

# Częstość występowania osteoporozy u mężczyzn wśród mężczyzn powyżej 60. roku życia, pacjentów poradni lekarza rodzinnego

Prevalence of osteoporosis in men aged over 60 in primary care

Magdalena Ignaszak-Szczepaniak,  
Wanda Horst-Sikorska  
(*In Memoriam*)

Pracownia Chorób Metabolicznych Kości,  
Katedra Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet  
Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

## STRESZCZENIE

**Wstęp.** Osteoporoza u mężczyzn rozpoznawana jest rzadko.

**Cel pracy.** Ocena częstości występowania osteoporozy u mężczyzn > 60. roku życia w praktyce lekarza rodzinnego (PLR).

**Materiał i metody.** Wśród mężczyzn, pacjentów poradni lekarza rodzinnego przeprowadzono ankietę dotyczącą czynników ryzyka złamań osteoporotycznych. U chorych, którzy wypełnili ankietę, analizowano dodatkowo choroby współistniejące, stosowane leki, przeprowadzono badanie przedmiotowe, a następnie kierowano do poradni endokrynologicznej na badania specjalistyczne.

**Wyniki.** Do analizy włączono 42 mężczyzn. U 17 (40%) stwierdzono nieprawidłowe wartości T-score; osteopenię u 12 (29%), u 4 (10%) T-score < -2,5. Rozpoznanie osteoporozy na podstawie nowej definicji (NBHA 2014) postawiono u 7 mężczyzn, to jest u 16,6%.

**Wnioski.** 1. Co szósty mężczyzna, pacjent poradni lekarza rodzinnego, w wieku > 60. roku życia może być zagrożony osteoporozą oraz złamaniami niskoenergetycznymi; 2. nawet do 30% mężczyzn może mieć osteopenię, stanowiąc dodatkowo dużą grupę ryzyka wystąpienia złamań osteoporotycznych; 3. znaczna częstość występowania obniżonej gęstości mineralnej kości w badaniu densytometrycznym u mężczyzn > 60. roku życia wskazuje na potrzebę rozpowszechnienia wiedzy na temat osteoporozy u mężczyzn przez lekarzy rodzinnych oraz stosowanie profilaktycznej dawki witaminy D3.

Forum Medycyny Rodzinnej 2015, tom 9, nr 3, 223–225

**Słowa kluczowe:** osteoporoza u mężczyzn, praktyka lekarza rodzinnego, densytometria

## ABSTRACT

**Introduction.** Osteoporosis in male is rarely diagnosed.

**Aim of the study.** The estimation of the prevalence of male osteoporosis in patients > 60 years in GP practice.

**Material and methods.** Male patient > 60 y from Family Medicine Dept. in Poznan University of Medical Sciences responded to the survey concerning osteoporotic fractures risk factors. Men, who filled in the questionnaires were analyzed for comorbidities, used medications and passed physical exam. Then they were referred to endocrinology clinic for specialized tests.

**Results.** Study group comprised 42 men. In 17 (40%) incorrect values of T-score were found: 12 (29%) were osteopenic, 4 (10%) had T-score < -2.5. The final diagnosis of osteoporosis according to new definition (NBHA 2014) was made in 7 men, i.e. 16.6%.

**Conclusions.** 1. Every sixth men, patient in GP practice > 60 y may be at risk for osteoporosis and osteoporotic fractures. 2. Up to 30% of men may have osteopenia, being additional risk group of osteoporotic fractures. 3. Significant prevalence of decreased BMD in DPX in men > 60 y indicates the need of dissemination of knowledge on male osteoporosis among GPs as well as need for vitamin D3 supplementation.

Forum Medycyny Rodzinnej 2015, vol 9, no 3, 223–225

**Key words:** male osteoporosis, GP practice, densitometry

## WSTĘP

Osteoporoza uważana jest za chorobę występującą wyłącznie u kobiet po menopauzie. Tymczasem dotyczy także mężczyzn, zwłaszcza > 60. roku życia, u których ryzyko złamania osteoporotycznego wynosi 13–20% [1]. Najczęstszymi przyczynami osteoporozy u mężczyzn są: stosowanie glikokortykosteroidów (GKS), nadużywanie alkoholu, palenie papierosów, niedobór witaminy D3, a także choroby współistniejące: niedobór testosteronu (między innymi po ablacji hormonalnej w raku gruczołu krokowego), przewlekłe choroby przewodu pokarmowego i wątroby [2, 3]. Męska osteoporoza rozpoznawana jest w Pol-

sce rzadko, skala problemu niedoszacowana, co przy wysokim ryzyku powikłań i zgonów związanych z wystąpieniem typowych złamań osteoporotycznych, jak również wobec sukcesywnego starzenia się społeczeństwa, stanowi coraz poważniejszy problem ochrony zdrowia i wymaga zdecydowanej poprawy świadomości choroby wśród lekarzy i pacjentów [3, 4].

