



FALCRI
donna

Intervista al dottor Ottorino Catani

OSTEOPOROSI E PREVENZIONE

di Orsola Grimaldi

La
prevenzione
rappresenta
uno degli
elementi
fondamentali
per la nostra
salute

FalcriDonna Sanpaolo Banco di Napoli in collaborazione con il Centro medico Apollonia di Napoli ha promosso di recente una campagna di prevenzione gratuita per una delle malattie che più colpiscono le donne: l'osteoporosi.

Professione Bancario ha rivolto alcune domande al dottor Ottorino Catani, chirurgo traumatologo e delle malattie delle ossa, specialista delle malattie e delle deformità della colonna vertebrale, il quale svolge la propria attività chirurgica presso l'ospedale S. Paolo di Napoli dove collabora quale coreponsabile alla gestione dell'ambulatorio di chirurgia del piede.

P.B.: Dottor Catani è vero che una donna in sovrappeso ha meno rischio di osteoporosi?

Sì. La donna in sovrappeso è un po' più protetta contro l'osteoporosi della donna molto magra.

Un peso corporeo maggiore esercita un maggior carico sulle ossa che diventano più robuste di quelle delle persone molto magre. Inoltre, anche dopo la menopausa, nel tessuto adiposo (il "grasso") continua una certa produzione di estrogeni.

P.B.: Tutte le donne sono colpite da osteoporosi dopo la menopausa?

No. Tutte le donne – soprattutto nei primi anni dopo la menopausa – hanno una riduzione della massa ossea, che fa parte delle normali modificazioni legate all'invecchiamento. In alcuni casi la riduzione della massa ossea è più elevata e si sviluppa un'osteoporosi. Una massa ossea bassa in partenza e la presenza di specifici fattori di rischio concorrono nel favorire lo sviluppo dell'osteoporosi.

P.B.: Perché è importante il calcio?

Il calcio è un elemento essenziale per la nostra vita. Sotto forma di sali (per lo più fosfati di calcio) si deposita nell'osso e determina la caratteristica robustezza dello scheletro.

Il fabbisogno di calcio varia durante le fasi della vita. È elevato soprattutto nel periodo della

crescita e dello sviluppo, ma anche durante la gravidanza e l'allattamento. In menopausa si consiglia di assumerne 1500 mg al giorno.

P.B.: Quale terapia allora?

L'osteoporosi è una vera e propria malattia dell'osso e come tale va curata. Da alcuni anni, sono disponibili diversi farmaci efficaci nell'arrestare la progressione della malattia e nel ridurre il rischio di fratture.

Va sottolineato che non esiste una terapia che va bene per tutti i pazienti. Anche per l'osteoporosi la scelta di un farmaco invece di un altro è fatta sulla base di una valutazione generale del paziente, del suo stato di salute, delle sue abitudini di vita e di eventuali altre terapie in corso.

P.B.: Veniamo quindi ai farmaci utilizzati contro l'osteoporosi.

I principali appartengono a questi gruppi:

- *estrogeni* (tipicamente, terapia ormonale sostitutiva dopo la menopausa);
- *bisfosfonati* (tra cui i più usati sono l'alendronato, il risedronato, il clodronato, il pamidronato, il neridronato);
- *SERM* (prodotti "simili" agli estrogeni, ma con effetti limitati a certi organi: il primo SERM attivo solo sull'osso è il raloxifene);
- *calcitonina* (un ormone prodotto dalla tiroide);
- *derivati della vitamina D* (calcifediolo, calcitriolo, alfa-calcidolo);
- *paratormone*.

I primi quattro gruppi sono sostanze chimicamente molto diverse, che però in qualche modo agiscono sull'osso in modo simile. In pratica, rallentano il processo di "riassorbimento osseo", quello che fa perdere calcio. L'osso si distrugge (riassorbimento) e si rigenera (neodeposizione) continuamente. Il problema dell'osteoporosi è che per qualche motivo si riassorbe più osso di quanto se ne riesce a ricostruire.

