

Meno Male

www.artrosi.it

*Consigli generali
per il paziente artrosico
a cura di:*

prof. Guido Rovetta,
*Direttore della Scuola
di Specializzazione in Reumatologia,
Universita' di Genova*

dr. Patrizia Monteforte,
specialista in Reumatologia,

dr. Giorgio Maggiani,
giornalista scientifico.

Meno Male

I consigli generali che seguono sono la registrazione di una serie di sedute informative svolte dalla Lega Ligure contro il Reumatismo a favore dei Malati Reumatici. Essi non debbono in alcun modo sostituire le indicazioni del medico. Nate come risposte alle domande dei Pazienti, rappresentano esclusivamente una raccolta orientativa di elementi di conoscenza che possono essere di interesse per il soggetto artrosico. La diagnosi di artrosi è oggi una diagnosi precisa e deve essere posta dal medico. Questa malattia non deve essere poi confusa con altre malattie di natura, carattere ed evoluzione diversi, e che richiedono indicazioni del tutto differenti.

Artrosi L'artrosi sembra esistere da sempre, e probabilmente sono sempre esistite forme lievi e forme gravi. Malgrado questo, la conoscenza della malattia è affiorata molto lentamente nel tempo, attraverso l'osservazione medica e lo sviluppo delle tecniche diagnostiche in evoluzione sempre più sofisticata. A tutt'oggi, l'artrosi negli studi epidemiologici è difficile da quantificare, perché malattia molto diffusa, ma diversa nei diversi soggetti, e talora anche presa a pretesto improprio per giustificare disturbi e disagio di ogni tipo.

Tuttavia, questa malattia viene oggi percepita in maniera differente dal passato, quando sembrava in qualche modo far parte del normale ciclo vitale della persona. La fisionomia dell'artrosi di oggi è piuttosto quella di una figlia imbarazzante del nostro tempo, fatto di tecnologie avanzatissime, di alte capacità mediche e insieme di mancanza di soluzioni definitive, e per la quale la gente comune si chiede come mai, in quest'era di prodigi scientifici, non sia stato trovato un definitivo rimedio.

La responsabilità della malattia artrosica nel produrre dolore e impedimento funzionale in un numero molto elevato di persone fa sì che ogni vantaggio, anche parziale, nella cura si riverberi positivamente sulla collettività.

Meno Male

La maggior durata della vita conferisce poi allo sviluppo dell'artrosi un ulteriore attuale risvolto inquietante, quale minaccia alla capacità e all'autosufficienza di numerose persone anziane, per altro verso, ancora in discreta salute.

Questo senso di minaccia è da classificare come evento sociale recente, perché andando indietro nel tempo l'artrosi si trovava culturalmente collocata vicino alla vecchiaia, e inserita in modo emotivamente più accettabile nella ruota della vita. Esso rappresenta attualmente, oltre che un carico emotivo, anche la matrice di comportamenti inadeguati, ingenerati dal timore.

Ma perché il dolore? Ogni medico è in grado, attingendo alla cultura medica, reumatologica, ortopedica e algologica, di poter spiegare al suo paziente almeno una dozzina di buoni motivi per cui questo dolore è giustificato - biologicamente ineccepibile. Bisogna ammettere che, la reale conoscenza del meccanismo del dolore artrosico nella sua interezza è lontano dall'essere raggiunta. E quand'anche lo fosse, non comporterebbe poi automaticamente la capacità di far scomparire il dolore.

Fortunatamente è vero anche il contrario: siamo in grado di migliorare i disturbi artrosici anche se non conosciamo l'essenza della malattia. Da sempre, i medici riescono a portare sollievo ai pazienti anche in situazioni di importante carenza conoscitiva causale. I medici infatti studiano sempre nuovi rimedi, ma intanto utilizzano al meglio quelli già disponibili. E' sorprendente notare come influenze positive sulla vita della persona vengano ottenute con le cure mediche molti anni prima di un definito avanzamento della conoscenza.

Meno Male

Mentre fervono le ricerche sulle cause dell'artrosi, fortunatamente con un impegno mai veduto negli anni scorsi, occupiamoci dunque - nell' aspettare il rimedio definitivo - di alleviare i disturbi artrosici più importanti, mediante l'utilizzo delle cure che gli studi e l'esperienza hanno dimostrato efficaci nel combattere il dolore artrosico. Questo possiamo offrire attualmente al nostro Paziente: meno male.

*Medicine
contro
lo sviluppo
dell'artrosi* Una medicina capace di modificare radicalmente e favorevolmente il divenire dell'artrosi non può essere ancora acquistata in farmacia. Le medicine oggi disponibili rappresentano delle cure alle quali viene richiesto un effetto favorevole a lungo termine, fermo restando il requisito dell'innocuità e della tolleranza. Per queste medicine, si è stabilito di considerare come prova di efficacia la capacità di impedire la comparsa di un'artrosi determinata, per esempio al ginocchio destro di una paziente affetta da artrosi del ginocchio sinistro.

La prova di efficacia riguarda dunque la difesa di una articolazione sana contro il determinarsi della malattia. Per valutare questo tipo di efficacia di una medicina, il dolore non viene preso in considerazione. Sicuramente, se la medicina risulta attiva chi la prende è destinato ad avvertire meno dolore; ma nel termine breve non si ritiene che l'attenuazione o meno del dolore possa essere un effetto diretto di questa categoria di farmaci.

Meno Male

Medicine contro il dolore

Il dolore, tuttavia, è una sconcertante e quotidiana evidenza dell'artrosi. Prendere una medicina contro il dolore può essere una soluzione. Ma quale medicina? I medici prescrivono sia medicine anti-infiammatorie dotate anche di effetti contro il dolore, che medicine puramente antidolorifiche.

Nelle artrosi lievi o iniziali, viene generalmente considerato più appropriato adoperare antidolorifici semplici. Linee guida di importanti associazioni scientifiche raccomandano, per l'artrosi dell'anca e del ginocchio, di modificare alcune abitudini di vita e di adoperare - quando è necessario - medicine antidolorifiche.

Questo modo di procedere può sembrare alquanto deludente. Chiunque è capace di prendere un antidolorifico quando ha male, senza dover ricorrere all'opinione di importanti associazioni scientifiche. E ancora, chi ha l'artrosi si rende conto con crescente senso di disagio che queste medicine non modificano lo sviluppo della malattia.

Tuttavia, combattere il dolore presenta notevoli vantaggi. I movimenti risultano meglio sopportati. Si è incoraggiati a compiere gli esercizi di rinforzo, allungamento e coordinazione muscolare che giovano all'articolazione colpita. Anche se gli antidolorifici non migliorano l'artrosi, non c'è nessun vantaggio a tenersi il dolore.

E' un fatto bene stabilito che l'impiego medico ponderato di analgesici e di esercizi speciali fa sentire meglio un buon numero di persone con l'artrosi, senza troppo frequenti inconvenienti provocati dai farmaci.

Meno Male

*Medicine
contro
l'infiamma-
zione* L'infiammazione è una reazione di difesa, che si accende ogni volta che il corpo subisce un danno. In molte forme di artrosi è presente questa infiammazione, sotto forma di aumento del dolore articolare, di tumefazione e di calore. Vengono adoperati allora i farmaci antiinfiammatori. Questi farmaci sono efficaci contro il dolore come gli antidolorifici, e in più combattono l'infiammazione, diminuendo aggiuntivamente il dolore che proviene da questa. L'effetto sul dolore è allora diretto e indiretto. Sono fra i farmaci più adoperati ed è comune conoscenza che da questo largo impiego sono risultati evidenti effetti sfavorevoli sullo stomaco, sul rene, sulla coagulazione del sangue, come pure reazioni allergiche ed anche altre reazioni non prevedibili.

Meno chiara è la percezione che degli anti-infiammatori si fa frequentemente un uso non corretto. Il medico che conosce il suo paziente può calcolare con ragionevole probabilità vantaggi e danni di questi farmaci, scegliendo anche, fra i numerosi disponibili, quelli più idonei all'età, al sesso, alle patologie e alle necessità del suo paziente artrosico.

Gli anti-infiammatori sono farmaci che non vanno presi a digiuno e la loro capacità di danneggiare lo stomaco è aumentata dalla contemporanea assunzione di alcoolici. Spesso c'è interesse ad accompagnarli a farmaci gastroprotettori. Le diatribe sui risvolti propriamente medici (efficacia o meno dei vari protettori dello stomaco) e dichiaratamente economici (alcuni protettori dello stomaco hanno un alto costo) disturbano la valutazione corretta dell'efficacia di questa protezione.

Attualmente, il medico che prescrive questi farmaci anti-infiammatori deve per legge confermare esplicitamente sulla ricetta del Servizio Sanitario Nazionale che il paziente ne ha effettivamente bisogno.

Nelle persone anziane il dosaggio dei farmaci anti-infiammatori deve essere adeguato alla minore efficienza dei sistemi enzimatici della persona anziana, anche sana.

Meno Male

Analgesici ed anti-infiammatori hanno modificato sostanzialmente e favorevolmente la giornata di molti artrosici, la loro capacità di svolgere i compiti quotidiani del lavoro e della famiglia, ma anche dello svago. L'impiego sistematico - ma non continuo - di questi farmaci, può essere studiato caso per caso con le dovute alternanze, sospensioni e protezioni.

Rinunciare all'uso di questi farmaci perché "fanno male" è una generalizzazione poco convincente. Nuovi farmaci di questa categoria sono intanto allo studio. Nel passato, le attese di una sostanziale maggior efficacia e minore tossicità dei vari farmaci di questa categoria, non hanno ricevuto mai una conferma definitiva. Non è detto però che le cose debbano sempre andare così.

Entrare in una farmacia e acquistare liberamente un analgesico, per esempio contro il mal di testa, vuol comunque dire prendere una di queste medicine. In generale, la libera vendita non diminuisce sicuramente la tossicità dei farmaci. In particolare, il paziente deve stare attento a non associare i farmaci analgesici liberamente acquistabili con gli anti-infiammatori che il medico gli ha prescritto.

Anche molti farmaci così detti anti-aggreganti piastrinici, prescritti largamente per migliorare malattie vascolari e cardiache, sono in realtà costituiti da piccole dosi di farmaci anti-infiammatori. Anche qui si possono avere effetti di sommazione inavvertiti.

Iniezioni contro il dolore artrosico

La maggior parte delle iniezioni intra-muscolari usate contro il dolore artrosico contengono ancora una volta farmaci anti-infiammatori, e sono soltanto una variante di utilizzo di questi farmaci.

Meno Male

Medicine ad effetto sul sistema nervoso centrale Sono gli anti-dolorifici più efficaci che si conoscano. Il loro fratello maggiore è l'oppio di comune conoscenza con tutti i suoi alcaloidi, fra i quali la morfina e la codeina. Oggi si hanno molti farmaci di sintesi più o meno strettamente imparentati con queste sostanze. L'utilità pratica nella cura del dolore artrosico risulta circoscritta a casi particolari.

Medicine tranquillanti Possono sembrare fuori luogo nella cura dell'artrosi. Invece trovano un posto ben determinato nell'armamentario terapeutico, sia perché possono agire contro le contratture muscolari dolorose, sia per il loro effetto rasserenante e sedativo che si dimostra di grande aiuto nell'alleviare il disagio che accompagna ogni dolore artrosico acuto.

Nelle persone anziane, queste medicine possono diminuire la vigilanza e favorire le cadute quando sono prese in dosi elevate o combinate con sedativi di altro tipo, come accade quando nell'anziano artrosico esistono insieme malattie diverse.

Farmaci analgesici periferici... ...e farmaci ad azione centrale possono essere utilmente abbinati dal Medico per combattere i dolori più intensi connessi direttamente o indirettamente con l'artrosi.

“Secondo me ti mancano delle vitamine” Da questa riflessione alla comparsa in tavola, dopo la seconda portata, di un vassoio con vitamine e integratori minerali d'ogni tipo e colore, il passo è breve. Flaconcini e foglietti illustrativi appaiono incoraggianti, ma la vitamina dell'artrosi non è stata ancora scoperta.

Vitamine che fanno venire l'artrosi Nell'animale da esperimento è possibile provocare un'artrosi con dosi eccessive di vitamina A.

Meno Male

Antidepressivi contro l'artrosi. Non si tratta qui di curare la depressione, ma di utilizzare delle azioni antidolorifiche possedute da alcuni farmaci anti-depressivi. Siamo nel campo di dolore da complicità artrosica che riguarda i tronchi dei nervi periferici.

Sole contro l'artrosi L'esposizione al sole gode oggi di una cattiva fama, dovuta all'aumentato rischio di alcuni tumori della pelle specialmente in certi soggetti. Il sole, inoltre, sembra responsabile di un danno estetico apprezzabile. Ma molti artrosici trovano sollievo nell'esposizione al sole, e la scelta di ore e durate opportune, ed eventualmente di creme protettive adeguate, debbono consentire loro di trovare questo sollievo.

Contro-indicazioni all'esposizione al sole Quando un paziente artrosico presenta un versamento articolare (ossia la formazione di liquido nella cavità articolare) l'esposizione al sole può peggiorare i suoi sintomi. Vi sono poi una serie di controindicazioni dipendenti da cause diverse (ipertensione, fotosensibilità, flebiti e altro).

Mare contro l'artrosi Il mare può essere molto utile al paziente artrosico. Già il galleggiamento permette movimenti che sono preclusi all'asciutto, e per i quali si perde lo schema motorio e l'elasticità muscolare e la mobilità articolare necessari. Il nuoto e altri gesti specifici aiutano i movimenti senza eccessive sollecitazioni articolari.

Terapia del movimento contro il dolore In genere, nelle articolazioni colpite da artrosi, si osserva un aumento del dolore con i movimenti. Malgrado questo, il movimento può essere usato per migliorare i disturbi del paziente. Questa applicazione medica del movimento si chiama chinesiterapia.

Meno Male

Chinesiterapia per l'artrosi - La terapia del movimento nell'artrosi deve essere prescritta da un medico e nei casi piu' difficili da un medico specialista fisiatra, reumatologo, ortopedico. Se il medico riscontra una instabilita' dell'articolazione, prescrivera' una chinesiterapia stabilizzante, ossia di rinforzo muscolare coordinato. Se il reumatologo riscontra una limitazione della capacita' di movimento indichera' preferibilmente una chinesiterapia mobilizzante.

La diminuzione del dolore che puo' essere raggiunta mediante la chinesiterapia risulta essere tutt'altro che trascurabile. Da un lato, il miglioramento funzionale si traduce in una economia articolare e in un sollievo dal dolore da sovraccarico. Dall'altro, il giungere al cervello di sensazioni non dolorose da un'area articolare dolorosa interferisce - mediante complesse interazioni nervose - con la percezione del dolore.

Tecniche speciali di terapia del movimento sono state elaborate per ciascuna articolazione artrosica, ma soprattutto per la colonna vertebrale. Sono state studiate diverse posture antalgiche per la colonna, ossia delle posizioni da mantenere per qualche minuto, ripetutamente, che riescono a decomprimere le aree dolorose. Esiste anche un complesso di movimenti speciali, che possono venire appresi ed eseguiti dal paziente molto dolorante, senza che ne derivi un dolore aggiuntivo. Viene cosi' allontanato il timore dell'immobilita', soprattutto quando si tratta di persone molto anziane.

Questi trattamenti vengono correntemente eseguiti su precisa indicazione medica e da fisioterapisti specializzati, ma possono in parte essere poi appresi dai pazienti e sviluppati come igiene quotidiana.

