25 Σεπτεμβρίου 2014

Οστεοπόρωση: Αυτές είναι όλες οι θεραπείες της σιωπηλής επιδημίας

/ Επιστήμες, Τέχνες & Πολιτισμός



Τα οστά είναι ένας ζωντανός ιστός, που αποτελείται κυρίως από ασβέστιο και πρωτεΐνη. Διαρκώς μια ποσότητα οστού απορροφάται και μια ίση ποσότητα οστού κατασκευάζεται. Εάν αυτή η ισορροπία διαταραχθεί, αν δηλαδή το οστό που κατασκευάζεται είναι λιγότερο από αυτό που απορροφάται, τότε σιγά-σιγά αδυνατίζει και σπάει πιο εύκολα. Η κατάσταση αυτή ονομάζεται οστεοπόρωση, αναφέρει ο κ. Γεώργιος Δ. Τερζής, MDΟρθοπαιδικός Χειρουργός.

Τα οστά παύουν να αναπτύσσονται περίπου στο 35ο έτος της ζωής ενός ανθρώπου. Μετά από αυτή την ηλικία αρχίζει η απώλεια, που συνεχίζεται καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής. Συνολικά **οι γυναίκες χάνουν 30-50% της μάζας των οστών** τους και οι **άνδρες 20-30%.**

Στην **Αμερική 44 εκατομμύρια άνθρωποι** πάσχουν από οστεοπόρωση και περίπου **2 εκατομμύρια κατάγματα συμβαίνουν ανά έτος** λόγω αυτής της

πάθησης. 1 στις 2 γυναίκες και 1 στους 4 άνδρες μετά την ηλικία των 50, κινδυνεύουν να υποστούν οστεοπορωτικό κάταγμα.

Κατά την εμμηνόπαυση, λόγω μειωμένων επιπέδων οιστρογόνων, οι γυναίκες χάνουν οστική μάζα με έναν πιο γρήγορο του συνήθους ρυθμό.

Η **πρωτοπαθής οστεοπόρωση** σχετίζεται με την ηλικία και δεν υπάρχουν άλλες αιτίες. Είναι πιο συχνή στις γυναίκες

Η **δευτεροπαθής οστεοπόρωση** συμβαίνει όταν άλλοι παράγοντες ή αιτίες προκαλούν αδύνατα οστά, και είναι πιο συχνή στους άνδρες. Οι πιο συχνοί λόγοι της δευτεροπαθούς οστεοπόρωσης είναι:

1. Παθήσεις του θυρεοειδή αδένα
2. Παθήσεις του παραθυρεοειδή αδένα
3. Παθήσεις του πεπτικού συστήματος που προκαλούν δυσσαπορρόφηση.
4. Αλκοολισμός
5. Κάπνισμα
6. Χρήση κάποιων φαρμάκων (ιδίως κορτιζόνης)

Διάγνωση

Απώλεια ύψους και καμπουριαστή στάση συνήθως είναι η πρώτη ένδειξη καθίζησης σπονδύλων, λόγω οστεοπόρωσης.
Στις περισσότερες περιπτώσεις, η διάγνωση της πάθησης αυτής γίνεται όταν συμβεί ένα κάταγμα στη σπονδυλική στήλη, στο ισχίο, ή και στον καρπό και σπανιότερα σε άλλα σημεία του σώματος. Η πιθανότητα να συμβεί οστεοπορωτικό κάταγμα είναι μεγαλύτερη κατά πολύ αν έχει ήδη συμβεί στο παρελθόν κάποιο άλλο οστεοπορωτικό κάταγμα.

Είναι σημαντικό **σε περιπτώσεις οσφυαλγίας,** σε άτομα υψηλού κινδύνου για οστεοπόρωση, να γίνεται πάντα έλεγχος για **πιθανό οστεοπορωτικό κάταγμα σπονδυλικής στήλης.**

Η διάγνωση γίνεται από τον ειδικό ιατρό, με τη λήψη ιστορικού, κλινικής εξέτασης, μέτρησης οστικής πυκνότητας και τη διενέργεια αιματολογικοβιοχημικού ελέγχου για τον αποκλεισμό άλλων παθήσεων που προκαλούν επίσης αδύνατα οστά, όπως η έλλειψη βιταμίνης D και ο υπερπαραθυρεοειδισμός.

Η μέτρηση οστικής πυκνότητας γίνεται με τη μέθοδο **Dual-energy x-ray absorptiometry (DEXA).** Είναι ανώδυνη και πολύ αξιόπιστη μέθοδος. Σήμερα

γίνεται σε όλες τις γυναίκες που βρίσκονται στην εμμηνόπαυση. Επίσης σε άνδρες και γυναίκες που έχουν κάποια πάθηση που προδιαθέτει σε οστεοπόρωση.

Οι **άνδρες είναι πολύ πιθανό να έχουν οστεοπόρωση** αν:

1. Είναι πάνω από 75 ετών
2. Είναι λεπτοί
3. Έχουν χάσει πάνω από 5% του σωματικού τους βάρους τα τελευταία 4 χρόνια
4. Είναι καπνιστές
5. Δεν έχουν φυσική δραστηριότητα

Πρόληψη

Μέχρι να φτάσει κανείς τα 35 έτη, που σταματά η ανάπτυξη των οστών αλλά και αργότερα καθώς μεγαλώνει, πρέπει να:
1. Λαμβάνει επαρκείς ποσότητες ασβεστίου και βιταμίνης D
2. Ασκείται ικανοποιητικά, ιδίως περπάτημα, τρέξιμο ή και χορός 3-4 φορές την εβδομάδα
3. Αποφεύγει κάπνισμα και λήψη υπερβολικής ποσότητας αλκοόλ.
Με τον τρόπο αυτό χτίζει κανείς γερά οστά, και αυτό ξεπληρώνεται αργότερα με μικρότερες πιθανότητες οστεοπόρωσης και κινδύνου κατάγματος ισχίου και σπονδυλικής στήλης.

