

Deep In



OSTEOARTROSI



OARSI guidelines for the non-surgical management of knee, hip, and polyarticular osteoarthritis

Linee guida OARSI per la gestione non chirurgica dell'osteoartrosi
del ginocchio, dell'anca e della poliartrosi

Gli autori

R. R. Bannuru, M. C. Osani, E. E. Vaysbrot, N. K. Arden, K. Bennell,
S. M. A. Bierma-Zeinstra, V. B. Kraus, L. S. Lohmander, J. H. Abbott, M. Bhandari,
F. J. Blanco, R. Espinosa, I. K. Haugen, J. Lin, L. A. Mandl, E. Moilanen, N. Nakamura,
L. Snyder-Mackler, T. Trojian, M. Underwood, T. E. McAlindon

Publicato in *Osteoarthritis Cartilage*. 2019 Nov;27(11):1578-1589.

Background 1/2



L'osteoartrite (OA), come è noto, è **una condizione cronica degenerativa della cartilagine articolare** che comporta rigidità articolare, dolore e limitazione funzionale, compromettendo la qualità della vita dei pazienti.

In particolare, l'osteoartrite del ginocchio (**gonartrosi**) e dell'anca (**coxartrosi**) si collocano **al primo posto** nel mondo **tra le cause di disabilità e dolore cronico**.

L'**incidenza aumenta con l'età e l'obesità della popolazione** e rappresenta un problema economico globale per gli elevati costi socio-sanitari, conseguenza della riduzione dell'operatività lavorativa e del ritiro precoce dal lavoro.

I fattori che maggiormente influenzano la **gestione clinica della gonartrosi** sono la presenza di **comorbidità** (diabete, ipertensione, malattie cardiovascolari, insufficienza renale, sanguinamento gastrointestinale, depressione o una qualsiasi condizione fisica che limiti la mobilità, compresa l'obesità) e il **coinvolgimento di altre articolazioni**.

Background 2/2



A conclusione di un'ampia revisione delle evidenze scientifiche disponibili, l'**OARSI** (Osteoarthritis Research Society International) ha sviluppato per la prima volta nel **2014** delle **linee guida per il trattamento non chirurgico dell'osteoartrosi**, in particolare quella a carico del ginocchio, stratificando ciascun intervento per 4 categorie di pazienti: pazienti con sola OA del ginocchio e assenza di comorbidità, pazienti con OA del ginocchio associata a comorbidità, pazienti con poliartrosi e assenza di comorbidità e pazienti con poliartrosi e comorbidità [1].

Nell'**attuale revisione** delle linee guida, gli esperti dell'OARSI, riesaminando la letteratura disponibile sulla gestione terapeutica conservativa della OA, hanno elaborato un **algoritmo per guidare le decisioni cliniche** sulla base del profilo del paziente e dei risultati ottenuti dai singoli interventi.

[1] McAlindon TE, Bannuru RR, Sullivan MC, Arden NK, Berenbaum F, Bierma-Zeinstra SM, *et al.* *OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis*. *Osteoarthritis Cartilage* 2014;22(3):363-88.

