

Bolí až zlomeniny, osteoporóza ne

*Osteoporóza bývá nazývána tichým zlodějem kostí. Nebolí, jen s věkem ubývá kostní hmoty. Nízkoenergetická fraktura pak bývá prvním příznakem rozvinutého onemocnění. Časopis Archives of Osteoporosis uveřejnil (v roce 2022) epidemiologická data o zátěži osteoporózou a její léčbě v každé z 27 zemí Evropské unie plus ve Švýcarsku a Spojeném království v roce 2019 (viz článek Osteoporóza v Evropě a ČR – výchozí stav v roce 2019). Původně ne zcela příznivá situace v České republice se však v současnosti dramaticky mění. Přispěl k tomu projekt „Populační program časného zachytu osteoporózy v ČR“, který zahájil aktivní screening osteoporózy v ordinacích praktických lékařů a gynekologů. O současném stavu projektu jsme hovořili s jeho spoluautorem **profesorem MUDr. Vladimírem Paličkou, CSc., dr. h. c.,** předsedou Společnosti pro metabolická onemocnění skeletu ČLS JEP.*

Pane profesore, můžete prosím shrnout, jak probíhá populační screening osteoporózy?

Předsedové výborů Společnosti pro metabolická onemocnění skeletu ČLS JEP, Sdružení praktických lékařů České republiky a Sdružení ambulantních gynekologů, s garancí Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP), podepsali 1. dubna 2023 smlouvu, a tím spustili plošný populační program časného zachytu osteoporózy v ČR. K projektu se již připojily všechny zdravotní pojišťovny. V současnosti program běží již dva roky.

Jsou do programu zapojeni všichni praktičtí lékaři a gynekologové?

Všichni se mohou zapojit. Screening osteoporózy se stává automatickou součástí preventivní prohlídky každé dva roky jak u praktického lékaře, tak u ambulantního gynekologa. S velkým potěšením konstatuji, že zájem o populační screening osteoporózy je značný, a to především u gynekologů, kteří jej vnímají jako zlepšení péče a současně rozšíření a možná i zpestření spektra svých výkonů. Praktičtí lékaři jsou zahlceni rozsáhlejší diagnosticko-terapeutickou problematikou, ale zájem z jejich strany také není zanedbatelný. Účastní se kurzů, které pro ně Společnost pro metabolická onemocnění skeletu pořádá na půdě Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ).

Zájem mohu doložit konkrétními čísly: za necelé dva roky bylo v republice podle evidence VZP provedeno 440 tisíc vyšetření metodou dvouenergiev kostní denzitometrie (DXA). Jde jen o data VZP, takže celkový počet bude ještě vyšší. Z toho 163 tisíc, tedy 45 % vyšetření, se uskutečnilo v rámci preventivního programu. Tato data hodnotíme jako výborný start a velmi si vážíme aktivního přístupu našich kolegů. Projekt běží lépe, než jsme v počátku doufali.

Jak jsou nastaveny věkové hranice pro vstup do screeningu?

U žen rok po menopauze do věku 59 let a u mužů ve věkovém rozmezí od 65 do 69 let se provádí klinické vyšetření a vyplňuje se dotazníkový systém FRAX, který individuálně zhodnotí riziko osteoporózy. Když vyjde, že se jedinec nachází ve vysokém riziku osteoporózy, je doporučeno provést vyšetření na celotělovém denzitometru metodou DXA. Ve věku od 60 let u žen a od 70 let u mužů lze provést přímo DXA bez ohledu na výsledek dotazníku FRAX, který se již u této věkové skupiny většinou ani neprovádí.

Jak screening prakticky probíhá?

