

Triplice efficacia di ranelato di stronzio nella terapia dell'osteoporosi

Nelle nuove raccomandazioni europee sull'osteoporosi il ranelato di stronzio rappresenta una terapia di prima scelta e inoltre riduce la progressione dell'osteoartrosi della colonna

Le linee guida per la diagnosi e il management dell'osteoporosi dell'"European Foundation for Osteoporosis and Bone disease" pubblicate nel 1997 sono state aggiornate alla luce delle molte novità degli anni recenti, sia per quanto riguarda l'epidemiologia, la diagnostica e anche la terapia.¹

È ampiamente riconosciuto che l'osteoporosi e le fratture che ne conseguono sono associate a un aumento della mortalità (ad eccezione delle fratture dell'avambraccio).

Nel caso delle fratture di femore la maggiore mortalità si verifica entro 3-6 mesi dall'evento fratturativo.

C'è un legame molto stretto e documentato tra osteoporosi e fratture (vertebrali e del femore):

- una riduzione del numero, dello spessore e delle interconnessioni tra

le trabecole aumentano la fragilità dell'osso;

- una riduzione della massa ossea aumenta significativamente il rischio di fratture.

Il ranelato di stronzio (Osseor) è una terapia di prima scelta per prevenire il rischio di fratture nelle pazienti con osteoporosi.

La sua efficacia è stata dimostrata in due grandi trial:

- il SOTI, che ha dimostrato l'efficacia del ranelato di stronzio nel ridurre il rischio di fratture vertebrali;²

- il TROPOS, che ha dimostrato l'efficacia del farmaco nel ridurre il rischio di fratture non vertebrali e di femore.³

È evidente che di fronte a una paziente con osteoporosi il primo obiettivo terapeutico è la prevenzione delle fratture, di vertebra e femore e

il ranelato di stronzio ha ampiamente dimostrato la sua efficacia in tal senso. Le recenti raccomandazioni europee (tabella 1) evidenziano che il ranelato di stronzio è la terapia con le maggiori evidenze di efficacia antifrattura: a livello vertebrale e non vertebrale (incluso il femore) e in tutti i tipi di pazienti con osteoporosi, senza pregresse fratture o con pregresse fratture. Questo farmaco, grazie alla sua azione anabolica, neoformativa sull'osso, è in grado di aumentare la massa ossea in modo visibile, come dimostra la MOC delle pazienti trattate.² Recentemente, è stato dimostrato che l'aumento della massa ossea (MOC) con ranelato di stronzio correla con la riduzione del rischio di fratture.⁴

Inoltre, l'analisi delle radiografie delle pazienti trattate con il farmaco negli studi SOTI/TROPOS documenta una riduzione significativa della progressione dell'osteoartrosi della colonna rispetto alle pazienti che assumevano solo calcio e vitamina D.⁵

Tabella 1

Efficacia antifratturativa dei trattamenti più usati nell'osteoporosi postmenopausale in combinazione con calcio e vitamina D

	Effetti sul rischio di fratture vertebrali		Effetti sul rischio di fratture non vertebrali	
	Osteoporosi	Osteoporosi conclamata ^a	Osteoporosi	Osteoporosi conclamata ^a
Alendronato	+	+	nd	+(incluso femore)
Risedronato	+	+	nd	+(incluso femore)
Ibandronato	nd	+	nd	+ ^b
Acido zoledronico	+	+	nd	nd (+) ^c
HRT	+	+	+	+
Raloxifene	+	+	nd	nd
Teriparatide e PTH	nd	+	nd	+
Ranelato di stronzio	+	+	+(incluso femore)	+(incluso femore)

nd: non disponibile

b: analisi post-hoc

+: efficace

a: donne con precedente frattura vertebrale

c: gruppo misto di pazienti con e senza prevalenza di fratture vertebrali

Osteoporos Int 2008; 19: 399-428

Conclusioni

Alla luce delle recenti raccomandazioni europee sulle terapie dell'osteoporosi, ranelato di stronzio rappresenta una terapia di prima scelta per tutte le pazienti con osteoporosi a rischio di frattura e in più riduce l'osteoartrosi della colonna nelle pazienti con tale complicanza.

BIBLIOGRAFIA

1. Kanis JA et al. *Osteoporos Int* 2008; 19: 399-428.
2. Meunier et al. *NEJM* 2004; 350: 459-68.
3. Reginster et al. *Clin Endocrinol Metab* 2005; 90: 2816-22.
4. Bruyere et al. *Curr Med Res Opin* 2007; 23: 3041-45.
5. Bruyere et al. *Ann Rheum Dis* 2008; 67: 335-9.