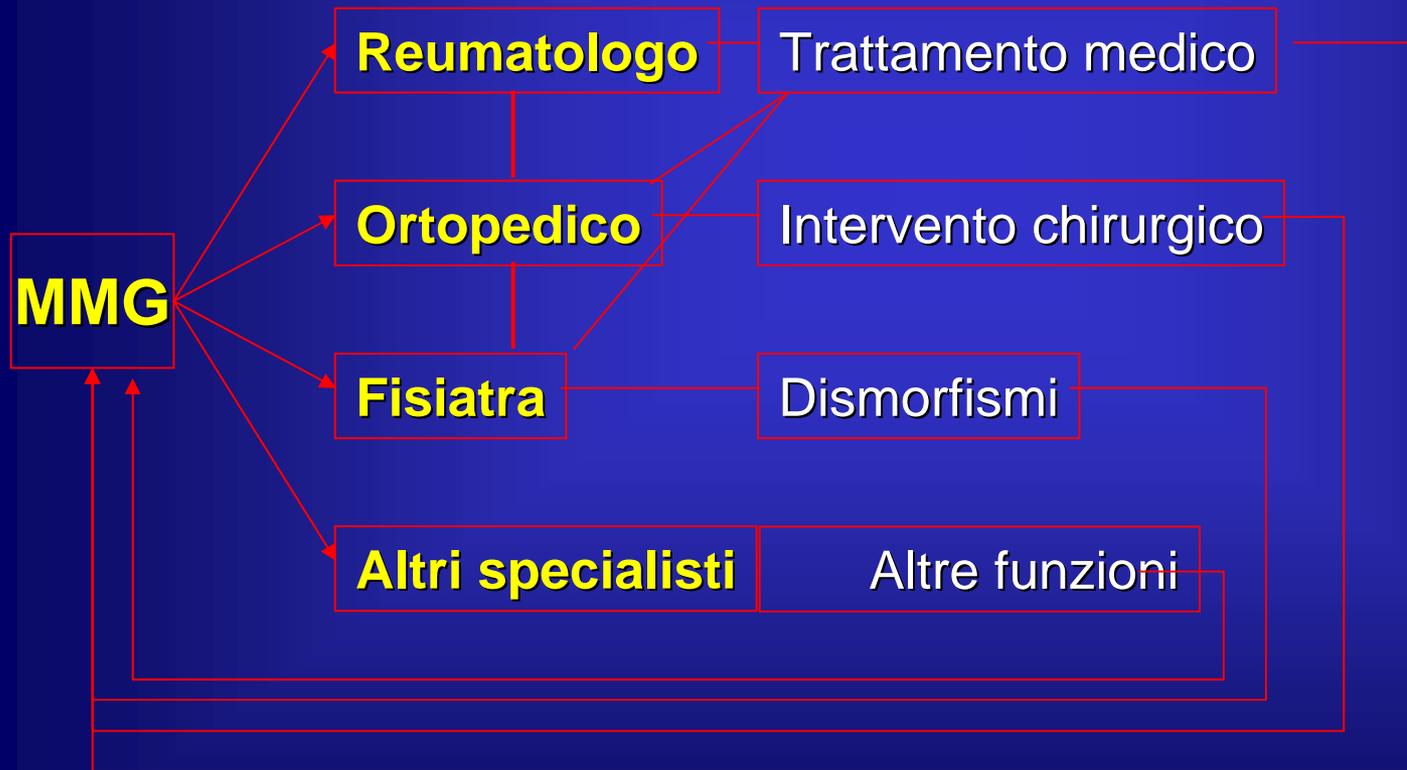
1. Malattie del tessuto connettivo (LES, SSc, SS, PM, Overlap, Vasculiti)
2. Artropatie infiammatorie (AR, Spondiloartriti)
3. Malattie articolari degenerative artrosiche (primarie e secondarie)
4. Artriti associate ad agenti infettivi (dirette, reattive)
5. Artropatie metaboliche (artriti da microcristalli, da deposito)
6. Reumatismi extraarticolari (diffusi e localizzati)
7. Malattie dell'osso (m. di Paget, osteoporosi)
8. Sindromi neurologiche e neurovascolari (compressione, osteonecrosi della testa femorale)
9. Neoplasie e sindromi paraneoplastiche
10. Manifestazioni reumatiche in corso di altre malattie
11. Miscellanea (Fen. di Raynaud, sarcoidosi, epatiti croniche autoimmuni...)

