

Najważniejsze nowości w geriatricznictwie (na podstawie 5. Kongresu EUGMS w Kopenhadze)

Selected highlights in geriatrics

Katarzyna Wieczorowska-Tobis^{1,2}, Pierre-Olivier Lang^{1,3}, Katrin Schmitt^{1,4}, Mustafa Cankurtaran^{1,5}, Sandra Giannelli^{1,3}

¹ Member of the European Academy for Medicine of Aging (EAMA) Network

² Zakład Geriatrii i Gerontologii, Katedra Patofizjologii, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu 3Department of Rehabilitation and Geriatrics, Geneva University Hospitals and Medical School, Szwajcaria

⁴ Department of Geriatric Medicine, University Hospitals of Nuernberg, Niemcy

⁵ Division of Geriatric Medicine, University of Hacettepe, Ankara, Turcja

Streszczenie

Praca przedstawia najważniejsze nowości w geriatricznictwie, wybrane spośród zaprezentowanych podczas 5. Kongresu *European Union Geriatric Medicine Society*, który odbył się w dniach 3-6 września 2008 w Kopenhadze pod hasłem *Geriatrics during a generational shift*. Przedstawione dane zostały wybrane i opracowane przez obecnych na Kongresie reprezentantów *Europejskiej Akademii Geriatrii* (Lang Pierre-Olivier/M. Cankurtaran, K. Schmitt i S. Giannelli). Efektem ich pracy była prezentacja w ostatnim dniu Kongresu pod tytułem *Highlights of the EUGMS 2008 Congress*. Na podstawie zebranych informacji powstał artykuł pt. *You missed the 5th EUGMS congress? All the things which you would have been able to learn!* opublikowany w *J Nutr Health Aging* (2009; 13: 396). Niniejsza praca powstała na jego podstawie. Uwzględniono w niej prezentacje dotyczące osteoporozy, zespołu metabolicznego i szczepień. *Geriatrics 2009; 3: 32-36*.

Słowa kluczowe: osteoporoza, zespół metaboliczny, szczepienia

Summary

The paper presents selected highlights of the 5th Congress of the European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS), entitled *Geriatric medicine in a time generational shift*. The congress took place on the 3th-6th September 2008. Geriatricians graduated from the *European Academy for Medicine of Aging* (K. Schmitt, S. Giannelli, P-O Lang, M. Cankurtaran) presented the summary of the congress on its last day. Their work was also published in the paper entitled *You missed the 5th EUGMS congress? All the things which you would have been able to learn!*, in *J Nutr Health Aging* (2009; 13: 396). This paper is based on the mentioned article. It discusses osteoporosis, metabolic syndrome and vaccination. *Geriatrics 2009; 3: 32-36*.

Keywords: osteoporosis, metabolic syndrome, vaccination

Kongresy i sympozja *European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS)* dają zawsze możliwość zapoznania się z opiniami liderów w wielu dziedzinach. Ostatni Kongres odbył się w Danii, w Kopenhadze w dniach 3-6 września 2008, pod hasłem *Geriatrics*

podczas zmiany generacji (Geriatric medicine in a time generational shift). Jego głównymi organizatorami byli K. Andersen-Ranberg, K. Damgaard, S. van der Mark, F. Rønholt Hansen i P. Schwartz. Niestety, pomimo szeroko skierowanego zaproszenia do wzięcia

udziału w Kongresie (m.in. publikowanego na łamach *Geriatrui*) reprezentacja Polski była skromna i liczyła zaledwie 6 osób.

Na szczęście jednak *Europejska Akademia Geriatrii* (*European Academy for Medicine of Aging - EAMA*) podjęła się – poprzez swoich reprezentantów - zaprezentowania w ostatnim dniu Kongresu podsumowania najważniejszych doniesień. Zadanie to wykonali Katrin Schmitt, Sandra Giannelli, Pierre-Olivier Lang i Mustafa Cankurtaran. Za wspaniałe wykonaną pracę należą im się wielkie podziękowania. Na podstawie zebranych przez nich danych powstał artykuł opublikowany w *Journal of Nutrition, Health & Aging* [1], w oparciu o który powstała poniższa praca.

