

Nowe stanowisko NAMS skupione na osteoporozie u kobiet po menopauzie



Osteoporoza znacznie zwiększa ryzyko złamań u kobiet po menopauzie, zwłaszcza w podeszłym wieku. Złamania odcinka bliższego kości udowej i kręgow u chorych w podeszłym wieku są przyczyną znaczącej chorobowości i śmiertelności. Głównym celem leczenia chorych na osteoporozę jest zapobieganie złamaniom przez zmniejszenie lub zahamowanie utraty masy kostnej, zachowanie wytrzymałości kości oraz minimalizowanie lub wyeliminowanie czynników zwiększających ryzyko złamań.

W celu wytyczenia pracownikom opieki zdrowotnej drogi skutecznego postępowania z kobietami po menopauzie chorymi na osteoporozę North American Menopause Society (NAMS) uaktualniło swoje stanowisko z 2006 r., oparte na dowodach, uwzględniając opublikowane później dane naukowe. NAMS zgromadziło grupę złożoną z praktykujących lekarzy i naukowców zajmujących się chorobami metabolicznymi kości oraz zdrowiem kobiet w celu przeanalizowania stanowiska z 2006 r., zebrania nowych opinii i ustalenia wspólnego stanowiska oraz zaleceń obowiązujących od 2010 r.

Główne założenia nowego stanowiska ułatwią postępowanie z chorymi po menopauzie z osteoporozą. Pełen tekst (Management of osteoporosis in postmenopausal women: 2010 position statement of The North American Menopause Society) jest dostępny na stronie NAMS: www.menopause.org/psosteo10.pdf.

Ocena: jak i kiedy

Postępowanie w osteoporozie należy rozpocząć od oceny czynników ryzyka, określonych gęstością mineralną kości (bone mineral density, BMD), oraz ryzyka złamań osteoporotycz-

nych. Ważnymi czynnikami ryzyka osteoporozy są: podeszły wiek, uwarunkowania genetyczne, styl życia, chudość oraz menopauza, natomiast często występującymi czynnikami ryzyka złamań są: podeszły wiek, niewielka wartość BMI oraz złamania w wieku dorosłym w wywiadzie. W ocenie chorej należy uwzględnić wywiad, badanie przedmiotowe i wyniki badań diagnostycznych.

Wywiad. Należy zebrać informacje na temat klinicznych czynników ryzyka, m.in. z World Health Organization's Fracture Risk Assessment Tool (FRAX) zawierającego dane na temat: złamań przebytych przed ukończeniem 40 lat, złamań bliższego odcinka kości udowej u rodziców, palenia tytoniu, nadużywania alkoholu, a także wtórnych przyczyn osteoporozy i podatności na złamania, takich jak przyjmowanie glikokortykosteroidów i reumatoidalne zapalenie stawów.

Co jakiś czas należy również zapytać o przyjmowanie wapnia i witaminy D oraz takie elementy stylu życia, jak dieta, ćwiczenia fizyczne, palenie tytoniu i picie alkoholu. O upadki trzeba pytać rokrocznie, a także po każdej zmianie stanu psychicznego chorej.

Badanie przedmiotowe. Konieczny jest coroczny pomiar wzrostu i masy ciała. Ubytek wzrostu o ponad 3,8 cm może świadczyć o złamaniu kręgow. Niewielka wartość wskaźnika masy ciała (BMI) oraz zmiany masy ciała utrudniają ocenę zmian BMD. W ocenie należy również uwzględnić bóle kręgosłupa, tylne wygięcie kręgosłupa oraz kliniczne czynniki ryzyka.

