

## **GESTIONE FARMACOLOGICA DELLE MALATTIE OSTEOARTICOLARI**

Maria Laura Sorgi  
Cattedra di Reumatologia  
II Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Roma "La Sapienza"  
Azienda Ospedaliera Sant'Andrea - Direttore Prof. Raffaele D'Amelio

Per una corretta gestione farmacologica di ogni patologia - e quindi, nella fattispecie, anche **nel trattamento a lungo termine delle malattie reumatiche** - è indispensabile la collaborazione tra medico e paziente.

Questa collaborazione responsabilizza soprattutto il medico, il quale - fornendo cognizioni semplici e comprensibili, ma non per questo meno esaustive - deve impegnarsi ad "educare adeguatamente il paziente", in modo tale che quest'ultimo non sia esposto alle conseguenze negative derivanti da un'eventuale, erronea interpretazione delle informazioni autonomamente acquisite attraverso i sempre più diffusi, e spesso non controllati, canali informatici.

Il paziente non va infatti considerato come un "passivo recipiente" di cure, ma come **un partecipe protagonista nella gestione della propria malattia**: il paziente "**attivo**" deve dunque condividere con lo specialista le decisioni prese, e solo dopo averne ricevuto le giuste informazioni potrà essere in grado di autogestire - seppure parzialmente, ma in modo corretto - la propria terapia.

In assenza di guida e di corrette informazioni, l'autogestione farmacologica si rende pericolosa: prima di tutto per il paziente stesso - che rischia molto attendibilmente di ricavarne disabilità, dolore e depressione - ed inoltre per l'intero sistema socio-sanitario, su cui grava il peso dei costi diretti ed indiretti delle malattie.

Per focalizzarci sulla **gestione farmacologica delle malattie reumatiche**, un altro aspetto molto importante è quello relativo alla **personalizzazione della terapia**. Ogni singolo paziente è una realtà autonoma e la prescrizione di una terapia deve basarsi sui seguenti parametri:

- valutazione dell'attività di malattia (determinazione degli indici aspecifici di flogosi -VES, PCR, fibrinogeno, alfa2globuline,..-, numero delle articolazioni dolenti e/o tumefatte, scale del dolore,..);
- variabilità di risposta al farmaco;
- età del soggetto (per es. i soggetti anziani hanno un rischio maggiore di sviluppare effetti collaterali da farmaci a carico degli apparati gastrointestinale e renale);
- fattori di rischio (età maggiore di 65 anni, storia di ulcera, infezione da Helicobacter pilori, uso di farmaci anticoagulanti, cortisonici,..);
- malattie associate (ipertensione arteriosa, insufficienza renale, insufficienza epatica, ulcera peptica, allergie,..), che possono condizionare l'uso dei farmaci "antireumatici" e/o determinare interazioni farmacologiche tra il farmaco antireumatico e quello impiegato per la cura della malattia associata.

Complessivamente la sintomatologia delle malattie reumatiche comprende *il dolore, la rigidità articolare, la tumefazione articolare, la debolezza muscolare, la difficoltà al movimento, l'astenia e le variazioni dello stato dell'umore.*

Tra questi, nella maggior parte dei casi il dolore è vissuto come l'aspetto peggiore della malattia. Dunque, **l'obiettivo primario** della terapia farmacologica delle malattie reumatiche è diretto al controllo del dolore e alla riduzione della rigidità articolare, affinché il paziente possa recuperare

l'attività motoria e funzionale. In conseguenza del miglioramento dello stato fisico, migliora pressoché inevitabilmente anche quello mentale, con ben comprensibili risultati sulla "qualità di vita" del paziente.

I farmaci più utilizzati per il controllo del dolore nelle malattie reumatiche sono gli **analgesici e gli antinfiammatori**.

Gli **analgesici puri** – narcotici e non narcotici - vengono in genere utilizzati:

- come farmaci di attesa in corso di precisazione diagnostica;
- oppure nelle forme di patologia reumatica non particolarmente *attiva*;
- o, ancora, nei soggetti con elevati fattori di rischio per lo sviluppo di complicazioni legate all'uso dei farmaci antinfiammatori.

I farmaci **antinfiammatori** si distinguono in:

- **steroidi o cortisonici**;
- **non steroidi**:
  - *FANS*<sup>1</sup>
  - e *COXIB*, che agiscono attraverso l'inibizione selettiva della ciclossigenasi2 (COX-2), l'enzima chiave nel processo di formazione delle molecole responsabili del processo infiammatorio.

I *FANS* e i *COXIB* hanno il medesimo effetto antalgico ed antinfiammatorio, ma **un diverso meccanismo di azione**, che spiega la loro potenziale **tossicità a carico di organi ed apparati diversi**.

