Osteoporosi: è tempo di ripensamenti?

Data 09 agosto 2008
Categoria reumatologia

E' arrivato il momento di abbandonare i criteri diagnostici dell'osteoporosi proposti nel 1994 dall'OMS?

L'osteoporosi viene diagnosticata utilizzando i risultati della densitometria ossea secondo i criteri stabiliti dall'OMS nel 1994. Questi criteri definiscono come normali i valori di densità minerale ossea (BMD) di una donna bianca di 35 anni (T-score).

Nella tabella sono riassunti i criteri OMS per la diagnosi di osteoporosi e di osteopenia.

Normale: T-score fino a - 1 DS
Osteopenia: T-score compreso tra -1 DS e - 2,5 DS
Osteoporosi: T-score inferiore a - 2,5 DS

Tuttavia la densitometria ossea fornisce un'idea solo surrogata della robustezza dell'osso, che dipende sia dalla sua densità (grammi di minerale per volume) sia della sua qualità (che riflette l'architettura, la presenza di microfratture e la mineralizzazione).

La densitometria non è tutto
Sebbene vi siano studi che hanno dimostrato che una bassa BMD è un discreto predittore di frattura , si deve considerare che esistono molti altri fattori di rischio che possono essere ugualmente se non più importanti. Per esempio è stato dimostrato che donne con bassa BMD ma senza fattori di rischio aggiuntivi vanno incontro ad una percentuale di fratture minore rispetto a donne con buona BMD ma fattori di rischio associati . In effetti il rapporto tra BMD e rischio fratturativo non è così lineare come la definizione di osteoporosi sembra adombrare . Per questo motivo i criteri stabiliti dall'OMS sono criticabili, soprattutto se essi vengono impiegati come unico parametro per decidere se prescrivere o meno un trattamento farmacologico. Inoltre definire come normale la BMD di una donna adulta bianca porta a classificare come "malate" molte donne in post-menopausa del tutto asintomatiche, cosa perlomeno discutibile. Anche recentemente alcuni autori hanno espresso critiche alla classificazione dell' OMS . Questi stessi autori paventano che ci si stia orientando verso il trattamento con farmaci anche della semplice osteopenia. In altre parole non ci si accontenta più di trattare il rischio di ammalarsi, ma si cerca di spostare sempre più in basso l'asticella per curare anche il "rischio del rischio": esaminando quattro analisi a posteriori di altrettanti studi sui farmaci per l'osteoporosi essi hanno trovato che i benefici del trattamento nelle donne con osteopenia venivano troppo enfatizzati mentre i rischi erano perlopiù sottaciuti.
Se si volesse fare un paragone si potrebbe dire che trattare l'osteoporosi basandosi solo sui dati della densitometria sarebbe come voler trattare il rischio cardiovascolare basandosi solo sul valore del colesterolo. Il rischio di frattura dipende invece da una moltitudine di fattori tra cui, di primaria importanza, è quello di caduta. Altri autori evidenziano come negli anziani le fratture, soprattutto di femore, dipendono più dal rischio di cadere che dall'osteoporosi .

Chitrattare?
Insomma, è giunto il momento di abbandonare la definizione di osteoporosi proposta dall'OMS?
Senza arrivare a soluzioni così drastiche un approccio ragionevole ci sembra quello di valutare il rischio fratturativo di un paziente nel suo complesso, considerando sicuramente i risultati della densitometria, ma integrati dalla valutazione di eventuali altri fattori: familiarità per fratture osteoporotiche, basso peso corporeo, fumo, menopausa precoce, uso prolungtao di steroidi. L'OMS ha messo a punto una carta del rischio assoluto di frattura che potrebbe costituire un importante strumento per decidere chi sottoporre a terapia farmacologica . Si può utilizzare anche uno score messo recentemente a punto da autori americani che predice il rischio di frattura di femore a 5 anni nelle donne in post-menopausa; altrettanto importante è valutare il rischio di caduta negli anziani . Si possono utilizzare anche i dettami della nota AIFA 79 che costituiscono uno strumento ragionevole per decidere a quale paziente somministrare una terapia farmacologica: pregresse fratture osteoporotiche di femore o vertebrali, trattamenti prolungati con steroidi, BMD molto bassa (T-score a livello femorale inferiore a - 4 DS) oppure BMD inferiore a - 3 DS associato ad almeno un altro fattore di rischio.

RenatoRossi

Referenze

1. Siris ES et al. Identification and Fracture Outcomes of Undiagnosed Low Bone Mineral Density in Postmenopausal Women. Results From the National Osteoporosis Risk Assessment. JAMA. 2001;286:2815-2822.
2. Cauley JA et al. Bone Mineral Density and the Risk of Incident Nonspinal Fractures in Black and White Women .JAMA. 2005 May 4; 293:2102-2108
3. Cummings SR et al. for The Study of Osteoporotic Fractures Research Group. Risk Factors for Hip Fracture in White Women. N Engl J Med 1995 March 23; 332:767-774
4. Wilkin TJ. Changing perception in osteoporosis. BMJ 1999; 318:862
5. Alonso-Coello P et al. Drugs for pre-osteoporosis: prevention or disease mongering?
BMJ 2008 Jan 19; 336: 126-129
6. Järvinen TLN et al. Shifting the focus in fracture prevention from osteoporosis to falls
BMJ 2008 Jan 19; 336: 124-126.
7. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3633
8. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3022
9. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4157