Obiettivo dello studio



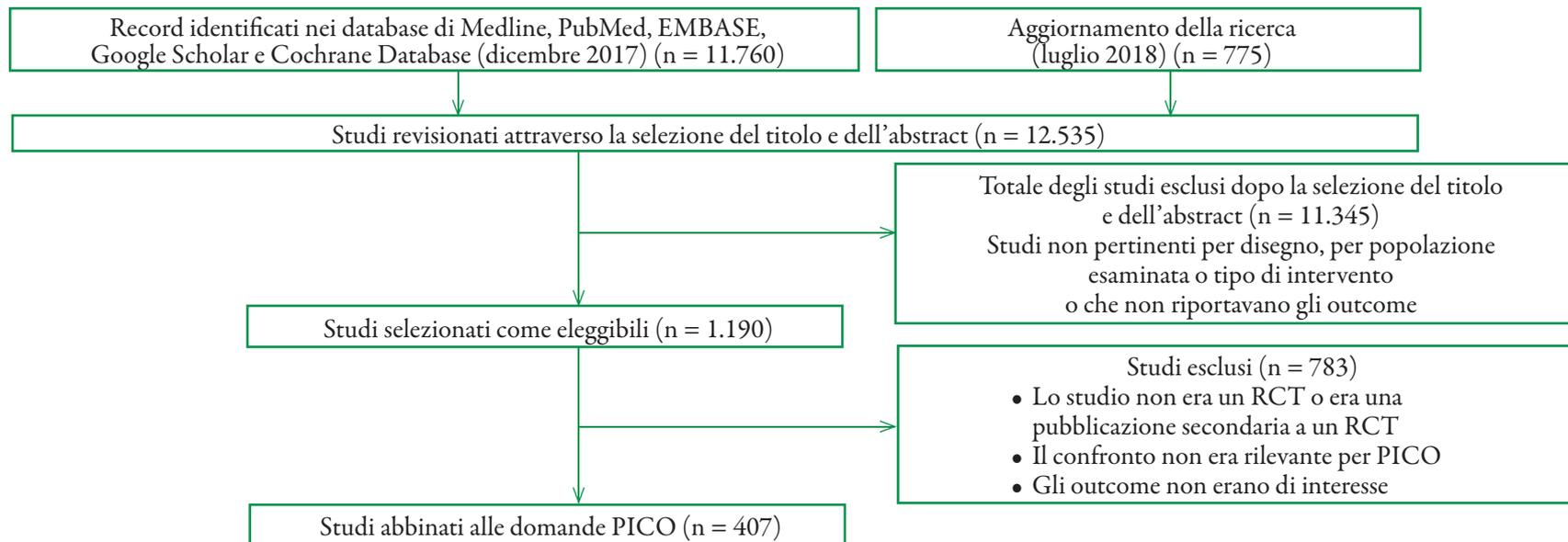
Aggiornare e ampliare le precedenti linee guida attraverso lo sviluppo di raccomandazioni *paziente-specifiche* per gonartrosi, coxartrosi e poliartrosi, frutto del consenso degli esperti e basate su una revisione oggettiva dei dati presenti in letteratura.

Materiali e metodi 1/2



- ▶ Le nuove raccomandazioni OARSI sono state sviluppate attraverso il riesame della letteratura selezionata su 60 diversi interventi unici provenienti dalle principali banche dati scientifiche (MEDLINE, PubMed, EMBASE, Cochrane Database, Google Scholar). Dopo la fase di revisione sistematica, sono stati estratti i dati di efficacia e sicurezza ed è stata eseguita una metanalisi per ciascun intervento disponibile per gonartrosi, coxartrosi e poliartrosi.

Flow-chart del processo di selezione degli studi



RCT: Trial clinico randomizzato. PICO: Patient Intervention Comparison Outcome.

Materiali e metodi 2/2



- ▶ Gli esperti del gruppo di lavoro OARSI erano chiamati a esprimersi votando in anonimato la direzione («a favore» o «contro») e la forza («forte» o «condizionale») delle raccomandazioni di ciascun intervento individuato all'interno di un documento riepilogativo di evidenza, generato grazie al metodo GRADE.
- ▶ I livelli assegnati ai trattamenti non-core (1A, 1B, 2, 3, 4A, 4B o 5) si basano sulla percentuale dei voti a favore e sulla forza di ciascuna raccomandazione.
- ▶ L'algoritmo terapeutico finale è stato pertanto costruito sulla base della percentuale dell'evidenza raccolta e sulla forza delle raccomandazioni, frutto del consenso del gruppo di lavoro, utilizzando l'approccio GRADE.

Livelli assegnati ai trattamenti

Livello	% a favore	% contro	% condizionale/forte
Livello 1A	75-100	0-25	>50 forte
Livello 1B	75-100	0-25	>50 condizionale
Livello 2	60-74	26-40	<i>condizionale di default</i>
Livello 3	41-59	41-59	<i>condizionale di default</i>
Livello 4B	26-40	60-74	<i>condizionale di default</i>
Livello 4A	0-25	75-100	>50 condizionale
Livello 5	0-25	75-100	>50 forte

