

# Zmieńmy myślenie o osteoporozie!

Próba ujednoczenia polskich standardów w osteoporozie, jaka miała miejsce w czasie I Środkowoeuropejskiego Kongresu Osteoporozy i Osteoartrozy (6-8 października 2005) w Krakowie, wywołała żywą dyskusję uczestników. O kontrowersjach wokół tej propozycji rozmawialiśmy z doc. Edwardem Czerwińskim, przewodniczącym Komitetu Organizacyjnego i prezesem Polskiego Towarzystwa Osteoartrologii.

**MEDICAL TRIBUNE:** **Panie docencie, czy można mówić o przełomie w podejściu do osteoporozy?**

**EDWARD CZERWIŃSKI:** Na pewno tak. I w diagnostyce, i w leczeniu. Pierwszy duży krok dokonał się w rozpoznawaniu osteoporozy. Kiedyś było prosto: kiedy kobieta uzyskiwała w badaniu BMD wynik poniżej -2,5, rozpoznawaliśmy osteoporozę, kiedy lepszy – pacjentkę uważaliśmy za zdrową. To było bardzo zrozumiałe i wygodne – i dla lekarzy, i dla pacjentek. I wszystko byłoby pięknie, gdyby sześć lat temu nie opublikowano

dyne i wystarczające. Przecież chodzi o to, żeby wiedzieć, kogo leczyć! Jeżeli będziemy postępować tak jak dotąd, tzn. badać jedynie gęstość mineralną kości, to co prawda będziemy leczyć osoby, u których ryzyko jest zwiększone, ale nie obejmujemy tym leczeniem wszystkich – ani nawet większości! – chorych z grupy zwiększonego ryzyka. Dziś koncepcja leczenia osteoporozy polega na tym, żeby prowadzić je w oparciu o ocenę czynników ryzyka. Problem w tym, że obliczanie ryzyka bezwzględne jest póki co nieco

utożsamiają rozpoznanie osteoporozy z wynikiem badania densytometrycznego, działają w oparciu o pewien od dawna wdrożony schemat. Ten schemat mówi najogólniej, że po pierwsze – wszystkie kobiety po 50. r.ż. powinny mieć wykonane badanie densytometryczne, ponieważ co trzecia może mieć osteoporozę, a po drugie – że jeżeli BMD wynosi -2,0, to osoba taka wymaga leczenia, niezależnie od czynników ryzyka. Przy obecności innych czynników ryzyka leczenie zaczyna się od poziomu -1,5, a kobiety po 70. r.ż. z dwoma czynnikami ryzyka wymagają leczenia niezależnie od wartości BMD.

Pozostaje jeszcze kwestia obliczania ryzyka złamania dla konkretnej pacjentki. Może to oczywiście robić każda placówka. Trudno jednak oczekiwać, żeby lekarz w przychodni, który ma na pacjenta 10 minut i nie zajmuje się wyłącznie osteoporozą, ale mnóstwem innych schorzeń, po pierwsze – miał przy sobie tabelę ze współczynnikami, a po drugie – miał chęć wykonać obliczenia.

**MT:** **Jaką nowość wprowadza zatem uzgodnione w czasie zjazdu stanowisko Polskiego Towarzystwa Osteoartrologii i Wielodyscyplinarnego Forum Osteoporotycznego?**

**E.C.:** Pierwsza to taka, że BMD nie jest jedynym wskaźnikiem ryzyka złamania. Druga – że trzeba uwzględnić inne czynniki ryzyka złamania, a zwłaszcza ryzyko upadku, o czym się najczęściej niestety zapomina – a 90% złamań jest wynikiem upadku. Pewnym problemem jest dostępność leków, których rejestracja odbywa się na podstawie kryteriów WHO (tzn. są rejestrowane do leczenia osteoporozy rozumianej jako BMD <-2,5). Nie zmienia to jednak faktu, że proces zmiany myślenia o osteoporozie należy rozpocząć już teraz.