Szczegółowość geriatrii polega m.in. na tym, że łączy w sobie wiele różnorodnych aspektów, aby w efekcie tego możliwe było objęcie całości problemów chorego starszego. Jednak wraz ze zmianami w otaczającej nas rzeczywistości konieczne jest również inne podejście do pacjenta starszego.

Taką zmianą, swoistym wyzwaniem dla geriatrii, jest zmiana pokoleń i wchodzące właśnie w starość pokolenie wyżu demograficznego (*ang. the baby boomers*). Tym wyzwaniem jest nie tylko liczebny wzrost populacji osób starszych, ale przede wszystkim odmienność tego pokolenia, zarówno jeśli chodzi o spektrum chorób, jak i oczekiwania ze strony systemu opieki zdrowotnej.

Poza “klasycznymi chorobami” obserwowanymi zawsze u starszych chorych spodziewane jest u przedstawicieli tego pokolenia szerokie występowanie patologii wynikających z siedzącego trybu życia i długotrwałego stosowania bogatoenergetycznych diet. Spodziewany jest m.in. wzrost wielochorobowości. Wszyscy lekarze pracujący z osobami starszymi powinni być więc dobrze przygotowani do podejmowania wyzwań wynikających z walki o zachowanie sprawności pomimo narastającej wielochorobowości. Przedstawiciele tej generacji będą spodziewać się, że znając najnowsze metody leczenia, lekarze udzielą im rekomendacji z tych metod wynikających. Dostępność wiedzy i jednocześnie otwartość uczyni z tych pacjentów świadomych uczestników procesu leczenia, chcących podejmować dyskusje z tym procesem związane.

Program 5. Kongresu EUGMS został tak przygotowany, aby uświadomić lekarzom leczącym chorych starszych te wszystkie wyzwania, a jednocześnie zapewnić dostęp do najnowszej wiedzy prezentowa-

nej przez najwyższej klasy ekspertów z całego świata. O wzrastającej świadomości nadchodzących zmian świadczyć może zarówno znaczna liczba uczestników Kongresu (prawie 1000 osób), jak i zaprezentowanych podczas Kongresu komunikatów zjazdowych (aż 500). Niniejsze opracowanie może być traktowane jako fragment „kongresu w pigułce”.

Aktualności w osteoporozie

W procesie starzenia wiele różnych mechanizmów może nasilać ubytek masy kostnej. Postępuje więc destrukcja struktury wewnętrznej kości, co przyczynia się do zwiększonego ryzyka złamań. Jednocześnie jednak podokostnowe kościotworzenie może mieć znaczenie kompensacyjne dla redukcji mechanicznej odporności wynikającej ze zmian struktury beleczkowej (R. Rizzoli – Genewa, Szwajcaria).

Wraz ze zwiększoną porowatością kości, następuje niszczenie trójwymiarowej struktury beleczek prowadzące do ich ścieńczenia i przzerwania ich ciągłości, co zwiększa ryzyko złamań w procesie starzenia. Jednak, jako że tylko 30% wszystkich złamań znajduje uzasadnienie w wynikach badań densytometrycznych, przyszłością oceny ryzyka złamań jest tomo-densytometria komputerowa o wysokiej rozdzielczości (*ang. high-resolution computerized tomo-densitometry scanning - CT-scan*). Bezpośrednia eksploracja mikroarchitektury kości przy użyciu tej metody pozwala na ocenę parametrów oporu, takich jak wytrzymałość czy obciążenie/wytrzymałość. Jeśli pierwszy z tych parametrów ma wartość poniżej 3000 N i drugi powyżej 1, to wskazuje to na wysokie ryzyko złamań u danej osoby. W powiązaniu z densytometrią i uwzględnieniem indywidualnego ryzyka złamań to nowe narzędzie może poprawić identyfikację nie tylko osób z wysokim ryzykiem złamań, ale i tych, którzy będą beneficjentami podejmowanej terapii przeciwzłamaniowej (P. Schwartz – Kopenhaga, Dania).

