

Epidemiologia della polimialgia reumatica nel comune di Massa Lubrense

Prevalence and incidence of polymyalgia rheumatica in Massa Lubrense, Italy

Summary

Polymyalgia rheumatica (PMR) is the most commonly occurring inflammatory rheumatic disease in the elderly. PMR epidemiology has been extensively studied in some countries. No recent data are available for Italy. We carried out an epidemiological survey on the incidence and prevalence of PMR in the Massa Lubrense area, a town in the Surrentine Peninsula. The study was carried out through a questionnaire sent to all the general practitioners with surgeries in Massa Lubrense. Information collection was made easier by a software application normally used by general practitioners. Our survey revealed that PMR is highly prevalent in Massa Lubrense with a prevalence peak of 6.21 cases/1000 fifty-year-old or older patients (on 30 September 2007). As in other descriptive epidemiology surveys, PMR was found to be more common in females than in males, and in 70-80 year-olds. Sun exposure was not particularly important and the potential role of infectious factors was only speculative. Furthermore, the closer working ties between general practitioners and rheumatologists were very useful for well-timed correct diagnosis.

Manzo C, Balduccelli M, Capiello F, et al. Prevalence and incidence of polymyalgia rheumatica in Massa Lubrense, Italy. *Trends Med* 2009; 9(2): 101-105.

© 2009 Pharma Project Group srl. ISSN: 1594-2848

Ciro Manzo*, **Mario Balduccelli**^o, **Francesco Capiello**^o, **Maurizio De Cesare**^o, **Leone Gargiulo**^o, **Antonio Mellino**^o, **Antonio Mosca**^o, **Francesco Scolari**^o, **Paolo Volpicelli**^o

*Responsabile Ambulatorio Medicina Interna e Servizio Reumatologia ex Ospedale "Mariano Lauro" - Sant'Agnello, distr. 88, ASL NA 5;

^oMedico Medicina Generale (MMG) - Massa Lubrense, distr. 88, ASL NA 5

Key words:

polymyalgia rheumatica
epidemiology
first incidence
prevalence

 **Ciro Manzo**

Ex Ospedale "Mariano Lauro"

viale dei Pini, 1

80065 Sant'Agnello (NA)

Tel.: 081/ 533 14 65 ; Fax: 081/533 14 60

e-mail : cirmanzo@libero.it

La polimialgia reumatica (PMR) rappresenta una patologia caratteristicamente geriatrica. La sua insorgenza in soggetti di età > 50 anni rappresenta, nei diversi core set proposti^{1,2,3}, un criterio diagnostico maggiore; di contro, il suo manifestarsi in soggetti giovani deve considerarsi un evento eccezionale⁴ e secondo molti *sub-iudice*. Inoltre, l'incidenza della PMR aumenta costantemente con l'aumentare dell'età, toccando la maggior frequenza nella decade compresa tra i 70 e gli 80 anni⁵. L'esordio tipicamente brusco e "a ciel sereno" con compromissione dell'autonomia da parte del paziente ad effettuare attività semplici della vita quotidiana in conseguenza delle algie e della rigidità a carico dei cingoli scapolare e pelvico, facilitano l'individuazione del momento della diagnosi: non pochi pazienti sono in grado di ricordare il giorno esatto in cui la malattia è iniziata⁶.

La rapida e "miracolista" risposta alla terapia cortisonica rappresenta, a tutt'oggi, il gold standard⁷ nonché il miglior criterio *ex adiuvantibus* per la conferma diagnostica, atteso che non tutti i pazienti con PMR presentano (al mo-

mento della diagnosi) una netta elevazione degli indici di flogosi acuta (VES *in primis*)^{8,9,10}. Tranne che nelle rare forme di PMR complicate con arterite di Horton, la cosiddetta Malattia di Horton, la diagnosi e la gestione sono fondamentalmente territoriali e, nelle forme tipiche, non di rado la diagnosi viene fatta direttamente dal medico di medicina generale (MMG).

E' tuttavia possibile inoltre, anche in presenza di un piano terapeutico correttamente eseguito, il verificarsi di ricadute o riacutizzazioni (relapses): ciò può avvenire anche in maniera apparentemente spontanea. La probabilità che la PMR vada incontro a *relapses* può verificarsi durante tutta la storia naturale della malattia; certamente, però, essa è più frequente durante i primi due anni¹¹.

