ZAPOBIEGANIE POWTÓRNEMU ZŁAMANIU

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 41-42

L03
ZAPOBIEGANIE POWTÓRNEMU ZŁAMANIU

Czerwiński E.[1,2,3], Amarowicz J.[2], Kumorek A.[2,3]

[1]Krakowskie Centrum Medyczne, Kopernika 32, 31-501 Kraków, www.kcm.pl

[2]Zakład Chorób Kości i Stawów, WNZ, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

[3]Polskie Towarzystwo Osteoartrologii, Kopernika 32, 31-501 Kraków

Słowa kluczowe: *epidemiologia złamań, osteoporoza, FLS*

Złamania osteoporotyczne są narastającym problemem na świecie, w tym również w Polsce. Szacuje się, że w 2011 roku w Polsce było 2,8 mln osób ze złamaniem niskoenergetycznym. Po pierwszym złamaniu znacznie zwiększa się ryzyko kolejnego złamania. Ryzyko złamania bliższego końca kości udowej (bkku) rośnie 2-krotnie po złamaniu kości promieniowej, 2,5-krotnie po złamaniu trzonu kręgu kręgosłupa i 6-krotnie po złamaniu bkku po drugiej stronie. Pacjenci ze złamaniem osteoporotycznym -niskoenergetycznym stanowią 75% obłożenia

łóżek na oddziałach urazowych, w tym kobiety 51%, a mężczyźni 24%. Złamanie niskoenergetyczne jest dowodem osteoporozy niezależnie od BMD, a ich wystąpienie wymaga bezwzględnego leczenia osteoporozy. Złamanie bkk udowej jest obciążone najpoważniejszymi powikłaniami; w ciągu pierwszego roku skutkiem powikłań umiera 20% kobiet i 25% mężczyzn.

Ponieważ osoby z przebytym złamaniem należą do najbardziej narażonych na wystąpienie kolejnego złamania, strategia zapobiegania powinna uwzględniać tą grupę w pierwszej kolejności. Chirurg ortopeda jest pierwszym i najczęściej ostatnim lekarzem, który zajmuje się pacjentem ze złamaniem i jego obowiązkiem jest poinformowanie pacjenta o zagrażającym ryzyku i zainicjowanie programu zapobiegania kolejnym złamaniom.

W latach 90-tych w Szkocji wprowadzono system oparty na koordynatorze, tj. *Fracture Liaison Service*, który następnie zaimplementowano w wielu krajach takich jak np. USA, Kanada, Australia, Niemcy, Włochy, Nowa Zelandia, Holandia, Hiszpania, Izrael, Malezja.

Kluczową osobą w tym systemie jest koordynator – najczęściej pielęgniarka, która nadzoruje pacjenta od momentu przyjęcia do ambulatorium lub na oddział, a następnie w okresie okołooperacyjnym. Wdraża wymagane postępowanie diagnostyczne w kierunku osteoporozy i zapobiegania upadkom.

Obecnie w Szkocji są 3 centra medyczne obejmujące populację 1 miliona pacjentów ze średnią 6 500 złamań na rok, zaś w całej Wielkiej Brytanii system wdrożono w 37% placówek w 2011. Obecnie dzięki FLS leczeniu poddanych jest 95% pacjentów ze złamaniem kości promieniowej oraz 97% pacjentów ze złamaniem bkk udowej. System FLS pozwolił na zmniejszenie liczby złamań bkk udowej o 7,3% w skali kraju. Podobny system (*Kaiser Southern California Healthy Bones Program*) wprowadzony w USA przez firmę *Kaiser Southern California* przyczynił się do zredukowania liczby przewidywanych złamań bliższego końca

kości udowej o 37%, tym samym pozwalając na redukcję kosztów o 30,8 mln dolarów w 2007 roku. Szacuje się, że wprowadzenie podobnego systemu opartego na koordynatorze dałoby w fazie implementacji oszczędność rzędu 350 – 742 000 złotych.

