

66°

CONGRESSO FIMMG-METIS

“La medicina generale nel terzo millennio”

3/8 ottobre 2011 Villasimius (CA)



L'approccio e la gestione del dolore nelle malattie osteo-degenerative

Daniela Livadiotti

Amedeo Schipani

Scuola Nazionale di Medicina degli Stili di Vita



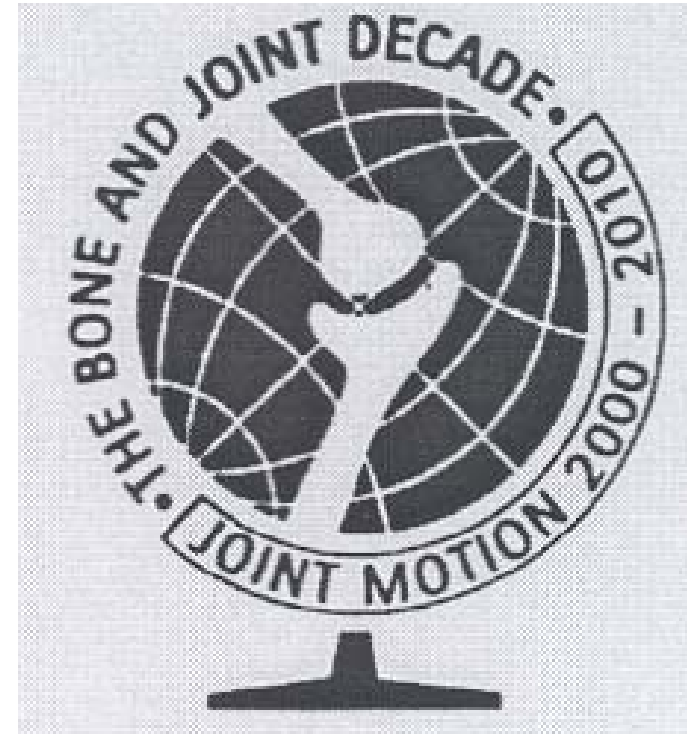
Scuola Nazionale di Medicina degli stili di vita

www.fimmg.org/alimentazione

Malattie reumatiche: epidemiologia

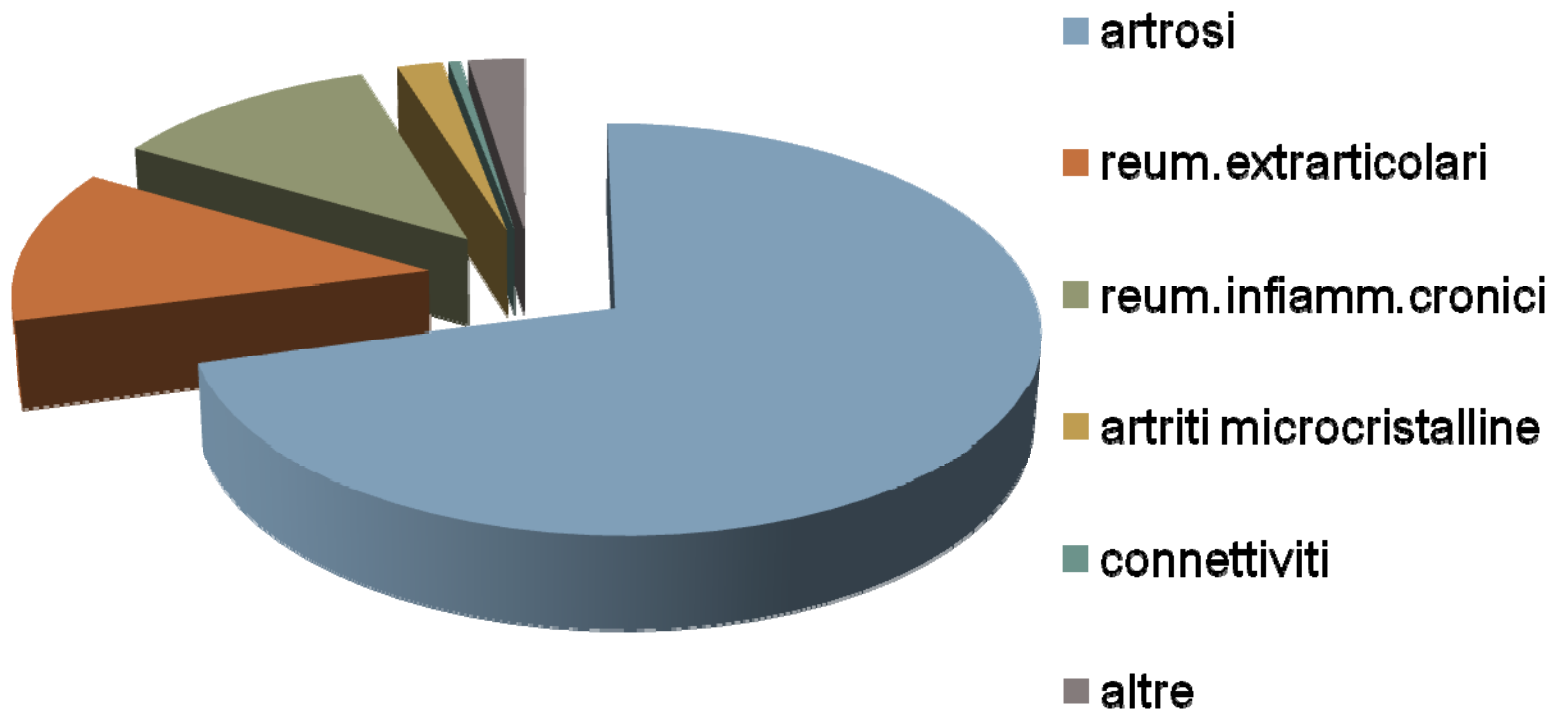
"Le patologie muscoloscheletriche rappresentano la causa principale di morbidità nel mondo. Tali patologie hanno un impatto sostanziale sulla salute e sulla qualità di vita e determinano costi enormi per i sistemi sanitari."

