

Tonko Vlák

Odjel za fizikalnu medicinu, rehabilitaciju i reumatologiju  
Klinički bolnički centar Split

## **Sekundarna prevencija osteoporotičnih prijeloma i osteoanabolička terapija**

### **Secondary prevention of osteoporotic fractures and osteoanabolic therapy**

Osteoporozna je metabolička reumatska bolest, koju karakterizira progresivna promjena mikroarhitektonike kosti, što izravno znači i smanjenje kvalitete kosti te gubitak čvrstoće kosti. Upravo smanjena čvrstoće, patološki izmijenjena mikroarhitektonika i promijenjena kvaliteta kosti posljedično dovode do pojačane krhkosti kosti te povećanog rizika za prijelome.

Životni rizik za nastanak osteoporoze prisutan je kod 30% žena i 12% muškaraca, a rizik prijeloma raste s dobi i sve je učestaliji u starijoj životnoj dobi. U dobi iznad 50 godina, prijelom kosti uzrokovan osteoporozom očekuje se u 50% žena i 25% muškaraca. Značaj tih podataka i njihova važnost po zdravlje pojedinca najbolje se očituje iz činjenice da je rizik prijeloma kosti uzrokovan osteoporozom kod žena viši od rizika nastanka karcinoma dojke, ovarija ili materinice zajedno, dok je rizik prijeloma kod muškaraca viši od rizika karcinoma prostate.

Prema podacima velikih studija i meta-analizama prikupljenih epidemioloških podataka, dolazi se do zaključka kako otprilike svaka druga osoba s jednim osteoporotičnim prijelomom doživi i slijedeći osteoporotični prijelom u slučaju da ne liječi osnovnu metaboličku bolest, gdje rizik svakog očekivanog novog prijeloma raste eksponencijalno sa svakim slijedećim prijelomom.

Upravo spomenuti epidemiološki podaci prikupljeni diljem svijeta govore o rizicima i očekivanoj učestalosti novonastalih osteoporotičnih nisko energetske prijelom ili prijelom zbog krhkosti kosti, po kojima se očekuje da se svake 3 sekunde u sveukupnoj populaciji dogodi jedan novi osteoporotični prijelom, odnosno gotovo 25.000 prijeloma dnevno ili 9 milijuna osteoporotičnih prijeloma godišnje. To značajno doprinosi rečenoj specifičnoj patologiji, s posljedičnom neizmjernom patnjom bole-

snika, onesposobljenošću, rušenjem kvalitete života i zapanjujućem porastu potrošnje u zdravstvu.

U SAD-u se godišnje dogodi 2 milijuna osteoporotičnih prijeloma i 300.000 prijeloma kuka. U Hrvatskoj, prema podacima Hrvatskog društva za osteoporozu, se očekuje oko 18.000 osteoporotičnih prijeloma godišnje, od čega je 3.000 prijeloma kuka. Prijelom kuka najviše onesposobljava bolesnika, budući da za posljedicu u 80% slučajeva nalazimo gubitak samostalnosti bolesnika, 30% tih bolesnika ostaju trajni invalidi, 25% ih zahtjeva trajnu pomoć u kući, a 20% ih umire unutar godinu dana nakon prijeloma, zbog komplikacija na koje moderna medicina ne može utjecati. Razina razvoja moderne medicine i posljedična odgovornost za bolesnike, navedene podatke teško može tolerirati, kako u javnozdravstvenom, tako i u stručno medicinskom smislu.

Dakle, osteoporotični prijelom je znak postojanja teške osteoporoze i značajan čimbenik rizika za nove prijelome s visokim rizikom ometenosti i smrtnosti.

S obzirom na poznatu činjenicu da je gotovo polovina bolesnika s prijelomom kuka ranije imala i osteoporotični prijelom kralješka ili palčane kosti, te da je svaka šesta žena u postmenopauzi imala prijelom zbog krhkosti kosti, brojnost ovakvih bolesnika dovela je do nužnosti razvoja strategije onoga što nazivamo "sekundarne prevencije prijeloma".

Cilj strategije sekundarne prevencije prijeloma se u najkraćim crtama može definirati: "liječenjem nakon prvog osteoporotičnog prijeloma spriječiti novi prijelom". Bolesnik koji preživi prvi prijelom kuka, najčešće je hospitaliziran i stoga lakše dostupan i nužnoj obradi i daljnjem liječenju uzroka prijeloma, a samim time se kod njega lakše može provesti i sekundarna prevencija prijeloma.

