

V Środkowo Europejski Kongres Osteoporozy i Osteoartrozy

20-21.09.2013 Kraków

Sprawozdanie Merytoryczne

Przemysław Borowy, Jarosław Amarowicz

W dniach 20-21.09.2013 w Krakowie odbył się V Środkowo Europejski Kongres Osteoporozy i Osteoartrozy. W ciągu 2 dni odbyło się 12 sesji naukowych, na których zaprezentowano 51 wykładów naukowych oraz przedstawiono 37 plakatów. W kongresie wzięło udział ok. 500 osób z Polski w tym 46 uczestników z zagranicy (w sumie z 14 krajów). Kongres odbył się pod auspicjami International Osteoporosis Foundation oraz przy wsparciu finansowym z Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

Wykład inauguracyjny pt. „Nowe terapie osteoporozy pomenopauzalnej” wygłosił prof. S. E. Papapoulos koncentrując się na nowych intensywnie badanych grupach terapeutycznych – inhibitorach katepsyny i sklerostyny. Badania 3 fazy wykazały skuteczność i bezpieczeństwo odancatibu – inhibitora Katepsyny N, który wybiórczo hamuje aktywność osteoklasta. Inną strategię wykazują przeciwciała przeciw sklerostynie, której zablokowanie działa anabolicznie i pobudza kościotworzenie poprzez stymulację osteoblasta. Obie terapie mogą stanowić uzupełnienie obecnych schematów terapeutycznych – choć przyszłość należeć będzie do leków anabolicznych, terapii łączonej lub sekwencyjnej.

W pierwszej sesji kongresu poświęconej strategiom zmniejszenia liczby złamań osteoporotycznych prof. J.A. Kanis podsumował obecne zalecenia i wytyczne w tym zakresie, koncentrując się na roli algorytmu FRAX. FRAX ma już swoje miejsce w prognozowaniu ryzyka złamania, jest powszechnie stosowany w skriningu. Nowością była próba oceny FRAX u osób już leczonych, jako wskaźnika oceny skuteczności leczenia. Na tym tle prof. J.A. Kanis wyróżnił dwie grupy leków. Pierwsza kategoria to leki, które zmniejszają ryzyko złamania i równocześnie obniżają wartość FRAX, druga – to leki gdzie spadek ryzyka złamania nie ma odzwierciedlenia w wartościach FRAX. Choć te wstępne analizy nie mają jeszcze praktycznych zastosowań, wskazują, że nowe protokoły terapeutyczne mogą obejmować ryzyko wyliczone z FRAX i szacować jak ono spada w trakcie leczenia. W kolejnym wykładzie tej sesji prof. E. Czerwiński zaprezentował nowe, nefarmakologiczne, ale kosztoszczędne programy zapobiegania powtórzonemu złamaniu. Brytyjskie, a obecnie już międzynarodowe doświadczenia z programem Fracture Liaison Service (system oparty na koordynatorze), w którym kluczową rolę pełni pielęgniarka opiekująca się osobami po złamaniu przyniosły milionowe oszczędności w ciągu kilku lat jego funkcjonowania. W kolejnym wykładzie, zaprezentowanym przez dr P. Borowego zanalizowano trendy sekularne, jakie towarzyszą osteoporozie w ciągu ostatnich 50 lat. Te wieloletnie obserwacje pokazują, że częstość złamań bku w wielu krajach maleje, ale starzenie społeczeństwa powoduje, że ich całkowita liczba będzie wciąż rosła. Zalety i ograniczenia morfometrii DXA w ocenie złamań zaprezentował prof. W. Pluskiewicz, podkreślając, że średnie i ciężkie złamania kręgow mogą być wykrywalne tą techniką prawie w 100%.

Niższą czułość ma morfometria w wykrywaniu złamań łagodnych wg Genanta. Problemem jednak pozostaje nadal nadinterpretacja wyników uzyskanych za pomocą tej techniki.

W drugiej, niezwykle ciekawej sesji tego dnia poświęconej postępom w leczeniu osteoporozy prof. Franek przedstawił rolę osteocyta, który pełni nadrzędną rolę sterując całym systemem resorpcji i odbudowy. Osteocyt poprzez swoje receptory dla hormonów, lokalnych cytokin, a także połączenie z układem nerwowym i własne mechanoreceptory jest w stanie odbierać i przetwarzać każdy bodziec wpływający na kość. Jest też komórką bardzo aktywną wydzielniczo. Praktyczne zastosowanie dla tych patofizjologicznych podstaw osteoporozy przedstawił w kolejnym wykładzie prof. S.E. Papapoulos, oceniając prawie 10 letnie doświadczenia z denosumabem. Denosumab okazał się lekiem bezpiecznym, skutecznym w leczeniu każdej osteoporozy, choć obecnie trwają jeszcze badania rejestracyjne w osteoporozie u mężczyzn i posterydowej. Co więcej lek ten jest skuteczny u osób, które długotrwale przyjmowały bisfosfoniany, jak podkreślił prof. E. Czerwiński, i może być bezpieczną alternatywną terapią w razie nieskuteczności lub przeciwwskazań tych pierwszych. Praktyczne podsumowanie osteoporozy u mężczyzn zaprezentowała prof. Marcinowska-Suchowierska, akcentując potrzebę diagnostyki różnicowej, ze względu na ponad 30% częstość osteoporozy wtórnej w tej grupie chorych. Pani Profesor zwróciła uwagę na rolę niedoboru estrogenów jako kolejną, nową przyczynę tej choroby również u mężczyzn. Natomiast, co do leczenia ciągle zarejestrowanymi lekami są bisfosfoniany, ranelinianu strontu, a denosumab, tylko w wybranej grupie.