W pierwotnej i wtórnej prewencji złamań opracowywane są nowe metody leczenia (np. inhibitory katepsyny K czy inhibitory sklerostyny). Co więcej, podczas kongresu *American Society for Bone and Mineral Research* (Montreal, 2008) zostały zaprezentowane wyniki badań klinicznych dotyczących zastosowania ludzkiego przeciwciała monoklonalnego przeciw RANKL (denosumab). Lek ten charakteryzuje się znaczną efektywnością przeciwzłamaniową, co najmniej porównywalną z bisfosfonianami (P. Schwartz

– Kopenhaga, Dania) i powinien być dostępny dla wszystkich chorych w najbliższej przyszłości.

Z punktu widzenia prewencji osteoporotycznych złamań najważniejsze jest, aby pamiętać o zasadniczej roli witaminy D, nie tylko dla mineralizacji kości, ale i zachowania siły mięśniowej. Wynika z tego konieczność oznaczania stężenia witaminy D i wapnia w surowicy u osób z ryzykiem zarówno złamań, jak i upadków. Zapewnienie odpowiedniej dziennej podaży wapnia i witaminy D (odpowiednio: równoważność 1,2 g i 800 UI/na dobę) jest więc podstawą właściwego podejścia terapeutycznego w osteoporozie (P. Schwartz – Copenhagen, Denmark). W prewencji należy jednak zawsze brać pod uwagę również pozakostne czynniki ryzyka złamań, takie jak słabość mięśni czy skłonność do upadków, gdyż one także determinują czy dojdzie do złamania przy danym mechanicznym obciążeniu (R. Rizzoli – Genewa, Szwajcaria). Warto przy tym zdać sobie sprawę, że wszystkie wymienione powyżej czynniki ryzyka złamań są ze sobą powiązane i wzajemnie na siebie oddziałują.

W prewencji złamań aktywność fizyczna powinna odgrywać centralną rolę. Ostatnie wyniki prospektywnych badań sugerują zależny od dawki aktywności fizycznej jej wpływ na ryzyko złamań. Randomizowane badania pokazują, że ćwiczenia mogą zmniejszać ryzyko upadków i złamań nawet o ponad 50%. Korzystny efekt zdrowotny regularnej aktywności fizycznej w kontekście ryzyka złamań wynika zarówno za zmniejszenie ubytku masy kostnej, jak i zwiększenia masy oraz siły mięśni.

Choć w przypadku żadnego z programów aktywności fizycznej nie wykazano jednoznacznego korzystnego jego wpływu na występowanie złamań, to wśród ćwiczeń o korzystnym efekcie dla aktywności osteogennej wymienia się przede wszystkim intensywne podskakiwanie. Tym niemniej, tego rodzaju ćwiczenia są trudne do wykonania przez osoby starsze, zatem regularne spacerowanie są najczęściej rekomendowaną dla tej grupy wiekowej aktywnością. Podkreślić należy, że brak jednoznacznych dowodów pozytywnego efektu ćwiczeń na ryzyko złamań nie powinien powstrzymać przed tworzeniem nowych rozwiązań promujących aktywność fizyczną u osób starszych i prowadzenia w ramach zdrowia publicznego kampanii promujących aktywność fizyczną przez całe życie oraz prowadzeniem badań w tej dziedzinie (R. Korpelainen – Oulu, Finlandia).

Zespół metaboliczny w populacji osób starszych

Przewlekła niewielkiego stopnia systemowa reakcja zapalna (*low-grade inflammation*) mierzona podwyższeniem stężeń TNF- α w surowicy jest charakterystyczną składową wielu przewlekłych patologii typowych dla wieku podeszłego, takich jak choroby układu sercowo-naczyniowego, cukrzyca typu II czy otępienie. Istnieją dowody na to, że regularne ćwiczenia fizyczne przeciwdziałają miażdżycy i insulinooporności, są skuteczne w leczeniu przewlekłych chorób serca i cukrzycy typu II oraz mają związek z wydłużeniem życia, właśnie dzięki przeciwdziałaniu reakcji zapalnej.

