

Na co zwracać uwagę, by skutecznie leczyć chorych z osteoporozą? Co jest problemem: wybór leku, czy utrzymanie wytrwałości chorego w jego przyjmowaniu?

Difficulties with osteoporosis treatment - how to choose suitable medicine or how to make the patient stay in treatment?

Wanda Horst-Sikorska, Nadia Bryl, Iwona Król

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Streszczenie

Osteoporoza jest uogólnioną chorobą szkieletu polegającą na zmniejszeniu gęstości mineralnej kości oraz zmiany jej mikroarchitektury, co prowadzi do zwiększonego ryzyka złamań. Złamania występujące w przebiegu osteoporozy skutkują wzrostem śmiertelności. Celem leczenia jest zmniejszenie ryzyka pierwszego i kolejnych złamań. Osiągnięcie tego jest wyzwaniem dla lekarzy jak i pacjentów. Badania wskazują, że 30-50% chorych nie przyjmuje leków w prawidłowy i dostatecznie wytrwały sposób. Istotnym czynnikiem utrudniającym utrzymanie właściwego schematu leczenia osteoporozy jest jej bezobjawowy przebieg aż do czasu wystąpienia złamania. Przeważająca część chorujących to osoby starsze, dla których osteoporoza jest jedną z kilku chorób przewlekłych. Przyczynia się to do obniżenia poziomu stosowania zaleceń lekarskich. W tej grupie pacjentów duże znaczenie ma cena leku, częstotliwość dawkowania oraz reżim przyjmowania leku. Warunki ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, zwłaszcza z uwagi na rzadkie konsultacje lekarskie powodują, iż pacjenci łatwiej zaprzestają terapii. Dla osiągnięcia optymalnych efektów leczenia osteoporozy zdecydowanie więcej uwagi należy poświęcać interakcji lekarza z pacjentem. Obustronne zrozumienie jest podstawowym elementem niezbędnym dla efektywnej współpracy. Odpowiednie motywowanie pacjentów, akceptacja przez nich terapii i wygoda leczenia istotnie podnosi wytrwałość pacjentów w terapii. *Geriatrics 2011; 5: 207-211.*

Słowa kluczowe: osteoporoza, skuteczność, złamanie

Abstract

Osteoporosis is a systemic skeletal disease involving the reduction of bone mineral density and changes in its microarchitecture, which leads to an increased risk of fractures. Fractures often result in an increased mortality. The aim of treatment is to reduce the risk of first and subsequent fractures. Achieving this is a challenge for both physicians and patients. Studies indicate that 30-50% of patients do not take medications properly and in persistent manner. Asymptomatic course until the time of fracture is an important factor hindering the maintenance of appropriate osteoporosis treatment regimen. The vast majority of patients are the elderly, for whom osteoporosis is one of several chronic diseases. This contributes to low compliance. In these patients, price of the drug, dosage and frequency of taking are of particular importance. Rare medical consultations in ambulatory health care may contribute to discontinuation of therapy. Physician's interactions with a patient are crucial in order to achieve optimal results of osteoporosis treatment. Moreover, mutual understanding is an essential element necessary for effective cooperation. Adequate patient motivation, acceptance of treatment and convenience of treatment significantly increases patient perseverance in therapy. *Geriatrics 2011; 5: 207-211.*

Keywords: osteoporosis, efficiency, fractures

Osteoporoza jest uogólnioną chorobą szkieletu polegającą na zmniejszeniu gęstości mineralnej kości oraz zmiany ich mikroarchitektury, prowadzących do wzmożonej łamliwości oraz do zwiększonego ryzyka złamań kości. Osteoporoza jest istotnym zdrowotnym zagrożeniem państw wysoko rozwiniętych. Do częstszych występowania choroby przyczyniły się z jednej strony niekorzystne zmiany stylu życia, a z drugiej wydłużenie średniej długości życia ludności społeczeństw wysoko rozwiniętych. Obserwowany w ostatnich latach wzrost liczby zachorowań na osteoporozę może prowadzić do zwiększenia śmiertelności oraz kosztów leczenia i opieki.

