

LECZENIE OSTEOPOROZY – OBECNY STAN WIEDZY

X Sympozjum Polskiego Towarzystwa Osteoartrologii i Polskiej Fundacji Osteoporozy

IV Krakowskie Sympozjum Osteoporozy

Kraków 23-26 września 1999

Streszczenia opublikowano:

Materiały kongresowe: STRESZCZENIA PRAC – ABSTRACTS, s24-26.

R2

LECZENIE OSTEOPOROZY – OBECNY STAN WIEDZY

Pr P.D. Delmas, MD, PhD,

Professor of Medicine,

University Claude Bernard and INSERM Research Unit 403, Lyon, France

W stosunku do osteoporozy powinno się stosować zasady podstawowe dla medycyny, a leczenie powinno być klasyfikowane na podstawie zdolności do zmniejszenia występowania złamań osteoporotycznych w randomizowanych, kontrolowanych placebo badaniach prospektywnych. Chociaż wprowadzono wiele schematów leczenia osteoporozy, ale tylko niewiele wykazało efektywność w zapobieganiu złamaniom.

Preparaty wapnia i niewielkie dawki witamy D są wartościowe u pacjentów z osteoporozą i u starszych pacjentów domów opieki społecznej, ale w większości przypadków nie wystarczają, aby w sposób znaczący zmniejszyć ryzyko złamania. W wielu krajach zachodnich hormonalna terapia zastępcza (HRT) jest uznawana za złoty standard w zapobieganiu i leczeniu osteoporozy, chociaż efektywność w zapobieganiu złamaniom pochodzi głównie z badań populacyjnych lub jednostkowych. Głównym problemem z HRT jest jej słaba tolerancja, powodująca wstrzymanie leczenia w ciągu

roku u około połowy pacjentek. Ostatnie wynalezione preparaty złożone dla stosowania ciągłego, z niewielką dawką estradiolu, mogą zmniejszyć znacząco krwawienia miesięczne i istnieje prawdopodobieństwo polepszenia tolerancji długoterminowej. Są jednak kobiety, które nie mogą lub nie chcą stosować HRT, szczególnie z powodu strachu przed rakiem sutka i w tych przypadkach konieczne jest wdrożenie leczenia alternatywnego. W ciągu ostatnich lat bisfosfoniany pojawiały się jako najbardziej efektywna alternatywa dla leczenia HRT. Wykazano, iż alendronian w sposób znaczący zmniejsza częstość występowania złamań kręgosłupa, nadgarstka i bliższego odcinka kości udowej u pacjentów z osteoporozą, jak również stwierdzono, iż zapobiega pomenopauzalnej utracie masy kostnej u pacjentek we wczesnym okresie po menopauzie. Alendronian i w mniejszym zakresie etidronian również wykazują efektywność w zapobieganiu i leczeniu osteoporozy posterydowej, zarówno u kobiet jak i mężczyzn. Kalcytonina donosowa wydaje się być interesującą alternatywą w leczeniu osteoporozy, ale dane przedstawiające efektywność w zapobieganiu złamaniom wydają się być nadal skąpe i kontrowersyjne. Ostatnio wynaleziono nową grupę czynników, tj. selektywne modulatory receptorów estrogenowych. Pierwszym lekiem z tej grupy obecnym na rynku w leczeniu osteoporozy to raloxifen, któremu udowodniono zapobieganie pomenopauzalnej utracie masy kostnej i zmniejszenie ryzyka występowania złamań kręgosłupa u pacjentów z osteoporozą, ale nie redukujących występowania złamań w innych miejscach szkieletu. Raloxifen zmniejsza poziom w surowicy LDL-cholesterolu i zmniejsza występowanie raka sutka u kobiet z osteoporozą, bez jednoczesnego stymulowania endometrium.

W porównaniu z obfitością leczenia, które może hamować resopcje tkanki kostnej, tylko niewiele schematów leczenia wykazywało wpływ stymulujący tworzenie kości. Fluorki są potencjalnym mitogenem dla osteoblastów, i zwiększających w sposób istotny osiową masę kostną, ale nie zmniejszającą częstości występowania złamań kręgosłupa. PTH również zwiększa beleczkową masę kostną, ale jego efektywność w zapobieganiu

złamaniom jest nieznana. Kombinacje leczenia antyresorpcyjnego i czynników wpływających na tworzenie kości wymagają dalszych badań.

R2

TREATMENT OF OSTEOPOROSIS – STATE OF ART

Pr P.D. Delmas, MD, PhD,
Professor of Medicine,
University Claude Bernard and INSERM Research Unit 403, Lyon,
France

The concept of evidence based medicine should be applied to osteoporosis, and treatments should be judged on their ability to decrease the incidence of fragility fracture in randomized placebo controlled prospective studies. Although many treatments have been suggested in osteoporosis, few have shown anti-fracture efficacy.

Calcium and low dose vitamin D supplementation are valuable in osteoporotic patients and in elderly institutionalized women but in most cases are not enough to decrease significantly fracture risk. In most western countries, hormone replacement therapy (HRT) is considered as the « gold standard » for the prevention and the treatment of osteoporosis, although anti-fracture efficacy is mainly derived from cohort and case control studies. A major problem with HRT is the low compliance, resulting in cessation of treatment within one year in about half of patients. The recent development of combined continuous preparations, with low doses of estradiol, can reduce significantly vaginal bleeding and are likely to improve long term compliance. There are, however, women who cannot or do not want to take HRT, especially because of the fear of breast cancer, and effective alternatives are necessary.

In recent years, bisphosphonates have emerged as the most effective alternative to HRT. Alendronate has been shown to decrease markedly and significantly the incidence of vertebral, wrist and hip fractures in osteoporotic patients

and has also been shown to prevent postmenopausal bone loss in early postmenopausal women. Alendronate, and to a lesser extent etidronate, have also been shown to be efficient in the prevention and treatment of glucocorticoid induced osteoporosis, both in men and in women. Nasal calcitonin is an interesting alternative for the treatment of osteoporosis, but the data demonstrating an anti-fracture efficacy are still scanty and controversial. A new class of agents has recently been developed, the selective estrogen receptor modulators (SERMs). The first agent in this class to be on the market for osteoporosis, raloxifene, has been shown to prevent postmenopausal bone loss and to reduce vertebral fracture incidence in osteoporotic patients but without reducing the incidence of nonvertebral fractures. Raloxifene decreases serum LDL-cholesterol and decreases the incidence of breast cancer in osteoporotic women, without stimulating the endometrium.

Contrasting with the abundance of treatments that can inhibit bone resorption, few treatments have been shown to stimulate bone formation. Fluoride is a potent mitogen for the osteoblasts and increases markedly axial bone mass but does not reduce vertebral fracture rate. PTH also increases trabecular bone mass but its antifracture efficacy is unknown. Combinations of antiresorptive and bone forming agents deserve further attention.