Questi farmaci, rallentando la distruzione, riportano i due processi verso l'equilibrio: ecco perché riescono in genere a rallentare o anche bloccare l'evoluzione della malattia. I derivati attivi della vitamina D sono utili in condizioni particolari, per esempio nelle persone anziane. Il paratormone è l'ormone prodotto dalle paratiroidi: è un farmaco estremamente potente, ancora sperimentale. Sembra superfluo sottolineare a questo punto che tutti i farmaci contro l'osteoporosi devono essere usati solo su prescrizione medica, e che il "fai da te" è vivamente sconsigliato.

P.B.: E sugli integratori di calcio?

Anche se non si tratta di farmaci in senso stretto, è bene accennare, sotto il capitolo "terapia", anche gli integratori a base di calcio, con o senza vitamina D, che per



Il dottor Ottorino Catani

molte persone, soprattutto anziane, costituiscono un obbligatorio complemento della terapia farmacologica.

Alcuni integratori sono prodotti da banco, altri richiedono la ricetta medica. Ne esistono in forma di compresse, bustine, pastiglie effervescenti. Sono utili, o addirittura essenziali, quando la dieta quotidiana non può fornire il calcio necessario, per esempio in chi non vuole o non può mangiare latte e latticini. Sono "integratori", cioè supplementi. Vanno presi per completare la dieta quotidiana quando è necessario.

Quindi, è inutile prendere un integratore di calcio il giorno che si è mangiato un etto di parmigiano. Senza diventare fanatici dei milligrammi, l'ideale sarebbe fare una valutazione del calcio assunto con i cibi, e poi prendere la dose mancante attraverso un integratore. Un giorno si dovrà prendere l'intera bustina o compressa, un altro giorno ne potrà bastare mezza, un altro giorno ancora l'integratore non sarà necessario. Troppo poco calcio non va bene, ma troppo calcio è come minimo inutile.

P.B.: Quali farmaci sono prescrivibili e quando?

L'osteoporosi è una malattia generazionale ad alto impatto sociale.

Questo spiega la cautela con cui le varie Commissioni sanitarie che si sono succedute negli anni hanno imposto nell'erogazione dei farmaci contro l'osteoporosi a nostra disposizione.

Le ultime modifiche apportate alla fatidica nota "79", in virtù dell'efficacia dimostrata dalle ultime generazioni dei farmaci della

famiglia dei Bifosfonati (ac. alendronico, ac. risedronico, ac. ibandronico, ac. alendronico + vit. D3, ecc.), rendono queste molecole prescrivibili, fatte le dovute eccezioni, per tutti quei soggetti che fanno uso cronico (maggiore dei tre mesi) di cortisone, che abbiano subito fratture vertebrali (con cuneizzazione della vertebra maggiore del 15%) e/o femorali senza una causa efficace riconosciuta (cioè senza un trauma evidente) o siano emersi determinati valori patologici alla mineralometria ossea secondo il metodo DXA (doppi raggi X) o secondo la strumentazione ad ultrasuoni (QUS).

P.B.: Dottor Catani per concludere cos'è la ultrasonometria ossea?

Questa metodica, conosciuta come ultrasonometria quantitativa o QUS (Quantitative Ultra-Sound), è l'ultima nata tra le tecniche densitometriche e si basa sulla modificazione che un fascio di ultrasuoni subisce attraversando l'osso. L'impiego di ultrasuoni offre il vantaggio teorico di misurare, oltre alla densità, altri dati riferibili ad aspetti microstrutturali e qualitativi dell'osso. Con la Qus risulta possibile effettuare misure relativamente rapide e semplici in assenza di radiazioni.

Inoltre, come emerge dalla attuale letteratura di settore, i risultati di questo tipo di screening sono sovrapponibili a quelli prodotti dagli esami più invasivi che utilizzano radiazioni (metodo DXA dell'anca e della colonna vertebrale). ■