E' importante precisare che la chinesiterapia dimostra nell'artrosi una azione antidolorifica indiretta, che si manifesta quando le

Meno Male

tecniche sono applicate con esattezza e razionalità, Non può dunque essere sostituita da una generica indicazione all'esercizio fisico.

In particolare per la colonna vertebrale si sono individuati trattamenti che puntano al recupero globale di movimenti armonici d'insieme, e trattamenti dedicati alla cura di un segmento motorio vertebrale. Anche se esistono indicazioni di massima orientative, gli uni e gli altri hanno indicazioni che solo il medico specialista riesce a personalizzare.

In molti pazienti il dolore artrosico è reso più vivace dall'esecuzione quotidiana - in alcuni casi anche vigorosa - di esercizi fisici che coinvolgono l'articolazione artrosica in misura tale da raggiungere subito il limite di tolleranza, tanto che non resta più riserva per i movimenti della vita quotidiana. Occorre allora reimpostare la tecnica di esercizio.

È normale che una delle cause di questo comportamento sia il timore di restare bloccati. A questo riguardo va sottolineato che per mantenere l'arco articolare sono quasi sempre sufficienti esercizi dolci. Qualche volta poi non esiste assolutamente un rischio di blocco per grave danno del funzionamento articolare nel suo complesso.

Meno Male

- La camera da letto* Dormo in modo sbagliato? Di primo acchito la risposta sembrerebbe negativa, perché ognuno tende ad accomodarsi nella posizione che più gli si confà. Solo in casi particolari possono risultare utili particolari posizioni o materassi appositamente studiati. Molte volte l'acquisto di un materasso "ortopedico" si risolve in una spesa poco utile.
- I letti bassi sono eleganti e molto diffusi, ma assai scomodi soprattutto per le persone che soffrono di dolori lombari con sciatalgia. Il soggetto con dolore lombare o dorso-lombare si alzerà molto più facilmente da un letto alto che da un letto basso.
- Il soggiorno* Lo stesso disagio è provocato in persone artrosiche da vari tipi di poltrone o meno frequentemente da seggiole, inadeguati a consentire posizioni confortevoli. Molte volte, però, la posizione evidenzia soltanto il dolore, ed ha scarsa responsabilità nel provocarlo realmente. La televisione, con le sue posizioni coatte, ha introdotto nuovi disagi posturali - oltre a quelli legati alla natura delle trasmissioni.
- La cucina* Stare in piedi fermi può contribuire alla comparsa di dolore lombare, più facilmente che il camminare. Le attività domestiche in cucina disturbano soprattutto le mani e la razionalizzazione degli utensili è ben lontana ancora da una situazione soddisfacente. L'acqua non ha alcun influsso sui dolori artrosici delle mani. Solo temperature molto lontane dalla norma sono nocive. La fatica, invece, si fa sentire: si tratta soprattutto di aumento del dolore artrosico nella giornata successiva a pranzi o festività.
- Il bagno* Il problema riguarda soprattutto l'accesso ai servizi (bagno, doccia, water). La tendenza a renderli più razionali per affaticare di meno le articolazioni artrosiche si va facendo strada con difficoltà attraverso le mille varianti, dettate dal capriccio o dalla necessità. Chi è più anziano - o conta di diventarlo - può riflettere sull'importanza di questo problema. La stanza da bagno è anche luogo di frequenti cadute.

Meno Male

Cadute Vi contribuiscono la cattiva illuminazione, i pavimenti scivolosi, la mancanza di appigli, i tappetini poco aderenti al pavimento, l'impiego di sedativi ed altri elementi. Nelle persone anziane, le cadute sono rese piu' facili dalla poca stabilita' del ginocchio colpito da artrosi, ma anche da disturbi dell'equilibrio, della compensazione della pressione del sangue, ma soprattutto la diminuzione della percezione sensoriale nella persona anziana (vista). L'artrosi cervicale in particolare gode della fama di favorire le cadute attraverso la perdita dell'equilibrio, ma si tratta di una interpretazione dei fatti alquanto incerta.

Mantenersi attivi e vigili per quanto possibile migliora le capacita' di compenso e probabilmente il rischio di cadute. L'attivita' fisica generale - ma anche l'attivita' mentale - e' benefica per le persone anziane sia artrosiche che non: i vantaggi sono evidenti sulla funzione circolatoria, sul senso di benessere e di adeguatezza alla vita quotidiana, di miglioramento della vita emotiva. Non raramente questo benessere generale ha l'effetto di rendere meno disturbanti alcuni sintomi articolari di grado non elevato.

*Non solo
infiamma-
zione
articolare.* Comunemente il dolore artrosico viene attribuito ad infiammazione articolare, ed il suo eventuale andamento alterno viene spiegato in maniera conveniente con l'aumento e la diminuzione di questa infiammazione. Ma le cose non sono cosi' semplici, perche' il dolore artrosico segue vie differenziate. Esiste un dolore artrosico di origine ossea, uno che proviene dai tendini, dai legamenti o dalle borse tendinee, ed anche un dolore da coinvolgimento dei tronchi nervosi. In ogni paziente il dolore e' la somma di queste componenti in misura diversa.

*Contro
il dolore
osseo
nell'artrosi.* Il dolore osseo nell'artrosi nasce dal fatto che i capi ossei sono sottoposti a sollecitazioni eccessive, e quindi vanno incontro a una sequenza di danno e di riparazione del tessuto osseo. Questa sequenza e' dolorosa in tutt'e due le fasi - danno e riparazione - ma

Meno Male

puo' essere identificata dal medico nella sua natura, con esami opportuni e conseguentemente influenzata verso il meglio da cure mediche (per esempio con bifosfonati) e chirurgiche (per esempio osteotomie).

Alleviare il dolore della borsite e della tendinite Tendini e borse tendinee che sono al servizio di una articolazione divenuta artrosica vengono sottoposti a sforzi anormali, e per cio' si ammalano, determinando borsite e tendinite. Queste possono assumere una valenza autonoma ed originare un dolore anche acuto per esempio all'anca, al ginocchio, alla spalla. Un tale dolore si avvantaggia spesso di iniezioni traccianti o di infiltrazioni peri-articolari.

Diminuire il dolore muscolare nell'artrosi Un ginocchio con artrosi puo' dolere talmente quando si cammina, da ingenerare contrazioni muscolari persistenti, che diventano a loro volta dolenti e dolorabili. Il muscolo parla un solo linguaggio, quello della contrazione: finira' dunque per contrarsi in maniera prolungata (contrattura) o accessionale (crampo). Esercizi di distensione, di rilassamento, di allungamento, applicazioni di calore diretto e indiretto con i vari mezzi della terapia fisica possono essere fonte di sollievo non indifferente.

Trattamento integrato del dolore artrosico Accade di rendersi conto che un farmaco anti-dolorifico preso ad esempio allo scopo di alleviare un dolore al piede risulta di effetto poco soddisfacente. Accade talvolta che lo stesso farmaco puo' poi risultare efficace nel paziente che ha modificato in meglio le sue calzature e che ha ridimensionato la sua attivita' fisica per un certo periodo.

Pratiche salutistiche dannose Molte pratiche salutistiche di sicuro valore igienico-preventivo, come la corsa e l'uso della cyclette, producono l'effetto evidente di aggravare il dolore per esempio dell'artrosi lombare o del ginocchio. Piu' ancora, la corsa sul terreno duro e' in grado di anticipare di anni il dolore artrosico. Ognuno deve verificare i

Meno Male

propri punti deboli e scegliere le attività fisiche più adeguate. In genere, per quanto riguarda l'artrosi, le attività strenue risultano sicuramente dannose.

Il dolore alla colonna vertebrale: la malattia più diffusa dopo il raffreddore. Il dolore alla colonna vertebrale può interessare i vari segmenti articolari; più frequentemente colpiti sembrano i tratti cervicale e lombare, ma spesso è coinvolta la colonna vertebrale nel suo insieme. A volte è un problema proprio del segmento vertebro-discale, altre volte il dolore è associato a contratture muscolari di vicinanza. In genere l'esame medico è sufficiente per identificare le varie componenti del dolore rachideo senza bisogno di esami speciali.

Dolori violenti e improvvisi richiedono il riposo più o meno completo associato - in caso di irritazione delle radici nervose - a farmaci antiflogistici, cortisonici e non, e all'uso di analgesici. Busti e fasciature possono aiutare a superare questi momenti difficili.

Alternanza di riposo e di esercizio è possibile quando il dolore acuto è scomparso, ed è sostituito da dolore meno intenso. L'esercizio fisico adeguato può poi favorire la più rapida ripresa della normale attività quotidiana, la confidenza col movimento e, in casi selezionati, ridurre la durata della sintomatologia dolorosa, almeno per la quota legata alla contrattura muscolare.

Meno Male

Metodi speciali di trattamento chinesologico aiutano i pazienti con disturbi protratti e resistenti all'impiego di anti-dolorifici. Risultati favorevoli si possono ottenere mediante il trattamento di aree distanti da quelle dolorose. Questi trattamenti d'insieme si basano sul concetto che i movimenti della colonna sono programmati da un sistema integrato che tiene conto di tutte le sensazioni di stiramento, pressione, contrazione, allungamento, pressione che provengono da tutta la colonna. Vengono favoriti movimenti con tecniche di facilitazione o di elongazione a seconda delle diverse esigenze.

L'artrosi delle mani: allontanare la minaccia dell'invalidita'. In genere ottenere questo non e' difficile, semplicemente perche' la maggior parte delle artrosi della mano non limitano in definitiva l'auto-sufficienza. Il paziente viene allora rassicurato dal medico e dallo specialista, resta purtuttavia il problema del dolore nelle attivita' quotidiane, che puo' richiedere cure antalgiche e una economia articolare opportuna. Il persistere del dolore soprattutto al pollice, puo' essere ancora fonte di apprensione: un tutore per l'articolazione della base del pollice riesce attenuare il dolore dell'artrosi in questa sede meglio di qualsiasi medicina.

*Ma io ho
paura
che mi si
blocchino
le mani.*

Come si e' detto, una limitazione della auto-sufficienza provocata dall'artrosi delle mani non e' probabile nella maggior parte delle persone. Il blocco che spaventa i pazienti e' spesso provocato da tendinite delle mani (dito a scatto). Reso evidente questo fatto, il paziente smettera' di compiere gli esercizi con le dita - spesso eseguiti contro resistenza - che sono dettati dalla paura del blocco, e vedra' diminuire il suo dolore conseguentemente. Nel caso che questo non basti, vi sono le cure opportune per la tendinite.

*Artrosi
erosiva
delle mani*

Questa forma di artrosi e' piu' impegnativa dell'artrosi normale, produce piu' dolore e richiede cure piu' attente. In genere la mobilita' articolare dopo un certo numero di anni di osservazione si

Meno Male

trova settorialmente limitata, ma non globalmente impedita. Qualche situazione speciale si avvale di cure chirurgiche: in Italia esistono Centri eccellenti di chirurgia della mano.

Artrosi dell'anca: la malattia viene da lontano. Alla radice dell'artrosi dell'anca sta in un buon numero di casi una cattiva conformazione dell'articolazione. Questo difetto può essere identificato nelle bambine, più frequentemente colpite, di mediante l'ecografia eseguita già a pochi mesi. Questo esame è molto importante. Siamo nel campo della prevenzione di una artrosi potenzialmente dolorosa.

Artrosi dell'anca

Quando un'artrosi dell'anca si è sviluppata, i problemi sono principalmente una limitazione di alcuni gesti indispensabili della vita quotidiana, e un dolore più o meno forte. In molte persone la malattia evolve lentamente, la funzione è buona e il dolore non eccessivo. Risulta efficace il riposo ritmato - per esempio mezz'ora tre-quattro volte al giorno - associato ad esercizi di allungamento e di rinforzo dei muscoli della coscia. La prescrizione medica comprende spesso anti-flogistici, che possono risultare più o meno soddisfacenti nel diminuire il dolore. Un dolore lieve può essere sopportato. I pazienti possono trarre vantaggio dall'esecuzione di movimenti in piscina, nel mare o in piscina termale. Dolori violenti e impedimento funzionale consigliano l'intervento chirurgico.

Meno Male

Artrosi del ginocchio: un problema per l'anziano. L'artrosi del ginocchio si unisce spesso nella persona anziana ad una curvatura ad O degli arti inferiori e ad un difetto di stabilita' dell'articolazione. Questo difetto si manifesta specialmente nello scendere le scale, oppure nel camminare sul terreno sconnesso. "Artrosi in varismo" diagnostica il medico, che subito si occupa di consigliare quegli esercizi stabilizzanti del ginocchio che renderanno piu' sicuro l'incedere. Nei casi in cui si forma un versamento di liquido molto notevole, il dolore al ginocchio e' violento e si attenua solo con l'estrazione del liquido. In alcune persone e' utile una ginocchiera stabilizzante.

Cure fisiche per l'artrosi del ginocchio Sono utili quando non c'e' un'inflammazione forte, ma l'effetto anti-dolorifico e' piuttosto incerto. Evidente e' invece l'effetto dell'applicazione di freddo: il dolore diminuisce progressivamente. L'applicazione di freddo favorisce una diminuzione della sensibilita' dolorosa che, accoppiata all'impiego di medicine opportune, consente un andamento accettabile del dolore.

...e cure chirurgiche La chirurgia del ginocchio e' diventata una competenza particolare, che comprende interventi artroscopici, interventi chirurgici preventivi e interventi chirurgici di salvataggio.

Togliersi le scarpe a teatro: l'artrosi del piede L'impiego di calzature inidonee e' una delle cause scatenanti piu' comuni di dolore artrosico al piede. Si tratta specialmente di dolori all'avampiede, costretto in una scarpa che scarica il peso prevalentemente in avanti. Volume e forma del piede non sono costanti, ma si modificano durante la giornata: la perdita di forza dei muscoli per affaticamento e le variazioni del regime circolatorio sono le cause principali. In molti casi puo' essere utile esercitare il piede camminando scalzi o compiendo movimenti particolari.

Meno Male

*Idroterapia
nel dolore
artrosico* L'umidità e l'immersione nell'acqua non fanno peggiorare l'artrosi. Naturalmente l'esposizione a temperature estreme può essere nociva, ma in sé l'acqua non solo non è nociva, ma può rappresentare un prezioso strumento nel trattamento del dolore artrosico. Impacchi freddi possono portare vantaggio ad articolazioni infiammate e dolenti, mentre bagni tiepidi riescono rilassanti e migliorativi di contratture muscolari dolorose. Il nuoto o anche il semplice galleggiamento consentono movimenti che all'asciutto sarebbero dolorosi. Esercizi in acqua più o meno complessi e assistiti da un fisioterapista sono indicati nell'artrosi del ginocchio e dell'anca.

*Cure
termali* In Italia esistono numerose stazioni termali orientate alla cura balneo- e fango-terapica dell'artrosi, ed in molte di esse vengono sviluppati anche programmi riabilitativi adeguati. Un elenco delle sedi termali più importanti è riportato nella seconda sezione.

*Cure
fisiche
nell'artrosi* In generale, si deve attribuire alle cure realizzate con mezzi fisici un effetto coadiuvante. La loro innocuità per riguardo agli organi interni ne suggerisce l'impiego in circostanze ben definite. Una descrizione dei vari mezzi di cura, delle indicazioni e contro-indicazioni è riportata nella seconda sezione.

