

TRENDING TOPIC EN ARTROSI

I JORNADA MULTIDISCIPLINÀRIA

EN ARTROSI DE

MALUC I GENOLL

Col·legi Oficial de Metges de Barcelona

18 de setembre de 2015



QUÈ HI HA DE NOU EN EL TRACTAMENT?

- Revisió de les noves guies. "Com escalar la Torre de Babel"

Ponent: **Dr. Pere Benito**, cap del Servei Reumatologia. Hospital Universitari de Mar (Barcelona)

Escenari

Les artrosi són un grup heterogeni de patologies amb manifestacions clíniques similars i canvis patològics i radiològics comuns

Això dificulta l'establiment de recomanacions uniformes per a totes elles

El diagnòstic sol fer-se per les seves manifestacions clíniques i radiogràfiques (Kellgren&Lawrence. 1959)

Els marcadors biològics del metabolisme del cartílag fins a la data no tenen una aplicació directa a la pràctica assistencial

Altres tècniques d'imatge, ECO, Gfia, TAC, RMN, que poden aportar dades importants en el procés, encara no han estat validades



Accions

La diferent etiopatogènia i la història natural a les diverses regions anatòmiques, ha fet necessari establir guies o recomanacions

Permeten disposar d'uns criteris amb què homogeneïtzar les actituds i afavorir la presa de decisions

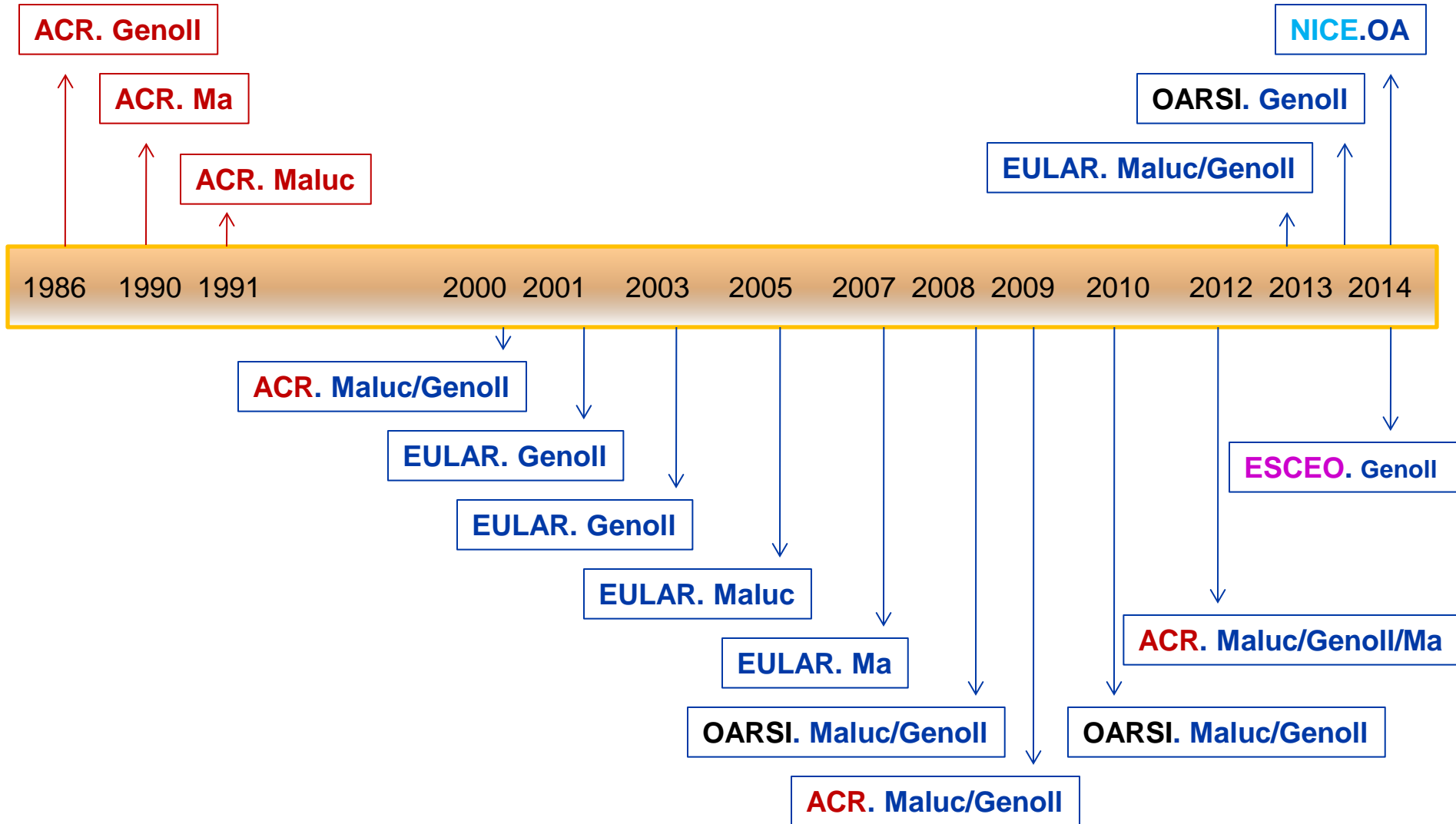
Existeix una dificultat per classificar les artrosi en totes les seves localitzacions