Materiali e Metodi

Nel mese di Settembre del 2007, è stato inviato a tutti i 10 MMG operanti nel comune di Massa Lubrense un questionario con il quale si chiedeva di conoscere: 1) il numero totale dei propri assistiti; 2) il numero dei propri assistiti di età > 50 anni, suddivisi per sesso; 3) il numero dei casi di PMR registrati alla data del 30 settembre del 2007; 4) dei casi di PMR, veniva chiesto di indicare il sesso, l'età al momento della diagnosi, il mese in cui la sintomatologia era iniziata e la figura medica (MMG, reumatologo, geriatra, ...) che aveva formulato la diagnosi; 5) il numero dei casi di PMR, suddivisi per anno, notificati nel periodo Agosto 2000-Agosto 2007.

Dei 10 MMG interpellati, nove hanno risposto al questionario; l'unico MMG che non ha risposto al questionario aveva, al momento dell'invio dello stesso, relativamente pochi assistiti. Dei nove MMG che hanno risposto, uno ha dichiarato di non aver mai visto nel corso della propria attività professionale alcun caso di PMR.

La raccolta dei dati è stata agevolata dal fatto che la gran parte dei MMG operanti nel comune di Massa Lubrense lavora, da anni, in cooperative; tutti utilizzano un programma (Millewin by Daedalus) per l'immagazzinamento e la ricerca attiva dei dati relativi ai propri assistiti.

Tale modalità operativa ha consentito di ottenere dati più completi di quelli che sarebbe stato possibile avere utilizzando, ad esempio, sol-

tanto l'archivio del Servizio di Reumatologia, operante dal 1998 presso l'ex Ospedale "Mariano Lauro" di Sant'Agnesello. In questo modo, infatti, sono stati "intercettati" tutti i casi di PMR verificatisi nel comune di Massa Lubrense, anche quelli diagnosticati direttamente dal MMG e/o da altri reumatologi, diversi da quelli che lavorano nel servizio distrettuale di reumatologia.

La scelta, infine, di rivolgere tale indagine epidemiologica ai MMG di Massa Lubrense è scaturita dalla constatazione di poter essere certi del fatto che tutti i nove MMG coinvolti inseriscono di routine ed in maniera corretta i dati nel programma succitato. Negli altri cinque comuni della penisola sorrentina, invece, più di un MMG non garantiva omogeneità e "certezza" dei dati comunicati. Inoltre, per i casi di PMR diagnosticati direttamente dal MMG, a Massa Lubrense i colleghi si erano dichiarati disponibili a discutere la diagnosi: in non pochi casi, i pazienti etichettati come PMR erano, in realtà, affetti da Fibromialgia Primaria. Ciò, evidentemente, ha evitato che nel computo finale dei casi PMR venissero immessi anche casi di PMR "falsa".

Risultati

L'indagine epidemiologica ha riguardato 12.186 individui su una popolazione complessiva residente di circa 13.500 abitanti. Di questi 5.474 (44,09%) avevano, al momento della compilazione del questionario, più di 50 anni; 2.383 erano di sesso maschile ed i rimanenti 3.091 di sesso femminile.

Alla data del 30 settembre del 2007, risultavano diagnosticati 34 casi di PMR con un punto di prevalenza pari a 6,21 casi/1000 individui con età > 50 anni. Di questi 34 pazienti, 24 erano di sesso femminile (70,5 %). Tutti i 34 pazienti PMR avevano un'età compresa tra i 70 e gli 80 anni. In 25/34 pazienti (73,5%) l'esordio della sintomatologia polimialgica era avvenuta tra il mese di Dicembre e quello di Gennaio.

Soltanto in 12/34 casi (35,3%) il reumatologo era stato il primo specialista consultato; negli altri casi, invece, i pazienti, a seguito di sospetti diagnostici rivelatisi inesatti, erano stati inizialmente inviati, a volte anche con richiesta di ricovero ospedaliero, ad altre figure professionali (oncologo, chirurgo, neurologo, geriatra, etc). Inoltre, 8 pazienti/34 non erano af-

Tabella 1. Caratteristiche demografiche e cliniche della popolazione PMR.

Sesso:	F=24/34 (70,5 %)
	M=10/34 (29,5%)
Età al momento della diagnosi:	70-80 anni=100%
Patologie presenti al momento della diagnosi:	Si: 26/34 pazienti (cfr. Figura 1)
	No: 8/34 pazienti

fetti da nessuna altra patologia e non assumevano, al momento della diagnosi di PMR, alcun medicamento (Tabella 1 e Figura 1).