Dużo pytań wzbudziła kolejna sesja tego dnia poświęcona „blaskom i cieniom” bisfosfonianów. Znakomici wykładowcy próbowali odpowiedzieć na zasadnicze pytania związane z tą terapią. Profesor J. Badurski dokonał przeglądu literatury pod kątem długości terapii, podkreślając, że leczenie musi być indywidualnie dobrane do pacjenta, terapia monitorowana pod kątem skuteczności i bezpieczeństwa, a jej czas zależy nie tylko od badań rejestracyjnych (5-10 lat). Z problemem powikłań po bisfosfonianach zmierzyła się Prof. E. Sewerynek. Za najistotniejsze uznała poważne działania związane z takim leczeniem jak martwica jałowa żuchwy i złamania atypowe. Podkreśliła że poza chorobą nowotworową i intensywnym leczeniem stomatologicznym, nie ma znanych czynników ryzyka, które moglibyśmy wyeliminować przed rozpoczęciem takiej terapii. Ryzyko złamań atypowych rośnie wraz z czasem terapii, dlatego powinno być uwzględniane w planowaniu leczenia. Zamknięcia sesji dokonał dr W. Misiorowski wskazując na rolę bisfosfonianów w nowotworach. W swoim wystąpieniu wykazał skuteczność tej terapii w leczeniu hiperkalcemii nowotworowej, bólu i progresji zmian pierwotnych i wtórnych nowotworów kości.

Ostatnią sesję tego dnia pt. Dylematy w leczeniu osteoporozy, otworzył prof. M. Tałaż podsumowując dotychczasową wiedzę na temat suplementacji wapna w osteoporozie. W interesującym wykładzie dowiedzieć się można było, że suplementacja wapnia jest bezpieczna jeśli wysokość dawki będzie odpowiednio dobrana do pacjenta. Temat leczenia chorych ze złamaniami z prawidłowym wynikiem BMD poruszył w swoim wykładzie prof. H. Resch, który zasugerował, że odpowiedzią na problemy diagnostyczne takich osób może być kalkulator FRAX.

Na wątpliwości związane z osteodystrofią indukowaną przewlekłą chorobą nerek odpowiedział prof. A. Więcek. Wskazywał na nową rolę fosfatonin – przede wszystkim FGF23 w indukowaniu osteoporozy, poprzez hiperfosfatemię, upośledzoną hydroksylację 25(OH)D3 oraz wydzielanie PTH. Podkreślił konieczność różnicowania kostnych powikłań niewydolności nerek ze

względu na ich różnorodną manifestację – od nadczynności przytarczyc po adynamiczną chorobę kości.

W zamykającym pierwszy dzień wykładzie dr M. Jezińska-Kazberuk przedstawiła wytyczne NFZ, obowiązujące zalecenia i procedury w diagnozowaniu i leczeniu osteoporozy, a także zaopatrzeniu w sprzęt ortopedyczny.

Drugi i ostatni dzień kongresu był poświęcony chorobie zwyrodnieniowej, zespołowi kruchości, osteoporozie wtórnej oraz prezentacjom zakwalifikowanych prac poświęconych osteoporozie. W chorobie zwyrodnieniowej prof. J. Badurski przedstawił nowe dowody na udział zapalenia w indukcji zmian destrukcyjnych. Jako pierwotną przyczynę wskazywał nadmierne obciążenie struktur stawu u osób predysponowanych genetycznie, ale mechanizmy, które prowadzą do jego uszkodzenia wynikają z nadmiernej aktywacji cytokin zapalnych w warstwie podchrzęstnej, napływu makrofagów z destrukcją prawidłowej struktury przez metaloproteinazy i następową, nieprawidłową przebudowę. Istotną rolę w tej aktywacji pełni osteocyt, który zmienia profil lokalnych cytokin na zapalny. Uzupełnieniem tej sesji był wykład prof. Jabłońskiego poświęcony lekom dostawowym w osteoartrozie, jako najbardziej obiecującej w eksplorowanej grupie - przede wszystkim kwasu hialuronowego. Nowe dowody wskazują na ich skuteczność w ograniczonym zakresie, a dostępne prace na małej grupie pacjentów potwierdzają ich bezpieczeństwo. Jednakże rekomendacje American Academy of Orthopedic Surgeons z 2013 nie zalecają stosowania iniekcji kwasu hialuronowego i viscosuplementacji w leczeniu choroby zwyrodnieniowej.

