

# **Osteoporoza a złamania. Aktualne dylematy: co, kogo, kiedy i jak leczymy**

**XI Zjazd Polskiego Towarzystwa Osteoartrologii i Polskiej  
Fundacji Osteoporozy  
V Krakowskie Sympozjum Osteoporozy  
Kraków 27-29.09.2001**

Streszczenia:

wersja polska

Materiały kongresowe: STRESZCZENIA, s61.

Druk: Drukarnia Skinder, ISBN – 83-904008-5-5

wersja angielska

Osteoporosis International 2001; vol. 12 (Suppl 1), s12.

**L35**

**Osteoporoza a złamania. Aktualne dylematy: co, kogo, kiedy i  
jak leczymy**

Janusz E. Badurski

*Centrum Osteoporozy i Chorób Kostno-Stawowych, Białystok*

Potrzebą chwili jest ujednoczenie metodologii definiującej osteoporozę i ryzyko złamań oraz ukierunkowanie jej, jak i leczenia, na zapobieganie złamaniom, a nie tylko na wypełnienie kryterium densytometrycznego. Granicą „osteoporozy” jest BMD szyjki kości udowej o T-score minus 2.5 mierzonej metodą DXA. Inne miejsca badania i inne techniki nie umożliwiają rozpoznania osteoporozy, ale mogą opiniować stopień zagrożenia złamaniami. A wynika ono zarówno z niskiej masy kostnej jak i z klinicznych czynników ryzyka, niezależnych od BMD, razem decydując o potrzebie, rodzaju i progu leczenia. Leczenie antyresorpcyjne (estrogeny,

bisfosfoniary) jest nieskuteczne, nie zapobiega złamaniom, u osób z normalną masą kostną nawet wysoce zagrożonych złamaniami, z innych niż BMD powodów. Im w młodszym wieku wykryje się niską BMD, tym ryzyko złamania do końca statystycznego życia jest większe, więc tym wcześniej należy rozpocząć leczenie p/resorpcyjne. Z drugiej strony, to samo T-score  $-2.5$  oznacza odmienne zagrożenie złamaniem u osoby w 65 r.ż. (w ciągu 5 lat – 3.2%) i w 80 r.ż. (ponad 16%). Dlatego przy średnim, 10-letnim ryzyku złamania 10%, skłaniamy się do leczenia osób poniżej 65 r.ż. już przy 5%, a u osób powyżej 75 r.ż. przy 15% ryzyku. Wybór leku wymaga uwzględnienia indywidualnych potrzeb zdrowotnych pacjenta i wykracza poza jedynie antyresorpcyjne postępowanie. Wymaga bezpieczeństwa, skuteczności w hamowaniu złamań, akceptacji pacjenta. Ocena skuteczności i przydatności leku dla poszczególnego pacjenta obliuguje do znajomości prób klinicznych uzasadniających jego zastosowanie. W populacji o jakim zagrożeniu złamaniami został przetestowany, jak obliczano jego skuteczność hamowania złamań, jakie jest jego okienko terapeutyczne. Nie leczymy bowiem „T-score” lecz zapobiegamy złamaniom, dostosowujemy leczenie do pojedynczego pacjenta, a nie do osteoporozy.

### L35

#### **OSTEOPOROSIS AND RISK OF FRACTURES, CURRENT PROBLEMS (DILEMMAS): WHAT, WHEN HOW AND WHO DO WE TREAT?**

Janusz E. Badurski,

*Centrum Osteoporozy i Chorob Kostno- Stawowych, Bia-tystok, Poland*

The issue of the moment is to clarify the methodology defining osteoporosis and the risk of fractures and direct it together with the method of treatment towards prevention of fractures instead of just fulfilling the densytometric criterion. The borderline for osteoporosis is a BMD T-score of the femoral neck of  $-2.5$  measured by the DXA method. Other sites for examination and techniques don't allow for the diagnosis of osteoporosis but may be of some prognosis to the risk of

fractures. These result from both low bone density and clinical risk factors independent of BMD and together may be decisive in the need, method and level of treatment. Antiresorptive treatment (estrogens, bisphosphonates) is not effective since it does not prevent fractures in persons with normal bone density with a high risk of fractures due to different reasons other than low bone density. The younger the age of low BMD detection, the higher the risk of fracture until the end of the statistical age and therefore earlier beginning of antiresorptive treatment is required. On the other hand the same  $-2.5$  T-score means a different risk of fracture for a person at the age of 65 (during 5 years 3.2%) and at the age of 80 (over 16%). Thus with the mean 10-year risk of fractures of 10% we are prone to treat people under 65 with a 5% risk and people over 75 with a 15% risk. The choice of drug is determined by individual needs of the patient and exceeds the antiresorptive treatment. It also requires safety, efficiency in prevention of fractures and compliance of the patient. The assessment of the efficacy and the usefulness of the drug for an individual patient requires knowledge of clinical trials proving its usefulness. We should take into account the risk of fractures in a studied population, the method which was implemented to assess the drug's efficacy in prevention of fractures and its therapeutical gap (therapeutical concentration/range). Our approach results from the fact that we do not treat the T-score but prevent fractures and adjust the method of treatment to the needs of the individual patient and not to osteoporosis.