**MT:** **Duży będzie sprzeciw?**

**E.C.:** Znane jest stanowisko profesora Kanisa, który był naszym gościem w czasie zjazdu i który uważa, że leczenie osteoporozy należy dziś prowadzić w oparciu o analizę czynników ryzyka. Kanis reprezentuje WHO, więc jeśli WHO ogłosi w przyszłym roku podczas kongresu w Toronto nowe standardy, Stany Zjednoczone ich raczej nie zaakceptują, a to przesądzi o kwalifikacji leków do leczenia, ponieważ póki co decydującą instytucją jest FDA. FDA zaś będzie się opierać na zasadach uznanych w USA – czyli na starych kryteriach WHO. To jest problem, którego rozwiązania jeszcze nie znamy. Mnie się wyda-

**Życiowe ryzyko złamania bliższego końca kości udowej u 50-letniej kobiety wynosi w Szwecji 28,5%, w Niemczech 15%, a w Turcji 1%. NIE MA DANYCH DLA POPULACJI POLSKIEJ.**



**Doc. Edward Czerwiński, Przewodniczący Polskiego Towarzystwa Osteoartrologii:** „Każdą pacjentkę z osteoporozą trzeba przede wszystkim poinstruować, jak zapobiegać upadkom”

## BMD nie jest jedynym czynnikiem pozwalającym przewidzieć ryzyko złamania. Na tym polega problem.

analiz statystycznych, z których wynika niezbitnie, że choć obniżenie BMD bezdyskusyjnie zwiększa ryzyko złamania, to jeśli weźmiemy globalną liczbę złamań – zdarzają się one częściej u osób z prawidłową gęstością mineralną kości. Obserwacja ta zaważyła na tym, co rozumiemy pod pojęciem „osteoporoza”. Jeśli zatem wyjdziemy z założenia, że w osteoporozie najistotniejszą kwestią jest złamanie, okaże się, że wartość BMD nie jest jedynym czynnikiem pozwalającym przewidzieć ryzyko.

**MT:** **Jakie są pozostałe czynniki?**

**E.C.:** Jest ich wiele. Są tzw. najsilniejsze, jak wiek, złamania w rodzinie – zwłaszcza u matki, przebyte złamanie niskoenergetyczne, niska masa ciała, nikotynizm, alkoholizm, leki steroidowe, niska podaż wapnia, zaburzenia widzenia. Okazuje się, że za ich pomocą można przewidywać złamania równie dobrze jak za pomocą BMD, a czasami nawet i lepiej. Na tym właśnie dziś polega cały problem, ponieważ z jednej strony, mamy badanie bardzo precyzyjne – czyli BMD, a z drugiej – wiadomo że nie możemy go uznać za je-

uciażliwe, ponieważ składają się na nie względne wartości ryzyka każdego z czynników.

**MT:** **Czym jest względne, a czym bezwzględne ryzyko złamania?**

**E.C.:** Względne – oznacza siłę danego czynnika w zwiększaniu ryzyka złamania. Na przykład jeżeli ktoś pali papierosy, to w stosunku do osób, które nie palą, jego ryzyko złamania jest większe 1,7 razy, tj. o 70%. Z kolei jeżeli matka przebyła złamanie, ten współczynnik wynosi 2,2. Żeby jednak móc skorzystać z tej wiedzy, trzeba najpierw poznać wyjściowe ryzyko złamania. Służą do tego tabele zawierające dokładne dane dla populacji Szwecji, mówiące o ryzyku złamania u kobiety w zależności od wieku i wyniku badania densytometrycznego. Można w nich sprawdzić, że kobieta w wieku 65 lat ma ryzyko złamania w okresie 10 lat równe 3,9%. Wartość tę trzeba przemnożyć przez współczynniki złamania dla poszczególnych czynników ryzyka. Daje to bezwzględne ryzyko złamania.

**MT:** **Co nam daje znajomość tej wartości?**

**E.C.:** Na podstawie analiz farmakoeconomicznych przyjęto, że jeżeli tak wyliczone ryzyko złamania przekroczy 10% w okresie 10 lat, to osoba ta wymaga leczenia. I wszystko byłoby w miarę proste, gdyby nie to, że są różne społeczeństwa, różne rasy i różne dane. Na przykład, częstość złamań szyjki kości udowej różni się w Szwecji w stosunku do np. Turcji prawie 20-krotnie.

