

 Renata Furman, 2014-05-08 07:00

Osteoporoza - główna przyczyna niepełnosprawności i zgonów

Fot. MedExpress TV

Osteoporoza to poważny problem społeczny, jest bowiem jedną z głównych przyczyn niepełnosprawności i zgonów wśród osób w dojrzałym wieku.

O problematyce osteoporozy w kontekście społecznym, medycznym i ekonomicznym rozmawiali podczas redakcyjnej debaty Służby Zdrowia prof. Roman Lorenc, Zakład Biochemii Radioimmunologii i Medycyny Doświadczalnej CZD, prof. Witold Tłustochowicz, konsultant krajowy w dziedzinie reumatologii, dr Jerzy Gryglewicz, Uczelnia Łazarskiego, Grzegorz Kubiela, główny specjalista, Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia. Debata prowadzona przez red. Renatę Furman, zastępcę redaktora naczelnego Służby Zdrowia.

Jeśli chodzi o możliwości leczenia osteoporozy w Polsce, ostatnim krokiem rozszerzającym wachlarz terapeutyczny była decyzja ministra zdrowia o refundacji denosumabu, podjęta w 2012 r. W zgodnej opinii jest to terapia dogodna i dla lekarzy, i dla pacjentek, lek podawany jest w formie podskórnej, raz na pół roku, w warunkach ambulatoryjnych. Jednakże, jak przypomnieli prof. Tłustochowicz, grupę chorych, dla których ta terapia jest dostępna w refundacji, ograniczono do pacjentek w wieku powyżej 65 lat ze stwierdzoną pierwotną osteoporozą pomenopauzalną, ze złamaniem kręgowym lub złamaniem szyjki kości udowej, po niepowodzeniu leczenia bisfosfonianami lub przeciwwskazaniami do stosowania doustnych bisfosfonianów. – Zawężenie do opisu „złamanie szyjki kości udowej”, podczas gdy w innych krajach opisuje się to jako złamanie biodra, powoduje, że w rzeczywistości grupa chorych, która może otrzymywać denosumab, jest jeszcze bardziej zawężona – podkreślił prof. Tłustochowicz. Dodał także, że środowisko medyczne oczekuje na rozszerzenie wskazań do leczenia denosumabem, zgodnie z charakterystyką produktu – co może stać się tylko na wniosek producenta. Rozszerzenie takie jest tym bardziej istotne że w Polsce ograniczony jest dostęp do stosowania soli strontu oraz parathormonu.

Grzegorz Kubiela przypomniał, że NFZ w 2009 r. na hospitalizacje w zakresie reumatologii wydał 200 mln zł, a w 2013 r. już o 20 mln złotych więcej. Refundacja apteczna osteoporozy to w 2012 r. prawie 17,5 mln zł. Należy przy tym zaznaczyć, że dane te nie wyczerpują pełnych informacji na temat leczenia pacjentów za pomocą innowacyjnej terapii denosumabem, bowiem są chorzy, którzy nie spełniają wymogów refundacyjnych i kupują lek za stuprocentową odpłatnością. Jak dodał dr Gryglewicz, są również pacjenci, dla których brak refundacji jest barierą dostępu do świadczenia. Trudności w dokładnym określeniu populacji, w której wystąpiły powikłania związane z osteoporozą związane brakiem dostępu do danych dotyczących liczby złamań osteoporotycznych. Tymczasem, jak podkreślił prof. Lorenc, analiza takich danych powinna być podstawą określenia kompleksowej opieki nad pacjentami z osteoporozą. Jak poinformował G. Kubiela, obecnie świadczeniodawcy nie są zobowiązani do odrębnego sprawozdawania złamań osteoporotycznych. – Może – na wniosek np. konsultanta krajowego w dziedzinie ortopedii lub reumatologii, warto wprowadzić konkretne kodowanie osteoporozy przy złamaniach. Rozmówcy podkreślili, że w obliczu postępującego szybko procesu starzenia się społeczeństwa można powiedzieć, że jesteśmy populacją niejako skazaną na osteoporozę. Wydłuża się średnia życia i czas pracy zawodowej – to dodatkowe czynniki, dla których osteoporozie trzeba zapobiegać, odpowiednio wcześniej diagnozować, ale też nowoczesnie ją leczyć.

W ostatnich latach AOTM wydał kilka rekomendacji dot. osteoporozy:

- w 2009 r. pozytywną dla Risendrosu (ryzedronian sodu) w leczeniu osteoporozy pomenopauzalnej,
- w 2010 r. negatywną dla Preotactu (parathormon) w leczeniu osteoporozy pomenopauzalnej,
- w 2011 r. pozytywną dla Prolii (denosumab) u pacjentek ze stwierdzoną pierwotną osteoporozą pomenopauzalną (T score \leq - 2,5 mierzone metodą DXA) ze złamaniem kręgowym lub złamaniem szyjki kości udowej, po niepowodzeniu leczenia bisfosfonianami lub przeciwwskazaniami (nietolerancją) do stosowania doustnych bisfosfonianów,
- w 2012 negatywną dla Forsteo® (teryparatyd) w leczeniu osteoporozy indukowanej glikokortykosteroidami ze złamaniem patologicznym, w 2013 pozytywną dla Protelosu (ranelinian strontu) w leczeniu pierwotnej osteoporozy pomenopauzalnej (T - score \leq 2,5 mierzone metodą DXA), u pacjentek powyżej 65. roku życia ze złamaniem kręgowym lub złamaniem biodra, po niepowodzeniu leczenia bisfosfonianami lub przeciwwskazaniami (nietolerancją) do stosowania doustnych bisfosfonianów.

Obecnie w ocenie AOTM jest lek Prolia w rozszerzonym wskazaniu refundacyjnym (osteoporoza pomenopauzalna u kobiet w wieku powyżej 60 lat, ze złamaniem osteoporotycznym, po niepowodzeniu leczenia doustnymi bisfosfonianami lub przeciwwskazaniami do ich stosowania).