

Czerwiński E., Czerwińska M.: Współczesne zagrożenia złamaniami osteoporotycznymi. V Ogólnopolskie Sympozjum Chorób Metabolicznych Tkanki Kostnej i Stawów oraz Sekcji Reumoortopedii. Jurata-Hel 2-4.09.2005. Streszczenia/Program; 19

Współczesne zagrożenia złamaniami osteoporotycznymi

dr hab. med. Edward Czerwiński^{1,2}, lek. med. M. Czerwińska²

¹Zakład Chorób Kości i Stawów, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

²Krakowskie Centrum Medyczne, ul. Kopernika 32, 31-501 Kraków, www.kcm.pl

Występujące w osteoporozie złamania są ogromnym problemem klinicznym i ekonomicznym. Przedłużenie długości życia powoduje wzrost częstości osteoporozy i nieuchronnie prowadzi do zwiększenia ilości złamań. Po 50 r.ż. w 1990 liczba złamań bkk udowej w świecie wynosiła 1.600.000, a w 2050 dojdzie do 6.260.000. Szacuje się, że w USA występuje rocznie 1.5 mln złamań, w tym: 700 tys. złamań kręgosłupa, 300 tys. bkk udowej, 250 tys. dalszej części kości promieniowej oraz 300 tys. innych. Globalne znaczenie złamań osteoporotycznych jest ciągle niedoceniane. Złamania te mają rozmiar epidemii.

Złamania osteoporotyczne występują najczęściej w kręgosłupie, w dalszym odcinku kości udowej, bliższym odcinku kości ramiennej. Największe znaczenie mają złamania bkk udowej.

Złamania kręgosłupa

Złamania kręgosłupa należą do najczęstszych w osteoporozie. Po 50 r.ż. złamania te występują u co czwartej kobiety, a po 85 r.ż. – u co drugiej. W badaniu EVOS obejmującym 15 570 kobiet i mężczyzn po 50 r.ż. złamania te rozpoznano u 12% osób obojga płci.

Złamania kręgosłupa w 25% są skutkiem upadku lub mogą powstać podczas rutynowych czynności dnia codziennego – przy wstawaniu z łóżka, kichnięciu, potknięciu się o przeszkodę. Około 60% złamań jest bezobjawowych, zatem nierozpoznanych, a patomechanizm złamania nie jest do końca ustalony skutkiem trudności w interpretacji obrazów radiologicznych.

Niestety, pojawienie się pierwszego złamania ma niekorzystne znacznie prognostyczne; gdyż ryzyko złamania kolejnego złamania kręgowego wzrasta 11,1-krotnie, złamania miednicy 8,3-krotnie, a złamania bliższego końca kości udowej 2,3-krotnie.

Podstawową metodą rozpoznawania złamania kręgosłupa jest badanie radiologiczne. Stosujemy 2 metody oceny zdjęć radiologicznych: jakościową (póhilościową) i ilościową. Wszystkie osteoporotyczne złamania kręgosłupa są złamaniami kompresyjnymi. Wyróżnia się złamania klinowe (najczęstsze), dwuwklęsłe i zmiażdżeniowe. W metodzie póhilościowej Genanta rozpoznajemy złamania łagodne, średnie i ciężkie.

Złamania bliższego końca kości udowej (bkk udowej)

Najpoważniejszym klinicznym, społecznym i ekonomicznym problemem osteoporozy są złamania bliższego końca kości udowej. Występują one średnio u 2,5 na 1000 kobiet, w granicach od 0,2% (w 35 r.ż.) do 30,0% (po 85 r.ż.). Życiowe ryzyko złamania bkk udowej u kobiety po 50 r.ż. Wynosi 17% [10], 90% złamań bkk udowej występuje skutkiem upadku pozostałe 10% przypada na złamania zmęczeniowe lub patologiczne. Powszechną zasadą jest, że operacyjnie zespalane są złamania, które rokują zrost. Zespolenie z kolei winno pozwalać na pełen obciążenie bezpośrednio po zabiegu operacyjnym. Niestety, niezależnie od zastosowanego leczenia, z powodu złamań bkk udowej w ciągu roku umiera 10-20% kobiet i 25% mężczyzn. Z osób, które przeżyją szczęśliwie złamanie 50% staje się niepełnosprawna.

Zapobieganie złamaniom – zapobieganie upadkom

Celem leczenia osteoporozy jest zapobieganie złamaniom. Przyczyna 90% do 100% złamań kończyn jest upadek. Około 1/3 osób po 65 roku życia upada co najmniej raz w roku, z czego 3-5% upadków prowadzi do złamania. Bezpośrednią przyczyną upadków są najczęściej: redukcja siły mięśniowej, zaburzenia równowagi, zaburzenia chodu, niska masa ciała, osłabienie wzroku oraz obniżenie aktywności życiowej. Zatem zapobieganie upadkom, niezależnie od interwencji farmakologicznej jest zasadniczą metodą unikania złamania.