

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ
(Ε.Ε.Μ.Μ.Ο.)

Αθήνα, 12-7-2016

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ
«ΗΠΙΟΝΗ 2016-2017: ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΤΩΞΕΩΝ»

- Τεκμηρίωση της σκοπιμότητας του προγράμματος

A. Διεθνή επιδημιολογικά στοιχεία¹:

1. Περισσότερα από 200 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως πάσχουν από οστεοπόρωση.
2. Το 1/3 των γυναικών και το 1/5 των ανδρών άνω των 50 ετών θα υποστούν στην υπόλοιπη ζωή τους ένα τουλάχιστον οστεοπορωτικό κάταγμα.
3. Ένα οστεοπορωτικό κάταγμα συμβαίνει παγκοσμίως κάθε 3 δευτερόλεπτα.
4. Κάθε οστεοπορωτικό κάταγμα αυξάνει την πιθανότητα για νέο κάταγμα κατά 86%.
5. Το κάταγμα του ισχίου οδηγεί στον θάνατο τον πρώτο χρόνο μετά το κάταγμα κατά 20-24%.
6. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση το ετήσιο κόστος των καταγμάτων είναι 37 δισεκατομμύρια ευρώ και αναμένεται να αυξηθεί κατά 25% μέχρι το 2025.
7. Η μεγάλη πλειονότητα των ατόμων (> 80%) που ήδη υπέστησαν ένα οστεοπορωτικό κάταγμα δεν λαμβάνουν αγωγή πρόληψης νέου κατάγματος.
8. Μέχρι το 2050 τα κατάγματα του ισχίου θα αυξηθούν κατά 240% στις γυναίκες και κατά 310% στους άνδρες.
9. Τα κατάγματα του ισχίου προκαλούν σε μεγάλο βαθμό ανικανότητα, αναπηρία και εξάρτηση από άλλα άτομα.
10. Η αστικοποίηση και αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, αυξάνει γοργά την εμφάνιση της νόσου και των καταγμάτων που συνεπάγεται.

B. Ελληνικά επιδημιολογικά στοιχεία^{2,3}:

1. Στην Ελλάδα το 2010 συνέβησαν περίπου 86.000 οστεοπορωτικά κατάγματα (εκ των οποίων τα 15.000 του ισχίου) και τα οποία κόστισαν 680 εκατομμύρια ευρώ.
 2. Το 2025 αναμένονται 107.000 οστεοπορωτικά κατάγματα, με προβλεπόμενο κόστος 814 εκατομμύρια ευρώ.
 3. Από τα 680 εκατομμύρια ευρώ του 2010, μόνο το 13% αφορούσε το κόστος της πρόληψης.
 4. Κατά τους μετριοτέρους επιδημιολογικούς υπολογισμούς, μεταξύ των ατόμων άνω των 50 ετών, περίπου το 22-25% πρέπει να λαμβάνει αντιοστεοπορωτική αγωγή, αφού αναγνωρισθεί ως υψηλού κινδύνου για κάταγμα.
 5. Σύμφωνα με τις μετρήσεις κατανάλωσης αντιοστεοπορωτικών φαρμάκων, τα αντίστοιχα ποσοστά ποτέ δεν ήταν αρκετά υψηλά και βαίνουν συνεχώς μειούμενα: 2009 9,1%, 2011 8,2% 2014 7,9% 2015 7,7%. [Η αιτία του εξ αρχής χαμηλού ποσοστού πρέπει να αναζητηθεί στην παραμέληση της νόσου από πλευράς ασθενούς και ιατρού-πολιτείας και η περαιτέρω πτώση στην οικονομική κρίση].
-

- Αρχές του προγράμματος⁴

A. Στελέχωση:

Προτείνεται ο ορισμός ομάδας ευθύνης ανάπτυξης του προγράμματος σε κάθε υγειονομικό σχηματισμό, αποτελούμενη από 2-4 άτομα ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού (Νοσοκομεία, Κέντρα υγείας), με σκοπό τον χειρισμό του υλικού και την πρώτη υποδοχή και αξιολόγηση των ατόμων άνω των 50 ετών. («Ομάδα οστεοπόρωσης»).

