

# Conoscere l'Artrosi



**ANMAR**

*Associazione Nazionale  
Malati Reumatici*

ONLUS



**You Tube**

[www.anmar-italia.it](http://www.anmar-italia.it)

Numero Verde Anmar  
**800.910.625**

**ANMAR ITALIA**  
**Associazione Nazionale Malati Reumatici ONLUS**

"Conoscere l'Artrosi"

---

Progettazione, coordinamento e divulgazione  
su autorizzazione dell'autore:

**ANMAR ONLUS**  
[www.anmar-italia.it](http://www.anmar-italia.it)  
[info@anmar-italia.it](mailto:info@anmar-italia.it)

Settembre 2015

Stampa: G.B. Graf 041 641273

Con il contributo incondizionato di

The Lilly logo is written in a red, cursive script font.

ANMAR Onlus amplia il progetto editoriale di libretti dedicati alle diverse patologie reumatiche proponendo opuscoli tematici concepiti come vere e proprie guide al corretto uso dei farmaci in campo reumatologico, pensate per accompagnare il paziente anche nella delicata sfera del rapporto con i farmaci.

I presenti opuscoli nascono dunque come naturale completamento dei libretti dedicati alle singole patologie, nell'ottica di promuovere una sempre maggiore informazione e formazione dedicata alla persona affetta da una patologia reumatica.

Questa nuova iniziativa ha lo scopo di rendere più efficace, diretta e "leggibile" la comunicazione di informazioni fondamentali al paziente, rendendo più fruibile il linguaggio tecnico che contraddistingue spesso questa tipologia di pubblicazioni.

Il nostro obiettivo rimane sempre il miglioramento del rapporto medico-paziente attraverso piccoli passi tesi ad accompagnare i malati nel loro percorso umano e di sofferenza e nel loro rapporto con la malattia.

**ANMAR Onlus**

*Associazione Nazionale Malati Reumatici*

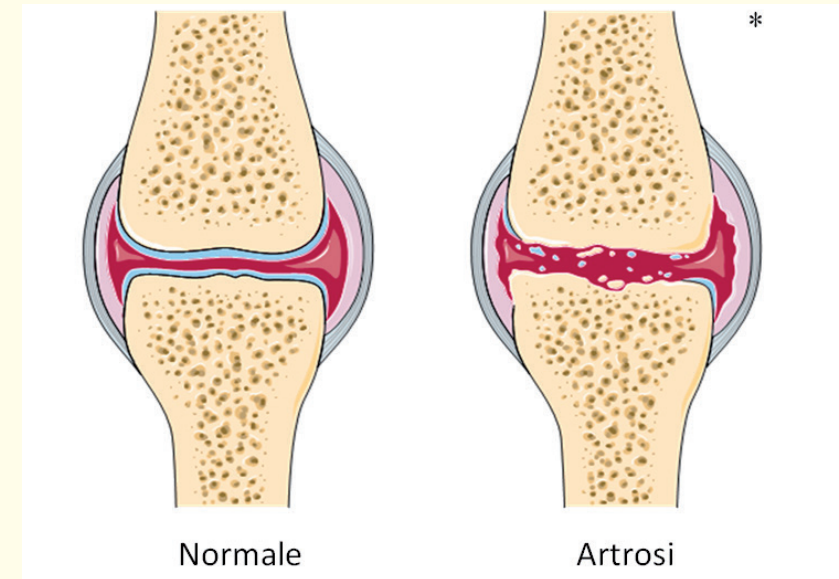
## Che cos'è l'artrosi?

L'artrosi è una malattia articolare ad evoluzione cronica che colpisce in particolare le articolazioni mobili causando lesioni degenerative e produttive.

## Cosa sono le articolazioni?

Le articolazioni sono strutture di "collegamento" tra i vari segmenti ossei costituite da vari elementi: *cartilagine*, *membrana sinoviale* e *liquido sinoviale* che, insieme all'*osso subcondrale*, possono essere coinvolte dall'artrosi in qualsiasi fase della malattia.