Gennaio 2000



Dr. Gro Harlem Brundtland
Direttore generale, OMS

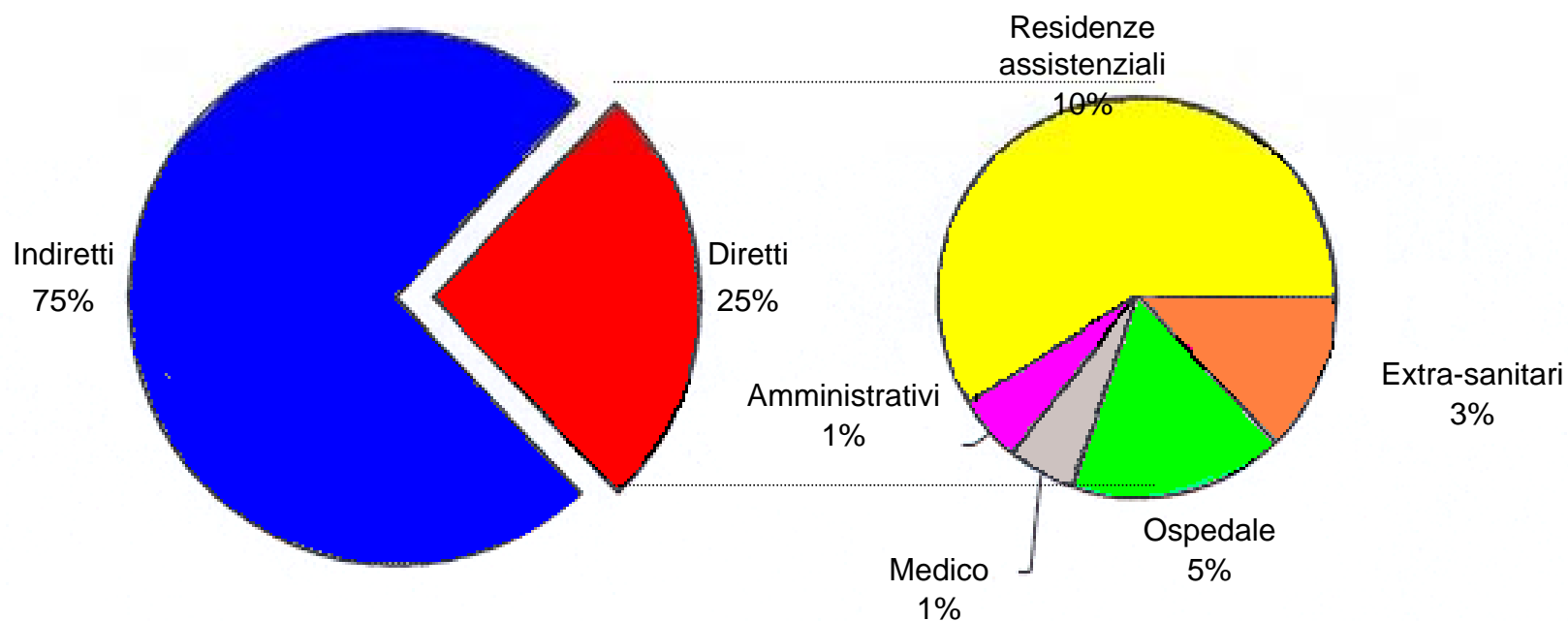
Malattie reumatiche: epidemiologia



Malattie reumatiche: epidemiologia

- **20-40% visite ambulatoriali MMG**
- **10% della popolazione (Italia: 6 milioni di persone)**
- **Elevati costi sociali (diretti, indiretti, intangibili)**

Costi diretti ed indiretti



Praemer, Furner, Rice, Musculoskeletal Conditions in the United States, AAOS 1999

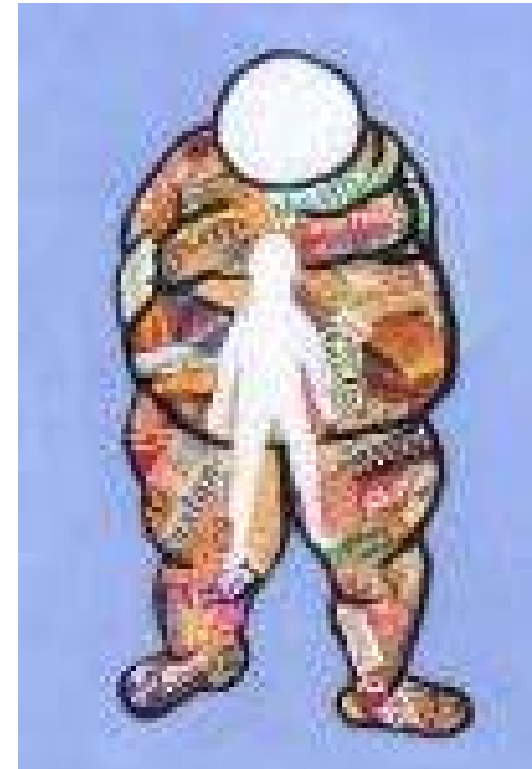
Alimentazione nelle malattie reumatiche

Il più importante fattore di connessione tra le patologie articolari e l'alimentazione è il peso corporeo

