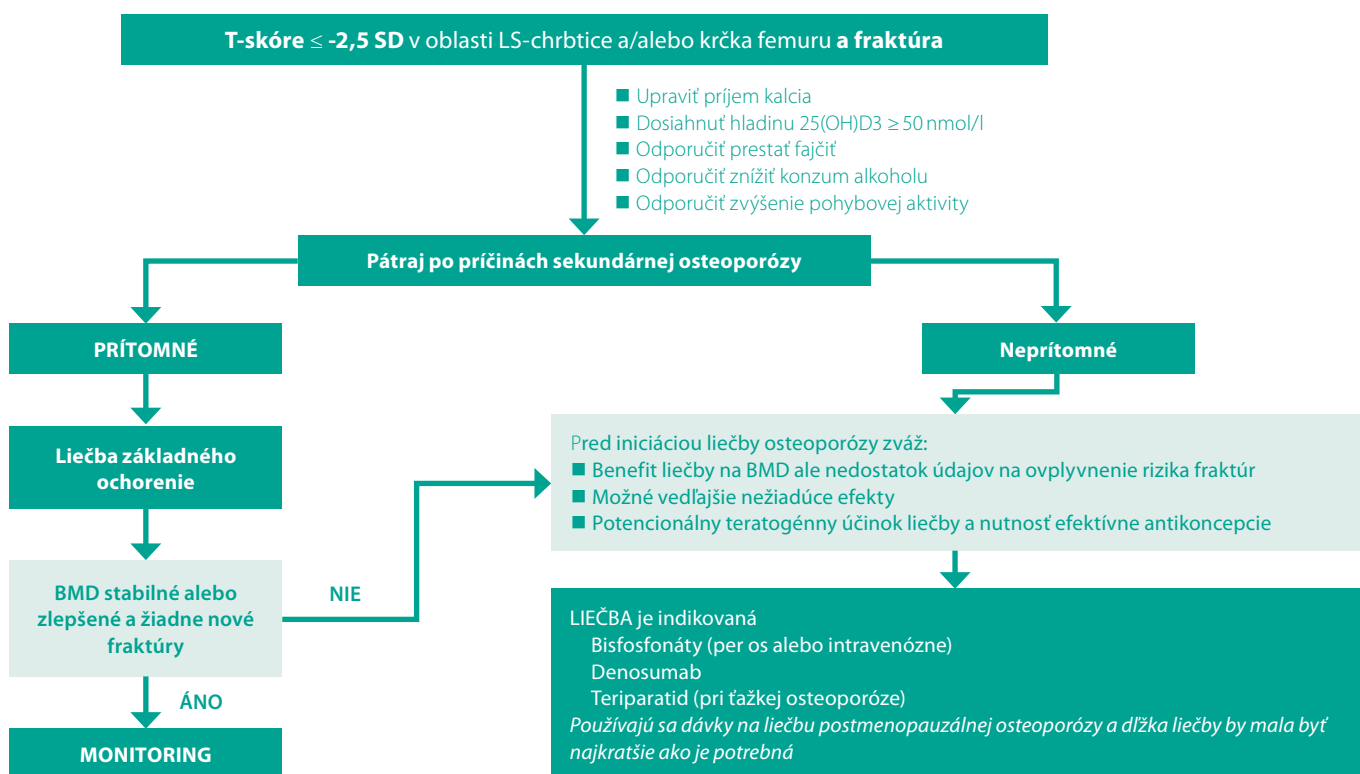


Obr. 1. Manažment premenopauzálnych osteoporózy



gonadizmu a akcelerovanej strate kostnej hmoty (30). Podávanie kyseliny zoledrónovej (4 mg i. v. každých 6 mesiacov počas užívania chemoterapie) u premenopauzálnych žien (priemerný vek 44–46 rokov) s karcinómom prsníka, ktoré podstúpili adjuvantnú chemoterapiu viedlo k prevencii straty kostnej denzity v oblasti LS chrbtice v porovnaní s kontrolnou skupinou. V skupine žien liečených kyselinou zoledrónovou pretrvávala stabilná hodnota kostnej denzity viac ako 5 rokov, čo je v ostrom kontraste s kontrolnou skupinou, kde došlo k strmému poklesu kostnej denzity (31). Ďalšia štúdia s kyselinou zoledrónovou (4 mg i. v. každé 3 mesiace) viedla u žien s novodiagnostikovaným karcinómom prsníka (priemerný vek 42 rokov) po 12 mesiacoch liečby k stabilnej hodnote kostnej denzity na rozdiel od žien, ktorým bolo podávané placebo, a u ktorých došlo v sledovanom období k signifikantnej redukcii hodnoty kostnej denzity (32). Terapia rizedronátom (30 mg rizedronátu per os denne 2 týždne, potom 10 týždňov bez liečby, režim zopakovaný 8 × počas 2 rokov) viedla k signifikantnému nárastu kostnej denzity u žien s karcinómom prsníka v kontraste k signifikantnému zníženiu kostnej denzity u pacientok v kontrolnej skupine, ktorým bolo podávané placebo (33). Iná štúdia s rizedronátom (35 mg týždenne) u premenopauzálnych žien s karcinómom prsníka (priemerný vek 43 rokov) však nevedla po 2 rokoch terapie k signifikantnému zvýšeniu kostnej denzity v porovnaní s placebo (34). Vo všeobecnosti možno povedať, že podávanie kyseliny zoledrónovej u premenopauzálnych žien s karcinómom prsníka je podporené presvedčivejšími dôkazmi a bezpečnostný profil u týchto žien je porovnateľný s tým u žien po menopauze, i napriek frekventnejšiemu dávkovaniu (každých 3–6 mesiacov vs. raz ročne). Alternatívou je podávanie denosumabu, avšak chýbajú relevantné dáta v populácii premenopauzálnych žien (35).

