



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΝΩΣΗ
ΓΙΑ ΤΗ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

υβριδικό

Πανελλήνιο Θερινό Συμπόσιο Μυοσκελετικής Υγείας

Με φυσική παρουσία

Διαδραστική συζήτηση
περιστατικών



24-27
Ιουνίου
2021

Καλαμάτα
Ξενοδοχείο
Filoxenia



Hellenic Society
of Rheumatology

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΝΩΣΗ
ΓΙΑ ΤΗ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ
ΕΡΕΒΕ
Αθήνα, Σοφίας 2 & Αίγιαν Α. Σαράντη 16B, 11521 ΚΟΛΛΑΡΙΣ, Τ. 210 3250000 & 210 3250001
www.epemy.gr

www.epemy.gr

12:30 – 13:30

ΠΟΛΥΘΕΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ

13:10 – 13:30

«Διάγνωση και θεραπεία
οστεοπόρωσης.

Πολύ νωρίς – πολύ αργά...

Όλα ή λίγα ;»

Χρήστος Κ. Κοσμίδης
Ορθοπαιδικός

Δεν υπάρχει σύγκρουση συμφερόντων για την παρουσίαση αυτή

Τί επιτυγχάνουμε με την οστική υγεία ;

Τί επιτυγχάνουμε με την οστική υγεία ;

**ΛΙΓΟΤΕΡΑ
ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ**

Πότε και πως πρέπει να αρχίσουμε να ενδιαφερόμαστε
για την οστική υγεία ενός ατόμου ;

Πότε είναι ... «νωρίς» ;

Ο ρόλος των προϋπαρχόντων καταγμάτων στην
πιθανότητα νέων καταγμάτων

Risk of Subsequent Fractures in Postmenopausal Women After Nontraumatic vs Traumatic Fractures

Carolyn J. Crandall, Joseph C. Larson, Andrea Z. LaCroix, John A. Robbins, Jean Wactawski-Wende, Karen C. Johnson, Maryam Sattari, Katie L. Stone, Julie C. Weitlauf, Tanya R. Gure, Jane A. Cauley.

Προοπτική μελέτη παρατήρησης του πληθυσμού της WHI (66.874)
με μέσο χρόνο παρατήρησης 8,1 έτη

Table 4. Associations between Initial Clinical Fracture,^a Overall and by Traumatic vs Nontraumatic Mechanism, and Subsequent Clinical Fracture

Initial fracture mechanism	Unadjusted		Age/race adjusted		Multivariate adjusted ^b	
	HR (95% CI)	P value	HR (95% CI)	P value	HR (95% CI)	P value
All fracture	1.70 (1.57-1.84)	<.001	1.53 (1.42-1.66)	<.001	1.49 (1.38-1.61)	<.001
By trauma						
Traumatic vs no initial fracture	1.36 (1.15-1.62)	<.001	1.28 (1.08-1.51)	.01	1.25 (1.06-1.48)	.01
Nontraumatic vs no initial fracture	1.75 (1.58-1.94)	<.001	1.56 (1.41-1.72)	<.001	1.52 (1.37-1.68)	<.001
Unknown traumatic vs no initial fracture	1.94 (1.68-2.25)	<.001	1.72 (1.49-2.00)	<.001	1.67 (1.44-1.93)	<.001
Traumatic vs nontraumatic initial fracture	0.78 (0.64-0.95)	.01	0.82 (0.67-1.00)	.04	0.82 (0.68-1.00)	.05

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Κάθε κάταγμα, χαμηλής ή υψηλής βίας αυξάνει στατιστικά σημαντικά την πιθανότητα επομένου κατάγματος