Dodatkowo, wszystkie istniejące standardy, międzynarodowe i krajowe – np. National Osteoporosis Foundation w Stanach Zjednoczonych – nie zgadzają się z tym stanowiskiem. W USA potrzebne jest rozpoznanie, czyli wynik badania BMD. Amerykanie

je, że dzisiejsze podejście, które zresztą reprezentujemy w naszych standardach, powinno zawsze polegać na ocenie BMD – ponieważ parametr ten mówi o stanie samych kości i jest jednym z najsilniejszych czynników ryzyka złamania – ale uwzględnić ponadto inne czynniki ryzyka złamania.

Powstaje jednak problem prawny – mogą mieć chorą, która ma prawidłową gęstość mineralną kości, przebyła złamanie niskoenergetyczne, jej matka miała złamanie, mogą więc powiedzieć z dużą pewnością, że ryzyko złamania jest u niej bardzo wysokie i że powinna być leczona. Nie mam jednak leku, który mógłbym stosować w takiej sytuacji, ponieważ są one rejestrowane do leczenia osteoporozy rozpoznawanej

farmakoterapią. Teoretyczna skuteczność takiego postępowania wynosi 90%, a skuteczność leków waha się w zależności od leku od 20 do 60%, widać więc, na co trzeba kłaść największy nacisk – na zapobieganie upadkom!

**MT:** **Są pacjentki, które otrzymują leki, mimo że nie mają dużego ryzyka złamania?**

**E.C.:** Jeżeli leczenie wdrożono na podstawie badania densytometrycznego szyjki kości udowej lub kręgosłupa, to chora powinna być leczona zgodnie z obowiązującymi światowymi standardami.

**MT:** **Czyli trzeba zwracać baczniejszą uwagę na kobiety, które mają BMD powyżej -2,5, a powinny być leczone z uwagi na czynniki ryzyka.**

## W Wielkiej Brytanii większość budżetu lekarza podstawowej opieki jest przeznaczona nie na farmakoterapię osteoporozy, ale na zapobieganie upadkom

w oparciu o BMD. Dodatkowo, praktycznie większość leków – na pewno wszystkie alendroniany – działają przeciwlamaniowo dopiero przy obniżonym wskaźniku BMD. Powstaje kolejny problem: nie mamy leków przeznaczonych do stosowania zgodnie z nową definicją.

Coraz częściej się mówi, że takim „lekiem” jest zapobieganie upadkom. W Wielkiej Brytanii większość budżetu lekarza podstawowej opieki jest przeznaczona nie na farmakoterapię osteoporozy, ale na zapobieganie upadkom, bo to jest tańsze i znacznie bardziej efektywne niż

**E.C.:** Tak. Analizy farmakoeconomiczne wskazują, że przy przekroczeniu ogólnego ryzyka złamania – 10% w ciągu 10 lat – uzasadnione jest rozpoczęcie leczenia. Okres 10 lat przyjęto arbitralnie, bo oczywiście można mówić o ryzyku życiowym kobiet 50-letnich (wynosi około 40%), albo o pięcioletnim, jako łatwiej wyobrażalnym dla pacjentki. Obliczono, że przy 10-letnim wskaźniku ryzyka wynoszącym 10% stosowanie wszystkich leków zarejestrowanych do leczenia osteoporozy jest uzasadnione z punktu widzenia farmakoeconomicznych.



**Prof. John Kanis, Wielka Brytania:** „Leczenie osteoporozy należy dziś prowadzić w oparciu o ocenę czynników ryzyka”











Dr hab. med. Jerzy Przedlacki  
Dyrektor Medyczny Krajowego Centrum Osteoporozy w Warszawie,  
Zastępca kierownika Katedry i Kliniki Nefrologii, Dializoterapii i Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Warszawie