Meno Male

Parte Seconda

www.artrosi.it

Consigli generali

per il paziente artrosico

a cura di:

prof. Guido Rovetta,

Direttore della Scuola

di Specializzazione in Reumatologia,

Università di Genova

dr. Patrizia Monteforte,

specialista in Reumatologia,

dr. Giorgio Maggiani,

giornalista scientifico.

Indice

- 1. Quali armi sono disponibili contro il dolore artrosico ?*
- 2. Un'artrosi molto dolorosa.*
- 3. Lo spirito delle fonti: la medicina termale.*
- 4. Verso un trattamento ricostruttivo dell'articolazione artrosica.*
- 5. Artrosi e osteoporosi.*
- 6. Sotto il platano di Coo.*
- 7. Una cattiva compagnia: il mal di schiena.*
- 8. L'artrosi cervicale: qualche volta colpevole, qualche volta innocente.*
- 9. Ricordi di scuola*
- 10. Artrosi oggi: le cose vanno meglio di ieri.*
- 11. Mai paura!*

Meno Male

1. Quali armi sono disponibili contro il dolore artrosico ?

Alcuni mezzi di difesa contro il dolore artrosico risiedono in realtà dentro di noi. Studiare i meccanismi del dolore può aiutare a sviluppare scelte idonee a combatterle.

Il dolore acuto viene definito come una complessa costellazione di penose esperienze sensoriali, percettive ed emotive che si accompagnano a reazioni vegetative, psicologiche, emotive e comportamentali.

Il dolore acuto dell'artrosi non sfugge a nessuna di queste sgradevoli caratteristiche. Esso non consiste in un trasferimento diretto, puro e semplice al cervello di una spiacevole percezione periferica. Durante il trasferimento, l'impulso viene variamente modificato da altre sensazioni o riflessi, da interferenze da parte di varie strutture organiche.

Dal sistema nervoso centrale poi, una volta recepito lo sgradito messaggio, in reazione alla cattiva notizia si originano dei comandi che intervengono sulla sensazione dolorosa, la modulano e possono renderla più intensa o meno avvertita e, in qualche caso speciale, riescono perfino ad inibirla completamente.

Contemporaneamente si sviluppa un atteggiamento di difesa, rivolto soprattutto ad impedire taluni movimenti, e realizzato da un'attività muscolare speciale, di cui le contratture e i crampi rappresentano l'espressione sfavorevole più nota

Nelle strutture nervose superiori questo dolore articolare poi si colorisce riccamente di aspettative, timori, paure motivate e immotivate, ricognizione di dolori passati, confronti con altre rappresentazioni originate da segnali visivi, olfattivi, tattili, auditivi

Meno Male

che fanno parte dell'esperienza del malato o si attivano in quel preciso momento.

In qualche caso singolare, il sistema nervoso può esso stesso creare il dolore, a causa di un mal funzionamento del complesso sistema di controllo.

I fatti esposti così semplicemente nascondono in realtà una quantità di conoscenze scientifiche, a ciascuna delle quali corrisponde un ben preciso evento biologico, che entra in gioco nel meccanismo di produzione del dolore.

La persona in preda ad un dolore acuto è generalmente agitata ed ansiosa. Questo accade perché il sistema nervoso centrale, avvertito il dolore, stimola il sistema nervoso simpatico detto adrenergico (perché ha come mediatore l'adrenalina) nel tentativo di attuare una predisposizione alla difesa e alla lotta, che rappresenta una reazione primordiale, ereditata dai nostri antenati e rivolta sostanzialmente contro un aggressore esterno.

Succede allora che la persona colpita da dolore articolare acuto si ritrova preparata a combattere un nemico esterno che in realtà non c'è, attivando una serie di funzioni difensive, che non solo non contrastano efficacemente il dolore, ma spesso contribuiscono al malessere generale della persona.

Oltre che ricorrere a medicine contro il dolore e a metodiche esterne palliative, è possibile rivolgere l'attenzione all'ambiente interno, alla nostra sfera emotiva dove trovano spazio possibilità di intervento fondate sui sottili meccanismi associativi che regolano la sensazione dolorosa nella sua complessità.

Una circostanza paradossale è l'accentuazione del dolore che sopravviene nel momento in cui ci si dispone a rilassarsi. Ma perché mai succede questo? Chi è rilassato generalmente non ha disturbi, ma

Meno Male

l'inverso sembra non essere vero.

Il fatto è che le reazioni di difesa che accompagnano il dolore sono dirette in senso inverso a quello di una gradevole distensione. Tensione e aumento dell'attenzione tendono a rendere il dolore più avvertito.

I metodi per rilassarsi debbono dapprima essere tentati sotto l'azione di un farmaco antidolorifico. Questo consente non solo la diminuzione della sensazione sgradevole, ma anche una euforia di rimbalzo che può essere sfruttata per una attività distraente e piacevole, anche il semplice conversare, che allontana l'attenzione dal dolore e inibisce parzialmente la percezione di questo attivando vie nervose antagoniste.

Lo stesso ruolo può in alcune circostanze avere una bevanda calda gradevole distensiva.

E' possibile creare un condizionamento positivo che prevede inizialmente l'uso del farmaco, ma in seguito si regge autonomamente, facendo perno sull'attesa di una fase di benessere. Il condizionamento comporta infatti l'apprendimento di rapporti di previsione.

La desensibilizzazione sistematica consente di attenuare le risposte tensive ed anche alcune attese di peggioramento, anche se questa, come altre tecniche di rilassamento, non può incidere direttamente sul dolore articolare.

Una delle tecniche di rilassamento più utilizzate è il bio-feedback, in grado di sopprimere o facilitare reazioni positive senza intervento della volontà.

Tecniche di respirazione guidata offrono l'opportunità di suscitare riflessi favorevoli insieme con l'allontanamento dal pensiero del dolore.

Meno Male

Un "rilassamento mentale" può essere ottenuto occupando la mente con altre rappresentazioni, meglio se legate ad eventi sensoriali ed esperienze piacevoli, attraverso il procedimento della rievocazione il più possibile vivida di tali esperienze.

Fra le tecniche strumentali che fanno appello a interferenza con il dolore sono note le TENS (stimolazione nervosa elettrica transcutanea) che sembrano lavorare attraverso il blocco del passaggio del dolore al cervello e modificare la percezione del dolore.

Infine è importante notare come l'azione dei farmaci consenta l'accesso ai meccanismi distensivi, altrimenti non accessibili al malato dolorante.

Si deve ammettere che il carattere sgradevole di questa reazione è facilmente peggiorato dal carattere ignoto del male in questione.

2. Un'artrosi molto dolorosa

Un'esperienza difficile che ci portò a confrontarci con l'aggressiva violenza del dolore nell'artrosi, fu quella di una forma speciale di questa patologia localizzata alle dita delle mani.

Nel 1973, lavorando nell'Ambulatorio per l'Artrosi del Centro Reumatologico dell'Università di Genova, iniziammo a renderci conto che fra i pazienti con artrosi delle mani, numerosi in ogni giornata di consultazione, un gruppo appariva più sofferente degli altri per l'inusuale intensità del dolore alle dita.

Si trattava in prevalenza di signore di media età, generalmente in discreta salute. La loro artrosi era quasi sempre di recente insorgenza, oppure era subentrato un improvviso aggravamento doloroso.

Nella vita quotidiana, movimenti anche minimi o urti lievi suscitavano, in queste persone, trafitture delle dita violente e talvolta insopportabili.

Dopo una vivace esposizione dei suoi guai, la paziente finiva con l'essere visitata nell'ambulatorio con molta cautela. Malgrado questo, l'esame risultava difficoltoso e spesso intercalato da manifestazioni di protesta.

“Ahi!”

Era veramente un'artrosi molto dolorosa. Una delle manovre più temute dal paziente era prendere un oggetto qualsiasi fra il pollice e l'indice. S'ingegnava allora con forme alternative di presa, afferrando l'oggetto a piena mano o con due mani.

Esaminando gli esami radiografici di questi pazienti, si rimaneva colpiti dalla presenza di tumefazioni delle dita ma soprattutto di

Meno Male

considerevoli intaccature ossee, che spiccavano accanto ai soliti segni radiografici dell'artrosi.

Si trattava evidentemente di un'artrosi con presenza di particolari erosioni: il capo osseo articolare appariva come smangiato e corrosivo nel suo profilo.

Coloro che si presentavano con questi problemi, questi sintomi e queste radiografie, erano certo preoccupati per il male, ma più ancora per la notevole difficoltà che incontravano nel compiere ogni gesto abituale. Qualsiasi minimo movimento delle dita era difficile e doloroso.

Non tardammo a renderci conto che i nostri pazienti assomigliavano in modo impressionante a quelli descritti dal medico americano Crain, che aveva pubblicato in un articolo scientifico la scoperta di una forma speciale di artrosi chiamata "artrosi erosiva". I suoi studi pionieristici avevano avuto da principio scarsa eco.

Ma altri studiosi avevano poi proseguito le sue ricerche, e meglio identificato e precisato questo particolare tipo di artrosi. Soprattutto gli specialisti radiologi erano interessati ad una così curiosa evoluzione della patologia artrosica. Essi studiarono le caratteristiche delle erosioni e giunsero a delimitare con certezza l'artrosi erosiva da altre malattie erosive come l'artrite reumatoide e l'artrite psoriasica.

La malattia aveva un'evoluzione generalmente tumultuosa, infiammatoria e distruttiva; fortunatamente colpiva di solito solo alcune articolazioni delle mani.

Gli errori diagnostici erano assai frequenti, perché gli studi in merito, sebbene accurati, erano poco numerosi e si trovavano in riviste altamente specialistiche.

La somiglianza fra il nostro gruppo di pazienti e quelli descritti da Crain e da Ehrlich era confermata da numerosi dati. Questi malati

Meno Male

andavano incontro dopo un tempo relativamente breve ad un blocco completo delle articolazioni colpite.

I medici chiamano questo stato anchilosi fibrosa o anchilosi ossea. Certamente allora il dolore diminuiva, ma l'articolazione era divenuta per sempre rigida.

Questi malati avevano ricevuto invariabilmente la diagnosi di artrite reumatoide dal medico che per primo li aveva esaminati, e la disastrosa evoluzione della loro malattia articolare, non aveva fatto altro che rendere plausibile questa diagnosi.

La diagnosi di artrite reumatoide si ripeteva malauguratamente anche nel referto radiologico.

Ma l'artrite reumatoide è una malattia sistemica, interessa tutto l'organismo: stanchezza, febbriola e malessere generale formano il noioso corteo dei disturbi articolari. C'è poi l'invalidante rigidità mattutina, un diabolico cocktail di dolore e d'impaccio alle mani, destinati ad allentarsi solo con il trascorrere delle ore.

Ore che tuttavia il paziente trascorre senza poter combinare nulla.

Tutto ciò non era presente nei nostri pazienti: solo dolore, poi ancora dolore, poi blocco articolare di qualche dito e basta. Non c'erano altri disturbi. Le persone apparivano in buona salute, "ho soltanto male alle mani!", dicevano.

Quasi immancabilmente un esame del sangue, eseguito in precedenza alla ricerca delle solite alterazioni reumatiche, appariva completamente normale. Invece di rassicurare, questo fatto sconcertava alcuni e irritava altri, incapaci di credere che un disturbo così molesto non desse alcun segno nell'esame del sangue.

Si cercò di dosare nei campioni di sangue, in laboratorio, delle proteine che dimostrano la presenza d'infiammazione articolare, e

Meno Male

anche alcune che derivano dal metabolismo osseo, ma anche questi esami non risultarono minimamente alterati.

I pazienti affetti da questa strana forma di artrosi continuavano ad accusare dolore alle mani e le radiografie eseguite documentavano alterazioni ossee importanti che nell'artrosi "normale" non erano presenti.

La causa della capacità di questa artrosi di erodere le ossa rimaneva oscura ai primi ricercatori. Anche a tutt'oggi, malgrado i mezzi di ricerca di cui disponiamo, esistono notevoli incertezze al riguardo, testimoniate da importanti studi scientifici sull'artrosi erosiva.

Più che di soluzioni, questi studi si rivelarono apportatori di perplessità, come quella derivata dalla proposta di due ricercatori canadesi di curare la malattia con farmaci anti-tumorali.

Questo ci pareva eccessivo, e appariva ancor più fuori luogo dopo la scoperta che alcune imperfezioni strutturali congenite potevano favorire le artrosi gravi. Non è questo il campo d'azione dei farmaci anti-tumorali. Ma il problema andava rivelandosi ancora più complesso man mano che si sviluppavano le nostre osservazioni.

Perché se è vero che esistono artrosi del tipo che abbiamo descritto, e che alcuni pazienti sono affetti da anomalie genetiche del collagene, in altri casi si assiste al fatto singolare della trasformazione di un'artrosi normale in un'artrosi erosiva nello stesso paziente, o anche alla coesistenza delle due situazioni.

Ma, intanto, che fare per i nostri pazienti?

Un primo problema rivelò la difficoltà di segnalare al paziente che la diagnosi non era di artrite reumatoide. Si trattava qui di un problema ben noto in medicina. Abbastanza sorprendentemente, la prima diagnosi che viene posta, trova nelle convinzioni della persona una posizione privilegiata.

Meno Male

Una volta che questa diagnosi sia stata smentita dall'evidenza di ulteriori accertamenti e dal decorso, la diagnosi corretta può sembrare accettata dal paziente, ma dal profondo delle sue convinzioni la prima diagnosi è sempre pronta a riaffiorare ad ogni peggioramento.

All'inizio i nostri pazienti avevano accolto favorevolmente la notizia di non essere affetti da artrite reumatoide, malattia grave e per lo più invalidante, di cui avevano letto sui giornali o sentito alla televisione. Tuttavia le perplessità non mancavano e alcuni, dopo un attimo di riflessione, soggiungevano “ma perché se ho una malattia più leggera mi si bloccano le dita e perché le cure che ho fatto non sono state capaci di guarirmi?”

Mentre riflettevamo sul fatto che fare il medico è difficile e che l'assenza di una malattia più grave può non rappresentare un motivo di continua soddisfazione per un paziente, cercavamo le soluzioni più adatte al problema impellente.

Un primo punto era come ottenere una diminuzione del dolore. L'artrosi contava fra le sue cure classiche l'impiego di anti-dolorifici e di cure fisiche esterne tradizionali, come applicazioni elettriche di vario tipo e applicazioni di ultrasuoni. L'inefficacia di queste cure persino nell'ottenere una diminuzione parziale del dolore si rese manifesta ai pazienti di artrosi erosiva prima ancora che ai reumatologi dell'Istituto.

Molte applicazioni fisiche inducevano addirittura un peggioramento non solo del dolore ma anche della funzione.

Le riunioni per la discussione sulle ricerche cliniche in corso e la discussione dei casi clinici si tenevano nel disordine, quotidianamente rinnovato, dell'auletta del Centro Reumatologico, Istituto Bruzzone, al secondo piano. Molte di queste riunioni finirono con l'essere dedicate al problema dell'artrosi erosiva, e ben presto tutti i medici dell'Istituto furono al corrente degli studi fatti in tutto il mondo su questa malattia.

Meno Male

Moltissimi esami radiografici e anche scintigrafici delle mani venivano discussi, insieme con i risultati degli esami funzionali compiuti sui pazienti e sui dati descrittivi dell'evoluzione della malattia.

La difficoltà di dominare il dolore continuava ad essere un problema in prima linea. Ma sullo sfondo restava inquietante la manifesta incapacità delle medicine di modificare in qualche modo il decorso della malattia.

