Screening dell'osteoporosi secondo la United States Prevenive Services Task Force (USPSTF)

Data 12 febbraio 2011
Categoria ortopedia

La USPSTF consiglia di screenare per l'osteporosi tutte le donne di almeno 65 anni e quelle più giovani a rischio di frattura.

La USPSTF ha aggiornato le sue linee guida sullo screening dell'osteoporosi (le precedenti erano del 2002) e raccomanda di screenare tutte donne di almeno 65 anni e quelle di età compresa tra 50 e 64 anni con un rischio di frattura a 10 anni analogo a quello di una donna di 65 anni, in assenza di fattori di rischio aggiuntivi.
Per gli uomini non ci sono evidenze per valutare rischi e benefici dello screening.
Per valutare il rischio fratturativo nelle donne con meno di 65 anni si consiglia di usare lo strumento denominato FRAX (Fracture Risk Assessment) disponibile al seguente indirizzo: www.shef.ac.uk/FRAX. Se il rischio così determinato è superiore o uguale al 9,3% a 10 anni la USPSTF consiglia di procedere con la determinazione della massa ossea (BMD).
Il test più comunemente usato per determinare la BMD è la densitometria ossea (DXA) eseguita a livello dell'anca e della colonna lombare. Vengono anche usati gli ultrasuoni a livello del calcagno. Quest'ultimo test è meno costoso e più facilmente disponibile della DXA, inoltre non espone a radiazioni ed ha un' affidabilità nel predire il rischio di frattura sovrapponibile alla DXA. Tuttavia i criteri diagnostici stabiliti per l'osteoporosi sono basati sulla DXA e per ora mancano criteri per l'ultrasuonografia calcaneare.
Non esistono evidenze per determinare a quali intervalli si dovrebbe eseguire un nuovo test di screening. La USPSTF ritiene che un secondo test eseguito a distanza di almeno 2 anni potrebbe migliorare il potere predittivo del rischio di frattura, anche se ricorda che uno studio ha dimostrato che ripetute misurazioni della BMD in donne con più di 65 anni non ha portato ad un miglioramento del potere predittivo rispetto al test basale a distanza di 8 anni.

Fonte:

U. S. Preventive Services Task Force. Screening for Osteoporosis: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med. Pubblicato anticipatamente online il 17 gennaio 2011.

Commento di Renato Rossi

Sarà bene dire subito che non esistono studi randomizzati e controllati che abbiano direttamente paragonato screening versus non screening dell'osteoporosi. Circostanza questa ammessa dalla stessa Task Force americana.
Ma allora, si dirà, su cosa si basano le raccomandazioni delle linee guida?
Le evidenze che hanno spinto la USPSTF a consigliare lo screening in alcuni sottogruppi di donne sono di tipo indiretto. Vi sono infatti prove convicenti che la terapia farmacologica in prevenzione primaria in donne con bassa BMD riduce il rischio di frattura. Queste evidenze hanno portato la USPSTF a ritenere che lo screening ed il trattamento possano portare a benefici "almeno moderati".
Diverso è il discorso per gli uomini in quanto, in questo caso, non solo non esistono RCT sullo screening, ma nemmeno studi sulla terapia farmacologica in prevenzione primaria (esistono solo due trials in prevenzione secondaria in cui è stato usato l'alendronato).
Tuttavia, si obietterà, lo screening non potrebbe portare a rischi come le sovradiagnosi e il sovratrattamento? Probabilmente questi rischi esistono, però la mancanza di studi non permette di quantificarli con precisione. D'altra parte i pericoli legati ai farmaci, secondo la USPSTF, sono piccoli per i bifosfonati e l'ormone paratiroideo e da piccoli a moderati per gli estrogeni e i SERMs (modulatori selettivi dei recettori per gli estrogeni).
Come si devono dunque prendere queste linee guida della USPSTF? In mancanza di RCT ad hoc occorre adattarsi a prendere decisioni su evidenze meno forti, di tipo indiretto e, in tal senso, le raccomandazioni contenute in questa pillola sembrano ragionevoli. Tuttavia il medico non dovrà mai rinuciare ad applicare un suo personale giudizio clinico: le linee guida non sono mai un libro di cucina di ricette pronto uso, ma vanno personalizzate sul singolo paziente ed adattate al contesto in cui si opera. A maggior ragione in questo caso, quando manca la "prova regina", quella derivante da RCT.