

CAPITLUL 6:

SITUAȚII SPECIALE

Dr. Cristina Capatina, medic primar endocrinolog, doctor in stiinte medicale, Institutul National de Endocrinologie "C.I.Parhon"; asistent universitar, catedra Endocrinologie I "C.I.Parhon" / UMF "Carol Davila"

6.1 Osteoporoza la bărbați

6.2. Osteoporoza la femei premenopauză

Osteoporoza are prevalența cea mai crescută la femei postmenopauză astfel încât majoritatea studiilor, ghidurilor și recomandărilor societăților internaționale de profil se adresează diagnosticului și managementului la această grupă de pacienți. Există însă, în cazuri mai rare, scăderea densității osoase și deteriorare microarhitecturală osoasă și la alte categorii de pacienți, de ex bărbați sau femei premenopauză, categorii cărora nu li se aplică aceleași criterii de diagnostic.

6.1 Osteoporoza la bărbați

Datorită pragului mai crescut de suspiciune a diagnosticului de osteoporoză la bărbați al majorității clinicienilor, de regulă aceasta este diagnosticată atunci când se produce o fractură de fragilitate sau incidental cu ocazia unei radiografii care evidențiază aspect evocator pentru masa osoasă scăzută. De asemenea, la pacienții cu afecțiuni cunoscute a fi asociate cu osteoporoză secundară, o examinare completă poate conduce la diagnosticul pozitiv înaintea apariției complicațiilor.

Din punct de vedere strict tehnic, criteriile de diagnostic osteodensitometric pentru osteoporoză la bărbați nu sunt la fel de precis standardizate – nu pot fi însă folosite criteriile detaliate anterior, care sunt concepute și validate numai pentru femei postmenopauză.

Măsurarea DMO prin osteodensitometria DXA este, ca și în cazul femeilor, corelată cu riscul de fractură însă riscul relativ global de fractură este mai redus la bărbați comparativ cu femei la orice grad de reducere a deviațiilor standard pentru DMO.

La bărbații cu vârsta de peste 50 de ani, Organizația Mondială a Sănătății recomandă aceleași criterii ca cele folosite pentru femei postmenopauză.

În mod ideal calcularea scorului T trebuie să ia în calcul compararea cu o bază de date de referință la adulți tineri de sex masculin.

Situația este diferită la bărbații cu vârste sub 50 de ani. La această grupă de subiecți se ia în considerare scorul Z astfel: pacienții cu DMO scăzută, definită prin prezența unui scor Z sub -2 DS, sunt diagnosticați cu osteoporoză fie dacă asociază prezența unei fracturi de fragilitate, fie dacă prezintă alți factori de risc clinic pentru osteoporoză. (vezi 2013 ISCD Official Positions - Adult <http://www.iscd.org/official-positions/2013-iscd-official-positions-adult>)- vezi tabelul nr 6.

Vârsta	Criterii	Comentarii
≥50 ani	Scor T ≤-2.5 DS = osteoporoză Scor T între -1 și -2.5 DS=osteopenie	Bază de date de referință pe
<50 ani	Dacă scorul Z ≤-2 DS și există istoric pozitiv de fracture de fragilitate sau factori de risc pentru OP= osteoporoză	subiecți de sex masculin

Tabel nr. 6 Criterii de diagnostic al osteoporozei la bărbați

Măsurarea DMO este de luat în considerare la următoarele categorii de bărbați (însă nu există un consens al societăților de profil în ceea ce privește aceste criterii) :

- suspiciune radiografică de masa osoasă scăzută
- istoric de fracturi de fragilitate
- scădere semnificativă în înălțime (minim 3 cm)
- factori de risc pentru fractură (ex hipogonadism, corticoterapie cronică, sindrom Cushing, hiperparatiroidism primar, sindrom de malabsorbție etc).

Aceste criterii sunt de regulă utilizate pentru bărbați cu vârste cuprinse între 50 și 70 de ani în timp ce majoritatea forurilor științifice (Fundația Națională pentru Osteoporoză (National Osteoporosis Foundation-NOF); Societatea Internațională pentru Densitometrie Clinica) recomandă testarea de rutină la bărbații cu vârste de peste 70 de ani.

Evaluarea inițială a pacienților de sex masculin diagnosticați cu osteoporoză necesită verificarea cauzelor posibile de osteoporoză secundară (vezi capitolul de osteoporoză secundară).

Astfel, este indicată cel puțin verificarea următorilor parametri: calcemie, fosforemie, fosfatază alcalină, calciurie, concentrația serică a testosteronului. După evaluarea inițială de specialitate

pot fi considerate necesare în cazuri selecționate și investigații specifice condițiilor asociate cu osteoporoză secundară.

În cazul bărbaților cu hipogonadism, tratamentul de elecție este substituția androgenică, la indicația și sub urmărirea medicului specialist endocrinolog. Tratamentul substitutiv crește DMO, scade nivelele serice ale markerilor de turnover osos. Aceste beneficii au fost observate numai la pacienții cu hipogonadism dovedit (valori reduse ale testosteronului seric) astfel că substituția androgenică nu este indicată la pacienți cu funcție gonadală normală.

În lipsa hipogonadismului sau în caz de contraindicații pentru terapia de substituție androgenică este indicată terapia antiosteoporotică. În general răspunsul la tratament (creșterea DMO și reducerea riscului de fractură) este similar la bărbați cu cel al femeilor postmenopauză, cel mai mare grup care primește medicație antiosteoporotică.