Θεραπεία

Χωρίς θεραπεία 1**2 στους 100 ασθενείς με οστεοπόρωση θα υποστούν** κάποιου είδους **κάταγμα μ**έσα στην επόμενη διετία. Η θεραπεία με φάρμακα όπως η **αλενδρονάτη** μειώνουν αυτόν τον κίνδυνο στο μισό.

Μη φαρμακολογική αντιμετώπιση οστεοπόρωσης

Σε αδύναμους και ηλικιωμένους ασθενείς πρέπει να αντιμετωπισθούν πολλαπλοί ιατρικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες για να ελαττωθεί η συχνότητα των πτώσεων. Πρέπει επίσης να λαμβάνει κανείς επαρκείς ποσότητες ασβεστίου και βιταμίνης D, να αποφεύγει το κάπνισμα και την υπερβολική λήψη αλκοόλ και επίσης να ασκείται τακτικά.

Ασβέστιο και βιταμίνη D

Σαν μονοθεραπεία τα δύο αυτά συμπληρώματα διατροφής δεν προλαμβάνουν οστεοπορωτικά κατάγματα. Πρέπει να δίδονται όμως σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες οστεοπόρωσης, για να είναι αποτελεσματικές. Πρόσφατες μελέτες

δίνουν έμφαση στη λήψη ασβεστίου μόνο μέσω της τροφής (γάλα και προϊόντα γάλακτος, σαρδέλες, αμύγδαλα, πράσινα λαχανικά με φύλλα), καθώς η λήψη ασβεστίου με μορφή φαρμάκου έχει ενοχοποιηθεί για νεφρολιθίαση, κοιλιακά άλγη αλλά και αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακών συμβαμάτων, χωρίς η χορήγηση του να προσθέτει ιδιαίτερη προστασία από τον κίνδυνο καταγμάτων.

Φαρμακευτική αγωγή

Τα **Διφωσφονικά** με κυριότερους εκπροσώπους την **Αλενδρονάτη** και τη **ριζεδρονάτη** έχουν έγκριση για μετεμμηνοπαυσιακή οστεοπόρωση, για οστεοπόρωση από λήψη γλυκοκορτικοειδών και για ανδρική οστεοπόρωση. Η αλενδρονάτη και η ριζεδρονάτη θεωρούνται **πρώτης γραμμής φάρμακα για μετεμμηνοπαυσιακή οστεοπόρωση** επειδή μειώνουν και τα σπονδυλικά και τα μη σπονδυλικά κατάγματα καθώς και τα κατάγματα του ισχίου. Τα τελευταία χρόνια κυκλοφορεί ο συνδυασμός αλενδρονάτης μαζί με βιταμίνη D3, που δίδεται από το στόμα μια φορά την εβδομάδα, καλύπτοντας ταυτόχρονα και τις εβδομαδιαίες ανάγκες της βιταμίνης D. **Ο συνδυασμός αυτός είναι μοναδικός**, αφού κανένα άλλο σκεύασμα της οστεοπόρωσης δεν **περιέχει και βιταμίνη D στο ίδιο δισκίο !**

Το **ιβανδρονικό οξύ** δίδεται από το στόμα μια φορά το μήνα. Το **ζολενδρονικό οξύ** δίδεται ενδοφλεβίως μια φορά το χρόνο. Η **Ντενοσουμάμπη** ανήκει στην κατηγορία των μονοκλωνικών αντισωμάτων και χορηγείται υποδορίως μια φορά το εξάμηνο. Έχει ένδειξη για μετεμμηνοπαυσιακή οστεοπόρωση και μειώνει τα σπονδυλικά, τα μη σπονδυλικά και τα κατάγματα ισχίου. Το Ρανελικό Στρόντιο διατίθεται σε φακελάκι για ανάμιξη με νερό και λήψη μία φορά ημερησίως. Αντενδείκνυται αυστηρά σε άτομα με προδιάθεση για φλεβική θρόμβωση ή για καρδιαγγειακό σύμβαμα, λόγος για τον οποίο η χρήση του έχει περιορισθεί σημαντικά. Η Ραλοξιφένη έχει ένδειξη σαν δεύτερη επιλογή σε νέες μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με οστεοπόρωση της σπονδυλικής στήλης και μόνο. Οι **παρενέργειές** της είναι **εξάψεις, κράμπες και αυξημένος κίνδυνος φλεβικής θρομβοεμβολικής νόσου**. Τα πεπτίδια της παραθορμόνης όπως η Τεριπαρατίδη διατίθεται σε ημερήσια υποδόρια ένεση, και μειώνει σπονδυλικά και μη σπονδυλικά κατάγματα σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με οστεοπόρωση. Λόγω δε του μεγάλου κόστους τους χρησιμοποιούνται σε «προχωρημένες» οστεοπορώσεις που δεν ανέχονται ή δεν ανταποκρίνονται σε άλλες θεραπείες.

Γεώργιος Δ. Τερζής, MD, Ορθοπαιδικός Χειρουργός

Δ/ση: Ελ. Βενιζέλου 167, 17123 Νέα Σμύρνη, τηλ. 2109370711, κιν. 6944799807
www.orthogate.gr

Πηγή: onmed.gr