

OTT VOLTUNK

TEVA-nap 2005.

Beszámoló a VIII. TEVA Osteoporosis Szimpóziumról

2005. szeptember 10. Tapolca

Borongós, esős napon gyülekeztek a meghívottak a tapolcai Hotel Pelionban, hogy egy jó hangulatú ebéd után részt vegyenek a sokat ígérő tudományos programban. Várakozásában senki sem csalódott, nagyon érdekes, és minden tekintetben naprakész előadásokat hallhattunk az osteoporosis diagnosztikájának és terápiájának mai helyzetéről, *Horváth Csaba* és *Lakatos Péter* moderálásával.

Surányi Gábor üdvözlő szavai után *Horváth Csaba* előadásában először Tapolca nevezetességeit ismerhettük meg, számos napfényes képpel illusztrálva. Ezután a D-vitamin és D-hormon az osteológiában – hol tartunk 2005-ben? kérdésre válaszolva a D vitamin hatás hiányának extraosseális immunológiai, cardiovascularis és tumorokban észlelhető következményeiről, majd részletesebben az osseális manifesztációjáról beszélt. A kialakuló negatív Ca egyensúly kompenzáló csontfolyamatot – fokozott csontbontást indít el, a romló mineralizáció fokozott törési kockázathoz vezet. Az osteomalacia ismert következmény, a részleges hiány metabolikus osteopathiához vezet. A D-vitamin hiány neuromuscularis következményei izomgyengeségben, az esések számának fokozódásában nyilvánulnak meg, az izmokban kimutatták a D-vitamin receptorok jelenlétét. A D-vitamin hiány kimutatásának legjobb eszköze a Se 25 OH D szint meghatározása. Bár sok laboratóriumban van lehetőség elvégzésére, mégsem lehetünk elégedettek a vizsgálatok számával. A relatív hiányt a 10-30 ng/ml-es érték, az abszo-

lút hiányt a 10 ng/ml alatti érték jelenti. 20-30 ng/ml közötti érték esetén mérsékelt hiányról beszélünk, ebbe a kategóriába esik a D-vitamin hiányos betegek 40-60%-a. Sajnos a magyar lakosság legalább felénél, mindkét nemben egyaránt számolhatunk ilyen értékekkel. Végül is a D-vitamin hiány nagyon gyakori, de jól felismerhető, könnyen, olcsón, jól kezelhető eltérés. Hatékony módszer az élelmiszerek dúsítása is, az FDA ajánlása napi 400 E per os mindenkinek, Európában ezt a mennyiséget az időseknek ajánlják. A szervezetben, mint ismeretes a D-vitamin előanyagából UV fény hatására cholecalciferol keletkezik, amely a májban szubsztrált regulált módon hidroxilálódik. Ez a D-hormon. A vesében hiányállapotban még egy hidroxiláció lehetséges, emellett kis részben az osteoblast is képes erre. Ha hidroxilált metabolitot adunk, akkor a csontban is több aktív D-vitamin jelenik meg. Egy metaanalízis során 16 vizsgálatban natív D-vitaminnal kezelt beteg esetében 22%-kal, 18 vizsgálatban hidroxilált D-vitaminnal kezelt beteg esetében 31%-kal csökkent az esések száma. A törési rátát a hidroxilált készítmény 6x jobban csökkentette. Tehát a D-vitamin hiányt detektálni, és kezelni kell.

A következőkben a tavalyi TEVA pályázat eredményeként született tudományos vizsgálatok eredményeit mutatták be. *Harjit Pal Bhattoa* a Debreceni Egyetemről 319 egészséges, posztmenopauzában lévő nő vizsgálatáról számolt be, tavasszal 71, nyáron 41, ősszel 49, télen



Horváth Csaba dr.



Horváth Csaba dr. és Lakatos Péter dr. nemcsak moderáltak, de élénk figyelemmel követték az elhangzottakat is.



Szekeres László dr.

57%-uknál találtak 20 ng/ml-es D- vitamin szintet. Az értékekkel korrelált a femurnyak BMD és a táplálékkal bevitt napi Ca mennyisége.