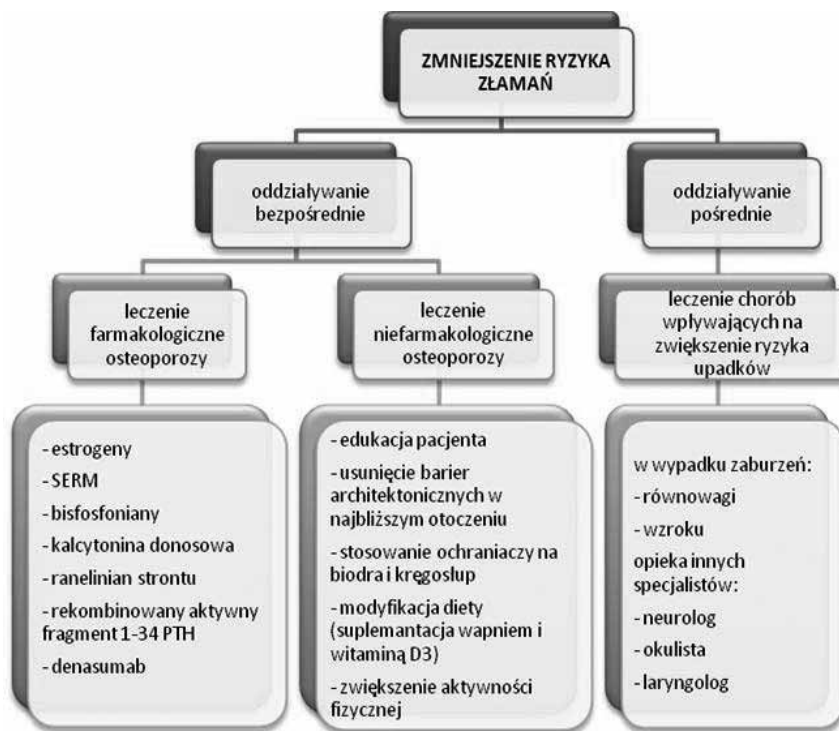
W Polsce na osteoporozę choruje około 4 mln osób. Szacuje się, że 30% kobiet w wieku pomenopauzalnym jest zagrożonych wystąpieniem osteoporozy. Przybliżone dane NFZ dokumentują w Polsce 30 000 złamań rocznie bliższego końca kości udowej (bkku) i 150 000 złamań niskoenergetycznych w innych lokalizacjach szkieletu. Z uwagi na to, że aż 70% złamań trzonów kręgowych jest niemych klinicznie i nie zostaje ujawnionych, liczby te są z pewnością jeszcze większe. Złamania występujące w przebiegu osteoporozy są poważnym powikłaniem, często przyczyniając się do

wzrostu śmiertelności wśród pacjentów dotkniętych tym zdarzeniem [1-3]. Dane epidemiologiczne ilustrują skalę problemu.

Celem leczenia osteoporozy jest zmniejszenie ryzyka złamań. Powyższy cel można osiągnąć metodami farmakologicznymi i niefarmakologicznymi. Dostępne metody terapii przedstawia rycina 1.

Osiągnięcie założonego celu w leczeniu jest jednak sporym wyzwaniem zarówno dla lekarzy, jak i samych chorych. Zamiarem autorów poniższego artykułu jest przybliżenie problemu oraz odpowiedź na pytanie: jak skutecznie leczyć osteoporozę?