Negli anni seguenti, il Centro Reumatologico programmava una serie di studi sulla condroprotezione.

Si trattava dell'impiego di sostanze atte a proteggere la cartilagine articolare, sostanze peraltro incapaci di agire direttamente sul dolore e sull'infiammazione, come i comuni anti-infiammatori.

L'impiego di queste sostanze stava (e sta) suscitando notevoli controversie. Accanto a studi che ne dimostravano l'efficacia, comparivano studi che non confermavano l'utilità del farmaco, e ne sconsigliavano l'uso.

Tuttavia la metodologia impiegata negli studi non dava garanzie di saper mettere in evidenza l'effetto di questi nuovi composti.

Dall'esame della letteratura ricavamo l'opinione che questi farmaci potessero essere utili, purché dati per lungo tempo. Quello stesso lungo tempo che rende pericolosa una cura con anti-infiammatori. Negli anni '87-'88 una trentina di pazienti affetti da artrosi erosiva delle mani iniziarono ad assumere i condroprotettori.

Cercavamo di sapere come stavano i nostri pazienti, interrogandoli ogni 40-60 giorni. Si trattava prevalentemente di una valutazione clinica (se le dita si muovevano un pò meglio, se c'era minore tumefazione articolare), ma anche e soprattutto, di chiedere al paziente come si sentiva ogni giorno.

Meno Male

La registrazione da parte del paziente della sintomatologia dolorosa giornaliera, avviene com'è noto, attraverso l'utilizzo della scala analogica visiva. Il paziente ha un foglio con una linea che parte da un valore uguale a zero e arriva ad un valore uguale a 10, dove annota il grado del suo dolore.

A mano a mano che il tempo passava la maggior parte dei nostri pazienti riferiva un beneficio sul dolore. Anche dal nostro punto di vista c'era una minore capacità di provocare dolore esaminando il paziente. Ma questi dati restavano limitati alla sensibilità soggettiva del paziente.

Restava il problema di rendere la cosa oggettivabile. Questo fu il motivo principale per il quale decidemmo di utilizzare la conta del numero delle articolazioni con erosioni come indicatore dello stato di malattia.

Nel gruppo trattato con condroprotettori - rispetto ai soggetti non trattati - le articolazioni con erosioni furono trovate diminuite al secondo anno di osservazione e ancor più al terzo anno di osservazione.

Anche l'esame scintigrafico sembrava migliorato, ma su questo non eravamo tutti d'accordo. Lo spazio articolare non dimostrava di aver avuto particolari vantaggi dal trattamento; e su questo eravamo tutti d'accordo.

Sotto ponemmo la nostra ricerca ad altri studiosi i quali trovarono un certo numero di obiezioni. La principale faceva osservare che nel gruppo di controllo il numero di erosioni alla partenza era diverso rispetto a quello nel gruppo dei trattati. Tuttavia, statisticamente la differenza non era significativa.

I risultati delle nostre ricerche comparvero in tre studi successivi pubblicati in una rivista scientifica a larga diffusione internazionale,

Meno Male

che evidenziavano una diminuzione del dolore articolare nell'artrosi erosiva delle mani nei pazienti in cura con farmaci condroprotettori, ma anche una diminuzione della progressione delle erosioni.

Statisticamente dubbio era, invece, il miglioramento dell'esame scintigrafico.

Uno studio belga comparso successivamente confermava – un pò a denti stretti - il vantaggio dell'impiego dei condroprotettori nella diminuzione delle erosioni.

Un terzo studio svizzero del 2002 confermava l'effetto antidolorifico dei condroprotettori in generale.

Attualmente è in corso uno studio negli Stati Uniti e in Canada che deve durare tre anni e che comprende oltre cinquanta centri di ricerca.

Uno studio più ristretto è stato avviato presso il nostro Centro con un altro agente condroprotettore.

Se gli studi in corso e il tempo confermeranno l'efficacia di questo trattamento, potremmo rendere un pò meno drammatica questa artrosi troppo dolorosa.

3. Lo spirito delle fonti: la medicina termale

Sin dai tempi antichi erano grandemente apprezzate le cure con acque termali: basti pensare agli antichi greci e romani e a popolazioni italiche ancora più antiche come gli Etruschi e gli Umbri Sapiantes.

Gli Umbri Sapiantes già nel III secolo a.c. tra Ravenna e l'antica Roma, in quella nota come valle del Savio, praticavano culti dell'acqua.

Le Terme di Saturnia erano famose già ai tempi degli Etruschi (tra il VII e II secolo a.c.) i quali riconoscevano alla sorgente proprietà terapeutiche miracolose. Forse i Romani trassero proprio dagli Etruschi, insieme con molti altri insegnamenti, anche quello dell'efficacia curativa delle acque.

Ma soprattutto lo sgorgare quasi miracoloso di un'acqua tiepida o calda, capace di mantenersi tale anche d'inverno e di modificare piacevolmente l'ecosistema circostante, il clima e la vegetazione, i fiori e le piante, dovette apparire a quei lontani nostri antenati come l'indiscutibile manifestazione di un dio benevolo.

Peraltro con l'evoluzione della civiltà e con il sorgere delle città si tentò di ricreare l'ambiente termale ed i suoi benefici con grandiose costruzioni di aspetto talora monumentale, dedicate ai bagni caldi o di vapore e a pratiche igieniche più complesse.

Le Terme rappresentavano un segno di evoluzione e un vanto per la città: così i Romani potenziavano e miglioravano ripetutamente l'impianto balneare di Saturnia, arricchendolo di vasche per abluzioni ed immersioni.

Imperatori, matrone e patrizi frequentavano assiduamente nel II secolo a.c. la nota località termale di Baia, incantevole nel golfo di Pozzuoli.

Meno Male

Sicuramente tale assiduità aveva anche un aspetto mondano – oggi diremmo turistico – e si univa l'utile al dilettevole, fra piscine d'acqua calda e fredda, bagni turchi, sale massaggi, gallerie d'arte e splendidi giardini per salutari passeggiate e piacevoli incontri.

Fra le grandiose realizzazioni termali successive primeggiarono le Terme di Caracalla, che divennero uno dei luoghi più frequentati dai romani, patrizi e plebei, nel loro tempo libero.

“Sunt Thermae Medicinae Optima Pars”, le Terme sono della medicina la parte migliore, diceva già Plinio, il grande naturalista romano, in un'epoca dove la cura del corpo e delle sue malattie, più che all'azione alquanto dubbia dei farmaci noti, era in gran parte affidata all'efficacia delle acque termali.

Parve infatti già nei tempi più antichi che le acque termali possedessero proprietà costitutive e d'azione tali da rendere la balneoterapia una cura efficace per le molte malattie, che, anche se non definite nel loro nome e nella loro essenza, amareggiavano la vita della gente esattamente come accade ai giorni nostri.

E ancora oggi le strutture termali prosperano numerose non solo in Italia, ma anche in Francia, in Germania, in Russia, in Romania, in Polonia e in molti altri Paesi, ricercate per la loro indefinita e impalpabile qualità curativa capace di influenzare beneficamente le malattie senza l'uso di medicine.

Una vivace discussione scientifica oppone oggi i sostenitori e i detrattori delle cure termali nell'artrosi, presidio terapeutico non spiegato ma valido secondo gli uni, passatempo pretestuoso, buono solo per oziosi e creduloni o perditempo secondo gli altri.

In particolare, i medici dell'area culturale anglosassone negano ogni validità alla cura termale dell'artrosi, adducendo la mancanza di studi controllati e in doppio cieco e, quindi, di prove scientificamente accettabili.

Meno Male

I bagni medicamentosi e le applicazioni di fango sono le due procedure terapeutiche più utilizzate.

Nella balneoterapia, le acque termali esercitano l'azione curativa, attraverso azioni caloriche, sollecitazioni meccaniche, azioni fisico-chimiche e chimiche.

Il grado di salinità dell'acqua favorisce il potenziamento dell'azione calorica e le azioni idromeccaniche; vengono esercitate sul mantello cutaneo, specie dai bagni ipertonici, stimolazioni nervose, modificazioni delle correnti osmotiche, che determinano sollecitazioni organiche interne.

Per questa via i bagni termali eserciterebbero la loro influenza sull'intero organismo, suscitando reazioni favorevoli – se non al miglioramento diretto della malattia – almeno al miglioramento della cenestesi.

La seconda modalità di cura termale nell'artrosi, di uso estremamente diffuso, è l'applicazione di fanghi.

Anch'essi di uso antichissimo, vantano oggi una loro definizione dell'International Society of Medical Hydrology che classifica i fanghi secondo la componente solida di origine, l'acqua minerale e le condizioni di maturazione.

“Tutti i materiali utilizzati a scopo terapeutico sotto forma di impacchi e che sono costituiti da una miscelanza, naturale od artificiale, di un'acqua minerale con materie organiche e/o inorganiche sono denominati peloidi”.

La proprietà principale di questi fanghi è funzione del potere di accumulo e di inibizione della dispersione del calore. La presenza di granuli minuti conferisce alle argille un'enorme superficie di contatto.

Il fango viene applicato sulla regione da trattare alla temperatura di 45-50 °C. Il paziente viene successivamente ricoperto da lenzuola, tele

Meno Male

cerate e coperte per ridurre la dispersione del calore. La durata media di ogni applicazione è di 15-20 minuti. Segue una fase di reazione che potrebbe influire sulla risposta locale.

Al di là degli i effetti biologici e terapeutici sostenuti dagli specialisti di cure termali (azione antiinfiammatoria, azione analgesica, azione miorilassante; etc.) gli effetti finali sulla cenestesi generale sembrerebbero i più reali.

Ma il trattamento termale dell'artrosi presenta anche molte controindicazioni: malattie cardiocircolatorie, malattie della pelle, malattie metaboliche, articolazioni troppo infiammate e dolenti.

Che dire allora di queste cure termali ? Situate al confine fra le pratiche igieniche e di stimolo del corpo e le pratiche curative propriamente dette, sostituite in altre culture da pratiche ancora più estreme o anche bizzarre, come le saune, i bagni freddi, i bagni di fieno, alcune pratiche ginniche, ed anche, a ben pensarci, da alcune pratiche sportive, contano un grandissimo numero di sostenitori fra i cultori e i pazienti, ma non hanno l'avallo concreto della medicina ufficiale.

E allora?

Fu già da lungo tempo osservato, dai sofferenti che adivano alle cure termali, che il fango o l'acqua portati a casa non sviluppavano lo stesso effetto benefico che mostravano alle terme. Invocavano allora la presenza dello Spirito delle Fonti, ossia la personalizzazione di un qualche cosa che non era tornato indietro con loro nel viaggio di ritorno, ma era rimasto laggiù, dove sgorgava l'acqua, lontano dai rumori e dalle ansie della vita quotidiana, al riparo dagli artifici di cui ci siamo progressivamente circondati, e che ci procurano prevalentemente stimoli innaturali.

Forse è a lui che bisogna rivolgersi per ulteriori chiarimenti.

4. Verso un trattamento ricostruttivo dell'articolazione artrosica

Le articolazioni sono meccanismi particolari: il loro funzionamento le rende soggette ad usura, ma le parti danneggiate vengono riparate da appositi sistemi formati da un apparato di segnalazione del danno e da una procedura di ricostruzione il più perfetta possibile di ciò che è stato danneggiato.

Questo modo di descrivere i fatti è molto grezzo, sono infatti implicate le regolazioni più fini dell'attività cellulare come l'attività recettoriale, l'attività di transduzione dei segnali meccanici, biochimici, ormonali che funzionando armonicamente permettono di mantenere costante il tipo ed il numero delle cellule e delle macromolecole che conferiscono ad ogni tessuto le sue proprietà originali.

Ma allora perché la malattia?

Nel caso dell'artrosi si tratta, come abbiamo già visto, di una perdita di funzione delle cellule e del tessuto cartilagineo. Le cellule muoiono e non vengono sostituite efficacemente. La formazione del tessuto speciale è interrotta. L'ammortizzatore cartilagineo diventa meno capace di assorbire gli urti. Il marchingegno riparativo non è stato all'altezza della situazione.

Non che abbia smesso completamente di funzionare. Mentre l'articolazione comincia a dare segni di sofferenza, nuove cellule rigenerantesi stanno prendendo il posto dei condrociti perduti, ma esse si riveleranno meno capaci, meno efficienti; nuove fibre vanno prendendo il luogo delle vecchie, ma il carico le troverà poco elastiche, meno resistenti alla deformazione.

Meglio che niente, si dirà. È questo tessuto di secondo ordine che il medico cerca di migliorare con le sue cure, anche per attenuare le conseguenze che l'insufficienza della cartilagine comporta per i tessuti circostanti, costretti a svolgere un lavoro supplementare.

Meno Male

La cartilagine articolare è considerata un tessuto nobile poiché altamente differenziato, e dei nobili ha molte peculiarità: è poco incline a sopportare strapazzi non adeguati al suo stato, è scarsamente prolifico – dotato di scarsa capacità autorigenerativa, in ragione dell'assenza di supporto ematico e linfatico, resta dignitosamente impassibile di fronte al danno subito senza lamentarsi per il dolore perché privo di tessuto nervoso.

Ma un grave danno a carico delle superfici articolari causa alla fine una compromissione della funzionalità articolare, con un corteo di sintomi quali dolore, idrarto e pseudoblocchi articolari.

Per la scarsa capacità rigenerativa, solo piccoli difetti guariscono spontaneamente, colmati da tessuto fibrocartilagineo, mentre danni di dimensioni maggiori raramente vengono riparati.

Di fronte a questi fatti incontrovertibili, l'idea di sostituire il tessuto inefficiente nacque spontanea.

Da lungo tempo i chirurghi ortopedici che si trovavano di fronte ad una lesione osteocondrale acuta hanno cercato di ripararla con risultati più o meno validi. Si trattava però, in generale, di una localizzata perdita di sostanza e non di una generalizzata compromissione del tessuto cartilagineo.

Qui la sostituzione deve avvenire attraverso l'immissione di una popolazione cellulare di condrociti nuova ed efficiente.

Ma è noto a tutti che per l'attecchimento dei trapianti (perché di trapianti cartilaginei stiamo ormai parlando) occorrono la compatibilità cellulare ed un ambiente adatto.

Si tratta allora di prendere le cellule più compatibili che si possono trovare. Operazione difficile: ma che cosa trovare di meglio dei condrociti stessi del paziente? Naturalmente occorre prelevarli da un'area sana e poco sottoposta al carico. Si tratta cioè di progettare un auto-impianto.

Ma è difficile però prelevare un numero sufficiente di cellule da impiantare.

Meno Male

Cosa fare? Come ottenerne un numero sufficiente?

I chirurghi ortopedici si sono dunque rivolti alla tecnica di innesto di condrociti autologhi, che consiste nel prelevare in artroscopia una piccola quantità di tessuto cartilagineo dalla una zona idonea. In laboratorio viene avviato un procedimento di digestione enzimatica, per cui i condrociti vengono separati dalla matrice extra-cellulare. I condrociti estratti vengono fatti espandere fino ad ottenere una concentrazione adeguata che viene posta in terreno di coltura.

Da 3 a 6 settimane il numero di condrociti arriva ad essere pari a 10-14 milioni di cellule.

L'intervento chirurgico per l'innesto dei condrociti viene eseguito dopo un periodo che varia da 1 a 3 mesi dal prelievo.

Occorre infatti poter trasportare queste cellule nella cartilagine malata preparando loro un ambiente dove possano facilmente attecchire, ripopolandolo di cellule nuove. Viene preparata una sorta di tasca che viene poi chiusa con punti ed una specie di colla ricavata da una molecola presente normalmente nell'organismo, la fibrina.

