



I QUADERNI
di GENERE **donna**

OSTEOPOROSI



Che cos'è:
prevenzione,
diagnosi
e trattamento

OSTEOPOROSI

OSTEOPOROSI

**È una malattia dello scheletro
che rende le ossa fragili.**

Non dà sintomi evidenti, perciò molte persone si rendono conto di soffrirne solo quando subiscono una frattura.

Infatti, in una persona affetta da osteoporosi anche una piccola caduta, un urto, un trauma lieve possono causare la frattura dell'osso.

I NUMERI DELL'OSTEOPOROSI

	IN ITALIA (6% della popolazione totale)*	IN EUROPA nel 2019 (5,6% dell'intera popolazione)**
STIMA POPOLAZIONE	5.000.000	32.000.000
DONNE IN MENOPAUSA	80%	25,5%
DONNE OLTRE I 40 ANNI	23%	
UOMINI CON PIÙ DI 60 ANNI	14%	6,5%

*[DATI TRATTI DA AIUTA LE TUE OSSA, MIN SAL] ** [DATI SCOPE21]

I FATTORI DI RISCHIO

La perdita di tessuto osseo, quindi la diminuzione della sua densità, fa parte del processo di invecchiamento. In alcune persone avviene più velocemente del normale e questo, in alcuni casi, può causare l'osteoporosi. Tra i fattori che aumentano il rischio di sviluppare osteoporosi vi sono:

- ▶ **Fattori anagrafici, genetici, costituzionali** (sesso femminile, familiarità per osteoporosi o fratture da fragilità, BMI basso, razza caucasica o asiatica, ...)
- ▶ **Alcune patologie** (malattie infiammatorie come artrite reumatoide e altre malattie autoimmuni sistemiche, Morbo di Crohn, celiachia...)
- ▶ **Alterazioni ormonali** (menopausa precoce, anche chirurgica, anoressia nervosa, bulimia, ipertiroidismo, ipogonadismo...)
- ▶ **Fattori ambientali e comportamentali** (dieta povera di calcio o di vitamina D, sedentarietà, eccesso di fumo, alcol, ...)
- ▶ **Terapie farmacologiche** (ad es. terapie oncologiche come gli inibitori dell'aromatasi, uso prolungato di corticosteroidi)



Se ti riconosci in uno o più tra questi fattori di rischio, parlane con il tuo medico.

OSTEOPOROSI

I diversi tipi di **OSTEOPOROSI**

Vi sono due forme di osteoporosi:
quelle cosiddette **primitive**
di cui non si conosce la causa
e quelle **secondarie**, causate
da altre patologie o da alcune
terapie farmacologiche.

OSTEOPOROSI POST-MENOPAUSALE

È la forma più frequente di **osteoporosi primitiva**.

È dovuta al deficit di estrogeni legato alla menopausa, che causa un'accelerazione della perdita ossea fisiologica legata all'età.

Le donne sono più a rischio di sviluppare l'osteoporosi rispetto agli uomini perché i cambiamenti ormonali che si verificano in menopausa influenzano direttamente la densità ossea.

OSTEOPOROSI DA FARMACI

Numerose classi di farmaci sono state associate ad osteoporosi e ad un aumentato rischio di fratture da fragilità; ad esempio, i glucocorticoidi, utilizzati nel trattamento di patologie infiammatorie croniche e autoimmuni come l'artrite reumatoide e le malattie infiammatorie croniche intestinali. Anche gli inibitori dell'aromatasi e del GnRH, utilizzati nelle pazienti oncologiche con carcinoma mammario e nei pazienti con carcinoma alla prostata, sono associati ad un aumentato rischio di fratture da fragilità.

Altri farmaci su cui esiste un'ampia letteratura scientifica sono: gli inibitori di pompa protonica, gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina, la levotiroxina (non ai dosaggi utilizzati per correggere l'ipotiroidismo nei pzienti con gozzo multinodulare o con la tiroidite di Hashimoto), gli anticonvulsivanti.



Un elenco completo ed esaustivo si trova nelle Linee guida sulla gestione dell'osteoporosi e delle fratture da fragilità della Commissione Intracomunitaria per l'Osteoporosi.



Se assumi uno o più di questi farmaci e ancora non avete parlato del tuo rischio di sviluppare l'osteoporosi, chiedi al tuo medico.