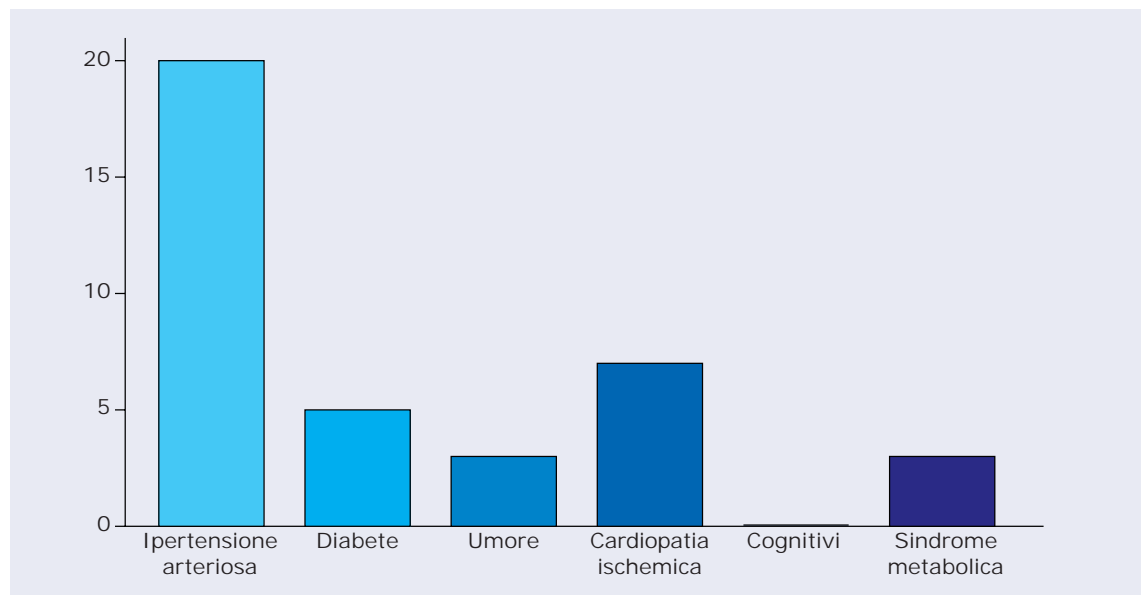
Nel periodo Agosto 2000–Agosto 2007, risultavano notificati complessivamente 89 casi di PMR con una incidenza, su popolazione di età superiore ai 50 anni, pari al 2,3/anno/1000 abitanti. Di questi 89 pazienti PMR, 36 erano uomini e 53 donne (59,6%). L'incidenza è qui da intendersi quale *first incidence* e non già come incidenza cumulativa, in quanto non erano inseriti nella cartella computerizzata i dati relativi a tutte le eventuali ricadute verificatesi negli 89 pazienti.

Discussione

L'indagine epidemiologica condotta nel comune di Massa Lubrense ha fornito più di un elemento di discussione. Innanzitutto ha evidenziato come anche in questo comune della pe-

nisola sorrentina l'eventualità di imbattersi in un paziente con PMR è certamente elevato, particolarmente nella fascia d'età compresa tra i 70 e gli 80 anni. In altri ampi studi di popolazione la possibilità di incontrare un anziano con PMR è stata stimata pari ad 1 caso ogni 130 individui¹².

La modalità di presentazione della PMR è caratterizzata da esordio brusco. Le caratteristiche cliniche delle forme tipiche, con algie perduranti interessanti almeno due delle tre aree anatomiche classiche (collo-cingolo scapolare-cingolo pelvico) associate a rigidità di tipo infiammatorio e a netta elevazione degli indici di flogosi, dovrebbero agevolare il MMG a porre una corretta diagnosi o, quanto meno, ad attivare un percorso diagnostico appropriato. Cionondimeno, la possibile esistenza di forme atipiche, ivi compresa l'esistenza di forme di PMR a VES bassa, che può raggiungere in alcune casistiche il 25% del totale⁹, e di for-

Figura 1. Distribuzione delle patologie già presenti al momento della diagnosi di PMR nei 26 pazienti.

me che almeno all'inizio possono presentare una risposta (peraltro sempre modesta e non soddisfacente) agli anti-infiammatori non steroidei (FANS tradizionali e/o Coxib), possono rappresentare motivo di disorientamento e di ritardo diagnostico.

