

COSA SAPERE OGGI SULL'OSTEOPOROSI:

COS'È L'OSTEOPOROSI:

La definizione più nota a tutti dell'osteoporosi è che è una condizione di carenza di massa ossea che comincia a manifestarsi dopo la menopausa.

Seguendo questa definizione si arriva a due conseguenze comunissime:

1) che basta eseguire un esame che misura la massa ossea (densitometria ossea appunto) per fare la diagnosi, 2) che tutte le condizioni in cui vi è una ridotta massa ossea dopo la menopausa è osteoporosi. Talvolta si etichetta osteoporosi anche quando si trova una ridotta massa ossea prima della menopausa.

3) L'effetto che ci si aspetta da una terapia specifica è normalizzare (o almeno aumentare) la massa ossea. In realtà la definizione di osteoporosi postmenopausale cita: una condizione caratterizzata da alterazioni qualitative e quantitative della struttura scheletrica che concorrono a determinare una condizione di rischio di frattura. Come ben si capisce e cose sono un po' diverse da prima. Come s'intuisce l'elemento chiave nella definizione (e soprattutto per il paziente) non è tanto la quantità di massa ossea ma la fragilità, ovvero il rischio di frattura.

COSA SI INTENDE PER FRATTURA DA FRAGILITÀ.

L'osteoporosi è una malattia "sistemica" dello scheletro ovvero di tutto lo scheletro e non colpisce isolatamente alcuni segmenti. Pertanto teoricamente qualunque segmento scheletrico è fragile e può fratturarsi. Tuttavia le sedi "classiche" per le fratture osteoporotiche sono le vertebre, il femore il radio, l'omero ed il bacino.

Se un paziente inciampando e cadendo rompe il polso o peggio il femore, il paziente penserà che la caduta sia stata la causa della frattura (e purtroppo verrà spesso spiegato così anche dai medici). Il rapporto tra caduta e frattura (causa/effetto) nel caso di una condizione di fragilità non è così semplice. In realtà l'impatto sullo scheletro di una caduta dalla stazione eretta, fino da una'altezza di una sedia, non dovrebbe provocare frattura. In altri termini si parla di traumi "non efficienti" ovvero traumi che di per se non sarebbero in grado di produrre fratture. Pertanto nel caso di fratture di radio, omero e femore si tratta di spesso di cadute banali. Per rendere ancora più chiaro il concetto di fragilità, le fratture vertebrali, che spesso danno come unico segnale il calo di altezza e l'incurvamento (cifosi) della colonna può avvenire senza un trauma diretto (ad esempio la classica caduta sul sacro scivolando sul bagnato o sulla neve) o peggio ancora senza addirittura un trauma vero, come avviene ad esempio sollevando la spesa o il nipotino con la schiena curva. Chi penserebbe mai di essersi procurato una frattura. Non c'è trauma, spesso non c'è neppure dolore (o se c'è, viene etichettato come artrosi o "colpo della strega") ma il paziente è calato di 1-2 centimetri di altezza.

Riconoscere e definire correttamente una frattura come "da fragilità" è la diagnosi migliore che si possa fare di osteoporosi. La frattura è, infatti, la conseguenza clinica (l'unica) dell'osteoporosi e quella che permette di identificare con maggior precisione il paziente a rischio di nuove fratture e quindi il più preciso indicatore di come trattarlo. Non va dimenticato che una frattura, al di là dell'impatto sulla qualità di vita e sull'autonomia del paziente, è il miglior indicatore del rischio di averne in altre sedi. Ad esempio una banale frattura del polso a cinquanta anni indica molto precisamente di qualunque densitometria il rischio di avere una frattura vertebrale a sessanta o di femore a settanta anni. Ma se vien etichettata come la conseguenza di uno sfortunato scivolone e il tutto limitato al disagio del gesso per venti giorni, si sarà perso per quella paziente l'opportunità di instaurare una prevenzione adeguata per guai peggiori in età più avanzata.

TRA MITI E REALTÁ

LA DIAGNOSI DI OSTEOPOROSI: COSA NON CI DICE LA DENSITOMETRIA OSSEA.

Abbiamo visto come la diagnosi di fragilità sia facile farla dopo una frattura per un trauma non efficiente. Tuttavia sarebbe auspicabile riuscire a valutare il rischio di frattura prima che si verifichi una frattura.

Ecco che un buono strumento può essere la densitometria ossea. La densitometria ossea esprime la quantità di calcio (in grammi) per ogni cm² del nostro scheletro.

L'esame può essere fatto alla colonna vertebrale o al femore in quanto vengono prese queste due sedi a campione del restante scheletro, in quanto sono facilmente misurabili. Esistono spesso delle condizioni per cui una sede risulta con una massa ossea migliore dell'altra. Ciò in genere non vuol dire che si ha poco massa ossea solo in un punto dello scheletro. Ci possono essere tanti fattori soprattutto artefatti (ad esempio artrosi) che sovrastimano la massa ossea, tanto che nella refertazione si dovrà tenere conto solo della sede con minor massa ossea.

Ma soprattutto non si potrà con l'esame densitometrico, come invece spesso succede, fare diagnosi di osteoporosi. Sarebbe come pretendere che il termometro ci indichi la diagnosi d'influenza quando abbiamo la febbre. La densitometria ci dirà solo quanto è calcificato il nostro scheletro e null'altro.

Esistono almeno 4-5 condizioni molto comuni (di meno comuni ne esistono decine) che determinano una riduzione dal nostro patrimonio di calcio, che bisognerà distinguere dall'osteoporosi postmenopausale. Generalmente è sufficiente un'attenta raccolta della storia clinica e dei farmaci assunti dalla paziente ed eventualmente alcuni esami bioumorali specifici.