Il *liquido sinoviale* svolge un'azione nutritiva e lubrificante favorendo lo scorrimento dei capi articolari, riducendone l'attrito durante il movimento. La *cartilagine*, che ricopre e protegge la superficie delle articolazioni, sopporta il carico esercitato sulle articolazioni stesse soprattutto durante il movimento. Le lesioni più tipiche dell'artrosi si ritrovano proprio a livello della cartilagine, per cui il danno anatomico di questo tessuto ha uno stretto rapporto con le alterazioni dell'osso subcondrale e della funzione articolare nel suo insieme. Non è quindi sorprendente che i principali sintomi dell'artrosi siano connessi con il movimento e perciò definiti di tipo "meccanico".



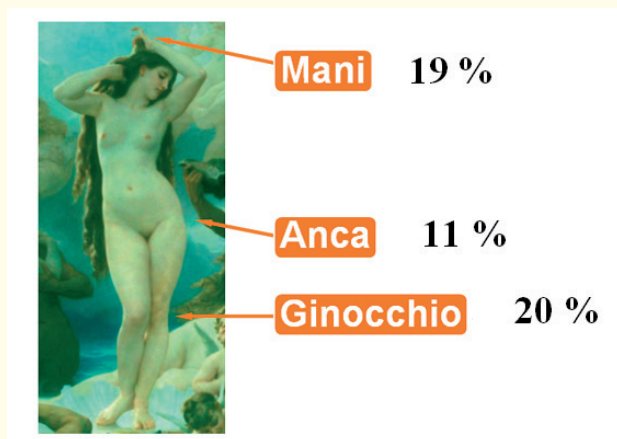
Alcune ripercussioni si possono avere anche a livello della membrana sinoviale, sebbene esse raramente raggiungano la gravità e l'estensione osservabile in altre patologie articolari come l'artrite, che è una malattia infiammatoria delle articolazioni, come si intuisce dal suffisso "ite" che vuol dire infiammazione.

L'artrosi può essere quindi definita come una malattia articolare ad evoluzione cronica caratterizzata da lesioni degenerative e produttive a carico della cartilagine articolare, con impegno di tutte le strutture che fanno capo all'articolazione.

## Quanto è frequente l'artrosi? Chi viene colpito maggiormente?

L'artrosi è fra le malattie croniche più frequenti nella popolazione ed è la prima causa di disabilità nell'anziano. Si calcola che l'artrosi sintomatica colpisca in Italia almeno 4 milioni di soggetti, producendo costi di gestione sanitaria elevatissimi (si calcola intorno ai 6,5 miliardi di Euro).

Il "PROgetto Veneto Anziani" (PROVA), studio epidemiologico condotto nelle province di Padova e Rovigo, ha calcolato la frequenza dell'artrosi studiando le radiografie di mani, ginocchia e anche di oltre 3000 soggetti ultrasessantacinquenni. Sono state prese in considerazione, inoltre, tumefazione e deformità delle mani per valutare la gravità di malattia. Dei partecipanti a questo studio il 19% era affetto da artrosi della mano, il 20% del ginocchio e l'11% dell'anca. Gravi limitazioni funzionali e disabilità affliggevano il 14% delle donne ed il 10% dei soggetti di sesso maschile era affetto da artrosi agli arti inferiori.

