

Osteoartrosi avanzata di ginocchio: fisioterapia come alternativa alla protesizzazione?

ADVANCED OSTEOARTHRITIS OF THE KNEE: PHYSIOTHERAPY AS AN ALTERNATIVE TO PROSTHESES?

Alessandro Petrelli

Fisioterapista, Bolzano

CASE REPORT

Riassunto

L'osteoartrosi sintomatica di ginocchio è una delle più diffuse forme di artrosi nella popolazione adulta: rappresenta una delle principali cause di disabilità, oltre che un notevole carico sulle risorse sanitarie. Nonostante nelle prime fasi venga preso in considerazione il trattamento conservativo, nelle fasi avanzate si opta spesso per l'intervento di artroprotesi: nella scelta del tipo di trattamento è di fondamentale importanza considerare anche le richieste funzionali del paziente e la sua centralità assoluta nel programma di cura, come dimostrato dal caso clinico analizzato.

Abstract

Symptomatic knee osteoarthritis is one of the most common forms of arthrosis in adults: it represents one of the main causes of disability, as well as a considerable burden on healthcare resources. Although in the early stages conservative treatment is the usual option proposed, in the advanced stages arthroplasty is often opted for. When choosing the type of treatment it is of fundamental importance to consider the functional requirements of the patient and his/her absolute centrality in the treatment programme, as demonstrated by the clinical case analysed here.

Parole chiave

Osteoartrosi
Ginocchio
Fisioterapia
Trattamento conservativo
Artroprotesi

Keywords

Osteoarthritis
Knee
Physiotherapy
Conservative management
Arthroprothesis

L'osteoartrosi (OA) sintomatica di ginocchio è una delle forme più diffuse di artrosi nella popolazione adulta. Presente in circa il 20-30% dei soggetti con età superiore ai 45 anni¹ e con una prevalenza in continuo aumento in tutto il mondo, rappresenta oramai una delle principali cause di disabilità, oltre che un notevole carico sulle ri-

risorse sanitarie². Ciò non ha fatto altro che incrementare l'interesse nei confronti di questa condizione, tanto che negli ultimi anni si è assistito a un passaggio da un semplice modello che inquadrava l'artrosi come "usura della cartilagine" fino a un processo più complesso caratterizzato da dolore, infiammazione e rigidità articolare con

un interessamento della cartilagine, dell'osso sottostante e dei tessuti molli³.

Tra i sintomi e i segni principali dell'OA ci sono **dolore, crepitio e riduzione del range of motion (ROM) del ginocchio**. Nei casi più gravi, si assiste invece a una limitazione di attività fondamentali come camminare, fare le scale, accovacciarsi e alzarsi in piedi.

Nonostante nelle prime fasi venga preso in considerazione il **trattamento conservativo**, che dovrebbe prevedere l'educazione del paziente, esercizi autogestiti per almeno 3 mesi e perdita di peso (se necessario), nelle fasi avanzate si opta spesso per l'**intervento di artroprotesi**, con il quale vengono sostituite artificialmente le superfici articolari del ginocchio. I dati di oggi ci informano che **circa il 50% dei pazienti affetti da OA non riceve le terapie adeguate** e supportate dalla letteratura scientifica⁴.



CASO CLINICO

Signora LG, pensionata, 78 anni. La paziente lamenta da circa 3-4 anni un dolore diffuso alle ginocchia, presente soprattutto ai primi passi, che è peggiorato notevolmente nell'ultimo periodo fino a limitarla nelle attività quotidiane (*activity daily living*, ADL) come alzarsi da una sedia e camminare per più di dieci minuti. Si è rivolta a più medici ortopedici, i quali sono stati tutti d'accordo con il procedere con un intervento di artroprotesi di ginocchio. Si presenta nel nostro studio di fisioterapia perché **vorrebbe evitare a tutti i costi l'intervento** o quantomeno ritardarlo il più possibile.

ANAMNESI

La paziente deambula autonomamente e senza utilizzo di ausili. Lamenta un dolore a entrambe le ginocchia, localizzato maggiormente in zona mediale e più accentuato al ginocchio sinistro (*Numeric Rating Scale*, NRS: 8/10), del quale riferisce un gonfiore occasionale che compare circa 4-5 volte all'anno. Il dolore insorge solitamente all'inizio dell'attività, si attenua lievemente dopo i primi passi e poi peggiora nuovamente, fino a obbligarla a sedersi dopo appena dieci minuti di cammino. I sintomi tendono a migliorare con il riposo. Negli ultimi mesi, la paziente si è rivolta a più medici, con i quali ha intrapreso terapie farmacologiche senza grandi benefici. Gli esami strumentali eseguiti (RX) hanno evidenzia-

to un'artrosi avanzata di entrambe le ginocchia (grado 3-4 *Kellgren-Lawrence Grading System*⁵). Gli specialisti le hanno infine raccomandato un intervento di artroprotesi di ginocchio, al quale la paziente non ha voluto sottoporsi.

