

Prevenzione del rischio di fratture in pazienti con BPCO in terapia con corticosteroidi inalatori

Alessia Verduri¹
Elisabetta Pace²

L'invecchiamento della popolazione generale associato al miglioramento della speranza di vita implica che sempre più persone vivano a lungo e possano avere malattie croniche con necessità di polifarmacoterapia. Tale fenomeno rappresenta uno dei problemi più importanti e urgenti a livello dei sistemi sanitari dei Paesi europei, compresa l'Italia. Le politiche sanitarie correnti e le attuali linee guida per le malattie croniche sottolineano l'importanza di un coordinamento tra i servizi sanitari. Agire sui fattori di rischio, identificare i segni clinici e rivedere periodicamente i farmaci assunti dal singolo paziente sono la sfida principale per tutti i professionisti sanitari.

La Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) è una malattia respiratoria cronica molto frequente negli adulti, caratterizzata principalmente da dispnea e spesso associata ad altre patologie croniche concomitanti. Questo è particolarmente vero nei pazienti più anziani al di sopra dei

65 anni in risposta a fattori di rischio comuni, come il fumo di sigaretta e l'invecchiamento stesso. Molti dei pazienti con BPCO, soprattutto quelli con numerose riacutizzazioni cliniche, assumono regolarmente corticosteroidi inalatori (ICS) in combinazione con i broncodilatatori, con l'obiettivo di migliorare i sintomi e la funzione respiratoria e possibilmente ridurre il numero di riacutizzazioni. Molti studi clinici hanno dimostrato che l'uso a lungo termine di ICS, in particolare ad alte dosi, può associarsi a effetti collaterali che si manifestano nel tempo. Tra questi effetti, nei pazienti con BPCO, rientra il rischio aumentato di danni e fratture dell'osso. Sebbene alcuni studi clinici abbiano riportato dati contrastanti in merito all'effetto negativo degli ICS sulla densità ossea, attualmente viene raccomandata la valutazione del rischio di frattura negli individui affetti da BPCO. L'osteoporosi indotta dai corticosteroidi è la forma più comune di osteoporosi secondaria. I pazienti con BPCO con frequenti riacutizzazioni, trattati con ICS e talvolta con cicli di steroidi sistemici, sono a maggior rischio di fratture da fragilità per osteoporosi secon-

¹ Policlinico di Modena-Università di Modena e Reggio Emilia, alessia.verduri@unimore.it

² Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto per la Ricerca e l'Innovazione Biomedica (IRIB), Palermo

daria. La riduzione della densità ossea sembra proporzionale al dosaggio e alla durata della terapia con steroidi. Alcuni pazienti con BPCO inoltre possono soffrire inconsapevolmente di osteoporosi poiché la condizione è a lungo silente dal punto di vista sintomatologico, manifestandosi in modo conclamato solo quando l'osso si rompe. Dato che il processo naturale dell'invecchiamento aumenta il rischio di cadute, malattie croniche come la BPCO, comune nelle persone anziane al di sopra dei 65 anni e in grado di alterare equilibrio e forza, incrementano ulteriormente questo rischio. Allo stesso modo farmaci, ridotto apporto di calcio e scarsa esposizione alla luce solare sono fattori che contribuiscono ad alterare la condizione fisica di un individuo.

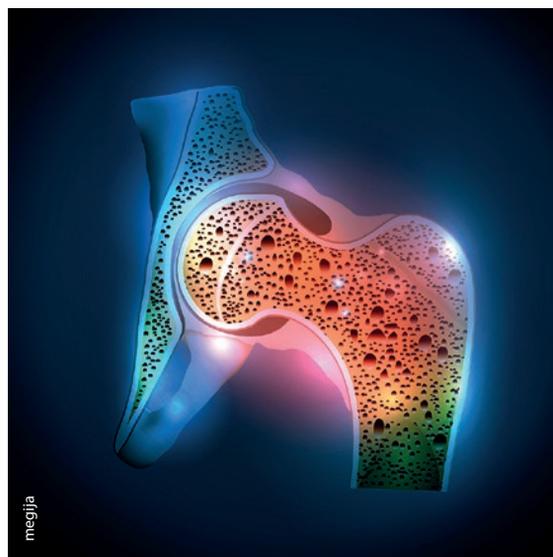
La dispnea nella BPCO porta il paziente a ridurre l'attività fisica e di conseguenza la propria forza muscolare, creando un circolo vizioso con inattività e rischio di cadute, e rappresentando quindi, nei soggetti con BPCO, un importante fattore di rischio per le fratture ossee. Un circolo vizioso simile si realizza quando le persone dopo una caduta tendono successivamente a limitare i propri movimenti per paura di cadere di nuovo. L'impatto psicologico di una precedente caduta porta inoltre l'individuo a rimanere tra le mura domestiche, a discapito dell'interazione sociale, e a evitare alcune attività. Le cadute sono un evento molto comune tra gli anziani: sopra i 65 anni almeno uno su tre individui ha una caduta. Per comprendere la dimensione del problema, le cadute contribuiscono per il 40% di tutti i ricoveri ospedalieri.

