

SKUTECZNOŚĆ I BEZPIECZEŃSTWO DŁUGOTERMINOWEGO LECZENIA OSTEOPOROZY RANELINIANEM STRONTU

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 75-76

L28

**SKUTECZNOŚĆ I BEZPIECZEŃSTWO DŁUGOTERMINOWEGO LECZENIA
OSTEOPOROZY RANELINIANEM STRONTU**

Horst-Sikorska W.

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej

Pracownia Metabolizmu Kości

UM Poznań

Osteoporoza to choroba metaboliczna kości zwiększająca ryzyko złamań nawet przy niewielkim urazie lub wręcz samoistnych. Jest chorobą przewlekłą, jednak absolutnie nie wolno postępującą. Jedna na pięć pacjentek dozna kolejnego złamania już w ciągu 1 roku od złamania! (*Lindsay, JAMA 2001*)

Epidemiologiczna prognoza częstości złamań kręgow w Europie wskazuje, że 56% kobiet i 29% mężczyzn >60 r.ż. nie poddanych terapii dozna złamania osteoporotycznego (*Jones G et al. BMJ*)

1994).

Celem terapii osteoporozy jest zapobieganie pierwszemu i kolejnym złamaniom osteoporotycznymi. Znajomość etiopatogenezy choroby ułatwia indywidualny wybór optymalnego leczenia.

Kość jest tkanką, która ulega nieustannej przemianie metabolicznej. Naprzemiennie zachodzące cykle resorpcji, kościotworzenia i mineralizacji zapewniają kości optymalne warunki spełniania funkcji motorycznej i strukturalnej. Zarówno przyspieszenie, jak i skrócenie każdego cyklu przemian kości może mieć niekorzystne następstwa. Nadmierne zwolnienie przemian kostnych może prowadzić do powstania kości porcelanowej, a przyspieszenie do tworzenia kości niedostatecznie zmineralizowanej. Czynniki wpływające na aktywność osteoblastów i osteoklastów regulują i kontrolują dynamikę procesów przemian kostnych.

Leki stosowane w terapii osteoporozy powinny przywracać zaburzoną równowagę między nadmierną resorpcją kości, a niedostatecznym kościotworzeniem. Ranelinian strontu jest unikatowym lekiem wykazującym oba te kierunki działania. Zmniejsza różnicowanie pre-osteoklastów do osteoklastów, zwiększa ekspresję OPG, stymuluje różnicowanie preosteoblastów działając poprzez receptor wapniowy CaSR, zwiększa syntezę macierzy kostnej. Najważniejszym punktem w ocenie skuteczności każdego leku stosowanego u chorych z osteoporozą jest wpływ na redukcję liczby złamań o różnej lokalizacji. Badania skuteczności leku wykazały, że w wyniku terapii ranelinianem strontu dochodzi do zmniejszenia ryzyka złamania kręgosłupa i wzrostu BMD w obrębie kręgów lędźwiowych. Badanie SOTI przeprowadzone u 1 649 osób z poprzednio stwierdzonymi złamaniami kręgów wykazało zmniejszenie ryzyka nowych złamań o 49% przy liczbie NNT 9.

Obserwowano redukcję nowych złamań kręgów o 52%, zmniejszenie ryzyka złamań obwodowych i wzrost BMD w szyjce kości udowej.

Badanie TROP0S, w którym wzięło udział 5091 osób w wieku >74 roku życia wskazało na redukcję ryzyka złamań o lokalizacji obwodowej o 16%.

Badanie z 2002 roku przeprowadzone przez Meuniera u 1977 kobiet z niską masą kostną w obrębie biodra – BMD neck T <-2,4SD, wykazało, iż w wyniku leczenia ranelinianem strontu nastąpiła redukcja o 36% liczby złamań w obrębie bliższego końca kości udowej (b.k.k.u.). (*Meunier P. et al. J Clin End. Metab 2002*).

Szczególną grupą chorych, którzy często nie są uczestnikami badań klinicznych są pacjenci w podeszłym wieku. Trudność polega na częstej w tym wieku wielochorobowości, wynikającej z tego wielolekowości, większej częstości złamań niskoenergetycznych obciążonych najpoważniejszymi powikłaniami. Śmiertelność po złamaniu biodra jest związana z dużą podatnością na zmiany zapalne, odleżyny, powikłania sercowo-naczyniowe, zakrzepowo-zatorowe. Obraz chorobowy może w tej stresującej dla pacjenta sytuacji wikłać dekompensacja choroby podstawowej. W tak wybranej grupie chorych, w tej grupie wiekowej (pacjenci po 80 roku życia) badania SOTI i TROP0S wykazały 31% redukcję ryzyka złamań kręgowych oraz 33% redukcję złamań pozakręgowych (biodra, nadgarstka, miednicy, żeber, mostka, obojczyka, ramienia).

Populacja szczególnego ryzyka wystąpienia osteoporozy i jej powikłań to przede wszystkim kobiety po menopauzie. 50-65 lat to najczęstszy wiek wystąpienia złamania osteoporotycznego. W badaniu SOTI wyodrębniono grupę 353 kobiet w tym przedziale wiekowym (50-65 lat) udowadniając w 4 letniej obserwacji leczenia ranelinianem strontu zmniejszenie ryzyka złamań trzonów kręgow o 35% (*Spinal Osteoporosis Therapeutic Intervention*).

Ważną grupą chorych, u których zachodzi potrzeba zastosowania określonej terapii są pacjenci już wcześniej leczeni przeciwosteoporotycznie. Ze względu na powszechność

zastosowania najczęściej powstaje problem skuteczności leczenia po terapii bisfosfonianami. W tej grupie chorych po roku terapii ranelinianem strontu zwiększa się liczba miejsc o dużej aktywności kościotwórczej osteoblastów, przy jednoczesnym ograniczeniu aktywności osteoklastów, co w efekcie powoduje poprawę jakości kości (*B. Busse, M. Priemel, B. Jobke J Bone and Mineral Research 2007*).

W prowadzonym badaniu porównawczym wobec alendronianu wykazano, że ranelinian strontu ma większy efekt na zwiększenie grubości części dystalnej kości piszczelowej. *Rizzoli R., Laroche M., Krieg MA. Et all Rheumatolog Int 2010*

Ranelinian strontu i SERM wykazują też skuteczność przeciwzłamaniową u chorych z osteopenią. *Seeman E et all J Bone Miner Res 2008*

Ze względu na wagę problemu jaki stanowi osteoporoza i jej powikłania oraz niepokojące dane epidemiologiczne, wątpliwości dotyczące wyboru optymalnego leczenia będą pojawiać się coraz częściej. Zawsze wymagają indywidualnego rozpatrzenia opartego na rzetelnej znajomości wytycznych postępowania oraz dokładnej wiedzy dotyczącej wcześniejszego i aktualnego stanu pacjenta.

L28

EFFICACY AND SAFETY OF THE LONG-TERM STRONTIUM RANELATE OSTEOPOROSIS TREATMENT

Horst-Sikorska W.

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej

Pracownia Metabolizmu Kości, UM Poznań