Należy ze wszech miar dążyć do wdrożenia systemu FLS na jak największą skalę. Przenosząc tą myśl na praktykę Polskie Towarzystwo Osteoartrologii (PTOA) od 2008 roku prowadzi akcję „Nie łam się", której celem jest propagowanie wiedzy z zakresu osteoporozy, upadków i grożących im konsekwencji – złamań (90 000 rozprowadzonych ulotek). Od 2012 roku PTOA prowadzi również w 100 szpitalnych oddziałach ortopedycznych pilotażowy program w którym przeszkolony personel pielęgniarski wdraża wtórną prewencję poprzez identyfikację pacjenta ze złamaniem osteoporotycznym, jego edukację w zakresie zapobiegania kolejnym złamaniom oraz zbieranie ankiet dotyczących złamań i przekazywanie ich do siedziby PTOA celem dalszej analizy.

L03

SECONDARY FRACTURE PREVENTION

E.Czerwiński[1,2,3], J.Amarowicz[2], Kumorek A.[2,3]

[1]Cracow Medical Centre, Kopernika 32, 31-501 Kraków, www.kcm.pl

[2]Department of Bone and Joint Diseases, Jagiellonian University Collegium Medicum

[3]Polish Osteoarthrology Society, Kopernika 32, 31-501 Kraków

Keywords: *epidemiology of fractures, osteoporosis, FLS*

Osteoporotic fractures are a growing problem worldwide and Poland is no exception. It is estimated that in 2011 there were 2.8 million people with osteoporotic fractures in Poland. The fracture risk significantly increases after the first

fracture. The risk of a hip fracture grows 2-fold after a fracture of radius, 2.5-fold following a spinal fracture and 6-fold after a hip fracture on the other side. Patients with osteoporotic fractures constitute 75% of occupants of trauma wards (women 51%, men 24%). A low-energy fracture is an evidence of osteoporosis irrespective of BMD and its occurrence definitely requires initiating an osteoporosis treatment. Hip fractures often result in severe complications, and statistically 20% of women and 25% men die within a year after the first fracture as a result of complications. Since patients with a history of fractures are the most susceptible to subsequent fractures they should be prioritized for the prevention program. The orthopedic surgeon is the first and, and most frequently, the last physician to see a fractured patient and therefore, it is his duty to inform the patient about the risk and initiating feature prevention program. In the 1990s in Scotland Fracture Liaison Service, a coordinator-based system, was introduced. It was later implemented in many countries such as the United States, Canada, Australia, Germany, Italy, New Zealand, the Netherlands, Spain, Israel and Malaysia.

The system is based on a coordinator, usually a nurse, who oversees the patient from the time of admission to a hospital or an out-patient clinic to the perioperative period, diagnoses osteoporosis and implements a fall prevention program. Currently in Scotland there are three medical centers treating a population of 1 million patients, with an average of 6,500 fractures a year. In the United Kingdom the system has been implemented in 37% of institutions as of 2011. Currently, 95% of patients with radius fractures and 97% of patients with hip fractures are under the care of FLS. FLS system triggered a 7.3% reduction in the number of proximal femur fractures across Britain. A similar system (Kaiser Southern California Healthy Bones Program) introduced in the United States by Kaiser Southern California company resulted in a 37% reduction of the number of predicted hip fractures

thereby allowing a cost reduction of $30.8 million in 2007. We estimate that the introduction of a similar coordinator-based system would, during the implementation phase, turn into a cost reduction of 350-742 000 PLN.

Implementation of FLS on a large scale should become the highest priority. The Polish Osteoarthrology Society (PTOA) has been turning this idea into practice since 2008 by means of „Do Not Break” campaign that promotes the awareness of osteoporosis, falls and consequently fractures (80,000 distributed leaflets). Since 2012, PTOA also has implemented in 100 orthopedic wards a pilot program training nurses to implement fracture prevention program that includes: identifying patients with low-energy fractures, promoting fracture prevention, and collecting questionnaires on fractures and forwarding them to the headquarters of PTOA for further analysis.