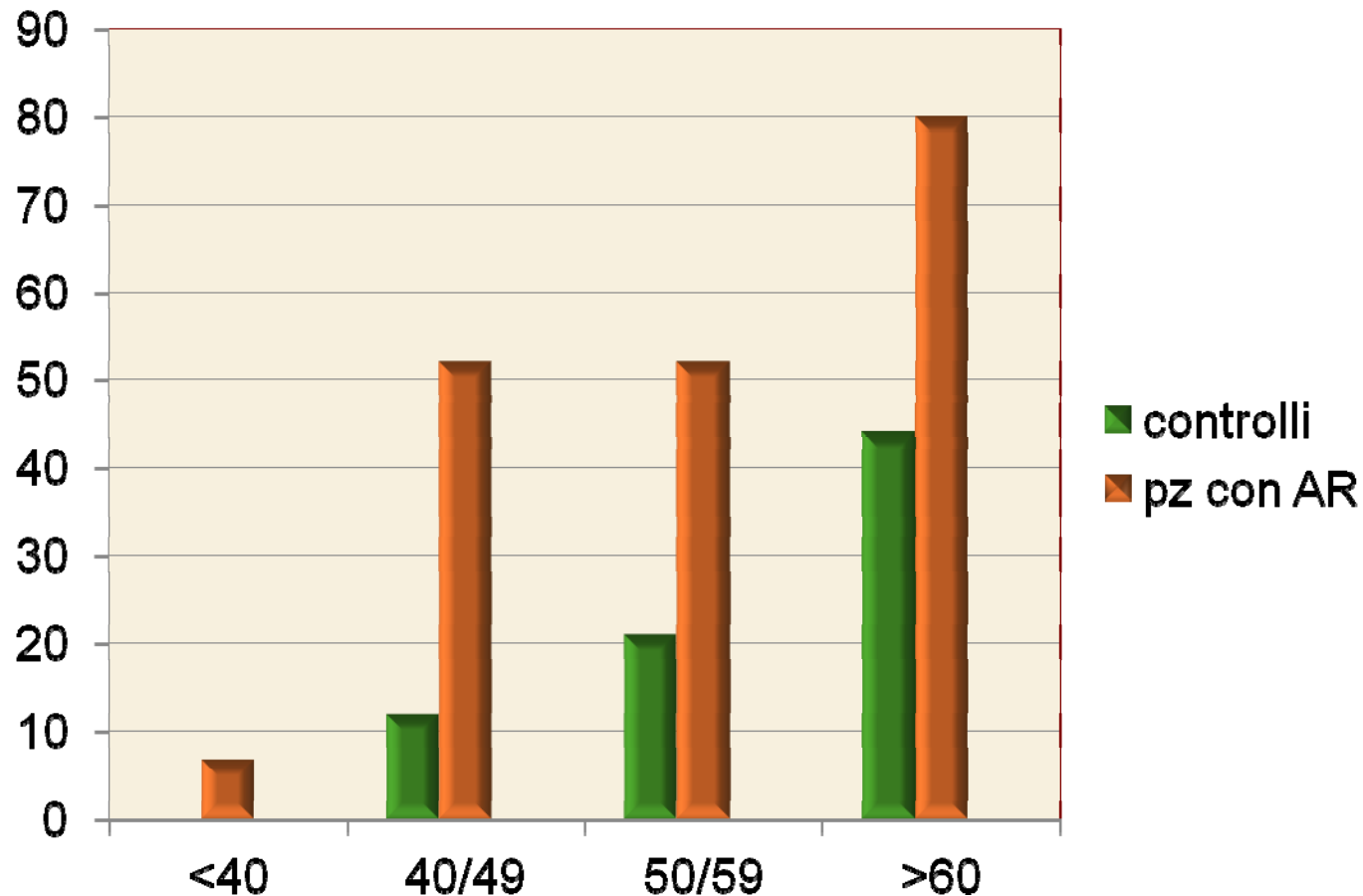


Alimentazione nelle malattie reumatiche

- **L'eccesso ponderale incrementa il carico articolare.**
- **Ad un BMI compreso tra 30 e 35 corrisponde un rischio di artrosi del ginocchio quattro volte superiore rispetto ad un BMI<25**



Prevalenza di placche aterosclerotiche in pazienti con A.R.



Roman MJ et al. *Preclinical carotid atherosclerosis in patients with rheumatoid arthritis*. Ann Intern Med 2006; 144:249-56

Cause di mortalità in pazienti con A.R.