Ed ancora, di fronte ad un quadro clinico dominato dalle manifestazioni sistemiche (febbre o febbricola, astenia profusa, dimagrimento, perdita dell'appetito, difficoltà improvvisa ad effettuare in piena autonomia atti semplici della vita quotidiana), può non essere del tutto inappropriato un iniziale sospetto diagnostico di neoplasia. In tal senso, il fatto che il primo specialista consultato fosse un oncologo, o un chirurgo, può trovare una "spiegazione".

Del tutto recentemente una *Consensus Conference* ha riproposto la necessità che di fronte ad un anziano con manifestazioni non classiche di PMR, venga *sistematicamente* attivata una consulenza reumatologica¹³. Nella realtà di Massa Lubrense, ciò non avviene sempre e il non avere un rapporto diretto con un reumatologo di riferimento rappresenta un elemento di forte criticità¹⁴. Inoltre, malgrado sia noto da tempo che alla base della PMR vi sia una sinovite e/o borsite (ad esempio borsite sottoacromiondeltoidea nel caso del coinvolgimento del cingolo scapolare) l'iniziale terminologia di Polimialgia Reumatica, proposta dal Barber nel suo storico lavoro del 1957, continua ad essere universalmente accettata¹⁵⁻¹⁷. Ciò non infrequentemente costituisce per il non reumatologo motivo di confusione terminologica, ad esempio con una patologia completamente differente, quale la Fibromialgia Primaria.

La netta concentrazione dei casi di PMR ad esordio nel periodo invernale lascia, evidentemente, spazio a considerazioni etiopatogenetiche, al momento del tutto speculative. Il ruolo dei fattori infettivi nella genesi della PMR è stato ripetutamente considerato. Nel nostro

caso, la maggior rappresentatività della PMR a Massa Lubrense nei mesi di Dicembre e Gennaio potrebbe, indirettamente, confermare tale ruolo. Altri Autori hanno invece notato una maggior frequenza, in termini di primo episodio e/o di relapses, della PMR nei mesi caldi e a seguito dell'esposizione ai raggi solari¹⁸.

Infine, l'indagine epidemiologica ha indirettamente confermato che un rapporto di più stretta collaborazione fra MMG e specialista migliora l'appropriatezza ed il timing della diagnosi. In tal senso, i dati più numerosi sono provenuti dai due MMG che negli ultimi anni si sono maggiormente interfacciati con il servizio distrettuale di reumatologia. Inoltre, a seguito di questa indagine epidemiologica, l'attenzione verso segni e sintomi di sospetto per la PMR è aumentata anche da parte degli altri MMG precedentemente meno "attenti".

Conclusioni

La PMR rappresenta una patologia epidemiologicamente rilevante, specie tra le fasce d'età più avanzate. In tal senso, il progressivo allungamento della vita media della popolazione lascia presagire un ulteriore incremento del suo peso epidemiologico nel prossimo futuro. Malgrado le forme tipiche potrebbero essere agevolmente riconosciute e gestite dal MMG, l'intervallo di tempo intercorrente tra l'esordio, peraltro brusco, e il timing diagnostico continua ad essere eccessivo¹⁹. Nel riconoscimento delle forme atipiche e, a maggior ragione delle forme complicate dall'arterite (cosiddetta Malattia di Horton), il ruolo dello specialista reumatologo rimane insostituibile.

In ogni caso, soltanto un più stretto rapporto di collaborazione tra MMG e specialista di riferimento può consentire di attuare un percorso diagnostico-terapeutico appropriato e di garanzia per il paziente. **TiM**

Ringraziamenti

Desideriamo ringraziare: la dott.ssa Maria Natale, specialista ambulatoriale del servizio di reumatologia del Mariano Lauro di Sant'Agnello (NA); il dott. Luigi Castellano, MMG di Massa Lubrense (NA); il dott. Luigi Esposito, direttore sanitario del distretto 87/88 (penisola sorrentina) dell'ASL NA 5, per la collaborazione offerta nella realizzazione dell'indagine epidemiologica oggetto del presente articolo.

