

Fratture del collo del femore ed osteoporosi: studio osservazionale multicentrico

Hip fractures and osteoporosis: a multicentre study

F. Franchin (Genova)*
C. Ameri (Pietra Ligure)
S. Bardella (Genova)
L. Cozzio (Genova)
A. De Michieli (Albenga)
F. Denicolai
(Casale Monferrato)
M. Desirello (Sestri Levante)
A. Dettoni (Alba)
A. Federici (Genova)
F. Guglielmi (La Spezia)
P. Lazzoni (Genova)
F. Leonardi (Savigliano)
P. Massetti (Bra)
G.C. Minnicelli (Bordighera)
M. Oliveri (Genova)
A. Peveraro (Asti)
F. Pleitavino (Genova)
F. Santolini (Genova)
R. Scagnelli (Saluzzo)

* Coordinatore

Indirizzo per la corrispondenza:
Prof. F. Franchin, DISM, Clinica
Ortopedica e Traumatologica,
Scuola di Specializzazione in
Ortopedia e Traumatologia,
Monoblocco VIII Piano Ponente,
Ospedale San Martino, Largo R.
Benzi, 10, 16132 Genova.

*Ricevuto il 29 marzo 2006
Accettato il 26 aprile 2006*

RIASSUNTO

Nella pratica quotidiana delle Unità Operative di Ortopedia e Traumatologia il ricovero per frattura del collo del femore in soggetti anziani è molto frequente. Da questo studio clinico osservazionale su 1491 pazienti ricoverati con diagnosi di F.C.F. presso 20 U.O. delle Regioni Liguria e Piemonte si è verificato che, pur trattandosi nella maggior parte dei casi di fratture da fragilità con pregressa diagnosi di osteoporosi, i pazienti erano giunti al ricovero senza una adeguata terapia antiosteoporotica in atto. La presa di coscienza di questo fenomeno ha condotto ad un protocollo di dimissione, dopo l'intervento chirurgico, che prevede la prescrizione di una terapia medica antiosteoporotica, in linea con le attuali conoscenze sulla prevenzione di fratture secondarie.

Parole chiave: Fratture del collo del femore, osteoporosi, prevenzione secondaria

Key words: Hip fractures, osteoporosis, secondary prevention

INTRODUZIONE

Nel 1990 le fratture di collo femore da fragilità ossea nel mondo sono state 1,6 milioni; se si aggiorna il dato secondo le proiezioni dell'invecchiamento della popolazione, nel 2050 le fratture diventeranno 2,26 milioni, raddoppiando nell'arco di 50 anni in Europa, fino a superare i 970.000 casi. L'impatto socio-economico di quanto descritto è devastante, per il drammatico effetto sulla qualità di vita della popolazione e per i costi che il trattamento determina: si calcola che in Italia attualmente i soli costi ospedalieri superino i 560 milioni di euro. È noto altresì come un paziente che abbia sostenuto una frattura del femore presenti un rischio estremamente elevato di nuove fratture da fragilità, in assenza di un'adeguata terapia medica. Tuttavia, a fronte di solide evidenze scientifiche che suggeriscono di instaurare precocemente una strategia di prevenzione secondaria e alla disponibilità di farmaci efficaci e sicuri, la letteratura recente sembra indicare che ciò accade molto di rado.

Allo specialista ortopedico che si trova a trattare in emergenza una frattura è data la possibilità di porre per primo diagnosi di osteoporosi e di instaurare un appropriato protocollo diagnostico e terapeutico.

Scopo principale del presente studio è stato quello di verificare in che misura nei pazienti anziani ricoverati in ospedale per frattura di femore da fragilità, era stata prescritta una appropriata terapia antiosteoporotica prima dell'evento fratturativo.

MATERIALI E METODI

È stato condotto uno studio trasversale presso 20 strutture ospedaliere delle regioni Liguria e Piemonte nel periodo 2004-2005 su una serie consecutiva di pazienti ricoverati per frattura del collo del femore.

