

# Najnowsze wytyczne kliniczne zapobiegania i leczenia osteoporozy: NOGG 2017 – już dostępne!

Zachęcamy do zapoznania się ze zaktualizowanymi w marcu 2017 wytycznymi National Osteoporosis Guideline Group. Wytyczne otrzymały akredytację NICE (National Institute for Health and Care Excellence).

Zespół National Osteoporosis Guideline Group prezentuje wspólne stanowisko takich instytucji jak:

- Bone Research Society
- British Orthopaedic Association
- British Orthopaedic Research Society
- International Osteoporosis Foundation
- National Osteoporosis Society
- Osteoporosis 2000
- Osteoporosis Dorset
- Primary Care Rheumatology Society
- Royal College of General Practitioners
- Royal Pharmaceutical Society
- Society for Endocrinology

Wśród najważniejszych rekomendacji znalazły się:

## **Ocena ryzyka złamania:**

1. Prawdopodobieństwo ryzyko złamania powinno być oceniane przy wykorzystaniu narzędzia FRAX u kobiet w wieku pomenopauzalnym oraz mężczyzn po 50 roku życia posiadających czynniki ryzyka złamania. U osób ze średnim ryzykiem złamania, powinien zostać dokonany pomiar gęstości kości (DXA), a następnie ponownie należy przeliczyć FRAX po dodaniu do algorytmu wyniku badania.

2. Ocena ryzyka złamań w kręgosłupie (Vertebral Fracture

Assesment – VFA) powinna zostać u kobiet pomenopauzalnych i mężczyzn (powyżej 50 r.ż.) jeśli zaobserwowano spadek wzrostu > lub = 4 cm, nadmierną kifozę piersiową, długotrwałe leczenie glikokortykosteroidami (w przeszłości lub obecnie) lub wynik T-score badania BMD jest równy lub mniejszy niż -2,5.

### **Styl życia i zalecenia w diecie**

1. Zaleca się dzienną podaż wapnia na poziomie pomiędzy 700-1200 mg. W głównej mierze wapń powinien pochodzić z codziennej diety, aczkolwiek jeśli istnieje taka konieczność podaż uzupełniać można suplementami.

2. W kobiet w wieku pomenopauzalnym oraz mężczyzn (po 50 r.ż.) z podwyższonym ryzykiem złamania zaleca się dzienną dawkę 800 IU witaminy D<sub>3</sub>.

3. Dodatkową suplementację wapniem powinny otrzymywać kobiety w wieku pomenopauzalnym oraz starsi mężczyźni, będący w trakcie terapii na osteoporozę, których codzienne spożycie wapnia jest poniżej 700 mg. Dodatkową suplementację witaminą D należy rozważyć u osób z potwierdzonym niedoborem tej witaminy lub osób z ryzykiem niedoboru.

4. Zaleca się stosowanie ćwiczeń z oporem dostosowanych do potrzeb i możliwości pacjentów.

5. Dane odnośnie upadków powinny być zbierane u wszystkich osób ze zwiększonym ryzykiem złamania. U osób z potwierdzonym zwiększonym ryzykiem upadku konieczna jest dokładna analiza ryzyka oraz wdrożenie odpowiednich działań zaradczych.

### **Leczenie w grupie kobiet pomenopauzalnych**

1. Alendronian oraz rizedronian pozostają lekami pierwszego rzutu w większości przypadków. W przypadku nietolerancji ustnych bisfosfonianów lub innych przeciwwskazań, zaleca się stosowanie dożylnych bisfosfonianów lub denosumabu (jako najlepszych alterantów). Stosowanie raloksyfenu czy HTZ traktować należy jako ewentualną opcję. Zastosowanie

teryparatydu, ograniczone jego dużym kosztem, zaleca się osobom z bardzo dużym ryzykiem złamania (głównie w kręgosłupie).

