

KWALIFIKACJA DO BADANIA W KIERUNKU OSTEOPOROZY – CZY EDUKACJA JEST SKUTECZNA? PROGRAM POMOST

V Środkowo Europejski Kongres Osteoporozy i Osteoartrozy oraz XVII Zjazd Polskiego Towarzystwa Osteoartrologii i Polskiej Fundacji Osteoporozy, Kraków 29.09-1.10.2011

Streszczenia:

Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja 2011, vol 13 (Suppl. 1).
str 114-115

P11

KWALIFIKACJA DO BADANIA W KIERUNKU OSTEOPOROZY – CZY EDUKACJA JEST SKUTECZNA? PROGRAM POMOST

Przedłacki J.^{1,2}, Księżopolska-Orłowska K.², Grodzki A.¹, Celej
M.¹, Twardowska M.², Kaczmarska D.², Szuba P.²

¹Krajowe Centrum Osteoporozy, Warszawa;

²Katedra i Klinika Nefrologii, Dializoterapii i Chorób Wewnętrznych, WUM

Słowa kluczowe: osteoporoza, diagnostyka, FRAX

Wstęp. Jednym z elementów prawidłowego postępowania w osteoporozie jest właściwa kwalifikacja do badania w kierunku tej choroby. Ze względu na ograniczony dostęp do metod

diagnostycznych, w tym densytometrii, badania powinny być wykonywane jedynie u osób, u których występuje do tego uzasadnienie. Nasze wcześniejsze obserwacje z lat 2006/2007 wykazały, że wielu pacjentów kierowanych do Krajowego Centrum Osteoporozy (KCO) nie miało wskazań do diagnostyki w kierunku osteoporozy.

Cel. Celem pracy była ocena zasadności pierwszorazowego skierowania pacjentów do specjalistycznego centrum osteoporozy w 2 rocznych okresach obserwacji: 2006/2007 i 2008/2009. Procentowy wzrost liczby uzasadnionych wskazań mógłby świadczyć o skuteczności prowadzonej w Polsce edukacji w tym względzie, a jego brak powinien mobilizować środowiska opiniotwórcze do bardziej skutecznego działania, głównie wśród Lekarzy Rodzinnych.

Materiał i metody. Badanie będące fragmentem programu POMOST przeprowadzono w grupie pacjentów dotychczas nieleczonych lekami o aktywności przeciwzłamaniowej. Zostali oni skierowani po raz pierwszy do KCO głównie przez Lekarzy Rodzinnych w ramach umowy z NFZ z regionu województwa mazowieckiego w okresie 1 roku 2006/2007 (950 pacjentów; 128 mężczyzn i 828 kobiet, w wieku $63,5 \pm 9,6$ lat) i w analogicznym okresie 2008/2009 (1764 pacjentów; 201 mężczyzn i 1563 kobiety, w wieku $62,7 \pm 10,7$ lat). Nie są znane autorom pracy stosowane przez lekarzy kierujących metody kwalifikacji pacjentów do badania, zwłaszcza w drugim okresie obserwacji, kiedy znana już była metoda FRAX®. Przy analizie zasadności wskazań do kwalifikacji do badania wykorzystano metodę jakościową stosowaną w KCO, przyjmując za wskazanie: przebyte złamanie osteoporotyczne kości, przebyte złamanie biodra u rodziców, przewlekłe leczenie glikokortykoidami, wiek: dla kobiet ≥ 65 lat, a dla mężczyzn ≥ 70 lat, wczesną menopauzę (<45 r.ż.) i rozpoznanie RZS. W przypadku metody FRAX (ocena kliniczna, bez wyniku badania DXA) stosowano wersję brytyjską, a za próg kwalifikujący do rozpoczęcia badań przyjęto 10-letnie ryzyko złamania głównych kości (10-RZ) >10% (średnie i

wysokie ryzyko), jak proponują niektóre towarzystwa osteoporotyczne. W okresie 2006-2009 odbywały się w Polsce krajowe i międzynarodowe zjazdy poświęcone osteoporozie, liczne szkolenia, ukazywały się publikacje dotyczące postępowania w osteoporozie, została opracowana metoda FRAX.