Cardiovascolare	53%
Tumori	14%
Infezioni	2%
Altre (GI, renali, ecc.)	31%

Wallberg-Jonsson S et al. *J.Rheumat.*997;24

Alimentazione nelle malattie reumatiche

Negli ultimi anni sono emersi dati scientifici sui benefici che la dieta mediterranea può apportare a chi è affetto da malattie reumatiche infiammatorie croniche, per le sue proprietà antinfiammatorie, antiossidanti e protettive del sistema cardiovascolare



Kielsen-Kragh J. Mediterranean diet intervention in Rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis 2003

Alimentazione nelle malattie reumatiche

Acido linoleico
(C-18)

GLA
(C-20)

AA
(C-20)

cox lox

PGE2 LTB4

Acido alfa linolenico
(C-18)

EPA
(C-20)

DHA
(C-22)

cox lox

PGE3 LTB5

Per omologia strutturale gli omega-3 competono con l'AA conducendo alla formazione di eicosanoidi della terza e quinta serie meno attivi e meno potenti

Alimentazione nelle malattie reumatiche

Olio extravergine di oliva

- Riduce la competizione nell'organismo tra omega-3 ed omega-6 favorendo l'incorporazione di questi ultimi nelle membrane cellulari
- Ricco di costituenti fenolici ad azione protettiva nei confronti dello stress ossidativo
- Contiene **OLECANTALE**, ad azione inibitoria delle COX-1 e COX-2



Beauchamp G et al. Ibuprofene-like activity in extra-virgin olive oil; enzymes in an inflammation pathway are inhibited by oleocantal, a component of olive oil. *Nature* 2005; 437:45-6

Alimentazione nelle malattie reumatiche

- **Ridurre l'apporto di acido arachidonico**
- **Aumentare l'apporto di acidi grassi polinsaturi omega 3**
- **Aumentare l'apporto di antiossidanti**



Fumo di sigaretta

- **Stretto rapporto tra fumo ed insorgenza di artrite reumatoide**
- **Decorso più sfavorevole**
- **Fattore di rischio per osteoporosi**



Esercizio fisico

- **Riduce l'infiammazione ed il dolore**
- **Migliora il trofismo muscolare**
- **Preserva la normalità della cartilagine articolare**
- **Riduce il rischio CV**



Esercizio fisico

- **Intensità moderata**
- **Regolarità**
- **Rapportato all'attività di malattia e alle eventuali co-patologie presenti**



Esercizio fisico: quali evidenze?

- **L'esercizio dinamico migliora la forma fisica, la mobilità articolare, la forza muscolare e le attività della vita quotidiana (*Minor 1993, Lyngberg 1994, Hakkinen 1994 e 1998, Van den Ende 1996, Mc Meeken 1999, Westby 2000*)**
- **Su 11 studi analizzati nessuno riportava un peggioramento dell'attività di malattia, in tre risultava ridotta. In particolare *Minor (1993)* segnalava riduzione della rigidità mattutina e *Van den Ende (1996)* una riduzione del numero di articolazioni tumefatte**
- **Non evidenze radiologiche di peggioramento del danno morfostrutturale (*Nordermar 1981 follow-up a 4-8 anni; Stenstrom 1991 a 4 anni; Hakkinen, 1994 a 24 mesi; De Jong, 2003 a 24 mesi*)**

Economia articolare

“Insieme dei mezzi che permettono da una parte di superare gli ostacoli che si presentano ad ogni istante, dall'altra di diminuire i movimenti obbligati per prevenire o rallentare i deterioramenti articolari”

Simon L. 1983

Economia articolare

Ha una duplice funzione, *profilattica e palliativa*, in quanto

- **Facilita la mobilizzazione**
- **Previene le deformità e riduce il loro potenziale aggressivo ed evolutivo**
- **Compensa e facilita gesti divenuti impossibili**

Economia articolare

Il programma di economia articolare si articola in tre punti fondamentali:

- Educazione gestuale
- Uso di ortesi e tutori
- Adattamento dell'ambiente



Incorrect



Correct

© Mayo Foundation for Medical Education and Research. All rights reserved.



FIG. 9



Educazione gestuale

Aumentare il diametro degli oggetti che si utilizzano

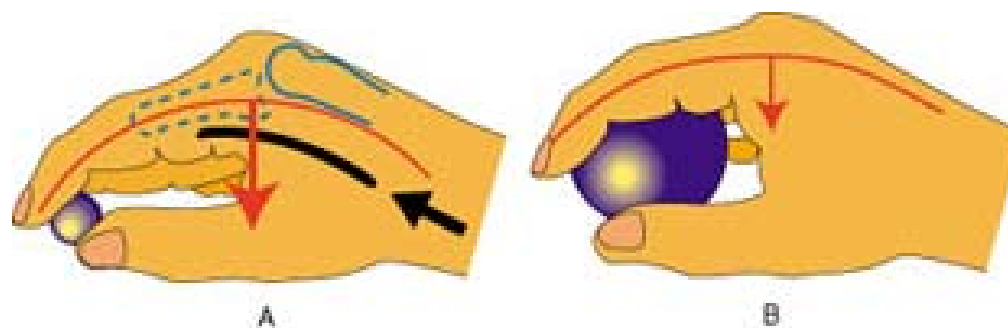


Incorrect

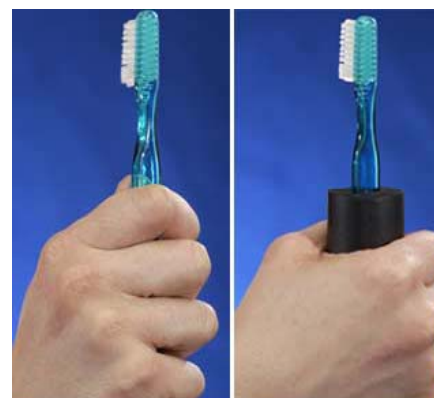


Correct

© Mayo Foundation for Medical Education and Research. All rights reserved.



Ausili



Incorrect Correct
© Mayo Foundation for Medical Education and Research. All rights reserved.