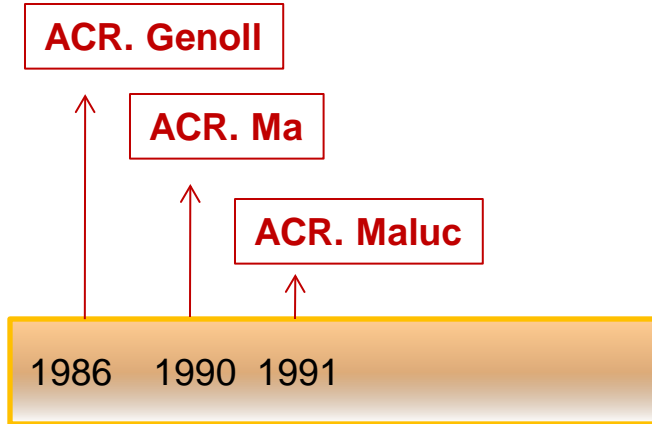
Això ha fet que únicament s'hagin proposat guies i recomanacions per maluc, genoll i mà, que no poden extrapolar-se a altres localitzacions

Tampoc disposem d'instruments de mesura prou sensibles per quantificar la mida de l'efecte real



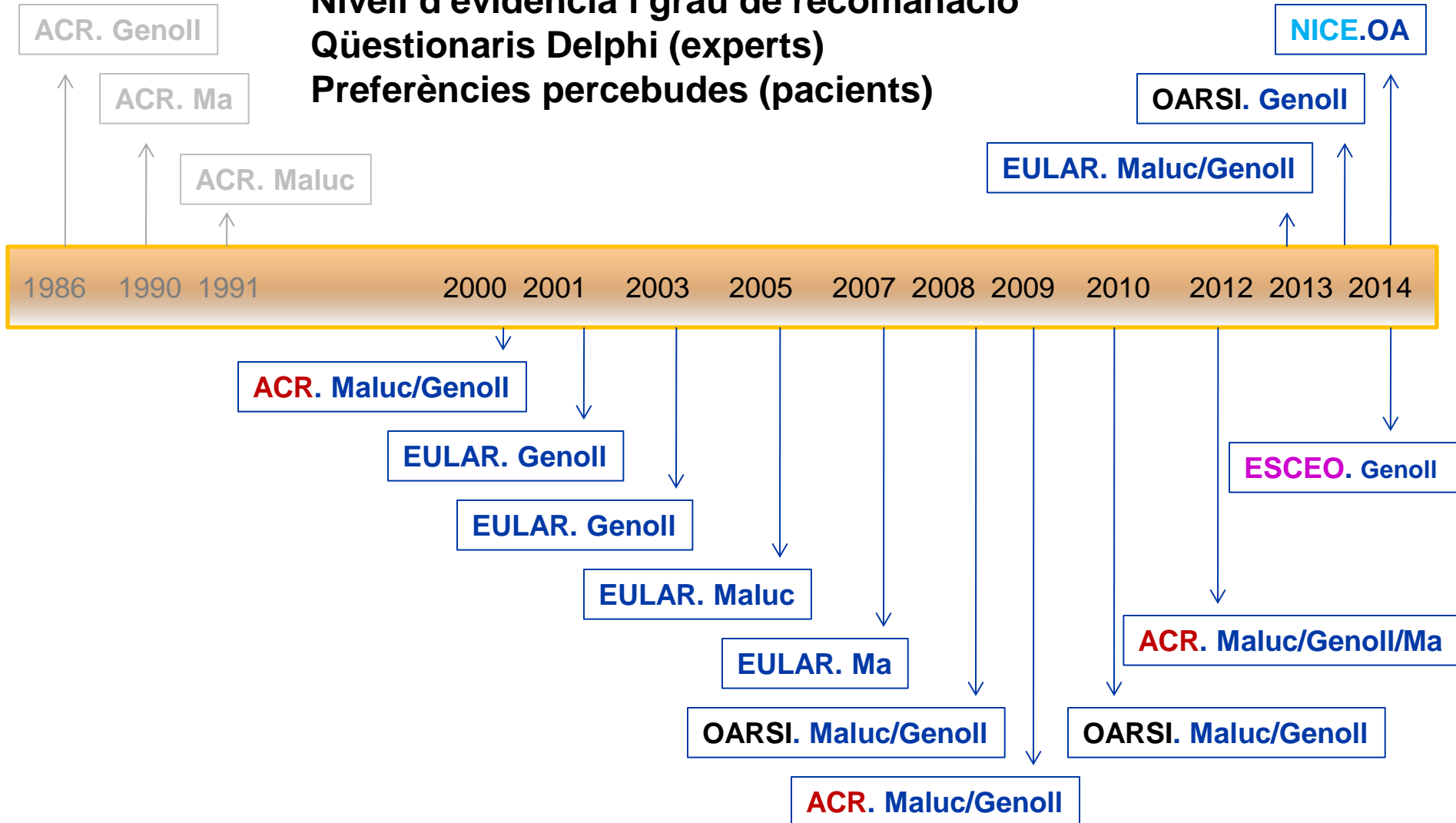
OA. GUIDES





Les recomanacions proposades eren fruit del consens entre els integrants del grup

Nivell d'evidència i grau de recomanació Qüestionaris Delphi (experts) Preferències percebudes (pacients)



Osteoarthritis and Cartilage

OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis
Part III: changes in evidence following systematic cumulative update of research
published through January 2009

W. Zhang*, G. Nuki, R.W. Moskowitz, S. Abramson, R.D. Altman, N.K. Arden, S. Bierma-Zeinstra,
K.D. Brandt, P. Croft, M. Doherty, M. Dougados, M. Hochberg, D.J. Hunter, K. Kwoh,
L.S. Lohmander, P. Tugwell

Osteoarthritis Cart. 2010.



Tabla 1. Recomendaciones generales para el tratamiento de la artrosis de cadera y rodilla según la OARSI 2008

1. El tratamiento óptimo de la artrosis requiere la combinación de medidas no farmacológicas y farmacológicas

Medidas no farmacológicas de tratamiento

2. Todos los pacientes deben conocer los objetivos del tratamiento y la importancia de los cambios en el estilo de vida, ejercicio, reducción de peso y otras medidas de descarga articular, animando al cumplimiento de estas medidas no farmacológicas.