I più comuni siti di frattura osteoporotica sono polso, rachide e anca. Nei pazienti affetti da osteoporosi, le fratture possono avvenire con traumi minori a causa della debolezza dell'osso. Le fratture vertebrali, la cui prevalenza tende a crescere con l'età,

molto spesso si realizzano senza una caduta, mentre sono la conseguenza di cadute la maggior parte delle fratture non vertebrali. Le fratture ossee quasi sempre richiedono trattamento chirurgico e successiva terapia fisica riabilitativa. L'osteoporosi rappresenta una importante causa di scadente qualità di vita nei pazienti che ne sono colpiti. Un numero considerevole di fratture da fragilità si verifica in persone ancora in età lavorativa e non pensionate, con necessità di parecchi giorni di malattia e quindi assenza dal lavoro. Da qui ne deriva che le cadute e le conseguenti fratture rappresentano un problema crescente nelle popolazioni più anziane e ogni singola frattura richiede costi significativi per l'individuo e per la collettività.

Sebbene non sia possibile la prevenzione di ogni caduta e frattura, è tuttavia possibile agire per ridurre la probabilità che detti eventi si verifichino. Qualsiasi frattura osteoporotica raddoppia il rischio di una successiva frattura entro due anni.

Due approcci preventivi possono essere intrapresi: la **prevenzione primaria**, identificando persone con fattori di rischio e la





prevenzione secondaria, individuando soggetti con già documentate fratture osteoporotiche allo scopo di ridurre il rischio futuro di ulteriori fratture. Nel contesto di una popolazione specifica ad alto rischio un piano di prevenzione rappresenta un punto cruciale. I pazienti con BPCO con malattia respiratoria grave e frequenti riacutizzazioni cliniche rappresentano un gruppo specifico di individui ad alto rischio di cadute e fratture, dal momento che vengono trattati con corticosteroidi inalatori e/o sistemici.

Il miglior approccio negli anziani è la valutazione multifattoriale del rischio di caduta che considera numerosi componenti, tra cui per esempio equilibrio, deficit cognitivo, problemi di incontinenza urinaria, alterazioni visive e malattie croniche. Tuttavia, esistono alcuni utili e semplici strumenti per valutare il rischio di frattura nella pratica clinica come il FRAX (*Fracture Risk Assessment Tool*). Il FRAX è composto da alcuni para-

metri per la stratificazione del rischio del soggetto, quali per esempio le precedenti fratture, il trattamento con corticosteroidi, il consumo di fumo e di alcool.

Dopo aver identificato i soggetti ad alto rischio, il passo successivo è la conferma diagnostica di osteoporosi. Le radiografie standard possono evidenziare le fratture ma non possono misurare la densità ossea, che invece può essere misurata con vari tipi di test tra cui quello più utilizzato è la assorbimetria a raggi X a doppia energia (Dexa).

Sono disponibili trattamenti farmacologici e non farmacologici per l'osteoporosi. Molti farmaci sono stati approvati e di chiara efficacia per la prevenzione e la cura dell'osteoporosi. Dati a supporto dalla letteratura scientifica e dalla pratica clinica mostrano che i difosfonati sono in grado di ridurre il rischio di frattura aumentando la forza del tessuto osseo e inibendo il riassorbimento dell'osso. Molti studi clinici hanno fornito

dati di evidenza con significatività statistica per la riduzione delle fratture di vertebre e anche nei pazienti osteoporotici trattati con difosfonati, il cui gruppo farmacologico comprende farmaci per via orale e via endovenosa. Questi farmaci, ampiamente utilizzati nell'osteoporosi, vanno prescritti in combinazione con la raccomandazione di un adeguato cambiamento nello stile di vita (terapia fisica, supplemento di vitamina D) per aumentare la prevenzione delle cadute.

È necessario che lo specialista pneumologo, che ha in carico i pazienti affetti da BPCO, in caso di anamnesi positiva del paziente per cadute oppure evidenza alle radiografie standard di fratture osteoporotiche, richieda una accurata valutazione da parte dello specialista per le malattie dell'osso allo scopo di migliorare la qualità di vita dei pazienti stessi.

L'osteoporosi costituisce attualmente un onere gravoso per i sistemi sanitari e la società. Nonostante la disponibilità di

terapie efficaci per le fratture da fragilità, un'alta percentuale di donne e uomini affetti da osteoporosi non riceve trattamento medico. Molte fratture osteoporotiche potrebbero essere evitate con riduzione del numero di ricoveri, di trattamenti chirurgici e riabilitativi, se la maggior parte dei pazienti ricevesse un inquadramento diagnostico adeguato, accompagnato dalla cura specifica per prevenire possibilmente la prima caduta e quella successiva.

Bibliografia di riferimento

- Global Initiative on Obstructive Lung Disease (GOLD). <http://www.goldcopd.org/>
- GONZALEZ AV, COULOMBE J, ERNST P, ET AL. *Long-term use of inhaled corticosteroids in COPD and the risk of fracture.* Chest 2018;153:321-8.
- HAKAMY A, BOLTON CE, GIBSON JE, ET AL. *Risk of fall in patients with COPD.* Thorax 2018;73:1079-80.
- MOON JY, SIN DD. *Inhaled corticosteroids and fractures in chronic obstructive pulmonary disease: current understanding and recommendations.* Curr Opin Pulm Med 2019;25:165-72.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Osteoporosis: assessing the risk of fragility fracture.* Published date: August 2012. Last updated: February 2017. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg146>.



CHEST
Congress
2020

ITALY
Bologna | 25-27 June

Join us in
Bologna

In partnership with the CHEST
Delegation Italy

congress.chestnet.org

Submit Your Abstract
Deadline: 15 January 2020