

Osteoporosi

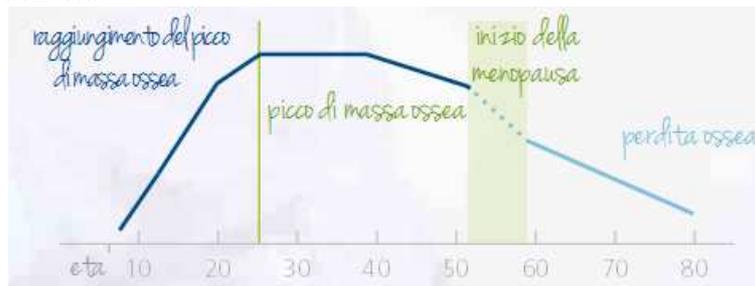
Informazioni per il cittadino

COS'È?

L'osteoporosi è una condizione di riduzione della massa ossea alla quale può andare incontro lo scheletro con il passare degli anni. Può rendere le ossa più fragili contribuendo ad aumentare il rischio di frattura.

Si possono distinguere due forme principali di osteoporosi: una "primaria" (95% dei casi) che si presenta nelle donne in menopausa e gli anziani; una "secondaria" (5% dei casi) correlata ad alcune malattie o all'assunzione di farmaci che modificano negativamente il metabolismo dell'osso.

- Le donne sono i soggetti più a rischio: la stragrande maggioranza delle fratture si verifica nelle donne di età superiore ai 65 anni. Dopo la menopausa il rischio aumenta poiché diminuisce la produzione degli estrogeni, i principali ormoni femminili che giocano un ruolo importante nel rimodellamento osseo. Il picco di massa ossea si riscontra intorno a venticinque anni e rimane relativamente stabile fino all'inizio della menopausa, per poi calare in maniera progressiva con l'aumentare dell'età.



- Anche gli uomini possono sviluppare l'osteoporosi.
- E' una condizione comune: dopo i 50 anni una donna su tre ed un uomo su cinque andranno incontro ad una frattura.

COME SI MANIFESTA

L'osteoporosi non dà segni fino a quando non si verifica una frattura. Le fratture si verificano più comunemente in sedi come femore, colonna vertebrale, polso, omero e bacino, spesso con intenso dolore e disabilità significativa. L'età media delle donne che si fratturano il collo del femore è superiore agli 80 anni.

VALUTAZIONE

L'osteoporosi non dà sintomi: quindi è importante valutare il rischio di frattura nella popolazione femminile dopo la menopausa. I fattori di rischio di frattura noti sono quelli legati all'età, alla familiarità, all'abitudine al fumo, all'essere molto magre, alla sedentarietà, all'aver già avuto fratture.

In alcuni casi può essere utile effettuare una densitometria ossea (MOC), un esame che permette di calcolare la densità minerale ossea. La tecnica comunemente più usata si chiama DEXA, e usa una bassissima dose di raggi X. Purtroppo il risultato non è, da solo, un buon predittore del rischio di frattura. L'esito di questo esame, spesso abusato, va infatti valutato dal medico insieme agli altri indicatori utili per determinare il rischio di frattura.

QUANDO È APPROPRIATO FARE UNA MOC?

La MOC dovrebbe essere eseguita esclusivamente su richiesta del medico nei casi in cui sia necessaria una valutazione del rischio più accurata di quella che si ottiene con i comuni questionari.

PREVENZIONE

Per mantenere uno scheletro sano e ridurre quindi il rischio di osteoporosi, sono indispensabili cinque strategie.

1) Attività fisica:

- almeno 30/40 minuti di passeggiata o ginnastica dolce 3/4 volte a settimana. Tale programma potrebbe offrire anche maggiore disponibilità di vitamina D, obbligando le persone anziane a stare all'aperto e quindi a esporsi ai raggi ultravioletti. E' stato calcolato come, dopo la menopausa, un'attività motoria regolare sia in grado di ridurre di circa l'1-2% la perdita annua di massa ossea.
- mantenere il peso ideale

2) Alimentazione sana, ricca di Calcio e vitamina D

Il Calcio è un importante elemento del nostro scheletro. Particolarmente importante quindi è il suo apporto con la dieta. Il nostro fabbisogno quotidiano di Calcio varia molto in funzione dell'età e di condizioni quali la gravidanza e l'allattamento.

Cibi ricchi in Calcio sono: formaggio, latte, pesce (es. sardine, sgombro, salmone), verdura (es. radicchi, broccoli, cavoli), frutta secca (es. noci, mandorle, nocciole).

