

IMPACTUL SOCIO-ECONOMIC AL OSTEOARTROZEI GENUNCHIULUI ASUPRA PACIENȚILOR

Virginia Șalaru

Școala de Management în Sănătate Publică

Summary

Socio-economic impact of disease in knee osteoarthritis patients

As the most common form of joint disease, osteoarthritis (OA) is associated with an extremely high social and economic burden. This burden is largely attributable to the effects of disability, the severe effects on quality of life, comorbid disease, and the expense of treatment. OA is more costly of musculoskeletal condition in economic terms because of its far higher prevalence. The direct costs are determined by the medications, hospitalization comprise nearly half of direct costs. Indirect costs for OA are also high, largely a result of work-related losses and home-care costs. Its recognition as a major cause of disability, particularly in the aging population, should increase community focus on this important condition.

Rezumat

Osteoartroza, cea mai frecventă patologie articulară, este asociată cu un impact major socio-economic. Această povară este datorată dizabilității survenite în urma îmbolnăvirii, efectelor severe asupra calității vieții, comorbidității și costurilor tratamentului. OA, în termeni economici, este cea mai costisitoare dintre patologiile musculo-scheletale. Costurile directe sunt determinate, în special, de tratamentul medicamentos și spitalizare, care reprezintă circa jumătate din aceste costuri. Costurile indirecte, de asemenea, sunt foarte înalte, fiind datorate pierderii capacității de muncă și cheltuielilor pentru îngrijirea la domiciliu. Recunoașterea acestei patologii drept o cauză majoră de dizabilitate, în special datorită îmbătrânirii populației, ar trebui să focuseze atenția comunității asupra acestei stări.

Actualitatea

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) definește în mod complex starea de sănătate ca fiind - o stare de "bine fizic, psihic și social" [1]. Această abordare rațională relevă practic unii dintre cei mai importanți determinanți ai stării de sănătate, de la statutul socio-economic și pînă la stilul de viață [2], subliniind rolul major al contribuției active ai unor factori non-medicali în acest complex. Osteoartroza genunchiului reprezintă o entitate nozologică complexă, definită de către Subcomisia de Osteoartroză a Colegiului American de Reumatologie (ACR) drept un grup heterogen de condiții care duc în comun la simptome și semne, asociate cu defecte de integritate a cartilajului articular, modificări în osul subcondral și marginile articulare. Creșterea numărului de pacienți cu OA reprezintă o povară majoră la nivel global, cu influență asupra indivizilor, a sistemelor de sănătate și asistența socială. La etapa actuală persistă rezerve la tratamentul patogenetic. O perspectivă asupra consecințelor fizice, mentale și sociale în OA este semnificativă. În așa mod impactul asupra calității vieții poate fi mai important pentru determinarea tratamentului decît influența sa asupra severității bolii (studiul EPOSA 2011).

Materiale și metode

Studiul reprezintă un reviu secundar descriptiv. Pentru analiză au fost analizate datele prezentate în 17 articole din USA, Canada, Franța, Australia, Germania și România, pe perioada anilor 1993-2011.

Rezultate

Conform datelor Organizației Mondiale a Sănătății, osteoartroza este cea mai frecventă cauză a durerii cronice la persoanele în vîrstă. Impactul major este transpus în calitatea joasă a vieții, restricții și deficiențe în activitățile cotidiene, relațiile interpersonale, activitățile sociale și de costuri înalte ale tratamentului [3]. Ea poate afecta orice articulații, dar cel mai frecvent sunt implicate articulațiile mari, coxofemorale și genunchii, fiind o cauză majoră de dificultăți de