Attraverso il margine superiore della tasca così ottenuta, è possibile iniettare la sospensione dei condrociti autologhi adoperando una siringa appositamente apprestata.

Infine viene suturato anche il margine superiore che viene reso anch'esso ermetico con colla di fibrina.

Dopo questo innesto il paziente non viene lasciato fermo, ma inizia subito una attività motoria mediante contrazioni isometriche del quadricipite femorale; i movimenti di flesso-estensione senza carico inizieranno 2-3 giorni dopo l'intervento.

Il carico completo è possibile solo a 60-90 giorni dall'intervento.

I controlli a 24 mesi di distanza hanno dimostrato risultati buoni.

I pazienti trattati, anche se il numero non è elevato, si sono dichiarati soddisfatti e hanno migliorato il livello di attività rispetto a quello pre-chirurgico.

Meno Male

Anche le recenti ricerche mediante studi molecolari sulla membrana cellulare dei condrociti coltivati hanno fornito risultati positivi circa la reale validità chimica e biomeccanica del tessuto ottenuto.

Al momento, tuttavia, è forse ancora troppo presto per trarne considerazioni cliniche rilevanti.

Non dimentichiamo che il paziente è artrosico e che il suo progetto riparativo potrebbe essere inefficiente e invalidare l'impianto. Qualche segno di questo processo è visibile circa nove mesi dopo l'intervento: i condrociti trapiantati mostrano un aspetto simile a quelli artrosici e la matrice che essi producono presenta proprietà diverse da quelle della normale cartilagine articolare.

Ma intanto è stata aperta una strada verso un trattamento ricostruttivo della articolazione artrosica.

5. Artrosi e osteoporosi

La confusione quotidiana tra queste due condizioni nasce forse dal fatto che sono presenti ambedue nelle donne di media età. È il tempo in cui si fanno sentire – insieme con altri problemi – fastidiosi dolorette o disturbi più seri, che suggeriscono un po' di attenzione alla propria persona.

L'artrosi e l'osteoporosi, malattie conosciute da tutti almeno di nome, sono allora volentieri incolpate.

Andiamo dunque dal dottore. L'attento professionista si dimostra buon ascoltatore. Attende pazientemente di capire di che problema si tratta. Ma il suo procedimento diagnostico viene scompaginato da un ben definito annuncio anticipatorio: "Dottore ho l'osteoporosi!" oppure "Dottore sono piena di artrosi!"

Chi lo ha stabilito? Su quale base? Dove? Da quando? In quale parte del corpo? Che cos'è che fa male?

Alcune di queste persone hanno eseguito una mineralometria che denuncia l'osteoporosi, altre si sono accorte invece di quei noduli antiestetici e dolorosi delle dita che segnalano l'artrosi in evoluzione.

Qualcuno ha male a un ginocchio, altri alla schiena; qualcuno da un tempo definibile, altri "da sempre".

Più che chiedersi che cosa sia realmente l'artrosi e che cosa l'osteoporosi, sembrerebbe allora interessante capire come queste due condizioni vengono percepite dalle persone e come fanno ad ingenerare un'idea che direttamente sembra attribuire loro una capacità di nuocere indefinita e multiforme. Non solo dolori articolari ed ossei, ma malesseri di ogni genere vengono riferiti a queste malattie

Ma sono patologie che danno la stessa sintomatologia o sono completamente differenti?

Meno Male

Dai medici l'osteoporosi è stata definita – ai fini divulgativi – “ladra silenziosa “ perché è ritenuta malattia capace di depauperare la massa ossea nel più completo silenzio di sintomi.

Dai profani l'osteoporosi è ritenuta invece causa di dolori di ogni tipo, che vanno appunto dal “mal di schiena”, ai dolori cervicali, ai dolori alle mani, fino ad un non meglio precisato male alle ossa.

In realtà l'osteoporosi secondo la maggior parte dei medici fa male solo nell'atto di produrre gravi fratture del femore, del polso o della colonna vertebrale. Ma è probabile che siano dolorose anche piccole, mal dimostrabili fratture che si verificano nella compagine dell'osso.

Questa osteoporosi ha progressivamente rivelato la sua natura di condizione temibile, sconosciuta non molti anni or sono, perché le fratture che essa favorisce nelle persone anziane sono causa di grave invalidità e di morte precoce. Proprio questo potenziale invalidante, i gravi dolori della frattura, l'immagine della carrozzella, hanno reso l'osteoporosi molto temuta anche quando essa sia appena accennata.

Negli anni più recenti, l'immagine della capacità di nuocere dell'osteoporosi si è progressivamente dilatata fino ad occupare, nei timori delle persone, uno spazio sempre più grande, conquistandosi un posto di ospite obbligato o supposto di ogni condizione dolorosa dell'apparato locomotore, e nel migliore dei casi la capacità di presentarsi come un'aggiunta peggiorativa di tutte le malattie articolari : “..... e poi ho anche l'osteoporosi” .

Ma ce l'ha veramente?

Per capirlo osserviamo una signora che si presenta con il referto di una mineralometria ossea. Ci sono un grafico, molti numeri, una conclusione sintetica dell'esame mineralometrico: normale, osteoporosi, osteopenia.

Meno Male

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito come osteoporosi la riduzione della massa ossea pari o inferiore a -2.5 deviazioni standard del T score.

Che cosa è il T score?

È il valore di densità ossea rapportato a quello medio di una popolazione di giovani adulti dello stesso sesso del soggetto in esame. Si calcola cioè la media delle densità ossee nel periodo di vita più favorevole alla massa ossea. Si calcolano le deviazioni standard (ds) e si sviluppano dei grafici indicativi di osteopenia ($\geq a -1$ ds) e di osteoporosi ($\geq a -2.5$ ds).

È poi importante, ai fini di una miglior valutazione di osteoporosi, anche lo Z-score, cioè il valore di densità ossea rapportato a quello medio di una popolazione della stessa età e dello stesso sesso del soggetto in esame.

Un'infinità di calcoli, di dati statistici, di medie e di numeri più o meno minacciosi. In realtà questi numeri ci indicano solo il grado di mineralizzazione dell'osso, il suo contenuto calcico, cioè uno dei fattori (sicuramente importante) da considerare per il rischio di frattura. Minore è la mineralizzazione dell'osso, maggiore il rischio di potersi fratturare.

Accanto alla mineralizzazione ossea è però importante anche l'elasticità dell'osso. Un osso con una buona elasticità può subire traumi e carichi rilevanti senza spezzarsi.

Attualmente non esistono metodiche ancora sicure per misurare l'elasticità dell'osso anche se da qualche anno sono stati introdotti metodi di valutazione dell'osso basati sull'uso della MOC ad ultrasuoni.

Quindi se è vero che un indice di mineralometria ≥ -2.5 ds può predisporre a maggior rischio di fratture è anche vero che non è il solo fattore da considerare.

Meno Male

Tuttavia in nessun caso questa sua osteoporosi deve essere considerata senza altra valutazione una causa di dolore articolare.

L'artrosi invece è una patologia ben conosciuta che interessa le articolazioni e porta a danni della cartilagine articolare, dell'osso e delle parti molli periarticolari, con conseguente alterazione della meccanica articolare di cui il dolore è il sintomo principale.

L'interessamento delle strutture peri-articolari determina un dolore non sempre di facile definizione per il paziente. Inizialmente infatti il dolore può essere determinato dall'interessamento dei tendini o dei legamenti che risultano "spostati" dalla loro sede abituale e quindi diventare dolenti; ma il dolore può non essere sempre così ben localizzato.

Nei casi di artrosi iniziale la radiografia dell'articolazione colpita può essere negativa. Già in questa fase tuttavia un esame ecografico può evidenziare modificazioni delle strutture molli peri-articolari, come i tendini ed i legamenti, ma anche eventuali versamenti articolari.

Nell'artrosi delle mani il paziente presenta un dolore ed un impaccio ai movimenti di flesso-estensione delle dita che spesso presentano delle deformità ai lati delle articolazioni (i classici noduli artrosici) che preoccupano molto il paziente e lo portano, più ancora del dolore, a richiedere il parere del medico.

Nel caso poi dell'artrosi della colonna vertebrale il dolore può essere localizzato in una sede (tipica la localizzazione lombare o dorso-lombare), ma altre volte può determinarsi la compressione di qualche radice nervosa e dare allora una sintomatologia dolorosa a distanza (come nella sciatica dove il dolore arriva fino al piede).

Ed è proprio questa localizzazione vertebrale che, più delle altre localizzazioni artrosiche, fa confondere questa patologia con l'osteoporosi.

Meno Male

Solo un attento esame clinico corredato eventualmente da una radiografia della colonna vertebrale riesce a sciogliere i dubbi.

Una nuova complicazione viene a rendere più indistinta questa immagine: l'esistenza di studi d'immagine che dimostrerebbero un antagonismo fra artrosi e osteoporosi.

Secondo alcuni l'osteoporosi renderebbe più difficile l'insorgenza dell'artrosi in alcune sedi. Infatti, l'osso sottocondrale osteoporotico, più cedevole, salvaguarderebbe la cartilagine sovrastante dalle conseguenze di urti eccessivi.

Finora c'è poco da fidarsi di questi giudizi, che non hanno trovato conferma nelle ricerche di altri studiosi.

Le due situazioni restino per ora ben distinte ai fini diagnostici e terapeutici: la salute del paziente ne avrà tutto da guadagnare.

6. Sotto il platano di Coo

Forse in un pomeriggio di pioggia e nebbia londinese, capace di risvegliare un dolorino artrosico al ginocchio che se ne stava tranquillo da qualche tempo, una visita agli animali preistorici del British Museum potrebbe essere ricompensata dalla relativa consolazione che molti degli scheletri di animali preistorici ivi custoditi mostrano segni di artrosi.

Sì, anch'essi soffrivano di questa malattia; se pure lo ignoravano, avvertivano in qualche modo il dolore che, dal profondo indeterminato del loro corpo gigantesco, saliva ai centri sensibili del sistema nervoso centrale e disturbava il loro benessere. Si può a tutt'oggi constatare come la malattia coinvolgesse specialmente le vertebre di questi ormai silenziosi nostri lontani parenti.

Forse però il più antico riscontro è quello di un rettile monosauro, il cui scheletro artrosico ricostruito alla meglio occhieggia malinconicamente da una sala del museo dell'Università del Kansas. Del pari compatibili con l'artrosi sono degenerazioni articolari riscontrabili in varie giunture, che sono state rinvenute nell'uomo di Neandertal, che nasceva, viveva, soffriva e moriva circa 40.000 anni fa.

Malgrado questa venerabile antichità dell'artrosi, occorrerà attendere il fluire dei secoli e l'arrivo dell'anno 1802, con la pubblicazione dei "Commentari sulle Malattie", per vederne distinta l'individualità dalle altre patologie articolari, ad opera del dottor William Heberden. Dai tempi preistorici ai primi tempi storici, l'atto medico fu dapprima istintivo e maturato in ambito familiare.

Un embrione di medicina venne poi fondandosi sul concetto che la malattia fosse dovuta all'influenza sfavorevole di esseri invisibili, e all'influsso di fattori soprannaturali. Influssi demoniaci ed azione

Meno Male

magica prevalevano sulla ricerca di efficaci rimedi empirici, che pure troviamo presenti, e talora sorprendentemente puntuali, anche in epoche lontane.

Fu questa anche una medicina suggestiva, che si avvaleva di formule diverse e di scongiuri, e che riconosceva a certe parti del corpo virtù speciali, atte a guarire o a far ammalare.

Certamente le malattie che impedivano di muoversi e camminare liberamente, o che impedivano i gesti quotidiani, come l'artrosi, furono tra le prime ad attirare l'attenzione nel volgere del tempo. L'alba della medicina scientifica sorge nella Grecia classica, proprio in quell'epoca miracolosa in cui Pericle dava nuovo impulso alle arti, Fidia scolpiva nel marmo l'ideale della bellezza ellenica e Sofocle ed Euripide ingeneravano nell'animo delle folle emozioni collettive ancora oggi attuali.

Si potrebbe dire che non poteva mancare un progresso anche nell'arte medica, disciplina fino allora mal distinta dalle altre, e confusa con le più diverse espressioni del pensiero umano.

Come in tutte le albe, che lasciano dapprima trasparire e intravedere, e solo in seguito distinguere chiaramente i dintorni del paesaggio circostante, la nascita della medicina greca dell'età aurea è in gran parte indefinita, ma lascia scorgere a tratti prodigiose intuizioni, e soprattutto la nascita di un metodo, elemento fondamentale del progresso.

Questo progresso è legato al nome di Ippocrate, medico greco nato nell'isola di Coo, e capo di una scuola medica fiorente, che raccolse intorno a sé innumerevoli allievi e discepoli, che diffusero i suoi insegnamenti ben oltre i limiti del mondo greco.

Ci è pervenuto l'insieme degli scritti di Ippocrate, il Corpus Hippocraticum, che appare sicuramente associato all'opera di Allievi e autori successivi, ma che nel complesso è sufficientemente espressivo e ricco di dati da permetterci uno sguardo al campo che qui ci interessa. Possiamo così di immaginare almeno alcune delle molte lezioni tenute sotto il platano centenario dell'isola, dove si radunavano gli allievi per raccogliere le conoscenze di un così grande Maestro.

Meno Male

Con Ippocrate si verifica un radicale cambiamento di pensiero: la malattia e la salute cessano di avere attinenza con il mondo degli dei, o di essere considerate castighi e punizioni, compensi o doni, ma si rivelano progressivamente essere il risultato naturale di determinate circostanze del tutto materiali e svincolate da influssi soprannaturali. Le conoscenze di anatomia di Ippocrate e dei suoi ci appaiono oggi indeterminate a approssimative, fatta salva la conoscenza dello scheletro, che appare ben descritto in molte parti e per di più nei punti che costituiscono solida base per la cura delle malattie che colpiscono l'apparato locomotore.

Perfettamente descritte sono non solo l'anatomia delle ossa e delle articolazioni, ma anche, per quanto possibile, la fisiologia del movimento e conseguentemente la cura delle fratture semplici e complicate, delle lussazioni, l'applicazione di fasciature contentive. Addirittura sono state riconosciute negli scritti ippocratici indicazioni per la cura della spondilite.

E l'artrosi? Siamo nell'anno dal 460 al 377 a.C., e Ippocrate ha il suo da fare per separare la nuova medicina, nascente dall'osservazione del malato, da quella divina e templaria che vuole guarire le malattie mediante l'intervento di un dio.

Gli uomini sani potevano più facilmente dimenticare la divinità ma, ammalati e in preda alla sofferenza, credevano in cose mostruose, schiacciati com'erano dal peso della sofferenza e privi di una promessa di fede a sostegno della loro difficoltà.

Con l'aiuto di bevande esilaranti e stupefacenti, mediante l'impiego di allucinogeni sacerdoti e pazienti diventavano i protagonisti di un appello alle forze invisibili e di una invocazione alla guarigione, perpetrata in ambiente evocativo, incline a rendere e che prescindeva in maniera quasi totale dalla sede, natura e modo di prodursi della malattia.

Incaricato da Pericle di raccogliere tutte le conoscenze mediche del tempo, Ippocrate andò oltre quest'operazione di collazione culturale e

Meno Male

si sforzava di trarre la medicina dalla speculazione metafisica dei templi e di portarla nel campo sperimentale.

