

Prevence osteoporózy – popelka (nejen) české medicíny – editorial

Vladimír Palička

Osteocentrum LF UK a FN Hradec Králové

Komentář k | Editorial on

Štěpán J et al. Raloxifen – nevyužitá možnost prevence a léčby postmenopauzální osteoporózy. *Vnitř Lék* 2016; 62(10): 781–788.

Ať chceme či nechceme, tzv. civilizačních chorob stále přibývá. Kardiovaskulární choroby, nádorová onemocnění, poruchy imunity, ale i osteoporóza. Tichý zloděj kostí, jak bývá osteoporóza nazývána, se mění v tichého zabijáka. Poruchu kostní kvality spojenou s poklesem množství kostního minerálu a změnou mikroarchitektury kostní tkáně, která vede ke zlomeninám, nelze nadále ignorovat a považovat za doprovodný projev stáří. V civilizovaných zemích – a v tomto smyslu k nim nepochybně patříme – postihuje osteoporóza asi 7–8 % obyvatel, tedy asi 750 tisíc obyvatel naší země touto chorobou trpí. V zemích Evropské unie je jí postiženo více než 22 milionů žen a asi 5,5 milionu mužů. Fraktury, ke kterým vede, jsou nejen závažným akutním stavem, ale každá z nich zvyšuje násobně riziko fraktury další. Statisticky sledujeme především výskyt fraktur proximálního femuru, které jsou považovány za nejzávažnější komplikaci osteoporózy. Postihnou v ČR více než 20 000 osob ročně. Při známé mortalitě během 1. roku po fraktuře (asi 20 % nemocných) to znamená, že každý den umírá v ČR jen na následky osteoporotické zlomeniny proximálního femuru více než 10 osob. Patříme k zemím, které jsou řazeny do skupiny s vysokým rizikem osteoporotických fraktur a současně k těm, které mají vysokou mortalitu osob, které frakturu utrpí. To je naprosto paradoxně provázeno skutečností, že máme jeden z největších „treatment gap“ v Evropě, že máme jednu z největších „podlěčeností“. Více než 80 % nemocných, kteří v ČR trpí osteoporózou, není pro tuto chorobu léčeno a pravděpodobně o velké části z nich ani nevíme. Základní, skutečně primární prevence, samozřejmě není jen záležitostí lékařů a systému zdravotnictví. Výchova ke zdravému životnímu stylu, zdravé stavě a pohybu, je celospolečenskou záležitostí. Sledujeme-li ale skutečnost, vidíme, že selhává jak tato výchova, tak i medicínská prevence.

Proč tomu tak je? Metabolické choroby kostí nejsou v centru pozornosti ani lékařů „první linie“ a selhává jejich záchyt. Počtem diagnostických přístrojů, za které je stále považována především tzv. celotělová kostní denzitometrie, patříme k nejhůře vybaveným zemím Evropy a zdravotní pojišťovny nerady uzavírají další smlouvy s takovými

diagnostickými pracovišti. Přitom máme kvalitní odborníky z řad klinických osteologů, revmatologů, endokrinologů, ortopedů a dalších. Zdánlivě máme i plnou paletu léků, a mohli bychom tedy úspěšně léčit alespoň ty, o kterých víme, že chorobou trpí. Není tomu tak a článek prof. J. Štěpána et al na jeden z důvodů poukazuje [1].