Educazione gestuale

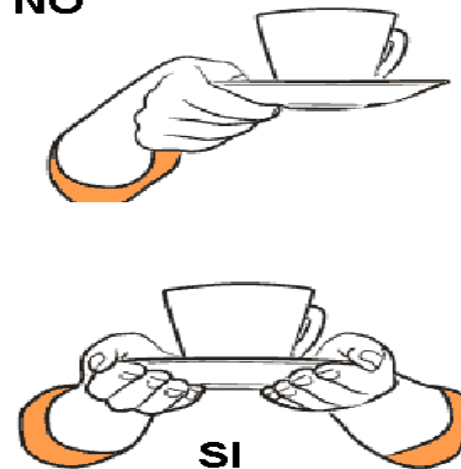
- Evitare deviazioni articolari durante la gestualità
- Ridurre il carico sulle articolazioni

NO



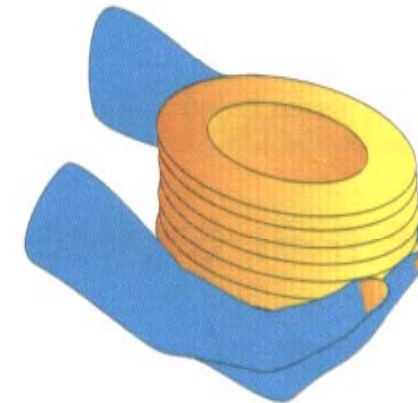
SI

NO



SI

SI



Ortesi

Supporti esterni che posizionano una o più articolazioni affette, allo scopo di:

- **Ridurre il dolore articolare**
- **Stabilizzare l'articolazione**
- **Prevenire gli stress articolari**



Ortesi di riposo

Sono le più utilizzate e vengono prescritte durante le "poussées" evolutive della malattia.

Riducono le sollecitazioni e proteggono l'articolazione in posizione funzionale



Ortesi funzionali

Consentono il movimento ed impediscono la deformazione articolare; inoltre, stabilizzano l'articolazione e permettono l'espletamento di gestualità particolarmente gravose



Adattamento dell'ambiente

Per ridurre al minimo il carico articolare e mantenere il più possibile l'indipendenza nella ADL



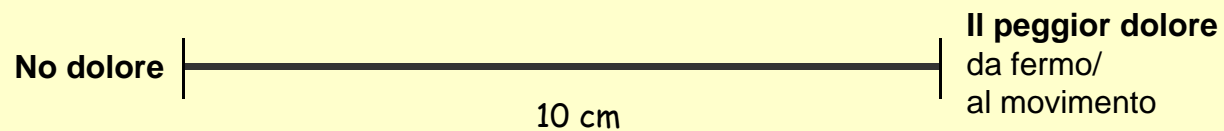
Terapia farmacologica



La scelta del farmaco analgesico da utilizzare si deve basare sull'intensità del dolore secondo le categorie della scala analgesica dell'OMS

Scale di valutazione dell'intensità del dolore

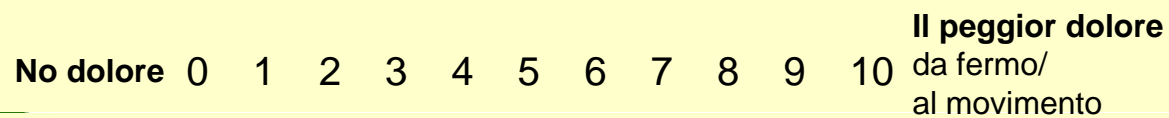
Scala visiva analogica VAS



Scala Verbale VRS

- Nessuno 0
- Molto lieve 1
- Lieve 2
- Moderato 3
- Forte 4
- Molto forte 5

Scala numerica NRS



Il peggior dolore da fermo/ al movimento

Scala cromatica



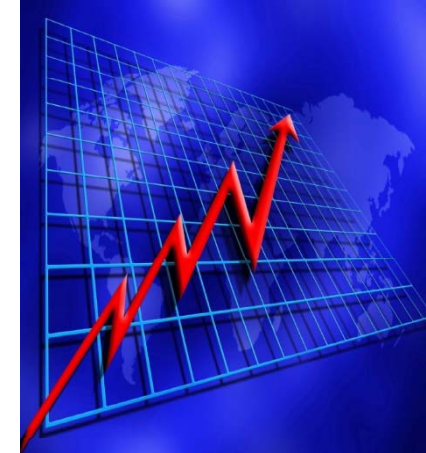
No dolore

Scale di valutazione dell'intensità del dolore

Dolore **LIEVE**: 1-3

Dolore **MODERATO**: 4-6

Dolore **SEVERO**: 7-10



Un efficace trattamento terapeutico dovrebbe mantenere livelli uguali o inferiori a 3

Scala OMS per il dolore cronico

1°

gradino: non oppioidi
+/- adiuvanti

DOLORE LIEVE
VAS da 1 a 3

2°

gradino: oppioidi minori
+/- non oppioidi
+/- adiuvanti

DOLORE LIEVE-MODERATO
VAS da 4 a 6

3°

gradino: oppioidi maggiori
+/- non oppioidi
+/- adiuvanti

DOLORE MODERATO_SEVERO
VAS da 7 a 10

The World Health Organization Ladder for Chronic Cancer Pain Management

Farmaci adiuvanti

Effetto analgesico diretto

Antidepressivi
Anticonvulsivanti
Anestetici locali
Corticosteroidi
Bifosfonati
Neurolettici

Effetto analgesico indiretto

Antispastici
Antisecretori
Antitussigeni
Miorilassanti
Ansiolitici
Antidepressivi
Antibiotici
Antiacidi

