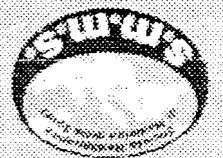


La terapia farmacologica nella spalla dolorosa

BIBLIOGRAFIA

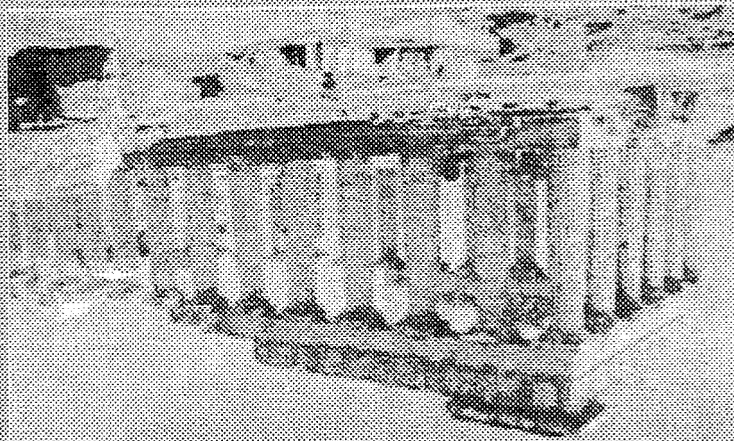
1. COX2-inibitori: le conclusioni dell'EMEA. *Boll. Informazione Farmaci* 2004; 11: 9-10.
2. Emkey R, Rosenthal N, Wu SC, Jordan D, Kamin M. Efficacy and safety of tramadol/acetaminophen tablets (Ultracet) as add-on therapy for osteoarthritis pain in subjects receiving a COX-2 nonsteroidal anti-inflammatory drug: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Rheumatol* 2004; 31: 150-6.
3. Gallerani M, Simonato M, Manfredini R, Volpato S, Vigna GB, Fellin R, for the Investigators of the GIFA Study (Gruppo Italiano di Farmacovigilanza nell'Anziano). *J Clin Epidemiol* 2004; 57: 103-10.
4. Ganry H, Pruvot F, Vesque D, Schmidely N. Pathologies rhumatismales chroniques. Tolérances hépatique et rénale du paracétamol: 3g ou 4 g par jour? *Presse Med* 2001; 30: 724-30.
5. Henry D, McGettigan P. Epidemiology overview of gastrointestinal and renal toxicity of NSAIDs. *Int J Clin Pract Suppl* 2003; 145: 43-9.
6. Lanas A, Serrano P, Bajador E, Fuentes J, Sainz R. Risk of upper gastrointestinal bleeding associated with non-aspirin cardiovascular drugs, analgesics and non steroidal antiinflammatory drugs. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2003; 15: 173-8.
7. Pincus T, Koch G, Lei H, Mangal B, Sokka T, Moskowitz R, et al. Patient preference for placebo, acetaminophen or celecoxib efficacy studies (PACFS): two randomised placebo-controlled cross-over clinical trials in patients with osteoarthritis of the knee or hip. *Ann Rheum Dis* 2004; in press.
8. Rahme E, Pettitt D, LeLorier J. Determinant and sequelae associated with utilization of acetaminophen versus traditional nonsteroidal antiinflammatory drugs in an elderly population. *Arthritis Rheum* 2002; 46:3046-54.
9. Rostom A, Dube C, Wells G, Tugwell P, Welch V, Jolicoeur E, McGowan J. Prevention of NSAID-induced gastroduodenal ulcers. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; CD002296.
10. Silverstein JC, Kamin M, Wu S-C, Rosenthal N, for the CAPSS-105 study group. Tramadol/acetaminophen combination tablets for the treatment of osteoarthritis flare pain: a multicenter, outpatient, randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel group, add on study. *Clin Ther* 2002; 24: 282-97.
11. Wolfe F, Zhao S, Lane N. Preference for non-steroidal anti-inflammatory drugs over acetaminophen by rheumatic disease patients. *Arthritis Rheum* 2000; 43: 378-85.
12. Woolf AD, Zeidler H, Haglund U, Carr AJ, Chaussade S, Cucinotta D, et al. Musculoskeletal pain in Europe: its impact and a comparison of population and medical perceptions of treatment in eight European countries. *Ann Rheum Dis* 2004; 63: 342-7.