Risultati 1/6



- ▶ Il trattamento fondamentale della gonartrosi include programmi formativi per la gestione del dolore e per la corretta mobilizzazione, oltre che per i corretti stili di vita (**tabella 1**).
- ▶ Inoltre, sono raccomandati esercizi a terra (secondo programmi validati e adattati alle capacità del singolo paziente) con o senza il controllo del peso (a seconda dell'importanza del sovrappeso nella genesi del disturbo e del dolore).
- ▶ L'uso topico di farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) è fortemente raccomandato nei pazienti con gonartrosi (**livello 1A**).
- ▶ In presenza di comorbidità gastrointestinale le linee guida OARSI suggeriscono gli inibitori di COX-2 (livello 1B) e i FANS non selettivi in associazione ai PPI (inibitori di pompa protonica) (**livello 2**).
- ▶ I **FANS non selettivi** per via orale, da impiegare alla minima dose efficace e per il più breve tempo possibile, **non sono comunque raccomandati in pazienti con comorbidità cardiovascolare o nei pazienti fragili**. In questi ultimi **si raccomanda, come prima linea di trattamento, la terapia intra-articolare di corticosteroidi (IACS) e/o di acido ialuronico (HA)**, con un livello di evidenza, rispettivamente, **1B e 2**, in base alle comorbidità del paziente gonartrosico. In particolare, gli IACS sono raccomandati per il trattamento sintomatico del dolore acuto (1-2 settimane) e nel breve termine (4-6 settimane), a differenza del **trattamento intra-articolare con HA che è preferibile nel lungo termine per l'onset di azione più lungo** (comunque entro 12 settimane) **e per il favorevole profilo di sicurezza (tabella 1)**.
- ▶ Tali interventi non sono invece raccomandati in caso di coxartrosi (**tabella 2**) e poliartrosi (**tabella 3**).

Risultati 2/6



Tabella 1. Trattamenti raccomandati, per livello, nella gestione della gonartrosi

Livello di raccomandazione	Forza	Tipo di trattamento	Nessuna comorbidità	Comorbidità gastrointestinali	Comorbidità cardiovascolari	Fragilità	Dolore/depressione diffusi
Core	Forte	Educazione all'artrosi; programmi di esercizi a terra (tipo 1: rafforzamento e/o allenamento cardio e/o equilibrio/esercizio neuromuscolare; oppure tipo 2: esercizi corpo-mente, inclusi Tai Chi o yoga) con o senza controllo del peso					
Livello 1A Alto consenso ≥75% a favore	Forte	Farmacologico	FANS topici	FANS topici		FANS topici	<i>Vedi livello 1B</i>
		Non farmacologico	<i>Vedi livello 1B</i>	<i>Vedi livello 1B</i>		<i>Vedi livello 1B</i>	<i>Vedi livello 1B</i>
Livello 1B Alto consenso ≥75% a favore e >50% raccomandazione "condizionale"	Condizionale	Farmacologico	- FANS non selettivi - FANS non selettivi + PPI - Inibitori della COX-2 - IACS	Inibitori della COX-2 IACS, IAHA	IACS, IAHA	IACS, IAHA	- FANS non selettivi - FANS non selettivi + PPI - Inibitori della COX-2
		Non farmacologico	Esercizi in acqua, ausili per camminare, programmi di autogestione	Esercizi in acqua, ausili per camminare, programmi di autogestione		Esercizi in acqua, ausili per camminare, programmi di autogestione	Esercizi in acqua, terapia cognitivo-comportamentale (con o senza esercizi fisici), programmi di autogestione, ausili per camminare
Livello 2 Basso consenso 60-74% a favore	Condizionale	Farmacologico	IAHA	FANS non selettivi + PPI	<i>Vedi sotto</i>	<i>Vedi sotto</i>	Duloxetina, IACS, IAHA, FANS topici
		Non farmacologico	Terapia cognitivo-comportamentale con esercizi fisici	Terapia cognitivo-comportamentale con esercizi fisici		Terapia cognitivo-comportamentale con esercizi fisici	<i>Nessuna raccomandazione</i>
Principi di buona pratica clinica	Condizionale	Vari	Trattamento intra-articolare	<i>Trattamento intra-articolare, mitigazione del rischio FANS</i>		<i>Trattamento intra-articolare, mitigazione del rischio FANS</i>	<i>Programma di gestione del dolore, trattamento intra-articolare</i>

Trattamento intra-articolare: le iniezioni intra-articolari di corticosteroidi (IACS) sono raccomandate per il trattamento sintomatico del dolore acuto (1-2 settimane) e nel breve termine (4-6 settimane); le iniezioni intra-articolari di acido ialuronico (IAHA), raccomandate per il loro effetto a lungo termine, sono associate a un miglioramento della sintomatologia entro 12 settimane e a un favorevole profilo di sicurezza. *Mitigazione del rischio FANS:* se il paziente e il medico scelgono un trattamento con FANS orali nonostante la mancanza di raccomandazioni, si suggerisce di utilizzare la dose più bassa possibile e per il minor tempo possibile in associazione a un PPI per la protezione gastrica. *PPI:* inibitori di pompa protonica.

