

La fragilità ossea e lo score Fra-HS

Le potenzialità fornite dalla completezza della registrazione dei dati fanno dello score Fra-HS uno strumento prezioso per la valutazione del rischio di frattura e per la conseguente presa in carico dei pazienti da parte del Mmg. Unitamente al ruolo dei corretti stili di vita il tema è stato dibattuto anche a Nutrimi, XII Forum di Nutrizione Pratica di Milano

Raffaella Michieli - Segretario Nazionale SIMG - Responsabile Area Salute Donna

L'osteoporosi è una malattia sistemica dello scheletro caratterizzata da una riduzione della massa ossea e da alterazioni qualitative scheletriche tali da determinare una compromissione della resistenza dell'osso che predispone a un aumentato rischio di frattura.

La valutazione del rischio di frattura deve essere distinta dalla diagnosi di osteoporosi, tenendo conto del valore individuale di tutti i fattori di rischio clinico.

La valutazione della BMD è adeguata per la diagnosi di osteoporosi (soglia diagnostica), ma l'identificazione di soggetti ad alto rischio di frattura in cui è appropriato un trattamento farmacologico specifico (soglia terapeutica) richiede la combinazione di BMD e fattori di rischio indipendenti. Questi includono: età, basso peso corporeo, precedenti fratture da fragilità, storia familiare di fratture da fragilità, fumo, uso di corticosteroidi sistemici, eccessivo consumo di alcol e artrite reumatoide. Il contributo di ognuno di questi fattori di rischio può essere valutato al fine di calcolare la probabilità di frattura, con o senza l'integrazione della BMD.

È possibile attraverso specifici algoritmi effettuare una valutazione integrata di BMD e dei più importanti fattori di rischio, parzialmente o totalmente indipendenti dalla BMD, tale da con-

sentire una stima più accurata del rischio di fratture da fragilità nel medio termine (5-10 anni successivi), e quindi l'identificazione di soggetti in cui un approfondimento diagnostico piuttosto che l'inizio di un trattamento farmacologico risulti più appropriato.

Attualmente per la valutazione integrata dei molteplici fattori di rischio si possono usare algoritmi matematici che quantizzano il rischio in termini di "10 year fracture risk".

Uno degli algoritmi oggi più utilizzati è il FRAX (www.shef.ac.uk/FRAX), che presenta tuttavia dei limiti intrinseci. Questo punteggio è basato su una serie di fattori di rischio che sono soggetti a variazioni in base alla popolazione di riferimento. Per tenere conto delle diverse peculiarità territoriali, il FRAX è stato implementato in diverse nazioni: in Italia è stato modificato nel 2008 impiegando i dati amministrativi ospedalieri. Questa scelta metodologica, tuttavia, presenta dei limiti di estrema rilevanza: non tutte le fratture osteoporotiche richiedono ospedalizzazione, come spesso accade per alcune fratture di vertebra, omero, polso/avambraccio, e inoltre i dati amministrativi non contengono informazioni fondamentali come il BMI (indice di massa corporea), lo stato di fumatore e l'abuso di alcol.

► L'algoritmo Fra-HS

I dati dei pazienti di età compresa fra i 50 e gli 85 anni presenti nel database Health Search, dove sono state registrate le informazioni di circa 1 milione di pazienti, hanno permesso la creazione di un algoritmo in linea con il FRAX, denominato Fra-HS (www.frahs.it).

Questo strumento produce un valore che non solo ci permette di alertarci in caso di pazienti che già necessitano di terapia, ma ci guida anche nel caso ci sia invece necessità di una procedura di approfondimento diagnostico come la densitometria ossea. Tale algoritmo è integrato nella cartella informatizzata usata dai medici di medicina generale e quindi di uso immediato su tutta la popolazione che accede alle cure primarie.

Lo score Fra-HS, rispetto al FRAX, può avere maggior validità nella popolazione Italiana di primary care, proprio perché rappresentativo di tale popolazione. Le potenzialità date dalla completezza della registrazione dei dati ne fanno uno strumento prezioso per la valutazione del rischio di frattura dei pazienti e per la conseguente presa in carico da parte del medico di medicina generale.