Azione contrastante gli effetti collaterali

Antiemetici
Lassativi



1° Step: PARACETAMOLO

- Agisce inibendo la COX3 presente in grande quantità nel SNC, quindi è un analgesico centrale non oppioide
- In letteratura vi è evidenza scientifica che il paracetamolo deve essere considerato **l'analgesico non oppioide di primo impiego** al dosaggio di 3gr/die

PRO	CONTRO
• Effetti collaterali minimi	• Modesta azione antalgica
• Buona tollerabilità	• Tossicità epatica

1° Step: FANS

PRO	CONTRO
<ul style="list-style-type: none">• Agiscono sul processo infiammatorio e riducono la sensibilizzazione dei recettori periferici	<ul style="list-style-type: none">• Limitata potenza antalgica
<ul style="list-style-type: none">• L'analgesia è mediata dalla riduzione dell'infiammazione	<ul style="list-style-type: none">• Effetti collaterali anche gravi nel trattamento prolungato (gastrointestinali, renali, cardiovascolari)

AIFA settembre 2008

Cardiopatia ischemica o malattia cerebrovascolare accertate e insufficienza cardiaca congestizia (NYHA II-IV)* costituiscono ora controindicazione per tutti gli inibitori selettivi della COX-2,

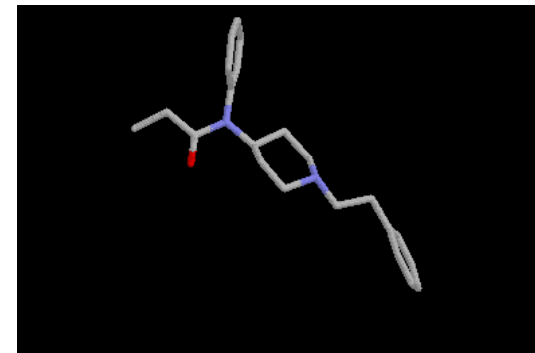
Etoricoxib (ARCOXIA-ALGIX-TAUXIB) può essere associato con effetti più frequenti e gravi sulla pressione sanguigna rispetto ad altri inibitori della COX-2 e FANS, in particolare con l'impiego di alti dosaggi.

Pertanto un attento monitoraggio della pressione sanguigna viene indicato in tutti i pazienti in trattamento con etoricoxib.

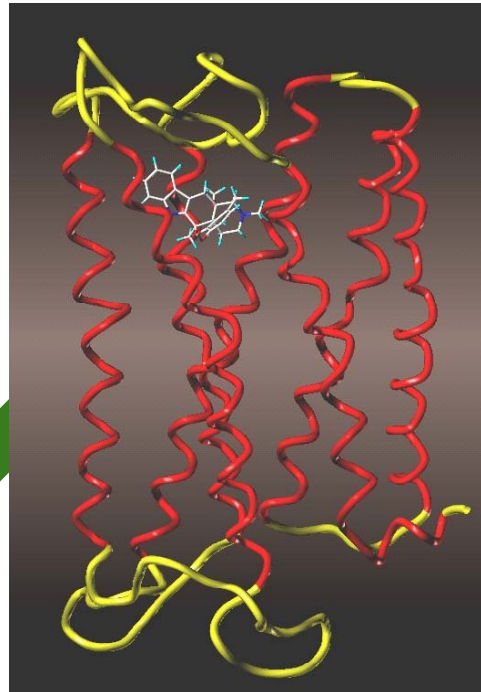
Il trattamento con etoricoxib (ARCOXIA-ALGIX-TAUXIB) non deve essere iniziato in pazienti con ipertensione non controllata.

Oppioidi: determinanti dell'effetto

- **Biodisponibilità (correlata alla via di somministrazione)**
- **Passaggio della BEE**
- **Affinità per il recettore**
- **Tipo d'azione sul recettore**
- **Potenza intrinseca del farmaco**



Interazione oppioide-recettore



***Agonisti
puri***

***Agonisti
parziali***

***Agonisti-
Antagonisti***

Farmaci oppiacei

- Codeina
- Tramadolo
- Buprenorfina
- Morfina
- Ossicodone
- Idromorfone
- Fentanyl
- Metadone

Deboli ($4 < VAS < 6$)