Risultati 3/6



Tabella 2. Trattamenti raccomandati, per livello, nella gestione della coxartrosi

Livello di raccomandazione	Forza	Tipo di trattamento	Nessuna comorbidità	Comorbidità gastrointestinali	Comorbidità cardiovascolari	Fragilità	Dolore/depressione diffusi
Core	Forte	Educazione all'artrosi; programmi di esercizi a terra (tipo 1: rafforzamento e/o allenamento cardio e/o equilibrio/ esercizio neuromuscolare)					
Livello 1A ≥75% a favore e >50% raccomandazione forte	Forte	Farmacologico	Vedi livello 1B	Vedi livello 1B		Vedi livello 1B	Vedi livello 1B
		Non farmacologico	Vedi livello 1B	Vedi livello 1B		Vedi livello 1B	Vedi livello 1B
Livello 1B ≥75% a favore e >50% raccomandazione "condizionale"	Condizionale	Farmacologico	FANS non selettivi	Inibitori della COX-2	Vedi sotto	Vedi sotto	Vedi sotto
		Non farmacologico	Esercizi mente-corpo, programmi di autogestione, ausili per camminare	Esercizi mente-corpo, programmi di autogestione, ausili per camminare		Esercizi mente-corpo, programmi di autogestione, ausili per camminare	Esercizi mente-corpo, ausili per camminare
Livello 2 60-74% a favore	Condizionale	Farmacologico	- FANS non selettivi + PPI - Inibitori COX-2	FANS non selettivi + PPI	Vedi sotto	Vedi sotto	- FANS non selettivi - FANS non selettivi + PPI - Inibitori COX-2
		Non farmacologico	Vedi sotto	Vedi sotto		Vedi sotto	Terapia cognitivo-comportamentale, programmi di autogestione
Principi di buona pratica clinica	Condizionale	Vari	Controllo del peso	Controllo del peso, mitigazione del rischio FANS		Mitigazione del rischio FANS	Programma di gestione del dolore, controllo del peso, mitigazione del rischio FANS

Controllo del peso: è improbabile che il controllo del peso (con o senza una componente di esercizio fisico) abbia un effetto benefico significativo sui sintomi dell'anca osteoartrosica. Non ci sono evidenze scientifiche a supporto e il voto relativo al controllo del peso nei pazienti con coxartrosi si è basato su prove indirette, relative ai pazienti gonartrosici. Tuttavia, il controllo del peso può essere raccomandato per alcuni pazienti (ad esempio, per i soggetti che hanno un BMI ≥30 kg/m²) come parte di un regime di vita sano. *Mitigazione del rischio FANS:* se il paziente e il medico scelgono un trattamento con FANS orali nonostante la mancanza di raccomandazioni, si suggerisce di utilizzare la dose più bassa possibile e per il minor tempo possibile in associazione a un PPI per la protezione gastrica. *PPI:* inibitori di pompa protonica.

Risultati 4/6



Tabella 3. Trattamenti raccomandati, per livello, nella gestione della poliartrosi

Livello di raccomandazione	Forza	Tipo di trattamento	Nessuna comorbidità	Comorbidità gastrointestinali	Comorbidità cardiovascolari	Fragilità	Dolore/depressione diffusi
Core	Forte	Educazione all'artrosi; programmi di esercizi strutturati a terra (tipo 1: rafforzamento e/o allenamento cardio e/o equilibrio/esercizio neuromuscolare)					
Livello 1A ≥75% a favore e >50% raccomandazione forte	Forte	Farmacologico	Vedi livello 1B	Vedi livello 1B		Vedi livello 1B	Vedi livello 1B
		Non farmacologico	Vedi livello 1B	Vedi livello 1B		Vedi livello 1B	Vedi livello 1B
Livello 1B ≥75% a favore e >50% raccomandazione "condizionale"	Condizionale	Farmacologico	FANS non selettivi FANS topici	Inibitori della COX-2	Vedi sotto	Vedi sotto	Vedi sotto
		Non farmacologico	Esercizi mente-corpo, controllo del peso (con o senza esercizi fisici), programmi di autogestione, ausili per camminare	Esercizi mente-corpo, controllo del peso (con o senza esercizi fisici), programmi di autogestione, ausili per camminare		Esercizi mente-corpo, programmi di autogestione, ausili per camminare	Esercizi mente-corpo, terapia cognitivo-comportamentale, controllo del peso (con o senza esercizi fisici), programmi di autogestione, ausili per camminare
Livello 2 60-74% a favore	Condizionale	Farmacologico	- FANS non selettivi + PPI - Inibitori COX-2	FANS non selettivi + PPI FANS topici	FANS topici	FANS topici	- FANS non selettivi - FANS non selettivi + PPI - Inibitori COX-2
		Non farmacologico	Nessuna raccomandazione	Nessuna raccomandazione		Nessuna raccomandazione	Nessuna raccomandazione
Principi di buona pratica clinica	Condizionale	Vari	NA	Mitigazione del rischio FANS		Mitigazione del rischio FANS	Programma di gestione del dolore

