HORMONALNA TERAPIA ZASTĘPCZA A OSTEOPOROZA: FAKTY I MITY

I Środkowo Europejski Kongres Osteoporozy i Osteoartrozy oraz XIII Zjazd Polskiego Towarzystwa Osteoartrologii i Polskiej Fundacji Osteoporozy, Kraków 6-8.10.2005

Streszczenia:
Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja 2005, vol 7 (Suppl. 1), s98-99.

L37
HORMONALNA TERAPIA ZASTĘPCZA A OSTEOPOROZA: FAKTY I MITY

Alina Warenik-Szymankiewicz
Katedra i Klinika Endokrynologii Ginekologicznej Akademii Medycznej w Poznaniu

Słowa kluczowe: hormonalna terapia zastępcza, osteoporoza

Hormonalna terapia zastępcza stanowi metodę z wyboru w leczeniu osteoporozy związanej z niedoborem estrogenów. Podawanie estrogenów hamuje utratę zarówno kości korowej jak i beleczkowej. Estrogeny wywierają wpływ zarówno na osteoblasty jak i osteoklasty. Estrogeny powodują również wzrost wchłaniania wapnia w jelicie. Korzystne działanie estrogenów jest tym większe im dłużej były one stosowane. Przy stosowaniu estrogenów należy pamiętać o konieczności równoczesnego podawania gestagenów u kobiet z zachowaną macicą. W zapobieganiu i leczeniu osteoporozy postmenopauzalnej preferowane są pochodne testosteronowe. Progestageny działają korzystnie wspomagając działanie estrogenów na kości. Stosowanie HTZ w leczeniu osteoporozy powinno być połączone z odpowiednią podażą wapnia i witaminy D3. HTZ może być stosowana w połączeniu z bisfosfonianami, których działanie polega na wydłużeniu fazy kościotworzenia i skróceniu fazy

resorpcji kości, co zwiększa efektywność procesu mineralizacji.
Opublikowane w ostatnich latach wyniki badań klinicznych dotyczących HTZ potwierdzają korzyści wynikające z tego rodzaju leczenia dla układu kostnego. W opublikowanym w 1998 roku randomizowanym badaniu fińskim wykazano 71% redukcję złamań kości poza kręgosłupem w związku ze stosowaniem HTZ przez 5 lat. W opublikowanym w 2000 roku randomizowanym badaniu duńskim stwierdzono 3% redukcję w zakresie ogólnej częstości złamań po 5 latach stosowania HTZ. W opracowanej w 2002 roku metaanalizie obejmującej 57 badań klinicznych stwierdzono redukcję częstości złamań kości udowej (25-50%) i kręgów (50%) u kobiet stosujących HTZ w porównaniu z nie stosującymi HTZ.
W ostatnich latach opublikowano wyniki kilku dużych badań klinicznych dotyczących HTZ, których autorzy stawiają pod znakiem zapytania korzyści wynikające z tego rodzaju leczenia. Wątpliwości nie dotyczą wpływu HTZ na układ kostny, a natomiast procesów zachodzących w trakcie tego rodzaju terapii na poziomie układu krążenia i gruczołu piersiowego. Badaniem, które wzbudziło najwięcej kontrowersji w odniesieniu do stosowania HTZ było badanie Women’s Health Initiative (WHI). Również i to badanie potwierdziło korzystny wpływ stosowania HTZ na częstość złamań kości. Ryzyko względne złamań kręgów wynosiło 0,66, a wystąpienia innych złamań osteoporotycznych 0,77.
W odniesieniu do równoczesnego stosowania HTZ i bisfosfonianów stwierdzono, że wzrost gęstości kości był znacząco wyższy w grupie stosującej HTZ w połączeniu z alendronianem niż w grupie stosującej HTZ w połączeniu z placebo. Podobne wyniki uzyskano w odniesieniu do gęstości kości na poziomie krętarza kości udowej jak i kręgosłupa lędźwiowego.
Stosowanie HTZ jest szczególnie przydatne u kobiet młodych, u których niedobór estrogenów jest związany z pierwotną lub wtórną niewydolnością jajników. W takiej sytuacji klinicznej stosowanie HTZ nie wiąże się praktycznie z istotnymi zagrożeniami. U kobiet starszych, szczególnie u kobiet po 60

roku życia decyzja o podjęciu HTZ musi być podejmowana w sposób bardzo wyważony. U tych kobiet należy brać pod uwagę związany ze stosowaniem HTZ wzrost ryzyka powikłań takich jak żylna choroba zakrzepowa czy rak gruczołu piersiowego.
Wyniki przeprowadzonych ostatnio badań klinicznych nie umniejszają roli HTZ w zapobieganiu i leczeniu osteoporozy postmenopauzalnej. Nadal jest to postępowanie z wyboru w tej sytuacji klinicznej. Stosowanie HTZ musi być jednak związane ze szczegółową analizą innych czynników takich jak wiek, stan zdrowia i współwystępowanie innych czynników ryzyka choroby, niedokrwiennej serca, żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej i raka gruczołu piersiowego.

L37

HORMONAL REPLACEMENT THERAPY: FACTS AND MYTHS

Alina Warenik-Szymankiewicz
Department of Gynecological Endocrinology University of Medical Sciences of Poznań, Poland

Keywords: hormonal replacement therapy, osteoporosis

Hormonal replacement therapy (HRT) is therapy of choice in the treatment of osteoporosis due to lack of estrogen. Estrogen inhibit both cortical and trabecular bone loss through their action on the osteoclast and osteoblast level. Positive effects of estrogen therapy are dependent on the length of treatment. Preferred gestagen in the HRT in women with osteoporosis are testosterone derivates. HRT should be always conducted together with calcium and vitamin D3 supplementation. HRT may be used together with bisphosphonate therapy.
Recent clinical studies support effective role of HRT on the level of bone tissue. The results of the studies revealed increase of bone density and decrease of fracture frequency. The possible controversies are related to the impact of HRT on the level of cardiovascular system and breast. Women’s Health Initiative (WHI) Study supported a positive impact of HRT on

the bone tissue.

The role of HRT is unquestionable in young women with estrogen deficiency. In older women especially after the age of 60 the decision about HRT should concern many various factors. In this population the risk of venous thrombosis and breast cancer should be considered.