ESAME FUNZIONALE

All'ispezione statica, la paziente presenta un *flexum* e un varismo bilaterale delle ginocchia. Non riesce a raggiungere la massima estensione del ginocchio in carico e le risulta impossibile salire un gradino se non con la possibilità di sorreggersi e aiutarsi con le braccia. Non si notano gonfiore o rossore, ma è presente un ipototonotrofismo generalizzato a entrambi gli arti inferiori.

Alla palpazione, le ginocchia risultano asciutte e al termotatto non si riscontra calore. Nei movimenti attivi (*aROM*, *active range of motion*), il ginocchio destro raggiunge una flessione di circa 100° ed è limitato nell'estensione di circa 5°; il ginocchio sinistro presenta invece una flessione di circa 90-95° e una limitazione dell'estensione di 5-10°. Nella valutazione del *pROM* (*passive range of motion*) si nota un leggero incremento della flessione, ma risulta sempre limitata l'estensione, nella quale si riscontra un *end feel* duro-elastico, segno di rigidità articolare. Entrambe le articolazioni sono molto stabili nello stress in varo-valgo. Nei test isometrici si assiste a una difficoltà del massimo reclutamento dei muscoli quadricipiti (*Medical Research Council scale*, MRC: 4/5).

PROFILO PROGNOSTICO DI SALUTE

In un caso come quello appena descritto, considerando la riduzione del ROM (soprattutto quello in estensione) e lo scarso reclutamento del muscolo quadricipite, oltre che l'ipototonotrofismo generalizzato della muscolatura di anca e ginocchio bilateralmente, dopo aver informato la paziente sul suo problema, sulle possibilità di recupero e sul fatto che il suo dolore alle ginocchia non sia dato esclusivamente da danni strutturali, ma anche da fattori sociali, psicologici e dello stile di vita⁶, il trattamento è stato indirizzato verso un **programma graduale di esercizi di almeno tre mesi**⁴, mirato soprattutto al rinforzo dei muscoli quadricipite e postero-laterali dell'anca⁷. Durante le sedute (circa due-tre a settimana inizialmente, poi ridotte a due nelle ultime settimane⁸) ci si è concentrati, oltre che sul rinforzo muscolare, anche su **tecniche di terapia manuale volte a**

migliorare l'estensione delle ginocchia, un fattore che risulta di fondamentale importanza per la funzionalità dell'articolazione⁹ e per il reclutamento del muscolo quadricipite. Alla paziente è stato assegnato un **programma domiciliare di rinforzo** che prevedeva circa tre esercizi al giorno, i quali sono stati periodicamente sostituiti con il fine di incrementare la difficoltà e il carico. Si è iniziato con esercizi a bassa intensità, come l'isometria, la *leg extension* (inizialmente senza carico, poi con carico crescente) e il *bridge*, fino ad arrivare a esercizi di intensità maggiore come il *monster walk* con resistenza elastica alle gambe e lo *step-up* utilizzando un gradino di normale altezza (16-20 cm). Nella seconda metà del ciclo di sedute, un po' di tempo è stato dedicato alla **correzione dello schema del passo** e agli **esercizi di propriocezione**. Anche a ciclo terminato, alla paziente è stato consigliato di proseguire con il programma domiciliare, alternandolo possibilmente ad attività aerobiche come la camminata.

SOMMINISTRAZIONE DEL QUESTIONARIO WOMAC

Come misura di *outcome* è stato scelto di utilizzare il WOMAC¹⁰ (*Western Ontario and McMaster University Arthritis Index*), un affidabile e semplice questionario autosomministrato per la valutazione dei pazienti affetti da OA di anca o ginocchio.

È stato chiesto alla paziente di compilare il questionario alla prima seduta e successivamente a due e a tre mesi dall'inizio del programma. Alla valutazione iniziale, il punteggio registrato è stato pari a 54 (10 per la sezione *dolore*, 5 per la sezione *rigidità*, 39 per la sezione delle *attività fisiche*).