Certamente anche per quanto concerne l'artrosi – che non poteva distinguere dalle altre malattie articolari – non dovettero sfuggirli le cause traumatiche ed esterne delle malattie, e cercò di capire in quali circostanze si producessero, quali rimedi si potessero affrontare e, cosa interessantissima, quale fosse il pronostico delle malattie e quindi anche delle malattie dell'apparato locomotore.

Nell'opera di Ippocrate risultano distinte con chiarezza le artriti infettive, quelle febbrili semplici e i dolori articolari cronici e deformanti (gotta, artriti croniche evolutive, e artrosi).

E i rimedi ? Nella concezione ippocratica, tutta imperniata sullo studio dei fenomeni naturali in contrapposizione al magico prima imperante, la cura deve mirare alla ricomposizione dell'equilibrio naturale: “le nature sono i medici delle malattie” è scritto nel libro delle Epidemie.

La terapia ippocratica richiede generalmente un'azione contraria alla causa che ha determinato la malattia. Così, le malattie derivate da raffreddamento dovevano essere curate col riscaldamento, quelle determinate da soverchia pienezza, con purgazioni e digiuno.

Per la sciatica, la più dolorosa delle complicazioni della artrosi vertebrale, vengono prescritti medicinali percutanei ad azione revulsiva.

In qualche modo anche le malattie articolari apparivano collegate con un disequilibrio degli umori, e trattate di conseguenza.

Grande importanza era attribuita alla dieta, alla ginnastica, agli esercizi del corpo, ai massaggi, ai bagni di mare. Questi elementi modificatori venivano interpretati come agenti dotati di influenza possibile sul mezzo interno.

Ippocrate aveva infatti fatta propria la teoria pitagorica dei quattro umori: sangue, flemma, bile gialla ed atrabile che dovevano stare in equilibrio nel corpo per una perfetta salute.

Meno Male

La teoria ippocratica è quindi una teoria umorale, nella quale il corpo umano sarebbe governato da un insieme di quattro umori diversi, che, combinandosi tra di loro in diverse proporzioni, potevano mantenere l'individuo in uno stato di perfetta salute o viceversa di malattia. e questo era il fattore endogeno, costituzionale, a fronte del quale operavano gli agenti esterni.

Uscita dal sacello della divinità la medicina di Ippocrate ed il suo insegnamento si mettono finalmente alla ricerca di rimedi adatti alle varie malattie e li cercano nel mondo sensibile, principalmente nel regno vegetale, in questa grande farmacia che non ha ancora finito di dispensare i suoi rimedi.

Nascono così innumerevoli prescrizioni, delle quali alcune manifestamente efficaci, altre ai nostri occhi inutili, se non bizzarre, ma tutte rivolte nel pensiero di Ippocrate a modificare i sintomi ripristinando l'equilibrio naturale fra gli umori del corpo.

Ma anche il valore del fattore ambientale in generale non gli sfuggiva e nell'intento di rimuovere i fattori nocivi Ippocrate le per questo suggeriva ai pazienti di "lasciare il clima che li aveva fatti ammalare". "Fuge coelum sub quo aegrotasti" tradussero gli esegeti successivi", riprendendo il concetto e proponendolo fino ai medici del novecento nella forma più snella e attagliata al nostro tempo di "cambiamento d'aria " come allontanamento non solo da fattori ambientali sfavorevoli, ma anche dalle cure e dai fastidi che ogni situazione consolidata (anche felice) porta con sé.

I vecchi , ci ricorda Ippocrate , hanno bisogno di meno nutrimento dei giovani. Soffrono però di difficoltà respiratorie, di accessi di tosse, di disuria. La vista e l'udito si abbassano. Nei vecchi sono poi comuni malattie dei reni, vertigini, apoplezia, cachessia, prurito diffuso, torpori e, appunto, dolori alle articolazioni.

Conscio dell'importanza del rachide nell'economia generale del portamento, Ippocrate insegnava ai suoi studenti che dovevano "studiare la spina dorsale, perché è fondamentale per molte malattie".

Meno Male

Ippocrate non ebbe poi dubbi sull'utilità e sulla necessità di dominare il dolore. Egli arriva a dichiarare che alleviare il dolore è opera divina. Fra i medicinali raccomandati per ristabilire l'equilibrio interno troviamo raccomandati diuretici, vomitivi, purgativi; ma, certamente prescritti per la loro azione anti-dolorifica diretta, anche sedativi e analgesici come la belladonna, la mandragora, il giusquiamo, l'oppio.

L'idea della malattia puramente locale non è forte in Ippocrate, Egli sempre convinto che ogni dolore deriva da discrasia, e cioè da eccesso o difetto di uno dei quattro umori. Solo ristabilendo l'armonia interna naturale sarà possibile dominare la malattia.

Ascoltare sotto il platano – la Facoltà di Medicina di quei tempi – questi ed altri insegnamenti ci appare oggi primitivo e lontano da ogni concetto reale, eppure fu in questo modo che fu gettato il seme della Medicina e fissata esplicitamente e per sempre la natura etica dell'atto medico, devoluto esclusivamente al sollievo del paziente.

A perpetuare questo contenuto etico della professione, una volta diventati dottori, gli allievi di Ippocrate si riunivano sotto il platano alla cui ombra avevano ascoltato tante lezioni e invocavano Apollo e tutti gli Dei, nel pronunciare il cosiddetto “giuramento di Ippocrate”. Insuperato per molti concetti essenziali, per quanto consentito dal fluire dei millenni, questa eticità assoluta urta contro numerose necessità, quali quelle imposte dalla medicina di comunità.

Ma la Medicina va sempre avanti, e soluzioni efficienti verranno trovate anche per questi problemi.

Meno Male

7. Una cattiva compagnia: il mal di schiena

C'è un'area della Medicina, l'Epidemiologia, che studia la frequenza e la distribuzione dei fenomeni salute/malattia nella popolazione.

Con opportuni mezzi di indagine, nella sostanza, essa cerca di rendere evidente quanti malati di una certa malattia sono presenti in un determinato momento, in un determinato luogo, in una determinata fascia di età, in un determinato lasso di tempo.

Per fare questo, occorre una definizione della malattia che si studia, o almeno alcuni criteri di riconoscimento.

Questi ultimi rappresentano quello che è, per un soldato, la divisa, con i suoi gradi, le mostrine e gli altri contrassegni.

Si arriva così alla definizione di caso: questo è un caso di morbillo, quest'altro di varicella, quello un caso di artrite di Lyme, questo un caso di artrite reumatoide.

Ma nel mal di schiena, la definizione di caso è fortemente influenzata dalla percezione individuale del dolore, elemento quanto mai difficile da quantificare.

Questo ha prodotto difficoltà nel comprendere e nel classificare il "comune" mal di schiena - ossia il dolore legato all'artrosi, alle discopatie, al malfunzionamento dei sistemi di movimento e di stabilizzazione della colonna, una volta che siano stati eliminati i dolori del rachide dovuti a traumi, fratture, malattie gravi.

Tutti concordano che si tratta della condizione morbosa più comune. Tuttavia occorre definirne limiti almeno di intensità e di durata, per non incorrere nella dichiarazione improduttiva che "quasi tutti hanno mal di schiena".

Meno Male

I casi meglio definiti di cause efficienti sono quelli da ernia del disco, da artrosi vertebrale, da ristrettezza del canale spinale, da instabilità segmentaria, da sequele di chirurgia sul rachide.

La valutazione del problema è multidisciplinare perché il dolore lombare è multifattoriale, viene perciò meglio valutato da un gruppo di medici appartenenti a specialità diverse.

Ma esiste un grande numero di persone, forse la metà di coloro che soffrono consistentemente di mal di schiena, dove questi meccanismi di dolore non appaiono operanti: mal di schiena banale, si dice allora, o non specifico, o comune, come nella terminologia francese.

La banalità nulla toglie al carattere molesto di questa condizione, che viene continuamente studiata anche per il pesante impatto sociale che la caratterizza.

Nella pratica medica naturalmente occorre discernere le situazioni realmente banali da quelle che lo sembrano.

Nel 1987, uno dei gruppi di ricercatori più attivi nello studio del mal di schiena propose una classificazione in undici categorie di problemi separati, ciascuna delle quali esclude le altre.

Crediamo che valga la pena anche per chi non è medico esaminare questo elenco.

1. Mal di schiena senza irradiazione
2. Mal di schiena con irradiazione del dolore non oltre il ginocchio.
3. Mal di schiena con irradiazione del dolore fin sotto il ginocchio.
4. Mal di schiena con irradiazione fin sotto il ginocchio e segni neurologici.
5. Compressione presuntiva di un nervo spinale dedotta da una semplice radiografia che dimostra una frattura o una instabilità.
6. Compressione della radice di un nervo spinale confermata da:
TAC, risonanza magnetica nucleare, mielografia
altre diagnostiche strumentali (elettromiografia, venografia)
7. Stenosi spinale
8. Stato post-chirurgico, da uno a sei mesi dopo l'intervento
9. Stato post chirurgico, più di sei mesi dopo l'intervento
10. Sindrome dolorosa cronica
11. Altre diagnosi.

Meno Male

Una serie di situazioni ben definite, di condizioni patologiche delineate, che può soddisfare medico e paziente almeno nella loro legittima curiosità di definire la causa del dolore.

La cosa però è tutt'altro che semplice. Mentre una lesione del nervo sciatico mostra la specificità lesiva dell'ernia del disco, il mal di schiena di questo soggetto che precede o accompagna l'ernia del disco assomiglia moltissimo al mal di schiena comune; e continua ad assomigliarci anche quando il soggetto guarisce o migliora per l'influenza di cure opportune (o per il semplice trascorrere del tempo) dal suo dolore sciatico, pur conservando una certa tendenza al mal di schiena; e ancora, finisce con l'essere in molti casi mal distinguibile dal dolore pre-operatorio quando persiste - come lombalgia residua - nei soggetti operati per ernia del disco.

Il problema non è stato risolto dalla individuazione delle cause efficienti - di cui è chiaramente ovvia l'importanza - perché manca ancora una interpretazione ed anche una sicura metodica di palliazione del mal di schiena comune, che esiste e resiste da solo o in compagnia delle predette lesioni, indifferente spesso anche alle cure più opportune.

Viene accettata una distinzione fra mal di schiena acuto e mal di schiena cronico - a seconda che l'episodio doloroso duri più o meno di tre mesi.

Linee guida per il trattamento sono state concordate solo per la forma acuta. Interessano il Medico: la loro lettura può risultare sconcertante per il profano, che si aspetta provvedimenti specifici per ogni tipo di dolore identificato, e trova invece indicazioni generiche e poco incisive.

Ma è il mal di schiena ricorrente, o di lunga durata, a costituire uno speciale problema di cura.

Una cultura medica composita, ricca di competenze specialistiche di estrazione variegata (ortopedici, reumatologi, neurochirurghi, fisiatristi,

Meno Male

chiroprattici, fisioterapisti, psichiatri) moltiplica le proposte e le soluzioni, creando un complesso libro di opzioni che risulta difficile da leggere.

Sfogliamo dunque insieme qualche pagina.

“Trattate bene la vostra schiena e questa tratterà bene voi”. Questo fondamento razionale di igiene della colonna include principi di economia articolare, come l'apprendimento di posture corrette, i principi di economia articolare e di ergonomia, il sollevamento di pesi con risparmio del carico sulla colonna lombare, utilizzando gli arti inferiori e non la schiena.

Le scuole per la lombalgia puntano sul riapprendimento o l'apprendimento di reazioni motorie protettive del tratto lombare della colonna, come per esempio la protezione automatica della lordosi lombare durante i movimenti. I procedimenti sono complessi, comprendendo esercizi di rinforzo, di propriocezione, di elongazione.

Il riposo ritmato associato ad una normale attività fisica presenta senza dubbio una capacità di diminuire il dolore nelle fasi in cui questo si fa sentire maggiormente.

I fisioterapisti propongono diversi modelli di trattamento, ancorati a principi fisiopatologici differenziati e non di rado in opposizione tra loro. Vale qui il principio della individualizzazione del trattamento e della capacità del fisioterapista di accompagnare il soggetto lungo un percorso che dovrà per forza conoscere fasi migliori e fasi peggiori. Non si deve lasciarsi confondere dall'esistenza di così varia scelta di opzioni: è vero che non esiste una precisa indicazione valida per tutti, ed è naturale che sia così, tanto che occorre spesso rivalutare i risultati in corso d'opera ed essere anche pronti a cambiare programma.

Le cure fisiche hanno effetti transitori anche se favorevoli.

Meno Male

L'idea che più una schiena è flessibile e meglio è rientra fra le più singolari stravaganze interpretative che si sono fatte strada in questo settore. L'iper mobilità e l'instabilità del rachide possono essere fonte autonoma di dolore.

Per le cure termali valgono suggerimenti ormai consolidati (<http://www.artrosi.it/Parte-2-Cap.3.pdf>)

La chirurgia ha molte risorse per il mal di schiena, ma sono piuttosto rivolte a specifiche situazioni anatomiche che alla cura o al miglioramento del mal di schiena come è qui inteso (lombalgia comune).

I farmaci antalgici, antiflogistici e cortisonici servono efficacemente in molte persone, ed hanno anche una posizione di rassicurazione, nel senso che sono disponibili per una pronta automedicazione in caso di necessità.

Qualche riflessione sul problema

Elencare tutte le componenti anatomiche, fisiopatologiche e le cause note di mal di schiena; illustrare i meccanismi del dolore lombare; interpretare successi e fallimenti delle varie terapie proposte, è compito interminabile dei gruppi di studio e delle Società scientifiche che si occupano di questo problema.

Ogni trattamento messo in opera è chiaramente basato, oltre che sui fatti, anche su spiegazioni abbastanza personali date da ciascuno specialista al problema; e il consenso raccolto intorno alle linee guida di trattamento è un consenso generico, raggiunto su provvedimenti aspecifici, non una presa di posizione su di una interpretazione netta e di una conseguente procedura terapeutica di sicura efficacia.

Meno Male

I siti indicati saranno utili per chi vuole navigare (è il caso di dirlo) in questo mare magnum di terapie suggerite per il mal di schiena.

Perché alla fine, bisogna pur dirlo, le spiegazioni al paziente su come si produce il dolore sono sì utili, ma debbono essere anche congruenti alla cura che ci si propone, e infine anche con i risultati attesi e ottenuti.

Voltiamoci allora indietro e diamo uno sguardo al problema cruciale: il dolore lombare e il modo di attenuarlo.

Fra tante dimostrazioni e illazioni, un fatto emerge chiaramente: l'aumento della sensibilità al dolore dei tessuti rachidei potrebbe spiegare in modo comprensibile molte situazioni.

Cominciando da una condizione morbosa nota ma non frequente, abbiamo il dolore da deafferentazione, ossia da mancanza di normali afferenze per una lesione del nervo o della radice.

Questo dolore è resistente, è bruciante, si verifica per aggressioni meccaniche minime, dunque per condizioni anatomiche che esitano a farsi credere responsabili dirette.

Da questo modello noto possiamo far discendere diverse condizioni di supersensibilità locale, connesse all'intervento di neuromediatori ed alla facilitazione preferenziale delle vie dolorose nei dolori di lunga durata.

Dovremmo quindi tentare di correggere questa supersensibilità, che rende dolorosi gesti, posture e carichi che forse sarebbero soltanto cagione di molestie.