Σε δεύτερο επίπεδο οι ιατροί με τις σχετιζόμενες με την νόσο ιατρικές ειδικότητες θα υποδέχονται τους παραπεμπόμενους από την «Ομάδα οστεοπόρωσης» ή όσους πρωτογενώς ενδιαφέρονται («Θεράποντες ιατροί»).

Σε τρίτο επίπεδο οι «Θεράποντες ιατροί» θα παραπέμπουν τους ασθενείς σε τριτοβάθμιους σχηματισμούς με εξειδίκευση στο μεταβολισμό των οστών, στην περίπτωση διαγνωστικού ή θεραπευτικού αδιεξόδου. («Κέντρα μεταβολισμού των οστών»).

B. Οργάνωση:

1. Ανάρτηση της ειδικής αφίσσας στα σημεία υποδοχής του πληθυσμού-στόχου.
2. Διανομή και εφαρμογή του «Τεστ ενός λεπτού» από την «Ομάδα οστεοπόρωσης» στον πληθυσμό-στόχο και απόφαση για παραπομπή (ή μη) στους «Θεράποντες ιατρούς».
3. Εφαρμογή του FRAX από τους «Θεράποντες ιατρούς» και απόφαση για παραπομπή (ή μη) για μέτρηση οστικής πυκνότητας.
4. Εκτέλεση διαγνωστικών εξετάσεων (αίματος και ακτινογραφιών) σε περίπτωση απόφασης για θεραπευτική αγωγή, σύμφωνα με το ισχύον διαγνωστικό και θεραπευτικό πρωτόκολλο. Παρατίθεται κατωτέρω απόσπασμα από τις σχετικές κατευθυντήριες οδηγίες:

Ενδείξεις για DXA (μέτρηση οστικής πυκνότητας)⁵

1. Ηλικία < 50 ετών

Ιστορικό καταγμάτων χαμηλής βίας

Υπογοναδισμός

Πρώιμη εμμηνόπαυση (<45 ετών)

Σύνδρομο δυσαπορρόφησης

Πρωτοπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός

Φαρμακευτική αγωγή σχετιζόμενη με απώλεια οστικής μάζας ή/και κίνδυνο κατάγματος (π.χ. στεροειδή, αναστολείς αρωματάσης, κ.λπ.)

Έτερα παθολογικά νοσήματα σχετιζόμενα με απώλεια οστικής μάζας ή/και κίνδυνο κατάγματος (π.χ. ρευματοειδής αρθρίτιδα, σύνδρομο Cushing, σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1, σοβαρή ΧΑΠ, κ.ά.

2. Ηλικία μεταξύ 50 και 64 ετών

Κάταγμα χαμηλής βίας μετά την ηλικία των 40 ετών

Κάταγμα ισχίου γονέα

Σπονδυλικό κάταγμα ή/και οστεοπενική απεικόνιση οστών σε ακτινογραφίες

Χαμηλό βάρος (<60 κ.) ή/και απώλεια βάρους >10% από το βάρος σε ηλικία 25 ετών

Κατανάλωση αλκοόλ (≥25-30 γρ. ημερησίως) ή/και κάπνισμα

Έτεροι παράγοντες και νόσοι (όπως στην ηλικιακή ομάδα <50 ετών)

3. Άνω των 65 ετών

Όλοι οι άνδρες και γυναίκες

Εξετάσεις στις οποίες πρέπει να υποβληθούν άτομα για τα οποία διαγνώσθηκε υψηλός κίνδυνος κατάγματος («οστεοπόρωση»), πριν τους συνταγογραφηθεί η δέουσα αγωγή⁵:

1. Ασβέστιο ορού [130000095]
2. Ολικά λευκώματα (ώστε μέσω της αλβουμίνης να γίνει η διόρθωση του ασβεστίου) [130000106]
3. Φωσφόρος του ορού [130000104] + προσθήκη του “P” στο σχόλιο
4. Γενική αίματος [110000107]
5. ΤΚΕ [110000110]
6. Κρεατινίνη ορού [130000100]
7. Αλκαλική φωσφατάση ορού (ALP) [130000038]
8. Θυρεοειδοτρόπος ορμόνη (TSH) [160000016]
9. 25 (OH) βιταμίνη D ορού [480000066] + ειδική αναφορά στο σχόλιο
10. Ασβέστιο ούρων του 24-ώρου (Δεν συνταγογράφεται)

Να γίνονται οπωσδήποτε απλές ακτινογραφίες Θ-ΟΜΣΣ F-P σε περιπτώσεις:

- Ραχιαλγίας-Οσφυαλγίας
- Προοδευτικής κύφωσης και
- Αναφερόμενης απώλειας ύψους μεγαλύτερης των 4 εκ. από το μέγιστο ύψος ή μεγαλύτερης του 1,5 εκ. τον τελευταίο χρόνο

-
5. Διανομή φυλλαδίων για διατροφή – άσκηση – εργονομία.
 6. Δεν κρίνεται σκόπιμο το ενιαίο έντυπο παρακολούθησης ασθενών, καθότι κάθε δομή και επαγγελματίας υγείας εφαρμόζει παραγωγικότερα τα ίδια μέσα. Ωστόσο συστήνεται η καταγραφή των στοιχείων παρακολούθησης των ατόμων με κάποιο τρόπο.
 7. Προαιρετική οργάνωση συνέντευξης τύπου από το Υπουργείο Υγείας την 20ή Οκτωβρίου (Παγκόσμια ημέρα οστεοπόρωσης) στα πλαίσια του προγράμματος «Ηπιόνη».
 8. Προαιρετικές εκπαιδευτικές συναντήσεις των οργανωτών με τις «Ομάδες οστεοπόρωσης» των δομών υγείας.

Γ. Υλικό:

1. [Αφίσα](#) (επισυνάπτεται)
2. [Τεστ ενός λεπτού](#) (επισυνάπτεται)
3. [Οδηγίες διαγνωστικής και θεραπευτικής προσέγγισης της οστεοπόρωσης](#) (επισυνάπτεται).

Δ. Χρήσιμοι ιστότοποι:

1. FRAX: <http://www.shef.ac.uk/FRAX/>
2. EEMMO: <http://www.eemmo.gr/>
3. ΕΛΙΟΣ: <http://www.heliost.gr/>
4. ΠΕΤΑΛΟΥΔΑ: <http://www.osteocare.gr/>

Ε. Βιβλιογραφία

1. Hernlund E, Svedbom A, Ivergard M, et al, 2013, Osteoporosis in the European Union: medical management, epidemiology and economic burden. A report prepared in collaboration with the International Osteoporosis Foundation (IOF) and the European Federation of Pharmaceutical Industry Associations (EFPIA). Arch Osteoporos 8: 136.

2. Svedbom A, Hernlund E, Ivergard M, et al, 2013, Epidemiology and economic burden of osteoporosis in Greece. *Arch Osteoporos* 8: 83-90.
3. Lyritis GP, Rizou S, Galanos A, Makras P, 2013, Incidence of hip fractures in Greece during a 30-year period: 1977-2007. *Osteoporos Int* 24:1579–1585.
4. Akesson K, Marsh D, Mitchell P, et al, 2013, IOF Fracture Working Group. Capture the Fracture: A Best Practice Framework and Global Campaign to Break the Fragility Fracture Cycle. *Osteoporos Int* 24(8):2135-52.
5. Makras P, Vaiopoulos G, Lyritis GP; Greek National Medicine Agency 2012, 2011 guidelines for the diagnosis and treatment of osteoporosis in Greece. *J Musculoskeletal Neuronal Interact* 12:38–42.