CONTA LA QUANTITÀ DI MASSA OSSEA O LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI FRATTURA?

A cosa serve allora la densitometria? La valutazione della massa ossea costituisce un importante fattore per la valutazione del rischio fratturativo, ma non l'unico. È stato stimato per esempio che circa il 50% dei soggetti con fratture di femore hanno una massa ossea molto vicino alla norma.

Questo significa che probabilmente nel 50% dei soggetti la frattura avviene per un problema di "qualità" più che di quantità del tessuto osseo. Quindi se un medico dovesse decidere solo con la densitometria se un paziente ha l'osteoporosi ed è a rischio di frattura sbaglierebbe quasi una volta su due. Esattamente per questo motivo la Società Scientifica Nazionale dell'Osteoporosi ha invitato a togliere dal referto della densitometria la definizione "ad alto rischio di frattura" o definizioni simili.

La densitometria andrà inserita, insieme ad altri fattori come la storia di fratture di femore in famiglia, la terapia con cortisone, il fumo o l'abuso di alcool o la presenza di fratture, in una valutazione globale del rischio di frattura. Ci sarà quindi chi ha fratture perché ha bassa massa ossea, chi perché fa uso di cortisone, chi perché ha familiari che hanno già avuto la frattura o chi ha tutte le possibili combinazioni di questi fattori.

Quindi per una persona sarà più utile saper il suo rischio di frattura che la sola quantità di massa ossea e sarà proprio su questo che si deciderà di instaurare una terapia specifica.

A COSA SERVE LA TERAPIA NELL'OSTEOPOROSI?

La domanda sembra banale, ma ovviamente non lo è. Esiste oggi un buon numero di farmaci che hanno dimostrato efficacia nel trattamento dell'osteoporosi. Un farmaco per l'osteoporosi viene considerato efficace solo se è in grado di ridurre il rischio di avere una frattura vertebrale o femorale.

Quindi l'obiettivo della terapia è appunto ridurre il rischio di frattura, non aumentare ne tanto meno normalizzare la massa ossea. Tra l'altro si può ottenere la riduzione del rischio di frattura anche senza che vi sia necessariamente un evidente aumento della massa ossea (per effetto ad esempio sulla qualità del tessuto osseo). È ovvio che sarà pertanto meglio non aver guadagnato massa ossea ma non aver avuto fratture che il contrario. I farmaci a disposizione si differenziano per livello di efficacia e per modalità di assunzione. Quelli di efficacia sicura sono rimborsati dal SSN (non si pagano) grazie ad una particolare Nota (Nota 79) da mettere sull'impegnativa da parte del medico per non pagare la terapia (solo nel caso che siano stati rispettati alcuni specifici criteri).

Molti pazienti anche ad alto rischio di frattura assumono solo supplementi di calcio e di vitamina D. Essi sono fondamentali e insostituibili, costituendo però solo una specie di "base" per altri farmaci specifici. Da soli non hanno dimostrato di poter ridurre il rischio di frattura, quindi non possono essere considerati sufficienti.

PER QUANTO TEMPO BISOGNA PROSEGUIRE LA CURA?

L'osteoporosi è una malattia cronica, tuttavia non è previsto un trattamento "a vita" come per l'ipertensione o il diabete. Una terapia con farmaci di sicura efficacia (quelli della Nota 79 come abbiamo detto sopra) riduce il rischio di frattura in media già entro il primo anno di trattamento e la riduzione persiste per tutto il tempo per cui si protrae. La durata della terapia sarà legata all'età del paziente, al grado di rischio di frattura e dalla risposta individuale alla terapia. In media una terapia di 4-5 anni riduce adeguatamente il rischio di frattura del 60-70%. Se le condizioni lo consentono si potrà prevedere una "vacanza" dalla terapia soprattutto con alcuni dei farmaci più utilizzati, senza perdere i benefici ottenuti. La durata della vacanza varia tra soggetti e tra vari farmaci e comunque è prevista la ripresa del trattamento, mentre non si potrà, con i farmaci disponibili oggi, pensare ad una "guarigione".

CONCLUSIONI

La gestione dell'osteoporosi prevede non solo la valutazione della massa ossea ma la valutazione del rischio di frattura che è l'obiettivo principale della terapia. Definire un paziente osteoporotico solo in base alla densitometria espone al rischio di sbagliare diagnosi ma soprattutto di sbagliare scelta terapeutica. La terapia sarà efficace e utile solo se avrà ridotto il rischio di frattura (se avrà evitato una frattura), non se avrà solo aumentato la massa ossea.

Oggi vi sono gli strumenti per identificare adeguatamente i soggetti a rischio di frattura e quindi quelli che meritano un trattamento. Esistono inoltre farmaci di sicura efficacia, anche per condizioni di alto rischio di frattura, e proprio perché efficaci sono rimborsabili dal SSN.

Risulta pertanto incomprensibile come, proprio oggi, la maggior parte dei pazienti a rischio di frattura non venga adeguatamente inquadrato e di conseguenza non siano adeguatamente trattati. L'Italia è uno dei paesi a più alto grado di incidenza di fratture osteoporotiche anche per l'alto grado di invecchiamento della popolazione. È tuttavia tra quelli in Europa con un calo di prescrizioni di terapie per l'osteoporosi. Il dato induce a qualche riflessione.

*Dott. F. Bertoldo
USF Malattie del Metabolismo Minerale e Osteoncologia
Policlinico GB Rossi, Verona*