Klinické vyšetření a vyplnění dotazníku FRAX probíhá v ambulancích praktických lékařů nebo gynekologů, kteří pacienti odesílají podle výsledku k vyšetření kostní

denzity na DXA. Jde o specializované screeningové vyšetření s kódem 7139. Vyšetřující lékař nebo pracoviště se smlouvou na provádění populačního programu, tedy poskytovatel DXA, provede a vyhodnotí výsledek DXA. Pak je pacient s přesným popisem a doporučením odeslán zpět k praktickému lékaři nebo ke gynekologovi, respektive následně léčen u poskytovatele DXA, je-li u něj registrován. Metodiku realizace populačního programu časného zachytu osteoporózy v ČR lze najít na stránkách zdravotních pojišťoven nebo Společnosti pro metabolická onemocnění skeletu: <https://smos.cz/wp-content/uploads/2023/05/metodika-screening-osteoporoza-v2-17-5-2023.pdf>.

Jak je následně organizována terapie?

Podstatou programu je nejen včasný záchyt, ale především včasná léčba pacientů u praktických lékařů a gynekologů. Například takzvaná jednoduchá, klasická postmenopauzální osteoporóza může být léčena podle algoritmů, které jsou obsaženy v doporučeném diagnostickém a terapeutickém postupu, který byl v roce 2023 novelizován: <https://www.svl.cz/svl-docs/doporucene-postupy/45/osteoporoza-2023.pdf>.

Když jsme začínali, měli gynekologové poměrně široké preskripční oprávnění, ale praktičtí lékaři byli velmi limitováni, především ve skupině základních léků proti osteoporóze, tedy bisfosfonátů. To se nám podařilo velmi rychle vyřešit, za což jsme vděční Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv, Ministerstvu zdravotnictví a dalším institucím.

Naše doporučené postupy přesně udávají, kdy a při jaké kostní denzitě může praktický lékař nebo gynekolog nasadit bisfosfonát a kdy je žádoucí odeslat pacienta přímo do osteocentra. O tom přednášíme i ve zmíněných kurzech a velmi pečlivě upozorňujeme i na případná rizika této léčby i na způsoby, jak těmto rizikům předejít.

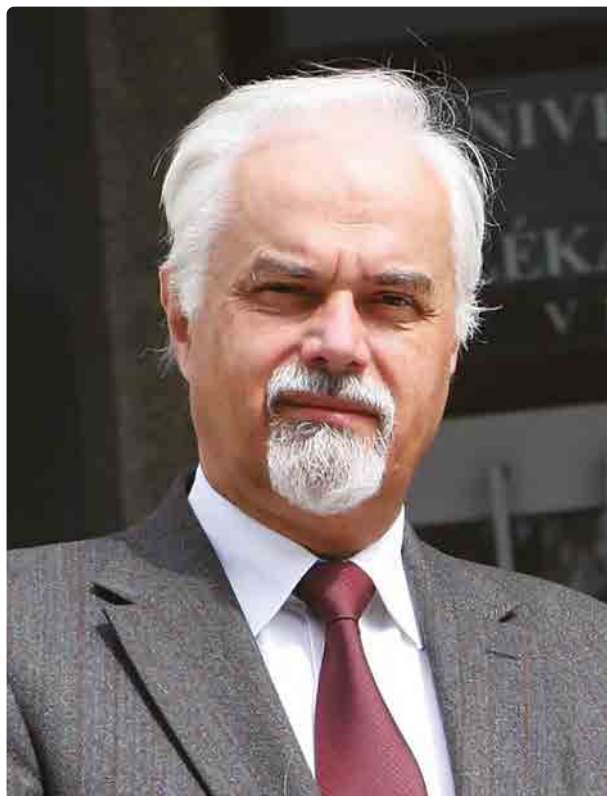
Gynekologové mohou použít ještě další, velmi účinný antiresorpční lék, denosumab. Snažíme se, aby byl co nejdříve dostupný i pro ordinace všeobecných praktických lékařů. Osteanabolické léky zůstávají v rukou osteocenter a osteologů. Jde o náročnější léčbu jak ekonomicky, tak prováděním a sledováním a má být vyhrazena především pro pacienty, kteří přicházejí v horším stavu.

