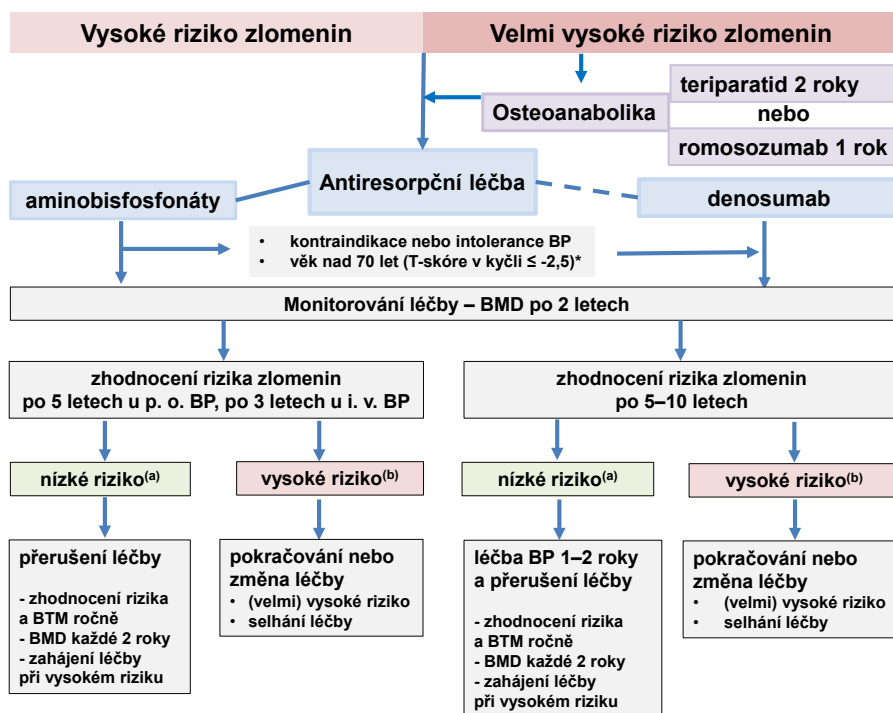


Obř. 1. Algoritmus 1 – schematické znázornění dlouhodobé léčby osteoporózy. Přehodnoťte riziko zlomenin u pacientů léčených bisfosfonáty p. o. po 5 letech a i. v. BP po 3 letech

a) nízké riziko lze předpokládat u pacientů s T skóre v oblasti kyčle > -2,5, bez prevalentních zlomenin obratlů nebo kyčle a absencí nových během léčby a dalších rizikových faktorů (FRAX); b) vysoké riziko zlomenin lze předpokládat, pokud dojde k významné ztrátě BMD, není snížen kostní obrat nebo v případě nové osteoporotické zlomeniny; d) vysoké riziko lze předpokládat u pacientů s T- skóre kyčle < -2,5, s prevalentními zlomeninami obratlů, novými zlomeninami během léčby nebo dalšími rizikovými faktory zlomenin (FRAX); BTM: biochemické markery kostního obratu; BMD: denzita kostního minerálu

- Pro mladší ženy po menopauze ve věku < 60 let nebo do 10 let od menopauzy je volbou menopauzální hormonální léčba, která upřednostňuje zmírnění klimakterických symptomů. Léčba musí být založena na individuální analýze poměru rizika a přínosu a je indikována u žen, které mají nízké výchozí riziko nežádoucích maligních a tromboembolických příhod.
- U postmenopauzálních žen (≤ 65 let věku, bez klimakterického syndromu) s osteoporózou a s vysokým rizikem zlomenin obratlů je vhodnou volbou i selektivní modulátor estrogenových receptorů raloxifen. V ČR je ale t. č. dostupný pouze na mimořádný dovoz a úhrada je vázaná na posouzení revizním lékařem.
- Denosumab volíme nejčastěji u osob ≥ 70 let věku nebo v případě intolerance nebo kontraindikace BP. Výhodou je rychlý nástup účinku a dobrý průnik do kortikální kosti. Před zahájením léčby denosumabem je nezbytné zajistit dlouhodobý personalizovaný plán léčby a dobře informovat pacienta o tom, že léčba denosumabem nesmí být přerušena bez zajištění navazujících antiresorpční léčby. Neplánované vysazení denosumabu vede k rychlé ztrátě BMD a zvýšenému riziku vícečetných zlomenin obratlů (viz léčba denosumabem a její přerušeni).

Léčba u osob s těžkou (manifestovanou) osteoporózou s vysokým nebo velmi vysokým rizikem zlomeniny

Pacienti s těžkou osteoporózou mají prevalentní zlomeniny a nízkou BMD a/nebo zhoršenou kostní kvalitu. Riziko zlomenin u pacientů s těžkou osteoporózou zůstává i přes léčbu antiresorpčními léky vysoké.

Bylo prokázáno, že sekvenční použití léků s osteoanabolickým nebo duálním účinkem na kostní remodelaci zvyšuje BMD a zlepšuje mikroarchitekturu a pevnost kosti účinněji než monoterapie (97, 98, 100). Dvě recentní studie dokumentovaly, že osteoanabolická léčba těžké osteoporózy je významně účinnější než samotná antiresorpční léčba BP. Pacienti s těžkou osteoporózou, zejména s velmi vysokým rizikem zlomenin, budou mít z osteoanabolické léčby největší prospěch (Tab. 2).

Dlouhodobý management osteoporózy

Osteoporóza je chronické onemocnění, které vyžaduje dlouhodobou léčbu a monitorování její účinnosti a bezpečnosti. Obrázek 1 ilustruje dlouhodobou strategii farmakologické léčby osteoporózy. U pacientů s nově diagnostikovanou osteoporózou bude počáteční léčba ve většině případů antiresorpční léčba BP. Úspěšná léčba může zvýšit BMD a snížit riziko zlomenin. U osob s anamnézou osteoporózy ale zlepšení T-skóre do pásma osteopenie nebo dokonce normy nezmení diagnózu osteoporózy. BMD může být zlepšena a riziko zlomenin sníženo; nicméně, kvalita kosti, např. poškozená mikroarchitektura, se při antiresorpční léčbě nezlepší, ale s věkem se zhoršuje. Pacient může dosáhnout významného nárůstu BMD, ale stále mít nepříjemně vysoké riziko zlomeniny. Změny BMD a riziko zlomenin je proto nutné interpretovat v kontextu vstupních hodnot BMD, anamnézy zlomenin a dalších faktorů, které stanovily původní diagnózu osteoporózy. Například léčba perorálním BP může snížit riziko zlomenin na přijatelnou úroveň u pacienta s nízkou BMD bez anamnézy recentní zlomeniny, ale nemusí být dostačující u vysoce rizikového pacienta (mnohočetné zlomeniny,