Bisfosfonații sunt de obicei medicația oferită inițial (pe cale orală, ocazional pe cale intravenoasă în caz de intoleranță sau contraindicații). Aceasta va fi oferită tuturor bărbaților cu osteoporoză dar și celor cu osteopenie și risc crescut de fractură (de exemplu pragurile de scor FRAX detaliate mai sus- risc de fractură de șold la 10 ani peste 3% sau de fractură majoră osteoporotică peste 20%). Denosumab este o alternativă viabilă la bifosfonați, mai ales în cazurile cu funcție renală afectată, cu toate că încă nu există dovezi clare ale prevenției fracturii la această grupă de pacienți. Teriparatid este rezervat pacienților cu osteoporoză severă sau celor fără răspuns la alte terapii.

6.2. Osteoporoza la femei premenopauză

Screeningul osteodensitometric nu este indicat de rutină sau la cererea pacientei în cazul femeilor premenopauză. Evaluarea DXA este rezervată pacientelor cu istoric de fractură de fragilitate sau celor care suferă de o afecțiune cunoscută a fi asociată cu osteoporoză secundară.

Criteriile OMS de diagnostic nu pot fi folosite la femeile aflate în premenopauză. Masa osoasă scăzută a femeilor premenopauză se datorează fie unei reduceri semnificative a masei osoase maxime atinse în timpul vieții, fie unei cauze secundare ce duce la pierdere accelerată de masă osoasă, fie unei combinații între aceste două mecanisme.

Societatea Internațională de Densitometrie Clinică (International Society for Clinical Densitometry, ISCD) recomandă utilizarea termenului de masa osoasă scăzută la această grupă de paciente. Masa osoasă scăzută este definită prin utilizarea scorului Z la nivelul coloanei lombare, șoldului total, colului femoral sau radiusului distal (scor $Z \leq -2$ DS).

În prezența masei osoase scăzute, prezența factorilor de risc de fractură sau a unei cauze secundare de osteoporoză definesc osteoporoza la femeia premenopauză. (vezi poziția oficială 2013 ISCD <http://www.iscd.org/official-positions/2013-iscd-official-positions-adult>).

La aceste cazuri o evaluare completă privind o posibilă cauză de osteoporoză secundară este necesară.

Prognosticul este în general bun, în sensul că rata de fractură este redusă iar DMO este în general stabilă pe termen mediu. Multe cazuri sunt consecința unei mase osoase scăzute fie genetic fie ca urmare a atingerii unei mase osoase de vârf reduse, cazuri în care masa osoasă este relativ stabilă. Dacă există o cauză de osteoporoză secundară nediagnosticată, masa osoasă scade la evaluări seriate.

Femeile premenopauză care suferă fracturi de fragilitate au în general DMO semnificativ inferioare, cu excepția cazurilor sub corticoterapie cronică, care pot suferi fracturi vertebrale chiar dacă prezintă DMO normală.

Prezența masei osoase scăzute premenopauză crește însă semnificativ riscul de fractură în perioada postmenopauză. Tratamentul se limitează la majoritatea cazurilor la măsuri generale și suplimentare cu calciu și vitamin D. Medicația activă folosită la femeile postmenopauză nu dispune de suficiente date clinice de eficacitate și siguranță la această grupă de pacienți astfel că este folosită mai limitat, predominant la cazurile cu fracturi sau cu osteoporoză secundară (pe lângă tratamentul bolii de bază).

Referințe

1. 2013 ISCD Official Positions - Adult <http://www.iscd.org/official-positions/2013-iscd-official-positions-adult/>
2. Cummings, S.R., Cawthon, P.M., Ensrud, K.E., Cauley, J.A., Fink, H.A., & Orwoll, E.S. (2006) BMD and risk of hip and nonvertebral fractures in older men: a prospective study and comparison with older women. *J. Bone Miner. Res.* **21**, 1550-1556.
3. Kanis, J.A., McCloskey, E.V., Johansson, H., Oden, A., Melton, L.J., III, & Khaltaev, N. (2008) A reference standard for the description of osteoporosis. *Bone* **42**, 467-475.
4. Haentjens, P., Johnell, O., Kanis, J.A., Bouillon, R., Cooper, C., Lamraski, G., Vanderschueren, D., Kaufman, J.M., & Boonen, S. (2004) Evidence from data searches and life-table analyses for gender-related differences in absolute risk of hip fracture after Colles' or spine fracture: Colles' fracture as an early and sensitive marker of skeletal fragility in white men. *J. Bone Miner. Res.* **19**, 1933-1944.
5. Peris, P., Monegal, A., Martinez, M.A., Moll, C., Pons, F., & Guanabens, N. (2007) Bone mineral density evolution in young premenopausal women with idiopathic osteoporosis. *Clin. Rheumatol.* **26**, 958-961.
6. Kumagai, S., Kawano, S., Atsumi, T., Inokuma, S., Okada, Y., Kanai, Y., Kaburaki, J., Kameda, H., Suwa, A., Hagiya, H., Hirohata, S., Makino, H., & Hashimoto, H. (2005) Vertebral fracture and bone mineral density in women receiving high dose glucocorticoids for treatment of autoimmune diseases. *J. Rheumatol.* **32**, 863-869.
7. Hosmer, W.D., Genant, H.K., & Browner, W.S. (2002) Fractures before menopause: a red flag for physicians. *Osteoporos. Int.* **13**, 337-341.
8. Wigderowitz, C.A., Cunningham, T., Rowley, D.I., Mole, P.A., & Paterson, C.R. (2003) Peripheral bone mineral density in patients with distal radial fractures. *J. Bone Joint Surg. Br.* **85**, 423-425.