

**Kiedy ruch
powoduje
ból**



**Oceń
Zrozum
Podejmij
działanie**

**OGÓLNOŚWIĄTOWY ROK NA RZECZ ULGI
W BÓLU MIĘŚNIOWO - SZKIELETOWYM**
Październik 2009 – Październik 2010

Osteoporoza

Wprowadzenie

Osteoporoza jest chorobą ogólnoustrojową charakteryzującą się zmniejszeniem masy kostnej oraz zaburzeniami mikroarchitektury tkanki kostnej, co prowadzi do łamliwości kości i tym samym zwiększonej podatności na złamania kości udowej, kręgosłupa i nadgarstka. Ze względu na duże rozpowszechnienie na całym świecie, osteoporoza stanowi poważny problem dla systemów opieki zdrowotnej biorąc po uwagę postępującą niepełnosprawność i dolegliwości bólowe zgłaszane przez chorych.

Epidemiologia i aspekt ekonomiczny

- Osteoporoza występuje u ponad 200 milionów ludzi na całym świecie.
- Osteoporoza wystąpi u jednej na trzy kobiety oraz u jednego na ośmiu mężczyzn.
- W ciągu życia łączne ryzyko złamania biodra, przedramienia i złamań kręgow wynosi około 40%, co jest równoważne z ryzykiem wystąpienia chorób układu krążenia.
- U kobiet powyżej 45 roku życia osteoporoza jest przyczyną hospitalizacji trwającej dłużej niż hospitalizacja spowodowana cukrzycą, zawałem serca i rakiem piersi
- W Stanach Zjednoczonych szacuje się, iż osteoporoza jest przyczyną rocznie ponad 44 milionów osobodni w domach opieki, a roczny koszt wynosi 13,8 miliardów dolarów z wydatków na opiekę zdrowotną.
- Złamania kręgow są istotnym elementem obrazu klinicznego osteoporozy, ponieważ pierwsze złamania osteoporotyczne zazwyczaj występują w środkowej części kręgosłupa (kręgi piersiowe i lędźwiowe) we wczesnych stadiach choroby. Kolejne nowe złamania mogą wystąpić w kręgach sąsiadujących z kręgami już złamanymi.
- Złamaniami kręgow może towarzyszyć nagłe pojawienie się bólu, który może zaniknąć lub przejść w przewlekły, tępy ból pleców.

Patofizjologia

W patofizjologii osteoporozy kluczowe jest zaburzenie równowagi pomiędzy resorpcją i tworzeniem się tkanki kostnej. W osteoporozie resorpcja kości zachodzi szybciej niż tworzenie się kości, więc ujemne saldo powoduje utratę masy kostnej i zwiększa ryzyko współistniejących złamań, co powoduje deformacje i przewlekłe dolegliwości bólowe. Ból receptorowy uważany jest za przewlekły, gdy trwa co najmniej 3 miesiące.

Zaburzenie równowagi pomiędzy resorpcją a tworzeniem się kości może być wynikiem jednego lub kombinacji poniższych czynników:

- Zwiększona resorpcja kości w jednostce przebudowy kości.
- Zmniejszone powstawanie kości w jednostce przebudowy kości (wadliwe tworzenie).

Objawy kliniczne

- Osteoporoza jest nazywana "cichym zjadaczem kości", ponieważ utrata masy kostnej sama w sobie nie wywołuje żadnych objawów. Pacjenci mogą nie mieć objawów przez wiele lat, aż do momentu wystąpienia złamań. Większość dolegliwości bólowych typowych dla osteoporozy spowodowanych jest złamaniami, które mogą wystąpić powstać po minimalnym, niezauważalnym urazie lub nawet bez urazu.
- Mnogie kompresyjne złamania kręgow piersiowych mogą powodować pogłębienie kyfozy piersiowej oraz lordozy szyjnej ("wdowi garb"). Nieprawidłowe obciążenie mięśni i więzadeł kręgosłupa powoduje przewlekłe, tępe bóle, zwłaszcza w dolnej części pleców.
- Bóle pleców spowodowane złamaniami są jednym z istotnych czynników obniżających jakość życia.

Kryteria diagnostyczne

Osteoporoza charakteryzuje się niską gęstością mineralną kości. Osteoporoza jest zwykle zbyt rzadko rozpoznawana, dlatego często pierwszym klinicznym objawem choroby jestiskoenergetyczne złamanie kręgow lub kości udowej.

Rozpoznanie i leczenie

- Osteoporoza jest rozpoznawana na podstawie:
 - Pomiar gęstości mineralnej kości na podstawie skanu kości (Dual Energy X-ray Absorptiometry scan [DEXA-scan]).
 - Obecnośćiskoenergetycznych złamań kręgow lub kości udowej
- Stopień natężenia bólu może być oceniany przy użyciu skali numerycznej NRS.
- Podstawowym celem postępowania dla pacjentów z osteoporozą jest zapobieganie złamaniom, zmniejszenie stopnia natężenia bólu oraz utrzymanie funkcjonowania fizycznego. Postępowanie powinno być wielokierunkowe i uwzględniać nie tylko interwencje medyczne, ale także fizykoterapię (w tym TENS), psychoterapię oraz ćwiczenia fizyczne. Możliwe opcje terapeutyczne obejmują:
 - Zmiana stylu życia
 - Program ćwiczeń dostosowany do indywidualnych możliwości pacjenta, co oznacza, iż natężenie ćwiczeń i obciążenie powinno być dostosowane do stopnia gęstości mineralnej kości.
 - Suplementacja witaminy D i wapnia
 - Leki o działaniu hamującym dalszą utratę tkanki kostnej
 - Analgetyki
 - i. Analgetyki nieopiodowe
 - ii. Niesteroidowe leki przeciwzapalne
 - iii. Trócykliczne leki przeciwdpresyjne, SSRI, leki przeciwpadaczkowe
 - iv. Silne opioidy

Piśmiennictwo

1. Riggs BL, Melton LJ III. The worldwide problem of osteoporosis: insights afforded by epidemiology. *Bone* 1995;17(Suppl):505–11.
2. Francis RM, Aspray TJ, Hide G, Sutcliffe AM, Wilkinson P. Back pain in osteoporotic vertebral fractures. *Osteoporos Int* 2008;19:895–903.