RISULTATI

A tre mesi dall'inizio del programma, la paziente si è ritenuta molto soddisfatta del risultato ottenuto. Dato che vive sola (motivo per il quale non desidera essere sottoposta a intervento) e che non svolge alcuna attività fisica, se non quella necessaria per le ADL, ci ha riferito di non sentirsi più limitata nei compiti per i quali provava difficoltà, come andare a fare la spesa a piedi, fare le scale, alzarsi da una sedia o fare una passeggiata. Permangono un lieve dolore (NRS 3-4) e un senso di rigidità mattutino, che si alleviano dopo aver fatto gli esercizi (**autogestione del problema**) ed essersi messa in movimento per le faccende do-

WOMAC

Il questionario è strutturato su 24 domande che indagano tre differenti aree: **dolore, rigidità e difficoltà nella conduzione delle normali attività fisiche**. Per ogni sezione ci sono varie domande (cinque nella sezione dolore, due nella sezione rigidità, diciassette nella sezione delle attività fisiche), alle quali il paziente potrà rispondere segnando con una crocetta la casella che ritiene più affine al suo caso (5 caselle per ogni domanda).

Ogni casella corrisponde a un punteggio che va da 0 a 4 e la somma dei punteggi di ogni domanda porterà al risultato finale, che potrà essere sia suddiviso nelle tre sezioni sia utilizzato come punteggio totale delle 24 domande. Quest'ultimo potrà variare da 0 (ottima funzionalità) a 96 (condizione più severa).

mestiche. Riesce a camminare per più di 20 minuti, tempo sufficiente per consentirle di fare la spesa o una passeggiata vicino casa, senza dover ricorrere alle consuete e limitanti soste. Il ROM in flessione delle ginocchia ha raggiunto i 110-120°, per quanto riguarda l'estensione è ancora presente un lieve deficit di circa 2-3°. Le successive somministrazioni del questionario WOMAC (a due e a tre mesi dall'inizio del programma) hanno dato risultati simili tra loro, con un punteggio finale di 28 (5 per la sezione dolore, 3 per la sezione rigidità, 20 per la sezione delle attività fisiche). Nonostante permangano ancora lievi sintomi e la situazione non sia proprio ottimale, la condizione attuale della paziente rispetta le sue richieste funzionali.

CONCLUSIONI

Con i risultati di questo caso clinico non si vuole porre in discussione l'utilità dell'intervento di artroprotesi, fondamentale nei casi in cui il trattamento conservativo non dia risultati soddisfacenti: l'artroprotesi rappresenta una scelta assolutamente indubitabile e in grado di ridurre notevolmente la disabilità e i sintomi dei pazienti affetti da OA di ginocchio.

Tuttavia, è importante **tenere in considerazione le richieste funzionali del paziente e la sua centralità assoluta nel programma di cura** e considerare l'utilità di un programma fisioterapico.



BIBLIOGRAFIA

1. FLESON DT, NAIMARK A, ANDERSON J, ET AL. The prevalence of knee osteoarthritis in the elderly. The Framingham Osteoarthritis Study. *Arthritis Rheum.* 1987;30(8):914-8.
2. EL-TAWIL, ARENDT E, PARKER D. Position Statement: the epidemiology, pathogenesis and risk factors of osteoarthritis of the knee. *JISAKOS.* 2016;1:219-28.
3. ALTMAN RD. The classification of osteoarthritis. *J Rheumatol Suppl.* 1995;43:42-3.
4. JÖNSSON T, EEK F, DELL'ISOLA A, DAHLBERG LE, EKVAL HANSSON E. The better management of patients with osteoarthritis program: outcomes after evidence-based education and exercise delivered nationwide in Sweden. *PLoS One journal* 2019;14(9).
5. SCHIPHOF D, DE KLERK BM KOES BW, ET AL. Good reliability, questionable validity of 25 different classification criteria of knee osteoarthritis: a systematic appraisal. *J Clin Epidemiol.* 2008;61:1205-15.
6. CANEIRO JP, O'SULLIVAN PB, ET AL. Three steps to changing the narrative about knee osteoarthritis care: a call to action. *Br J Sports Med* 2020;54(5):256-8.
7. NEELAPALA YVR, BHAGAT M, SHAH P. Hip muscle strengthening for knee osteoarthritis: a systematic review of literature. *J Geriatr Phys Ther.* 2020;43(2):89-98.
8. TURNER MN, JERNANDEZ DO, CADE W, ET AL. The role of resistance training dosing on pain and physical function in individuals with knee osteoarthritis: a systematic review. *Sports Health* 2020;12(2):200-6.
9. BENNER RW, SHELBOURNE KD, BAUMAN SN, ET AL. Knee osteoarthritis: alternative range of motion treatment. *Orthop Clin North Am.* 2019;50(4):425-32.
10. BELLAMY N, BUCHANAN WW, GOLDSMITH CH, ET AL. Validation study of WOMAC: A health status instrument for measuring clinically important patient relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee. *J Rheumatol.* 1988;15(12):1833-40. ■

E.E

Scarica la APP di **edi.ermes**
Abbonati alla versione digitale
con contenuti extra