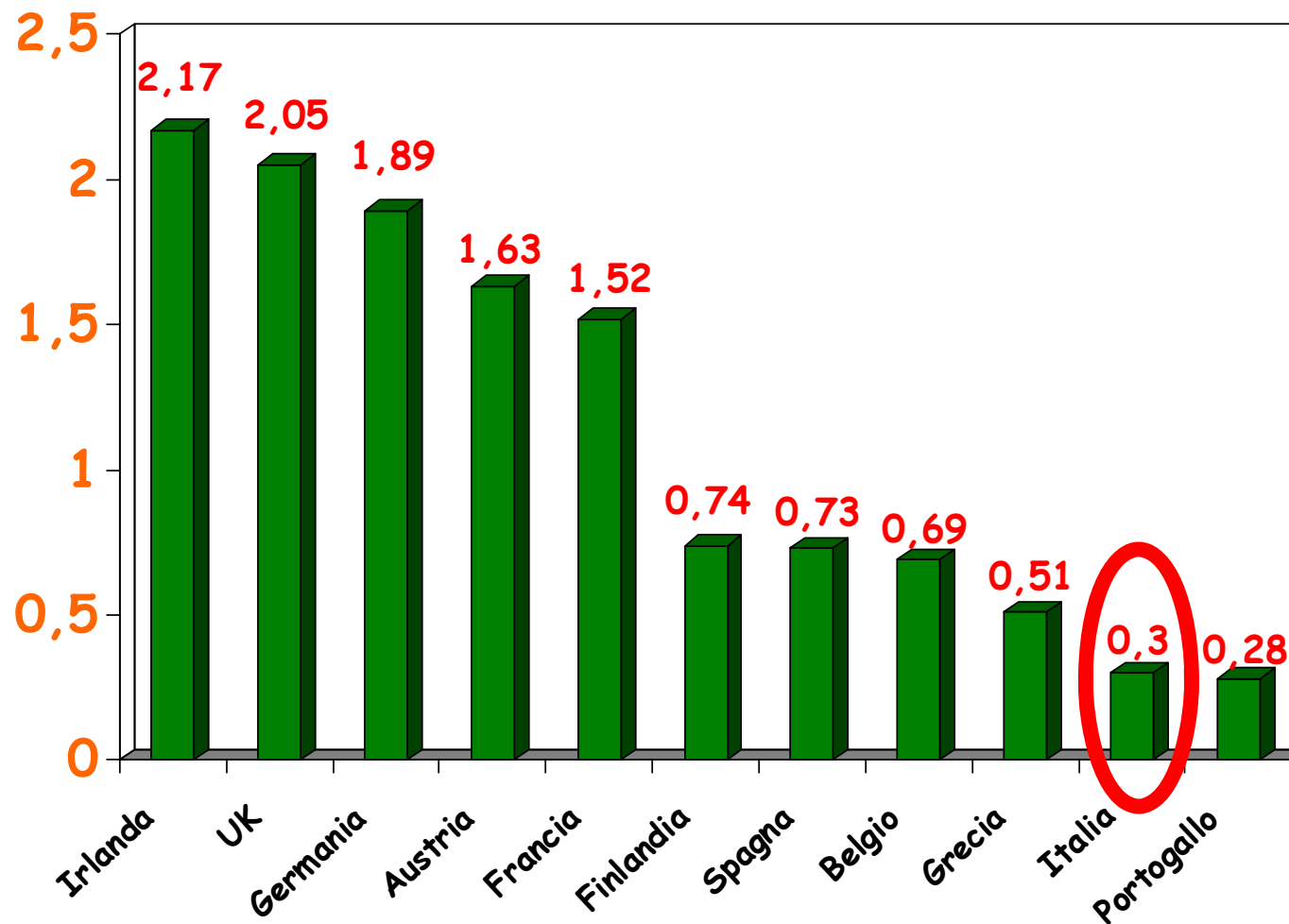
Forti ($VAS \geq 7$)

Farmaci oppiacei



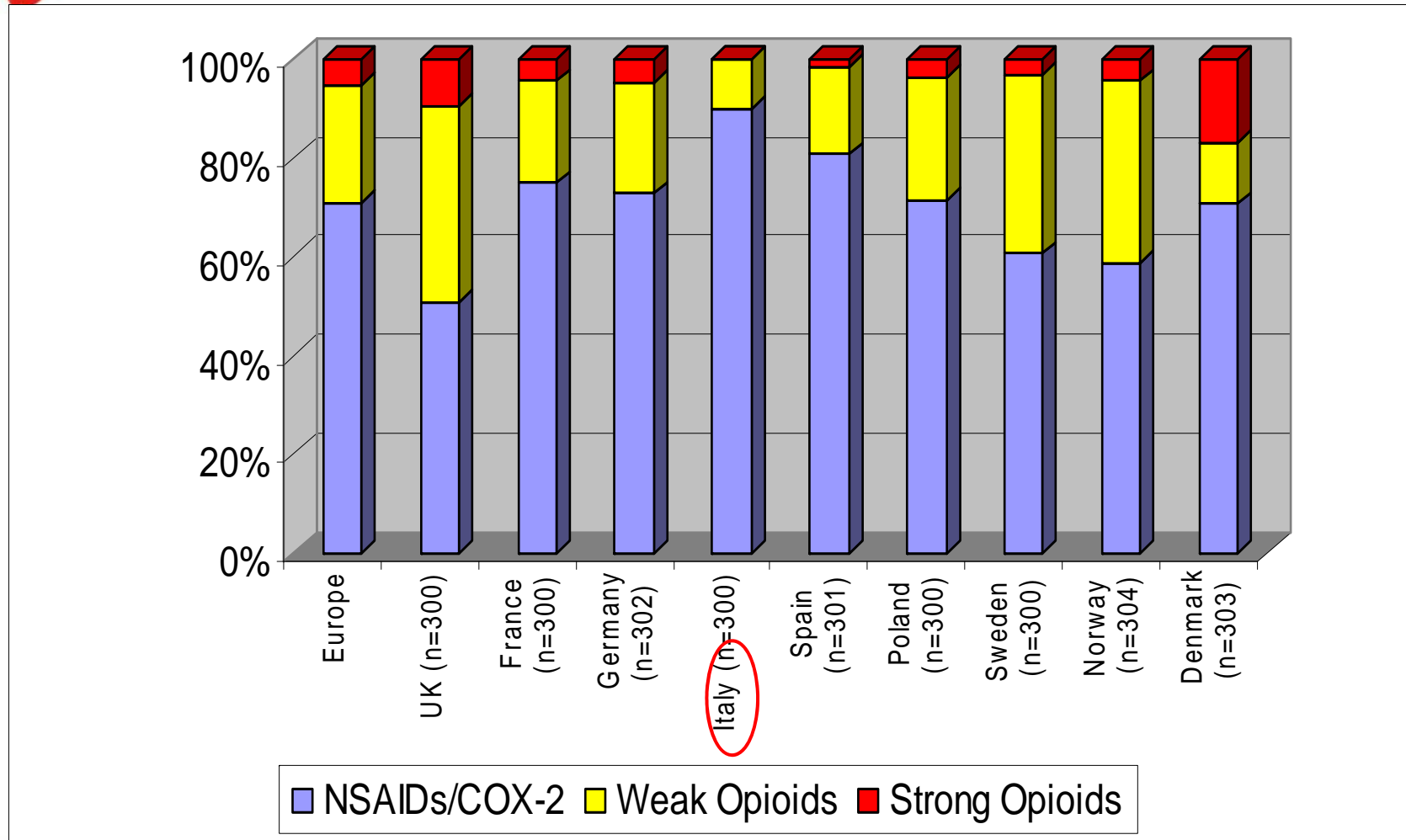
Nel 1986 l'OMS ha deciso di considerare il consumo di morfina, e più in generale di oppioidi, in ogni paese come indice di qualità delle cure