Il trattamento integrato deve sempre mirare ad attenuare o sopprimere il dolore con l'azione di farmaci e ad utilizzare il vantaggio ottenuto per un ricondizionamento del paziente alla postura e al lavoro. Più cose riesce a fare senza sentire male, più la persona con lombalgia si sente confortata.

Meno Male

La persistenza del dolore sembra in grado di sviluppare una maggiore sensibilità al dolore medesimo, forse attraverso una produzione esagerata di neuromediatori del dolore, o anche attraverso l'amplificazione dell'espressione di un gene, il c-Fos, come è stato dimostrato sperimentalmente.

Anche nelle persone con evidenza anatomica di disturbo meccanico – per esempio una protrusione discale – il dolore sembra mediato in parte da uno speciale tipo di infiammazione, provocato dal contatto fra il disco e i tessuti adiacenti.

Da queste riflessioni e conoscenze nasce la convinzione che il trattamento attivo del mal di schiena, mediante cure antidolorifiche, posture, chinesiterapia mirata, ricondizionamento, riduce buona parte dell'impatto che questo disturbo così diffuso ha sulla vita della persona, prevalentemente in maniera indiretta, ma non per questo meno importante.

<http://www.rcgp.org.uk/rcgp/clinspec/guidelines/backpain/index.asp>

www.gss.it/lombalgia/

www.riabilitazioneitalia.it/link.htm

<http://orthoinfo.aaos.org/>

<http://utenti.lycos.it/magoweb3/>

www.clicmedicina.it/pagine%20n%203/lombalgia.htm

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/backpain.html>

<http://healthlink.mcw.edu/back-problems/>

<http://www.spineuniverse.com/>

www.chu-rouen.fr/ssf/pathol/lombalgie.html

web2.uqat.quebec.ca/lombalgie

http://www.med.univ-rennes1.fr/section_rachis/qtforce.htm

8. *Artrosi cervicale: qualche volta colpevole, qualche volta innocente*

Ad ogni passo si incontrano persone che si dichiarano affette da artrosi cervicale. E in realtà l'artrosi del rachide è precoce e molto comune.

Mobile e continuamente sollecitato, il segmento cervicale risulta colpito dall'artrosi con una certa predilezione, almeno radiologicamente.

”Ogni disturbo nasce da una lesione”. E in effetti molte persone soffrono di disturbi direttamente riferibili a lesioni artrosiche del rachide cervicale.

Non sempre però le cose sono così semplici.

Esistono infatti numerosi disturbi indefiniti, sfumati e di incerta interpretazione, che vengono genericamente riportati alla presenza di una artrosi cervicale, che tante volte è solo radiografica e non ha valore clinico.

L'esclusione di altre cause apprezzabili a cui attribuire i sintomi risulta spesso un buon motivo per incriminare impropriamente l'artrosi cervicale.

Il medico, dopo aver raccolto l'anamnesi, va normalmente alla ricerca specifica della sindrome vertebrale segmentaria cervicale, ma soprattutto della sua concordanza con i sintomi e i segni riscontrati.

Difficoltà di movimento attivo e passivo, dolore spontaneo o scatenato da certi gesti, rilievo di segni neurologici derivanti dai disturbi delle radici irritate, o compresse dall'artrosi, sono esplicitamente dimostrativi dell'esistenza di una malattia cervicale.

Sarà poi l'esame radiologico a precisarne la sede, l'estensione, i caratteri, e ad escludere l'esistenza di altre malattie.

L'artrosi cervicale ha infatti una evoluzione che risente della particolare struttura di questa zona della colonna vertebrale.

Meno Male

Sulle vertebre cervicali da C3 a C7 sono presenti i processi uncinati che, nello sviluppo del deterioramento del disco intervertebrale, vanno incontro ad una sovra-sollecitazione causa di una deformazione.

Si istituisce in questo modo l'artrosi "unco-vertebrale", che può provocare una restrizione dei forami intervertebrali, con sindrome radicolare corrispondente.

Può verificarsi anche – per vicinanza anatomica – uno schiacciamento dell'arteria vertebrale e del suo plesso simpatico, l'intricato fasci di nervi che accompagna fedelmente nel suo decorso verso il cervello l'importante vaso arterioso.

Dolore dunque al collo, rigidità, difficoltà a ruotare o ad estendere il capo, dolore radicolare lungo il braccio sono sintomi sicuramente indicativi.

Ad essi si deve aggiungere la possibilità fortunatamente più rara che l'artrosi cervicale comprima le vie nervose midollari provocando disturbi anche alle gambe.

E le vertigini? I ronzi? Il mal di testa? il senso di sfinimento?

La sensazione di avere un chiodo nella nuca? L'insicurezza nel cammino? La perdita di memoria?

Sono o non sono connessi con l'artrosi cervicale?

Piano, piano! Il medico può parlare di sindromi pseudo-radicolari, di sindrome cervico-cefalica, sindrome cervico-brachiale, ma vengono descritte anche sindromi vertiginose, acufeni, oculalgie, algie facciali ed altre forme più complesse.

I dolori dell'artrosi irradiano anche al di fuori del territorio servito dal nervo, come capo, dorso, braccio e risulta talora difficile la loro precisazione.

Ma almeno essi sono riproducibili con certi speciali movimenti. Invece altri disturbi sono per così dire indiretti e viaggiano attraverso vie riflesse risultando non evocabili con i movimenti.

Per esempio la sindrome cervico-cefalica è una sindrome dolorosa cervicale superiore, che comporta dolore all'occipite, irradiato alle tempie e alle orbite. Qualche volta accade che i dolori irradiati siano clinicamente più evidenti del dolore nucale, o addirittura esistano da soli.

Meno Male

È evidente la difficoltà di distinguere questi dolori da quelli delle varie cefalee.

Altre sindromi cervicali dolorose acute attribuite all'artrosi cervicale sono il torcicollo acuto e le sindromi radicolari acute cervicali da compressione discale.

Il torcicollo acuto può essere considerato come l'equivalente della crisi acuta del dolore lombare nella regione cervicale. E' una disfunzione della colonna vertebrale cervicale dolorosa, con contrattura muscolare di difesa. Si tratta per lo più di un soggetto giovane che presenta un dolore al collo, comparso rapidamente, con una posizione coatta obliqua che ha le caratteristiche della difesa contro il dolore.

Questa improvvisa e dolorosa rigidità del collo produce l'impossibilità di ruotare il capo da un lato.

Bisogna pur spiegarsi la brusca insorgenza di questo sgradevole disturbo. Comunemente, il paziente riferisce l'evento ad un "colpo d'aria".

Ci sono anche pazienti che presentano episodi dolorosi che non guariscono completamente. Soffrono di dolori ricorrenti al movimento spontaneo e al movimento passivo del collo. Sono coinvolti e contratti i muscoli del collo e delineano il quadro del cosiddetto "reumatismo muscolare", malattia di dubbia esistenza.

In queste persone la difficoltà di movimento non dipende dalla ricerca di una posizione contro il dolore – come nel torcicollo acuto – ma da una effettiva diminuzione del movimento articolare, che si è sviluppata per il protrarsi del disturbo.

Il altre circostanze il dolore al collo sembra produrre un senso di immotivata stanchezza, soprattutto al mattino. Dolore e senso di abbattimento vengono avvertiti insieme e al paziente sembrano l'uno conseguenza dell'altro.

Questi casi potrebbero mascherare una depressione larvata in un paziente affetto anche da artrosi cervicale.

Meno Male

Una singolare problematica emersa ai nostri giorni è quella che si osserva nei soggetti che lavorano al computer per molte ore. Oltre ai problemi meccanici riguardanti la posizione di lavoro, va considerato l'effetto di scorrimento dello schermo che induce, in via riflessa, continui aggiustamenti del tono dei muscoli cervicali, che possono avere influenza sfavorevole in chi lavora al computer.

Problemi alla colonna cervicale sono descritti nei musicisti, soprattutto violinisti, nei chirurghi e in altre attività di attenzione. Posizioni sfavorevoli e tensione muscolare possono esserne la causa.

A volte il paziente riferisce aggravamento dei sintomi dopo un trauma. Traumi cervicali violenti possono essere complicati da danno neurologico.

Il mondo complesso e vario dei disturbi dell'artrosi cervicale esige la valutazione di uno specialista attento e preparato.

Molte volte questo saprà demedicalizzare la situazione, riconoscendo la banalità dei disturbi e indicando semplici ma efficaci rimedi. In altri casi sarà indotto a indicare più pertinenti e precisi accertamenti, soprattutto nelle persone più anziane e nei quadri più dolorosi.

Non dovranno essere dimenticate le raccomandazioni sulle abitudini di vita che, se seguite fedelmente, possono da sole risultare in grado di attenuare considerevolmente i disturbi.

9. Ricordi di scuola

Difficilmente si sfugge alla tentazione di riparlare dei vecchi tempi quando s'incontra un compagno o compagna di scuola che non si vedeva da molti anni.

L'immagine di quei giorni lontani, sfuocata dalla distanza e dagli eventi della vita, riaffiora allora come paesaggio ad acquerello: qualche figura precisa in primo piano, uno sfondo evanescente che, a guardarlo, cambia continuamente, figure di persone sfumate i cui contorni dapprima indistinti si ravvivano all'evocazione di un fatto o di un ricordo comune.

I compagni di scuola che rivediamo dopo lungo tempo ci risultano però talvolta ingombranti e improbabili, un po' caricatura e un po' ingrandimento degli amici di allora.

Più divertente il ricordo dei professori: manie, tic, intercalari, frasi ripetitive, piccoli e grandi eventi melodrammatici restano impressi e suscitano ancora allegria.

Raramente capita invece di veder tornare alla mente quei venti giorni trascorsi con un dolorino alla coscia, che un professore brusco attribuiva alla svogliatezza, e i genitori, premurosi e immemori della loro gioventù, alle fatiche eccessive imposte al loro ragazzo. Nasceva allora invariabilmente la questione della ginnastica.

Il professore di ginnastica si distingueva dagli altri, era di solito un amico, con lui c'era più confidenza, e dispiaceva di non poter assistere alle sue lezioni. Ma il Medico era stato consultato, e il suo referto aveva parlato chiaro: ESONERATO.

Questo bizzarro termine medico-burocratico, di cui pochissimi ragazzi intendevano il significato, tendeva ad assumere un valore diverso per ciascuno.

Meno Male

Occasione di bighellonaggio per i fannulloni, di fumare di nascosto per i più inclini a darsi anzitempo arie da uomini, di frustrazione per i più diligenti che non volevano rinunciare alle lezioni, rappresentava per gli uni un risultato da perseguire, per gli altri uno scomodo peso da eliminare.

Ma se fa male la gamba, se aumenta per fatica anche lieve, se il male non passa dopo qualche giorno, se non c'è stato sforzo o trauma o malattia apparente che lo spiega, se il dottore scrolla il capo per nascondere che no, non capisce di che cosa si tratta – ma intanto è meglio prescrivere il riposo dalla ginnastica – allora non c'è scampo, bisogna rassegnarsi. Non c'è niente da fare: ESONERATO.

Si tornava a casa da scuola e prima ancora di salutare i genitori: “S. è stato esonerato”.

La sera poi, mentre ci si addormentava, nel dormiveglia che precede il sonno questa parola, per tutto il giorno incomprensibile, girava nella testa fino a moltiplicarsi all'infinito e a trasformarsi in una serie di cartelli, ciascuno con la faccia di un compagno, con le espressioni diverse, ma tutti con la stessa scritta, a lettere rosse e fiammeggianti: ESONERATO.

Nel tram che portava a scuola il tempo del trasferimento si consumava in quella specie di sopore che produce lo scuotimento di un veicolo su chi si è alzato pieno di sonno, si potevano allora contare i passeggeri calcolando quanti avrebbero potuto essere esonerati dalla ginnastica.

Non sta bene fissare a lungo le persone, bisognava dunque giudicarli con una rapida un'occhiata: questo sì, questo no.

E una volta identificati, andavano immaginati muniti dell'apposito cartello con la fatidica scritta, onde (si pensava nel semi-sonno) non facessero ginnastica quando fossero scesi dal tram.

Meno Male

Svegliatisi completamente e arrivati a scuola, si assisteva in una atmosfera di circospezione alla consegna della ricetta del medico ad un professore compreso di un'aria di circostanza, buona per tutte le interpretazioni, da un genitore del ragazzo in questione, per l'occasione ancora più claudicante del solito.

Qualche parola bisbigliata, un cenno di comprensione o di assenso-dissenso (non si sa mai) e la cosa era fatta.

Qualche tempo dopo, la notizia che S. non era più esonerato dalle lezioni di educazione fisica destava poi sempre un senso di sollievo. Ritornato a vestire gli sghembi pantaloncini da ginnastica e la maglietta bianco tendente allo sporco – le tute multicolori di oggi erano inimmaginabili – riempiva il vuoto della fila assicurando il gruppo degli allievi, che si sentiva nuovamente completo dopo essere stato privato di qualche cosa.

Qualche dolorino ancora per un po' di settimane, ma il ragazzo stringeva i denti e finalmente tutto tornava come prima.

Gli anni passano e tutti seguono la loro strada, ma c'è sempre qualche compagno che ama rievocare il passato.

Non si va sempre volentieri alle riunioni organizzate di vecchi compagni di scuola: molte volte più che una riunione di amici finisce infatti con l'essere una conta accurata degli acciacchi collezionati mano a mano lungo il percorso della vita di ciascuno.

Parlare con gli altri dei propri guai viene generalmente considerato liberatorio e consolante, così che una mezz'ora dopo tutti vengono a sapere, tra un boccone e l'altro, che G. soffre di cuore, che P. deve curarsi l'ulcera gastrica e che S. ha un'artrosi d'anca ed è in attesa di un'operazione di protesi.

Si potrebbe allora tornare col pensiero a quella lontana stagione scolastica in cui i primi tepori della primavera trovarono S. costretto

Meno Male

a non partecipare alle corse nel prato perché dolorante alla gamba, e sentire ancora il professore di ginnastica chiamare discretamente gli allievi esonerati – anche i nomi riaffiorano – Giovannelli, Pellerotti, Stantini...

Costoro debbono limitarsi a giocherellare mestamente sui bordi del prato, mentre gli altri corrono a più non posso avanti e indietro sul campo e sfogano la loro giovanile energia, compressa per ore nell'ineffabile prigionia delle aule scolastiche.

Eppure un'attenta visita medica corredata di un esame radiografico avrebbe potuto, in quel tempo ormai lontano, dimostrare che si trattava per S. di una patologia dell'accrescimento, a carico della testa del femore, testimoniata da un dolore evocabile coxo-femorale.

L'esame radiografico avrebbe dimostrato un leggero appiattimento della testa femorale, poi ritornata quasi alla sua forma normale nel corso dell'anno successivo.

La patologia di cui ha sofferto il nostro compagno si chiama osteocondrosi della testa femorale, e si ritiene determinata da una alterazione vascolare che determina la sofferenza o la "morte" di un nucleo di accrescimento situato appunto nella testa femorale.

Una maturazione scheletrica difettosa porta ad alterazioni strutturali da lievi a gravi della testa femorale, in parte visibili con la radiografia durante il periodo doloroso, in parte evolutive anche in assenza di dolore. Il ripristino della normalità radiologica è però generalmente ingannevole, perché il funzionamento dell'articolazione rimane per lo più imperfetto.

Tornerà infatti a dolere dopo un certo numero di anni quando ormai i danni articolari saranno avanzati, le cure di efficacia temporanea e l'intervento di artro-protesi si profilerà alla lunga come inevitabile.

