

Osteoporosi e rigenerazione ossea

Individuare i soggetti a rischio di frattura riferibili all'osteoporosi è fondamentale in termini di prevenzione e per stabilire un percorso terapeutico idoneo basato sui criteri dell'Evidence Based Medicine

“**S**pingevo la mia nipotina sull'altalena, quando ho sentito un dolore improvviso alla schiena. Mi ha tolto il respiro e mi sembrò di morire. Per fortuna non era un fatto serio: il mio medico mi disse che avevo avuto solo una frattura vertebrale. Forse era solo una frattura vertebrale, ma per settimane mi fu impossibile fare le faccende, e ancora peggio, il dolore era forte durante la notte ogni volta che mi muovevo nel letto. Ero esausta. Il problema divenne familiare. Mi resi conto che la mia frattura all'avambraccio di 20 anni prima probabilmente era il primo segno della mia osteoporosi...” (Sig.ra A, paziente del Dott. P. Amman, Division of Bone Disease, Dep. Rehabilitation and Geriatrics, Ginevra).

Questa testimonianza conferma un preoccupante dato statistico: a 60 anni molte donne hanno perso già il 30% della loro massa ossea, inoltre dai 65 anni in poi il rischio di una frattura vertebrale e/o del femore aumenta in modo esponenziale. Le fratture, soprattutto quelle di femore, sono l'evento più temibile riferito all'osteoporosi. L'osso, che è un tessuto “vivo”, sottoposto a un con-

tinuo processo di demolizione/ricostruzione, dopo la menopausa perde la sua capacità di “rigenerarsi”. La formazione ossea si riduce e non riesce più a controbilanciare la perdita di osso dovuta al riassorbimento (figura 1).

La perdita di massa ossea non è omogenea e dipende dall'età della paziente. Nelle donne più giovani l'osso perde massa soprattutto a livello delle trabecole, che costituiscono la maggior parte delle ossa che sopportano i carichi compressivi (vertebre, polso, radio, ulna, ecc) e questo spiega perché le fratture vertebrali e del polso sono le prime a manifestarsi.

La comparsa di una frattura vertebrale, oltre alle gravi conseguenze cliniche per la paziente (dolore di schiena, cifosi, compressione della gabbia toracica) ha un alto valore predittivo per ulteriori fratture vertebrali: il rischio di una nuova frattura vertebrale infatti aumenta di circa 7-10 volte. Con la progressione dell'età e dell'osteoporosi viene interessata anche l'area corticale delle ossa lunghe (femore, tibia, ecc): ecco perché le fratture del femore aumentano in modo esponenziale con l'età.

La mortalità associata alle fratture di femore è molto elevata anche nei Paesi industrializzati: è circa il 5-10% dopo un mese dall'evento acuto e raggiunge il 30% a un anno, ben tre volte superiore alla mortalità attesa per individui della stessa fascia di età.

■ Criteri della scelta terapeutica

Dal punto di vista clinico, è fondamentale quindi individuare i soggetti a rischio di frattura vertebrale e di femore e stabilire un percorso terapeutico idoneo per evitare sia una prima frattura sia ulteriori fratture.

Per questo è fondamentale, nella scelta della terapia adeguata valutare:

- la capacità dei farmaci di rigenerare l'osso a livello trabecolare e corticale;
- l'efficacia antifrattura dei farmaci (a livello vertebrale e del femore);
- che tale efficacia sia dimostrata in tutte le fasce di età (anche nei soggetti più anziani, che presentano rischi maggiori);
- che le evidenze cliniche siano confermate anche nel lungo termine;
- il profilo di tollerabilità del farmaco.

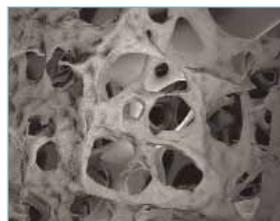
Il rispetto di questi criteri di scelta, che rappresentano un percorso basato sull'Evidence Based Medicine, permetterà di proporre alle pazienti le terapie più adeguate ad una corretta prevenzione e inoltre tutelerà dal punto di vista legale il medico curante.

Figura 1

Meccanismi fisiopatologici dell'osteoporosi



Osso non osteoporotico



Osso con osteoporosi

Formazione ossea insufficiente

↓
Massa ossea ridotta
Architettura alterata

↓
Osteoporosi

BIBLIOGRAFIA

- Cooper C. Epidemiology of osteoporosis. *Osteoporos Int* 1999; 2: S2-S8.
- Parker M. Hip fracture. *BMJ* 2006; 333: 27-30.
- Poole K et al. Osteoporosis and its management. *BMJ* 2006; 333: 1251-6.