Zgodnie z hipotezą przeciwzapalnego działania ćwiczeń fizycznych, podczas ich wykonywania wytwarzana jest w obrębie mięśni interleukina 6 (IL)-6, która została ostatnio zidentyfikowana jako pierwsza z grupy cytokin pochodzenia mięśniowego określanych jako miokiny (*myokines*). Uważa się, że pojawienie się IL-6 w krążeniu m.in. indukuje pojawienie się przeciwzapalnych cytokin, takich jak IL-1ra (antagonista receptora dla interleukiny-1) czy IL-10, co prowadzi do zahamowania syntezy prozapalnej cytokiny, jaką jest TNF- α i tym samym wywiera korzystny efekt na przewlekłą niewielkiego stopnia systemową reakcję zapalną.

Tak więc miokina to cytokina, która jest produkowana i uwalniana przez kurczące się włókna mięśni szkieletowych, która wywiera efekt w obrębie innych organów lub narządów. Zgodnie z tym mięśnie szkieletowe są szczególnym rodzajem organu endokrynnego. Miokiny wydają się uczestniczyć w mediacji korzystnego efektu zdrowotnego ćwiczeń fizycznych, a ich końcowy efekt przeciwzapalny przeciwdziała wystąpieniu typowych dla wieku podeszłego przewlekłych chorób wynikających z obecności niskiego stopnia systemowej reakcji zapalnej (B. Karlund Pedersen – Kopenhaga, Dania).

Otyłość: nowy odwracalny marker zespołu słabości (zespołu kruchości)¹

¹ Opis dotyczy problemu *FRAILTY*, czyli współwystępowania co najmniej z 3 wymienionych problemów: niezamierzona utrata masy ciała (co najmniej 5 kg w ciągu roku), uczucie zmęczenia, osłabienie (mierzone siłą uścisku dłoni), wolne tempo poruszania, niski poziom aktywności fizycznej. *Frailty* oznacza kruchość, jednak w języku polskim używa się dla tej patologii raczej określenia ZESPÓŁ SŁABOŚCI niż ZESPÓŁ KRUCHOŚCI.

W starzejącej się populacji amerykańskiej pojawiła się nowy plaga. Jest nią otyłość. Liczba otyłych osób starszych i ich procent w ostatnich latach dramatycznie wzrósł. Otyłość niesie ze sobą nie tylko poważne medyczne powikłania, ale także nasila wynikające z procesu starzenia obniżenie sprawności fizycznej, wpływając negatywnie na autonomię osób starszych. Może też prowadzić do zespołu słabości.

Profesjonalne podejście do problemu otyłości u starszych chorych, umożliwiające jego rozwiązanie, jest trudne m.in. ze względu na przekonanie, że osoby starsze nie są w stanie zmienić sprzyjającego gromadzeniu zbędnych kilogramów stylu życia. Niestety bowiem, brak ruchu przy znacznych ograniczeniach dietetycznych niesie ze sobą ryzyko nasilenia sarkopenii i osteopenii, wynikających ze starzenia. Jednak, jak wskazują badania, osoby starsze są często bardzo zmotywowane do wprowadzenia nie tylko zmian w diecie, ale i programów ćwiczeń. W efekcie tego takie interwencje u osób otyłych w starości powoduje znaczącą poprawę parametrów metabolicznych i sprawności fizycznej, a co za tym idzie również korzystnie wpływa na jakość oraz zmniejszenie zagrożenia zespołem słabości (zespołem kruchości) (D.T. Villareal - Washington DC, USA).

Hipercholesterolemia u osób po 80. roku życia: korzyści z leczenia.

