

*È una delle condizioni algiche più diffuse e invalidanti, che da millenni affligge l'uomo; ne soffrì persino Sant'Ambrogio, che si celebra il 7 dicembre, Vescovo della città meneghina nel IV secolo. Oggi rappresenta un vero problema di salute pubblica, tanto che l'EFIC (European Pain Federation) ha proclamato il 2016 Anno europeo della lotta al dolore articolare. Tra i più coinvolti gli anziani, pazienti spesso fragili, che necessitano di terapie valide ma, al tempo stesso, ben tollerate. Nel dolore lieve-moderato da artrosi di anca, ginocchia o mani, le Linee Guida EULAR (European League Against Rheumatism) raccomandano paracetamolo come farmaco di riferimento, per il suo profilo di efficacia e sicurezza*



Milano, 6 dicembre 2016 – Volge al termine l'Anno europeo contro i dolori articolari, promosso dalla Federazione europea per il trattamento del dolore, con l'intento di sensibilizzare su un problema spesso sottovalutato ma che riguarda, secondo EFIC, oltre il 50% della popolazione sopra i 50 anni ed è in costante crescita.

Responsabili del dolore articolare sono patologie molto comuni di natura degenerativa, come l'artrosi, o infiammatoria, come le varie forme di artrite (ad esempio spondiloartriti, artrite reumatoide e gotta). Più colpite le donne, nella quali la prevalenza di artrite/artrosi è pari al 22%, contro il 12% negli uomini. Oggi, a Milano, autorevoli esperti hanno fatto il punto sulla gestione di queste condizioni dolorose, nell'ambito della campagna di informazione sul dolore NienteMale.

“L'artrosi sintomatica è una malattia che colpisce circa il 15% della popolazione adulta ma, oltre i 60 anni, si comincia a superare il 25-30% - ha precisato Leonardo Punzi, Direttore Cattedra e Unità Operativa Complessa di Reumatologia, Dipartimento di Medicina DIMED, Università di Padova – Le sedi più colpite sono le ginocchia, l'anca e le mani. Nonostante sia sottostimata, l'artrosi è anche la causa più frequente di ospedalizzazione nei reparti di ortopedia per interventi di artroprotesi. Le diverse forme di artriti interessano in Italia circa il 3% dei soggetti sopra i 18 anni; tra queste, la gotta, provocata dalla presenza di cristalli di acido urico nelle articolazioni, rappresenta la più comune malattia infiammatoria articolare, con una prevalenza dell'1-2%”.

Al pari delle malattie articolari, altra causa frequente di dolore muscolo-scheletrico è la lombalgia: nel corso della vita, il classico mal di schiena colpisce fino all'84% dell'intera popolazione e nel 23% dei casi diventa cronico, con pesanti ripercussioni sulla qualità di vita [1]. Può avere un'origine meccanico-strutturale oppure essere dovuto a una forma infiammatoria, come accadde a un paziente illustre, cui sono affezionati i milanesi.

“Sant'Ambrogio, che si festeggia domani, aveva una lombalgia dovuta a una forma di spondiloartrite,

probabilmente una spondilite anchilosante – ha ricordato Punzi – benché non sia facile differenziare le due patologie articolari dall’esame delle ossa. Fra forme infiammatorie e non, la lombalgia occupa il primo posto nella classifica che valuta gli anni globali vissuti con disabilità, all’interno del più importante studio epidemiologico condotto negli ultimi anni, il *Global burden of diseases*” [2].

“Se non adeguatamente trattato, il dolore può evolvere verso una forma cronica e, da sintomo, divenire malattia – ha spiegato Massimo Allegri, Ricercatore confermato presso l’Università di Parma, Il Servizio Anestesia Rianimazione e Centro del Dolore AOU di Parma – Il dolore svolge il ruolo fondamentale di segnale d’allarme per il nostro organismo. Se però il messaggio continua nel tempo, il sistema nervoso va incontro ad alterazioni tali per cui si instaura un meccanismo di cronicizzazione in base al quale l’impulso doloroso è avvertito indipendentemente o con intensità aumentata rispetto allo stimolo iniziale. Quindi, non solo aumenta l’intensità del segnale, ma questo può essere inviato anche in assenza dello stimolo che lo aveva innescato. Controllare il dolore è dunque essenziale per impedire, o quantomeno ridurre, il rischio di cronicizzazione; ciò avviene con i farmaci in grado di bloccare la trasmissione degli impulsi dolorosi: a livello periferico con gli antinfiammatori non steroidei (FANS), se c’è un’inflammazione, e a livello centrale con il paracetamolo, gli oppioidi e gli adiuvanti”.