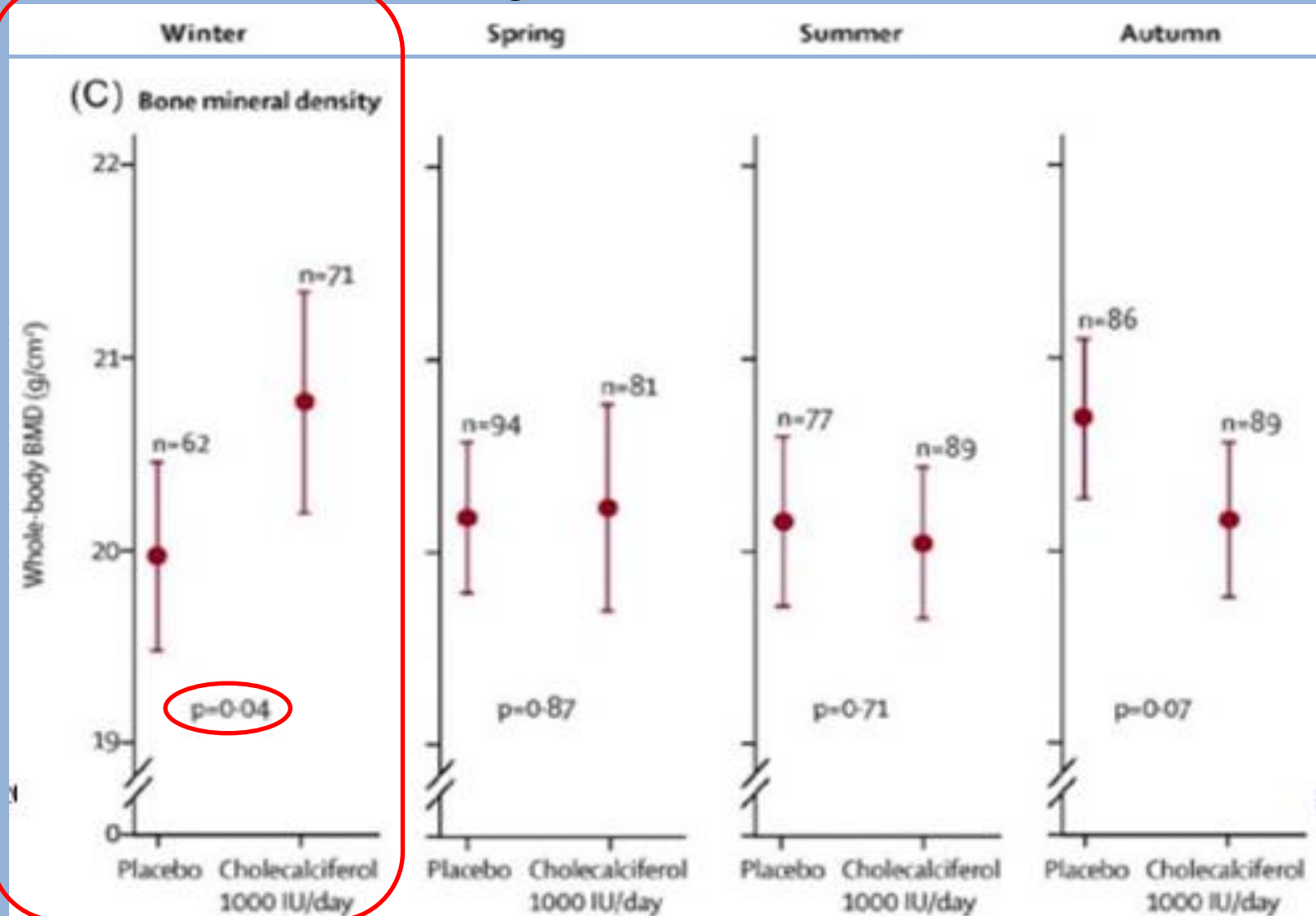
Πότε είναι αρκετά «νωρίς» να ασχοληθούμε με την υγεία των οστών ;

1. Μετά από ένα κάταγμα χαμηλής βίας τρίτης ηλικίας
2. Μετά από ένα κάταγμα υψηλής βίας τρίτης ηλικίας
3. Μετά τα 65
4. Μετά τα 50
5. Μετά την εμμηνόπαυση
6. Πριν τα 50
7. Πριν την εμμηνόπαυση
8. Μετά από 2 κατάγματα πριν τα 50
9. Με ειδικές συννοσηρότητες πριν τα 50
10. Λόγω ειδικών φαρμακευτικών αγωγών σε νέες ηλικίες
11. Από την γέννηση
12.;