Wyniki. W 2006/2007 roku 576 pacjentów spośród 950 skierowanych do KCO (60,6%) miało wskazania do rozpoczęcia badania wg metody jakościowej, a w 2008/2009 roku 1050 spośród 1764 (59,5%) (NS). W 2006/2007 roku 10-RZ wynosiło $9,8 \pm 7,0\%$ (635 pacjentów z niskim 10-RZ, 236 ze średnim i 79 z wysokim), w 2008/2009 roku $9,4 \pm 6,3\%$ (1227 pacjentów z niskim 10-RZ, 408 ze średnim i 129 z wysokim). Zgodnie z metodą FRAX w 2006/2007 roku kryteria kwalifikacji do badania w kierunku osteoporozy (10-RZ>10%) spełniło 315 pacjentów spośród 950 (33,2%), a w 2008/2009 roku 537 spośród 1764 (30,4%) (NS).

Wnioski. W okresie pomiędzy 2006/2007 i 2008/2009 rokiem, pomimo prowadzonych wielu działań edukacyjnych nie osiągnięto postępu w kwalifikacji pacjentów do diagnostyki osteoporozy. Jednym z tego powodów może być brak jednolitej powszechnie zaakceptowanej propozycji postępowania w osteoporozie wypracowanej przez całe środowisko osteoporotyczne w Polsce i zbyt słaby przepływ informacji do Lekarzy Rodzinnych głównie kierujących pacjentów do specjalistycznych centrów osteoporozy. Konieczne są dalsze wysiłki edukacyjne na tym polu.

P11

QUALIFICATION FOR DIAGNOSIS OF OSTEOPOROSIS – IS EDUCATION EFFECTIVE? POMOST STUDY

Przedlacki J.^{1,2}, Księżopolska-Orłowska K.², Grodzki A.¹, Celej M.¹, Twardowska M.², Kaczmarska D.², Szuba P.²

¹Krajowe Centrum Osteoporozy, Warszawa;

²Katedra i Klinika Nefrologii, Dializoterapii i Chorób Wewnętrznych, WUM

Keywords: *osteoporosis, diagnostics, FRAX*

Objectives. Appropriate qualification for diagnosis of osteoporosis is important. Diagnostics ought to be performed in patients with reasonable indications only because of the restricted availability of some procedures, bone densitometry among other. Our previous observations (2006/2007) showed that significant number of patients did not have any indication for diagnosis whichever method was used.

Aim. The aim of the study was to assess the frequency of reasonable indications for the diagnostic procedures in patients referred to the osteoporosis center first in two 1-year periods, 2006/2007 and 2008/2009. The increase of the number of reasonable indications could express the effective education in this field but the lack of it ought to mobilize our environmental multipliers for more effective efforts among Family Doctors especially.

Materials and methods. The study is the part of the POMOST study and was performed in patients not treated with antifracture medicines. They were referred to National Center of Osteoporosis (KCO) mainly by Family Doctors from mazovian region during 2006/2007 (950 patients; 128 males and 828 females, aged 63.5 ± 9.6 years) and 2008/2009 (1764 patients; 201 males and 1563 females, aged 62.7 ± 10.7 years). We don't know the methods of qualification for diagnosis of osteoporosis used by Family Doctors, especially in the second period when FRAX was known already. We used in KCO qualitative method of qualification for diagnosis of osteoporosis; criterions for diagnosis were: osteoporotic bone fracture in past, hip fracture in parents in past, chronic treatment with

corticosteroids, age ≥ 65 years in females and ≥ 70 years in males, early menopause (<45 years), diagnosis of rheumatoid arthritis. We used British version of FRAX (without DXA results), and 10-year fracture risk of the main bones (10-FR) $>10\%$ (medium and high 10-FR) was taken as the indication for diagnosis, as was proposed by our Polish osteoporosis societies. There were many different forms of osteoporosis education between 2006 and 2009: national and international congresses, educational meetings, medical publications, FRAX tool was proposed.

Results. In 2006/2007 576 patients among 950 (60.6%) referred to KCO had indication for diagnostic procedures based on our qualitative method, and in 2008/2009 1050 among 1764 (59.5%) (NS). In 2006/2007 10-FR was $9.8 \pm 7.0\%$ (635 patients with low 10-FR, 236 with medium and 79 with high), and in 2008/2009 $9.4 \pm 6.3\%$ (1227 patients with low 10-FR, 408 with medium and 129 with high). According to FRAX, 315 patients among 950 (33.2%) in 2006/2007, and 537 among 1764 (30.4%) in 2008/2009 (NS) met diagnostic criteria for osteoporosis (10-FR $>10\%$).

Conclusions. There was no improvement in qualification for diagnostic procedures between 2006/2007 and 2008/2009, despite many educational efforts in Poland. One of its explanations may be the lack of widely accepted proposition of diagnostic procedures developed by all osteoporosis societies and probably too weak transmission of information to Family Doctors who refer the patients to specialist centers mainly. There is a need for further educational effort.