Choroby układu sercowo-naczyniowego są przyczyną około 40% wszystkich zgonów w krajach rozwiniętych. Najczęściej dotyczą osób po 80. roku życia. Zostało udowodnione, że modyfikacje dietetyczne i stosowanie statyn może zredukować ryzyko tych chorób. Jest to niezwykle ważne w kontekście tego, że leki generyczne statyn są obecnie dostępne w niskich cenach.

Najnowsza literatura zawiera prace obejmujące również osoby po 80. roku życia, choć przyznać trzeba, że grupa ta jest zawsze nieliczna. Dostarczają one dowodów, że statyny mają podobną efektywność u osób najstarszych do tej obserwowanej u młodszych i, co najważniejsze, ich objawy uboczne wydają się być akceptowalne.

Stosowanie statyn bez względu na wiek zmniejsza ryzyko chorób układu sercowo-naczyniowego. U osób po 80. roku życia leczenie takie średnio wydłuża życie o 3 miesiące, a o około 1 miesiąc, jeśli terapię rozpoczyna się stosować po 90. roku życia. W ramach autonomii pacjenci powinni współuczestniczyć

w podejmowaniu decyzji dotyczących ich leczenia. Tak więc muszą być w pełni informowani w sposób dla nich zrozumiały o korzyściach z leczenia statynami, ale i o potencjalnych objawach ubocznych leków obniżających cholesterol. W przypadku chorych obtujących za terapią, ze względu na jej efektywność w stosunku do kosztów, powinna być ona zapewniona (I. Sønbo Kristiansen – Oslo, Norwegia).

Szczepienie starszych chorych

Czynniki związane z niską częstością szczepień starszych chorych w Europie

Infekcje, którym można zapobiec (*ang. preventable infectious disease*) są obecnie główną przyczyną problemów medycznych i hospitalizacji a zarazem częstą przyczyną zgonów wśród najstarszych chorych. Ich występowanie znacznie zwiększa koszty opieki. Podstawowym ze sposobów zapobiegania tym infekcjom są szczepienia.

Niska częstość szczepień w populacji po 60. roku życia wynika z co najmniej kilku przyczyn. Przede wszystkim istnieją rozbieżności w rekomendacjach dotyczących szczepień w różnych krajach Europy. Brakuje więc wytycznych dotyczących szczepień osób w tej grupie wiekowej, dla której przewidywana długość życia wynosi co najmniej 20 lat. Co więcej, brakuje danych dotyczących skuteczności szczepień w tej grupie wiekowej, jak również brakuje powszechnego uznania skuteczności przez profesjonalistów. Ze względu na te wszystkie powody pierwszy przewodnik szczepień, zarówno dla starzejącej się populacji Europy, jak i jej mieszkańców w wieku podeszłym, został właśnie stworzony przez EUGMS oraz IAGG (*International Association of Gerontology and Geriatrics*) (J.-M. Michel – Genewa, Szwajcaria).

Szczepionka zabezpieczająca przed wystąpieniem półpaśca (Herpes Zoster) i popółpaścowej neuralgii

Występowanie półpaśca (*Herpes Zoster - HZ*) waha się pomiędzy 1,2 i 4,8 na 1000 osób w ciągu roku w dorosłej populacji, niezależnie od wieku. Jednak większość przypadków HZ występuje u osób po 50. roku życia, przy czym w populacji 60+ częstość incydentów wynosi aż 11 na 1000 osób/rok. Podczas kiedy ryzyko wystąpienia HZ jest oceniane na 10-30% w ogólnej populacji, to w populacji najstarszej (85+) może być to nawet 50%. Najczęstszym i najcięższym

powikłaniem HZ jest neuralgia półpaścowa.

Do 45% osób po 60. roku życia, u których wystąpi HZ i u których nie stosuje się terapii przeciwwirusowej, cierpi z powodu bólu trwającego od 6. miesięcy do roku (P. Wutzler – Jena, Niemcy).