Badanie BMD. Badań BMD wymagają wszystkie kobiety po menopauzie z uwarunkowaniami medycznymi sprzyjającymi utracie masy kostnej oraz wszystkie kobiety w wieku powyżej 65 roku życia. Zaleca się również wykonywanie badań u kobiet od 50 r.ż.

obciążonych co najmniej jednym z następujących czynników ryzyka:

- Przebyte złamania po menopauzie (poza złamaniami twarzoczaszki, kostki, palców rąk lub stóp)
- Masa ciała poniżej 57,7 kg lub BMI poniżej 21 kg/m²
- Złamanie bliższego odcinka kości udowej u jednego z rodziców
- Palenie tytoniu
- Nadużywanie alkoholu (ponad 2 jednostki na dobę, przy czym za jednostkę uznaje się 870 ml piwa, 120 ml wina lub 30 ml wysokoprocentowego alkoholu)
- Reumatoidalne zapalenie stawów

Pomiary BMD przeprowadzane są najczęściej za pomocą dwuenergetycznej absorpcjometrii rentgenowskiej (dual-energy x-ray absorptiometry, DXA) bliższego odcinka kości udowej łącznie, szyjki kości udowej oraz kręgosłupa lędźwiowego w projekcji przednio-tylnej z trzystopniowym wskaźnikiem BMD. Wartość wskaźnika T-score gęstości mineralnej kości wynosząca -2,5 lub mniej świadczy o występowaniu osteoporozy.

Potwierdzenie złamania kręgow. Podejrzanie złamania kręgu należy potwierdzić wynikiem radiologicznego zdjęcia w projekcji bocznej lub uwidocznieniem złamania podczas badania BMD. O złamaniu świadczy ubytek wzrostu o ponad 20% w wymiarze przednim, środkowym lub tylnym kręgu.

Postępowanie z chorymi na osteoporozę

Leczenie chorych na osteoporozę skupia się na zmniejszaniu ryzyka dzięki zmianie stylu życia i, jeżeli jest to konieczne, przyjmowaniu leków. Trzeba zachęcać kobiety po menopauzie do przyjęcia stylu życia zmniejszającego ryzyko utraty masy kostnej i występowania złamań polegającego na: utrzy-

mywaniu odpowiedniej masy ciała, spożywaniu zbilansowanej diety, przyjmowaniu właściwej ilości wapnia (1200 mg/24 h) i witaminy D (800-1000 j.m./24 h), możliwie jak największej aktywności fizycznej, unikaniu palenia tytoniu i nadmiernego spożycia alkoholu oraz zapobieganiu upadkom.

Kiedy należy przyjmować leki?

NAMS zaleca stosowanie farmakoterapii u wszystkich kobiet spełniających następujące warunki:

- Po przebytym złamaniu kręgu lub odcinka bliższego kości udowej z powodu osteoporozy
- Z wartościami BMD świadczącymi o występowaniu osteoporozy (wartość wskaźnika T-score gęstości mineralnej kości -2,5 lub mniejsza w kręgosłupie lędźwiowym, szyjce kości udowej lub odcinku bliższym kości udowej łącznie)
- Z wartościami BMD między -1,0 i -2,5 oraz 10-letnim ryzykiem poważnego złamania w przebiegu osteoporozy, wynoszącym co najmniej 20% (np. kręgu, odcinka bliższego kości udowej, barku, nadgarstka) lub wynoszącym co najmniej 3% ryzykiem złamania odcinka bliższego kości udowej, obliczonym na podstawie FRAX.

Wyniki badań świadczą o niewłaściwym przestrzeganiu zasad farmakoterapii. Aby zachęcić chore do zastosowania się do zaplanowanego leczenia, należy dokładnie poinformować każdą z nich o zagrożeniu złamaniem kości i celach leczenia. Warto też poznać przyczyny nieprzestrzegania zasad leczenia przez chorą.

Leki stosowane w leczeniu osteoporozy

W leczeniu chorych na osteoporozę wykorzystuje się kilka leków, w tym bisfosfoniany, raloksyfen – wybiórczy modulator receptora estrogenowego, parathormon, układową hormonoterapię (HT, estrogen z progestagenem u kobiet, którym nie usunięto macicy oraz wyłącznie estrogen u kobiet po usunięciu macicy), a także kalcytoninę. Nie przeprowadzono dotąd pro-

spektywnego badania porównującego skuteczność tych leków w zapobieganiu złamaniom kości.