I pazienti sono stati selezionati utilizzando le codifiche SDO appropriate. Sono stati esclusi pazienti di età inferiore a 60 anni o affetti da patologie note dello scheletro (mieloma multiplo, morbo di Paget, metastasi ossee). Sono anche stati esclusi i pazienti affetti da demenza o con risultati insufficienti al *Mini Mental Status* (MMS) test, dunque non sufficientemente collaboranti o in grado di fornire un consenso informato.

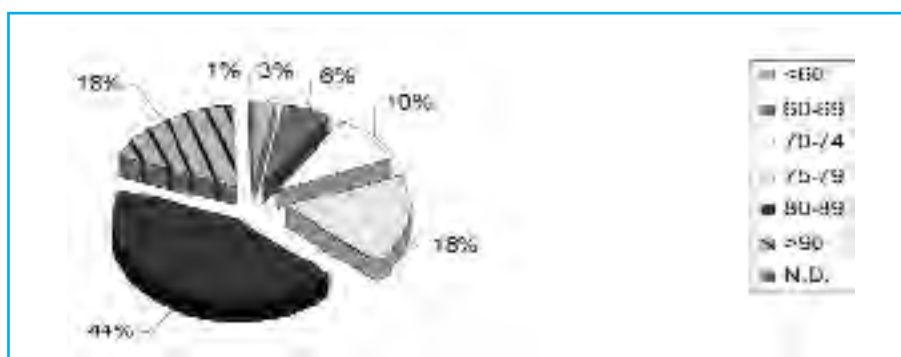
Quindi la valutazione è stata effettuata mediante la raccolta di dati demografici e anamnestici, focalizzati principalmente sulla valutazione dei fattori di rischio e/o della pregressa diagnosi di osteoporosi, la presenza di pregresse fratture (vertebre, polso, femore), sull'eziologia del trauma e sull'eventuale terapia in atto prima dell'evento fratturativo, per mezzo di una scheda appositamente disegnata e testata in precedenza su un campione di pazienti.

A tale scopo la valutazione è stata corredata da un'attenta analisi delle cartelle cliniche relative al ricovero.

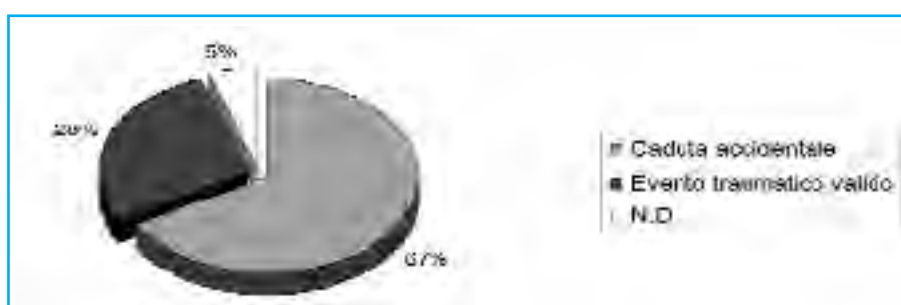
Tutti i dati raccolti sono stati quindi archiviati su foglio elettronico Excel™ (Microsoft Corporation, USA, 1999) e sottoposti ad analisi statistica utilizzando il pacchetto software SPSS per Windows™ (rel. 11.0, 2001).

RISULTATI

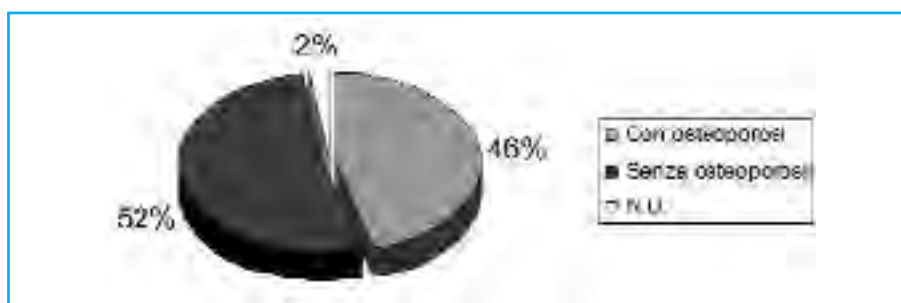
Lo studio ha incluso un totale di 1491 pazienti: l'83% di sesso femminile