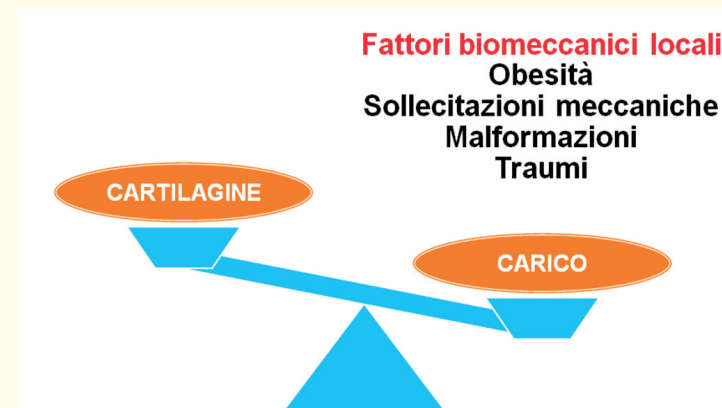


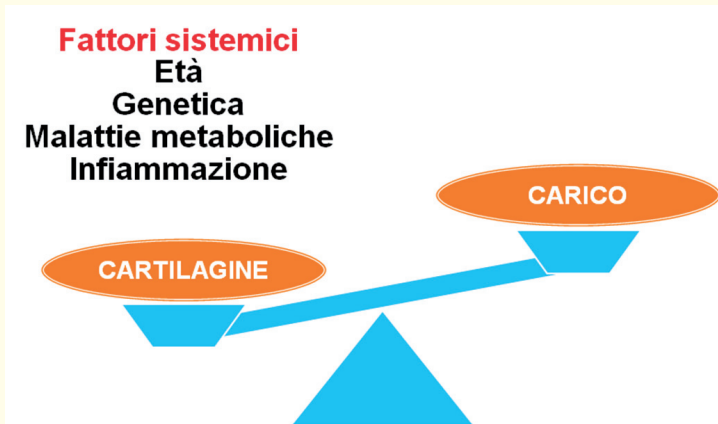
## Si conoscono le cause dell'artrosi?

Anche se le cause precise che portano all'insorgenza dell'artrosi sono in gran parte ignote, si ritiene che nella maggior parte dei casi intervengano contemporaneamente molti fattori che alterano l'equilibrio articolare.

Schematicamente, questo può essere mantenuto se un carico normale viene esercitato su una cartilagine normale. Quindi, tutti i fattori capaci di modificare questo equilibrio, agendo o sul carico o modificando le caratteristiche della cartilagine, possono essere considerati fattori di rischio dell'artrosi.

Numerosi sono gli *stress* meccanici che agiscono prevalentemente sul carico articolare (sollecitazioni improprie, sovrappeso/obesità, traumi, microtraumi ripetuti, malformazioni congenite e/o acquisite, attività occupazionali) o sulla cartilagine (predisposizione genetica, invecchiamento, disordini metabolici).





## Quali sono i principali fattori di rischio per l'artrosi?

I fattori di rischio per l'artrosi si possono suddividere in due grandi categorie:

### 1. NON MODIFICABILI

**L'età avanzata** non è di per sé causa di artrosi. Tuttavia l'invecchiamento si associa ad una progressiva perdita di elasticità dei tessuti articolari e ridotta resistenza alle sollecitazioni meccaniche che possono favorire il danno del tessuto cartilagineo. Inoltre l'età più avanzata espone il soggetto per un tempo più prolungato a tutti gli altri eventuali fattori di rischio

**Genere:** il sesso femminile è maggiormente suscettibile allo sviluppo dell'artrosi, in particolare del ginocchio e delle piccole articolazioni delle mani.

**Familiarità.** L'artrosi non è una malattia ereditaria, ma

nel suo sviluppo giocano un ruolo sempre più importante la familiarità; si riscontra, inoltre la predisposizione più elevata in soggetti di sesso femminile nella stessa famiglia.

### 2. MODIFICABILI

**Fattori meccanici.** Il carico improprio esercitato sulle articolazioni, a causa di malformazioni articolari, attività professionali e sportive incongrue, traumi o microtraumi, può essere un fattore di rischio nello sviluppo dell'artrosi.

**Sovrappeso e obesità** sono senza dubbio il principale fattore di rischio modificabile dell'artrosi. La sollecitazione meccanica impropria costantemente esercitata su articolazioni portanti come ginocchio/anca in soggetti obesi, provoca nel tempo lesioni progressive fino alla perdita completa della cartilagine, con coinvolgimento dell'osso subcondrale, e deformità irreversibili. Di recente è stato osservato, inoltre, che l'eccesso di massa grassa è collegato alla produzione di sostanze pro-infiammatorie che causano un danno più grave a carico delle articolazioni e agiscono come mediatori del dolore e della sua amplificazione.

**Sedentarietà e posture scorrette** non giovano alle articolazioni perché limitano l'uso di gruppi muscolari essenziali per il buon funzionamento articolare e il mantenimento della forza muscolare.

## Quali sono i sintomi dell'artrosi?

Il sintomo principale dell'artrosi è il *dolore* di tipo "meccanico", provocato quindi dal movimento e alleviato dal riposo. All'inizio il dolore è sordo e si manifesta dopo una prolungata attività dell'articolazione colpita. Con il progredire della malattia, insorge anche dopo movimenti minimi o in seguito a particolari atteggiamenti del corpo (postura in piedi per un periodo prolungato). Di rado può essere acuto e violento.