Bibliografia

1. **Chuang TY, Hunder GG, Ilstrup DM, et al.** Polymyalgia rheumatica: a 10-year epidemiologic and clinical study. *Ann Intern Med* 1982; 97:672-680.
2. **Binard A, De Bandt M, Berthelot JM, Saraux A for Inflammatory Joint Disease Working Group CRI of the French Society for Rheumatology.** Usefulness of the disease activity scores for polymyalgia rheumatic for predicting glucocorticoid dose changes : a study of 243 scenarios. *Arthritis Rheum* 2007; 57:481-486.
3. **Cimmino MA, Salvarani C, Macchioni P, et al for Systemic Vasculitis Study Group of the Italian Society for Rheumatology.** Long-term follow-up of polymyalgia rheumatica patients treated with methotrexate and steroids. *Clin Exp Rheumatol* 2008; 26: 395-400.
4. **Whittaker PE, Firzsimons MG.** A 24-year old man with symptoms and signs of polymyalgia rheumatica. *J Fam Pract* 1998; 47:68-71.
5. **Cimmino MA, Zaccaria A.** Epidemiology of polymyalgia rheumatica. *Clin Exp Rheumatol* 2000; 18 (suppl. 20):S9-S11.
6. **Manzo C.** La polimialgia reumatica: cosa è utile sapere per il geriatra territoriale? *Geriatrics Extraospedaliera* 2008 (in press).
7. **Cutolo M, Olivieri M, Secchi ME, et al.** Trattamento della polimialgia reumatica: l'approccio fisiopatologico. *Reumatismo* 2007; 59:271-279.
8. **Ellis ME, Ralston S.** The ESR in the diagnosis and management of the polymyalgia rheumatic/giant cell arteritis syndrome. *Ann Rheum Dis* 1983; 42:168-170.
9. **Martinez-Taboada VM, Blanco R, Rodriguez-Valverde V.** Polymyalgia rheumatica with normal erythrocyte sedimentation rate: clinical aspects. *Clin Exp Rheumatol* 2000; 18(suppl.20):S24-S26.
10. **Manzo C.** Polimialgia reumatica con VES bassa: considerazioni su di un caso clinico. *Geriatrics Extraospedaliera* 2006; 1-2(vol.V):82-83.
11. **Portioli I, Salvarani C.** La polimialgia reumatica. *Atti 100° Congresso Società Italiana Medicina Interna, Roma, 18-22 ottobre 1999.*
12. **Macchioni P.** La polimialgia reumatica. *Reumatologia pratica* 2007; 1:3-9.
13. **Dasgupta B, Matteson EL, Maradit-Kremers H.** Management guidelines and outcome measures in polymyalgia rheumatica (PMR). *Clin Exp Rheumatol* 2007; 25 (Suppl. 47): S130-S136.
14. **Cappiello F, Natale M, Manzo C.** Quanti anziani con Polimialgia Reumatica passano sotto gli occhi del geriatra territoriale? Comunicazione 5° Congresso Nazionale AGE (Associazione Geriatrici Extraospedalieri), Copanello (CZ), 2-5 ottobre 2008.
15. **Healey LA.** Long-term follow-up of polymyalgia rheumatic : evidence for synovitis. *Semin Arthritis Rheum* 1984; 13:322-328.
16. **Salvarani C, Cantini F, Olivieri I, et al.** Proximal bursitis in active polymyalgia reumatica. *Ann Intern Med* 1997; 127:27-31.
17. **Barber HS.** Myalgic syndrome with constitutional effect: polymyalgia reumatica. *Ann Rheum Dis* 1957; 16:230-237.
18. **Cimmino MA, Accardo S, Montecucco C, et al.** Sun exposure and the polymyalgia reumatica-giant cell arteritis complex. *Clin Exp Rheumatol* 1994; 12:229-230.
19. **Manzo C, Visco G, Ianuale N.** L'impatto sulle funzioni cognitive dell'anziano di una terapia corticosteroidica continuativa a basso dosaggio. *Giorn Geront* 2007; LV (5):577-578.



Nell'emicrania

TRIZADOL

rizatriptan

RAPIDO
"sollevio" dal dolore ⁽¹⁾

Concessionaria
per la vendita


biofutura
biofutura pharma S.p.A.
gruppo sigma-tau

Titolare AIC

Addenda Pharma

Comprese 5 mg



Comprese
ORODISPERSIBILI 10 mg



Comprese 10 mg



PRESCRIBIBILE SSN
Classe A

1) Ng-Mak D.S., Hu X.H., Chen Y., Ma L., Solomon G.
Int J Clin Pract. 2007; 61 (7): 1091-1111