mobilitate și deficiențe în autodeservire. Osteoartroza genunchiului este mai frecventă la femei decât la bărbați, iar prevalența crește o dată cu înaintarea în vârstă. La 45% dintre femeile de peste 65 de ani există simptome de OA genunchiului, în timp ce simptome radiologice sunt la peste 70% de cazuri. Conform datelor OMS din 1990 osteoartroza a determinat 2,8% YDL, fiind a 10-a cauză dintre patologiile non-fatale, iar în 2000 ea a urcat pe poziția a patra, reprezentând 3,0% din totalul de YDL, la nivel mondial. OA genunchiului este cea de-a patra cauza la nivel mondial de dizabilitate la femei și a opta la bărbați.[4]. Bazându-se pe tendințele actuale, s-a apreciat că OA tinde să devină a patra cauză de dizabilitate la nivel mondial, către anul 2020. (Woolf and Pfleger 2003). În literatura de specialitate sunt date limitate cu privire la incidența și prevalența OA. O problemă invocată ar fi - definirea patologiei și stabilirea debutului acesteia. Estimările la nivel mondial indică faptul că 9,6% dintre bărbați și 18% dintre femei cu vârsta peste 60 ani au OA simptomatică. În studiul Framingham (vârsta medie de participare 70,8 ani) au dezvoltat OA confirmată radiologic 2% dintre femei și doar 1% - OA simptomatică, versus 1,4% bărbați și respectiv 0,7% cazuri de osteoartroză simptomatică. Moscowitz R. și al.(2007) vehiculează cifre ale incidenței osteoartrozei de 163,8 cazuri la 100 000 populație.

Impactul socio-economic al OA genunchiului nu a fost extensiv studiat. Identificarea costurilor patologiei este dificilă pe motiv că diagnosticul definitiv necesită efectuarea unei radiografii, deseori fiind folosit doar sindromul algic la nivelul articulației genunchiului, dar acest fapt duce la includerea altor cauze, inclusiv artritele inflamatorii. De asemenea, este problematică estimarea costurilor imputabile doar de OA, deoarece sunt prezente mai multe comorbidități. [5]. Costurile directe reprezintă cheltuielile pentru sănătate asociate direct cu prevenirea bolilor, depistarea, tratarea și reabilitarea, inclusiv, îngrijirile în comunitate. Valoarea costurilor directe reprezintă resurse care ar fi fost disponibile pentru alte utilizări, în sănătate și sistemul social, precum și de către individ, în cazul în care boala nu s-ar fi întâmplat. Costurile directe includ costurile pentru vizite la medic, teste de diagnostic, medicamente, spitalizări și proceduri de diagnostic, ajutoare și dispozitive de mers, precum și procedurile ambulatorii, plățile transportului la medic sau la alt furnizor de servicii de îngrijire a sănătății, cum ar fi terapii complementare, alimente pentru diete speciale sau cheltuieli pentru adaptarea locuinței la starea de sănătate actuală. Costurile directe suportate de către pacient, denumite în literatura engleză ca out-of-pocket, variază în funcție de ceea ce este acoperit de asigurările medicale.

Studiile internaționale și naționale au identificat, în mare măsură, costurile artritelor ca un tot întreg. Cu toate acestea, în Suedia, s-a constatat că OA a indus costuri SKr 7.4 bilioane (US\$749.4 milioane) în 1994, dintre care SKr 739 milioane (US\$75 milioane) pentru îngrijirile în staționar și SKr 6.4 bilioane pentru pierderea productivității. [6.] Bazându-se pe datele naționale din Franța, costurile OA au fost estimate la 0,1% din produsul național brut pentru anul 1991 [7], cu echivalentul a US\$51.4 bilioane (nivelul anului 2000 pentru dolar). Aproape două treimi din cheltuieli au fost atribuite costurilor directe pentru îngrijirile medicale. Cheltuielile medicale la pacienții cu OA mai tineri de 65 de ani sunt duble față de cheltuielile pacienților fără OA.[8] Conform datelor unui studiu, de tip caz-control efectuat în USA, costurile pentru un pacient mai tânăr de 65 de ani au constituit \$2827 per pacient/an, iar pentru cei mai în vârstă de 65 de ani - \$1963 per pacient /an. [9]

Utilizarea resurselor de sănătate se referă și la tratamentul complicațiilor survenite, cel mai frecvent al gastropatiei induse de AINS. Au fost evaluate, în Marea Britanie, cheltuieli £251 milioane pentru tratarea gastropatiilor post AINS.[10] Costurile directe ale osteoartrozei genunchiului variază în diferite studii, efectuate pe populații neomogene, cu diferite grade de severitate a bolii. Loza și al [11], care au examinat un eșantion reprezentativ al populației spaniole cu osteoartroza genunchiului și coxofemurală (74% femei), au afișat costuri de 1502 euro, dintre care costurile directe erau de 1291 euro (86%). Valoarea costurilor a corelat cu numărul de comorbidități, un scor mai înalt WOMAC și stadii mai avansate radiografic. Nunez și al. au studiat pacienții cu OA genunchiului de pe lista de așteptare pentru protezarea articulației genunchiului (perioada de observare de 6 luni) și au stabilit că, costurile directe sunt de 200 de euro, în timp ce costurile nemedicale s-au ridicat la 1235 euro.

