

Epidemiologia osteoporozy

I Krakowskie Sympozjum Szkoleniowe – OSTEOPOROZA

Kraków 19.09.1994

Streszczenia:

druk organizatorzy symposium – Oddział Krakowski Polskiej Fundacji Osteoporozy i Sekcja Osteoartrologii PTL.

Materiały kongresowe; s11-12.

Epidemiologia osteoporozy

Krzysztof Horszowski

II Oddział Wewnętrzny Szpitala Kolejowego Warszawa, ul. Brzeska 12

Osteoporoza (OP) jest chorobą metaboliczną charakteryzująca się niską masą kostną i zaburzeniami mikroarchitektury kostnej czego konsekwencją są złamania kości bez, lub w wyniku niewielkich urazów.

OP w okresie przedklinicznym charakteryzuje się tylko niską masą kostną (osteopenią) bez złamań. Najczęstszymi złamaniami osteoporotycznymi są złamania części dalszej przedramienia (Collesa), trzonów kręgowych odcinka piersiowego i lędźwiowego, oraz części proksymalnej kości udowej (cz.p.k.u). OP jest uznana przez WHO za chorobę cywilizacyjną i w ostatnich latach obserwuje się jej cichą epidemię w większości krajów świata. Złamania osteoporotyczne niosą ze sobą dużą chorobowość i śmiertelność (cz.p.k.u.), stanowiąc ogromne zagrożenie dla służb zdrowia i socjalnych. Aktualne dane ze Stanów Zjednoczonych wskazują, że OP dotkniętych jest ok. 10% mieszkańców, co prowadzi do 1.3 mln złamań rocznie w tym ok. 240 000 kości przedramienia, 500 000 trzonów kręgow, 275 000 nowych złamań biodra. Roczne koszty związane z OP sięgają 10 bln dolarów. Pomimo postępów w technice operacyjnej i anestezjologii złamanie cz.p.k.u. niesie ze sobą 15 – 25% śmiertelność w ciągu 1 roku, a osoby starsze powracają do poprzedniej aktywności życiowej tyl-ko w 30 – 50%.

Polskie dane wskazują, że zachorowalność na cz.p.k.u. w latach 1986-1987 lokuje polską populację na średnim poziomie światowym w przypadku mężczyzn i wysokim w przypadku kobiet. Najwyższą zachorowalność na 100 tys. ludności zanotowano w Norwegii dla kobiet 421, a dla mężczyzn 210. W Polsce odpowiednio 187 i 453. W analizowanym materiale oddziału ortopedyczno-urazowego w Warszawie częstość występowania złamań cz.p.k.u. narastała z wiekiem z wyraźną przewagą kobiet 2.4:1. Dominującym sposobem leczenia był zabieg operacyjny (92%), śmiertelność w populacji operowanych wynosiła 10%. Średni okres pobytu w szpitalu wynosił 22 dni. Średni koszt leczenia szpitalnego chorego operowanego wynosił wg stawek MZiOŚ z roku 1992 ok. 8.3 mln zł. Częstość występowania złamań różni się znacznie w różnych populacjach i grupach etnicznych (badania grupy MEDOS). Złamania cz.p.k.u. występują najczęściej w krajach skandynawskich, rzadziej w krajach południa Europy, najrzadziej w południowo afrykańskim plemieniu Bantu.

W wielu krajach obserwuje się wzrost częstości złamań, złamania są częstsze u mieszkańców miast a przyczyną może być mniejsza aktywność fizyczna i odmiennie nawyki żywieniowe co stanowi o czynniku ryzyka osteoporozy. Epidemiologia OP kręgosłupa w Europie nie była do tej pory znana. W 1990 roku European Vertebral Osteoporosis Study Group na podstawie jednolitego protokołu zaplanowała badania występowania osteoporozy kręgosłupa i czynników ryzyka w 40 ośrodkach krajów Europy. Wśród nich uczestnikiem badania była również Polska (Szczecin i Warszawa). W próbie populacyjnej warszawskiej (800 osób, 400 kobiet i 400 mężczyzn) od 40 do 80 r.ż. w grupach 50 osobowych co 5 lat) stwierdzono częstsze występowanie osteoporozy kręgosłupa u mężczyzn (27.8%) niż u kobiet (20.5%) co jest nowym szczególnym trendem obserwowanym również w 4 innych ośrodkach europejskich. Stwierdzono, że badana populacja narażona jest na ekspozycję dużej ilości udokumentowanych czynników ryzyka osteoporozy. Wśród nich wiek, mała aktywność fizyczna, długotrwałe unieruchomienie i palenie tytoniu były znamienne statystycznie. U ok. 14%

badanych kobiet wykonano badania densytometryczne w 3 miejscach szkieletu. Wykazały one statystycznie znamienne niższe wartości masy kostnej u kobiet z udokumentowanym i radiologicznie deformacjami osteoporotycznymi. Osteoporoza kręgosłupa w badanej populacji stanowi poważny problem zdrowotny dla obydwóch płci. Następstwami jej są utrzymujące się przewlekłe bóle kręgosłupa u mężczyzn i pogorszenie sprawności fizycznej aż do stanu inwalidztwa.

Rozpoznanie osteoporozy kręgosłupa przez lekarza pierwszego kontaktu jest bardzo niskie i w naszym materiale wynosiło 0.8% u mężczyzn i 1.3% u kobiet., W próbcie populacyjnej mieszkańców Szczecina częstość występowania OP wynosiła 27% u kobiet, 13% u mężczyzn. Stężenie osteokalcyny, markera przebudowy kości, było istotnie większe u kobiet z OP w porównaniu z kobietami zdrowymi. Palenie papierosów, małe spożycie wapnia i przedwczesne menopauza istotnie częściej łączyły się z radiologicznym rozpoznaniem OP u kobiet. U mężczyzn jedynie palenie papierosów zwiększało ryzyko OP.

Niezależnym czynnikiem ryzyka są upadki. Epidemiologiczne badania prospektywne kontynuowane w ramach EPOS (European Prospective Osteoporosis Study) w których z obserwowaną kohortą ok. 600 kobiet i ok. 600 mężczyzn uczestniczy również Polska (Szczecin i Warszawa) zajmują się między innymi występowaniem upadków i wynikających z nich złamań.