OSTEOPOROSI



La diagnosi

La diagnosi di osteoporosi e la valutazione del rischio di fratture da fragilità viene fatta da molte figure professionali: il **reumatologo**, ma anche **endocrinologi, ginecologi, fisiatri, ortopedici, geriatri e medici di medicina generale**.

La diagnosi si basa sulla valutazione dei fattori di rischio, sull'esame obiettivo e sugli esami strumentali e di laboratorio.

DENSITOMETRIA OSSEA COMPUTERIZZATA A RAGGI X

L'indagine densitometrica è considerata il miglior predittore di rischio di fratture osteoporotiche. Tuttavia, la diagnosi di osteoporosi e la determinazione del rischio di frattura non possono essere formulate sulla base del solo dato densitometrico, ma richiedono sempre una adeguata valutazione clinica.

COME INTERPRETARE I RISULTATI DELLA DENSITOMETRIA*

BMD normale	T-score compreso tra +2,5 e -1,0 SD
Osteopenia	T-score compreso tra -1,0 e -2,5 SD
Osteoporosi	T-score uguale o inferiore a -2,5 SD
Osteoporosi severa	T-score inferiore a -2,5 SD e presenza di una o più fratture da fragilità

*adattato da Linee guida sulla gestione dell'osteoporosi e delle fratture da fragilità della Commissione Intrasocietaria per l'Osteoporosi.)

La soglia diagnostica in T-score non coincide con la soglia terapeutica.

Infatti, vi sono altri fattori - scheletrici ed extrascheletrici - che condizionano sia il rischio di frattura del singolo soggetto sia la decisione di prescrivere o meno un trattamento farmacologico.



Si può prevenire l'OSTEOPOROSI?

Si può fare molto per prendersi cura delle ossa e, di conseguenza, prevenire l'osteoporosi.

L'IMPORTANZA DELLA PREVENZIONE



Seguire fin da giovani uno stile di vita sano, che includa un'alimentazione ricca di calcio e vitamina D, praticare regolarmente attività fisica, non fumare e ridurre al minimo il consumo di alcool aiuta a preservare la salute delle ossa.

Quando, invece, una persona già presenta la patologia, è necessario intervenire con trattamenti farmacologici, per arrestare la perdita di massa ossea e prevenire le fratture da fragilità.

COME SI CURA L'OSTEOPOROSI

L'osteoporosi è una patologia cronica dalla quale non si può guarire, se non in pochi casi. Tuttavia, il processo innescato dalla malattia può essere rallentato o, in alcuni casi, arrestato, grazie all'ampia gamma di farmaci specifici di cui disponiamo, che riducono in modo significativo anche il rischio di fratture da fragilità.

Alcuni farmaci possono essere prescritti da qualsiasi medico, per alcuni invece è richiesto un piano terapeutico personalizzato e possono essere prescritti solo dallo specialista, dopo un'attenta valutazione della persona che tenga conto di numerosi fattori:

- ▶ **Sesso** - alcuni farmaci sono approvati solo per le donne, altri anche per gli uomini
- ▶ **Età** - alcuni sono più indicati per le donne in post-menopausa giovani, altre per le più anziane
- ▶ **Gravità** dell'osteoporosi
- ▶ Presenza di altri **fattori di rischio**
- ▶ Presenza di **altre patologie**

OSTEOPOROSI



Opzioni e strategie terapeutiche

Le categorie di farmaci
nella gestione dell'osteoporosi

PRINCIPALI CATEGORIE DI FARMACI UTILIZZATI NEL TRATTAMENTO DELL'OSTEOPOROSI

La medicina dispone di numerosi farmaci con alti profili di sicurezza ed efficacia e diversi meccanismi di azione.