3. La situación clínica de los pacientes puede ser mejorada si se les contacta regularmente por teléfono.
4. Los pacientes sintomáticos pueden beneficiarse de la supervisión de un fisioterapeuta, que instruya sobre los ejercicios apropiados frente al dolor y en la mejora de la capacidad funcional, así como en el consejo sobre instrumentos apropiados de descarga articular.
5. Los pacientes deben ser animados a iniciar y continuar ejercicios aeróbicos, de potenciación muscular y mantenimiento del arco móvil. Los pacientes con artrosis sintomática de cadera pueden beneficiarse de ejercicios en el agua.
6. Los pacientes con sobrepeso deben ser animados a perder peso y mantenerse en el nivel más bajo posible.
7. Las ayudas para la marcha reducen el dolor. Los pacientes deben ser instruidos en el uso correcto de un bastón o muleta en la mano contralateral. Los caminadores con ruedas son preferibles en los pacientes con afectación bilateral.
8. En pacientes con artrosis de rodilla e inestabilidad en varo o valgo, las rodilleras pueden disminuir el dolor, mejorar la estabilidad y disminuir el riesgo de caída.
9. Los pacientes deben ser aconsejados sobre el mejor calzado. En pacientes con artrosis de rodilla, las plantillas pueden reducir el dolor y mejorar la marcha.
10. Algunas modalidades termales pueden ser efectivas para la mejoría de los síntomas.
11. La estimulación eléctrica transcutánea (TENS) puede ayudar en el control del dolor.
12. La acupuntura puede proporcionar un beneficio sintomático en la artrosis de rodilla.



