OSTEOPOROZA U MĘŻCZYZN

V Środkowo Europejski Kongres Osteoporozy i Osteoartrozy oraz XVII Zjazd Polskiego Towarzystwa Osteoartrologii i Polskiej Fundacji Osteoporozy, Kraków 20-21.09.2013
Streszczenia:
Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja 2013, vol 15 (Suppl. 2).str 49-50

L11

OSTEOPOROZA U MĘŻCZYZN

Marcinowska-Suchowierska E

Klinika Medycyny Rodzinnej, Chorób Wewnętrznych i Chorób Metabolicznych Kości Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

Słowa kluczowe: *rejestracje, skuteczność, bezpieczeństwo, akceptacja, cena*

Złamania osteoporotyczne u mężczyzn występują rzadziej niż u kobiet, ale stanowią one główną przyczynę chorobowości i śmiertelności starzejących się mężczyzn. Ryzyko złamania bliższego końca kości udowej (BKKU) u starzejących się mężczyzn wynosi blisko 1/3 ryzyka u kobiet, ale śmiertelność w konsekwencji złamań BKKU, kręgów i innych dużych złamań jest u mężczyzn 2-3 krotnie większa niż u kobiet.

Czynniki zwiększające ryzyko rozwoju osteoporozy u mężczyzn

są podobne jak u kobiet (wiek, niskie BMI, hipogonadyzm, wcześniej przebyte złamania niskoenergetyczne, złamania osteoporotyczne u rodziców, leczenie kortikosteroidami, choroby przewlekłe, oraz nadużywanie alkoholu i palenie papierosów). Hipogonadyzm podobnie jak u kobiet jest najlepiej udokumentowanym czynnikiem ryzyka rozwoju osteoporozy u mężczyzn. Grupą mężczyzn szczególnie narażoną na złamania są chorzy na raka gruczołu krokowego, u których hipogonadyzm ostry indukowany jest przez leczenie ablacyjne.

Zasadniczym celem leczenia osteoporozy jest zapobieganie złamaniom kości.

Leczenie obejmuje ograniczenie wpływu czynników ryzyka złamań, w tym zapobieganie upadkom, przyjmowanie wapnia (1000-1200 mg/d), witaminy D (800-1000 IU/d) oraz farmakoterapię.

Leczenie farmakologiczne należy podjąć u wszystkich mężczyzn, u których rozpoznano: złamanie osteoporotyczne; osteoporozę potwierdzoną densytometrycznie; duże 10-letnie ryzyko bezwzględne złamań.

Zapobieganie farmakologiczne osteoporozie należy stosować u wszystkich mężczyzn poddanych leczeniu przeciwandrogenowym, u których 10-letnie ryzyko bezwzględne złamań obliczone na podstawie wieku i BMD jest umiarkowane.

Do leczenia osteoporozy u mężczyzn zarejestrowano mniejszą liczbę leków niż u kobiet: Alendronian, Risedronian, Zoledronian, Ranelinian strontu, PTH a także Denosumab (tylko u mężczyzn otrzymujących terapię antyandrogenową z powodu raka stercza), ale ich skuteczność przeciwzłamaniowa wydaje się podobna w obu płciach.

Podstawą wyboru leku w leczeniu osteoporozy u mężczyzn są zapisy rejestracyjne dopuszczające poszczególne preparaty do stosowania w tym wskazaniu. Należy również uwzględnić takie czynniki jak: złamania w przeszłości, ciężkość osteoporozy (T-

score), choroby współistniejące (np. choroba wrzodowa, choroby nowotworowe), cena leku, przewidzieć dyscyplinę i możliwości przyjmowania, a także kontynuowania leczenia przez pacjenta.

Należy pamiętać, że testosteron nie jest zarejestrowany do leczenia osteoporozy (brak dowodów na zmniejszenie liczby złamań pod jego wpływem). Eksperci jednak sugerują, aby w przypadku stężenia testosteronu w surowicy krwi poniżej 200 ng/ml u mężczyzn przyjmujących testosteron i obciążonych dużym ryzykiem złamań dołączyć lek o udokumentowanej skuteczności przeciwzłamaniowej; u mężczyzn z granicznie dużym ryzykiem i objawami klinicznymi niedoboru androgenów stosować testosteron, a u mężczyzn obciążonych dużym ryzykiem złamań, ale mających przeciwwskazania do stosowania leków zarejestrowanych do leczenia osteoporozy stosować testosteron, nawet jeśli nie istnieją wskazania standardowe do podaży tego hormonu.

L11

OSTEOPOROSIS IN MEN

Marcinowska-Suchowierska E.

Clinic of Family Medicine, Internal Diseases and Metabolic Bone Diseases: Postgraduate Medical Center, Warsaw

Keywords: *registration, effectiveness, safety, acceptance, price*

Osteoporotic fractures are less common in men than in women, but they are the major reason for morbidity and mortality in the elderly men. The risk of hip fractures in the elderly men is about 30% of the risk of such fractures in women but the mortality due to those fractures and other fractures is 2 to 3 times higher than in women.

The risk factors for the development of osteoporosis in men

are similar to those in women: age, low BMI, hypogonadism, osteoporotic fracture an adults, family history of osteoporosis, chronic diseases, chronic corticosteroids use, alcohol or tobacco abuse. Hypogonadism, similarly as in women, is the best evidenced risk factor for the development of osteoporosis. A group of men which is especially prone to fractures are patients suffering from prostate cancer in whom acute hypogonadism is induced by androgen deprivation therapy (ADT).

The main goal of osteoporosis treatment is prevention of bone fractures. Treatment consists of reduction of risk factors for fractures, including prevention of falls, taking Calcium supplements (1000-1200 mg/d), Vitamin D (800-1000 IU/d) and pharmacotherapy.

Pharmacological treatment is recommended for all men for whom the medical staff recognized: osteoporotic fractures, osteoporosis evaluated based on the results of densitometry, large 10-year absolute risk for fractures.

Pharmacological prevention of osteoporosis is recommended for all men who are receiving ADT, for whom the 10-year absolute risk for fractures calculated on the basis of age and BMD is moderate.

For the treatment of osteoporosis in men fewer drugs have been registered than for women: Alendronate, Risendronate, Zolendronic acid, Teriparatide also Denosumab (only for men receiving ADT for prostate cancer), but their effectiveness in preventing fractures seems comparable for both genders.

The basis for making a choice among different drugs is the registration guidelines for the treatment of osteoporosis. Other factors such as: previous fractures, severity of osteoporosis (T-score), comorbid diseases (e.g., gastric and duodenal ulcer, cancer), price of the drug, expected discipline of drug administration and therapy adherence should

also be taken into consideration.

One should remember that testosterone has not been registered for the treatment of osteoporosis (lack of evidence for its effects on the reduction of fractures). Experts suggest nevertheless that if the concentration of testosterone in blood is below 200 ng/ml in men taking testosterone and having a high risk of fractures one should add a drug with documented antifracture effectiveness; in men with high risk and clinical signs of androgen deficiency one should use testosterone; and in men with high risk for fractures, but for whom there is a contraindication to use drugs for osteoporosis, testosterone should be used, even if the general recommendations are against its use.