Mitigazione del rischio FANS: se il paziente e il medico scelgono un trattamento con FANS orali nonostante la mancanza di raccomandazioni, si suggerisce di utilizzare la dose più bassa possibile e per il minor tempo possibile in associazione a un PPI per la protezione gastrica. *PPI:* inibitori di pompa protonica.

Risultati 5/6

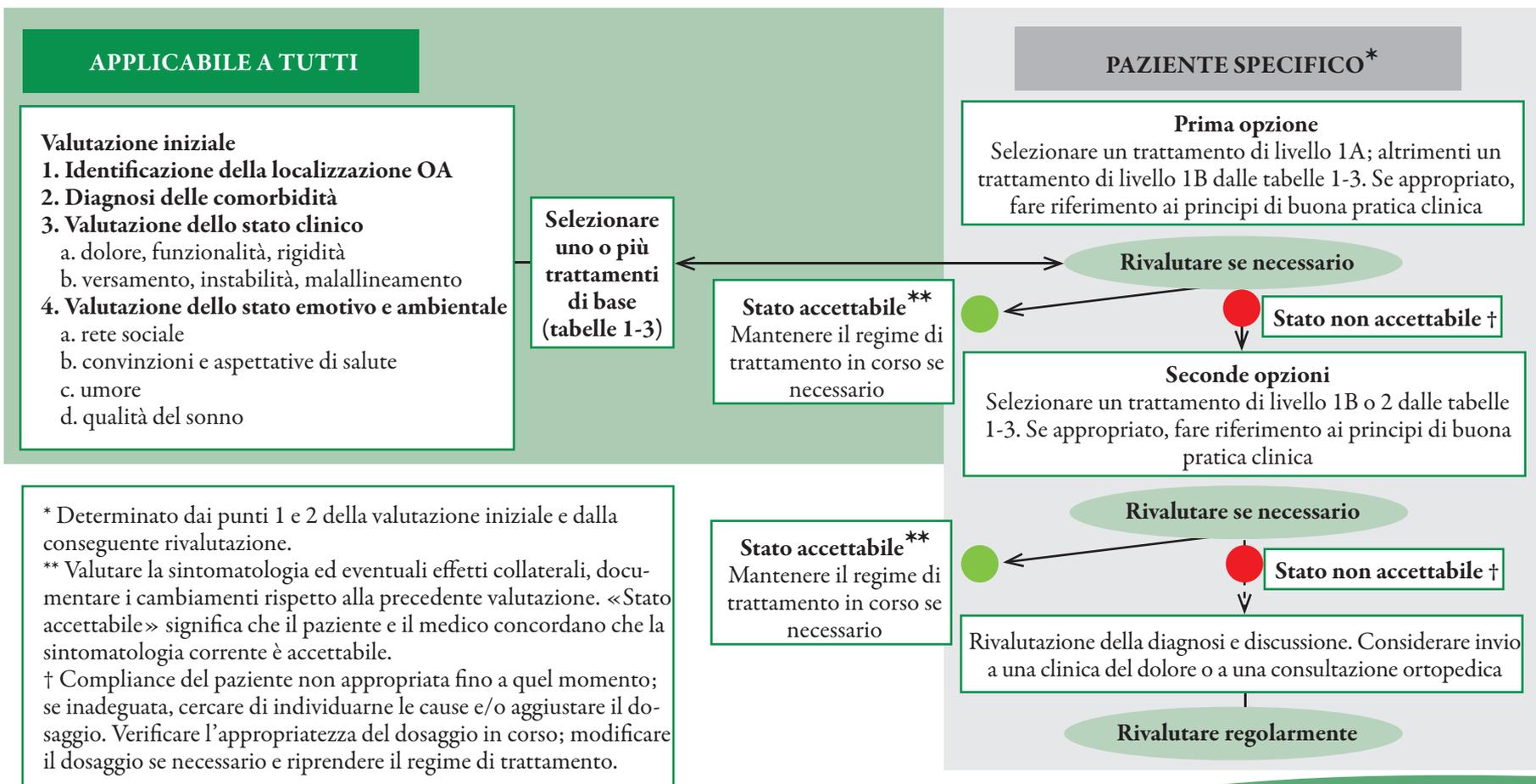


- ▶ Il trattamento fondamentale dell'artrosi dell'anca e delle forme che colpiscono più di un'articolazione è analogo a quello previsto per il ginocchio, ma il controllo del peso sembra avere un impatto minore sul risultato.
- ▶ L'uso di **paracetamolo** (un tempo considerato il farmaco di prima scelta per il dolore) **non è raccomandato** (salvo casi particolari) perché le revisioni della letteratura mostrano una scarsa, se non nulla, efficacia sul dolore artrosico con segnali di epatotossicità (livello 4A e 4B).
- ▶ Gli esperti hanno **votato** anche **contro l'utilizzo di farmaci oppiacei** nei pazienti artrosici per via delle segnalazioni, in aumento costante, di abuso e di dipendenza. La scelta è supportata anche dal basso grado di evidenza a sostegno di una loro efficacia sul dolore articolare.
- ▶ Per la prima volta, esercizi come **yoga e meditazione sono indicati come trattamento fondamentale**, segnalando che la patologia artrosica deve essere presa in carico in modo olistico.
- ▶ Per la stessa ragione, pur mancando dati sufficienti a supporto, gli esperti raccomandano il ricorso a **terapie di tipo cognitivo-comportamentale** in tutte le forme di artrosi, sulla base della loro esperienza clinica.
- ▶ Gli esperti dell'OARSI hanno infine elaborato un algoritmo (**figura 1**) per guidare le decisioni cliniche sulla base del profilo del paziente e dei risultati ottenuti dai singoli interventi.

Risultati 6/6



Figura 1. Algoritmo di trattamento per la gestione dell'osteoartrite



* Determinato dai punti 1 e 2 della valutazione iniziale e dalla conseguente rivalutazione.