Madarász Eszter a Semmelweis Egyetemen működő Diabetes Gondozási Nemzeti Központ munkatársa a D-vitamin és a cukorbetegség összefüggéseiről beszélt. A D-vitamin szerepet játszik mind az 1-es, mind a 2-es típusú diabetes patogenezisében, emellett ismeretes tumorgenezist és tumorprogressiót gátló, antiangiogenetikusan és immunmoduláns hatása is. A pancreasban is vannak D-vitamin receptorok. A béta sejtek citokin mediálta pusztulása ellen védő hatású, megfelelő D-vitamin bevitel szükséges a normális béta sejt működéshez. Hiányában 1. típusú diabetesben elégtelen lesz az insulin válasz. Érdekes összefüggés, hogy földrajzilag ahol magasabb a napsütéses órák száma, kisebb az 1-es típusú diabetes incidenciája. 2-es típusú diabetesben D-vitamin hiányos betegekben, ha vérszintet normalizálták, nőtt a glukóz tolerancia.

Szegedi Andrea a Debreceni Egyetemről az alfakalcidol immunológiai hatásait ismertette. A vizsgálatok szerint növeli a monocyta-makrofág rendszer sejtjeinek aktivitását, gátolja a lymphocyták proliferációját, az IL-1, IL-6, TNF-alfa, interferon-gamma termelését, a dendritikus sejtek differenciálódását és érését. A szisztémásan adott alfakalcidol tehát állatkísérletekkel is bizonyítottan immunosuppressív hatású. Methotrexate bázisterápiában részesülő arthritis psoriaticás betegeknek 6 hónapon át adagolva megfigyelték, hogy az első 3 hónapban az aktív T-sejtek száma és a serum interferon-gamma szint csökkent, emellett csökkent a betegség aktivitása (DAS 28 index) is. A vizsgálat alapján észlelhető volt az immunosuppressív hatás, a folyamat dinamikáját tekintve intermittáló adagolás ajánlható.

Speer Gábor a Semmelweis Egyetemről a colorectalis carcinomában előforduló laktóz-intolerancia D-vitamin hiányt okozó hatásáról beszélt. Bár már sokat tettek a szűrővizsgálatok elterjesztéséért, az elmúlt tíz évben

mégsem sikerül nagy számban korai stádiumban diagnosztizálni a gyakori betegséget. A betegekben nagyon alacsony D-vitamin szinteket mértek, ezért a prevenció tekintetében is szóba jön a D-vitamin adagolás. A vastagbélben is van valamennyi alfa hidroxiláz aktivitás, tehát vitamin képzés. A bontó aktivitású 24 alfa hidroxiláz szintje a tumorszövetben megnő. A korral, és a malignitás fokával fordítottan arányos a vitamin képzés. A szabadban tartott tehen tejében 1 l tej fedezi a napi D-vitamin szükséglet 40%-át. A laktóz intolerancia is gyakori, a vizsgált 26 colorectalis tumoros beteg 46%-a laktóz intoleráns volt. A frissen felfedezett tumoros betegek D-vitamin szintje szignifikánsan alacsony volt.

Szekeres László Hévízről a D-vitamin és a biszfoszfonátok kombinációjával kezelt betegek vizsgálatáról számolt be. Beszélt az alendronát ismert törésprevenziós hatásának gátjairól: a betegek 20%-a felső gastrointestinalis mellékhatások miatt hagyja el a szert, 10 éves kezelés alatt ez 28%-ra emelkedik, döntően a rossz compliance miatt. Ha Ca antagonistát, nitrátot, nemszteroid gyulladáscsökkentőt szed egyidejűleg a beteg, a mellékhatások száma tovább nő. 1 éve alatt a terápiát a betegek 50%-a hagyta el, tehát adherenciájuk nem jó. A vizsgálatok szerint, ha a betegek az évi biszfoszfonát adag 80%-át beveszik, 16%-al jobb a törésprevenzió, mint azoknál, akik kevésbé fegyelmezettek. Akik a biszfoszfonát terápiára nem reagálnak ODM változással, D-vitamin pótlás esetén javuló értékeket mutatnak a lumbalis gerinc és a femur területén. A D-hormon és az alendronát két különböző hatásmechanizmussal gátolja az osteoclast aktivitást. Javasolt tehát a vitamin szint mérése, és a két szer együttes alkalmazása, ezáltal erősödhet a törésprevenziós hatás.

A cég képviselőjétől hallhattuk, hogy az ALPHA D3 készítmények palettája a 0,5 ug-os kapszulával bővül. Az előadások nagyon jól ráirányították a figyelmet a D-vitamin szintjének monitorozására, a hiányállapotok kiszűrésére és adekvát kezelésének fontosságára.

Ortutai Judit dr.