Medidas farmacológicas de tratamiento

13. El paracetamol (hasta 4 g/día) puede ser beneficioso como analgésico inicial del dolor leve o moderado. En ausencia de una respuesta adecuada, o en casos de dolor severo y/o inflamación, deben considerarse medidas farmacológicas alternativas en función de su eficacia y seguridad, y también de medicaciones concomitantes y comorbilidades
14. En pacientes sintomáticos los AINE pueden utilizarse a la dosis eficaz más baja y durante el menor tiempo posible. En pacientes con factores de riesgo gastrointestinal, los AINE selectivos COX-2 o los tradicionales asociados a inhibidores de la bomba de protones o misoprostol pueden ser considerados. Todos ellos deben ser usados con cuidado en pacientes con riesgo cardiovascular
15. Los AINE tópicos y la capsaicina pueden ser eficaces como complemento o alternativa a los analgésicos y antiinflamatorios en la artrosis de rodilla.
16. Las infiltraciones de corticoides pueden administrarse en el tratamiento de la artrosis de rodilla y cadera, y deben ser consideradas en particular en pacientes con artrosis de rodilla con dolor moderado o severo que no respondan al tratamiento analgésico/antiinflamatorio, con derrame articular u otros signos de inflamación local
17. Las infiltraciones de ácido hialurónico pueden estar usadas en ambas localizaciones de la artrosis. Se caracterizan por un inicio más tardío del efecto aunque más prolongado, cuando son comparadas con las infiltraciones de corticoides
18. El tratamiento con glucosamina y/o condroitín-sulfato puede tener un beneficio sintomático en pacientes con artrosis de rodilla. Si el efecto no aparece en seis meses debe ser suspendido
19. En pacientes con artrosis de rodilla la glucosamina y el condroitín-sulfato pueden tener efectos sobre la estructura articular, mientras que la diacereína puede tenerlos en pacientes con artrosis de cadera
20. El uso de opioides menores y analgésicos narcóticos pueden ser considerados en el tratamiento del dolor refractario, cuando fracasan otros fármacos o están contraindicados. Los opioides mayores deben utilizarse únicamente en casos de dolor severo y circunstancias excepcionales. Las medidas no farmacológicas deben ser continuadas y el tratamiento quirúrgico considerado.



Medidas quirúrgicas de tratamiento

21. El tratamiento quirúrgico debe ser considerado cuando no se obtenga respuesta frente al dolor y la función con la combinación de las medidas farmacológicas y no farmacológicas. Las prótesis articulares son efectivas en pacientes con síntomas graves y limitaciones funcionales asociadas a una reducción de la calidad de vida a pesar del tratamiento conservador
22. La prótesis de rodilla unicompartmental es efectiva en pacientes con artrosis de un único compartimento
23. Las osteotomías y cirugía conservadora articular deben ser consideradas en pacientes jóvenes con artrosis de cadera, en especial cuando exista displasia. En pacientes jóvenes y físicamente activos con artrosis de rodilla y síntomas significativos unicompartmentales, la osteotomía tibial puede significar una alternativa y retrasar la necesidad de la prótesis hasta 10 años
24. El lavado articular y el desbridamiento artroscópico son controvertidos. Aunque algunos estudios han demostrado mejoría de los síntomas a corto plazo, otros estudios lo relacionan con un efecto placebo
25. En pacientes con artrosis de rodilla el lavado articular puede considerarse como una medida excepcional cuando la prótesis ha fallado





Arthritis Care & Research
Vol. 64, No. 4, April 2012, pp 465–474
DOI 10.1002/acr.21596
© 2012, American College of Rheumatology

SPECIAL ARTICLE

American College of Rheumatology 2012 Recommendations for the Use of Nonpharmacologic and Pharmacologic Therapies in Osteoarthritis of the Hand, Hip, and Knee

MARC C. HOCHBERG,¹ ROY D. ALTMAN,² KARINE TOUPIN APRIL,³ MARIA BENKHALTI,³
GORDON GUYATT,⁴ JESSIE MCGOWAN,³ TANVEER TOWHEED,⁵ VIVIAN WELCH,³
GEORGE WELLS,³ AND PETER TUGWELL³



Table 4. Pharmacologic recommendations for the initial management of knee OA*

We conditionally recommend that patients with knee OA should use one of the following:

Acetaminophen

Oral NSAIDs

Topical NSAIDs

Tramadol

Intraarticular corticosteroid injections

We conditionally recommend that patients with knee OA should not use the following:

Chondroitin sulfate

Glucosamine

Topical capsaicin

We have no recommendations regarding the use of intraarticular hyaluronates, duloxetine, and opioid analgesics

* No strong recommendations were made for the initial pharmacologic management of knee osteoarthritis (OA). For patients who have an inadequate response to initial pharmacologic management, please see the Results for alternative strategies. NSAIDs = non-steroidal antiinflammatory drugs.



Osteoarthritis and Cartilage

OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis



T.E. McAlindon †*, R.R. Bannuru †, M.C. Sullivan †, N.K. Arden ‡, F. Berenbaum §||,
S.M. Bierma-Zeinstra ¶, G.A. Hawker #, Y. Henrotin ††‡‡, D.J. Hunter §§, H. Kawaguchi ||||,
K. Kwoh ¶¶, S. Lohmander ##, F. Rannou †††, E.M. Roos ‡‡‡, M. Underwood §§§