Datele sunt neomogene din cauza calculelor distincte și diferențelor de preferințe în tratament în diferite țări (Leardini- mai multe spitalizări, Nunez-costuri foarte mici de tratament conservativ). Leardini a constatat că osteoartroza genunchiului poate provoca deficiențe funcționale mai mari decât coxartroza. Pacienții cu OA utilizează frecvent terapii complementare. Astfel, un studiu realizat de Ramsey S.D. și alții, în 2001, a afișat date conform cărora costul tratamentului alternativ a fost de 1127 dolari, în comparație cu cheltuielile pentru îngrijirile medicale ambulatorii care au constituit 1148 de dolari. În cazul ineficienței metodelor conservative de tratament se aplică tratamentul chirurgical pentru protezarea articulațiilor coxofemorale și genunchi, acestea implică cheltuieli substanțiale asupra sistemelor de sănătate.

Costurile indirecte rezultă din consecințele patologiei, cum ar fi limitarea activităților uzuale. Abordarea, bazată pe capitalul uman, conține aceste costuri ca valoare a producției pierdute pentru societate, incluzând pierderea capacității de muncă ca urmare a tratamentului, concediu medical, productivitatea muncii redusă, pensionare anticipată și moartea. Costurile suplimentare legate de auto-îngrijire, întreținerea casei, de asemenea, pot fi incluse. Costurile indirecte sunt greu de estimat, din motivele anterior menționate. Mai mult de jumătate dintre persoanele cu OA simptomatică au raportat incapacitate temporară de muncă [12], având șanse mai mari de a reduce timpul de lucru sau de imposibilitatea de a obține un loc de muncă din cauza bolii. Cu toate acestea, costurile indirecte ale OA sunt mai mici în comparație cu cele ale pacienților cu artrită reumatoidă, deoarece mulți pacienți sunt pensionați pe motivul atingerii vârstei [13]. În Australia 25% dintre persoanele cu OA au raportat limitări în activitățile cotidiene, precum și necesitatea crescută în echipamente speciale, asistență din partea familiei și prietenilor, aceste restricții crescând o dată cu vârsta. [14]

Ponderea socială majoră și gradul de deficiență datorate osteoartrozei genunchiului au fost relevate în studiul Framingham, care a cuprins un număr de 1769 pacienți. Conform datelor prezentate, pacienții cu osteoartroză necesitau asistență suplimentară pentru efectuarea a patru dintre cele șapte activități funcționale de bază, și anume: urcatul pe scară, mersul pe jos o milă, menajul și transportarea pachetelor [15]. În acest context, osteoartroza a fost clasată la același nivel cu bolile cardiace, insuficiența cardiacă congestivă și bronhopneumopatia cronică obstructivă, fiind o cauză de dezabilitate fizică majoră.

Costurile intangibile sunt asociate cu pierderea funcției, durerea crescută și reducerea calității vieții pacienților, familiilor și persoanelor care îi îngrijesc. Acestea includ și costurile oportunităților pierdute. Costurile intangibile reprezintă un beneficiu negativ, în termeni de economie de sănătate, dar în general nu sunt incluse în studii. Cu toate acestea ele sunt foarte importante pentru patologia articulară. Pentru că dizabilitatea este un rezultat semnificativ, or, limitările în viața de zi cu zi, reducerea activităților și comunicării, durerea cronică și problemele psihologice reduc substanțial starea generală de sănătate. Inversa costurilor intangibile la pacientul cu osteoartroză este beneficiul pe care îl primește un pacient de la un tratament eficient. Totuși, costurile intangibile sunt dificil de cuantificat.

Datele studiilor recente sugerează ideea că durerea în OA are un impact major asupra calității vieții, productivității muncii și asistenței medicale și utilizarea resurselor în rândul angajaților. Osteoartroza duce la o probabilitate semnificativ mai mare de absenteism și zile de muncă pierdute, crescând costurile indirecte pentru femei cu 469 dolari și cu 520 dolari pentru bărbați, acest lucru fiind echivalent cu 3 zile lucrătoare pierdute [16], iar prezenteismul, ca factor ce contribuie la productivitatea muncii, a scăzut considerabil. Impactul durerii la pacienții cu OA genunchiului determină scăderea productivității și costuri indirecte mai înalte. [17]

Concluzii

Costurile directe ale osteoartrozei sunt mari, implicând cheltuieli exorbitante, inclusiv, din partea pacientului. Limitările în activitățile fizice cotidiene avansează o dată cu progresarea OA genunchiului, având un pronostic mai puțin favorabil în ceea ce privește funcția fizică decât coxartroza.