La *rigidità* può accompagnare o meno il dolore. E' una sensazione di impaccio nei movimenti soprattutto al mattino o dopo prolungata inattività. E' di breve durata, 10-15 minuti, senza, comunque, quasi mai superare la mezz'ora. La *limitazione funzionale* è invece la difficoltà a compiere i movimenti ed è un sintomo importante per le implicazioni che comporta nel condizionare la quotidianità.

## Quali sono i segni principali dell'artrosi?

*Tumefazione articolare* (articolazione gonfia).

Generalmente si tratta di una tumefazione dura ed è dovuta alla presenza di osteofiti, escrescenze ossee che si producono nell'articolazione artrosica. Può sovrapporsi una tumefazione molle in caso di versamento articolare, dovuto a patologica produzione di liquido sinoviale. Raramente la cute sovrastante l'articolazione si presenta calda ed arrossata come nelle artriti (malattie infiammatorie).

Può essere presente anche un *dolore provocato dalla*

*digitopressione* sull'articolazione. Caratteristico segno dell'artrosi è il *crepitio*, una sensazione che il paziente può anche percepire da solo o si può avvertire al tatto con la palpazione dell'articolazione durante il movimento attivo o passivo, determinato dall'attrito tra i capi articolari.

In alcuni soggetti si osserva l'*ipotrofia dei muscoli* (perdita di tessuto muscolare) che nel caso di artrosi di anca e/o ginocchio può essere sorprendentemente rapida; è dovuta principalmente al blocco dell'articolazione dolente e alla conseguente ridotta attività muscolare.

## Come si fa diagnosi di artrosi?

La diagnosi di artrosi non può prescindere dalla visita medica. Il Medico rileva i sintomi e i segni caratteristici di questa malattia, raccoglie la storia personale e familiare per individuare eventuali fattori di rischio oppure forme di artrosi secondaria ad altre patologie (ad es. malformazioni, traumatismi, malattie metaboliche ed endocrine, malattie ereditarie del connettivo, artriti). Inoltre, prescriverà indagini di approfondimento per eseguire una corretta diagnosi ed escludere altre forme articolari che entrano in diagnosi differenziale (ad es artrite, ernia del disco, fibromialgia, ecc.).

## Quali indagini è utile eseguire?



La *radiologia convenzionale* mostra gli aspetti più caratteristici dell'artrosi: riduzione della rima articolare, osteofiti, sclerosi dell'osso subcondrale e pseudo cisti, mal-allineamento. Nelle fasi iniziali questi segni radiologici non sono sempre evidenti o presenti tutti contemporaneamente.

L'*Ecotomografia (ultrasonografia con tecnica del power Doppler)* è utile per valutare la presenza di versamento intrarticolare e i segni dell'infiammazione locale (modesta sinovite). Questa metodica, inoltre, permette lo studio morfologico della cartilagine che può essere visualizzata e misurata nel suo spessore.

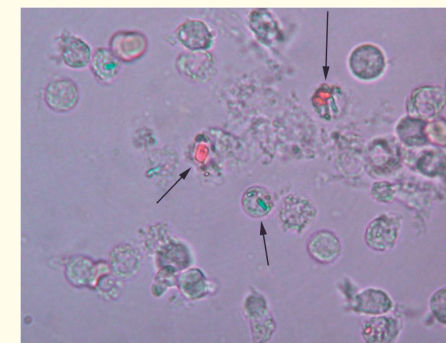
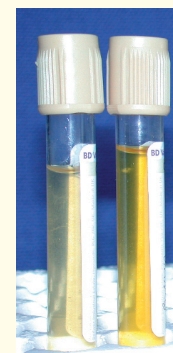
Raramente si fa ricorso alla TAC e alla RMN (risonanza magnetica), indagini di livello superiore, più costose, che è buona pratica prescrivere in casi specifici e non di routine.

*Esami di laboratorio.* Nell'artrosi primaria o idiopatica non troviamo alterazioni di rilievo. Gli indici di infiammazione (ad es.



velocità di eritrosedimentazione e proteina C reattiva) sono nella norma non essendoci coinvolgimento sistemico. Nelle forme secondarie a disordini endocrino-metabolici oppure ad artriti si possono riscontrare alterazioni di laboratorio dovute alla malattia di base.