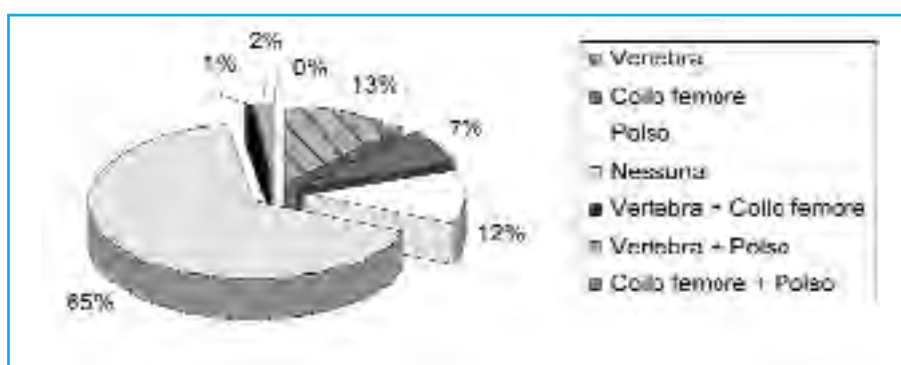
Tab. I.



Tab. II.



Tab. III.



Tab. IV. Terapia pregressa.

(n=1232) ed il 17% di sesso maschile (n=255). Il 44% (n=660) era di età compresa tra gli 80 e gli 89 anni; la Tabella I mostra la distribuzione dei pazienti sulla base delle varie fasce di età.

Nei 67% (n=992) dei casi la frattura era secondaria a trauma a bassa energia da caduta accidentale (Tab. II) e nel 46% (n=681) dei pazienti, la diagnosi di osteoporosi era precedente all'evento traumatico (Tab. III).

Come mostrato in dettaglio nella Tab. IV, un dato degno di nota è che il 35% (n=505) dei pazienti aveva una anamnesi positiva per frattura da fragilità ed in particolare, che il 7% (n=101) aveva subito una pregressa frattura di femore.

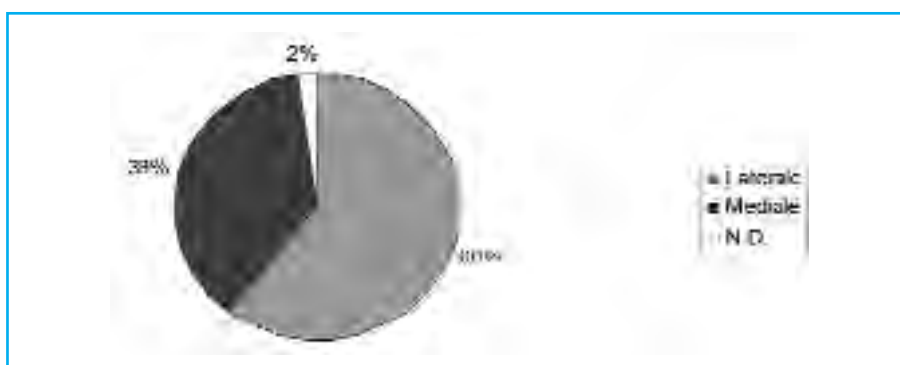
Al momento del ricovero, solo l'11% (n=174) dei pazienti stava assumendo farmaci per l'osteoporosi e/o supplementi di calcio e vitamina D, mentre nell'89% (n=1317) dei casi non era stata prescritta alcuna terapia (Tab. V). Quanto alla classificazione del tipo di frattura, si è utilizzata per semplicità soltanto la distinzione in fratture medialie (38%) e laterali (60%) (Tab. VI).

