

# Società svizzera di reumatologia

## **Presca di posizione della commissione di Clinical Affairs in merito all'evidenza sull'uso di condroitina solfato e glucosamina solfato nell'osteoartrite (OA) del ginocchio e delle articolazioni dell'anca**

---

L'efficacia di condroitina solfato (CS) e glucosamina solfato (GS) nell'osteoartrite è stata studiata in una serie di studi controllati randomizzati (RCT), nei quali sono stati analizzati sia gli effetti sintomatici sul dolore, sia un effetto modificante la struttura. Per il momento, questi RCT hanno fornito risultati discrepanti.

Quest'anno l'Osteoarthritis Research Society International (OARSI) ha pubblicato un articolo che fornisce una visione d'insieme della situazione relativa all'evidenza sull'uso di CS, GS e altri medicamenti per l'artrosi<sup>1</sup>. Sono stati presi in considerazione studi controllati randomizzati (RCT) e meta-analisi fino a gennaio 2009. Per CS viene riportata un'azione sul dolore con un effect size moderato pari a 0,75 in base alla meta-analisi più recente ad oggi.<sup>2</sup> Viene tuttavia sottolineato che gli studi presi in considerazione nella meta-analisi sarebbero estremamente eterogenei e che vi sarebbe evidenza di un bias di pubblicazione. In relazione all'effetto protettivo sulla cartilagine, è stata menzionata una meta-analisi più recente che ha dimostrato un effetto ridotto ma significativo sulla perdita di cartilagine, con un effect size pari a 0,26.<sup>3</sup> Anche per glucosamina solfato è stata descritta un'azione sul dolore con un effect size pari a 0,58, tuttavia in considerazione dei risultati dello studio la diminuzione dell'assottigliamento dello spazio intrarticolare ad opera di GS è stata valutata come controversa. In conclusione, nell'articolo dell'OARSI viene quindi descritta un'azione di CS e GS sul dolore nell'artrosi del ginocchio e dell'anca e per CS in misura ridotta anche sulla perdita di cartilagine.

Wandel et al. hanno recentemente pubblicato una nuova meta-analisi che non è ancora stata presa in considerazione nelle raccomandazioni dell'OARSI,<sup>4</sup> nella quale non vengono indicati effetti significativi di CS o GS sul dolore o sulla perdita di cartilagine. Tuttavia, gli autori hanno impiegato criteri molto selettivi per la scelta degli studi. A questo proposito, nell'analisi sono stati inclusi solo tre RCT con CS, 6 RCT con GS e un RCT con contemporaneamente CS e GS. In particolare, sono stati presi in considerazione solo studi su vasta scala con oltre 200 pazienti. La scelta degli studi per la meta-analisi solleva alcuni interrogativi. In primo luogo, si pone la domanda se sia lecito escludere a priori studi di dimensioni minori. Gli studi minori possono sopravvalutare l'azione dei medicamenti per il trattamento dell'OA.<sup>5</sup> D'altro canto, la definizione arbitraria di "minori" per studi con numero di pazienti inferiore a 200 va ponderata. Infatti, gli studi minori ma qualitativamente superiori possono fornire informazioni preziose che non dovrebbero essere escluse a priori.<sup>6</sup> Inoltre, un effect size pari a 0,39 è stato arbitrariamente definito come clinicamente significativo. Tuttavia, il paracetamolo come terapia consigliata per l'OA non raggiunge di gran lunga questo effect size. Nella scelta degli studi non è poi stato preso in considerazione il livello del dolore al momento dell'inclusione nello studio, elemento che influisce notevolmente sull'effetto del trattamento previsto.<sup>7</sup>

In generale, RCT più recenti e ampi su CS e GS hanno dimostrato un effetto minore a confronto con studi precedenti.<sup>2,5</sup> È quindi lecito chiedersi se gli effetti dimostrati soprattutto nei primi RCT sopravvalutino l'efficacia dei preparati. In ultima analisi, questa controversia non può tuttavia essere risolta con ulteriori meta-analisi con una diversa scelta di RCT. Solo RCT qualitativamente superiori possono fornire una risposta, per cui è attualmente in corso uno studio su vasta scala.<sup>8</sup>

Fino a quando non saranno disponibili ulteriori dati provenienti da RCT, secondo l'opinione della commissione di CA della SSR è consentito il proseguimento dell'uso di CS e GS in conformità alle raccomandazioni dell'OARSI.<sup>1</sup> A questo proposito, occorre considerare che CS e GS sono medicamenti ben tollerati privi di tossicità sostanziale e che non sono disponibili farmaci alternativi con un rapporto rischi-benefici superiore.

## Bibliografia

1. Zhang, W. et al. 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. *Osteoarthritis Cartilage* 18, 476-99.
2. Reichenbach, S. et al. Meta-analysis: chondroitin for osteoarthritis of the knee or hip. *Ann Intern Med* 146, 580-90 (2007).
3. Hochberg, M.C. Structure-modifying effects of chondroitin sulfate in knee osteoarthritis: an updated meta-analysis of randomized placebo-controlled trials of 2-year duration. *Osteoarthritis Cartilage* 18 Suppl 1, S28-31.
4. Wandel, S. et al. Effects of glucosamine, chondroitin, or placebo in patients with osteoarthritis of hip or knee: network meta-analysis. *Bmj* 341, c4675.
5. Nuesch, E. et al. Small study effects in meta-analyses of osteoarthritis trials: meta-epidemiological study. *Bmj* 341, c3515.
6. Finckh, A. & Tramer, M.R. Osteoarthritis: Small studies overestimate the benefit of therapies for OA. *Nat Rev Rheumatol* 6, 617-8.
7. Pelletier, J.P., Hochberg, M.C., du Souich, P., Kahan, A. & Michel, B.A. Effect size is encouraging. *Bmj* 341, c6328.
8. <http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00513422?term=chondroitin+LEGS&rank=1>