*Analisi del liquido sinoviale.* Quando è presente un versamento articolare è fondamentale eseguire un'artrocentesi ed analizzare al microscopio ottico il liquido articolare prelevato (pochissimi centri in Italia sono attrezzati per questo specifico esame). Nell'artrosi il liquido sinoviale non è infiammatorio, presentando una conta totale di globuli bianchi raramente superiore a 1000 cellule/ml. Tuttavia, può essere rilevata al microscopio ottico la presenza di microcristalli di calcio (pirofosfato di calcio e idrossiapatite) che accompagnano le forme particolarmente flogistiche di artrosi.



## Localizzazioni dell'artrosi

### La MANO: quali sono gli aspetti più caratteristici?

Le tumefazioni dure (dette anche *noduli*) che si formano sulla superficie dorsale delle dita, soprattutto a carico delle

articolazioni interfalangee distali, sono chiamate "*noduli di Heberden*", dall'autore che per primo li descrisse. Nello stadio precoce si presentano dolenti e arrossati.



Meno frequenti sono i noduli delle articolazioni interfalangee prossimali, (*noduli di Bouchard*).



Di solito, nel giro di 6 mesi massimo 1 anno, queste tumefazioni non sono più dolenti, ma possono evolvere

verso deformità che in alcuni casi, soprattutto quando sono colpite le interfalangee prossimali, possono indurre ad alterazione della funzione. Generalmente le articolazioni metacarpofalangee, (spesso colpite da artrite), sono risparmiate nell'artrosi ma vengono coinvolte in caso di attività traumatiche sia lavorative (uso di strumenti vibranti, martelli pneumatici) che sportive (pugili).

L'artrosi trapezio-metacarpale, detta anche "rizoartrosi" (artrosi della "radice" del pollice), si manifesta inizialmente con dolore alla base del pollice scatenato soprattutto dai movimenti di pinza. Successivamente può progredire con tumefazione alla base del pollice, deviazione progressiva della base del dito. In alcuni casi il dolore può recidivare per anni, a crisi, con tutti i segni locali dell'infiammazione e con deformità tali da rendere necessario, a volte, un intervento chirurgico di fissaggio dell'articolazione.

L'**artrosi erosiva delle mani** è una variante dell'artrosi generalizzata. Colpisce quasi esclusivamente il sesso femminile ed è caratterizzata da esordio improvviso, gonfiore, rossore, dolore e dolorabilità alla palpazione che coinvolgono prima le articolazioni interfalangee e successivamente, in alcuni casi, la trapezio-metacarpale. Alla radiografia sono tipici gli aspetti erosivi, il collasso articolare centrale. Clinicamente si evidenziano le deformità che rispetto alla forma nodale caratterizzano la rapida progressione, e, soprattutto, il precoce blocco in anchilosi (fusione dei capi articolari) di questa forma. Anche la funzione della mano è nettamente più compromessa rispetto alla forma non erosiva. Può essere presente formicolio ai



polpastrelli, inoltre la rigidità mattutina è più prolungata rispetto a quella abitualmente riscontrata nell'artrosi nodale.

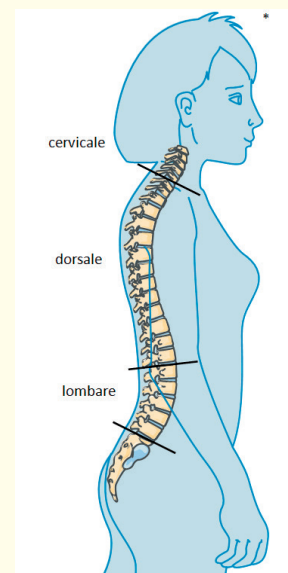


## Artrosi della COLONNA

Segni radiologici di artrosi della colonna vertebrale si osservano già a partire dai 30 anni, dopo i 70 anni sono presenti nella maggior parte della popolazione.

I tratti cervicale e lombare della colonna vertebrale sono i più colpiti.