Mimo iż jest to schorzenie zagrażające życiu – na co wskazuje fakt, że śmiertelność po roku od złamania bkku wynosi 15-40% [8,9] – autorzy badań nad zagadnieniem terapii osteoporozy wskazują, iż przeważająca liczba pacjentów nie stosuje się w wystarczającym stopniu do zaleceń lekarskich. W przybliżeniu od 30% do 50% połowy chorych nie przyjmuje leków w prawidłowy sposób. Pacjenci z reguły zarzucają terapię niedługo po jej rozpoczęciu [10]. Najczęściej przerywają terapię w ciągu pierwszych trzech miesięcy stosowania leku. Wg badań Lombasa 13% chorych na osteoporozę w ogóle nie zaczyna przyjmować leków. Pośród tych,



Rycina 1. Metody leczenia osteoporozy (opracowanie własne na podstawie [4-7])

którzy już zaczęli terapię, tylko 49% kontynuowało ją przez okres roku, a jedynie 30% trwało w leczeniu po okresie 2 lat [11]. Średni poziom niestosowania się do zaleceń wynosi 25%, a przy długotrwałym stosowaniu leku dochodzi nawet do 50% [12].

Z perspektywy pacjenta, należy zwrócić uwagę na pewne cechy charakterystyczne związane z chorobą i wynikające z nich komplikacje w efektywnym leczeniu. Do czasu wystąpienia pierwszego złamania, osteoporoza przebiega bezobjawowo, a w przypadku takich chorób, pogłębiają się nieprawidłowości w czasie i regularności stosowania leków. Pacjenci nie mają świadomości choroby, nie czują różnicy w samopoczuciu po zażyciu leków, i stąd nie mają wystarczającej motywacji do wytrwania w leczeniu.

Osteoporoza wymaga oprócz leczenia farmakologicznego również zmiany stylu życia i diety. Szczególnie ważne jest zapewnienie odpowiedniej podaży wapnia i witaminy D₃. Wprowadzenie odpowiedniej aktywności fizycznej pobudza kościotworzenie, poprawia ogólną sprawność i koordynację ruchową a także poprawia jakość życia pacjentów. Preferowanymi formami aktywności są: spacer, nordic walking, taniec, pływanie, jogging oraz jazda na rowerze. Jednak obserwacja pacjentów leczonych z powodu osteoporozy wskazuje, iż po 18 miesiącach mniej niż 20% osób przestrzega wdrożonych schematów aktywności fizycznej [13].

Przeważająca część chorujących to osoby starsze. Osteoporoza jest dla nich często jedną z kilku współwystępujących chorób przewlekłych. Nałożenie się większej liczby schorzeń i różnych schematów ich leczenia przyczynia się do obniżenia poziomu stosowania się do zaleceń lekarskich. Deficyty poznawcze wynikające z podeszłego wieku również mogą powodować trudności komunikacyjne i brak zrozumienia zaleceń. Istnieją dowody wskazujące na duży (20 do 80%) odsetek pacjentów, którzy błędnie rozumieją i stosują instrukcje dotyczące stosowania leku. Istotnym czynnikiem determinującym ciągłość terapii w tej grupie pacjentów jest też cena i możliwość refundacji leku [14].

Kolejną przyczyną wpływającą na to, że pacjenci ze szkodą dla siebie niechętnie stosują się do wytycznych lekarza jest kłopotliwy reżim przyjmowania leku. Silnym czynnikiem determinującym przestrzeganie zaleceń jest także częstotliwość dawkowania. Z badań nad efektywnością leczenia osteoporozy wynika, iż redukcja dawki bisfosfonianów z dawki codziennej na cotygodniową poprawiła stosowanie się pacjentów do

zaleceń. Wprowadzenie do terapii ibandronianu podawanego raz w miesiącu znów korzystnie wpłynęło na ten wskaźnik. Częstotliwość zażywania tego leku oraz jego skuteczność w zapobieganiu złamaniom osteoporozytycznym a jednocześnie bezpieczeństwo okazało się dużym krokiem w kierunku poprawy skuteczności leczenia osteoporozy. W badaniach przeprowadzonych przez Simon i wsp. oraz Emkey i wsp. wykazano, iż pacjenci bardziej preferują terapię bisfosfonianami w dawce comiesięcznej od terapii cotygodniowej odpowiednio 67% vs 33%, 71% vs 29% [15,16]. Pacjenci na przyczynę swojego wyboru w obu grupach wskazywali na bardziej dogodnie dawkowanie i mniejsze zmiany codziennego trybu życia.