Zgodnie z zaleceniami [5] lekarz POZ na podstawie wywiadu, uwzględniającego analizę czynników ryzyka złamań osteoporotycznych, choroby współistniejące i stosowane leki oraz badania przedmiotowego może wskazać pacjentów zagrożonych wystąpieniem osteoporozy, a u pozostałych wprowadzić działania

## Adres do korespondencji:

dr n. med. Magdalena Ignaszak-Szczepaniak  
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej,  
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego  
ul. Przybyszewskiego 49, 60–355 Poznań  
e-mail: bamaks@poczta.onet.pl

profilaktyczne. Zaleca się stosowanie kalkulatora ryzyka FRAX dostępnego on-line [6]. Pozwala on oszacować wstępnie 10-letnie ryzyko złamania także bez wyniku badania densytometrycznego (DPX). Pacjenta z ryzykiem co najmniej średnim, to jest minimum 5%, należy kierować na dalszą diagnostykę do poradni leczenia osteoporozy, która wykona badanie DPX i kompleksowo oceni 10-letnie ryzyko złamania. Do poradni leczenia osteoporozy powinni być także kierowani pacjenci, u których występują choroby zwiększające ryzyko osteoporozy. W przypadku stwierdzenia przez lekarza rodzinnego przebytego złamania niskoenergetycznego należy jak najszybciej rozpocząć leczenie, jednocześnie kierując pacjenta do placówki specjalistycznej [5].

Rekomendacje [5] zalecają wykonanie przesiewowego badania DXA u każdego mężczyzny > 70. roku życia. U młodszych mężczyzn (50–69 lat) DXA zalecana jest przy obecności co najmniej jednego czynnika ryzyka złamań, jak również przy współistnieniu chorób lub stosowaniu leków wpływających na metabolizm kostny, głównie GKS. Według nowej definicji *National Bone Health Alliance* z 2014 roku, rozpoznanie osteoporozy u mężczyzny > 50. roku życia opiera się na spełnieniu jednego z kryteriów: (1) T-score < -2,5 SD w odcinku lędźwiowym kręgosłupa lub bliższym końcu kości udowej (bkk), (2) przebyte złamanie bkk niezależnie od wartości BMD (*bone mineral density*), (3) wystąpienie jakiegokolwiek złamania osteoporotycznego u pacjenta z osteopenią, gdy (4) ryzyko złamania obliczone za pomocą kalkulatora FRAX wynosi > 10% [7].

#### CEL PRACY

Ocena częstości występowania osteoporozy u mężczyzn powyżej 60. roku życia w praktyce lekarza rodzinnego.

#### MATERIAŁ I METODY

Ankietę zawierającą pytania dotyczące klinicznych czynników ryzyka złamań osteoporotycznych skierowano do mężczyzn > 60. roku życia, będących pacjentami poradni lekarza rodzinnego przy Katedrze Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu w 2012 roku, u których nie ustalono

wcześniej rozpoznania osteoporozy. Na ankietę odpowiedziało 45 panów. U każdego przeanalizowano czynniki ryzyka złamań osteoporotycznych, choroby współistniejące, stosowane leki oraz przeprowadzono badanie przedmiotowe, a następnie skierowano do poradni endokrynologii Szpitala Klinicznego im. H. Święcickiego w Poznaniu na badanie densytometryczne (DXA) oraz morfometrię kręgową (VFA, *vertebral fracture assessment*). W badaniu VFA poszukiwano bezobjawowych złamań trzonów kręgowych, oceniając wysokości kręgow w odcinku Th6–L4. U wszystkich chorych przeprowadzono diagnostykę różnicową niskiej masy kostnej. Analizowano dokumentację medyczną pod kątem innych złamań osteoporotycznych oraz chorób nowotworowych. Na podstawie uzyskanych danych określono kompleksowe 10-letnie ryzyko złamań osteoporotycznych za pomocą kalkulatora FRAX dla populacji polskiej.