Necháme-li stranou použití hormonální suplementární terapie v perimenopauze a těsně po přechodu (je spíše dobrou léčbou menopauzálních příznaků a oddálením vzniku osteoporózy), tak selektivní modulátory estrogenních receptorů jsou vlastně jediným lékem, který je registrován i pro prevenci vzniku choroby. Mají prokazatelně dobrý efekt na udržení a částečně i obnovení kostní minerální denzity, snižují významně riziko vzniku osteoporotických fraktur a jsou velmi dobře tolerovány. Patří k nepříliš častým lékům, které mimo svůj primární efekt (v tomto případě prevence a léčba osteoporózy) mají i další pozitivní zdravotní efekty – prokazatelně snižují riziko vzniku karcinomu prsu a kardiovaskulárních příhod. Přesto jim české regulační orgány nastavily takový způsob úhrady, že nejsou do republiky dováženy a prakticky nejsou pro české pacientky dostupné. Raloxifen přitom byl dlouhodobě úspěšně používán s prokazatelným pozitivním efektem; basedoxifen jsme vlastně ani neměli možnost v klinické praxi vyzkoušet. Příznějme si přitom, že i kdyby byl raloxifen na českém trhu dostupný, pro preventivní péči o nemocné s počínajícím metabolickým onemocněním kostí a hrozící osteoporózou by používán pravděpodobně nebyl. Je odborným paradoxem této choroby, že pro diagnostické účely je osteoporóza uznána jako choroba až tehdy, poklesne-li kostní minerální hustota pod hodnotu tzv. T-skóre -2,5 a níže. Teprve potom je jakákoli léčba hrazena zdravotními pojišťovnami. Tady už ovšem nemluvíme o prevenci, ale o léčbě choroby. Druhým paradoxem je, že velmi vysoké procento zlomenin při neadekvátním úrazovém ději vzniká při vyšších hodnotách kostní minerální hustoty, tedy v pásmu označovaném jako osteopenie. Těmto pacientkám bychom tedy měli věnovat pozornost a snažit se zabránit první

zlomenině, která spouští kaskádu zlomenin dalších. To by byla skutečná prevence.

Světové organizace, především IOF (International Osteoporosis Foundation), ale i WHO a další přitom bijí na oplach a apelují na vládní organizace i na medicínské odborníky, aby aktivně vstoupili do prevence primární i sekundární osteoporózy. Je spolehlivě prokázáno, že jak primární, tak sekundární prevence jsou nejen významně prospěšné pro pacienty, ale jsou i ekonomicky výhodné. V rámci sekundární prevence se ve světě rozvíjí aktivita, zvaná Fracture Liaison Services, která v nemocnicích sleduje pacienty se zlomeninami, zpřesňuje jejich diagnostiku a pokud se prokáže, že fraktura vznikla jako důsledek metabolické choroby kostí, zahajuje jejich okamžitou léčbu s cílem nejen dosáhnout lepšího hojení fraktury, ale především zabránit vzniku fraktury další. Budeme-li za „osteoporotické“ fraktury považovat přinejmenším 3 typické lokality (předloktí, obratlová těla a proximální femur), pak je třeba přiznat, že počty nemocných, kteří takovou typickou osteoporotickou frakturu utrpěli a mají ihned podanou léčbu, která brání vzniku fraktur dalších, se pohybují v jednotkách procent. Tato ignorance medicínských i ekonomických fakt roztáčí kruh dalších fraktur s mnoha závažnými zdravotními, sociálními i ekonomickými dů-

sledky. Několik českých pracovišť přitom s aktivitou v rámci Fracture Liaison Services již začalo a předběžné výsledky ukazují, že se jedná o aktivitu vysoce přínosnou. I tato však potřebuje podporu a vstupní finanční injekci. Prokazatelně se mnohonásobně vrátí; přesto ji však téměř nelze dosáhnout. Společnost pro metabolická onemocnění skeletu České lékařské společnosti J. E. Purkyně již více než rok jedná s Ministerstvem zdravotnictví ČR o podpoře alespoň pilotního projektu; měl by podporu i Evropských struktur a nepochybně by byl přínosný pro české pacienty.

Pak bychom mohli psát o skutečné prevenci, ať již organizační či lékové.

Literatura

1. Štěpán J, Rosa J, Pavelka K. Raloxifen – nevyužitá možnost prevence a léčby postmenopauzální osteoporózy. Vnitř Lék 2016; 62(10): 781–788.

prof. MUDr. Vladimír Palička, CSc., dr. h. c.

✉ palicka@lfhk.cuni.cz

Osteocentrum LF UK a FN Hradec Králové

www.lfhk.cuni.cz

Doručeno do redakce 18. 9. 2016

