

Miliony nieleczonych chorych na osteoporozę

Przyczyny osteoporozy

Starzenie się społeczeństwa nieuchronnie prowadzi do wzrostu częstości występowania wielu chorób w tym osteoporozy. W grupie osób po 50 r.ż. osteoporozę stwierdza się u 30% kobiet i 8% mężczyzn. Życiowe ryzyko złamania kobiety 50-letniej wynosi aż 40%! Po pierwszym złamaniu ryzyko kolejnego wrasta 2-6 krotnie. U kobiet zasadniczą przyczyną osteoporozy jest menopauza, która powoduje nagłe obniżenie poziomu estrogenów. Osteoporoza może powstać również w przebiegu innych schorzeń, takich jak: cukrzyca, nadczynność przytarczyc, tarczycy, kory nadnerczy. Osteoporoza może być skutkiem długotrwałego zażywania niektórych leków, jak: glikokortykosteroidy, leki immunosupresyjne, leki przeciwpadaczkowe, leki zmniejszające krzepliwość krwi. Na powstanie choroby wpływa: wiek, uwarunkowania genetyczne, niskie spożycie wapnia (mleka, przetworów mlecznych).

Miliony złamań

Problemem klinicznym osteoporozy są złamania. Najczęściej złamaniom ulegają: kręgosłup, kość promieniowa, szyjka kości udowej. Przybliżona liczba osób ze złamaniami osteoporotycznymi w Polsce w 2010 roku wyniosła **2.800.000**, natomiast liczba leczonych szacowana jest na około 200 000. Oznacza to, że **92,9%** osób nie jest leczonych. Złamania prowadzą do niepełnosprawności, zwiększonej chorobowości i śmiertelności. Po złamaniu szyjki kości udowej w ciągu roku umiera co 5 kobieta i co 4 mężczyzna.

Powszechnie podawany koszt leczenia osteoporozy obejmuje jedynie leczenie farmakologiczne. Ignorowany jest natomiast właściwy koszt jaki wynika z leczenia złamań osteoporotycznych. Roczny koszt leczenia tych złamań wraz z kosztami długotrwałego inwalidztwa w 2010 rok wynosił 2,960 mln, a leczenia i prewencji ok. 388 mln.

Stan leczenia osteoporozy w Polsce

Stan leczenia osteoporozy w Polsce jest fatalny. Wynika to z trudnego dostępu do lekarza specjalisty, diagnostyki, jak i leczenia. Czas oczekiwania na wizytę w Poradni Leczenia Osteoporozy w Krakowie wynosi obecnie 8 miesięcy. Polska znajduje się na szarym końcu Europy pod względem liczby aparatów mierzących gęstość mineralną kości jak i refundacji leków. W Polsce refundowana jest jedna grupa leków podawanych doustnie raz w tygodniu (alendronian i risedronian). Niestety pozostałe formy terapii jak raz w miesiącu, czy raz na 3 miesiące (ibandronian) oraz raz w roku (zoledronian) nie są refundowane.

Pacjenci w naszym kraju są pozbawieni możliwości terapii lekami innowacyjnymi takimi jak teryparatydy czy denosumab. Teryparatydy, jedynego leku, który powoduje odbudowę kości nie ma w naszych aptekach bowiem producent wycofał się z jego sprzedaży, bo była nieopłacalna. Natomiast denosumab, obecnie najbardziej skuteczny lek, jest refundowany w bardzo wąskiej grupie kobiet, a kuriozalnie, nie jest refundowany dla mężczyzn. Problem polega na tym, że z powodu dolegliwości żołądkowych znaczna liczba osób starszych nie może przyjmować refundowanych leków doustnych. Niestety osoby te nie stać na zakup leków pełnopłatnych i są skazane na złamania i ich skutki.

Zasady diagnostyki i leczenia osteoporozy

Celem diagnostyki i leczenia osteoporozy jest zapobieganie złamaniom. Kluczowym zagadnieniem jest identyfikacja chorych z ryzykiem złamania. Obecnie każdy może sprawdzić czy jest w grupie ryzyka nie wychodząc z domu, dzięki metodzie FRAX. Wystarczy wejść na stronę www.osteoporoza.pl i kliknąć na link kalkulator FRAX. Po wprowadzeniu kilku informacji takich jak m.in.: wiek, płeć, przebyte złamanie, program oblicza w procentach bezwzględne ryzyko złamania. Wartość powyżej 10% jest wskazaniem do rozpoczęcia terapii.