Nezatěžuje populační screening rozpočet zdravotního systému?

Zájmem všech – pacienta, lékaře, ale i plátce – je, aby byla osteoporóza diagnostikována včas a včas a adekvátně léčena. Cílem je prevence osteoporotických zlomenin, které nemívají dobrou prognózu. Náklady na léčbu osteoporózy klasickými přípravky, jako jsou vápník, vitamin D a bisfosfonáty, se pohybují ve stokorunách měsíčně. Nemocniční péče a chirurgická léčba zlomeniny bývají dražší a v případě osteoporotické fraktury druhá zlomenina většinou následuje, proto pokud se včas terapeuticky osteoporóza nezasáhne, jde o další navýšení nákladů.

Vyšetření na celotělovém denzitometru má svou metodologii. Jak si ji praktičtí lékaři a gynekologové osvojí?

Společnost pro metabolická onemocnění skeletu se cítí zodpovědná za úroveň prováděného screeningu, takže pořádá kurzy v rámci aktivit IPVZ. Jsou povinné pro sestry,



kteří pracují s přístroji DXA, a pro lékaře byly dobrovolné. Za dva roky jsme zorganizovali pro nelékařské zdravotnické pracovníky pět kurzů a proškolili jsme 303 osob. Pro lékaře bylo kurzů sedm a v současné době máme proškoleny přes 350 lékařů. Zvlášť potěšující je, že hlavně gynekologové, ale i praktičtí lékaři, kteří ty kurzy absolvovali a pořídili si přístroj DXA nebo léčí pacientky, chtějí vědět a umět více, než nabízí základní kurz. V tom nejlepší smyslu nás jejich zájem donutil, abychom uspořádali ještě kurzy pro pokročilejší poskytovatele DXA. Těžko jsme však hledali termíny, protože lékaři nemohou ve všední dny zavírat ambulance. Kurzy pro pokročilejší se proto konají v sobotu, jsou celodenní a trvají od 9.30 do 17 hodin a v současnosti jsou zcela naplněny.

Úzkým hrdlem diagnostiky osteoporózy byl nízký počet denzitometrů. Jak se situace vyvíjí?

Než jsme zahájili tento program, bylo v ČR okolo 90 přístrojů DXA, z toho asi jen 66 jejich provozovatelů mělo smlouvu s pojišťovnami, ostatní fungovali v režimu přímé platby nebo byli ve výzkumných ústavech. V současné době máme 200 DXA.

Evidujete pozornost ze zahraničí?

O tento program začíná být v Evropě velký zájem. Už jsem o něm přednášel ve Vídni, pojedou přednášet na evropský kongres, kde mám vyzvanou přednášku. Evropané kolegové projekt vnímají jako jeden z nejlepších programů, které se podařilo prosadit. Takže jsme velmi šťastní. Realizace se podařila díky spolupráci s praktickými lékaři a gynekology, ale s podporou pojišťoven, bez níž bychom populační screening nemohli v praxi spustit.

Daní za úspěch bylo v první vlně přehlčení klasických osteologických pracovišť, protože mnoho lékařů nezačínalo léčbu, prostě diagnostikovali nízkou kostní hustotu a odkazovali pacienty na osteocentra. Ve velkých centrech tento problém ještě přetrvává, máme delší objednací lhůty, ale to se postupně srovná.

Tím se dostáváme k projektu Fracture Liaison Service (FLS), který nyní prochází veřejným připomínkovým řízením. Jaké máte na FLS ohlasy?