Jak z tego widać, jeśli HZ wystąpi, wynik leczenia jest często niezadowalający. Dlatego szczególnego znaczenia nabierają wszelkie strategie, których celem jest prewencja neuralgii półpaścowej. Wnioski, w tym zakresie, z kilku opublikowanych opracowań systematycznych nie są jednoznaczne. Generalnie wskazywane są krótko-terminowe korzyści z terapii przeciwwirusowej, choć jeśli chodzi o jej wpływ na częstość występowania neuralgii wyniki są mniej przekonujące. W przypadku wystąpienia neuralgii półpaścowej zazwyczaj ból nie jest całkowicie znoszony przez terapię antywirusową i uzupełniająca terapia przeciwbólowa jest konieczna. Jednak zawsze zapisywanie zalecanych leków starszym chorych z wielochorobowością i wielolekowością musi być ostrożne, jako że ich użycie może być w wielu przypadkach przeciwwskazane. Inwazyjne procedury leczenia są efektywne w redukowaniu bólu ostrego, chociaż dowody na ich działanie w przypadku występowania bólów przewlekłych są skąpe.

W tym kontekście dowody skuteczności pierwszej szczepionki przeciw HZ pochodzące z badań randomizowanych są wielkim osiągnięciem. Poprzez zredukowanie występowania HZ (o 51%) i neuralgii (nawet o 66%) u osób po 50. roku życia, szczepienie to promuje zdrowe starzenie i poprawia jakość życia. Wśród wielu istniejących strategii prewencji neuralgii popółpaścowej szczepienie wydaje się być najlepszą opcją (A. Van Wijck – Utrecht, Holandia). To szczepienie zostało włączone do nowego opracowanego przez EUGMS-IAGG przewodnika szczepień, jako że HZ jest jedną z możliwych do zapobieżenia chorób (J.-M. Michel – Genewa, Szwajcaria)

Podsumowanie

5th EUGMS Kongres w Kopenhadze odniósł wielki sukces. Liczba uczestników była o 30% większa w stosunku do poprzedniego Kongresu w Genewie w 2006. Przedstawione powyżej krótkie podsumowanie daje Państwu możliwość zapoznania się z tym, co na gorąco jest dyskutowane we współczesnej geriatric. Podkreśla jednocześnie wysoki poziom merytoryczny Kongresu oraz jego wymiar praktyczny. Zdając sobie sprawę, że uczestnictwa w Kongresie nie da się w żaden sposób zastąpić przekazaniem jego treści, m.in. ze względu na możliwość bezpośredniej wymiany informacji pomiędzy uczestnikami, niniejszy artykuł zamykam zaproszeniem dla Państwa do udziału w następnych spotkaniach organizowanych przez EUGMS.

Kongresy EUGMS odbywają się w odstępach dwuletnich; następny 6. Kongres odbędzie się więc w 2010 roku w Dublinie pod hasłem *Geriatrics and new technologies*. (Geriatric medicine and new technologies). W latach pomiędzy Kongresami odbywają się tematyczne sympozja. Tegoroczne, 4. odbędzie się w Glasgow w Szkocji w dniach 17-18 września, a jego tematem wiodącym jest *Medycyna paliatywna i problemy kończącego się życia u starszych chorych* (Palliative medicine and end of life issues in older adults). Szczegółowe informacje o wszystkich wydarzeniach można znaleźć na stronie internetowej EUGMS [2]. Informacje o Sympozjum będziemy również przekazywać Państwu na bieżąco na łamach Geriatrii.

Adres do korespondencji:

Katarzyna Wieczorowska-Tobis
Zakład Geriatrii i Gerontologii
Katedry Patofizjologii
Uniwersytet Medyczny w Poznaniu
ul. Święcickiego 6; 60-781 Poznań
Tel.: (+48 22) 654 36 67
E-mail: kwt@tobis.pl

Piśmiennictwo

1. Lang PO, Schmitt K, Cankurtaran M, Giannelli S, Blain H. You missed the 5th EUGMS congress? All the things which you would have been able to learn! *J Nutr Health Aging* 2009;13(4): 396.
2. <http://www.eugms.org>