

recentní zlomenina obratle). Při trvajícím vysokém riziku zlomenin při antiresorpční léčbě nebo velmi vysokém riziku např. při selhání léčby je indikována osteoanabolická léčba teriparatidem nebo léčba romosozumabem. Pro přehodnocení pravděpodobnosti zlomenin při zvažování změny léčby je doporučeno užít nástroj FRAX společně s BMD krčku stehenní kosti (103). Byť intervenční práh pro léčbu pomocí nástroje FRAX zatím nebyl v ČR stanoven, hodnocení FRAX může napomoci při rozhodování o pokračování v léčbě.

Trvání léčby aminobisfosfonáty

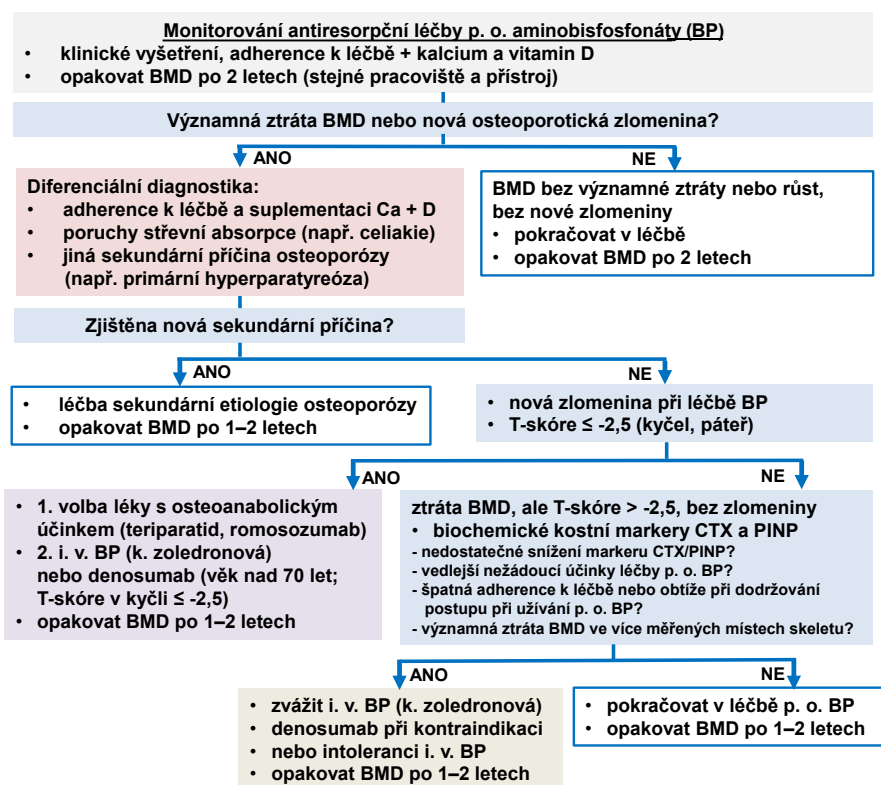
Léčba perorálními BP by měla trvat po dobu nejméně 5 let a intravenózními BP (k. zoledronová, ibandronát) 3 roky (Tab. 6, Obr. 1) (104). Dostupné důkazy naznačují, že s délkou antiresorpční léčby BP se zvyšuje výskyt vzácných nežádoucích příhod, jako jsou atypické zlomeniny stehenní kosti (AFF) a osteonekróza čelistí (ONJ) (Tab. 5). Dlouhodobá vazba BP ve skeletu umožňuje dočasné přerušení léčby. Rozhodnutí o přerušení léčby ale vyžaduje individuální posouzení přínosů a rizik léčby. Přerušení léčby osteoporózy je spojeno se zvýšeným rizikem zlomenin, takže rutinní přerušení antiresorpční léčby není doporučeno a je vhodné volit individuální přístup na základě rizika zlomenin (105). U pacientů s trvajícím vysokým rizikem zlomenin (např. T-skóre $\leq -2,5$ a/nebo prevalentní osteoporotické zlomeniny) by měla léčba BP pokračovat až 10 let při perorální léčbě a až 6 let v případě léčby i. v. BP. U pacientů s trvajícím vysokým a velmi vysokým rizikem je vhodné vždy zvažovat přerušení léčby BP a zahájení osteoanabolické léčby. U pacientů, u kterých není vysoké riziko zlomenin (např. T-skóre $> -2,5$ SD a bez prevalentních zlomenin), je vhodné zvážit dočasné přeru-

šení léčby („drug holiday“) po dobu 1–5 let. Délka přerušení se bude lišit podle délky předchozí léčby a typu BP a vyžaduje monitorování (Algoritmus 2). Přerušení léčby alendronátem je po 3–5 letech spojeno s úbytkem BMD a zvýšeným kostním obrátem (106). Po přerušení léčby risedronátem nebo ibandronátem dochází k vzestupu resorpce kosti přibližně po 1,5 roce (107, 108). V případě kyseliny zoledronové je přerušení léčby po 3 letech spojeno pouze s malým úbytkem BMD v dalších 3 letech (109). Post-hoc analýzy z extenze studie FLEX (alendronát) a HORIZON (kyselina zoledronová) naznačují, že největší prospěch z dlouhodobého užívání BP budou mít ženy s nízkou BMD v kyčli (T-skóre $< -2,0$ ve studii FLEX a $\leq -2,5$ v studii HORIZON), ženy s prevalentními zlomeninami obratlů a ženy, které utrpěly jednu nebo více zlomenin během léčby BP (110). Vyšší riziko zlomenin po vysazení alendronátu bylo také u starších žen (≥ 70 let).

Monitorování léčby

Důležitou součástí léčby osteoporózy je i její monitorování, tedy ověření, zda pacient odpovídá na léčbu očekávaným způsobem, nebo naopak na léčbu neodpovídá a je nutné přehodnotit způsob léčby (Obr. 1, Obr. 2.). U pacientů hodnotíme jakékoli vedlejší účinky léčby, dodržování (adherenci) léčby a možné problémy s užíváním p. o. BP. Klinické vyšetření je nezbytné pro identifikaci nových zlomenin, zhodnocení rizika pádů a/nebo nových či zhoršujících se komorbidit. Radiologické zobrazení obratlů (boční rentgenové snímky hrudní a bederní páteře nebo VFA při DXA vyšetření) u pacientů se ztrátou tělesné výšky nebo anamnézou bolestí zad (např. bolest po zvednutí těžšího předmětu) je důležité pro posouzení výskytu nových zlomenin obratlů

Obr. 2. Algoritmus 2 – monitorování antiresorpční léčby p. o. bisfosfonáty



BMD: densita kostního minerálu; BP: bisfosfonáty