

Ryzyko złamania Lekarz radzi

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), ustalając przed szesnastu laty definicję osteoporozy, określiła ją jako chorobę układową szkieletu, charakteryzującą się niską masą kostną, czyli obniżoną gęstością mineralną kości, upośledzeniem ich architektury i zwiększoną łamliwość. Definicja ta nadal jest powszechnie stosowana, ale obok niej funkcjonuje również inna, opracowana w 2001 roku przez grupę ekspertów amerykańskich.

Określa ona osteoporozę jako chorobę szkieletu, charakteryzującą się upośledzoną wytrzymałością kości, co powoduje zwiększone ryzyko złamania. Wytrzymałość kości odzwierciedla gęstość mineralną w połączeniu z jakością kości.

W obu definicjach występuje pojęcie masy kostnej i zagrożenie złamaniami. Nowa zastępuje jednak "zaburzenia architektury" pojęciem "wytrzymałość kości" i wprowadza termin "ryzyko złamania".

Rozpoznawanie osteoporozy, zgodnie z treścią obu definicji, odbywa się na podstawie obniżonej gęstości mineralnej kości (BMD - Bone Mineral Density). Wyniki pomiarów masy kostnej uzyskane w badaniu densytometrycznym odnoszone są do masy kości u młodych dorosłych, osób w wieku 35 lat. Wskaźnikiem tego pomiaru jest wartość T-score, od której większość lekarzy nadal uzależnia podjęcie terapii.

Nowe badania nad osteoporozą dowiodły jednak, że dobry wynik uzyskany w badaniu gęstości kości nie oznacza, iż pacjent jest zdrowy. 70 proc. złamań występuje właśnie u osób, które mają prawidłowe BMD. A zatem popełniamy błąd przyjmując, że u takiej osoby nie ma ryzyka złamania.

Opublikowany w ubiegłym roku raport WHO, opracowany przez brytyjskiego uczonego o światowej sławie, prof. Johna A. Kanisa, uznaje, że podstawą decyzji terapeutycznej jest ryzyko złamania, a nie tylko wartość BMD. Oblicza się je na podstawie BMI lub BMD oraz tzw. klinicznych czynników ryzyka złamania, do których należą: przebyte złamanie osteoporotyczne; złamanie bliższego końca kości udowej u rodziców; palenie papierosów; zażywanie glikokortykosteroidów; reumatoidalne zapalenie stawów (RZS); alkoholizm; osteoporozy wtórne; mała wartość wskaźników masy ciała (BMI poniżej 20 kg na m kw.).

Kalkulator FRAX

Ryzyko złamania można obliczyć samemu, korzystając z kalkulatora dostępnego w internecie. Wystarczy wpisać w odpowiednie rubryki takie parametry, jak: wiek, waga, wzrost, płeć. Informację



Dr hab. n. med. Edward Czerwiński,
kierownik Zakładu Chorób Kości i Stawów UJCM,
dyrektor Krakowskiego Centrum Medycznego
Fot. archiwum prywatne

o ryzyku złamania uzyskamy także (w procentach), podając wynik naszego aktualnego badania densytometrycznego.

Kalkulator o nazwie FRAX, opracowany przez WHO pod przewodnictwem prof. Kanisa, jest dostępny na stronie internetowej: www.shef.ac.uk/FRAX w wersji angielskiej (model FRAX dla Polski jest w trakcie opracowania). Oblicza on ryzyko złamania bliższego końca kości udowej lub innego istotnego złamania osteoporotycznego, które może wystąpić w ciągu kolejnych 10 lat.

Za zgodą prof. Kanisa opracowałem, wspólnie z zespołem kolegów, manualny kalkulator złamania przeznaczony dla polskich pacjentów. Pozwala on obliczyć w ciągu 30 sekund ryzyko złamania na podstawie wieku danej osoby, jej wagi, wzrostu i znajomości czynników ryzyka złamania. Kalkulator zaprezentujemy po raz pierwszy podczas III Środkowoeuropejskiego Kongresu Osteoporozy i Osteoartrozy, który odbędzie się we wrześniu w Krakowie.

Mamy nadzieję, że z kalkulatora manualnego, który jest przełomowym osiągnięciem w diagnostyce, będą mogli wkrótce korzystać wszyscy lekarze i pacjenci. Jeśli znajdzie się w każdej poradni zdrowia, przyczyni się do szybkiego i łatwego diagnozowania.

Dlaczego tak istotną sprawą jest ustalenie czynników ryzyka złamania? Zaledwie u 10 procent osób, które doznały już złamania osteoporotycznego, tzw. niskoenergetycznego (złamanie ręki "w nadgarstku", złamanie żebra, kości ramiennej, pęknięcie miednicy) podejrzewana jest osteoporoza. U pozostałych leczy się tylko złamanie. Tymczasem po złamaniu osteoporotycznym ryzyko następnego wzrasta od 2 do 10 razy. Trzeba też brać pod uwagę lokalizację złamania. Na przykład kość promienna zrośnie się bez większych problemów, ale złamanie szyjki kości udowej zagraża choremu nawet śmiercią (częste przypadki u osób starszych).

Nie łam się!

W centrum mojego zainteresowania znajdują się m.in. upadki jako przyczyna złamań kości. Przed rokiem zainicjowaliśmy w Polskim Towarzystwie Osteoartrologii i Zakładzie Chorób Kości i Stawów UJCM akcję "Nie łam się" (informacja w internecie na stronie: www.osteoporoza.pl). Dlaczego upadamy, jak często upadamy i co robić, żeby nie upadać - takie informacje, które można od nas otrzymać bezpłatnie, powinny być rozdawane pacjentom w każdej poradni zdrowia.