Ohlasy jsou pozitivní, ale my jsme chtěli projekt podpořit tvrdými daty. Nyní přecházíme od primárního a včasného zachytu a prevence k pacientům, kteří už jsou velmi ohroženi další frakturou a nacházejí se v sekundární prevenci. Dostatek podložených dat nám na naši žádost vypracoval a poskytl Národní institut kvality a excelence ve zdravotnictví (NIKEZ), který patří pod Ústav zdravotnických informací

V ČR se po zlomenině proximálního femuru více než 90 % nemocných nedostává žádné následné léčby.

a statistiky. Máme tak k dispozici přehled světové literatury s odpověďmi na čtyři klíčové klinické otázky:

1. Je program FLS se zapojením koordinátora účinnější ve smyslu vyššího počtu provedených DXA po prodělané osteoporotické zlomenině?
2. Vede program FLS k poklesu následných zlomenin?
3. Vede program FLS k poklesu mortality?
4. Je program FLS nákladově efektivní?

Pracovníci NIKEZ zjistili, že v ČR opravdu existuje „care gap“, tedy absence programů koordinované péče o pacienty v riziku osteoporotické zlomeniny, či dokonce o pacienty po prodělané osteoporotické zlomenině, která násobně zvyšuje riziko dalšího rozvoje choroby a dalších zlomenin.

NIKEZ také zmiňuje, že podle průzkumu provedeného ve čtyřech velkých zdravotnických centrech v ČR se po zlomenině proximálního femuru více než 90 % nemocných nedostává žádné následné léčby. I v důsledku toho méně než jedna třetina mužů a jedna polovina žen přežívají pět let po fraktuře proximálního femuru. Na základě zjištění panel NIKEZ doporučuje implementaci FLS na celopopulační úrovni, protože jde o strategii, která prokazatelně snižuje pravděpodobnost vzniku následné osteoporotické a/nebo nízkooenergetické zlomeniny v horizontu 0–1 rok, 1–2 roky a dva roky a více po první prodělané osteoporotické a/nebo nízkooenergetické zlomenině.

Je tedy program FLS opravdu nákladově efektivní?

Ekonomické hledisko nemá tak pevná data, jako jsou ta medicínská. Existují zahraniční studie, které pro ČR nepředstavují zcela relevantní zdroj pro odlišnou výši vstupních

nákladů. Můžeme se odkázat na práci Willerse a kolegů (Archives of Osteoporosis 2022), která vyčísluje náklady na osteoporózu v ČR v roce 2019: „Přímé náklady na zlomeniny činily 260,1 milionu eur (cca 6,5 miliardy Kč). K tomu se přidaly průběžné náklady v roce 2019 na léčbu zlomenin, k nimž došlo před rokem 2019 a které dosáhly 121,3 milionu eur (cca 3 miliardy Kč) pro dlouhodobou invaliditu. Náklady na farmakologickou intervenci (diagnostika a léčba) činily 14,1 milionu eur (cca 350 milionů Kč).“ Z této analýzy jednoznačně vyplývá, jakou zátěž zlomeniny pro zdravotní a jistě i sociální systém představují. Můžeme tedy usuzovat, že včasná diagnostika a prevence následné zlomeniny jsou ekonomicky výhodné.

Budete tedy jednat i s pojišťovnami o implementaci FLS?

Ano, v dalším kole po spuštění populačního zachytu osteoporózy se budeme snažit získat úhradu pro výkony FLS. Předpokládáme, že půjde o navýšení úvazku konkrétního pracoviště pro koordinátora FLS o 0,1, maximálně o 1,0. Koordinátorem by měl být střední zdravotnický pracovník, který by sledoval, zda u pacienta ošetřeného pro akutní frakturu jde o osteoporotickou zlomeninu. Pokud ano, pak zajistí, aby byl pacient včas naveden k léčbě – aby dostal substituci vápníku a vitamínu D a byl objednán k osteologickému/denzitometrickému vyšetření. V pilotním průzkumu jsme orientačně zjistili, pokud jde o zlomeniny krčku stehenní kosti, což jsou nejzávažnější osteoporotické zlomeniny, že více než 90 % pacientů s touto zlomeninou je perfektně odoperováno, odléčeno, ale nedostanou nic proti osteoporóze, která je příčinou a která povede k další zlomenině.

Jak pozná koordinátor, že by mohlo jít o osteoporotickou zlomeninu?