COXARTROSI E DISABILITA'



Iter diagnostico

*“... a chi spetta la diagnosi?
... a chi spetta la gestione del paziente?”*



La diagnosi di Coxartrosi

Criteri clinici

Dolore per più giorni nel mese precedente

Crepitio al movimento attivo

Rigidità a risveglio < 30m'

Criteri radiologici

Osteofitosi

Riduzione dello spazio articolare

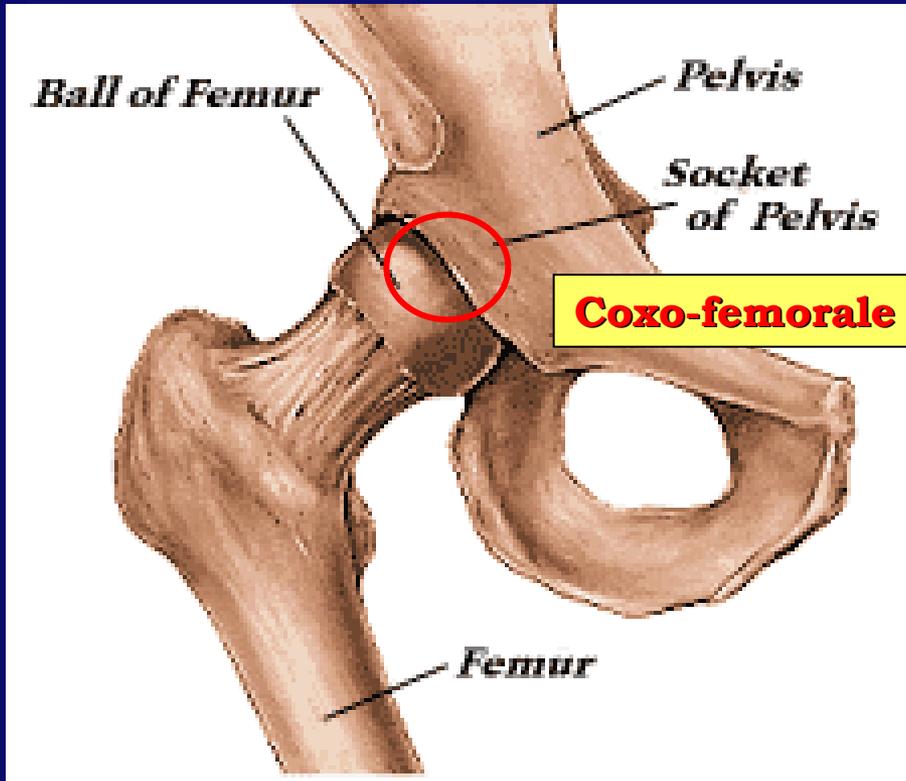
Criteri laboratoristici

Caratteri del liquido sinoviale

VES < 20 mm/h

Età > 38-40 anni

Coxartrosi



- Dolore sotto carico
- Irradiazione a inguine e gluteo
- Rigidità
- Ipotrofia quadricipite
- Zoppia
- Limitata rotazione interna
- Contrattura in flessione
- Borsite trocanterica

Criteria classificativi ACR:

Dolore + 2 dei seguenti criteri:

- VES < 20 mm\Hg
- osteofiti femorali o acetabolari
- riduzione radiologica dello spazio articolare

Altman RD et al. Arthritis Rheum 1991; 34: 505-14

CLASSIFICAZIONE

KELLEGREN – LAWRENCE

(riduzione rima articolare, osteofiti, geodi)

I° grado



- Dubbia riduzione della rima articolare
- Osteofiti minuti, dubbio significato

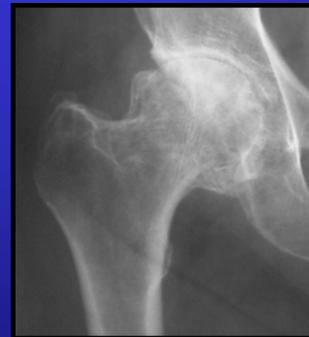
II° grado



- Osteofiti definiti,
- Riduzione della rima articolare

- Osteofitosi multipla moderata
- Sclerosi parziale subcondrale
- Riduzione della rima articolare ben definita

III° grado



- Grandi osteofiti
- Marcata riduzione della rima articolare
- Sclerosi dell'osso subcondrale
- Deformità dei contorni ossei

IV° grado



Coxartrosi:

L'identificazione di segni precoci
consente un
tempestivo intervento per
impedire la progressione della malattia

Vantaggi:

- controllo efficace del dolore
- conservare la funzionalità articolare e migliorare la qualità di vita
- arrestare \ rallentare l'iter evolutivo

