

RACCOMANDAZIONI CLINICHE PER LA PREVENZIONE SECONDARIA DELLE FRATTURE OSTEOPOROTICHE

Coordinatore
 Vincenzo Toscano
Editors
 Marco Caputo & Renato Cozzi

Nel settembre 2019 sul *Journal of Bone and Mineral Research* sono state pubblicate alcune utili raccomandazioni cliniche (1) per la prevenzione secondaria delle fratture osteoporotiche da fragilità negli ultra65enni: obiettivo di questo *report* è quindi rappresentato da **pazienti anziani con storia di nota pregressa frattura da fragilità femorale o vertebrale**.

Tali raccomandazioni sono rivolte a tutte le **figure mediche e paramediche** che ruotano in qualità di *team* multidisciplinare attorno a questa tipologia di pazienti: ortopedici, reumatologi, endocrinologi, geriatri, ginecologi, internisti, dietologi/nutrizionisti, medici di base, fisiatristi/fisioterapisti, odontoiatri/chirurghi maxillo-facciali.

La *task force* di esperti della ASBMR (*American Society for Bone and Mineral Research*) propone **13 raccomandazioni**.

Le 7 raccomandazioni primarie

1. È prioritario **comunicare** a questa categoria di **pazienti tre messaggi** fondamentali:
 - c'è un alto rischio per ulteriori fratture da fragilità, soprattutto nei due anni successivi al primo evento fratturativo;
 - c'è il rischio di perdita dell'auto-sufficienza e di morte prematura;
 - il rischio fratturativo può essere ridotto attraverso un'adeguata presa in carico e uno stretto *follow-up* presso lo specialista di riferimento.
2. È necessario assicurarsi che il **medico di riferimento** del paziente sia stato messo a **conoscenza** dell'avvenuto evento fratturativo.
3. È utile valutare il **rischio di caduta** del paziente attraverso le seguenti modalità:
 - indagare la storia di cadute nell'ultimo anno;
 - ridurre il consumo di farmaci associati a rischio di caduta;
 - valutare le condizioni cliniche associate a rischio di caduta;
 - valutare la necessità dell'intervento del fisiatra e del fisioterapista.
4. È obbligatorio **instaurare la terapia farmacologica anti-osteoporosi** per ridurre il rischio di ulteriori fratture:
 - è necessario iniziare subito la terapia senza aspettare l'esito della densitometria ossea;
 - è necessario indagare la salute del cavo orale prima di iniziare la terapia con un amino-bisfosfonato o il denosumab;
 - per i pazienti che sono stati sottoposti a chirurgia per la frattura di femore o sono ospedalizzati per la frattura vertebrale, la terapia farmacologica orale può essere iniziata già in corso di ricovero ed essere inclusa nella lettera di dimissione, mentre la terapia farmacologica sottocute o endovena può essere procrastinata dopo 2 settimane dalla chirurgia, in considerazione della possibile ipocalcemia intercorrente (ipovitaminosi D, idratazione peri-operatoria) e della possibile reazione di fase acuta dopo infusione di zoledronato;
 - se la terapia farmacologica non viene iniziata in corso di ricovero, è necessario istituire un percorso di tempestiva rivalutazione specialistica.
5. Iniziare una **supplementazione con colecalciferolo** di almeno 800 IU/die.
6. Iniziare una **supplementazione calcica** se l'apporto alimentare non soddisfa il fabbisogno di 1200 mg/die.
7. In considerazione del fatto che l'osteoporosi è una condizione di patologia cronica, è necessario instaurare un **follow-up** che preveda di:
 - rinforzare i messaggi relativi alla raccomandazione numero 1;
 - identificare da subito le condizioni che potrebbero interferire con la *compliance* del paziente alla terapia anti-osteoporosi;
 - indagare il rischio di caduta;
 - monitorare gli effetti collaterali dei farmaci anti-osteoporosi;
 - valutare l'efficacia del piano di trattamento;



- valutare in corso di terapia l'opportunità di modificare il trattamento (sospensione, terapia sequenziale).

Le 6 raccomandazioni secondarie

1. Nel sospetto di **osteoporosi secondaria**, inviare il paziente a una valutazione specialistica di II livello.
2. Erogare le seguenti raccomandazioni:
 - astensione dal **fumo** di sigaretta;
 - limitare l'assunzione quotidiana di **alcol** a meno di 2 unità alcoliche per il maschio e 1 unità per la femmina;
 - eseguire adeguato **esercizio fisico**, sotto supervisione del fisiatra/fisioterapista.
3. Nella proposta della **terapia farmacologica**, valutare con il paziente il **rapporto rischio/beneficio**, in particolare:
 - il rischio di ulteriori fratture osteoporotiche in assenza di terapia farmacologica;
 - per gli amino-bisfosfonati e il denosumab, il rischio di osteo-necrosi mascellare e fratture atipiche del femore, spiegando al paziente come riconoscere precocemente sintomi e segni di tali possibili rari effetti collaterali.
4. La **terapia farmacologica di I livello** prevede:
 - amino-bisfosfonati orali (alendronato e risedronato), che sono in genere ben tollerati e a basso costo;
 - zoledronato endovena o denosumab sc, in caso di possibili cause di non aderenza alla terapia orale;
 - per i pazienti ad alto rischio fratturativo (multiple fratture vertebrali), terapia anabolizzante con teriparatide, in assenza di contro-indicazioni specifiche (storia oncologica).
5. La **durata ottimale della terapia** anti-osteoporosi non è nota:
 - la vacanza terapeutica e la successiva ripresa della terapia sono opzioni da valutare per il singolo paziente;
 - dopo 3-5 anni di terapia con amino-bisfosfonato, le linee guida prevedono una rivalutazione del rischio fratturativo, tenendo conto dell'effetto coda e della maggiore incidenza di possibili effetti collaterali in caso di terapia di lunga durata;
 - la sospensione del denosumab deve essere assolutamente seguita da una terapia di consolidamento farmacologico, al fine di contrastare possibili fratture vertebrali da rimbalzo; analogamente dopo i 2 anni di terapia anabolizzante con teriparatide, è obbligatoria la prosecuzione della terapia con un anti-riassorbitivo.
6. I medici di base devono richiedere la **consulenza** di un endocrinologo o reumatologo **esperto di metabolismo dell'osso** per i pazienti che, nonostante la terapia anti-osteoporosi, sviluppano altre fratture da fragilità o perdita densitometrica di massa ossea e per i pazienti che hanno comorbidità come iperparatiroidismo primario o malattia renale cronica.

Commento alle raccomandazioni

Se da una parte le suddette raccomandazioni appaiono ovvie e scontate per un esperto di metabolismo dell'osso, dall'altra è doveroso ricordare che solo il 20% delle fratture di femore giunge a un'accurata valutazione specialistica e quindi a una terapia appropriata. Il percorso clinico del paziente fratturato è spesso non strutturato e la gestione multi-disciplinare è spesso mancante, con ovvie ripercussioni in termini di disabilità motoria e costi sanitari evitabili.

Bibliografia

1. Conley RB, Adib G, Adler RA et al. Secondary fracture prevention: consensus clinical recommendations from a multistakeholder coalition. J Bone Miner Res [2020, 35: 36-52.](#)