

OSTEOPOROZA – BEZ TAJEMNIC

Ulotka informacyjna



www.wygrajmyzdrowie.pl



Osteoporoza uznana została przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) za jedną z głównych chorób cywilizacyjnych. Narażona jest na nią co czwarta kobieta powyżej 60. roku życia i co druga, która ukończyła 70 lat. Należy pamiętać, że na osteoporozę chorują także mężczyźni.

Osteoporoza, to choroba szkieletu charakteryzująca się zwiększonym ryzykiem złamań kości w następstwie zmniejszenia jej odporności mechanicznej¹. Odporność mechaniczna zależy zarówno od gęstości mineralnej kości (tzw. BMD), jak i jakości tkanki kostnej. W praktyce jednak rozpoznanie osteoporozy stawia się na podstawie kryteriów densytometrycznych zapro- ponowanych przez WHO.

OSTEOPOROZA TO PROBLEM SPOŁECZNY I MEDYCZNY

Osteoporoza jest niewątpliwie dużym wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia krajów rozwiniętych. Według najnowszego raportu z 2010 r. w krajach UE osteoporozę rozpoznano u 22 mln kobiet i 5,5 mln mężczyzn, a liczba nowych złamań wynosiła 3,5 mln (z czego najlichniesze to złamania bliższego końca kości udowej)¹.

W Polsce problem ten dotyczy blisko 2 mln pacjentów po 50 r.ż. Pośród nich aż 168 tys. osób doświadczyło w ciągu roku złamania, w tym ponad 60% złamań dotyczyło kobiet (dane z 2016 roku).

Istnieją dane szacunkowe, że globalnie złamania osteoporotycznego dozna jedna na trzy kobiety i jeden na pięciu mężczyzn po 50 r.ż².



W celu zwiększenia efektywności walki z osteoporozą niezbędne jest nie tylko sprawne diagnozowanie i leczenie, ale przede wszystkim skuteczna profilaktyka, w tym edukacja².

PROFILAKTYKA OSTEOPOROZY I CZYNNIKI RYZYKA

W profilaktyce osteoporozy wskazane jest uzupełnianie niedoborów wapnia i (lub) witaminy D w organizmie. Ważne jest także zachowanie aktywności fizycznej – regularne ćwiczenia pomagają zachować odpowiednią masę mięśniową i poprawiają gęstość kości, co zapobiega ich złamaniom.

Podstawowym czynnikiem ryzyka osteoporozy jest niska masa mineralna kości.

Zależy ona zarówno od czynników niemodyfikowalnych:

- płeć
- wiek
- rodzinne występowanie osteoporozy

oraz czynników modyfikowalnych: żywieniowych i związanych z aktywnością ruchową.



Wpływ na pojawienie się osteoporozy mają również inne choroby tj.:

- nadczynność tarczycy
- hipogonadyzm
- pierwotna i wtórna nadczynność przytarczyc
- zespół złego wchłaniania
- anoreksja
- reumatoidalne zapalenie stawów

CZYNNIKI ŻYWIENIOWE DZIELIMY NA 2 GRUPY:

A. zwiększające masę kostną, zgodne z zapotrzebowaniem organizmu spożycie:

- wapnia
- witaminy D
- białka
- magnezu
- potasu
- witaminy K i C
- właściwe proporcje między wapniem a fosforem
- obecność w diecie izoflawonoidów i kwasów tłuszczowych omega-3

B. obniżające masę kostną:

- nadmiar w diecie białka, sodu, wit. A, kofeiny, alkoholu
- palenie tytoniu
- BMI - niska masa ciała
- niska masa kostna
- przewlekłe zażywanie glikokortykosteroidów

PAMIĘTAJ!

Regularna aktywność fizyczna w połączeniu z odpowiednim żywieniem uwzględniającym adekwatną podaż wapnia, wit. D i białka stanowi optymalną strategię do osiągnięcia jak najwyższej szczytowej masy kości i utrzymania prawidłowego funkcjonowania układu kostno-mięśniowego.



DIAGNOSTYKA

Osteoporoza przez lata rozwija się skrycie i chory nie odczuwa żadnych dolegliwości. Często pierwszym objawem, z którym chory zgłasza się do lekarza jest ostry ból kości wskutek złamania. Złamanie kręgu i/lub złamanie pozakręgowie odniesione po niewielkim urazie bez względu na gęstość kości świadczy o obniżonej wytrzymałości kości i sugeruje, że jej przyczyną jest osteoporoza, ale już zaawansowana!

Bardzo ważne jest zatem oszacowanie ryzyka złamania, zanim ono wystąpi.

Aktualne standardy diagnostyczne nakazują przeprowadzenie u pacjenta z podejrzeniem osteoporozy kompleksowej oceny czynników ryzyka złamań poprzez:

- wywiad
- badanie przedmiotowe
- badania densytometryczne, laboratoryjne i radiologiczne.

Wczesne rozpoznanie utraty tkanki kostnej umożliwia rozpoczęcie leczenia mające na celu zapobieganie złamaniom.

Najpowszechniejszym sposobem diagnostyki osteoporozy jest badanie gęstości mineralnej kości, czyli **densytometria**.



WAŻNE!

Sprawdź ryzyko wystąpienia załamania osteoporytycznego – **wypełnij kalkulator FRAX**: <https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.aspx?lang=po>

Oceny BMD dokonuje się w bliższym końcu kości udowej lub kręgach lędźwiowych za pomocą dwuwiązkowej absorpcjometrii rentgenowskiej (DXA).



