

Efficacia del clodronato intramuscolare nella terapia della gonartrosi

Summary

Ormai è stato acquisito il concetto che l'osteoartrite è una malattia d'organo. Pertanto, anche se la cartilagine rimane il bersaglio elettivo, tutte le strutture articolari possono essere colpite da questa malattia, compreso l'osso sub-condrale. Il coinvolgimento di quest'ultimo dall'edema midollare costituisce un fattore di deterioramento anatomico dell'articolazione che probabilmente può essere ostacolato o addirittura arrestato mediante il precoce trattamento con bisfosfonati. La descrizione di questo caso clinico ci suggerisce come un tempestivo carico di clodronato intramuscolare possa probabilmente avere cambiato la storia naturale della malattia.

Di Girolamo A. Efficacy of intramuscular clodronate in the treatment of gonarthrosis. *Trends Med* 2012; 12(1):33-34.

©2012 Pharma Project Group srl. ISSN: 1594-2848

Anamnesi fisiologica

Paziente di sesso maschile di anni 82, con lieve eccesso ponderale, nato a Siena, coniugato, in pensione da diversi anni. Ha sempre lavorato nel settore alberghiero con varie mansioni fino alla qualifica di dirigente. Non ha mai fatto attività sportive agonistiche, ma ha sempre coltivato la passione per il nuoto e per le lunghe passeggiate a piedi.

Anamnesi patologica remota

Ha goduto di buona salute per la maggior parte della sua vita, se si esclude un'ulcera gastrica da giovane. All'età di 60 anni ha cominciato a soffrire di disturbi della minzione legati inizialmente ad ipertrofia prostatica benigna e successivamente ad adenocarcinoma della prostata curato con terapia farmacologica, data l'età del paziente. Alcuni anni dopo, con i periodici esami ematochimici per il monitoraggio della malattia prostatica, ha scoperto di essere affetto da epatite HCV correlata contratta probabilmente in occasione di cure odontoiatriche e guarita (negativizzazione del virus) anni dopo in seguito ad intervento di artroprotesi (reimpianto di protesi) con abbondanti perdite ematiche che sono state reintegrate con diverse trasfusioni di sangue.

Anamnesi patologica prossima

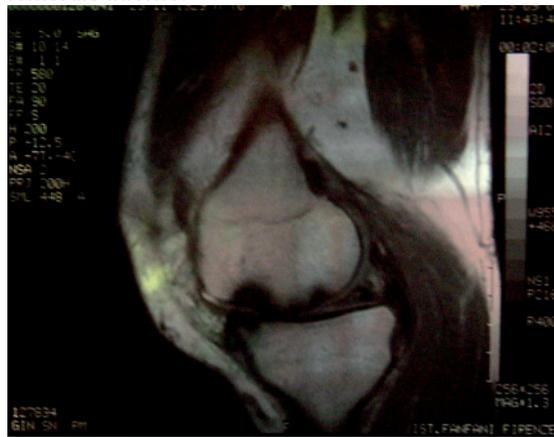
Circa 11 anni fa ha cominciato ad avvertire una gonalgia sinistra, meccanica, curata per alcuni mesi con analgesici ed infiltrazioni di acido ialuronico. Per la scarsa risposta alla suddetta terapia e soprattutto per il peggioramento della sintomatologia dolorosa con persistenza del dolore anche a riposo, nonostante l'esame

obiettivo non evidenziava segni di flogosi, è stato deciso di approfondire il caso mediante RM (figura 1) e TC (figura 2).

Il primo esame ha evidenziato la presenza di focolai osteocondritici multipli nel condilo femorale interno associati ad edema peri-lesionale, il secondo ha evidenziato due erosioni "scodelliformi" di cui la più importante profonda 7 mm e larga 10 mm, sempre nel condilo femorale interno. Alla luce di questi risultati è stato consultato un ortopedico che ha consigliato e impiantato un'artroprotesi monocompartimentale mediale.

In seguito a questo intervento il paziente ha goduto di relativo benessere per 5 anni nel corso dei quali, per la progressiva mobilizzazione della protesi, si è resa necessaria la sua sostituzione con una protesi bicompartimentale con la quale il paziente continua a dembulare discretamente.

Figura 1. RM ginocchio sinistro. Focolai osteocondritici multipli associati ad edema perilesionale nel condilo femorale interno.