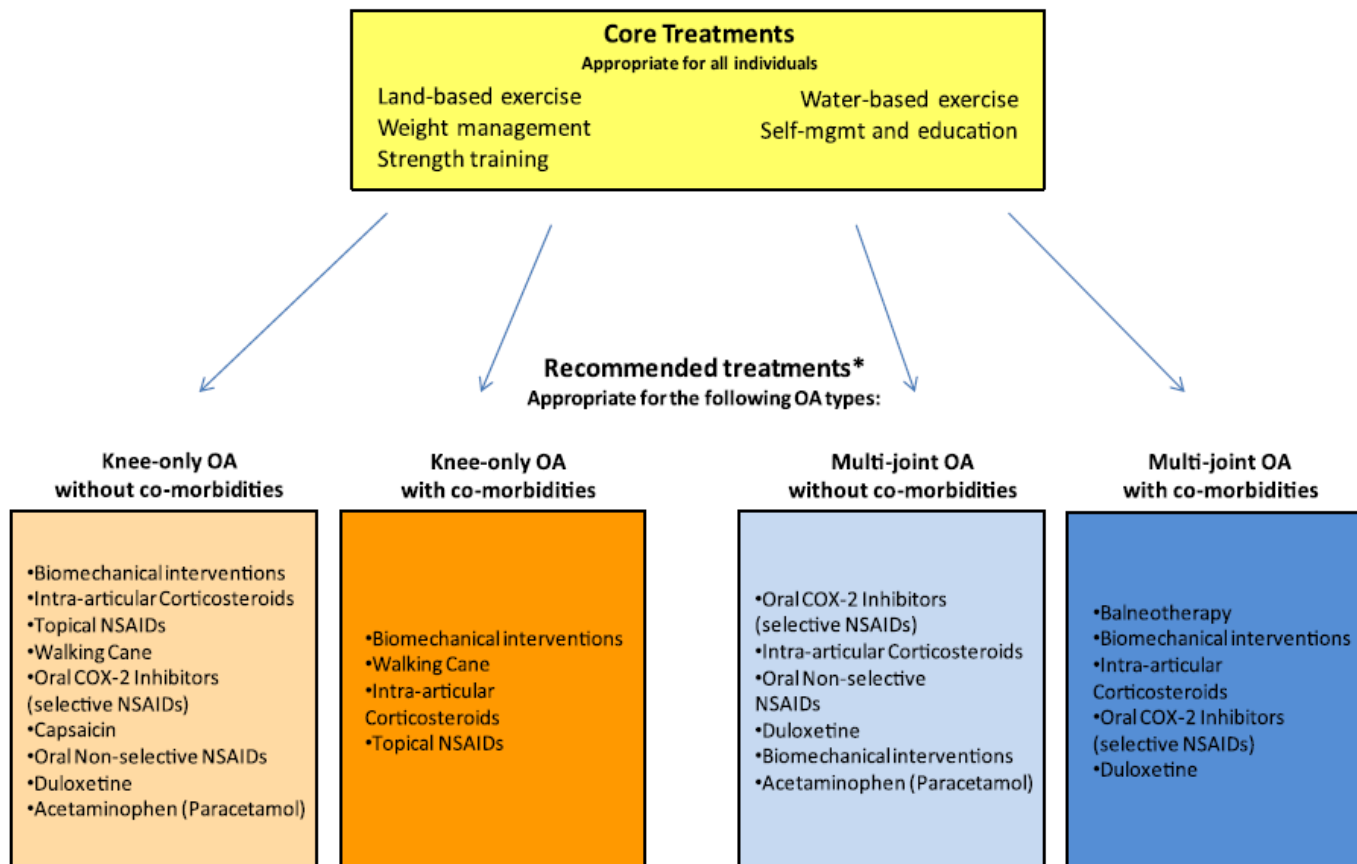


OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis



T.E. McAlindon †*, R.R. Bannuru †, M.C. Sullivan †, N.K. Arden ‡, F. Berenbaum §||, S.M. Bierma-Zeinstra ¶, G.A. Hawker #, Y. Henrotin †††, D.J. Hunter §§, H. Kawaguchi |||, K. Kwok ¶¶, S. Lohmander ##, F. Rannou †††, E.M. Roos †††, M. Underwood §§§

OARSI Guidelines for the Non-surgical Management of Knee OA



*OARSI also recommends referral for consideration of open orthopedic surgery if more conservative treatment modalities are found ineffective.



