

A töréskockázat-felmérés tökéletesítése: a WHO stratégiája

Az ötvenévesnél idősebb nők egyharmada, illetve a férfiak egyötöde szenved el osteoporoticus csonttörést. Az utóbbi az időskorúakat sújtó szenvedés és halálozás egyik fő oka; anyagi terheit Európában évente 30 milliárd euróra becsülik. Ha nem fejlesztik ki a megelőzés hathatós stratégiáit, a népességben zajló demográfiai változások miatt az elkövetkező évtizedek során megkétszereződik a csonttörések száma és költsége.

Bebizonyosodott, hogy az osteoporosisban szenvedő betegeken bekövetkező csonttörések gyakorisága számos gyógyszerrel hathatósan csökkenthető. Mindazonáltal, a csonttörés kockázatának felmérésére jelenleg alkalmazott módszerekkel csupán a töredéke szűrhető ki azoknak az egyéneknek, akiknek a javára válna a kezelés – emiatt gyakran elillan az esély az osteoporosis megelőzésére. A WHO stratégiája egyszerűen azonosítható klinikai rizikófaktorok és a mért csontsűrűség értékek egyidejű figyelembe vételével igyekszik fokozni a csonttörés előrejelzésének pontosságát. Ez a kezelésre szoruló betegek hatékonyabb azonosítását és a terápia ráfordítás/hatékonyság mutatóinak javítását is szolgálja.

Az osteoporosis globális terhe

Az osteoporosis jellemzője a csont tömegének fogyatkozása és a csontszerkezet felbomlása – mindezek következtében csökken a csont szilárdsága és megnő a csonttörés – mindenekelőtt a csípőtáji, csukló-, illetve csigolyatörés – kockázata. A csonttörések ártalmas következményei nagymértékben rontják az életminőséget és ez a kedvezőtlen a hatásuk az életkor előrehaladtával, illetve

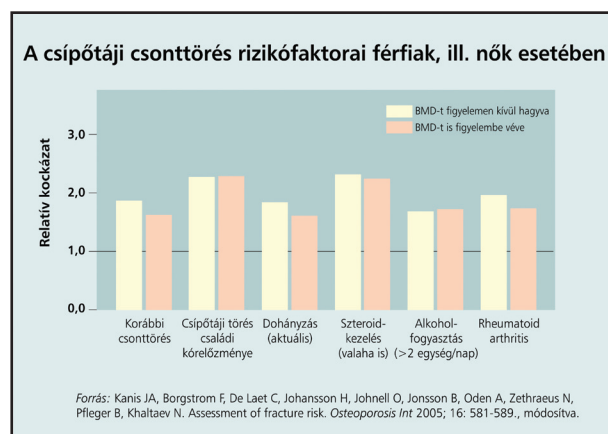
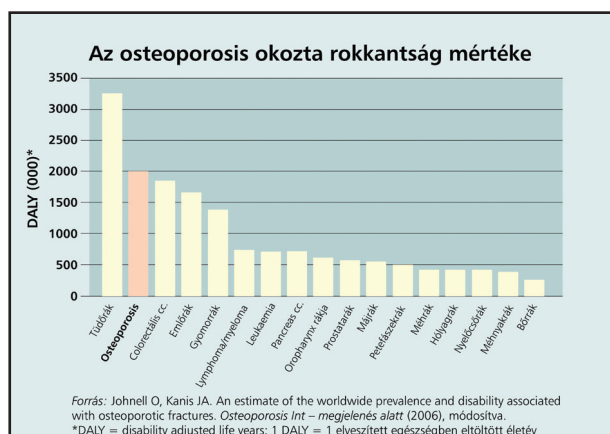
a törések számának növekedésével egyre fokozódik. A nők által elszenvedett osteoporoticus csonttörések anyagi terhei meghaladják az emlőrák, a szívizom infarctus, és a stroke kórházi ellátásának költségeit.

A betegséggel járó globális terhek érzékeltetésére a DALY (disability-adjusted life-years) nevű mutató a legalkalmasabb. Egy DALY egy elveszített, egészségben eltöltött életévnek felel meg; ez a paraméter alkalmas a különböző betegségek okozta terhek összevetésére. A közelmúlt vizsgálatai kimutatták, hogy Európában a DALY az osteoporosis esetében nagyobb, mint számos más idült betegség (például asthma, migrain, hypertoniás szívbetegség, rheumatoid arthritis), vagy rosszindulatú daganat (például emlő-, vastagbél-, gyomor-, vagy prosztatárák) esetében.

A töréskockázat felmérése

A csonttörés kockázatának felmérésére egységesen alkalmazott módszer hosszú évek óta csontsűrűség mérésén és a WHO meghatározásán alapul (miszerint osteoporosis = a maximális csonttömeg elérésekor mértnél legalább 2,5 SD-nyivel alacsonyabb csontsűrűség, azaz BMD T-pontszám $\leq -2,5$). Mindazonáltal, ezzel a módszerrel csak az utóbb csonttörést elszenvedő egyének töredéke szűrhető ki. Ráadásul, ha csupán az ily módon kiszűrt betegek részesülnek kezelésben, akkor egészében véve csekély lesz a beavatkozás hatása.