Nel 98% dei pazienti il trattamento è stato chirurgico; in accordo pressoché assoluto con le attuali indicazioni suggerite per i diversi tipi di frattura, il 62% ha necessitato di un intervento di riduzione e osteosintesi, mentre nel 36% dei pazienti è stata preferito un intervento di sostituzione protesica. (Tab. VII)

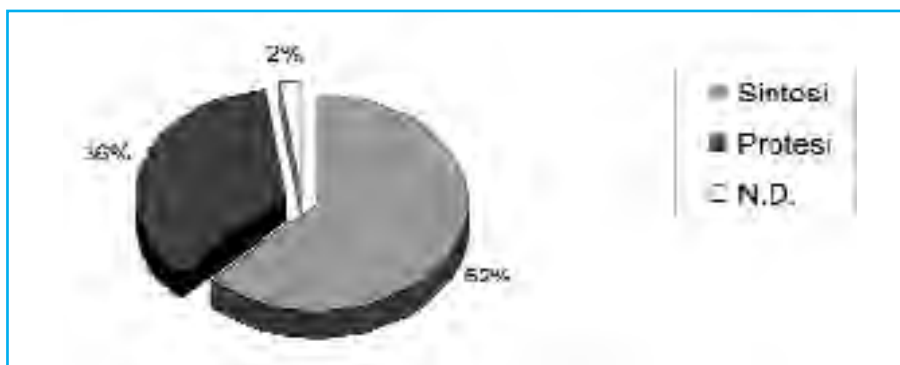
Alla dimissione, l'80% dei pazienti ha ricevuto terapia medica per l'osteoporosi. In particolare, come mostrato nella Tabella VIII, sono stati prescritti con maggior frequenza bisfosfonati in Nota 79 (73%).



Tab. V. Tipo di frattura.



Tab. VI.



Tab. VII. Terapia consigliata.



Tab. VIII.

DISCUSSIONE

Si calcola che nelle donne di razza bianca di età compresa tra i 65 e gli 84 anni, il 90% delle fratture prossimali di femore sia correlato alla patologia osteoporotica, per arrivare ad oltre il 95% oltre gli 85 anni. Per quanto riguarda gli uomini, sebbene il rischio di frattura di femore sia inferiore rispetto al sesso femminile, queste percentuali sono comunque molto elevate: 80% tra i 65 e gli 85 anni e 85% nei soggetti di età ≥ 85 anni.

Le fratture osteoporotiche, in particolare quelle di femore, sono associate ad una aumentata mortalità e morbilità: entro un anno dall'evento fratturativo, infatti, circa il 20% (5-40%) dei pazienti muore, il 40% non è in grado di camminare autonomamente ed il 25% necessita di assistenza domiciliare a lungo termine.

Un aspetto da non sottovalutare è che una pregressa frattura aumenta di circa 5 volte il rischio di un successivo evento fratturativo con una incidenza del 6% nel primo mese e del 4% nei 6 mesi successivi.

Secondo i criteri della *World Health Organization* (WHO) "A causa dell'aumentato rischio di successive fratture, le decisioni sul trattamento dovrebbero essere il più possibile aggressive per coloro che hanno già manifestato una frattura da fragilità, indipendentemente dalla densità minerale ossea".

I risultati del presente studio trasversale multicentrico mostrano chiaramente come nella maggior parte dei pazienti osteoporotici con frattura di femore da fragilità non era stata precedentemente prescritta una appropriata terapia medica.

Ciò è in accordo con la letteratura più recente.

In uno studio americano l'81% di 300 pazienti con frattura di collo femorale erano dimessi senza terapia medica per l'osteoporosi, al 13,3% era stato prescritto calcio e solo il 18% aveva ricevuto alla dimissione un trattamento idoneo per prevenire il riassorbimento osseo.