FARMACI ANTI-RIASSORBITIVI

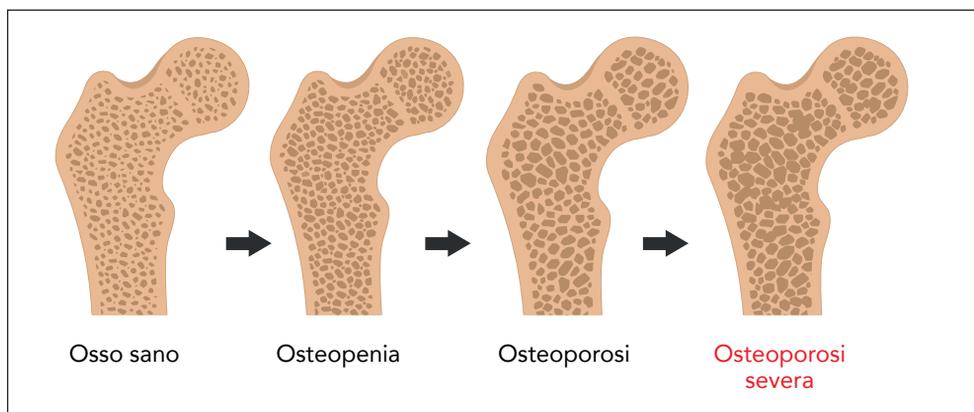
RIDUCONO IL RIASSORBIMENTO OSSEO

FARMACI ANABOLICI

STIMOLANO LA FORMAZIONE DI NUOVO OSSEO

FARMACI OSTEOANABOLICI A DUPLICE AZIONE ("BONE BUILDER")

INIBISCONO IL RIASSORBIMENTO OSSEO
E CONTEMPORANEAMENTE STIMOLANO
LA NEIFORMAZIONE OSSEA



OSTEOPOROSI

FARMACI ANTI-RIASSORBITIVI

Riducono il riassorbimento osseo, rallentando o arrestando la perdita di osso e preservandone la densità.

- ▶ I **bifosfonati** sono potenti inibitori del riassorbimento osseo e attualmente rappresentano il caposaldo della terapia farmacologica dell'osteoporosi. Le diverse molecole disponibili hanno modalità di somministrazione differenti (per bocca, per via endovenosa o intramuscolare) e diverse posologie (giornaliere, settimanali, mensili, annuali). L'effetto antiriassorbitivo dei bifosfonati persiste anche dopo la loro sospensione motivo per il quale in alcuni casi è possibile intervallare l'assunzione dei bifosfonati con brevi periodi di sospensione. In Italia le molecole disponibili sono: clodronato, alendronato, risedronato, ibandronato, zoledronato, neridronato ma non tutte hanno indicazione per l'osteoporosi e non tutte hanno dimostrato di ridurre il rischio di frattura.
- ▶ **Denosumab** - è un anticorpo monoclonale umano che agisce sopprimendo il turnover osseo e incrementando la BMD, diminuendo significativamente il rischio di fratture. Negli studi clinici è risultato efficace anche nel ridurre il rischio di fratture in donne con carcinoma mammario che assumono gli inibitori dell'aromatasi e in uomini con carcinoma prostatico in cura con antiandrogeni. Si somministra mediante un'iniezione sottocute due volte l'anno e il suo effetto cessa rapidamente quando si sospende la terapia
- ▶ La **TOS** (Terapia Ormonale Sostitutiva) - nelle donne in menopausa i trattamenti con estrogeni, da soli o in combinazione con i progestinici e con tibolone, si sono dimostrati in grado di ridurre il turnover osseo e di incrementare la massa ossea. Per contro, si rileva un rischio di aumentato per altre problematiche, tra cui eventi cardiovascolari e cancro al seno e all'utero. Questo rischio è stato ridimensionato dagli studi più recenti ma questo rimane il motivo per il quale generalmente questi trattamenti vengono riservati alle donne più giovani e con importanti sintomi dovuti alla menopausa.

- ▶ I **SERM** (modulatori selettivi del recettore degli estrogeni) hanno mostrato di rallentare il turnover osseo e aumentare la BMD, oltre a ridurre il rischio di fratture. Analogamente alla TOS, possono aumentare il rischio di eventi tromboembolici. I due attualmente approvati in Italia sono raloxifene e bazedoxifene

FARMACI ANABOLICI

Stimolano le cellule che producono nuovo osso, aumentando la BMD. Appartiene a questa categoria di farmaci il **teriparatide**, frammento dell'ormone paratiroideo umano, prodotto con tecniche di ingegneria genetica. Questo farmaco è approvato per il trattamento dell'osteoporosi nelle donne in post-menopausa e negli uomini ad alto rischio di frattura. Inoltre, è approvato per il trattamento dell'osteoporosi nelle donne e negli uomini che sono in terapia prolungata con steroidi.