A töréskockázat felmérése a rizikót a csontsűrűségtől függetlenül növelő klinikai kockázati tényezők figyelembe vételével tökéletesíthető. Éppen ezen alapul a WHO



stratégiája – e kezdeményezés célja a töréskockázat-felmérés diagnosztikai érzékenységének (vagyis a detekciós ráta) optimalizálása a férfi-, illetve nőlakosság alapszintű ellátásban széles körben megvalósítható (case finding módszerrel történő) szűrésével. Ennek érdekében a legkülönbözőbb földrajzi régiókban élő népesség-kohorszokon végeztek nagyszabású, prospektív vizsgálatot: 59 232 férfin és nőn gyűjtöttek közel 250 000 „személy-életévnék” megfelelő tapasztalatot.

A csonttörés kockázatának előrejelzésére hasznosítható, egyszerűen azonosítható klinikai rizikófaktorok a következők:

- életkor
- korábbi csonttörés
- csípőtáji csonttörés a családi kórelőzményben
- glucocorticoid (szteroid) kezelés
- aktuális dohányzás
- rendszeres alkoholfogyasztás (naponta >2 egység)
- rheumatoid arthritis

Bizonyított, hogy ezeknek a rizikófaktorok fennállása esetén – a mért csontsűrűség alapján elvégzett helyesbítés után – legalább 1,5-2-szeresére nő a csípőtáji csonttörés bekövetkezésének kockázata.

Fontos tudni, hogy mely rizikófaktorok tarthatók korábban a csontozat egészségének megóvását elősegítő életmóddal és melyek azok, amelyek nem befolyásolhatók. Számos vizsgálat eredményei szólnak amellest, hogy a csekély étrendi kalcium-bevitel a csípőtáji csonttörés rizikófaktor. Bár a kalcium-bevitel mérése a mindennapi gyakorlatban nehezen megvalósítható, mindegyik, osteoporosis tárgyában kidolgozott ajánlás tartalmaz javaslatokat a kalcium és D-vitamin bevitelre vonatkozóan. Kézenfekvő továbbá, hogy a testedzés is kedvezően hat a csontsűrűségekre.

E rizikófaktorok némelyikének a fontossága az életkor függvényében változhat. A fiatalokhoz képest például az elesés fokozott kockázatát tükröző rizikófaktorok (többek között a látásromlás, a mozgásképeség beszűkülése, és szedatív hatású gyógyszerek szedése) idős korban sokkal biztosabban jelzik előre a csonttörés bekövetkezését.

A glucocorticoid kezelés az osteoporosis kialakulásának és a csonttörés bekövetkezésének fontos oka. Feltételezik, hogy a csontvesztés üteme a kezelés első néhány hónapjában a leggyorsabb, illetve mértéke a csigolyák esetében a legnagyobb. Mindazonáltal, a glucocorticoiddal kezelt betegek populációján belül a fiatalabbakat fenyegeti nagyobb mértékben a csípőtáji csonttörés kockázata.

Ismeretes, hogy a kórelőzményben szereplő, ún. „fragilitási” törés a későbbiekben bekövetkező, újabb csonttörés jelentős rizikófaktor, ami hozzávetőleg megkétszerezi a kockázatot. Korábbi csigolyatörés esetén ez a kockázat még nagyobb – a csontsűrűségtől függetlenül akár 12-szeres is lehet. Amint azt korábban már említettük, ez a kockázat az életkor előrehaladtával egyre nő.

A WHO modell nem T-pontszámként, hanem abszolút értékben, 10 évre vetítve fejezi ki a töréskockázatot (vagyis annak százalékos esélyét adja meg, hogy az adott beteg mekkora valószínűséggel szenved el csonttörést az elkövetkező évtizedben). Ez a módszer a várható élettartamot is figyelembe veszi és ráadásul érthetőbb mind az egészségügyi szakemberek, mind betegek számára.

Ily módon, az egyes országokban meghatározott különböző egészségügyi prioritások, a rendelkezésre álló erőforrások és az egészségügyi költségvetés függvényében, az egyes gyógymódoknak a töréskockázat adott szintjén érvényes ráfordítás/hatékonyság mutatóit szem előtt tartva jelölhető ki az intervenciók küszöb.

Következtetések

A WHO stratégiája gyakorlatban hasznosítható eszközt kínál, aminek az alkalmazásával a klinikai gyakorlatban felmérhető a csonttörés egyes betegeket fenyegető kockázata. Az utóbbi esetenként (például fragilitási törést elszenvedett, idős korú, vagy nagy dózisu glucocorticoid kezelésben részesülő betegek esetében) már csak a klinikai rizikófaktorokat figyelembe véve is meghaladhatja az ráfordítás/hatékonyság mutatókon alapuló intervenció küszöböt és emiatt nincs szükség a csontok ásványi anyag sűrűségének mérésére. Más esetekben a rizikófaktorok teljes hiánya oly mértékben elenyésző kockázatot tükröz, hogy emiatt felesleges az osteodenzitometria. Minden más esetben a klinikai rizikófaktorok felmérését a csontsűrűség meghatározásával kiegészítve dönthető el, hogy a csonttörés esélye eléri-e, illetve meghaladja-e az intervenció küszöböt. A WHO modell alkalmazása a klinikai gyakorlatban azáltal javítja a csonttörések bekövetkezésének előrejelzését, hogy lehetővé teszi a terápia valóban rászorulóknak pontosabb azonosítását, illetve ezáltal előnyösen befolyásolja az osteoporoticus csonttörések megelőzésének ráfordítás/hatékonyság jellemzőit.

IOF anyag alapján sajtó alá rendezte Mark Hasler (PANACOM)