Indici per la valutazione clinica dell'Artrosi

Valutazione del dolore

- VAS (Scala Analogica Visiva)
- Womac

Valutazione della disabilità funzionale

- Womac
- Valutazione del paziente
- Questionari per valutare lo stato di salute

OBIETTIVI DELLA TERAPIA

- **Educazione del paziente:**

comprendere l'importanza della malattia

- **controllo della sintomatologia:**

riduzione del dolore e della rigidità

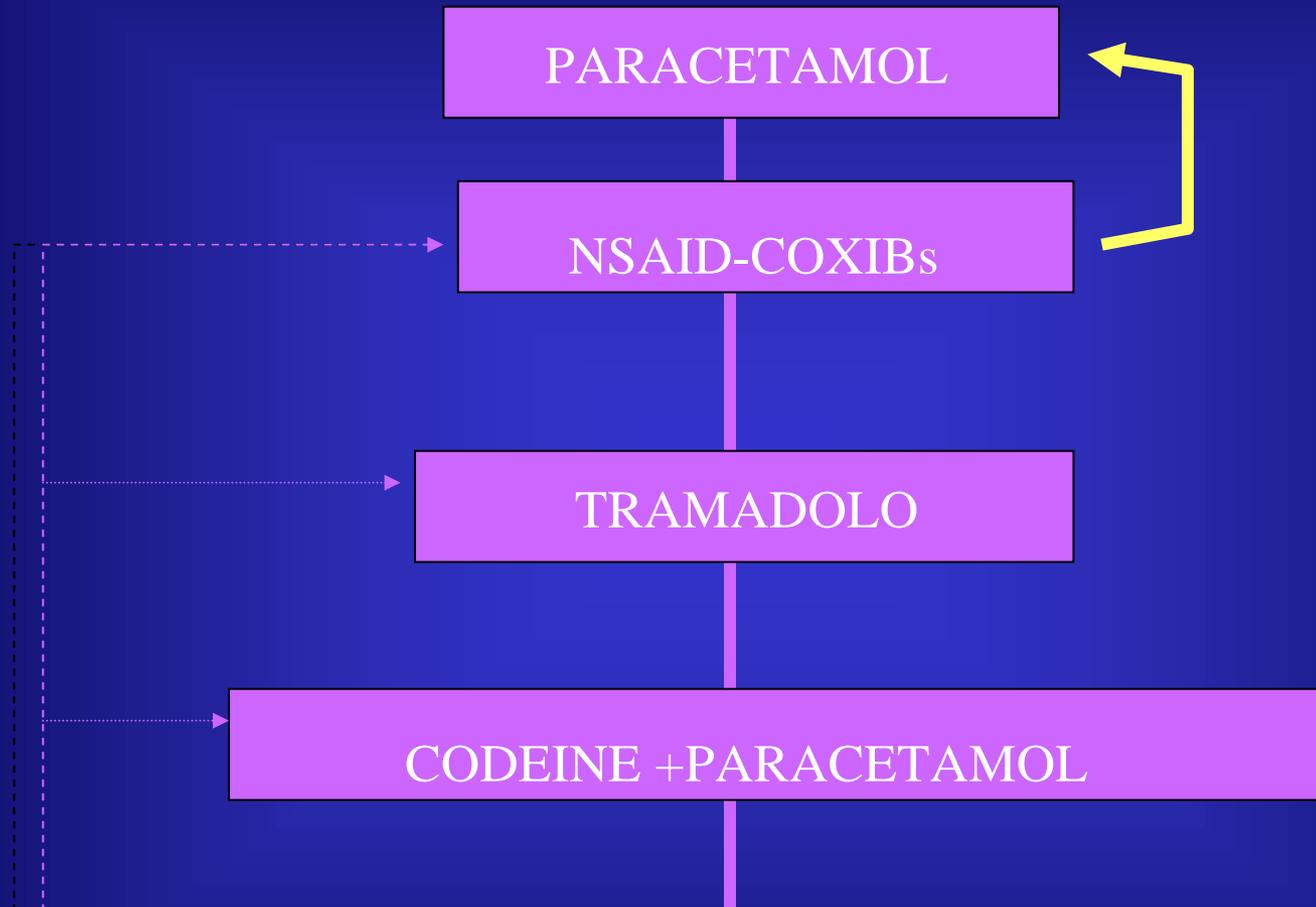
- **riduzione della disabilità:**

impostare programmi fisioterapici

- **controllo dell'evoluzione:**

evitare ogni fattore aggravante

GUIDELINES FOR MEDICAL TREATMENT OF OA (ACR & EULAR 2008)



INTRAARTICULAR HYAURONIC ACID OR CORTICOSTEROIDS INJECTIONS

Acetaminophen (paracetamol) (up to 3 g/day) can be an effective initial oral analgesic for treatment of mild to moderate pain in patients with knee or hip OA.

SOR	LoE	ES	CONSENSUS
92	I - IV	+ / ++	77



In patients with symptomatic hip or knee OA, non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) should be used at the lowest effective dose but their long-term use should be avoided if possible.