Podstawą rozpoznania osteoporozy jest pomiar gęstości kości kręgosłupa i szyjki kości udowej. Wynik pomiaru jest wyrażany wskaźnikiem T, który oznacza porównanie wyniku danej osoby do grupy kontrolnej. Według definicji WHO wartość wskaźnika T poniżej -2,5 SD oznacza osteoporozę.

Leczenie osteoporozy

Na leczenie osteoporozy składa się zawsze: uzupełnienie niedoborów wapnia i wit. D, podawanie leków wpływających na metabolizm kości, zapobieganie upadkom i zdrowy styl życia.

Dzienne zapotrzebowanie organizmu na wapń wynosi 800-1200 mg. Podaż wapnia możemy zapewnić odpowiednią dietą lub preparatami doustnymi zawierającymi wapń. Witamina D jest niezbędna do wchłaniania wapnia i jego wbudowywania w kość. Nazywamy ją „kluczem do spiżarni z wapniem”, a potrzebna dawka to 800-2000 jm (jednostek międzynarodowych) dziennie. Witamina D produkowana jest w skórze pod wpływem promieni słonecznych. W praktyce suplementacja wit. D dotyczy wszystkich okresów życia poczynając od ciąży. Osoby dorosłe powinny zażywać dawkę profilaktyczną w okresie jesieni i zimy, a osoby po 60 r.ż. przez cały rok.

Bisfosfoniany są obecnie najczęściej stosowaną grupą leków w leczeniu osteoporozy. Podawane są w formie doustnej lub dożylniej. Zmniejszają ryzyko złamania kręgosłupa o ok. 60%, a szyjki kości udowej o ok. 40% (*alendronian, risedronian*). Dostępne są również w formie raz w tygodniu, raz w miesiącu oraz w postaci dożylniej do stosowania raz na 3 miesiące (*ibandronian*) lub raz w roku (*zoledronian*). Ponieważ doustne bisfosfoniany należą do substancji trudno wchłanianych, należy bezwzględnie przyjmować je na czczo, popijając szklanką wody (najlepiej przegotowanej). Po zażyciu nie należy spożywać pokarmów i kłaść się przez co najmniej 30 minut (możliwość podrażnienia przełyku). Należy pamiętać, że ibandronian nie jest skuteczny w zapobieganiu złamaniom szyjki kości udowej.

Denosumab jest ludzkim przeciwciałem, które blokuje działalność komórek niszczących kość. Podawany jest podskórnie raz na pół roku. Denosumab zmniejsza ryzyko złamań kręgosłupa o 68%, a szyjki kości udowej o 40%. Nie stwarza ryzyka ubocznego działania na przewód pokarmowy, co ma szczególne znaczenie u osób starszych zażywających wiele innych leków. W przeciwieństwie do bisfosfonianów jest skuteczny w zapobieganiu złamaniom szyjki kości udowej również u osób bez przebytego poprzednio złamania. Denosumab może być podawany również u chorych z niewydolnością nerek.

Teryparatyd pozostaje nadal najskuteczniejszym lekiem w terapii zaawansowanej osteoporozy. Jest jedynym lekiem wpływającym na tworzenie kości. Podawany jest codziennie w iniekcji podskórnej. Redukuje złamania osteoporotyczne o 65%.

Hormonalna terapia zastępcza nie jest obecnie leczeniem stosowanym w zapobieganiu złamaniom, jakkolwiek ma takie działanie. Stosuje się ją w leczeniu powikłań okresu menopauzy np. uderzeń gorąca. Terapia ta ma wiele działań korzystnych, ale może mieć działania uboczne. Leczenie wymaga dokładnego monitorowania przez ginekologa.

Zapobieganie upadkom jest główną metodą unikania złamań. Nie wolno zapominać, że 90-100% złamań następuje skutkiem upadku. Utrzymanie ogólnej sprawności fizycznej i zdrowy tryb życia są niezbędne do skutecznego leczenia osteoporozy.

Kraków, 15.06.2019