Domeniul de cercetare a osteoartrozei ca boală nontransmisibilă importantă, se menține printre prioritățile OMS și programele mondiale de sănătate publică. Prin incidența asupra stării mentale a populației, simptomele bolii și influența lor asupra calității vieții, gradului de independență în activitățile cotidiene, relațiile interpersonale și socializare, rămân a fi domenii de direcționare spre dezvoltarea de tratamente și protocoale clinice de management care vor reduce substanțial impactul acestei boli grave.

Bibliografie

1. Constitution of The World Health Organization, available at http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
2. Tinica C., Bostan I., Grosu V., Corelatii privind creșterea economica și evoluția costurilor aferente maladiilor cronice, *Revista Româna de Bioetică*, vol.8 nr.3, iulie septembrie 2010
3. Van der Waal JM, Terwee CB, van der Windt DA. Health-related and overall quality of life of patients with chronic hip and knee complaints in general practice. *Qual Life Res* 2005;14:795-803
4. Jordan KM, Arden NK, Doherty M, Bannwarth B, et al. EULAR Recommendations 2003: An Evidence Based Approach to the Management of Knee Osteoarthritis: Report of a Task Force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT). *Ann Rheum Dis.* 2003; 62:1145-1155
5. March L.M., Bachmeier C.J.: Economics of osteoarthritis: A global perspective. *Baillieres Clin Rheumatol* 1997; 11:817-834
6. Jonsson D., Husberg M.: Socioeconomic costs of rheumatic diseases: Implications for technology assessment. *Int J Technol Assess Health Care* 2000; 16:1193-1200
7. Levy E., Ferme A., Perocheau D., Bono I.: [Socioeconomic costs of osteoarthritis in France]. *Rev Rhum Fr Ed* 1993; 60:63S-67S
8. MacLean C.H., Knight K., Paulus H., et al: Costs attributable to osteoarthritis. *J Rheumatol* 1998; 25:2213-2218
9. Dunlop D.D., Manheim L.M., Yelin E.H., et al: The costs of arthritis. *Arthritis Rheum* 2003; 49:101-113.
10. Moore R.A.: The hidden costs of arthritis treatment and the cost of new therapy—the burden of non-steroidal anti-inflammatory drug gastropathy. *Rheumatology Oxford* 2002; 41(Suppl 1):7-15.
11. Loza E, Lopez-Gomez JM, Abasolo L, et al. Economic burden of knee and hip osteoarthritis in Spain. *Arthritis Rheum*, 61: 158–165, 2009.
12. Pincus T., Mitchell J.M., Burkhauser R.V.: Substantial work disability and earnings losses in individuals less than age 65 with osteoarthritis: Comparisons with rheumatoid arthritis. *J Clin Epidemiol* 1989; 42:449-457.
13. Gabriel S.E., Crowson C.S., Campion M.E., O'Fallon W.M.: Indirect and nonmedical costs among people with rheumatoid arthritis and osteoarthritis compared with nonarthritic controls. *J Rheumatol* 1997; 24:43-48
14. Lapsley H.M., March L.M., Tribe K.L., et al: Living with osteoarthritis: Patient expenditures, health status, and social impact. *Arthritis Rheum* 2001; 45:301-306.
15. Guccione AA. Felson DT. Anderson JJ. Et al. The effects of specific medical conditions on the functional limitations of elders in the Framingham study. *Am J Public Health* 1994-, 84:351-8
16. Kotlarz H, Gunnarsson CL, Fang H, Rizzo JA. Osteoarthritis and absenteeism costs: evidence from US National Survey Data. *J Occup Environ Med.* 2010 Mar;52(3):263-8.
17. Marco C, DiBonaventura, Shaloo Gupta , Margaret McDonald, Alesia Sadosky: Evaluating the health and economic impact of osteoarthritis pain in the workforce: results from the National Health and Wellness Survey. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2011, 12:83 doi:10.1186/1471-2474-12-83