✉ **Antonino Di Girolamo**
Azienda USL7 Via Pian d'Ovile, 9
53100 Siena - e-mail: adigirolamo@tin.it

Figura 2. TC ginocchio sinistro. Erosione “scodelli forme” a carico del condilo femorale interno.



Figura 4. RM ginocchio destro (controllo dopo sette mesi). Esiti osteocondritici in corrispondenza del condilo femorale interno.



Figura 3. RM ginocchio destro Sfumata irregolarità di segnale condro-subcondrale di verosimile natura osteocondritica in corrispondenza del condilo femorale interno.

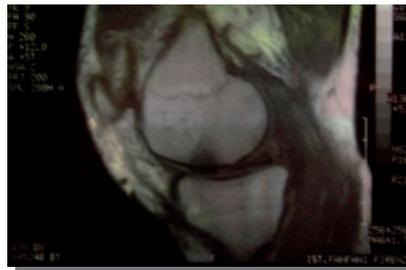


Figura 5. RX ginocchi in ortostasi. Modeste alterazioni artrosiche associate a riduzione di ampiezza della rima articolare mediale a carico del ginocchio destro.



documentato da un seconda RM (figura 4) fatta a distanza di circa sette mesi dalla prima e da una radiografia (figura 5) di controllo fatta recentemente.

Discussione

Ormai è stato acquisito il concetto che l'osteoartrosi è una malattia d'organo. Pertanto, anche se la cartilagine rimane il bersaglio elettivo, tutte le strutture articolari possono essere colpite da questa malattia, compreso l'osso subcondrale.

Quest'ultimo può venire coinvolto dall'edema midollare che può essere documentato dalla RM, ma deve essere sospettato clinicamente in ogni paziente il quale lamenta dolore articolare profondo⁴ persistente anche a riposo, soprattutto di notte, in una articolazione che non presenta segni di flogosi, poiché anche la flogosi si ma-

A distanza di un anno dall'inizio della gonalgia sinistra, la stessa sintomatologia si è manifestata al ginocchio destro. Questa volta la RM (figura 3) è stata fatta precocemente, prima di intraprendere qualunque terapia sintomatica, ed ha evidenziato una sfumata irregolarità di segnale condro-subcondrale in corrispondenza della superficie articolare declive del condilo femorale mediale di verosimile natura osteocondritica. Immediatamente è stato iniziata una terapia con vitamina D (colecalfediolo, 50 mcg al giorno per 1 mese) e clodronato intramuscolo (100 mg al giorno per 12 giorni) con progressivo miglioramento clinico fino alla scomparsa della sintomatologia dolorosa nell'arco di pochi mesi e all'arresto del danno anatomico

nifesta con dolore prevalentemente a riposo.

Infatti ipotizzando che l'edema midollare costituisca un fattore di deterioramento anatomico del ginocchio¹ è facile comprendere come il suo tempestivo trattamento possa cambiare la storia naturale della malattia, come probabilmente è avvenuto nel nostro caso per il ginocchio trattato.

Sicuramente esistono anche altri bisfosfonati² efficaci come quello adoperato in questo caso, ma penso che la scelta debba ricadere sul clodronato per la sua sicurezza e praticità d'impiego a costi contenuti per il trattamento di un quadro clinico che è molto più comune³ di quanto normalmente rilevato.

Ringraziamenti : Un grazie a Ilaria per il contributo che mi ha dato nella stesura dell'articolo.

Bibliografia

1. Felson DT, McLaughlin S, Goggins J, et al. Bone marrow edema and its relation to progression of knee osteoarthritis. *Ann Intern Med* 2003; 139:330-336.
2. Manara M, Varena M, Berruto M, et al. La “poussée” dolorosa acuta dell'artrosi di ginocchio con concomitante edema midollare : efficacia del trattamento con bisfosfonati parenterali. *Archivio di Ortopedia e Reumatologia* 2010; 121 (2/3):41-42.
3. Ampia casistica personale di cui un caso in corso di pubblicazione sulla rivista *Minerva Ortopedica e Traumatologica*.
4. Yusuf E, Kortekaas M, Watt L, et al. Do knee abnormalities visualised on MRI explain knee pain in knee osteoarthritis? A systematic review. *Annals of the Rheumatic Diseases* 2011; 70 (1):60-67.