

TRATTAMENTO FARMACOLOGICO DELL'OSTEOPOROSI SEVERA CON TERIPARATIDE: NOSTRA ESPERIENZA

C. Esposito, L. Lauricella, G. Letizia Mauro

U.O.C. "Riabilitazione" dell'A.O.U.P. Paolo Giaccone di Palermo

▷ INTRODUZIONE

L'osteoporosi è un disordine scheletrico caratterizzato da una compromissione della resistenza ossea, che predispone ad un aumentato rischio di frattura. Colpisce soprattutto il sesso femminile, la sua prevalenza è del 32,1% nelle donne tra i 60 e i 69 aa ed aumenta con l'età. Può rimanere clinicamente silente e presentarsi in fase avanzata con fratture da fragilità che costituiscono una delle più comuni cause di disabilità e delle maggiori voci nel bilancio della spesa sanitaria. Le opzioni terapeutiche per il trattamento includono numerosi farmaci fra cui antiriassorbitivi e osteoanabolizzanti, in associazione a calcio e vitamina D. La somministrazione di teriparatide (PTH 1-34) in maniera pulsatile stimola la neoformazione ossea migliorando l'architettura (trabecolare e corticale), aumentando la resistenza e di conseguenza riducendo il rischio di ri-frattura. Il nostro studio ha valutato la sinergia d'azione tra la somministrazione giornaliera di PTH 1-34 e l'attuazione di un progetto/ programma specifico per la riabilitazione di pazienti con osteoporosi severa. Inoltre, ha considerato le eventuali modifiche della BMD a livello lombare e femorale e le variazioni dei parametri ematochimici ed urinari del metabolismo osseo, l'incidenza di nuove fratture da fragilità dopo 24 mesi di trattamento con PTH 1-34, la riduzione della sintomatologia algica e il miglioramento dell'autonomia nelle ADL.

▷ MATERIALI E METODI

Presso l'U.O.C. di "Riabilitazione" dell'A.O.U.P. "P. Giaccone" di Palermo è stato condotto uno studio

retrospettivo su un campione di 66 pz, di età compresa tra 62 e 83 anni (età 75,6 media aa), affetti da osteoporosi severa. I pazienti, afferenti presso l'Ambulatorio di Malattie Metaboliche dell'Osso nel periodo compreso tra Maggio 2013 e Luglio 2015, dopo una attenta valutazione iniziale, hanno intrapreso la terapia farmacologica con PTH 1-34 al dosaggio di 20 mcg/die per 24 mesi per via sottocutanea e una supplementazione settimanale di 30 gocce di calcifediolo.

I criteri di inclusione considerati sono stati: almeno due fratture vertebrali associate a dolore o a frattura di femore, terapia cortisonica cronica. I criteri di esclusione comprendevano: neoplasie, insufficienza renale ed epatica ed alti livelli di fosfatasi alcalina. I pazienti sono stati suddivisi in due gruppi, A e B, di 33 ciascuno. Il gruppo A era costituito da 29 pazienti affetti da fratture vertebrali multiple, da 4 donne che presentavano in aggiunta anche frattura di femore. Il secondo B era formato da 27 soggetti con più crolli vertebrali, da 2 che in anamnesi riportavano, altresì, una frattura di femore e terapia cortisonica cronica e da 4 con una nuova frattura vertebrale > 4 mm dopo un anno di terapia con bifosfonati. Il gruppo A ha effettuato terapia farmacologica con PTH 1-34 per 24 mesi, mentre al gruppo B è stato associato un trattamento riabilitativo che prevedeva esercizio terapeutico, CEMP ed elettroterapia antalgica (TENS) a cadenza trisettimanale per 2 mesi consecutivi, ripetuto ciclicamente nel corso dei 24 mesi. Tutti i pazienti hanno eseguito gli esami ematochimici e delle urine inerenti il metabolismo osseo alla visita basale (T0), a 6 mesi (T1), 12 mesi (T2), 18 mesi (T3) e 24 mesi (T4), esame DEXA lombare e femorale ed esame Rx grafico in 2P del rachide dorso-lombare con conta morfometrica secondo Genant al tempo T0 e al tempo T4. La risposta clinica al trattamento è stata valutata mediante la somministrazione della Numeric Rating Scale (NRS) per la valutazione del dolore, del Barthel Index per definire il grado di disabilità e del mini Osteoporosis Quality Life Questionnaire (OQLQ) per monitorare le modificazioni della qualità di vita.

▷ RISULTATI

Dall'analisi dei dati emerge che i pazienti del gruppo B hanno ottenuto una progressiva e significativa riduzione della sintomatologia algica fin dal primo controllo clinico (T1); inoltre, il miniOQLQ ha evidenziato nel lungo termine dei cambiamenti riguardanti lo svolgimento delle ADL, delle attività sociali, dell'attività fisica e dello stato emotivo dimostrando un miglioramento in ogni singolo item e a T4 in entrambi i gruppi ma in misura maggiore nei soggetti del gruppo B. L'esame radiografico del rachide dorso-lombare, ripetuto a 24 mesi, ha dimostrato l'insorgenza di una nuova frattura vertebrale da fragilità in un paziente di gruppo A. La valutazione densitometrica a T4 mediante DEXA ha reso evidenti i miglioramenti della BMD sia a livello lombare che femorale in tutti i soggetti con variazioni più significative nel gruppo B. Inoltre, abbiamo osservato un rapido rientro nel range fisiologico nei pazienti che presentavano al momento dell'arruolamento un' ipovitaminosi D. Non sono stati osservati eventi avversi in nessun paziente.

▷ CONCLUSIONI

Dallo studio si evince che il PTH 1-34 in associazione al trattamento riabilitativo specifico risulta efficace sia nel ridurre precocemente il dolore a carico del rachide dorso-lombare che nel limitare il rischio di nuove fratture. Pur tenendo conto del numero ridotto di pazienti, vogliamo sottolineare l'assenza di nuove fratture da osteoporosi nelle donne che hanno associato alla terapia farmacologica anche terapia fisica ed esercizio terapeutico.

L'esercizio fisico regolare è un cardine dei programmi d'intervento nella gestione dell'osteoporosi, infatti aumenta la massa ossea e produce effetti positivi sulla BMD, migliora la qualità di vita e quindi le abilità motorie nelle ADL e la postura, infine incrementa la capacità di mantenere l'equilibrio con conseguente prevenzione per il rischio di cadute.

▷ BIBLIOGRAFIA

- *NIH Consensus Development Panel on Osteoporosis JAMA, 2001*