

LA CONDROITINA È EFFICACE NELL'ARTROSI?

Fonte: Praxis 2016; 105 (10): 587-588



Questa rubrica presenta i risultati di una revisione sistematica pubblicata dalla Cochrane Collaboration nella Cochrane Library (www.cochrane.org). Volutamente limitato a un campo di ricerca circoscritto, quest'articolo rispecchia lo stato attuale delle conoscenze in quest'ambito. Non si tratta dunque di raccomandazioni per orientare la presa a carico di una problematica clinica vista nella sua interezza (linee guida). Gli autori di questa revisione si basano sulla revisione sistematica e non mettono in questione le scelte degli articoli inclusi nella rivista.

Scenario

Uno sportivo sano di 50 anni si lamenta di un dolore al ginocchio destro di tipo intermittente e dipendente dal carico. Dieci anni fa il menisco mediale era stato parzialmente asportato in artroscopia. Tre anni orsono ha subito la rottura traumatica del legamento crociato anteriore (LCA). Il paziente ha un ginocchio "slanciato" e leggermente varo e un dolore alla pressione sopra lo spazio articolare mediale. La mobilità non è limitata. Sono presenti il segno del cassetto anteriore e una leggera instabilità mediale; i test del menisco sono negativi. I test di routine di laboratorio sono normali; non è presente una carenza di vitamina D. A causa del tipo di dolore dipendente dal carico e dei fattori di rischio di artrosi (deviazione assiale, incongruenza articolare per resezione parziale del menisco e instabilità dovuta alla rottura del LCA), diagnosticate una gonartrosi mediale iniziale senza segni di attivazione infiammatoria.

Quesito

Il paziente deve essere trattato con un glicosamminoglicano (es. solfato di condroitina) e con glucosammina per il dolore e come protezione contro l'ulteriore perdita di cartilagine? E se sì, per quanto tempo?

Contesto

L'artrosi è la patologia articolare più comune e una delle principali cause di disabilità. Sono comparsi quali trattamento dell'artrosi il solfato di condroitina, riconosciuto in Svizzera quale farmaco, così come la glucosammina sotto forma di integratore alimentare. Vecchie revisioni sistematiche sull'efficacia della condroitina hanno mostrato risultati contrastanti. In tali revisioni sono stati confrontati benefici e rischi della somministrazione orale della condroitina (sola o combinata ad un altro farmaco come la glucosammina) al placebo o ad altre terapie dell'artrosi (FANS, analgesici, glucosammina da sola, altri prodotti a base di erbe o altri farmaci somministrati per via orale).

Risultati

Sono stati identificati 43 studi randomizzati controllati, comprendenti complessivamente 9'910 pazienti. Di questi, 4'962 curati con condroitina con/senza glucosammina o FANS e 4'148 in gruppi di controllo. Gli studi avevano una durata tra un mese e tre anni. La maggior parte studiava l'efficacia della condroitina (il più delle volte ≥ 800 mg al giorno) nel confronto con placebo o un'altra terapia per l'artrosi del ginocchio e sporadicamente dell'anca o della mano. L'intensità del dolore è stata misurata con diverse scale, quali la scala del dolore Western Ontario and McMaster Osteoarthritis Index (WOMAC) o la scala analogica visiva (VAS); l'indice di Lequesne è stato utilizzato per rilevare la gravità della gonartrosi.

I pazienti con condroitina (vs placebo):

- negli studi della durata fino a sei mesi, presentavano uno score del dolore fino a 10.1 mm inferiore (IC 95%: 5,7 a 14,6) in una VAS da 0 a 100, ma con bassa qualità dell'evidence (otto studi; n=1'077). Negli studi con una durata superiore a sei mesi, la differenza nella scala del dolore era di 9.0 mm (IC 95%: 0 a 18) ma appena non statisticamente significativa;
- raggiungevano più frequentemente (528/1'000 vs 471/1'000) una riduzione del dolore al ginocchio del 20% in relazione all'alta qualità dell'evidence (due studi; n=1'253);
- avevano probabilmente meno dolore e una migliore funzione articolare (Lequesne-Index 1,98 punti inferiore su una scala 0-24; IC 95%: 1,17 a 2,79) in studi di durata inferiore ai sei mesi con moderata qualità dell'evidence (sette studi, n=903);
- mostravano una minore diminuzione, fino a 0.18 mm, dello spazio articolare (IC 95%: 0,06 a 0,30) in caso di elevata qualità dell'evidence (due studi; n=922);
- avevano minori effetti collaterali gravi (Peto odds ratio 0,40; IC 95%: 0,19 a 0,82) (sei studi, n=954). In generale la condroitina rispetto al placebo non ha portato alcuna significativa differenza nel numero di effetti collaterali o conseguenti interruzioni della terapia.