SOCIETÀ MEDITERRANEA
DI MEDICINA DELLO SPORT

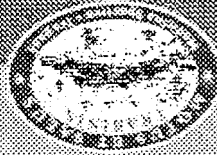


FRANCESCO PAOLO SIELI

Attualità Cliniche in Medicina dello Sport



6-7 OTTOBRE 2007





LA TERAPIA FARMACOLOGICA NELLA SPALLA DOLOROSA

*A. Sanfilippo, *G. Letizia, *V. Maltese,
*P. Cataldo, *G. Barbera, *L. Lauricella*

*Università degli Studi di Palermo
Clinica Ortopedica e Traumatologica
Direttore: Prof. Michele D'Arienzo
*Cattedra di Medicina Fisica e Riabilitativa
Direttore: Prof. Giulia Letizia Mauro*

Il problema della spalla dolorosa è senz'altro di cospicue dimensioni: ciò perché tale patologia può compromettere in maniera incisiva il grado di funzionalità articolare comportando invalidità. Da ciò ne possono derivare un peggioramento della qualità di vita e rilevati costi economici.

Il termine "spalla dolorosa" nella sua accezione risulta in effetti poco specifico, potendo di fatto essere esito di lesioni svariate in grado di determinarla. A tale proposito un criterio classificativo di ordine generale consente di distinguere, da un punto di vista prettamente eziologico:

- spalle dolorose di origine infiammatoria;
- spalle dolorose di origine degenerative;
- spalle dolorose di altra natura.

In base alla localizzazione delle patologie di base sono inoltre distinguibili:

- spalle dolorose da alterazioni a livello extrarticolari (conseguenti a patologia coinvolgenti strutture quali i tendini, le borse, le guaine tendinee, la cuffia dei rotatori, etc.);
- spalle dolorose da alterazioni articolari (per processi artritici a carattere flogistico-degenerativo, specifico, dismetabolico o traumatico).

Qualunque sia la genesi di una spalla dolorosa è comunque importante definirne la terapia farmacologica, vuoi come trattamento elettivo definitivo, vuoi come adiuvante di altri trattamenti (chirurgici, fisioterapici, etc.).

Tale terapia è basata sull'impiego di farmaci diversi che possono rientrare nelle seguenti tre classi:

- farmaci analgesici e antinfiammatori;

A. Sanfilippo, G. Letizia, V. Maltese, P. Cataldo, G. Barbera, L. Lauricella

- farmaci miorilassanti;
- farmaci condroprotettori.

I primi di questi, i farmaci antidolorifici e antinfiammatori, hanno la prospettiva di agire a vario livello, secondo le loro peculiari caratteristiche, sulla cascata reattiva infiammatoria generata da un qualsiasi agente lesivo.

È da tenere presente come nella spalla dolorosa le manifestazioni flogistiche siano responsabili non solo della sintomatologia dolorosa in senso stretto ma anche, protraendosi nel tempo, di un danno strutturale. Da qui ne deriva l'importanza che questa categoria di farmaci riveste a tutt'oggi non solo nel fronteggiare il dolore ma anche nella prevenzione di ulteriori lesioni organiche.

In sintesi, pertanto, il target del trattamento farmacologico nelle spalle dolorose consiste nel:

- combattere il dolore;
- migliorare le prestazioni funzionali;
- far cessare o ridurre l'intensità e la durata degli episodi flogistici, prevenendo danni ulteriori.

La terapia antinfiammatoria farmacologica svolge attività antinfiammatorie, analgesiche e antipiretica in misura dipendente dal tipo di farmaco e quindi dalla sua variabilità per struttura chimica, criteri farmacocinetici ed efficacia clinica.

Nell'ampio panorama di FANS con i loro diversi meccanismi d'azione un ruolo oggi fondamentale assumono i cosiddetti FANS di recente generazione appartenenti alle famiglie dei coxib, sia per capacità di risposta terapeutica sia per caratteristiche di tollerabilità.

In ogni caso, i criteri guida per la scelta e l'impiego di un FANS nella spalla dolorosa devono basarsi su alcuni parametri quali:

- una diagnosi corretta;
- lo stadio della malattia;
- l'età del paziente;
- le sue condizioni gastriche, renali, epatiche.

Inoltre, per quanto concerne le caratteristiche del farmaco, dovrà essere valutato l'obiettivo analgesico o antinfiammatorio, la posologia necessaria, la via e l'orario di somministrazione, la durata del trattamento, la sua efficacia e tollerabilità, l'interazione con altri farmaci, la sua compliance e il suo costo.