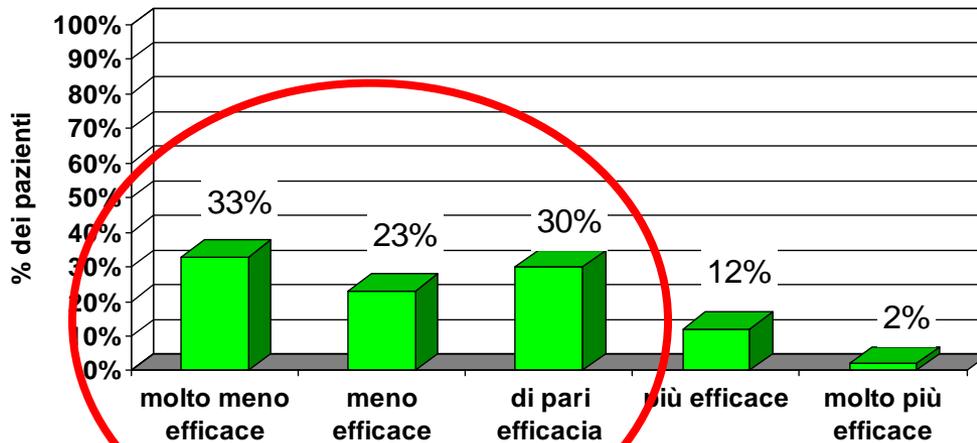
SOR	LoE	ES	CONSENSUS
100	I	++	93



SOR = STRENGTH OF RECOMMENDATION %
 LoE = LEVEL OF EVIDENCE= I II III IV
 ES= EFFECT SIZE FOR PAIN RELIEF:
 LEVEL OF CONSENSUS %

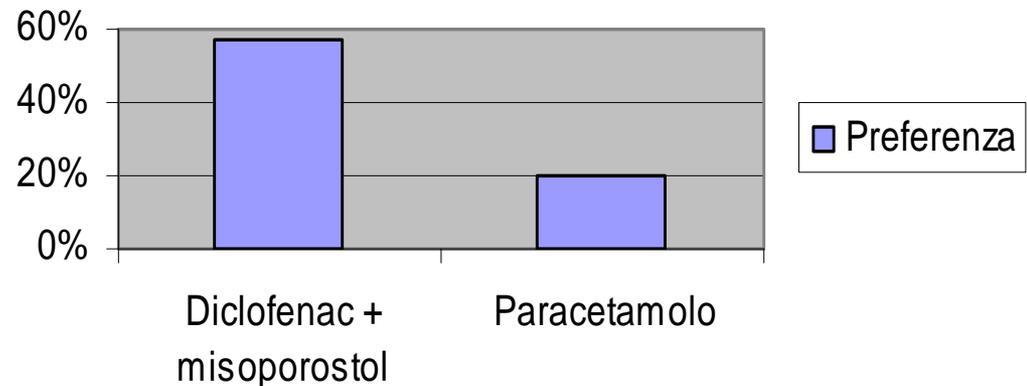
Giudizio di “preferenza”