Seminars in Arthritis and Rheumatism

journal homepage: www.elsevier.com/locate/semarthrit

An algorithm recommendation for the management of knee osteoarthritis in Europe and internationally: A report from a task force of the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO)

Olivier Bruyère, PhD^{a,*}, Cyrus Cooper, MD, PhD^{b,c}, Jean-Pierre Pelletier, MD, PhD^d, Jaime Branco, MD^e, Maria Luisa Brandi, MD^f, Francis Guillemain, MD, PhD^g, Marc C. Hochberg, MD, PhD^{h,i,j}, John A. Kanis, MD^k, Tore K. Kvien, MD, PhD^l, Johanne Martel-Pelletier, PhD^d, René Rizzoli, MD, PhD^m, Stuart Silverman, MD^{n,o}, Jean-Yves Reginster, MD, PhD^a

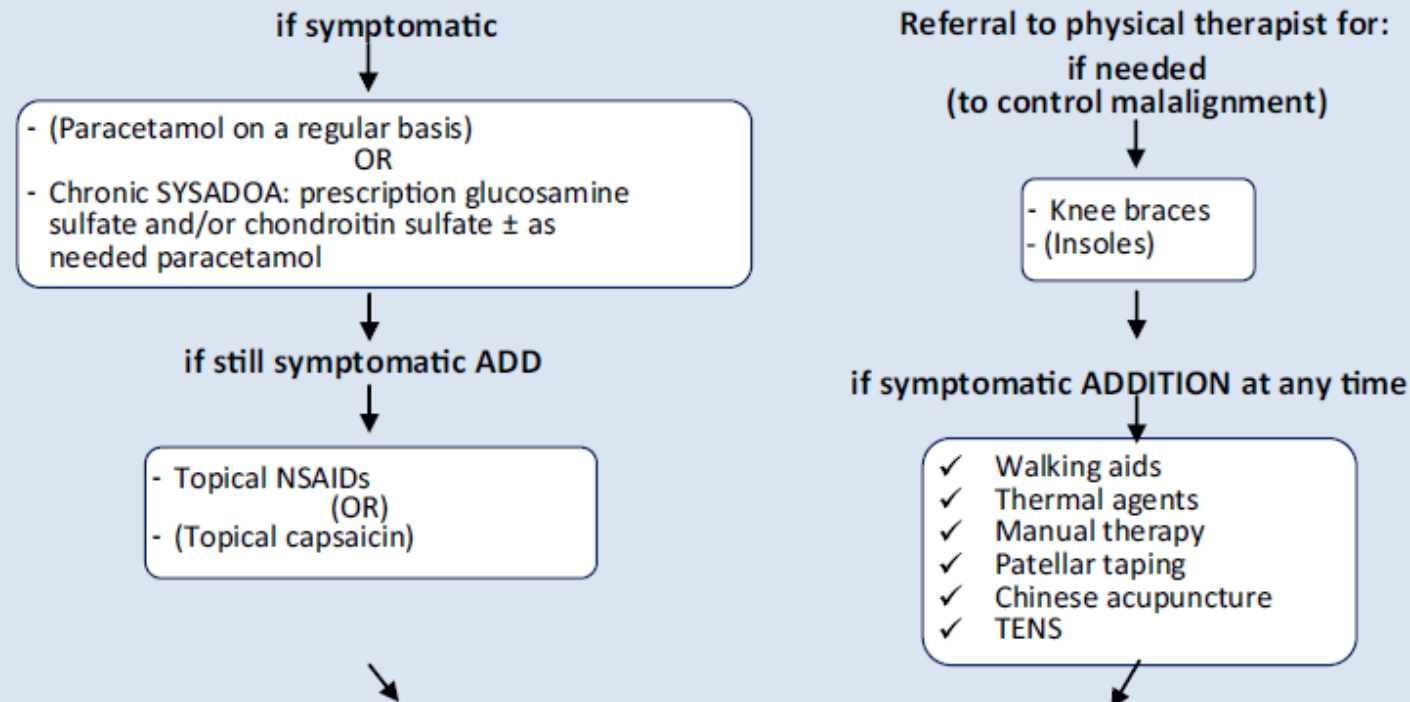


BASIC PRINCIPLE AND CORE SET

Combination of treatment modalities, including non-pharmacological and pharmacological therapies is strongly recommended

Core set: - Information/Education
- Weight loss if overweight
- Exercise program (aerobic, strengthening)

STEP 1: Background treatment



STEP 2: Advanced pharmacological management in the persistent symptomatic patient

if still or severely symptomatic



- Intermittent or continuous (longer cycles) oral NSAIDs

NORMAL GI RISK

- Non selective NSAID with PPI
- Cox-2 selective NSAID (consider PPI)

INCREASED GI RISK*

- Cox-2 selective NSAID with PPI
- Avoid non-selective NSAIDs

INCREASED CV RISK

- Prefer naproxen
- Avoid high-dose diclofenac and ibuprofen (if on low-dose aspirin)
- Caution with other non-selective NSAIDs
- Avoid Cox-2 selective NSAIDs