Meno Male

L'apparente normalità della testa femorale è in effetti solo "apparente". L'attrito interno articolare è aumentato. Le alterazioni morfologiche si sviluppano progressivamente ed il carico non fa altro che accentuarle.

S., apparentemente guarito in pochi mesi, era in sostanza rimasto portatore di una condizione pre-artrosica, perdurando nell'articolazione uno stato di imperfezione meccanica e biologica destinato a sfociare poi nella coxartrosi precoce.

Infatti S. ha 47 anni, un'età ancora giovane per l'artrosi dell'anca, che colpisce le persone oltre i cinquantacinque anni di età.

La radiografia eseguita in questa fase della vita di S., dimostrerà una deformità della testa femorale con diminuzione della rima articolare. La testa femorale può apparire ingrandita e testimoniare la malattia giovanile ormai dimenticata.

Anche molte altre alterazioni scheletriche giovanili, diverse a seconda dell'età e della maturazione ossea, lasciano reliquati che predispongono all'artrosi precoce. L'evoluzione può venire ancora accelerata da attività sportiva e lavorativa incongrua.

Conosciamo l'efficacia delle misure di risparmio articolare, ma poco o nulla dell'effetto lontano di eventuali cure mediche praticate nel periodo giovanile.

Sorvegliare bene i giovani in età scolare può contrastare almeno in parte il danno artrosico dell'età matura.

10. Artrosi oggi: le cose vanno meglio di ieri

Man mano che si veniva svelando la vera natura dell'artrosi, il suo carattere di malattia ben definita e delimitata nettamente dalle altre patologie reumatiche, questa malattia appariva responsabile in misura sempre crescente delle difficoltà motorie della popolazione anziana.

Appariva sempre più manifesto un incisivo problema di rilevanza sociale, per l'ordine di grandezza della perdita globale della capacità lavorativa indotta dall'artrosi, che viene a gravare sulle organizzazioni sanitarie e assistenziali dello Stato.

Mentre si procede con competenze e con mezzi diversi alla piena valutazione della portata economica di questo problema, vale la pena di fermarsi un momento e di voltarsi indietro per rendersi conto che il problema della malattia artrosica è sempre esistito ma era stato semplicemente ignorato.

La persona con artrosi d'anca o di ginocchio, che vedeva ridursi progressivamente la sua capacità di movimento era portata fatalmente ad incolpare il trascorrere del tempo per spiegare la diminuzione della propria funzionalità articolare.

La fortuna del bastone da passeggio, come completamento dell'abbigliamento in epoche passate, quale indimenticato comprimario di scene teatrali, operistiche, di capitoli di romanzo ed altre situazioni, ha anche eccellenti motivazioni pratiche come la fornitura di un valido sostegno.

Del pari le nodosità artrosiche delle mani erano interpretate, in mancanza di più precisa conoscenza, come conseguenza dell'invecchiamento, destinata a procurare più fastidio che male e che non ci si sognava di contrastare con alcun mezzo – non più di quanto ci si sognasse di ostacolare il trascorrere del tempo.

Meno Male

Stabilito ad un certo punto che di vera malattia si trattava, la medicina la pose fra i tanti problemi da risolvere, dando luogo ad una serie innumerevole di ricerche biologiche e cliniche, attivando i laboratori, elaborando modelli sperimentali, studiando il comportamento delle cellule e dei fattori di crescita nelle colture ed infine, identificando una competenza particolare ed una appartenenza ad un circolo ristretto dei ricercatori che studiano specificamente l'artrosi.

Nacque così la Società Internazionale di Ricerca sull'Osteoartrosi (OARSI) che raccoglie tutti coloro (e non sono moltissimi) che si occupano di studiare e ricercare sempre nuove cure su questa patologia.

Malgrado questi sforzi manca sempre però, una medicina in grado di risolvere definitivamente il problema dell'artrosi.

Tuttavia, la vita del paziente artrosico oggi, è estremamente migliore rispetto al passato.

Farmaci condroprotettivi, analgesici, antiflogistici, infiltrazioni locali, tecniche chinesiolgiche progredite opportunamente impiegati, permettono attualmente al paziente artrosico di trascorrere la sua più o meno operosa giornata in condizioni di migliore efficienza e di minor dolore.

Tuttavia dopo lunghi anni, trascorsi in condizioni abbastanza buone la malattia può, in alcuni casi, progredire in maniera tale da produrre dolore e difficoltà di movimento in misura tale da condizionare negativamente la vita di chi ne è affetto.

Rarissimamente la situazione precipita in breve tempo, rendendo necessario un consulto chirurgico per un eventuale intervento nel breve termine.

Tuttavia, non raramente, il paziente molto sofferente per una artrosi d'anca o di ginocchia è conscio che non esiste un trattamento medico

Meno Male

risolutivo, manifesta qualche esitazione nel decidere di andare a farsi visitare dal medico in questa fase, perché teme appunto la proposta di un intervento di protesi.

Ancora oggi infatti la parola “protesi” ingenera in molti l’idea di una cosa estranea al proprio corpo che la mente, ancor prima del corpo, “rigetta”.

Molte volte, in realtà, di questa protesi il paziente non ne avrà assoluto bisogno. Ma quand’anche ciò fosse, una conoscenza almeno elementare del problema potrà piuttosto rassicurarlo che preoccuparlo.

Nella storia della chirurgia dell’artrosi per prime vennero le protesi dell’anca, poi quelle del ginocchio. Interventi difficili dapprima, gravati da una serie di risultati non soddisfacenti a breve e a lungo termine, sono venuti via via perfezionandosi fino all’odierna grande affidabilità.

Cementate e non cementate, di materiale sempre più perfezionato e capace di integrarsi con il tessuto osseo, queste protesi hanno riportato ad una normale vita di relazione migliaia di persone per le quali il medico cinquant’anni fa avrebbe potuto ripetere la brutale proposta di un reumatologo francese: *une canne, puis deux cannes, puis une chaise pour attendre la mort.*

Oggi la gente cammina più o meno speditamente con le sue protesi, dimentica di chi sia l’ideatore del procedimento protesico o anche solo l’inventore dei biomateriali progrediti che hanno allungato la durata delle protesi. Cammina; e sollevata quasi completamente dal suo dolore, testimonia di quanto la medicina e la chirurgia possono fare anche quando non si è arrivati ad una conoscenza precisa della malattia.

Una specifica rieducazione postoperatoria ha dato a queste persone un assetto statico e dinamico adeguato alla nuova condizione.

Meno Male

Il paziente ha lasciato alle sue spalle le possibilità di complicanze perioperatorie a cui avrebbe potuto andare incontro: tromboflebite, infezione, embolia.....

Resta il rischio di mobilizzazione (scollamento) della protesi. Questa è annunciata dal dolore, accertata dalle tecniche d'immagine.

Dolore e sconforto. Ma il chirurgo ortopedico è spesso in grado di reintervenire. Revisione della protesi, è il termine tecnico. La maggior parte delle volte l'esito è soddisfacente.

Soprattutto per la protesi d'anca, parecchio tempo è passato da quando, ormai più di 30 anni fa, si è eseguito il primo intervento di protesi.

Molti di quei primi pazienti sono ancora oggi vivi, attivi e vitali e molti di loro hanno già eseguito un secondo intervento di protesi d'anca.

I materiali protesici si sono via via perfezionati e, nell'ambito della Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia (SIOT) si è costituito il gruppo italiano di riprotesizzazione (GIR).

Questo fa capire quale grado di perfezionamento abbia raggiunto questa tecnica chirurgica.

Tuttavia non è detto che il paziente affetto da artrosi di anca o di ginocchia debba necessariamente sottoporsi ad un intervento chirurgico. Moltissimi se la cavano soddisfacentemente con terapie mediche, riabilitative e con qualche accorgimento che vale a rendere più facile la vita quotidiana.

Questo non riguarda solo le artrosi modeste, ma anche coloro che hanno artrosi radiologicamente progredite.

Meno Male

Fra costoro si trovano soggetti con dolore relativamente scarso e funzione articolare sorprendentemente conservata.

È il dolore che spinge il paziente all'atto chirurgico. Se questo dolore risulta dominabile con una terapia corretta, la questione va valutata con molta cautela.

Bisogna poi esaminare la possibilità che una particolare acuzie di dolore possa provenire da una causa che non ha a che fare direttamente con l'artrosi.

Anche radicoliti, infiammazioni dei tendini, delle borse e dei legamenti possono esacerbare un dolore nell'area dell'anca o del ginocchio.

È per questo che lo specialista reumatologo, dopo aver ascoltato il paziente, studiato le radiografie e gli altri esami deve sempre esaminare direttamente e compiutamente l'ammalato.

Opinioni generali sul problema possono sempre essere date in generale, ma il giudizio sul da farsi in un caso particolare è un'altra cosa.

È proprio questa capacità medico-specialistica di distinguere in senso diagnostico per poter meglio scegliere in senso terapeutico, che ha fatto sì che per il paziente artrosico oggi le cose vadano meglio di ieri.

11. *Mai paura!*

Quante persone in questo preciso momento stanno pensando ai giorni a venire con apprensione e paura?

Certamente molte. La malattia modifica subdolamente il rapporto con la quotidianità, rendendo difficili cose banali, obbligando a ricorrere all'aiuto di altri, riproponendo costantemente il dolore come proprio personale problema.

Questo è particolarmente vero per una malattia articolare, dove il paziente, limitato nei movimenti, avverte in maggior misura l'incapacità di svolgere adeguatamente i propri compiti.

Perché bisogna dire che la vita quotidiana è strutturata come aspettative e risposte, attese e riscontri, difficoltà e dimostrazione di essere capaci di superarle.

Alcune di queste sono imposte dalla vita familiare o lavorativa o sociale, altre originano dallo spirito proprio della persona e trovano le loro radici nelle esperienze emotive, culturali e professionali che formano il bagaglio individuale.

Un vecchio detto cita “ di quel che non so, pensiero non mi do”. Ma è proprio vero?

Non è forse vero che invece è proprio quello che non conosciamo che ci fa paura?

La conoscenza della malattia può offrire spunti di riflessione positiva. Può infatti farci capire che non necessariamente un dolore fisico porta ad una incapacità funzionale. Può, a volte, far capire che il dolore anche forte e persistente, può attenuarsi o regredire fino a scomparire completamente.

Meno Male

Un esempio tipico è la periartrite di spalla. Il paziente ha male, molto male, non riesce a dormire di notte. Se la spalla dolente è la sinistra può essere indotto a temere un problema cardiaco.

È un paziente che arriva in pronto soccorso alle prime luci dell'alba – quando dolori e timori opprimono maggiormente il corpo e lo spirito – con il terrore negli occhi.

Quando il medico lo rassicura che non ha altro che una banale infiammazione di uno dei tendini della spalla, il dolore sembra diminuire improvvisamente ed il paziente ritorna tranquillo a casa con il suo dolore alla spalla ma sicuro che poi tutto passerà.

Molte volte il dolore è accompagnato da visibili modificazioni articolari come capita alle articolazioni delle dita delle mani.

La donna, perché di solito è il sesso femminile ad essere colpito, inizia ad avere dolore alle dita delle mani e, in pochi mesi, vede le sue dita trasformate da sottili e aggraziate a tozze e nodose.

Per lo più è una donna ancora giovane che si vede costretta a togliere gli anelli perché le dita ingrossate non ne permettono più l'utilizzo.

L'associazione del dolore con la tumefazione articolare genera un timore che spesso si trasforma in vera e propria paura. È il disagio dato in parte dalla percezione della trasformazione negativa di una parte del corpo.

La persona colpita ha paura di stringere le mani agli altri sia perché questo gesto le crea dolore, sia perché si vergogna della sua “nuova” condizione. Nella sua mente si forma l'immagine di una donna con le mani “deformi” che “non possono più fare niente”.

Rivede le dita delle mani della nonna grosse e nodose, quelle mani che tanto l'avevano impressionata da piccola.

Anche lei diventerà così?

Meno Male

Il catalogo delle immagini negative comprende in sequenza più o meno accelerata, come in un film girato troppo in fretta, le varie forme di disabilità e di perdita dell'autosufficienza che portano all'abbandono e all'isolamento, alla lentezza esasperante delle giornate improduttive trascorse nel ricordo di quelle laboriose, fino alla perdita della propria identità in un "ospizio" lontano, in una dimensione dove il tempo non trascorre.

Tutto questo contiene la sensazione di essere incamminati verso la perdita di tutte quelle attività, relazioni affettive, impegni di lavoro, interessi che danno senso alla persona e alla vita.

Mai paura. È possibile modificare questa sensazione di "viaggio verso il peggio", sfrondandola dei peggioramenti aggiuntivi che la nostra apprensione le attribuisce.

La riflessione che i mutamenti della persona rappresentano il vero percorso della vita affiora difficilmente di fronte alla malattia. Eppure è una realtà fondamentale, alla quale abbiamo condizionato il nostro comportamento per lunghi anni.

Il passato appare prevalentemente come una dimensione in cui molte cose erano accessibili, molte realizzazioni erano fattibili, in contrapposizione alle difficoltà di adesso.

Eppure molti cambiamenti nel tempo sono sopravvenuti nelle capacità della persona senza che questa ne risentisse negativamente.

Le risorse che hanno consentito di superarli sono tutt'ora vive e operanti. Occorre farvi ricorso.

Voler porre un confronto con l'efficienza fisica di venti anni prima è penalizzante: un primo piccolo passo è quello di misurarsi con il metro delle possibilità attuali e di trarre soddisfazione dalle attività che si possono svolgere.

Meno Male

Per lo più non si ha male dappertutto. L'artrosi colpisce solo uno o pochi distretti articolari.

In fondo, in fondo poi ci si accorge che una buona parte della funzione articolare è accettabilmente conservata, che molte articolazioni sono indenni, che molte attività sono possibili.

Articolazioni gravemente compromesse possono essere rimesse in condizione di funzionare dalla chirurgia protesica.

La quotidiana revisione delle funzioni articolari e l'esercizio adatto a ciascun caso forniscono un supporto preciso all'attività in progetto o desiderata.

Un grande vantaggio per tutti è stato ottenuto dalla evidenza che il mantenimento di una funzione motoria consapevole garantisce una migliore efficienza dell'apparato locomotore anche in età avanzata.

Questo dà sicurezza, rimuove i timori di rapidi peggioramenti e consente di armonizzare con l'età le varie attività della persona.

L'aforisma "chi si ferma è perduto" ha senso non nell'accezione dell'utilità di un movimento strenuo o continuo (che a volte si vede praticare) ma nella conservazione dello schema motorio e di una efficienza accettabile dell'apparato di movimento.

Non si può, non si deve dimenticare come ci si muove; ogni idea di movimento dimenticata è una perdita, ogni idea mantenuta una risorsa.

Quando possiamo definire i limiti della nostra sfera di azione e delle nostre capacità motorie facciamo automaticamente una verifica di quello che sappiamo e possiamo fare.

Meno Male

Imparare combinazioni di movimenti nuovi, anche banali quanto a finalità, è un arricchimento continuo, perdurante possibilmente fino alla fine della vita.

Così l'artrosi non deve limitare la persona anche nella volitività e nei progetti. Si potrebbe pensare che possa indurre a volte progetti nuovi. In questo atteggiamento è racchiusa l'attenzione rivolta a obiettivi raggiungibili, che lascia poco campo al timore e alla figurazione di situazioni sgradevoli.

Si deve andare sempre avanti, cercando di ottenere dalla macchina meravigliosa del nostro corpo il compenso per qualche funzione perduta.