



Newsletter GISMO

Comitato Editoriale

Giovanni Minisola (Coordinatore)

*Agostino Gaudio
Daniela Merlotti
Ombretta Viapiana
Raffaele Zicoella*

Anno V – Numero XV – 2017



INDICE

Studio RIFRA: il rischio fratturativo in Italia

pag. 3

Studio RIFRA: il rischio fratturativo in Italia

G. Letizia Mauro, D. Scaturro, L. Lauricella

U.O.C. di “Riabilitazione”, A.O.U.P. “P. Giaccone “- Università degli studi di Palermo

L’osteoporosi è un disordine scheletrico cronico-evolutivo, caratterizzato dalla perdita dell’equilibrio del metabolismo osseo con conseguente degenerazione quantitativa e qualitativa che compromette la resistenza dell’osso e predispone ad un aumentato rischio di fratture. Colpisce soprattutto il sesso femminile, con una prevalenza del 33% nel range tra 60 e 70 aa che aumenta con l’avanzare dell’età. Può rimanere clinicamente silente e successivamente manifestarsi con fratture (vertebrali 100.000 casi/anno, di polso 85.000 casi/anno e femorali 80.000 casi/anno). Le fratture da fragilità comportano gravi conseguenze, sia a livello clinico individuale che sociale ed economico; rappresentano pertanto una fonte di disabilità complessa, che in quanto tale necessita di una presa in carico globale.

Lo studio RIFRA nasce da un’idea del GISMO per rispondere alla necessità primaria di quantificare il reale rischio fratturativo in Italia attraverso una specifica scheda e di valutare l’influenza delle comorbidità e delle terapie correlate al rischio di frattura. L’obiettivo secondario analizzare la percentuale di pazienti sottoposti a trattamento farmacologico in relazione ai valori densitometrici e alle pregresse fratture, nonché valutare la prevalenza di fratture da fragilità nella popolazione in studio. E’ un’indagine osservazionale iniziata nel 2014 che ha coinvolto 257 centri italiani di cui solo 168 realmente operativi, coordinati dal Dipartimento di Scienze mediche, chirurgiche e neuroscienze, U.O.C. di Medicina Interna I, Università di Siena, Prof. Ranuccio Nuti e Prof. Stefano Gonnelli. Sono state raccolte 4637 schede ed analizzate 3084. I pazienti sono stati reclutati secondo i seguenti criteri di inclusione: età > 18 anni, almeno un dato densitometrico secondo la classificazione diagnostica WHO, consenso informato.

La scheda contiene informazioni riguardanti i dati anagrafici, l’anamnesi fisiologica (età, sesso, peso, altezza, menarca, menopausa), l’anamnesi familiare per osteoporosi e fratture da fragilità, l’apporto di calcio con la dieta, l’esecuzione di regolare attività fisica, lo stile di vita (fumo, alcol, caffeina), le comorbidità, le fratture da trauma a bassa energia, il numero di cadute nell’ultimo anno, l’anamnesi farmacologica remota e prossima indicando nel dettaglio farmaci per l’osteoporosi (Bisfosfonati: Alendronato, Risedronato, Ibandronato, Zolendronato, Clodronato, Neridronato; Denosumab; Teriparatide; SERMS; Ranelato di stronzio; Supplementi con Calcio e Vit.D), i valori densitometrici e riepilogo dei dati per calcolare il FRAX.

Ad oggi i dati dello studio RIFRA sono preliminari e solo l’analisi completa delle schede permetterà di trarre conclusioni su un vasto numero di pazienti.

La prima raccolta dei dati ha rilevato le seguenti caratteristiche cliniche: 207 uomini di età media di 68.8 ± 13.9 , peso (Kg) 74.2 ± 12.3 e altezza (cm) 169.3 ± 7.9 ; 2877 donne di età media di 66.8 ± 10.7 , peso (Kg) 64.2 ± 11.9 e altezza (cm) 158.8 ± 6.7 .

L’anamnesi fisiologica delle donne mostra età del menarca 12.6 ± 1.4 , età della menopausa 48.6 ± 4.9 e numero di figli 2.1 ± 1.0 .

Il 34% della popolazione presenta familiarità per osteoporosi ed il 23.9% per fratture da fragilità.

Il 41.3% pratica una dieta ipocalcica, il 55.4% normocalcica ed infine il 3.3% ipercalcica.

Rispetto alla pratica di attività fisica il 30.6% ha uno stile di vita sedentario, il 38.4% svolge una ridotta attività fisica, il 27.2% moderata ed il 3.8% costante.

Il 17.8% dichiara di fumare, il 13.5% è ex-fumatore mentre il 68.7% non fuma.

Il 64.5% non assume alcolici rispetto alla restante parte (35.5%); il 90.2% assume caffeina, il 4.2% teina e lo 0.5% Coca Cola.

Fra le comorbilità più frequenti vi sono le malattie cardiovascolari per il 43% seguite da ipotiroidismo 12.4%, diabete 9.9%, sindrome ansioso-depressiva 8.8%, tumore alla mammella 7.3%, tumori localizzati in altre sedi 5.1%, artrite reumatoide 5.1%, malattie polmonari cronico-ostruttive 3.4%, ipertiroidismo 2.6%, insufficienza renale cronica 2.0%, celiachia 1.0%, malattie infiammatorie croniche intestinali 0.7%, tumore alla prostata 0.2%.

La prevalenza di osteoporosi alla DEXA e QUS è del 52.4% (2538/3084, 82.3%), di osteopenia è pari al 37.2%, mentre il 10.4% rientra nel range di normalità.

Il 62.7% dei soggetti in studio pratica terapia per l'osteoporosi, il restante 37.8% non esegue trattamento farmacologico. Dei primi il 38.8% assume Bisfosfonati, l'1.7% Ranelato di stronzio, l'1.5% Teriparatide, lo 0.4% SERMS, il 4.1% Denosumab, il 60.7% addiziona Calcio e Vitamina D.

I Bisfosfonati sono così suddivisi: il 37.8% Alendronato, il 33.0% Risedronato, il 7.8% Ibandronato, il 2.0% Zoledronato ed il 3.5% Neridronato.

Il numero di fratture da fragilità 1130/3084 (36%) risulta così distribuito: 564 vertebrali, 174 femorali, 236 di polso, 107 costali, 72 di omero, 31 di bacino e 182 in altre sedi.

I dati raccolti, seppur preliminari, mettono in evidenza che la densitometria non è l'unica indagine per effettuare diagnosi di osteoporosi e il trattamento correlato. Identificano, su ampia scala, i principali fattori di rischio e il peso relativo delle singole comorbilità nella genesi delle fratture da fragilità. Inoltre la supplementazione con Calcio e Vitamina D risulta essere percentualmente il trattamento più utilizzato seguito dall'assunzione di Bisfosfonati. Infine la frattura vertebrale è sicuramente la più frequente, in linea con i dati della letteratura internazionale.

[Torna all'indice](#)