L'opportuna scelta del farmaco, infine, risente dell'esperienza individuale del medico e del continuo aggiornamento scientifico tramite studi

La terapia farmacologica nella spalla dolorosa

controllati a lungo termine.

Ciò non toglie che le problematiche insite nella somministrazione di un farmaco antinfiammatorio sono notevoli non ultima una prescrizione frettolosa e superficiale da parte del medico e un frequente ricorso alla autosomministrazione da parte del paziente, il tutto reso ancora più difficile da studi come quello di Walker J.S. sul trattamento con i FANS tradizionali che porta alla conclusione che solo circa il 50% di essi fornisce un reale miglioramento del sintomo dolore e la motilità aumenta solo in circa il 60% dei pazienti.

Ciò ha portato l'industria farmaceutica a produrre uno sforzo nella ricerca e alla immissione nel mercato di nuovi farmaci innovativi per farmacologia clinica e proprietà farmacocinetiche quali i coxib.

Nel trattamento della spalla dolorosa insieme agli antiflogistici un ruolo fondamentale giocano anche i miorilassanti: la loro funzione è quella di interrompere il ciclo vizioso instaurantesi in questa patologia fra il dolore e lo spasmo muscolare.

Infine, il trattamento di una spalla dolorosa può richiedere un trattamento con farmaci condroprotettori, sostanze capaci di intervenire a livello dei processi metabolici cartilaginei attraverso una possibile quadruplice azione:

- 1 - conservando le condizioni di vitalità dei condrociti;
- 2 - inibendo i processi degenerativi cartilaginei;
- 3 - mantenendo inalterate le caratteristiche del liquido sinoviale;
- 4 - stimolando la sintesi dei proteoglicani e del collagene.

Fra questi farmaci si annovera l'acido ialuronico nelle sue due composizioni a basso peso molecolare (500-730 KDa) e ad alto peso molecolare (? 1500 KDa), impiegato per via infiltrativa locale.

L'acido ialuronico (HA) penetra all'interno dei condrociti (recettori CD44) stimolando l'attività anabolica di nuova matrice cartilaginea, induce la sintesi di nuove molecole di HA ad alto peso molecolare ad ha effetti antiflogistici e analgesici. Queste sue proprietà, specifiche per la sua composizione a basso peso molecolare, promuovono viscoinduzione con miglioramento dell'omeostasi e delle integrità tissutale con benefici a lungo termine.

L'HA ad alto peso molecolare è responsabile invece dei fenomeni di viscosupplementazione, cioè dell'aumento del quantitativo di liquido sinoviale con conseguente migliore lubrificazione dell'articolazione e riduzione o scomparsa del dolore, almeno fino al suo fisiologico riassor-

A. Sanfilippo, G. Letizia, V. Maltese, P. Cataldo, G. Barbera, L. Lauricella

bimento.

Pertanto, in conseguenza del differente meccanismo d'azione, l' HA a basso peso molecolare trova impiego negli stati da lievi e moderati delle malattie articolari con danno cartilagineo assente o minimo, l' HA ad alto peso molecolare negli stati più gravi della malattia articolare con danno cartilagineo avanzato, ovvero nei pazienti candidati al trattamento chirurgico o nei pazienti in fase di recupero funzionale.

L'HA, recentemente posto sotto esame in uno studio internazionale definito HUPS (Hyalgan Use in Painful Shulder) ha mostrato le sue capacità di ristabilire le caratteristiche viscoelastiche del liquido sinoviale e di ripristinare l'omeostasi della articolazione; di migliorare la funzione articolare determinando una significativa riduzione della sintomatologia dolorosa; di proteggere le matrici intercellulari e garantire la conservazione del trofismo cellulare degli strati articolari più superficiali.

Da quanto suesposto si evince pertanto che nella spalla dolorosa la terapia farmacologica mantiene oggi una posizione di rilevante importanza, strettamente dipendente dalle diverse cause responsabili delle sindromi della spalla dolorosa, ma che nelle maggior parte di esse può certamente essere risolutiva permettendo così di riacquisire una soddisfacente qualità di vita e nella restante minima quota assicurando comunque una significativa riduzione della sintomatologia dolorosa con minore ricorso a terapie più invasive.