Kiebzak ha effettuato uno studio con le stesse finalità su 363 pazienti e solo il 4,5% degli uomini e il 27% della donne era stato dimesso con un adeguatotrattamento per l'osteoporosi.

In precedenza Torgenson e Dolan avevano osservato un incremento della prescrizione di farmaci anti-riassorbimento osseo solo per fratture vertebrali (39% dei casi), mentre per le fratture del collo femorale non veniva effettuato trattamento alcuno.

Un recente sondaggio promosso dalla International Osteoporosis Foundation e condotto interpellando 3422 chirurghi di diverse nazionalità ha mostrato come più della metà dei chirurghi intervistati ritenesse di non aver ricevuto informazioni sufficienti sull'osteoporosi.

È noto altresì come un adeguata opera di informazione può correggere questa tendenza, come dimostra lo studio di Gardner, nel quale viene mostrata una graduale seppur lenta crescita (dal 1997 al 2000, dall'11% al 29%) nelle prescrizioni terapeutiche per l'osteoporosi alla dimissione.

CONCLUSIONI

Pur in presenza di chiare indicazioni basate su solide prove scientifiche, i dati riportati confermano che l'osteoporosi è attualmente una patologia sottostimata, inoltre, la ridotta quota di investimenti nel settore in un'epoca di razionamento delle risorse non aiuta lo sviluppo di conoscenze, né permette un'adeguata sensibilizzazione dei professionisti del settore.

Il ruolo dell'ortopedico non dovrebbe dunque risolversi nel trattamento della emergenza in sé, più spesso con l'intervento chirurgico, ma bensì proseguire nella gestione dell'osteoporosi, che ha rappresentato il substrato patologico per la frattura.

Nella gestione del paziente anziano con frattura di femore appare invece di fondamentale importanza che l'ortopedico instauri prima della dimissione una adeguata terapia medica con farmaci che abbiano dimostrato di ridurre in modo significativo il rischio di frattura e più specificamente il rischio di frattura femorale.

Lo sviluppo e l'implementazione di linee guida e algoritmi diagnostico-terapeutici saranno fondamentali ai fini del trattamento secondario delle fratture da fragilità ossea.

BIBLIOGRAFIA

Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis. Report of a WHO Study Group. World Health Organ Tech Rep Ser 1994;843:1-129.

Johnell O, Kaufman J, Cummings S, Lane J, Bouxsein M. *Recommendations for Care of the Osteoporotic Fracture Patient to Reduce the Risk of Future Fracture.* Developed by the World Orthopedic Osteoporosis Organization (WOOO).

Cooper C, Campion G, Melton LJ 3rd. *Hip fractures in the elderly: a world-wide projection.* Osteoporos Int 1992;2:285-9.

Indagine conoscitiva sui problemi socio-sanitari connessi alla patologia osteoporotica. XII Commissione Permanente del Senato della Repubblica, 2003.

Boockvar KS, Halm EA, Litke A, Silberzweig SB, McLaughlin M, Penrod JD, et al. Hospital readmissions after hospital discharge for hip fracture: surgical and nonsurgical causes and effect on outcomes. J Am Geriatr Soc 2003;51:399-403.

Gardner MJ, Flik KR, Mooar P, Lane JM. *Improvement in the undertreatment of osteoporosis following hip fracture.* J Bone Joint Surg 2003;85A:1394-5.

Kiebzak GM, Beinart GA, Perser K, Ambrose CG, Siff SJ, Heggeness MH. *Undertreatment of osteoporosis in men with hip fracture.* Arch Intern Med 2002;162:2217-22.

Torgerson DJ, Dolan P. *Prescribing by general practitioners after an osteoporotic fracture.* Ann Rheum Dis 1998;57:378-9.

Dreinhofer KE, Anderson M, Feron JM, Herrera A, Hube R, Johnell O, et al. *Multinational survey of osteoporotic fracture management.* Osteoporos Int 2005;16:S44-S5.