2. Ocena efektów leczenia nastąpić powinna po 3 latach w przypadku stosowania kwasu zoledronowego oraz po 5 latach w przypadku ustnych bisfosfonianów. Ewentualna kontynuacja leczenia z wykorzystaniem bisfosfonianów może być zalecana u osób po 75 r.ż., osób ze złamaniem bliższego końca kości udowej lub złamaniem kręgowym, osób które doznały złamania w trakcie terapii a także tych które są w trakcie terapii glikokortykosterydami.

3. W przypadku braku kontynuacji leczenia, należy przeprowadzić ocenę ryzyka po nowym złamaniu, niezależnie od czasu jego wystąpienia. Jeśli nie pojawi się żadne nowe złamanie, ponowna ocena ryzyka złamania powinna nastąpić w okresie między 18 miesięcy – 3 lata.

4. Na dzień dzisiejszy nie ma dowodów by w zaleceniach wspierać ideę terapii trwającej ponad 10 lat. Ewentualne decyzje odnośnie dalszego postępowania u osób w takiej sytuacji, powinny być podejmowane w oparciu o indywidualne przypadki pacjentów.

### **Osteoporoza po terapii glikokortykosterydami (GIO)**

1. U kobiet i mężczyzn w wieku 70 lat lub starszych ze złamaniemiskoenergetycznym w historii lub przyjmujących duże dawki glikokortykosterydów ( $\geq 7,5$  mg/dzień prednizolonu) należy rozważyć zastosowanie leków osteoporotycznych.

2. U pozostałych osób będących w trakcie terapii glikokortykosterydami należy określić ryzyko złamania (w oparciu o FRAX) z uwzględnieniem sterydów jako czynnika ryzyka.

3. U osób z dużym ryzykiem złamania rozpoczynających leczenie glikokortykosterydami należy jednocześnie włączyć leki osteoporotyczne.

4. Alendronian oraz rizedronian należą do leków pierwszego rzutu. W przypadku przeciwwskazań lub nietolerancji alendronianem są kwas zolendronowy oraz teryparatyd.

5. Leki stosowane przy osteoporozie mogą znaleźć zastosowanie u kobiet przed menopauzą oraz młodszych mężczyzn ze złamaniem w przeszłości lub otrzymujących wysokie dawki glikokortykosteroidów.

### **Osteoporoza u mężczyzn**

1. Alendronian oraz rizedronian są lekami pierwszego rzutu w leczeniu tego schorzenia u mężczyzn. W przypadku nietolerancji lub innych przeciwwskazań alternatywnie stosować można kwas zolendronowy lub denosumab. Dodatkową możliwością jest teryparatyd.

2. Celem określenia ryzyka złamania zaleca się odniesienie wyników T-score BMD szyjki kości udowej do wartości referencyjnych NHANES. W przypadku stosowania wersji online FRAX, celem oszacowania prawdopodobieństwa ryzyka, oprócz wyniku badania BMD szyjki ( $\text{g/cm}^2$ ) podać należy również producenta densytometru.

### **Progi dla leczenia farmakologicznego**

1. Rekomendowane progi interwencyjne dla podejmowania decyzji o ewentualnym leczeniu oparte są na wartościach prawdopodobieństwa złamania głównego oraz bliższego końca kości udowej na bazie FRAX. Progi te mają analogiczne zastosowanie dla kobiet i mężczyzn.

2. Kobiety z wcześniejszym złamaniem niskoenergetycznym mogą zostać objęte leczeniem bez dalszej oceny ryzyka, aczkolwiek pomiar BMD może być zalecany szczególnie u młodszych kobiet w wieku pomenopauzalnym.

3. Progi interwencyjne odnoszone są do wieku pacjenta w przedziałach wiekowych do 70 r.ż. Po 70 r.ż. są jednakowe niezależnie od wieku.

## **Systemy opieki**

1. Systemy oparte na koordynatorze tj Fracture Liaison Services (FLS ) powinny być wdrażane by systematycznie identyfikować mężczyzn oraz kobiety ze złamaniamiiskoenergetycznymi.

Pełna treść opracowanych wytycznych (w języku angielskim) w załączeniu. Więcej informacji na stronie [www](#).

[NOGG 2017Download](#)