I pazienti che hanno assunto la condroitina da sola o in combinazione con la glucosammina o altri integratori alimentari:

- presentavano un punteggio del dolore fino a 9.6 mm inferiore (IC 95%: 5,2 a 14) su una VAS da 0 a 100, rispetto a pazienti trattati con placebo o con controllo attivo, con bassa qualità dell'evidence (17 studi, n=2'262);
- non presentavano alcuna differenza nella funzione articolare rispetto a pazienti trattati con placebo o con controllo attivo, con moderata qualità dell'evidence (5 studi, n=1'163);
- mostravano un migliore indice di Lequesne a confronto del placebo (indice di 2 punti più basso; IC 95%: 1 a 3), con moderata qualità dell'evidence (10 studi; n=1'756).

Limiti

- Gli studi erano molto eterogenei. Per es. erano impiegate diverse scale del dolore, ciò che ha reso difficile riassumere i risultati.
- Gli effetti collaterali erano considerati soltanto in alcuni studi.

- Il miglioramento dell'indice di Lequesne con condroitina è rimasto invariato solo se considerati studi con blinding adeguato e analisi "intention-to-treat" corretta. Il beneficio non era però chiaro negli studi con più di 200 partecipanti e in quelli senza finanziamento dell'industria rispettivamente adeguato occultamento del gruppo di assegnazione (allocation concealment).

Conclusioni degli autori

Questa revisione di studi randomizzati, per lo più di qualità moderata, mostra che in intervalli di tempo limitati la condroitina da sola o in combinazione con la glucosammina è migliore del placebo nell'alleviare il dolore e migliorare la funzione fisica dei pazienti con artrosi. I benefici sono da piccoli a medi per questi due obiettivi, ma sembra essere clinicamente significativo. La perdita di cartilagine è significativamente inferiore con la condroitina che con il placebo, e la condroitina ha mostrato minori effetti collaterali rispetto ai gruppi di controllo.

Una spiegazione della popolarità della condroitina in pazienti con artrosi potrebbe risiedere nella combinazione dell'efficacia (seppur limitata) con il basso rischio. Per esplorare meglio questo rapporto sono però necessari maggiori studi con buona metodologia.

Risposta al quesito clinico

Il rischio di progressione dell'artrosi è significativamente aumentato in caso di instabilità, deviazione assiale del ginocchio e stato dopo meniscectomia, e quindi una terapia antalgica a lungo termine e ben tollerata con effetto condroprotettivo è auspicata.

Le attuali linee guida delle società di specialità non considerano ancora questa revisione sistematica e si esprimono in modo contraddittorio in merito ai glicosaminoglicani. Alcune raccomandano l'uso analgesico del solfato di condroitina e glucosammina quale trattamento di prima linea, altre rifiutano totalmente l'uso di questi farmaci. Ai pazienti si potrebbe proporre una terapia per diversi mesi con ad esempio assunzione quotidiana di 800 mg di solfato di condroitina in combinazione a 1500 mg di solfato di glucosammina (dosaggio più frequente negli studi). Nel caso in cui dopo sei mesi non si ottenesse o non si consolidasse l'effetto analgesico, si dovrebbe interrompere questo tentativo terapeutico. Nel caso di buona risposta e buona tolleranza alla terapia, quest'ultima può essere proseguita anche con l'obiettivo di preservare la struttura cartilaginea. Gli studi con obiettivi radiologici erano tuttavia limitati a due anni e non vi sono evidenze sull'efficacia di terapie più a lungo termine. Un nuovo studio australiano, che ha esaminato una terapia combinata di solfato di condroitina e solfato di glucosammina per di più di due anni, suggerisce un effetto condroprotettivo [1]. Esso non è stato però considerato in questa revisione.

Abbreviazioni:

IC 95%: intervallo di confidenza al 95%; FANS: farmaci antinfiammatori non steroidei; LCA: legamento crociato anteriore

Redazione

Lukas Wildi¹, Aline Flatz², Erik von Elm²

¹ Klinik für Rheumatologie,
Universitätsspital Zürich

² Cochrane Schweiz,
Institut de médecine sociale et préventive,
Lausanne

Corrispondenza

swiss.cochrane@chuv.ch

Traduzione in italiano

Dr med. Fabrizio Barazzoni, MPH,
FMH Prevenzione e salute pubblica
Capo Area medica
Capo Area formazione accademica,
ricerca e innovazione
Direzione generale EOC
fabrizio.barazzoni@eoc.ch

Stefania Massetti-Pelli, MBA,
Collaboratrice scientifica
Area medica e
Area formazione accademica,
ricerca e innovazione
Direzione generale EOC
stefania.massetti@eoc.ch

Bibliografia

Singh JA, Noorbaloochi S, MacDonald R, Maywell LJ: Chondroitin for osteoarthritis. Cochrane Database Syst Rev 2015; 1: CD005614.

[1] Fransen M, Agaliotis M, Nairn L, et al.: Glucosamine and chondroitin for knee osteoarthritis: a double-blind randomised placebo-controlled clinical trial evaluating single and combination regimens. Ann Rheum Dis 2015; 74: 851–858.