Co robić, żeby nie upadać? W tym roku poświęcamy wiele uwagi akcji: spaceruj i stosuj nordic walking. Jeżeli spacerujemy, chodzimy, biegamy, obciążamy kończyny dolne i pas biodrowy, gdy natomiast stosujemy kijki, angażujemy do chodzenia mięśnie tułowia i kończyn górnych. Prowadzi to do większego wzmocnienia mięśni całego ciała niż przy zwykajnym chodzeniu czy joggingu. Dzięki temu zmniejsza się ryzyko upadków i złamań. Proponujemy też naszym obecnym i potencjalnym pacjentom praktykowanie tai-chi, ćwiczeń uznanych za niezwykle skuteczne w przeciwdziałaniu upadkom osób starszych.

Leczenie

W leczeniu osteoporozy stosuje się takie preparaty, jak: alendronian, zażywany raz w tygodniu; ibandronian - tabletki zażywane raz w miesiącu lub lek podawany dożylnie raz na trzy miesiące; zolendronian - lek, który podaje się raz w roku.

W Polsce mamy generyczne leki alendronianu, jedyne preparaty refundowane. Wyróżnia to nas niechlubnie wśród innych krajów Europy, również wschodniej, gdzie stosowana jest dopłata państwa do leków droższych. U nas pacjent musi płacić sam. Prowadzi to do sytuacji, w której np. pacjentka cierpiąca na inne choroby, zażywająca wiele leków i mająca w związku z tym kłopoty z żołądkiem, nie będzie mogła stosować na osteoporozę leku doustnego. Wskazany byłby dla niej lek zażywany raz na miesiąc albo przyjmowany dożylnie raz na trzy miesiące. Niestety, taka terapia jest droga i pacjentka w ogóle rezygnuje z leczenia.

Alendronian jest lekiem skutecznym, ale nie każdy może go zażywać. Poza tym bisfosfoniary (alendronian, ibandronian, zolendronian) można stosować przez okres pięciu lat. Dłuższa terapia powoduje, że kości stają się zbyt twarde, co czasem prowadzi do tzw. złamań zmęczeniowych. Po 5-letniej terapii powinna nastąpić 5-letnia przerwa. Na ten czas nie mamy odpowiedniego leku. Można pacjentom przepisywać preparaty strontu pobudzające tworzenie kości. Niestety, również nie refundowane.

Najsilniejszym lekiem przeznaczonym do leczenia ciężkiej, zaawansowanej osteoporozy pomenopauzalnej, stosowanym od trzech lat, jest parathormon PTH. Parathormon to hormon wydzielany w gruczołach przytarczycznych, pobudzający resorpcję wapnia i fosforanów z kości. Nadczynność przytarczyc doprowadza do zrzesotnienia kości i złamań. Jeśli podamy pacjentce ten sam hormon, ale podskórnie, jego reakcja będzie odwrotna. PTH to obecnie lek najskuteczniejszy, pozwalający na tworzenie nowej kości. Powinien być stosowany u chorych, którzy mają wiele złamań. I znów cena tego preparatu (2 tys. zł za kurację miesięczną) stanowi dla polskich pacjentów barierę nie do przebycia.

Najpóźniej w przyszłym roku będziemy mieć w Polsce nowy lek, biologiczny, z grupy Rank/Rank Ligand. Jest to przeciwciało podawane podskórnie raz na pół roku; hamuje ono proces aktywacji komórek niszczących kości.

Następnym przełomem w leczeniu, o którym będziemy mówić podczas wrześniowego kongresu, staną się leki nowej generacji, działające wybiórczo na komórki kostne: osteocyt, osteolast, osteoblast. Nowe preparaty powstają w oparciu o naszą aktualną wiedzę na temat komunikacji zachodzącej między tymi komórkami.

Dużo wapnia i witaminy D

Oprócz leczenia osteoporozy ważne jest także jej zapobieganie. Trzeba pamiętać, że choroba ta dotyka w Polsce co trzecią kobietę w wieku 50 - 60 lat i co ósmego mężczyznę. W związku z tym bardzo ważne jest ustalenie, czy ktoś znajduje się w grupie ryzyka.

Kobiety powyżej 50. roku życia w ramach profilaktyki powinny przyjmować 1000 mg wapnia dziennie, co odpowiada jednemu litrowi mleka lub czterem plasterkom żółtego sera.

Trzeba też pamiętać, że - w związku z niewielką liczbą dni słonecznych - Polacy mają niedobory witaminy D. Zwykle też, przebywając na słońcu, mamy odsłonięte tylko ręce i twarz. Powinniśmy więc zażywać witaminę D (najlepiej razem z wapniem). Dotyczy to zarówno dzieci, którym grozi krzywica, jak i matek w ciąży, kobiet po menopauzie i w starszym wieku. Ważne jest również dbanie o sprawność fizyczną i zapobieganie upadkom.

O przyczynach powstania, diagnostyce i leczeniu osteoporozy będziemy mówić podczas wrześniowego kongresu z udziałem ponad 800 lekarzy z kraju i zagranicy, wśród których znajdują się również wybitni naukowcy (informacje: www.osteoporoza.pl).

WYŚLUCHAŁA: DANUTA ORLEWSKA