Nel caso di artrosi della **colonna cervicale** tra le varie manifestazioni cliniche la più nota è la cervicobrachialgia, causata da una compressione a livello delle strutture che attraversano il forame intervertebrale, esercitata da osteofiti o da un'ernia del disco. I sintomi sono: dolore localizzato al collo e al braccio; disturbi associati come formicolio e alterazione della sensibilità cutanea. Colpi di tosse o starnuti possono aggravare tale sintomatologia. Questi disturbi, di solito, sono monolaterali ed estesi al territorio interessato dalla radice nervosa colpita (più frequentemente C5, C6, C7).



L'artrosi della **colonna dorsale** è anch'essa di frequente riscontro dal punto di vista radiologico, ma con una sintomatologia molto limitata essendo questo tratto del rachide meno mobile.

La **colonna lombare** è una localizzazione molto frequente di artrosi (lombartrosi). Tuttavia, non tutte le lombalgie sono da imputare all'artrosi, ma piuttosto a contratture o stiramenti muscolari e, soprattutto, per le forme di lombalgia cronica, a discopatia.

Particolare attenzione va posta all'obesità femminile, il cui rilasciamento della muscolatura addominale comporta spesso un'iperlordosi con sollecitazione delle articolazioni interapofisarie e conseguente dolore lombare meccanico.

## Artrosi dell'anca (coxartrosi)



L'anca è colpita di frequente e trattandosi di una articolazione portante, può essere causa di invalidità parziale o completa. Più spesso monolaterale, la forma primaria colpisce soggetti fra i 40 ed i 60 anni; per quella "secondaria", l'età d'insorgenza è variabile a seconda

dei difetti congeniti o acquisiti a cui si correla (es. displasia congenita dell'anca, fratture).

Inizialmente il dolore si presenta durante la marcia o dopo essere rimasti a lungo seduti, ad es. in poltrona o in auto; in posizione orizzontale, recede quasi sempre. Il dolore è localizzato all'inguine e/o alla parte anteriore della coscia, ma in circa il 25% dei casi può interessare il lato interno della coscia e può essere riferito al ginocchio. La limitazione dei movimenti può essere marcata e particolarmente invalidante.

### **Artrosi del ginocchio (gonartrosi)**

L'artrosi del ginocchio è particolarmente frequente ed invalidante soprattutto nei soggetti di sesso femminile. Il dolore in sede anteriore o antero-mediale, è caratteristicamente di tipo meccanico. Dopo una prolungata inattività, per es. al mattino, dopo il riposo notturno, o dopo essere stati seduti a lungo, può aversi una contrattura dolorosa post-inattività che gli anglosassoni definiscono "gelling", di breve durata, che recede dopo la ripresa del movimento. Il dolore può essere risvegliato da alcune posture particolari, all'accovacciamento, oppure nel fare le scale, soprattutto in discesa. All'esordio si può riscontrare alla palpazione del ginocchio una dolorabilità delle zone periarticolari ed un modesto versamento. Successivamente il dolore può interessare l'articolazione nella sua globalità, insorgere anche di notte ed accompagnarsi a frequenti versamenti articolari. L'impotenza funzionale compare tardivamente.

### **Altre localizzazioni**

Alcune sedi articolari sono colpite dall'artrosi poco frequentemente, come il piede, ad esempio la I metatarsofalangea può essere coinvolta e causa notevole dolore, soprattutto quando associata ad alluce valgo. Ancora più rare sono l'artrosi della caviglia e del gomito secondarie a traumi o ad attività lavorative o sportive particolari. L'artrosi della spalla può riguardare tutto il complesso dato dalle articolazioni gleno-omeroale (omartrosi), sterno-claveare e acromio-claveare, quest'ultima è la più frequente ma in compenso, è quasi sempre asintomatica. L'artrosi della temporo-mandibolare generalmente si accompagna a dolore solo in presenza di squilibrio della masticazione causato da malocclusione.

### **L'artrosi si può curare?**

La terapia dell'artrosi comprende provvedimenti "a breve termine" per il controllo del dolore, della rigidità e per la riduzione dell'infiammazione, e "a medio-lungo termine" per il rallentamento della progressione, la prevenzione delle deformità, e il ripristino della funzione articolare.