** Valutare la sintomatologia ed eventuali effetti collaterali, documentare i cambiamenti rispetto alla precedente valutazione. «Stato accettabile» significa che il paziente e il medico concordano che la sintomatologia corrente è accettabile.

† Compliance del paziente non appropriata fino a quel momento; se inadeguata, cercare di individuarne le cause e/o aggiustare il dosaggio. Verificare l'appropriatezza del dosaggio in corso; modificare il dosaggio se necessario e riprendere il regime di trattamento.

Conclusioni



La revisione attuale delle linee guida OARSI, frutto del consenso di autorevoli esperti, aggiorna e amplia le precedenti linee guida, raccogliendo in un unico documento l'evidenza dei benefici attesi dai vari trattamenti disponibili per la gestione non chirurgica di coxo-, poli- e gonartrosi, mantenendo un approccio sempre più individuale e mirato alla tipologia del paziente e alle sue comorbidità.

Tali linee guida vengono arricchite da un intuitivo algoritmo terapeutico allineato alle raccomandazioni OARSI, al fine di agevolare le decisioni del clinico, mantenendo il rigore scientifico del metodo GRADE.

In analogia alla società ESCEO, **le raccomandazioni OARSI hanno ridimensionato il profilo di sicurezza del paracetamolo** nel trattamento del dolore da OA.

Nel caso della **gonartrosi, viene confermata** ancora una volta da una società scientifica internazionale **l'utilità del trattamento intra-articolare di acido ialuronico tra gli approcci terapeutici consentiti nel paziente fragile e con comorbidità**, in aggiunta alle terapie non farmacologiche raccomandate, che comprendono l'attività fisica e i cambiamenti dello stile di vita mirati al mantenimento del peso corporeo ottimale.

Considerazioni



IBSA presenta un ampio portafoglio di prodotti farmaceutici per il trattamento del dolore osteoarticolare dal favorevole profilo beneficio/rischio: diclofenac in formulazioni topiche e sistemiche, anche a basso dosaggio; acido ialuronico iniettabile altamente purificato.

Alla luce dell'aggiornamento delle linee guida OARSI, IBSA offre allo specialista un'ampia offerta di alternative terapeutiche mirate alla gestione del dolore osteoarticolare nei diversi stadi della malattia e in funzione della tipologia del paziente.