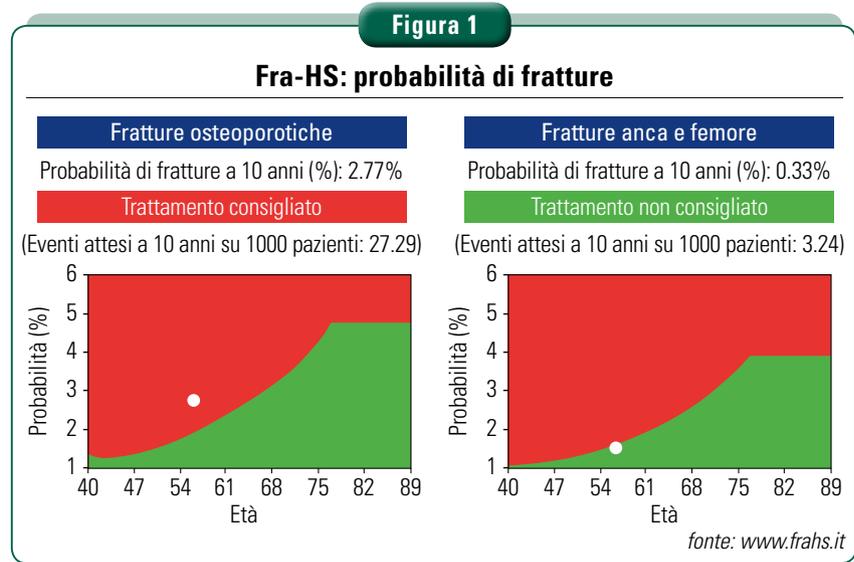
È il medico di medicina generale che meglio di chiunque altro può

contribuire all'identificazione capillare dei soggetti a maggiore rischio di frattura, attraverso la ricerca sistematica dei fattori di rischio clinico, che richiedano un approfondimento diagnostico attraverso la densitometria ossea e le altre eventuali indagini. Ed è sempre il Mmg che potrebbe contribuire, tramite la corretta registrazione dei dati nelle cartelle informatizzate, a rendere più efficace e reale la stima di incidenza di tale patologia e delle sue complicanze.

► **Stili di vita e primary care**

Un altro ruolo fondamentale del Mmg è quello della stimolazione al cambiamento degli stili di vita, fondamentali per la corretta formazione del picco di massa ossea nell'età adolescenziale, il suo mantenimento nell'età adulta e la prevenzione della perdita ossea oltre i 50 anni. Tra questi, i principali fattori suscettibili di cambiamento sono il fumo, la dieta e l'attività fisica.

- Il fumo è dannoso per le ossa perché porta alla menopausa precoce, accelerando il momento critico per la perdita ossea e comunque danneggia l'osso direttamente anche attraverso il danno al microcircolo. È un fattore di rischio indipendente dall'entità della BMD.
- Tutte le persone dovrebbero sapere quanto sia importante l'assunzione di calcio, dove sia principalmente contenuto e quanto ne serva al giorno a seconda delle differenti età. Non è difficile raggiungere le dosi consigliate grazie all'apporto alimentare, se non in presenza di restrizioni dietetiche dovute ad intolleranze alimentari (in particolare al lattosio) o a scelte di vita (vegetariana/vegana). È importante sottolineare che una dieta ricca in calcio (e quindi in latti-



cini), non è in contrasto con una dieta in caso di ipercolesterolemia. È molto importante sapere che una buona integrazione calcica può essere fatta anche attraverso l'assunzione di acqua medio minerale che arriva ad apportare anche 360 mg di calcio per un litro (quindi più o meno un terzo del fabbisogno quotidiano). È comunque consigliabile l'uso di una buona acqua del rubinetto piuttosto che di acque oligominerali. Senza entrare nel merito delle diatribe sull'integrazione con la vitamina D, ricordiamo che è consigliabile l'esposizione al sole nelle ore centrali del giorno, senza crema protettiva su viso e braccia, per venti minuti al giorno.

- Le nostre ossa sono in continuo rimangiamento e un osso a riposo non sarà mai un osso forte: per questo motivo va stimolata un'attività fisica regolare per lo meno di 40 minuti per 3 volte la settimana, nelle persone in grado di sostenerla. Nelle persone più anziane qualsiasi attività di carico andrà bene, posto che anche battere le mani comunque mette in moto attività muscolari di equilibrio ed in questo modo risulta utile.

► **Il genere maschile**

L'osteoporosi rientra tra le prime cinque patologie che 'portano' il paziente ad accedere all'ambulatorio del medico. Dai dati registrati nel database regionale Veneto Milleinrete, il numero medio di contatti annuali dei pazienti affetti da osteoporosi (maschi e femmine) risulta di 20.29 rispetto agli 8.95 contatti dei pazienti che non presentano tale patologia. Valutando poi la differenza di genere emerge un dato interessante: i maschi osteoporotici accedono di più all'ambulatorio del medico rispetto alle femmine (numero medio di contatti 25.34 vs 19.93). Se a questo dato affianchiamo anche la valutazione del Charlson Index dei nostri pazienti, risulta chiaro che i maschi presentano una situazione clinica più compromessa con la sovrapposizione di pluripatologie (Charlson Index 3-4) rispetto alle donne che presentano più spesso un Charlson Index più basso. Ciò sottolinea la necessità di prendere attentamente in considerazione anche il genere maschile nella diagnosi di osteoporosi.