PARACETAMOLO versus FANS



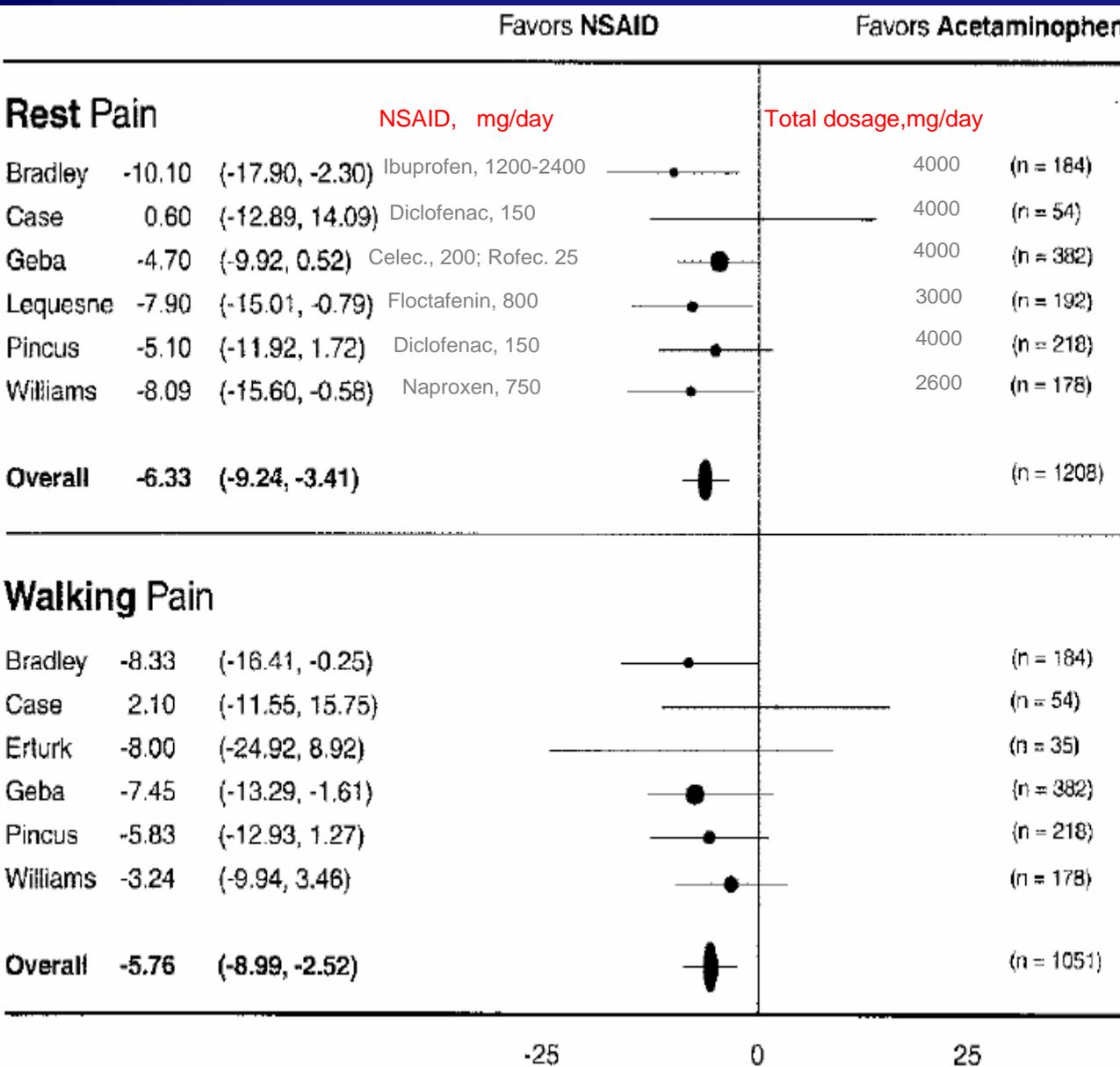
Dougados M, 2001

Preferenza



Pincus et al, 2001

A Comparison of the Efficacy of Nonsteroidal Anti-inflammatory agents Versus Acetaminophen in the Treatment of symptomatic Knee and Hip Osteoarthritis: A Meta-Analysis



Il controllo del dolore nella coxartrosi

- Linee guida EULAR – 2008
 - il paracetamolo è la prima scelta (fino a 3 gr/die), mentre i FANS, alle dosi efficaci minori e per il più breve tempo possibile, devono essere presi in considerazione in associazione o nei pazienti non responsivi al paracetamolo
 - Nei pazienti con rischio gastrointestinale dovranno essere utilizzati FANS non selettivi associati a gastroprotettori oppure inibitori selettivi delle COX-2
 - Gli analgesici oppioidi con o senza paracetamolo possono rappresentare farmaci di supporto nei pazienti in cui i FANS o COXIB sono controindicati, inefficaci e/o scarsamente tollerati

Terapia farmacologica

1. Symptom Modifying Drugs in OA

- Analgesici
- Fans tradizionali
- Coxib

Fast-acting

2. Structure Modifying Drugs in OA?

- Condroitin solfato
- Glucosamina solfato
- Diacereina
- Acido ialuronico

Slow-acting

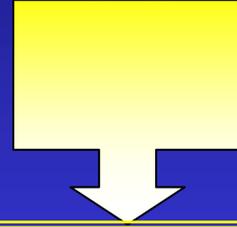
Syntom MD



Ac Jaluronico



Structur MD



Funzione di: - filtro

- visco-elastica (ammortizzatore)