I farmaci impiegati nell'artrosi devono essere sempre assunti dopo prescrizione e sotto controllo del Medico. Si possono suddividere in *sintomatici*, analgesici, antinfiammatori non steroidei (FANS), farmaci intra-articolari (steroidi ed acido ialuronico), ed in farmaci agenti sulla struttura, detti anche sintomatici a lenta azione (SYSADOA) o *condroprotettori*.

Secondo le linee guida nazionali e internazionali il farmaco di prima scelta per il controllo del dolore nell'artrosi è il paracetamolo, con un buon rapporto rischio-beneficio fino a dosaggio di 3 gr/die. Se inefficace si può ricorrere in associazione o in alternativa, ai FANS tradizionali oppure ai farmaci che agiscono selettivamente sulla ciclo-ossigenasi (COX)-2, detti anche Coxib, che sono meno gastrolesivi. Da qualche anno, anche nel nostro Paese gli analgesici oppiacei (codeina, tramadolo, ossicodone) trovano impiego per il controllo del dolore nell'artrosi, soprattutto nei soggetti che non tollerano i FANS, che sono allergici o che rispondono poco agli analgesici non oppiacei.

Le *infiltrazioni locali* possono essere effettuate con cortisone o con acido ialuronico. Le infiltrazioni di cortisone (generalmente non più di 3-4 all'anno, con intervallo di almeno un mese fra una e l'altra) vengono effettuate nei pazienti con chiara riaccensione flogistica, mentre quelle con acido ialuronico (effettuate a cicli di 3-5 infiltrazioni anche a cadenza settimanale) hanno anche un effetto condroprotettore, almeno a lungo termine.



Della categoria dei SYSADOA o *condroprotettori*, il farmaco che ha ricevuto più dimostrazione di efficacia è la glucosamina, mentre sono ancora oggetto di studio il condroitin-solfato, la diacereina, gli estratti di soia ed avocado e lo stesso acido ialuronico.

La terapia chirurgica (artro-protesi) costituisce un rimedio pressoché inevitabile nei casi di artrosi grave ed avanzata, in particolare all'anca e al ginocchio con dolore incoercibile. Anche se gli studi clinici sugli effetti benefici delle terapie termali nell'artrosi sono molto limitati, la fangobalneoterapia viene consigliata per migliorare la mobilità articolare e ridurre il dolore nei pazienti che non presentino patologie cardio-vascolari.

## Si può prevenire l'artrosi?

Sui fattori di rischio modificabili si può e si deve agire sicuramente.

- a) *prevenzione primaria* (ovvero per evitare che la malattia si verifichi)
  - Controllo del peso corporeo: si riduce la probabilità di essere colpiti dall'artrosi del ginocchio (in studi epidemiologici sulla popolazione, suddividendo questa in gruppi a seconda del peso corporeo, basta far parte del gruppo con 5 kg in meno per avere una probabilità del 50% inferiore di sviluppare l'artrosi)
  - Svolgere attività fisica adeguata, mirando a "costruire" una buona massa muscolare attorno all'articolazione, evitando il carico eccessivo con sport incongrui o troppo traumatici
  - Correggere le posture viziate o scorrette
  
- b) *prevenzione secondaria* (impedire che la malattia progredisca): quando si è colpiti dall'artrosi del ginocchio o dell'anca, un peso corporeo superiore alla norma è associato ad una maggiore velocità di progressione della malattia. Quindi comunque è importante osservare i provvedimenti su citati e ad essi associare una terapia di condroprotezione e di viscosupplementazione per limitare il peggioramento del danno strutturale

- c) *prevenzione terziaria* (evitare o limitare i danni od i disturbi alla persona derivanti dalla malattia): la riduzione del peso corporeo riduce i dolori articolari e migliora la funzione nei pazienti affetti da artrosi degli arti inferiori. Utile per il dolore impiego di terapia farmacologica sempre sotto stretto controllo medico.

A cura di

**Roberta Ramonda, Paola Frallonardo, Francesca Oliviero, Leonardo Punzi**  
Cattedra ed Unità Operativa Complessa di Reumatologia,  
Dipartimento di Medicina DIMED, Università di Padova

\*Immagini distribuite da Servier Medical Art con licenza:

<http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/>

*Nella tua Regione rivolgiti a:*