Podezření na osteoporotickou nebo nízkooenergetickou zlomeninu musí vyvolat mechanismus, kterým k ní došlo, tedy že byla vyvolána neadekvátním úrazovým dějem, což je třeba běžný pád při chůzi. Při prostém pádu si člověk nemá nic zlomit, takže přijde-li starší dáma se zlomeným krčkem stehenní kosti, protože uklouzla na chodníku, jedná se s vysokou pravděpodobností o osteoporotickou zlomeninu a zaslouží si vyšetření, které diagnózu potvrdí, anebo ve výjimečných případech vyloučí.

Kdy by mohlo dojít k implementaci FLS do praxe?

Nyní běží oponentura, máme data a půjdeme jednat. Vložit cokoliv do sazebníku je otázkou dvou let. Program FLS pokračuje i nyní z iniciativy některých pracovišť, ale je zatím bez úhrady. Léčba je samozřejmě pacientům hrazena, ale práce zdravotníků by také měla být ohodnocena.

Z některých statistik vyplývá, že Češi mají vyšší riziko vzniku osteoporózy než jiné národy. Vidíte pro to nějaký důvod?

Na prevalenci osteoporózy máme hezká data. Přestože je ČR v prevalenci poměrně vysoko, daleko vyšší riziko osteoporotické zlomeniny mají Dánsko a Švédsko, tedy bohaté a krásné země. Hluboko pod námi je třeba Rakousko, které je nám geograficky velmi blízké. To znamená, že prevalence

osteoporózy nesouvisí s ekonomikou, životní úrovní nebo s kvalitou zdravotní péče. Svou roli musejí hrát i jiné faktory, značný podíl má genetika. Mnohé rizikové faktory ještě neznáme.

Asi před rokem zahájila Americká endokrinologická společnost diskusi o tom, zda se má vyšetřovat koncentrace vitamínu D, nebo rovnou suplementovat. Jaký je váš názor na tuto problematiku?

Kolem tohoto tématu existuje nekonečná debata ve všech zemích světa. Je pravda, že riziko předávkování vitamínem D je velmi nízké a že deficit vitamínu D v populacích celého

světa je velmi výrazný. Z toho vycházejí zastánci suplementace vitamínu D bez předchozího zjištění výchozí situace. Jistou logiku tu lze nalézt, ale můžeme v tom vidět i paralelu se stavem ohledně vysoké koncentrace LDL cholesterolu, kterou lze očekávat u většiny populace nad určitou věkovou hranicí, a přesto bez vyšetření nedoporučujeme statiny. Já vím, že problematika vitamínu D není tak dramatická jako u cholesterolu. Dosáhli jsme úpravy hodnoty výkonu stanovení koncentrace vitamínu D, jehož cena výrazně klesla. Takže již nepředstavuje výraznou ekonomickou zátěž. Správně bychom měli vyšetřit a individualizovat dávkování podle aktuální výše koncentrace, hmotnosti jedince a celkového zdravotního stavu.

Marta Šimůnková

Osteoporóza v Evropě – výchozí stav v roce 2019

Časopis Archives of Osteoporosis uveřejnil v roce 2022 zprávu popisující epidemiologii, zátěž chorobou a léčbu osteoporózy v každé z 27 zemí Evropské unie plus ve Švýcarsku a Spojeném království (EU 27+2) v roce 2019. Ty byly také porovnány s prvním průzkumem uskutečněným v roce 2010. Skóre péče se zlepšilo nebo výrazně zlepšilo v 15 zemích, zůstalo konstantní v 8 zemích a zhoršilo se ve 3 zemích. Průměrný gap v léčbě se zvýšil z 55 % v roce 2010 na 71 % v roce 2019. Celkově bylo v roce 2010 neléčeno 10,6 milionu žen, které měly na terapii nárok. V roce 2019 se tento počet zvýšil na 14 milionů.