INCREASED RENAL RISK

- Avoid NSAIDs†

*Including use of low dose aspirin

†With glomerular filtration rate <30 cc/min; caution in other cases



if still symptomatic



- Intraarticular hyaluronate
- Intraarticular corticosteroids



STEP 3: Last pharmacological attempts

- Short-term weak opioids
- Duloxetine

STEP 4: End-stage disease management and surgery

if severely symptomatic and poor quality of life

- Total joint replacement
- (Unicompartmental knee replacement)

if contraindicated

- Opioid analgesics





U.S. Food and Drug Administration
Protecting and Promoting *Your* Health

Drug Safety Communications

FDA strengthens warning that non-aspirin nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) can cause heart attacks or strokes

Safety Announcement

[7-9-2015] The U.S. Food and Drug Administration (FDA) is strengthening an existing label warning that non-aspirin nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) increase the chance of a heart attack or stroke. Based on our comprehensive review of new safety information, we are requiring updates to the drug labels of all prescription NSAIDs. As is the case with current prescription NSAID labels, the Drug Facts labels of over-the-counter (OTC) non-aspirin NSAIDs already contain information on heart attack and stroke risk. We will also request updates to the OTC non-aspirin NSAID Drug Facts labels.





- [Home](#)
- [Food](#)
- [Drugs](#)
- [Medical Devices](#)
- [Radiation-Emitting Products](#)
- [Vaccines, Blood & Biologics](#)
- [Animal & Veterinary](#)
- [Cosmetics](#)
- [Tobacco Products](#)

Safety

[Home](#) > [Safety](#) > [MedWatch The FDA Safety Information and Adverse Event Reporting Program](#) > [Safety Information](#) > [Safety Alerts for Human Medical Products](#)

Safety Alerts for Human Medical Products

[2015 Safety Alerts for Human Medical Products](#)

[2014 Safety Alerts for Human Medical Products](#)

[2013 Safety Alerts for Human Medical Products](#)

[2012 Safety Alerts for Human Medical Products](#)

Acetaminophen Prescription Combination Drug Products with more than 325 mg: FDA Statement - Recommendation to Discontinue Prescribing and Dispensing

- [f SHARE](#)
- [t TWEET](#)
- [in LINKEDIN](#)
- [p PIN IT](#)
- [e EMAIL](#)
- [p PRINT](#)

[Posted 01/14/2014]

AUDIENCE: Consumer, Dentistry, Emergency Medicine, Internal Medicine, Pharmacy, Pain Management, Surgery

ISSUE: FDA is recommending health care professionals discontinue prescribing and dispensing prescription combination drug products that contain more than 325 milligrams (mg) of acetaminophen per tablet, capsule or other dosage unit. There are no available data to show that taking more than 325 mg of acetaminophen per dosage unit provides additional benefit that outweighs the added risks for liver injury. Further, limiting the amount of acetaminophen per dosage unit will reduce the risk of severe liver injury from inadvertent acetaminophen overdose, which can lead to liver failure, liver transplant, and death.

Cases of severe liver injury with acetaminophen have occurred in patients who:

	Paracetamol	AINEs	Opiacis	SYSADOAs
OARSI 2008-10	< 4 g/d	Dosii temps mínims	2 ^a , 3 ^a línia	Sí (6 mesos?)
ACR 2012	Sí	Sí	Sí	-
OARSI 2014	Sí	Sí	-	No
ESCEO 2014	Sí	Sí	3 ^a línia	Sí
FDA	Condiciona	Condiciona	Condiciona	Nutracètic





La artrosis: guías y consensos para una enfermedad metabólica y sistémica

Guías y recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la artrosis: en busca del consenso