FARMACI OSTEOANABOLICI A DUPLICE AZIONE ("BONE BUILDER")

Inibiscono il riassorbimento osseo mentre stimolano la neoformazione ossea. L'unica molecola finora disponibile in questa categoria è **romosozumab**, un anticorpo monoclonale, approvato per il trattamento dell'osteoporosi severa nelle donne in post-menopausa ad alto rischio di frattura. La sua azione è duplice: agisce stimolando la formazione di nuovo tessuto osseo mentre ne riduce il riassorbimento. Dagli studi clinici emerge che dopo un anno di trattamento romosozumab aumenta la quantità di massa ossea e aumenta lo spessore delle trabecole ossee e per questo è definito "bone builder".



L'aderenza terapeutica è fondamentale e bisogna sottoporsi ai controlli periodici che il medico richiede.

A young woman with long dark hair, wearing a white t-shirt, is smiling and assisting an elderly woman with short, curly white hair. The elderly woman is also smiling and looking towards the right. They are in a room with light-colored walls. The young woman has her hand on the elderly woman's shoulder and is holding a door handle. The image is overlaid with a large, semi-transparent pink circle. The background has a color gradient from orange at the bottom to pink at the top.

I modelli organizzativi multidisciplinari

Per la corretta gestione del paziente con fratture da fragilità il modello organizzativo raccomandato dalle Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità è quello delle **Fracture Liaison Service** o Unità di gestione della Frattura, che mira all'identificazione, al trattamento e al monitoraggio di pazienti con frattura da fragilità, attraverso un approccio multidisciplinare che vede la cooperazione di più figure specialistiche, in modo da prendere in carico il paziente a più livelli e non limitarsi alla sola cura della frattura.

È importante rivolgersi a centri che gestiscano le fratture da fragilità: in questo modo il paziente viene identificato, curato e monitorato all'interno di un **percorso di cura** multidisciplinare, che coinvolge più specialisti.

L'inserimento del paziente fragile all'interno di questo percorso ne migliora complessivamente la qualità della vita, garantisce **maggiore appropriatezza diagnostica** e terapeutica, permette una maggiore aderenza terapeutica e riduce anche i costi per la gestione della frattura, sia in termini di anni di vita e di salute che verrebbero sottratti al paziente, sia dal punto di vista degli oneri a carico del Sistema Sanitario Nazionale.

GENERE donna

Genere Donna è la campagna di comunicazione e informazione su medicina di genere e patologie autoimmuni reumatologiche e dermatologiche.

Promossa da:



Fonti:

- Istituto Superiore di sanità, Sistema Nazionale Linee Guida. *Diagnosi, stratificazione del rischio e continuità assistenziale delle Fratture da Fragilità*. Roma, 18 ottobre 2021. Ultimo accesso: giugno 2024.
- Commissione Intersocietaria per l'Osteoporosi. *Linee Guida sulla gestione dell'Osteoporosi e delle Fratture da fragilità*. Ultimo accesso: giugno 2024.
- IOF-International Osteoporosis Foundation. *Soluzioni per la prevenzione delle fratture (Italia)*. Ultimo accesso: giugno 2024.
- IOF-International Osteoporosis Foundation. *SCOPE 2021: a new scorecard for osteoporosis in Europe*. Ultimo accesso: giugno 2024.
- IOF-International Osteoporosis Foundation. *Bone care for the postmenopausal woman*. Ultimo accesso: giugno 2024.
- Pharmastar – *Fratture da fragilità, una vera emergenza sanitaria*. Ultimo accesso: giugno 2024.
- Ministero della salute. *Aiuta le tue ossa*. Ultimo accesso: giugno 2024.
- SIOMMMS, Società Italiana dell'Osteoporosi, del Metabolismo Minerale e delle Malattie dello Scheletro. *Le fratture da osteoporosi*. Ultimo accesso: giugno 2024.
- SIOMMMS. *Come si cura l'osteoporosi?* Ultimo accesso giugno 2024.
- **FRATTURE DA FRAGILITÀ: raccomandazioni sanitarie**. Compendio ad uso clinico-assistenziale di "Diagnosi, stratificazione del rischio e continuità assistenziale delle Fratture da Fragilità", Linea Guida pubblicata nel Sistema Nazionale Linee Guida Roma dell'Istituto Superiore di Sanità - 18 ottobre 2021. Ultimo accesso: settembre 2024.