Bisfosfoniany wymagają reżimu przyjmowania w pozycji stojącej, na czczo, a następnie utrzymania pozycji pionowej przez co najmniej 30 minut. Jest to uciążliwe zwłaszcza, gdy lek miał być przyjmowany codziennie. Z tego powodu terapię codzienną po roku kontynuowało tylko 31,7%, a cotygodniową o 10% więcej chorych to jest 44,2% /nt/. W wielu badaniach dowiedziono, że największy odsetek przerwania leczenia występował w ciągu pierwszych 3 miesięcy [17,18]. Biorąc pod uwagę działania niepożądane leku, jako czynnik ograniczający „compliance” należy podkreślić, iż często jest to raczej strach pacjentów przed potencjalnymi skutkami ubocznymi, niż występujące działania [19,20].

Omawiając utrudnienia w osiągnięciu optymalnych efektów leczenia osteoporozy zdecydowanie mniej uwagi poświęca się znaczeniu interakcji lekarza z pacjentem, choć jest to jeden z zasadniczych elementów wpływających na efektywność leczenia chorób przewlekłych. Dla efektywnej współpracy potrzebne jest obustronne zrozumienie. W opinii lekarzy, w 12% podstawową przyczyną zaprzestania leczenia jest brak zrozumienia u pacjentów. Równocześnie spośród 85% lekarzy, którzy podali, że ich pacjenci zrezygnowali z leczenia osteoporozy aż w 71% nie znalazło przyczyny tego zjawiska. Niski poziom stosowania się do zaleceń wynika z braku wiary chorych w cel leczenia. Badania wykazują, że 27% kobiet uważa, że ryzyko złamań pozostaje takie samo, niezależnie od stosowania leków [13].

Obecne warunki systemu opieki zdrowotnej, jak również stale wzrastająca liczba pacjentów powodują długie kolejki do poradni specjalistycznych. Długi okres oczekiwania na konsultację sprawia, że w sytuacji jakichkolwiek wątpliwości czy komplikacji, pacjenci łatwiej zaprzestają terapii [17].

Istotnym elementem podnoszącym wytrwałość pacjenta w leczeniu jest odpowiednie motywowanie chorych. Niestety prawie 90% lekarzy nie jest pewnych jak skutecznie motywować pacjentów. Lekarze wolą przedstawiać negatywne skutki wynikające z niestosowania się do ich zaleceń. Większość chorych podaje jednak, że najbardziej motywuje ich informacja o możliwości zachowania autonomii i samodzielności, jeśli będą regularnie zażywać leki [13]. Możliwość stosowania leku rzadziej zwiększa wyraźnie wytrwałość chorych. Lekarz ma większą pewność, iż pacjent nie zapomina o dawce. Pacjent ma w opakowaniu miesięcznym jedną tabletkę, co ułatwia mu zapamiętanie faktu, czy przyjął, czy zapomniał o leku. Chorzy leczeni z powodu osteoporozy, jak wspomniano, często stosują także inne leki i zwłaszcza w tej sytuacji możliwość rzadszego przyjmowania preparatu bez zmniejszenia

siły jego skuteczności jest bezdyskusyjną korzyścią dla chorego [18].

Lekarze, którzy muszą łączyć kilka leków zwracają uwagę na możliwość nie zawsze korzystnych interakcji wybierając lek o udowodnionej skuteczności działania mają w tej sytuacji bardziej komfortowy wybór terapii [19].