Pere Benito-Ruiz

Semin Fund Esp Reumatol. 2012;13(Supl 1):3-8



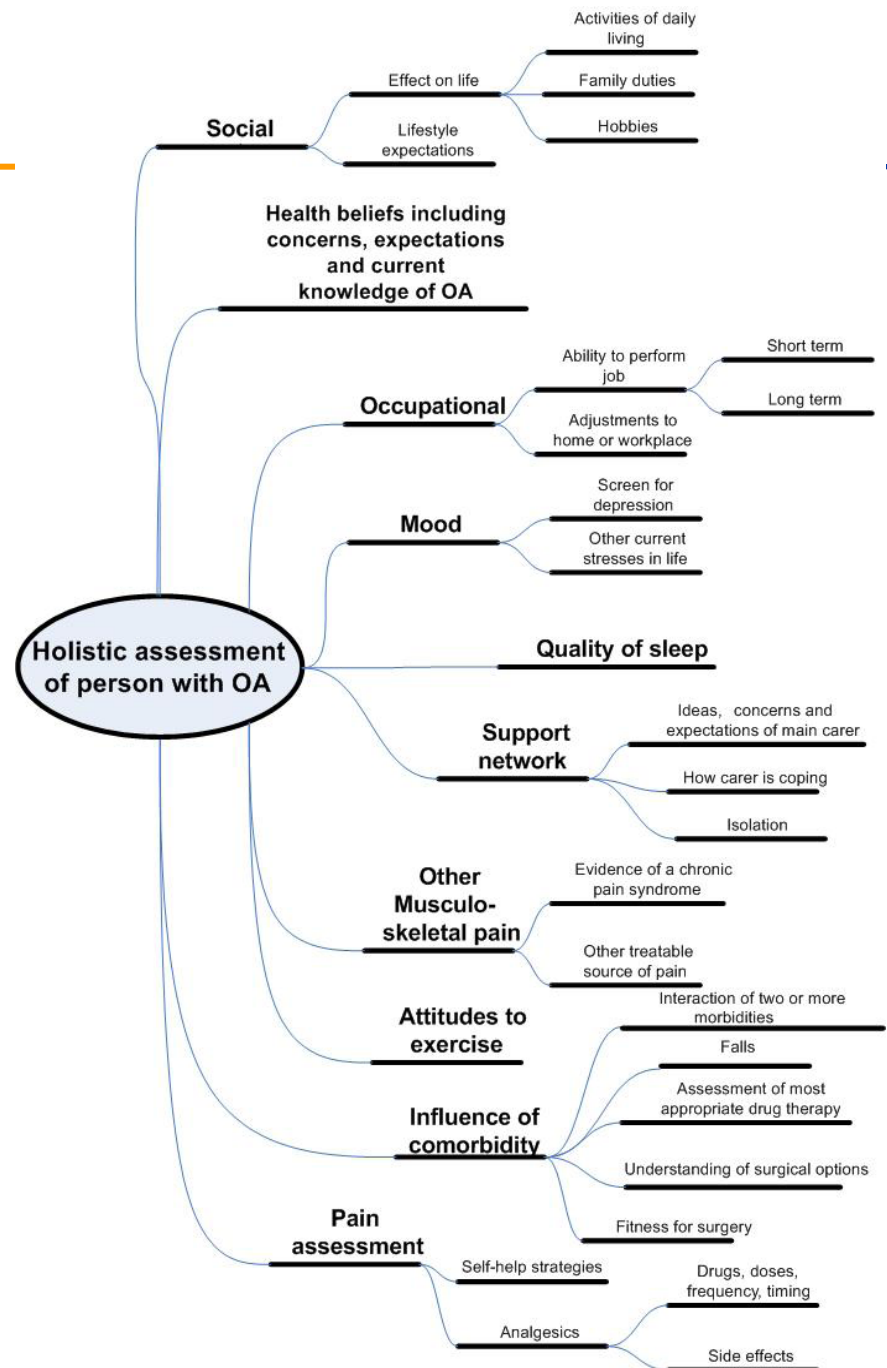
Osteoarthritis

Care and management in adults

Issued: February 2014

NICE clinical guideline 177

guidance.nice.org.uk/cg177



Conclusions

Les artrosi són un grup heterogeni de patologies amb clínica similar i canvis patològics i radiològics comuns

És difícil establir recomanacions uniformes a totes elles

Els instruments actuals de mesura de la mida de l'efecte no són prou sensibles al canvi

Les darreres recomanacions, formulades per experts americans i europeus, es basen menys en les opinions personals i més en el grau de evidència

L'actualització periòdica de les guies i recomanacions són d'ajuda a la pràctica clínica

Cal establir estratègies que facilitin l'adherència a aquestes recomanacions



Seguiment de les recomanacions

El nivell de seguiment de les recomanacions de EULAR de l'any 2000 per al tractament de l'artrosi de genoll va demostrar certa variabilitat

Estudi Chevalier (1)

- **Recomanacions no farmacològiques (entre el 9% de l'exercici i el 42% de ajudes tècniques senzilles)**
- **Prescripció de paracetamol com a fàrmac de primera línia (90%)**
- **Coprescripció d'AINE en primera instància (43%)**

Estudi Denoued (2)

- **Adherència recomanacions farmacològiques o no farmacològiques (75%)**
- **Adherència a les dues alhora (54%)**

1. Chevalier X. *Clin Exp Rheumatol*. 2004;22:205-12

2. Denoued L. *Ann Rheum Dis*. 2005;64:70-4



Seguiment de les recomanacions

Recomanacions EULAR (3)

A França, només el 10,4% dels enquestats, van emplenar el qüestionari

Recomanacions ACR o EULAR (4)

Seguiment de mesures no farmacològiques,

- Exercici, 58,1%
- Pèrdua de pes, 50%

Seguiment de mesures farmacològiques,

- Prescripció de paracetamol, 68,6%
- Corticoides intraarticulars, 65,7%
- COXIBs, 50,5%
- Àcid hialurònic intraarticular, 43,8%.

3. Mazières B. *Ann Rheum Dis.* 2005;64:1158-64

4. DeHaan MN. *J Rheumatol.* 2007;34:2009-105.