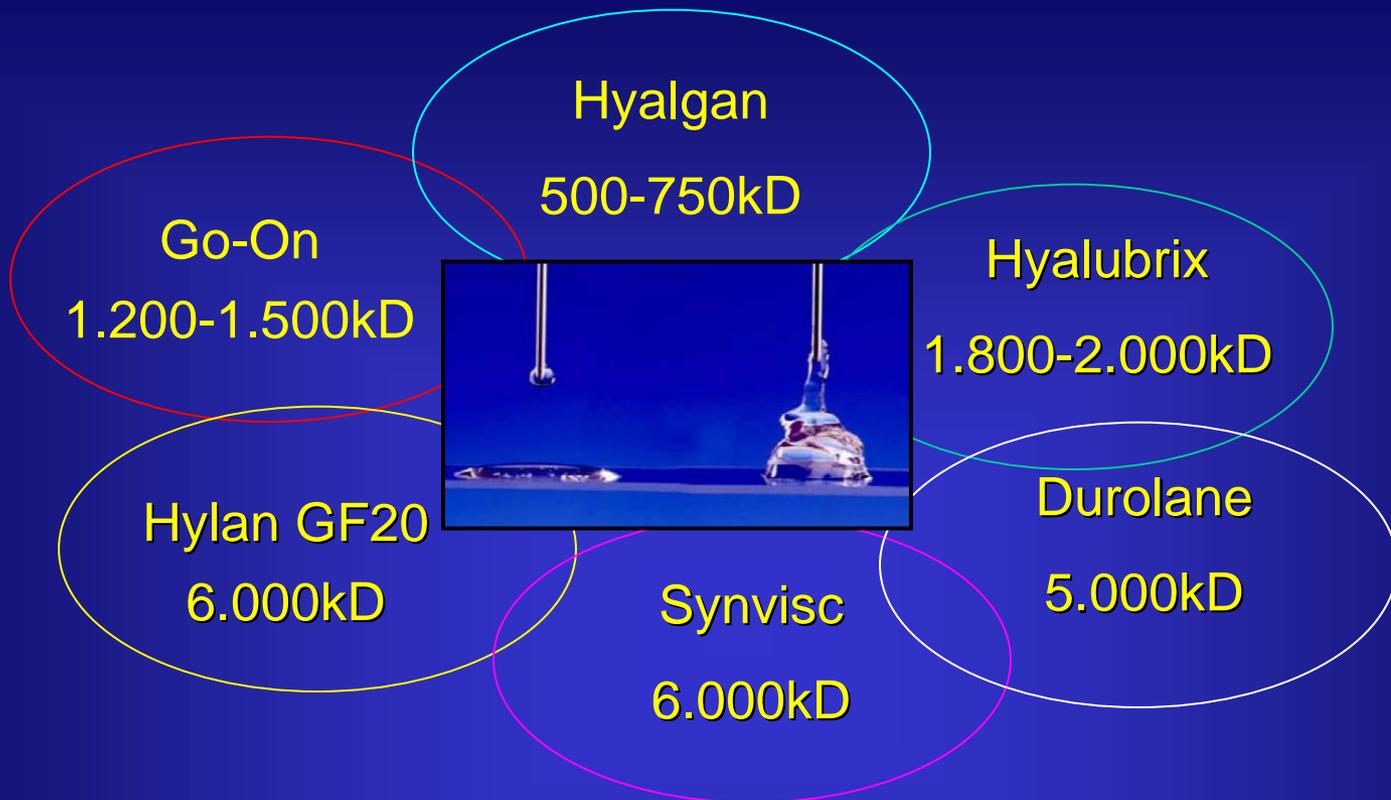
- protezione cellulare

- protezione cartilaginea

Azione: - antiflogistica

- anticatabolica

- proanabolica



Ac. Jaluronico ad Alto PM



az. pro-reologica

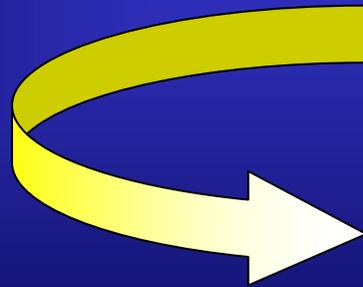
Ac. Jaluronico a Basso PM



az. scavenger

REVIEW: l'opinione degli esperti

- **Gossec and Dougados.** Annals rheumatic disease 2004
“efficacia e durata comparabile al ginocchio”
- **Margo:** J Family Practice 2003
“utile nel ridurre il dolore e nel ritardare o forse evitare la protesizzazione”
- **Amer. Academy of Orthopedic surgeons:**
“basso livello di evidenza; occorrono studi controllati”



**Mancanza di
Linee Guida**

TERAPIA INTRA-ARTICOLARE (Ac. Jaluronico)

Quando: forme iniziali (I°-II°) *elezione*
 forma avanzate (III°-IV°) *palliativo*



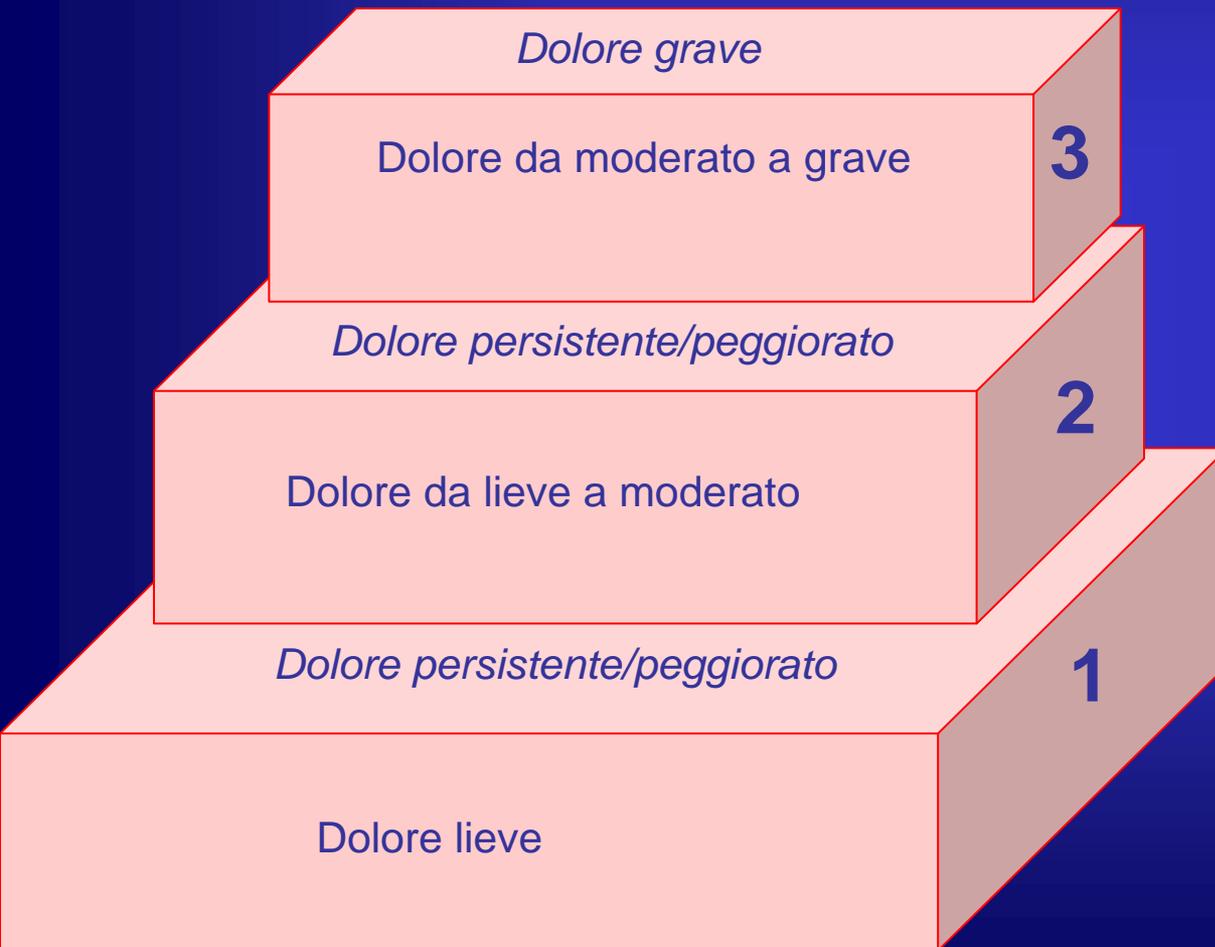
(azione psicologica!!!)