Adres do korespondencji:

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej
Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego
ul. Przybyszewskiego 49; 30-355 Poznań

☎ (+48 61) 869-11-44; 869-11-43

✉ zmrw2l@ump.edu.pl

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Piśmiennictwo

1. Czerwinski E, Kanis JA, Trybulec B, Johansson H, Borowy P, Osieleniec J. The incidence and risk of hip fracture in Poland. *Osteoporosis Int* 2009;20:1363-7.
2. Jaworski M, Lorenz R. Risk of hip fracture in Poland. *Med Sci Monit* 2007;13:CR206-10.
3. Dennison E, Cooper C. Epidemiology of osteoporotic fractures. *Horm Res* 2000;54:58-63.
4. Horst-Sikorska W. Standardy diagnostyki i leczenia pierwotnej i wtórnej osteoporozy. *Przew Lek* 2007;2: 64-9.
5. Torgerson DJ, Bell-Syer S. Hormone replacement therapy and prevention of nonvertebral fractures: A meta-analysis of randomized trials. *JAMA* 2001;285:2891-7.
6. Nelson HD, Humphrey LL, Nygren P, Teutsch SM, Allan JD. Postmenopausal hormone replacement therapy: scientific review. *JAMA* 2002;288: 872-81.
7. Warenik-Szymankiewicz A, Słopiń R. The safety of HRT and SERM in view of recent trial results. *Terapia* 2002;6:15-8.
8. Marcinkowska M, Wawrzyniak A, Horst-Sikorska W. Następstwa Osteoprotycznego złamania kości. *Prz Menopauz* 2006;4:228-30.
9. Brossa TA, Tobiasz FJ, Zorrilla RJ, Lopez BE, Alabart TA, Belmonte GM. Mortality after hip fracture: a three year follow-up study. *Med Clin (Barc)* 2005;124:53-4.
10. Kothawala P, Badamgarav E, Ryu S, Miller RM, Halbert RJ. Systemic review and meta-analysis of real-world adherence to drug therapy for osteoporosis. *Mayo Clin Proc* 2007;82:1493-501.
11. Lombas C, Hakim C, Zanchetta JR. Compliance with alendronate treatment in an osteoporosis clinic. *J. Bone Miner Res* 2001;15:406.
12. Gottlieb H. Medication nonadherence: finding solutions to a costly medical problem. *Drug Benefit Trends* 2000;12:57-62.
13. The adherence gap: why osteoporosis patients don't continue with treatment. http://www.iofbonehealth.org/download/osteofound/filemanager/publications/pdf/adherence_gap_report.pdf
14. Caro JJ, Ishak KJ, Huybrechts KF, Raggio G, Naujoks C. The impact of compliance with osteoporosis therapy on fracture rates in actual practice. *Osteoporosis Int* 2004;15:1003-8.
15. Simon JA, Beusterien KM, Leidy NK, Hebborn A. Women with postmenopausal osteoporosis express a preference for once-monthly versus once-weekly bisphosphonate treatment. *Female Patient* 2005;30:31-6.
16. Emkey R, Binkley N, Seidman L, Rosen C. BALTO I: Women treated for osteoporosis rate preference and convenience for once-monthly ibandronate versus once-weekly alendronate. *J Bone Miner Res* 2005;20 (Suppl. 1):S416.
17. Jakubowska-Winecka A, Włodarczyk D. *Psychologia w praktyce medycznej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2007.
18. Chesnut III CH, Skag A, Christiansen C, Recker R, Stakkestad JA, Hoiseth A, et al. Effects of oral ibandronate administered daily or intermittently on fracture risk in postmenopausal osteoporosis. *J Bone Miner Res* 2004;19:1241-9.
19. Epstein S, Jeglitsch M, McCloskey E. Update on monthly oral bisphosphonate therapy for the treatment of osteoporosis: focus on ibandronate 150 mg and risedronate 150 mg. *Curr Med Res Opin* 2009;25:2951-60.