Spesa per oppiacei in Europa



Bollettino Inf Farmaci 2003; X: 5-6, 231-5

Terapia farmacologica del dolore in Europa



Farmaci oppiacei

REVIEW

Opioids for chronic noncancer pain:
a meta-analysis of effectiveness and side effects

Andrea D. Furlan, Juan A. Sandoval, Angela Mailis-Gagnon, Eldon Tunks

La revisione sistematica di 41 CRT per un totale di 6019 pazienti ha dimostrato che le terapie con oppiacei, leggeri o forti, sono più efficaci di altre terapie farmacologiche e che **non si sono evidenziati casi di dipendenza**, contrariamente a quella che è la percezione dalla opinione pubblica.

Farmaci oppiacei

Gli effetti collaterali degli oppiacei esistono, ma possono essere prevenuti e trattati !



- | | | |
|-----------------------------------|---|--|
| ➤ Nausea-vomito | ➔ | ➤ Antiemetici |
| ➤ Stipsi | ➔ | ➤ Lattulosio, Macrogol, etc |
| ➤ Sedazione | ➔ | ➤ Dosaggio corretto |
| ➤ Depressione respiratoria | ➔ | ➤ Evitare incrementi troppo rapidi della dose |

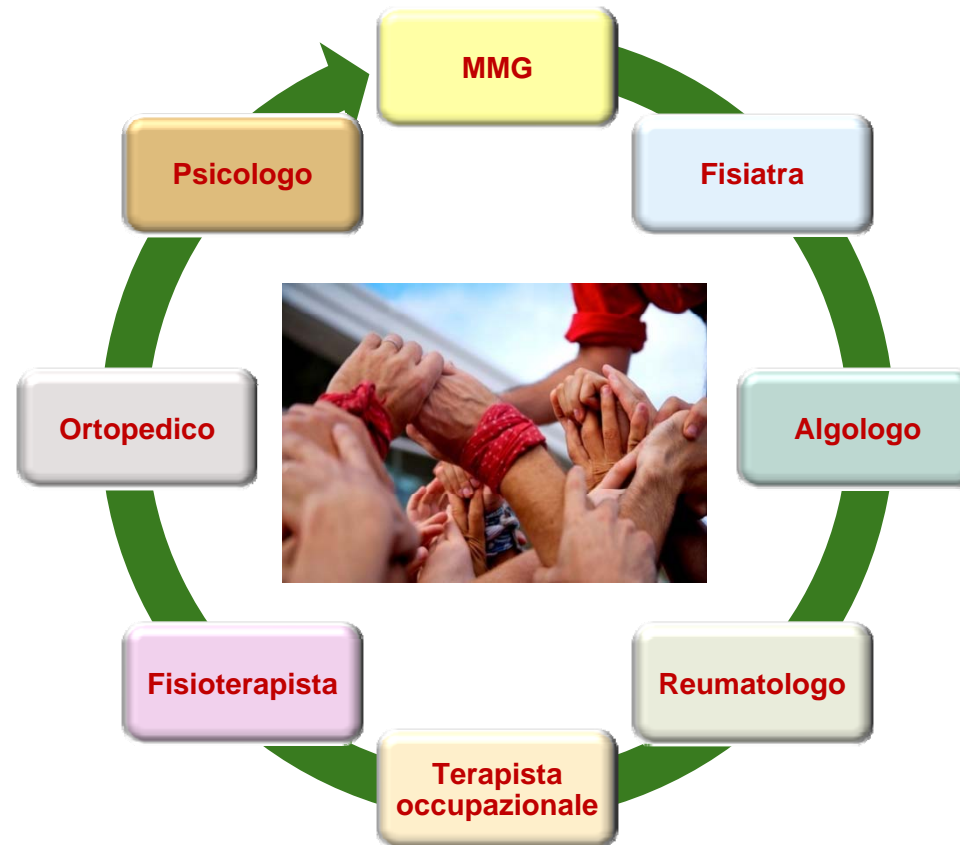
Farmaci oppiacei

Start slow, go slow



- Giusta posologia
- Giusta via di somministrazione
- Prevenzione e controllo degli effetti collaterali

Approccio multidisciplinare



Solo mediante un approccio terapeutico globale è possibile offrire al paziente tutti gli strumenti necessari a ridurre il grado della sua disabilità