

LA PRESCRIZIONE DI FARMACI ASSOCIATI A RISCHIO DI FRATTURA NELL'ANZIANO, PRIMA E DOPO UNA FRATTURA DA FRAGILITÀ

Responsabile Editoriale
Renato Cozzi

Le **fratture da fragilità** nella popolazione **anziana** sono una causa importante di **morbilità e mortalità** e sono associate negli USA a una spesa sanitaria stimata di circa 16 miliardi di dollari/anno.

I soggetti sopravvissuti a una prima frattura da fragilità sono ad **alto rischio** di andare incontro a una **seconda frattura**, che più frequentemente si verifica nei 6 mesi dopo la prima frattura; da qui l'importanza di identificare potenziali fattori di rischio sui quali intervenire tempestivamente dopo la prima frattura, allo scopo di ridurre l'incidenza della seconda. Fra questi è di particolare interesse la prescrizione di farmaci associati ad aumento del rischio di frattura, in quanto oggetto di possibile intervento di prevenzione.

JAMA ha recentemente pubblicato uno studio (1) per:

1. **indagare** la prevalenza di **prescrizione di farmaci associati ad aumento del rischio di una seconda frattura** in una coorte di pazienti sopravvissuti a una prima frattura da fragilità;
2. **valutare se l'evento fratturativo modificava il comportamento prescrittivo** dei medici in relazione ai farmaci potenzialmente a rischio.

I farmaci associati a rischio di frattura (2,3) sono stati suddivisi in 3 gruppi (tabella).

Farmaci associati a rischio di frattura	
Aumentano il rischio di caduta	Benzodiazepine, barbiturici, sedativi/ipnotici Oppiacei Anti-depressivi (SSRI, triciclici) Anti-parkinsoniani Anti-ipertensivi ad azione centrale Anti-anginosi (nitrati e non) Diuretici tiazidici
Determinano perdita di massa ossea	Glucocorticoidi Inibitori di pompa protonica Anti-istaminici H2 Glitazoni Anti-epilettici
Meccanismo non chiaro	Neurolettici atipici, anti-psicotici di I generazione Diuretici dell'ansa

Sono stati valutati anche i farmaci che, al contrario, determinano una riduzione del rischio di frattura (bisfosfonati orali).

La **coorte** era costituita da **168.133 pazienti** afferenti all'US *Medicare*, dal 2007 al 2011, che erano andati incontro a una frattura da fragilità prossimale di femore, prossimale di omero o distale di radio: le donne erano l'84.2%, l'età media era di 80 anni, il tasso di ospedalizzazione al momento della frattura era complessivamente del 53.2% (100% per frattura di femore, 8.2% per frattura di polso, 15% per frattura di omero) e la frequenza di trasferimento presso una struttura riabilitativa variava a seconda del tipo di frattura, ma la durata media della degenza era simile per tutti i tipi di frattura (circa 28.1 giorni).

La maggior parte dei pazienti (76%) assumeva almeno un farmaco associato a rischio di frattura nei 120 giorni antecedenti la frattura (77.1% dei pazienti con frattura di femore, 74.1% con frattura di polso, 75.9% con frattura di omero), mentre solo il 7% di questi pazienti cessava l'assunzione del farmaco dopo la frattura ("users" che diventano "non users"). Altrettanti pazienti che non assumevano farmaci a rischio prima della frattura, ne iniziavano l'assunzione dopo la frattura ("new starters"), con la conseguenza che **l'esposizione a un farmaco associato a rischio di frattura non cambiava nei 120 giorni dopo l'evento fratturativo** (80.5% dei pazienti con frattura di femore, 74.3% con frattura di polso, 76.9% con frattura di omero).



La modalità di prescrizione farmacologica prima e dopo la frattura riguardava in modo omogeneo tutti e tre i gruppi di farmaci associati a rischio di frattura.

Lo studio ha documentato che **meno del 25% dei pazienti aveva ricevuto prima della frattura** una prescrizione di farmaci con dimostrata capacità di aumentare la massa ossea e ridurre il rischio di frattura (**bisfosfonati**) e **che questa percentuale non aumentava dopo la frattura**.

I **messaggi** che possiamo tradurre nella pratica clinica da questo studio sono:

1. **valutare sempre con attenzione la poli-terapia farmacologica** dei pazienti anziani a rischio di frattura o che hanno già in anamnesi una frattura da fragilità: se da un lato ci sono farmaci che difficilmente possono essere sospesi, in quanto correttamente indicati per il trattamento cronico di una specifica patologia (ad esempio un anti-epilettico), dall'altro ci sono farmaci per i quali il rischio supera il potenziale beneficio e che quindi possono essere sospesi (per esempio un inibitore di pompa spesso prescritto senza una reale indicazione);
2. **prevenzione primaria e secondaria delle fratture** in una popolazione, come quella geriatrica, caratterizzata spesso da plurime comorbidità, poli-terapia farmacologica e aspetti psico-sociali, che la rendono particolarmente "fragile" sul piano clinico.

Bibliografia

1. Munson JC, Bynum JP, Bell JE, et al. Patterns of prescription drug use before and after fragility fracture. *JAMA Intern Med* [2016, 176: 1531-8](#).
2. Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis: I. Psychotropic drugs. *J Am Geriatr Soc* [1999, 47: 30-9](#).
3. Takkouche B, Montes-Martínez A, Gill SS, Etminan M. Psychotropic medications and the risk of fracture: a meta-analysis. *Drug Saf* [2007, 30: 171-84](#).