Dane z wykorzystaniem odpowiednich narzędzi takich jak FRAX pozwalają obliczyć bezwzględne ryzyko złamania w ciągu najbliższych 10 lat (RB-10) u indywidualnego pacjenta po 55. r.ż. i ułatwić decyzje terapeutyczne oraz BMD (T-score), a przy jego braku BMI (Body mass index). Są one dostępne na wspomnianej stronie FRAX.

Wywiad i badanie przedmiotowe same w sobie nie są wystarczające do rozpoznania osteoporozy do chwili, kiedy kości stają się tak słabe, że występuje złamanie przy niewielkim urazie (złamanie niskoenergetyczne). Wywiad jest pomocny przy identyfikacji czynników ryzyka osteoporozy i złamań. Dane podstawowe o wieku, wadze (BMI), złamaniach kości w rodzinie, używkach i nałogach, aktywności fizycznej i/lub niepełnosprawności ruchowej i skłonnościach do upadków, diecie, spożyciu wapnia i białka, współistniejących lub przebytych chorobach przewlekłych i przyjmowanych lekach o których wiemy, że mogą mieć wpływ na metabolizm kości, o pierwszej i ostatniej miesiączce, standardzie życia – mają zasadnicze znaczenie. Ta część wywiadu pozwala już na ocenę i wyłonienie czynników ryzyka osteoporozy ze szczególnym zwróceniem uwagi na czynniki zależne i niezależne od gęstości mineralnej kości (BMD – Bone Mineral Density). Ułatwia także przeprowadzenie oceny ryzyka złamania u indywidualnego pacjenta.

BADANIE DENSYTOMETRYCZNE

Rozpoznanie: wartość wskaźnika T lub Z norma $-0,9 \div 1,0$ osteopenia $-2,4 \div -1,0$ osteoporoza $\leq -2,5$ ciężka OP $\leq -2,5$ i jedno lub więcej złamań.

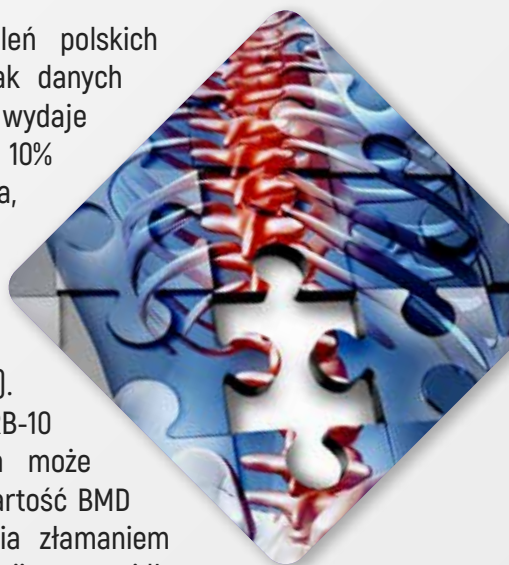
Podkreślenia wymaga, że wg stanowiska WHO podstawowym miejscem pomiaru BMD jest bkk udowej, ale można też stosować pomiar w odcinku lędźwiowym kręgosłupa ale u osób młodszych tj. do 60. r.ż. Wadą pomiarów w kręgosłupie są pojawiające się z wiekiem zmiany zwyrodnieniowe, które poprzez generowanie osteofitów podnoszą wartość pomiaru BMD. Przyjęto również, że u mężczyzn należy stosować takie same kryteria diagnostyczne.

LECZENIE OSTEOPOROZY

Leczenie osteoporozy obejmuje: ograniczenie wpływu czynników ryzyka złamań, w tym zapobieganie upadkom itp. oraz poprawę wytrzymałości kości.

Leczenie powinno być skierowane do osób, które są obciążone ryzykiem bezwzględny złamania (RB-10) powyżej ryzyka populacyjnego.

W świetle danych literaturowych i ustaleń polskich autorytetów w dziedzinie osteoporozy (brak danych populacyjnych i pełnych opracowań polskich) wydaje się, że pacjentom przy RB-10 niższym niż 10% powinno zalecać się zdrowy styl życia, zapobieganie upadkom oraz poprawę ogólnej sprawności fizycznej. Wysokie RB-10, tj. powyżej 20%, wymaga włączenia leczenia farmakologicznego, niezależnie od wielkości masy kostnej (BMD). Przy średnim zagrożeniu złamaniem (RB-10 pomiędzy 10%-20%), o potrzebie leczenia może przesądzić wynik pomiaru BMD. Obniżona wartość BMD może przesunąć ocenę poziomu zagrożenia złamaniem powyżej 20% i zdecyduje o konieczności terapii, a prawidłowa wartość wskaże na celowość działań tylko profilaktycznych¹.



Z dotychczasowych badań wynika, że zaistniałe złamanie jest niezależnym od BMD czynnikiem ryzyka złamania (tzn. ryzyko wystąpienia złamania rośnie – nawet przy prawidłowej BMD). Oznacza to, że leczenie farmakologiczne osteoporozy należy zastosować u wszystkich osób ze złamaniami po niewielkim urazie, zwłaszcza trzonów kręgowych, kości przedramienia, bliższego odcinka kości udowej (bez względu na wartość BMD)².

Bibliografia:

1. Brown JP, Fortier M, Frame H, et al. Canadian Consensus Conference on Osteoporosis, 2006 Update. J Obstet Gynaecol Can 2006, 28(2 Suppl 1): S95-S112.
2. Hernlund E, Svedbom A, Ivergård M, et al. Osteoporosis in the European Union: medical management, epidemiology and economic burden. A report prepared in collaboration with the International Osteoporosis Foundation (IOF) and the European Federation of Pharmaceutical Industry Associations (EFPIA). Arch Osteoporos 2013, 8(1-2): 137(1-218).