“Per quanto riguarda l’artrosi, purtroppo non c’è cura che possa arrestarne la progressione e quindi si ricorre ai farmaci sintomatici – ha dichiarato Punzi – Qui il primo analgesico di riferimento per efficacia e tollerabilità, in base anche alle indicazioni fornite dalle Linee Guida EULAR, è il paracetamolo. Se il paziente non risponde a questa terapia, si passa ai FANS che però non sempre si possono prescrivere. Bisogna tener conto, infatti, che il 15% degli anziani assume anticoagulanti. Somministrare un antinfiammatorio a questi soggetti fragili significherebbe aumentare il rischio di sanguinamento, per cui è preferibile passare agli oppioidi deboli, come la codeina, che possono essere utilizzati in associazione al paracetamolo a dosi più basse”.

Quello degli anziani fragili è un problema che la medicina generale si trova di frequente a dover gestire. “Negli ultimi 10 anni – ha evidenziato Pierangelo Lora Aprile, Segretario Scientifico Nazionale SIMG, Responsabile Area Dolore e Cure Palliative – i nostri contatti per paziente/anno sono passati da 3,7 a 9,6 a causa dell’esplosione di malattie croniche come l’artrosi, il cui trend è in continuo aumento, con una prevalenza che cresce con l’età e raggiunge il 54% nella fascia 75-84 anni. Il medico di famiglia deve così trattare un disturbo doloroso in pazienti spesso complessi, che hanno comorbidità, a volte anche delle disabilità e sono fragili. Oggi il 38-40% della popolazione ha almeno una patologia, il 20% ne ha 2 e il 14% è multicronico. Prima di somministrare un analgesico a un paziente con comorbidità, disabilità o fragilità, dobbiamo innanzitutto tipizzare il dolore, ovvero capire se sia infiammatorio o meccanico-strutturale, e valutare l’ospite che deve ricevere la terapia: verificare se abbia una insufficienza cardiaca, lo stato delle funzioni cognitive e la presenza o meno di problemi di deambulazione”.

Come intervenire, in queste situazioni? “L’idea è quella di un’appropriata selezione del farmaco – ha chiarito Allegri – Esistono molecole che non sono controindicate in questi pazienti; sicuramente il paracetamolo è un farmaco ‘entry level’, che non solo ha un buon profilo di sicurezza ed efficacia ma agisce a livello centrale su quei meccanismi che possono aumentare il rischio di cronicizzazione [3]. Può essere impiegato in tutti i pazienti, specialmente in quelli fragili, visto l’ottimo profilo rischio-beneficio, se utilizzato alle dosi corrette; inoltre, ha un suo ruolo non soltanto nella gestione del dolore lieve, ma anche nel dolore moderato-severo, se inserito nell’ottica dell’analgesia multimodale. Con tale approccio può essere usato anche per ridurre il ricorso ad altri farmaci”.

E proprio il profilo di sicurezza di paracetamolo è stato oggetto di un recente studio in “real life”, condotto dai medici della SIMG [4]. “Si tratta di uno studio retrospettivo su 37.000 pazienti esposti alla somministrazione della molecola, da sola o in associazione a codeina, nei 10 anni precedenti – ha ricordato Lora Aprile – I risultati hanno evidenziato l’assenza di correlazione fra uso di paracetamolo ed eventi avversi quali emorragie gastrointestinali, ictus o infarti al miocardio”.

Altre indicazioni dovrebbero giungere da uno studio osservazionale prospettico, promosso sempre da SIMG, per verificare l’efficacia delle terapie antidolorifiche nei pazienti con artrosi di anca e ginocchio, che partirà a breve e recluterà 1.800 pazienti.

“La ricerca valuterà l’efficacia non solo di paracetamolo ma anche degli altri analgesici, suddividendo i partecipanti in base alle caratteristiche del loro dolore, vale a dire se di natura infiammatoria o meccanico-strutturale”, ha concluso Lora Aprile, coordinatore dello studio.

[1] Balagué F et al., “Non-specific low back pain”, *Lancet* 2012 Feb 4;379(9814):482-91, doi: 10.1016/S0140-6736(11)60610-7. Epub 2011 Oct 6.

[2] Hoy D et al., “The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study”, *Ann Rheum Dis*, doi: 10.1136/annrheumdis-2013-204428.

[3] Toussaint K et al., “What do we (not) know about how paracetamol (acetaminophen) works?”, *J Clin Pharm Ther* 2010 Dec; 35(6):617-38.

[4] Lora Aprile P et al., “Paracetamolo, paracetamolo-codeina, nuove evidenze di sicurezza”, *Rivista società Italiana Medicina Generale (SIMG)*, 2015; 2:3-10.

fonte: ufficio stampa