In maniera esemplificativa, possiamo ritenere che i potenziali effetti collaterali dei farmaci non steroidi si esplicano:

- in quanto ai FANS, **prevalentemente a carico dell'apparato gastrointestinale**;
- in quanto ai COXIB, **prevalentemente a carico dell'apparato cardiocircolatorio**.

Gli effetti collaterali più comuni a livello gastrointestinale sono rappresentati da un complesso di sintomi - comunemente raccolti sotto il termine generico di dispepsia - che comprendono: epigastralgia, fastidio addominale, sensazione di digestione lenta, sazietà precoce, nausea, meteorismo, eruttazione, pirosi e rigurgito acido. In alcuni casi si possono sviluppare effetti collaterali più gravi, come ulcera gastrica o duodenale e sanguinamento.

Gli effetti collaterali più comuni a livello dell'apparato cardiocircolatorio sono invece rappresentati da ipertensione arteriosa, edema, insufficienza cardiaca e renale.

I rischi gastrointestinali e cardiovascolari dei farmaci antinfiammatori non steroidi sono DOSE-DIPENDENTI, dunque non semplicemente associati all'esclusivo meccanismo di azione del farmaco, ma, probabilmente, anche **all'esposizione al farmaco** (emivita<sup>2</sup> del farmaco e durata del trattamento), oltre che alle specifiche caratteristiche cliniche del paziente (fattori di rischio).

Per i motivi sopra esposti, tali farmaci dovrebbero essere utilizzati **ALLA PIU' BASSA DOSE EFFICACE E PER IL PERIODO PIU' BREVE POSSIBILE !**

---

<sup>1</sup> "Farmaci Antinfiammatori Non Steiroidei"

<sup>2</sup> tempo di "vita" del farmaco nell'organismo

In presenza di fattori di rischio in un soggetto con malattia in fase attiva, può risultare utile l'associazione terapeutica con un analgesico puro + FANS + cortisone (v. oltre), le cui singole dosi e tempi di somministrazione andranno valutati dallo specialista con un attento monitoraggio clinico e di laboratorio. Vanno evitate le associazioni inutili o dannose che aumentano il rischio iatrogeno<sup>3</sup>, come ad esempio l'associazione di più FANS (FANS+FANS; FANS+COXIB).

Il profilo di maggiore sicurezza per la scelta del farmaco si basa dunque sulla valorizzazione dei fattori di rischio. **Per i soggetti a maggior rischio gastrointestinale** saranno indicati preferenzialmente i COXIB, associati comunque a gastroprotettori, mentre **per i soggetti a maggior rischio cardiovascolare** è preferibile l'uso di un FANS tradizionale, associato a basse dosi di aspirina e a gastroprotettore.

Quando dunque non è possibile rinunciare alla terapia con FANS in soggetti con fattori di rischio gastrointestinali (pregressa storia di ulcera peptica; impiego di elevate dosi di FANS o di associazione di FANS e aspirina, anche se a basso dosaggio; uso concomitante di anticoagulanti o di cortisonici; età avanzata; presenza di infezione da *Helicobacter pilori*) è **obbligatorio** adottare un'associazione farmacologica con gastroprotettori, al fine di ridurre il rischio di complicanze legate all'uso dei farmaci antinfiammatori non steroidei. Le terapie gastroprotettive attualmente disponibili sono rappresentate dalle prostaglandine (misoprostolo), dagli antagonisti dei recettori istaminici H2 e dagli inibitori di pompa protonica.

A loro volta, i **cortisonici** sono potenti antinfiammatori che non hanno "azione curativa", ma che **sono indispensabili**:

- nel trattamento di emergenza in alcune fasi di particolare attività di malattia,
- e/o nei casi in cui il paziente presenti elevati fattori di rischio, sia per patologie gastrointestinali che cardiovascolari, e pertanto non eleggibile al trattamento con FANS o COXIB.

I cortisonici trovano inoltre **indicazione assoluta**, pur con diversi schemi di dosaggio e modalità di somministrazione, nelle connettiviti caratterizzate da importante impegno d'organo a carico di rene, sistema nervoso, cardiovascolare, emopoietico,... Possono essere utilizzati anche per via locale, intrarticolare, nei casi di interessamento flogistico di un'unica o poche articolazioni (mono-oligoartrite) in assenza di importante sintomatologia sistemica.

Per completare questa breve disamina, va fatto un accenno ad un altro importante sottogruppo di antinfiammatori che non hanno proprietà **antalgiche** e che vengono classificati come **antiflogistici lenti o farmaci di fondo**.

Essi sono in grado di modificare in senso favorevole il decorso naturale della malattia e, per agire, hanno bisogno di un tempo di latenza di alcuni mesi. Tra gli antiflogistici lenti ricordiamo gli antimalarici di sintesi, la sulfasalazina, i sali d'oro, la penicillamina, gli immunodepressori e gli immunomodulanti.

---

<sup>3</sup> rischio da farmaco