Przemiany w osteoporozie

## Jakie wyzwania stoją przed towarzystwami osteoporotycznymi?

Wszyscy oczekujemy na decyzję komisji powołanej przy WHO pod kierownictwem prof. Kanisa, dotyczącą sposobu oceny ryzyka złamania kości, i na wytyczne postępowania w osteoporozie, które mają być ogłoszone w czerwcu podczas Kongresu Osteoporozy w Toronto. Oczekiwanie na decyzje nie zwalnia nas jednak od obowiązku

stałej pracy z pacjentami. Czy na okres oczekiwania mamy zawiesić naszą działalność albo pozwolić na całkowitą partyzantkę? Gdyby nawet przyjąć, jak próbują sugerować niektóre autorytety medyczne w Polsce, że kongres w Toronto przyniesie całkiem nowe spojrzenie na osteoporozę, i nasze aktualne postępowanie okaże się niewłaści-

we, to właśnie szczególnie w takiej sytuacji lekarzom zajmującym się osteoporozą potrzebna jest pomoc towarzystw osteoporotycznych. Towarzystwa osteoporotyczne ponoszą odpowiedzialność za stan postępowania w osteoporozie w naszym kraju. Dlatego duże zdziwienie i żal wywołuje decyzja przedstawiciela Polskiej Fundacji

Osteoporozy, jednego z trzech najważniejszych towarzystw osteoporotycznych działających w Polsce, który nie wyraził zgody na podpisanie dokumentu dotyczącego zasad postępowania w Polsce – podpisanego przez dwa pozostałe towarzystwa (Polskie Towarzystwo Osteoartrologii i Wielodyscyplinarne Forum Osteoporozy). Zaskoczenie jest tym większe, że osoba ta jest autorem sposobu (uwzględnionego w dokumencie) oceny ryzyka złamania kości.

**Revolucji nie będzie**

Jak wspominałem w czasie ostatniego zjazdu w Krakowie podczas dyskusji po jednym z wykładów, prof. S. Silverman (członek komisji przy WHO) w wystąpieniu w czasie ostatniego, wrześniowego zjazdu Amerykańskiego Towarzystwa Osteoporozy w Nashville, w USA, uspokajał, że obawy przed rewolucją w osteoporozie są niepotrzebne. Nikt nie zakłada żadnych rewolucyjnych zmian w podejściu do choroby, a wytyczne przedstawione podczas zjazdu w Toronto nie będą mogły być nikomu narzucone.

Definicja osteoporozy jest tak ogólna, że być może w ogóle nie wymaga zmiany. Oficjalnego potwierdzenia wymaga natomiast fakt konieczności znacznie szerszego i głębszego spojrzenia na ryzyko złamania kości, które jest związane nie tylko z obniżonym wynikiem BMD, ale z szeregiem innych czynników. Rewolucja nie może się dokonać również i dlatego, że wszystko, co zostanie powiedziane w Toronto, będzie musiało być oparte na aktualnie dostępnej wszystkim wiedzy medycznej, której autorami są m. in. członkowie komisji przy WHO. To, że decyzje lecznicze są podejmowane nie tylko na podstawie wyniku densytometrii, stało się już faktem, który znalazł odzwierciedlenie w wielu krajowych wytycznych.

**A zatem co będzie?**

Sposób oceny ryzyka złamania kości i następnie sposób interpretacji tych wyników i decyzji leczniczych będzie musiał być zaakceptowany przez poszczególne krajowe organizacje medyczne. Ze względu na tak różne warunki w poszczególnych krajach (w tym ekonomiczne) nie jest możliwe wypracowanie jednego standardu postępowania w osteoporozie na całym świecie. Czeką nas więc również po zjeździe w Toronto, dyskusja w Polsce, głównie z udziałem trzech Towarzystw Osteoporotycznych. Zawieszenie udziału w rozmowach przez przedstawiciela Polskiej Fundacji Osteoporozy musi więc być tylko czasowe. Trudno sobie wyobrazić, aby po zjeździe w Toronto bez żadnej dyskusji od następnego dnia można było w całym kraju wprowadzić nawet najbardziej słuszne wytyczne. Czeką nas po zjeździe w Toronto bardzo ciężka praca edukacyjna. Istotnym problemem będzie następnie sposób egzekwowania właściwego postępowania w osteoporozie. □

# Lymphozil®

My się grypy nie boimy!



skraca okres choroby  
łagodzi dolegliwości  
wzmacnia układ obronny



Ceva Arzneimittel GmbH & Co. KG, Braunmattstr. 20, 76532 Baden-Baden, Niemcy