Zespół kruchości opisała dr A. Skalska zwracając uwagę na jego konsekwencje kliniczne – wzrost ryzyka upadków i bezpośredni wpływ na złamania. Wg danych epidemiologicznych zespół kruchości będzie stanowić narastający problem w wielu schorzeniach geriatrycznych i wymaga odrębnego leczenia. W następnej prezentacji tego dnia dr. Płudowski przedstawił aktualne wytyczne do suplementacji witaminy D3. Skala niedoborów w Polsce, ale i na świecie jest ogromna (ponad 60% populacji ma niski poziom 25(OH)D3.). Plejotropowe działanie D3 ma terapeutyczny wpływ nie tylko na kości, ale wykazuje efekty w gruźlicy, wielu nowotworach, chorobach endokrynologicznych, psychicznych, autoimmunologicznych a zakres badań w tym kierunku jest bardzo szeroki. W przedstawionym konsensusie suplementację powinni otrzymywać wszyscy (dzieci i dorośli, u których efektywna synteza skórna witaminy D nie jest zapewniona. W naszym klimacie 400-800IU/dobę powinni otrzymywać wszyscy zdrowi ludzie. Szczególną grupę ryzyka stanowią otyli i oni powinni przyjmować dawki 1200 – 4000 IU/dziennie.

Aktualne wytyczne w leczeniu osteoporozy indukowanej glikokortykoidami (GKS) przedstawił prof. P. Głuszko. Podkreślił rolę małych dawek w patogenezie choroby, indywidualną wrażliwość na GKS u poszczególnych osób - nie wiadomo dlaczego, ale osteoporoza rozwija się u 30-60% chorych leczonych GKS. Profesor wskazał na rozbieżności w rekomendacjach europejskich i amerykańskich dotyczących wskazań do rozpoczynania terapii bisfosfonianami oraz konieczność profilaktyki w postaci suplementacji Ca i witaminy D3. Ocena ryzyka złamań jest wskazana u wszystkich otrzymujących prednizon >2,5 mg/d przez > 3 miesiące. U tych osób zaleca się rutynowy pomiar wzrostu raz w miesiącu oraz pomiar DXA BMD przed wdrożeniem GKS i po 6, 12 miesiącach. Wg polskich zaleceń należy rozważyć terapię bisfosfonianami u wszystkich po 50 r.ż otrzymujących prednizonu ≥ 5 mg/dz. przez >3 miesiące. Uzupełnieniem do osteoporozy wtórnych był wykład poświęcony reumatoidalnemu zapaleniu stawów. Wg aktualnych rekomendacji EULAR leczenie

syntetycznymi lekami modyfikującymi przebieg choroby (LMPCh) powinno być rozpoczęte po ustaleniu rozpoznania RZS, tak szybko jak to możliwe, albowiem wpływa ono także na zapobieganie osteoporozie. Autorzy podkreślili, że stosowanie przewlekłe przez reumatologów inhibitorów pompy protonowej jako preparatu pomocniczego może wiązać się z wyższym ryzykiem wystąpienia złamań. Dużym zainteresowaniem cieszył się wykład dr M. Rell-Bakalarskiej, poświęcony błędom w leczeniu osteoporozy, z których najczęściej występuje zaniechanie rozpoczęcia leczenia lub jego przedwczesne przerwanie.

Dyskusja Okrągłego Stołu na tegorocznym Kongresie odbyła się pod hasłem „Jak leczyć osteoporozę w Polsce w aktualnej sytuacji?”. Udział w niej wzięli prof. J. Badurski, prof. E. Czerwiński, prof. E. Marcinowska- Suchowierska, prof. E. Sewerynek, prof. W. Pluskiewicz oraz dr hab. J. Przedlacki. Eksperti próbowali odpowiedzieć na 3 zasadnicze, praktyczne pytania: jak długo powinno się leczyć bisfosfonianami, kiedy stosować terapię przerywaną i jak traktować nowe złamanie w trakcie terapii. To ostatnie pytanie zostało szeroko skomentowane a w dyskusji zaznaczono, że w wybranych przypadkach nowe złamanie nie musi oznaczać nieskuteczności leczenia.

Na podkreślenia zasługuje duża liczba pytań, które wpłynęły do wykładowców – kilkadziesiąt pytań, na które niestety nie udzielono odpowiedzi ze względu na brak czasu.