Meta-analiza farmakoterapije tj. lijekova, koji su u svijetu odobreni za liječenje osteoporoze, ukazuju kako se može postići 30-50% smanjenje pojavnosti prijeloma uz trogodišnju farmakoterapiju. Također, liječenje bolesnika s osteoporotičnim prijelomom može smanjiti i sveukupnu incidenciju prijeloma kuka za 20-25%.

Od farmakoterapijskih pripravaka, pokazalo se da najveći utjecaj na poboljšanje kvalitete života, (djelujući na bol već nakon nekoliko mjeseci liječenja, a time i na poboljšanje funkcijskih sposobnosti bolesnika) i kvalitetu života, ima utjecaj osteoanaboličke terapije teriparatidom. Istovremeno, činjenica je da manje od 50% bolesnika s prijelomom kuka ili nevertebralnim prijelomom prima odgovarajuću terapiju. Prema usvojenim smjernicama, sve osteoporotične prijelome treba obraditi, a 70% bolesnika onda zahtjeva i adekvatno liječenje. Nažalost, u svakodnevnoj kliničkoj praksi često se uočava nepridržavanje nacionalnim smjernicama.

Ortopedi i traumatolozi su često jedini liječnici koji bolesnika vide u jedinicama hitnog prijema. Imaju odgovornost ne samo sanirati prijelom, već i procijeniti da li prijelom može biti povezan s osteoporozom te dijagnosticirati osteoporozu. Njihova je uloga važna i kod koordinacije sekundarne prevencije prijeloma s drugim liječnicima, koji onda sudjeluju u dugoročnoj skrbi i ishodu liječenja bolesnika s osteoporotičnim prijelomom. American Orthopaedic Association navodi pet razloga za prevenciju sekundarnih prijeloma nakon nisko-energetskog prijeloma kao prvi korak za poboljšanje stanja lokomotornog sustava i općeg zdravlja: (I) nisko-energetski prijelom kod odraslih je upozoravajući događaj, koji ukazuje na prisutnost krhkog skeleta i ukazuje na visoki rizik za budući prijelom s posljedičnom invalidnošću, ako ne i smrću; (II) opsežna dokumentacija ukazuje da bolesnici s nisko energetskim prijelomom ne primaju

odgovarajuću skrb; (III) kirurzi (ortopedi/traumatolozi) su u jedinstvenoj prilici da olakšaju i poboljšaju skrb niskoenergetskih prijeloma; (IV) činjenica postojanja prijeloma omogućuje ortopedima/traumatolozima trenutak pogodan za poduku i priliku da se utječe na bolesnika i liječnika primarne zdravstvene zaštite; (V) kako postoji konsenzus da je niskoenergetski prijelom znak slabe kvalitete kosti, sukladno medicini temeljenoj na dokazima (za liječenje osteoporoze povezane s prijelomima) potrebno je započeti što prije adekvatno liječenje osteoporoze, prema smjernicama.

Klinička praksa pokazuje da je značajnija uključenost ortopeda/traumatologa u liječenju bolesnika s osteoporotičnim prijelomima često nedovoljna zbog vremenskog ograničenja boravka bolesnika na njihovim odjelima. Potrebno je poticati ortopede i traumatologe u preuzimanju aktivnije uloge zaštite bolesnika s osteoporotičnim prijelomima, a kako bi prepoznali visoko rizične bolesnike, postavili dijagnozu osteoporoze u bolesnika s prijelomima, smanjili rizik budućih prijeloma i značajno poboljšali dugotrajnu skrb i ishode liječenja. U međuvremenu kao jedan od prvih koraka na tom putu nameće se potreba kreiranja najnužnijih i jednostavnih protokola (jasnih procedura postupanja) za liječenje bolesnika s osteoporotičnim prijelomom na razini svake bolnice koji će osigurati automatizam u otkrivanju rizičnih bolesnika te njihovo povezivanje/upućivanje specijalistima u bolničkim jedinice gdje mogu dobiti odgovarajuće liječenje. To će dovesti do najprikladnijeg načina dugotrajne skrbi i liječenja, potvrditi važnost nužnog multidisciplinarnog pristupa osteoporozu, te u konačnici dovesti i do financijske uštede u liječenju ovih bolesnika.

**Glavne riječi:** osteoporotični prijelom, sekundarna prevencija, osteoanabolička terapija