

Doppia azione sul metabolismo osseo nell'osteoporosi postmenopausale

Ranelato di stronzio è l'unico farmaco in grado contemporaneamente di ridurre il riassorbimento osseo e di aumentare la formazione ossea nell'osso osteoporotico

L'osteoporosi è la conseguenza di una riduzione della massa ossea e del deterioramento della microarchitettura ossea che causa la maggior parte delle fratture dopo i 60 anni. Le fratture di femore in età avanzata sono un fenomeno in rapida crescita che causa un elevato costo economico e sociale. Per questo, da parte di tutti gli operatori del sistema sanitario nazionale è condivisa l'importanza di facilitare l'accesso alla diagnosi delle pazienti con osteoporosi a rischio di frattura, con metodiche non invasive e accreditate. La metodica riconosciuta come gold standard per la diagnosi di osteoporosi con elevato rischio di frattura è la mineralometria ossea computerizzata (Moc). Con la recente revisione dei livelli essenziali di assistenza (Lea) su questa metodica, sono molte di più le pazienti che possono accedere alla diagnosi. Il decreto pubblicato in GU il 7.5.2007 definisce i criteri di accesso alla Moc con rimborso:

- presenza di fattori di rischio (età, precedenti fratture, terapie croniche, ecc);
- controlli per il follow-up: 18 mesi.

Attualmente la Moc è uno strumento importante per effettuare la diagnosi, ma anche per seguire la paziente in corso di trattamento: l'aumento della massa ossea alla Moc indica sia una buona compliance della paziente sia l'efficacia della terapia.

Evidenze dalla letteratura

Una recente pubblicazione¹ ha messo in luce i vantaggi di una terapia innovativa nell'osteoporosi: il ranelato di stronzio (Osseor). Il farmaco ha dimostrato per la prima volta che:

- l'aumento progressivo della massa

ossea in pazienti trattate con ranelato di stronzio è predittivo della riduzione del rischio di frattura. In pratica, se la massa ossea aumenta, la paziente è protetta nei confronti di una frattura; ■ tale aumento correla con la riduzione del rischio di frattura: ogni 1% di aumento osservato, il rischio di frattura si è ridotto del 3%;

■ l'aumento della massa ossea in pazienti trattate con ranelato di stronzio, solo in parte spiega la sua efficacia antifrattura. Infatti, l'efficacia della molecola è anche strettamente legata alla capacità di creare osso nuovo, migliorando la microarchitettura ossea.

Il ranelato di stronzio è il primo farmaco per l'osteoporosi che crea osso nuovo grazie ad un'azione doppia sul metabolismo osseo: riduce il riassorbimento e aumenta la formazione ossea.²

La sua efficacia antifrattura è stata dimostrata in due grandi trial, programmati per una durata di cinque anni: SOTI (Spinal Osteoporosis Therapeutic Intervention) e TROPOS (Treatment of Peripheral Osteoporosis) in cui è stata valutata l'efficacia antifrattura rispettivamente a livello vertebrale e del femore. I risultati sono di grande rilievo: riduzione delle fratture vertebrali del -49%³ al primo anno e del -36% per quelle di femore a tre anni.⁴

Nuovi dati presentati all'ultimo congresso europeo dell'osteoporosi svoltosi a Porto (European Congress on Clinical and Economic aspect of Osteoporosis and Osteoarthritis 2007) hanno dimostrato, per la prima volta per una terapia dell'osteoporosi, che a cinque anni il ranelato di stronzio riduce le fratture vertebrali (-24%)⁵ e soprattutto protegge dal rischio di fratture di femore: -43%⁵ (figura 1).

Figura 1

Efficacia antifrattura di ranelato di stronzio sulle fratture di femore (studio TROPOS)

Riduzione del rischio di fratture del femore a medio (3 anni) e lungo termine (5 anni)

3 anni di terapia con ranelato di stronzio 5 anni di terapia con ranelato di stronzio



-36%



-43%

Il ranelato di stronzio ha dimostrato di proteggere le pazienti qualunque fosse il grado di rischio per frattura: nelle osteopeniche e nelle donne con osteoporosi, fratturate e non,⁶ incluse le pazienti con età >80 anni.⁷ Per questo il ranelato di stronzio rappresenta una terapia di prima scelta nel trattamento dell'osteoporosi postmenopausale per ridurre il rischio di fratture vertebrali e del femore.

BIBLIOGRAFIA

1. Bruyere O et al. Relationship between bone mineral density changes and fracture risk reduction in patients treated with strontium ranelate. *J Clin Endocrinol Metab* 2007; 92: 3076-81.
2. Marie PJ et al. Mechanisms of action and therapeutic potential of strontium in bone. *Calcif Tissue Int* 2001; 69: 121-29.
3. Meunier PJ et al. The effects of strontium ranelate on the risk of vertebral fracture in women with postmenopausal osteoporosis. *N Engl J Med* 2004; 350: 459-68.
4. Reginster JY et al. Strontium ranelate reduces the risk of nonvertebral fractures in postmenopausal women with osteoporosis: Treatment of Peripheral Osteoporosis (TROPOS) study. *J Clin Endocrinol Metab* 2005; 90: 2816-22.
5. Reginster JY et al. Strontium ranelate demonstrates vertebral and nonvertebral anti fracture efficacy including hip fractures over 5 years in postmenopausal osteoporotic women. *Osteoporos Int* 2007; 18: OC42.
6. Reginster JY et al. Strontium ranelate in the prevention of osteoporotic fractures. *J Clin Pract* 2007; 61: 324-28.
7. Seeman E et al. Strontium ranelate reduces the risk of vertebral and nonvertebral fractures in women eighty years of age and older. *J Bone Miner Res* 2006; 21: 1113-20.