Je málo údajov aj o účinkoch teriparatidu u premenopauzálnych žien, ale tento liek bol skúmaný u žien s amenoreou vyvolanou liekmi (36), žien s idiopatickou osteoporózou (37), žien s graviditou alebo zlomeninami súvisiacimi s laktáciou (38) a u žien s glukokortikoidmi indikovanou osteoporózou (39). Keďže dlhodobé osteoformačné účinky teriparatidu u mladých žien nie sú presne známe, použitie by malo byť vyhradené pre osoby s najvyšším rizikom zlomenín alebo pre osoby, ktoré majú opakujúce sa zlomeniny. U žien mladších ako 25 rokov sa pred zvážením liečby teriparatidom odporúča dokumentovať kostný vek uzavretými epifýzami, pretože je počas rastu kontraindikovaný. Všeobecný manažment premenopauzálnych osteoporózy je na obrázku č. 1.

### Najčastejšie príčiny sekundárnej osteoporózy u premenopauzálnych žien

Najčastejšou formou sekundárnej osteoporózy zapríčinennej liekmi je osteoporóza **v dôsledku terapie glukokortikoidmi**. Asi 30–40% pacientov na chronickej liečbe glukokortikoidmi má rádiologický nález vertebrálnej fraktúry (efekt glukokortikoidov na kosť je výraznejšie vyjadrený na kvalite trabekulárnej kosti) (40). Efekt glukokortikoidov na kosť znázorňuje obrázok 2.

Negatívny účinok závisí od dávky glukokortikoidov a dĺžky podávania. Glukokortikoidmi indukovaná osteoporóza je však potenciálne reverzibilné ochorenie. Po ukončení kortikoterapie hodnota BMD stúpa a riziko fraktúr klesá a mladé ženy, ktoré sú síce často liečené vysokými dávkami glukokortikoidov, majú vo všeobecnosti väčší potenciál pre návrat kostnej denzity k východnej hodnote (43). Vo všeobecnosti možno odporučiť liečiť premenopauzálnych ženy najnižšími možnými účinnými dávkami glukokortikoidov v čo najkratšom čase. Z hľadiska špecifickej antiporotickej farmakoterapie glukokortikoidmi indukovanej