Posologia:

- 1 - 2 iniezioni di Synvisc (1 fl) \ 6 mesi
- 1 - 2 iniezioni di Hylan GF20 (1 fl) \ 3 mesi
- 1 - 5 iniezioni di Hyalgan (2 fl) \ 6 mesi
- 1 - 2 iniezioni di Hyalubrix (2 fl) \ 6 mesi
- Hyalgan + anestetico (nelle forme + avanzate e iperalgiche)
- Hyalgan + steroidi (prima iniezione nelle forme flogistiche)

Quando passare la mano?

Nei soggetti con evidenza radiografica di coxartrosi che presentano dolore e disabilità refrattari alle terapie instaurate



3° gradino - **Dolore grave**
(VAS 7-10):

Oppiacei forti ± FANS o
paracetamolo ± adiuvanti

2° gradino - **Dolore moderato**
(VAS 5-6):

Oppiacei deboli ± FANS o
paracetamolo ± adiuvanti

1° gradino - **Dolore lieve**
(VAS 1-4):

FANS o paracetamolo ±
adiuvanti

Potential determinants of outcomes of THR

- Baseline levels of pain and function
- Severity of clinical disease
- Age
- Gender
- Radiographic grade
- Education
- Obesity
- Comorbidities
- Living alone
- Mental health
- Patient's expectations of surgery

Surgery performed later in the natural history of functional decline of the hip results in worse postoperative functional status

Physical function and pain at baseline and 6 months after total hip replacement (n:116)

	High function		Low function		Difference (high – low)	
	Mean ± SD	95% CI	Mean ± SD	95% CI	Mean	95% CI
SF-36 physical function						
Baseline	35.6 ± 23.5	–	16.7 ± 16.7	–	19.0	11.5, 26.4
6 months	68.0 ± 23.0	–	51.7 ± 26.6	–	16.4	7.3, 25.5
Difference (6 months – baseline)	32.5	26.3, 38.8	35.0	28.1, 42.0	–2.5	–11.8, 6.8
WOMAC—pain						
Baseline	8.5 ± 3.3	–	12.2 ± 3.5	–	–3.7	–4.9, –2.4
6 months	1.9 ± 2.2	–	3.7 ± 3.8	–	–1.9	–3.0, –0.7
Difference (6 months – baseline)	–6.6	–7.5, –5.6	–8.3	–9.5, –7.2	1.8	0.3, 3.3
WOMAC—function						
Baseline	27.4 ± 9.2	–	47.5 ± 6.3	–	–20.1	–22.9, –17.2
6 months	10.8 ± 8.3	–	16.7 ± 11.9	–	–5.9	–9.7, –2.1
Difference (6 months – baseline)	–16.6	–19.3, –14.0	–30.2	–33.3, –27.2	13.6	9.6, 17.5

Therefore, it appears that earlier intervention in the course of the natural history of hip osteoarthritis allowed for a better postoperative outcome at 6 months.