I přes vysoké náklady na osteoporózu, značnou mezeru v léčbě a předpokládaný nárůst ekonomické zátěže způsobené stárnoucí populací se používání farmakologické prevence osteoporózy v posledních letech snížilo, což naznačuje, že je opodstatněná změna zdravotní politiky týkající se onemocnění.

Hlavní výsledky za Českou republiku (kráceno)

Přímé náklady na zlomeniny v České republice v roce 2019 činily 260,1 milionu eur (cca 6,5 miliardy Kč). K tomu se přidaly průběžné náklady v roce 2019 na léčbu zlomenin z období před rokem 2019, které dosáhly 121,3 milionu eur (cca 3 miliardy Kč) pro dlouhodobou invaliditu. Náklady na farmakologickou intervenci (diagnostika a léčba) činily 14,1 milionu eur (cca 350 milionů Kč). Celkové přímé náklady (bez hodnoty ztracených QALY) tedy v roce 2019 dosáhly 396 milionů eur (cca 10 miliard Kč).

V roce 2019 byly průměrné přímé náklady na osteoporotické zlomeniny v České republice 37,3 eura (cca 933 Kč) na jednotlivce v populaci, zatímco v roce 2010 činily průměry 28,7 eura (cca 718 Kč po adjustaci na inflaci), což představuje nárůst o 30 %. Údaje z roku 2019 řadí Českou republiku na 21. místo z hlediska výše nákladů na osteoporotické zlomeniny na obyvatele v EU 27+2.

Náklady na osteoporotické zlomeniny v České republice tvořily přibližně 2,7 % výdajů na zdravotní péči, tj. 396 milionů eur (cca 10 miliard Kč) ze 14 miliard eur (350 miliard Kč) v roce 2019, což je o něco méně, než je průměr EU 27+2 ve výši 3,5 %. Tato čísla nicméně naznačují podstatný dopad zlomenin na rozpočet zdravotnictví.

Podle diagnostických kritérií Světové zdravotnické organizace pro osteoporózu na základě měření kostní denzity bylo v roce 2019 v České republice přibližně 572 000 jedinců s osteoporózou, z nichž přibližně 80 % tvořily ženy. Prevalence osteoporózy v celkové populaci ČR činila 5,0 %, což je srovnatelné s průměrem EU 27+2 (5,6 %).

V roce 2019 činily odhady pro ČR 91 000 nových osteoporotických zlomenin, což odpovídá 250 zlomeninám/den (nebo více než 10 zlomeninám za hodinu) a představuje nárůst ve srovnání s rokem 2010.

Osteoporotické zlomeniny jsou spojeny s předčasnou mortalitou. V České republice byl roční počet úmrtí souvisejících se zlomeninou odhadován na 159 na 100 000 jedinců ve věku 50 a více let, v porovnání s průměrem EU 27+2, který činil 116/100 000. Počet úmrtí souvisejících se zlomeninami je srovnatelný nebo vyšší než u některých nejčastějších příčin úmrtí, jako jsou karcinom plic, cukrovka, chronická onemocnění dolních cest dýchacích.

K léčbě osteoporózy je k dispozici široká škála schválených léků. Potenciální omezení jejich použití v členských státech souvisí s úhradovou politikou, která může zhoršit poskytování zdravotní péče. Česká republika nabízí 90–100% úhradu, tedy téměř plnou úhradu jako jedna z 12 ze 27 zemí.

Závěr

Česká republika skončila na šestém místě v zátěži osteoporózou. Kombinované skóre zátěže a poskytování zdravotní péče zařadilo Českou republiku na 26. místo EU 27+2 (rok 2019). Česká republika se tak prezentuje jako jedna z osmi zemí s vysokou zátěží a nízkými náklady na zdravotní péči.

Zprávu o zemi podpořila Společnost pro metabolická onemocnění kostí České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně.

Zdroj: Willers C, et al. Osteoporosis in Europe: a compendium of country-specific reports Arch Osteoporos 2022;17:23. doi: 10.1007/s11657-021-00969-8