- Bisfosfoniany (tj. alendronian, ibandronian, ryzedronian i podawany dożylnie kwas zoledronowy) uznano za leki pierwszego rzutu u kobiet po menopauzie z osteoporozą. Stwierdzono, że zmniejszają one ryzyko złamania kręgow o 40-70% oraz częstość złamań pozakręgowych (w tym bliższego odcinka kości udowej) o około 20-35%. Trudno zalecić optymalny czas trwania leczenia z uwagi na zbyt skąpe dowody. Działaniami niepożądanymi stosowania leków z tej grupy są: zaburzenia połykania, zapalenie przełyku oraz owrzodzenia przełyku i żołądka, a także hipokalcemia i zaburzenia czynności nerek. U niektórych chorych po usunięciu zębów występuje martwica żuchwy.
- Raloksyfen często zaleca się kobietom po menopauzie i ze zmniejszoną masą kostną oraz młodszym kobietom z osteoporozą. Nie poznano dobrze jego skuteczności w zapobieganiu złamaniom pozakręgowym. Zalecając stosowanie raloksyfenu, należy uwzględnić zalety i wady jego wpływu na inne niż kości układy i narządy. Po przerwaniu przyjmowania leku utrata masy kostnej często powraca.
- Parathormon-teryparatyd (rekombinowany ludzki PTH 1-34) jest lekiem anabolicznym podawanym raz na dobę we wstrzyknięciu podskórnym. Pobudza tworzenie kości i zwiększa ich gęstość mineralną u kobiet po menopauzie obciążonych zwiększonym ryzykiem złamania kości w przebiegu osteoporozy. Leczenie nie powinno trwać dłużej niż 2 lata. Leku nie powinny przyjmować kobiety poddawane napromienianiu kości, z hipokalcemią, przerzutami nowotworowymi do kości oraz takimi zaburzeniami, jak choroba Pageta, które zwiększają prawdopodobieństwo rozwoju nowotworów kości.
- Układową HT stosuje się w celu zapobiegania osteoporozie po menopauzie, a nie jej leczenia. Powinna ona przede wszystkim złagodzić

umiarkowane lub poważne zaburzenia wywołane menopauzą, takie jak objawy naczynioruchowe lub zanik pochwy. Po opanowaniu lub ustąpieniu objawów nadal podaje się HT, zapobiegając resorpcji kości, jeśli tylko korzyści wynikające z przedłużenia leczenia przewyższają ryzyko z nim związane lub inne metody leczenia osteoporozy są niewłaściwe bądź powodują działania niepożądane.

Nie ustalono optymalnego czasu podania ani stosowania HT. Wykorzystuje się ją głównie we wczesnym okresie po menopauzie. NAMS zaleca zapisywanie leków w najmniejszych skutecznych dawkach pozwalających osiągnąć cele leczenia. Wpływ HT na masę kostną gwałtownie ustępuje po zaprzestaniu leczenia.

- Kalcytonina nie jest stosowana jako lek pierwszego rzutu w leczeniu kobiet po menopauzie z osteoporozą, nie wpływa bowiem wyraźnie na zmniejszenie częstości złamań, zaś na BMD działa słabiej niż inne leki. Jest jednak alternatywną metodą leczenia kobiet, u których menopauza wystąpiła przed ponad 5 laty oraz tych, które nie mogą lub nie chcą przyjmować innych leków przeciw osteoporozie.
- Na ogół nie zaleca się stosowania dwóch leków przeciwresorpcyjnych. Jest zbyt mało danych, aby zalecić kojarzenie leków anabolicznych, takich jak parathormon z lekami zapobiegającymi resorpcji kości, takimi jak bisfosfoniany lub estrogen.

Kluczowa rola bacznej obserwacji

Farmakoterapia kobiet z osteoporozą jest zwykle długotrwała. Po roku lub 2 latach leczenia należy ponownie określić jego cele i wybrać odpowiedni lek, a także wykonać badanie BMD. Powtarzanie badań niewiele wnosi u chorych w stanie stabilnym. Powtarzanie badania DXA u nieleczonych kobiet po menopauzie w odstępach krótszych niż 2-5 lat nie jest przydatne.

Contemporary OB/GYN, Vol. 55, No. 3, March 2010, p. 38. New position statement focuses on osteoporosis in postmenopausal women.