Predictors of patient relevant outcome after total hip replacement for osteoarthritis: a prospective study

Predictor	No	OR	95% CI	p Value	Multi-variate step (n=160)	OR	95% CI	p Value
Preoperative characteristics								
Age	189	1.09	1.04 to 1.15	0.001	1	*1.09	1.03 to 1.15	0.002
Sex	189	1.35	0.70 to 2.58	0.37				
BMI	170	1.11	1.01 to 1.22	0.03				
Comorbid conditions >2	189	1.48	0.62 to 3.51	0.38				
SF-36 BP	186	0.97	0.95 to 0.99	0.007	2	*0.97	0.94 to 0.995	0.018
SF-36 PF	183	0.98	0.96 to 0.997	0.03				
SF-36 MH	176	0.99	0.97 to 1.004	0.16				
Postoperative characteristics								
Comorbid conditions >2	189	2.06	0.93 to 4.55	0.08				
Complication	189	3.55	1.03 to 12.18	0.04				
Widespread pain	189	1.28	0.40 to 4.81	0.61				
Pain index hip	189	2.50	0.80 to 7.82	0.12				
Pain contralateral hip	189	1.95	0.75 to 5.10	0.17				
Low back pain	189	3.31	1.59 to 6.89	0.001	1	3.31	1.59 to 6.89	0.001
Living alone	189	1.50	0.77 to 2.90	0.23				

*Per one year or scale unit increase.

BP, bodily pain; PF, physical function; MH, mental health.

Univariate and multivariate logistic regression analysis of preoperative predictors and postoperative characteristics for the patients who scored worst (lowest quartile) in WOMAC function at 3.6 year follow up compared with the patients who scored better

More pain preoperatively and higher age and postoperative low back pain predicted a worse outcome in WOMAC function.

The association of patient characteristics and surgical variables on symptoms of pain and function over 5 years following primary hip-replacement surgery: a prospective cohort study

Table 2 Repeated measures analysis of covariance models to identify predictors of the average Oxford Hip Score (OHS) between 1-year and 5-year follow-up

Variable	Univariable Δ coefficient (95% CI)	p Value	Multivariable Δ coefficient (95% CI)	p Value
Patient variables				
Baseline total Oxford Hip Score (10 units)	3.68 (3.16 to 4.20)	<0.001	2.68 (2.16 to 3.21)	<0.001
Year	0.02 (−0.10 to 0.13)	0.77	0.01 (−0.11 to 0.13)	0.88
Age				
<50	−1.44 (−3.92 to 1.03)	0.25		
50–60	−0.96 (−2.27 to 0.35)	0.15	−1.87 (−3.22 to −0.53)	0.006
60–70	0.00 (0.00 to 0.00)	–	0.00 (0.00 to 0.00)	–
70–80	−0.37 (−1.20 to 0.46)	0.38	−1.49 (−2.37 to −0.61)	0.001
80+	−2.29 (−3.69 to −0.88)	0.001	−3.81 (−5.29 to −2.33)	<0.001
BMI (10 units)	−1.14 (−2.05 to −0.22)	0.02	−1.54 (−2.45 to −0.64)	0.001
Number of coexisting diseases	−1.06 (−1.43 to −0.69)	<0.001	−0.90 (−1.27 to −0.54)	<0.001
SF-36 mental health score (10 units)	0.80 (0.50 to 1.11)	<0.001	0.76 (0.46 to 1.07)	<0.001
Surgical variables				
Femoral component offset size (mm offset)	0.15 (0.04 to 0.26)	0.01	0.17 (0.06 to 0.28)	0.002
R ²				17.4%
Optimism				0.8%
Bias-corrected R ²				16.6%

Which Patients (n:202) Are Most Likely to Benefit From Total Joint Arthroplasty (TJA)?

Four preoperative variables had good discriminative validity for predicting those who experienced a good outcome.

Patients who preoperatively had:

- 1) pain and disability,
- 2) less comorbidity,
- 3) OA versus inflammatory arthritis
- 4) fewer other troublesome joints

experienced a good TJA outcome.

CONCLUSIONI (1)

- La coxartrosi è un problema frequente e complesso che necessita di una stretta collaborazione tra MMG - reumatologo - fisiatra - ortopedico.
- Il corretto inquadramento eziopatogenetico della coxalgia è presupposto fondamentale per un adeguato e precoce approccio terapeutico.
- L'approccio terapeutico va sempre personalizzato: di volta in volta si valuterà il tipo di intervento (farmacologico sistemico, loco-regionale, riabilitativo, interventistico).

CONCLUSIONI (2)

- Scopo della terapia farmacologica e di quella riabilitativa è controllare il dolore, mantenere o migliorare la mobilità articolare, arrestare \ rallentare l'iter evolutivo.
- Nella valutazione clinica del soggetto da inviare allo specialista Ortopedico per un intervento di artroprotesi è necessario considerare tutte le possibili determinanti (età, comorbidità, stadio clinico-radiologico, obesità etc) in grado di influenzare gli “outcomes” postchirurgici (stato funzionale, dolore, qualità di vita etc.).
- Valutando caso per caso, può essere utile, per il reumatologo, non ritardare troppo la consulenza ortopedica, al fine di ridurre i potenziali “outcomes” negativi post operatori del breve e lungo termine.