#### WYNIKI

Do ostatecznej analizy włączono 42 pacjentów w wieku 60–91 lat (średnia 72,8 lat), BMI (*body mass index*) 20–35 kg/m<sup>2</sup> bez chorób nowotworowych, endokrynopatii, bez przewlekłych chorób układu pokarmowego, wątroby czy nerek w wywiadzie. Profil klinicznych czynników ryzyka złamań uwzględnianych w algorytmie FRAX: dwie osoby paliły papierosy, nie stwierdzono niedoboru wagi, nie występowały złamanie bkk w wywiadzie rodzinnym, nikt nie nadużywał alkoholu; stosowanie GKS zaraportowało dwóch pacjentów chorujących na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP), u pozostałych chorych stosowane leki nie miały wpływu na metabolizm kostny. U 17 mężczyzn (40%) stwierdzono nieprawidłowe wartości BMD w badaniu DPX: 12 (29%) spełniło kryteria osteopenii, a u czterech (10%) rozpoznano osteoporozę zgodnie z kryteriami WHO (T-score < -2,5). U czterech mężczyzn (9,5%) stwierdzono przebyte złamanie osteoporotyczne trzonów kręgowych, z czego u dwóch wykryto złamanie bezobjawowe w badaniu morfometrycznym (VFA). Nie stwierdzono przebytych złamań w innych lokalizacjach. Przedział ryzyka złamań oszacowany według algorytmu FRAX z uwzględnieniem DXA

wynosił: 1,7–7,6% (średnia: 2,7%), ryzyko 5–10% stwierdzono zaledwie u dwóch pacjentów. Żaden mężczyzna nie przekroczył progu dużego ryzyka, tzn. FRAX > 10%. Na podstawie wyżej wymienionych danych klinicznych, zgodnie z nową definicją, osteoporozę rozpoznano w sumie u siedmiu pacjentów, to jest u 16,6% chorych.

#### **WNIOSKI**

1. Co szósty mężczyzna, pacjent poradni lekarza rodzinnego, w wieku > 60. roku życia może być zagrożony osteoporozą.
2. Nawet do 30% mężczyzn może mieć tak zwaną osteopenię, stanowiąc dodatkowo dużą grupę ryzyka wystąpienia złamań osteoporotycznych.
3. Znaczna częstość występowania obniżonej gęstości mineralnej kości w badaniu densytometrycznym u mężczyzn > 60. roku życia wskazuje na potrzebę rozpowszechnienia wiedzy na temat osteoporozy u mężczyzn wśród lekarzy rodzinnych

oraz stosowanie profilaktycznej dawki witaminy D3, ponieważ u części tych chorych przyczyną zaburzeń kostnych może być niedobór tejże witaminy.

#### **PIŚMIENNICTWO**

1. Briot K., Cortet B., Trémollières F. i wsp. Comité Scientifique du GRIIO. Male osteoporosis: diagnosis and fracture risk evaluation. *Joint Bone Spine* 2009; 76: 129–133.
2. Borg S., Chopin F., Hoppé E. i wsp. Why and how should we investigate men for osteoporosis? *Joint Bone Spine* 2011; 78: 197–201.
3. Cortet B., Biver E., Borg S. i wsp. Management of male osteoporosis: lessons for clinical practice. *Joint Bone Spine* 2011; 78: 208–210.
4. Khosla S. Update in male osteoporosis. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 2010; 95: 3–10.
5. Lorenc R., Głuszko P., Karczmarewicz E. i wsp. Zalecenia postępowania diagnostycznego i leczniczego w osteoporozie. Aktualizacja 2013. *Medycyna Praktyczna. Wydanie specjalne. Reumatologia* 1/2013.
6. <http://www.shef.ac.uk/FRAX/tool.jsp?lang=po>
7. Siris E.S., Adler R., Bilezikian J. i wsp. The clinical diagnosis of osteoporosis: a position statement from the National Bone Health Alliance Working Group. *Osteoporosis Int.* 2014; 25: 1439–1443.