La vitamina D, che viene sintetizzata nella pelle in seguito all'esposizione al sole, gioca un ruolo importante nella salute di ossa e muscoli. Inoltre aiuta l'assorbimento intestinale del Calcio. Quindi tutte le persone anziane devono consultare il proprio medico di base per una valutazione dell'apporto di Calcio e vitamina D nella dieta. Nel caso risulti uno stato di carenza, è essenziale un supplemento orale di Calcio+vitamina D in quanto la vitamina D da sola potrebbe non essere sufficiente. La supplementazione di questi due elementi è importante anche nelle donne in post-menopausa con pregresse fratture in trattamento con bifosfonati, per garantire l'efficacia di questi ultimi.

Cibi ricchi di vitamina D sono: pesci grassi (es. anguilla, sardina, tonno, salmone), uova e funghi.

3) Abolire stili di vita negativi:

- Fumo
- Eccessiva assunzione di alcolici
- Vita sedentaria

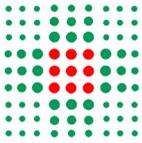
Nota Bene

Assicuratevi che la vostra casa sia a “prova di caduta”: attenzione ai tappeti o agli oggetti che possano farvi inciampare, assicuratevi di non rendere scivoloso il pavimento, usate il corrimano, indossate scarpe antiscivolo sia all'interno che all'esterno della casa.

4) Identificare i propri fattori di rischio, anche quelli “non modificabili”

Per consentire a voi e al vostro medico di valutare se avete un elevato rischio di andare incontro a fratture da osteoporosi, dovrete essere a conoscenza dei seguenti **fattori di rischio “non-modificabili”:**

- Età superiore ai 50 anni
- Sesso femminile
- Menopausa precoce (< 45 anni)
- Storia familiare di osteoporosi
- Densità minerale ossea T-score < - 2,5
- Basso peso corporeo / costituzione esile
- Fratture precedenti o perdite di altezza (di 3 cm)
- Terapia cronica steroidea (es. cortisone)
- Alcune patologie (es. artrite reumatoide)



5) Parlare con il proprio medico

Se sono presenti fattori di rischio, è importante chiedere maggiori informazioni al proprio medico.

FARMACI

Le persone che presentano più fattori di rischio tra quelli citati in precedenza (sia modificabili che non modificabili) risultano essere ad **alto rischio**. In questo caso possono diventare necessarie terapie farmacologiche per ridurre il rischio di frattura. Queste terapie sono efficaci solo nelle persone che ricevono un sufficiente apporto di Calcio e vitamina D.

Nelle persone a **basso rischio** di frattura, invece, la terapia farmacologica presenta solo una modesta efficacia, esponendole però ai potenziali effetti collaterali del farmaco; ad esempio, tra 200 persone che assumono bifosfonato per 3 anni si verificherà solo una frattura in meno di quelle previste se non avessero assunto nessun farmaco per l'osteoporosi. Quindi 199 persone su 200 prenderanno il farmaco senza che questo cambi il loro destino (ma subiranno gli eventuali effetti collaterali), e solo una ne avrà un vantaggio. Per questo è molto importante che il medico informi adeguatamente la persona sul suo reale rischio di frattura per metterla in condizione di esprimere un consenso realmente informato al trattamento.



- **Bifosfonati:** includono l'alendronato, il risedronato, l'ibandronato e il clodronato. Tali farmaci possono essere assunti attraverso varie vie (orale, intramuscolare, endovenosa) con cadenza settimanale, mensile oppure anche annuale (nel caso dello zoledronato). Vanno assunti a busto eretto con 1-2 bicchieri di sola acqua attendendo almeno 1-2 ore prima di assumere altri farmaci o cibo per non ridurre il loro assorbimento
- **Denosumab:** viene somministrato una volta ogni 6 mesi come iniezione. Nel corso del trattamento è importante la contemporanea assunzione di Calcio e vitamina D
- **Stronzio ranelato:** è un farmaco indicato nel trattamento dell'osteoporosi severa, nei pazienti per i quali il trattamento con altri medicinali non sia possibile. E' un farmaco da usare con estrema cautela specie da parte di persone che hanno un rischio cardiovascolare. Va assunto al momento di andare a letto e almeno due ore dopo il pasto
- **Teriparatide:** è un farmaco che va assunto contemporaneamente a Calcio e vitamina D e non può essere preso per più di 24 mesi nell'arco della vita
- **Estrogeni e raloxifene:** la terapia ormonale sostitutiva nelle donne in postmenopausa non è un trattamento primario per l'osteoporosi.

Questo opuscolo è di carattere informativo e non sostituisce il parere del medico curante con il quale queste informazioni possono essere discusse.