Πολύ νωρίς = 14 εβδομάδες ΠΡΙΝ τη γέννηση

Ther Adv Musculoskel Dis 2021, Vol. 13: 1–14

The importance of maternal pregnancy vitamin D for offspring bone health:
learnings from the MAVIDOS trial



Όλα ή λίγα ...;

Αρκεί η βιταμίνη D ;

Muscle and bone strengthening activities for children and young people (5 to 18 years)

A rapid evidence review

Published January 2021 PHE publications Gateway number: GW-1781



Public Health
England



Royal
Osteoporosis
Society
Better bone health for everybody

Type of sport or activity	Improvement in bone health outcomes	Improvement in muscle health outcomes
 Soccer ^{17,19,21-23}	★★★	?
 Jumping ^{14,15}	★★★	★
 Swimming ^{19,21,22,43}	○	?
 Gymnastics ^{17,19,23-26,43}	★★★★	?
 Tennis (and racket sports) ^{18,21,23}	★	?
 Martial arts ^{18,23,27,28}	★★★	?
 Boxing ^{27,28}	★	?
 Circuit strength and resistance training ^{38-40,42}	★	★★★
 Weight-bearing sport/Small-sided games ^{16,17,19,29}	★★★	?
 Basketball ^{17,18}	★	?
 Volleyball ¹⁷	★	?
 Handball ¹⁷	★	?
 Cheerleading/dancing ^{17,19}	★	?
 Cycling ^{19,22}	○	?
 Pilates ⁴¹	?	★

Effect: ★★★ Strong ★★ Medium ★ Low ○ None ? Not known

Κατευθυντήριες γραμμές για την αντιμετώπιση της Οστεοπόρωσης στην Ελλάδα

ΕΛΙΟΣ 2018

Μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις - Διατροφή

Οι ημερήσιες συνιστώμενες διαιτητικές προσλήψεις για το **ασβέστιο** είναι:

- παιδιά στην προεφηβική ηλικία (4-8 ετών): 1000 mg/ημέρα (Βαθμός Β),
- έφηβοι (9-18 ετών): 1300 mg/ημέρα (Βαθμός Β),
- προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες έως 50 ετών: 1000 mg/ημέρα (Βαθμός Α),
- μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες ή γυναίκες άνω των 50 ετών: 1200 mg/ημέρα (Βαθμός Α),
- άνδρες ενήλικοι έως και 70 ετών: 1.000 mg/ημέρα (Βαθμός Β),
- άνδρες μεγαλύτεροι από την ηλικία των 70 ετών: 1200 mg/ημέρα (Βαθμός Α),
- έγκυες/θηλάζουσες άνω των 18 ετών: 1.000 mg/ημέρα (Βαθμός Γ).

Οι ημερήσιες συνιστώμενες προσλήψεις για τη **βιταμίνη D** είναι:

- για άνδρες και γυναίκες έως και 70 ετών: 600 IU (15 µg)/ημέρα (Βαθμός Β),
- για άνδρες και γυναίκες >70 ετών: ≥800 IU (20 µg)/ημέρα (Βαθμός Α).

Ο λόγος του προσλαμβανόμενου ασβεστίου/**φωσφόρου** πρέπει ιδανικά να είναι 1:1 (Βαθμός Γ).

Η πρόσληψη **πρωτεϊνών** πρέπει να κυμαίνεται στο 1-1,2 γρ./κιλό σωματικού βάρους (ΣΒ) και να μην πέφτει κάτω από τα 0,8 γρ./κιλό ΣΒ (Βαθμός Β).

Δεν υπάρχουν υψηλής ποιότητας ενδείξεις που να δικαιώνουν τη συμπληρωματική χορήγηση απαραίτητων **λιπαρών οξέων** για την πρόληψη ή τη θεραπευτική αντιμετώπιση της οστεοπενίας και της οστεοπόρωσης (Βαθμός Β).

Η συμπληρωματική χορήγηση **βιταμίνης Κ**, παράλληλα με ασβέστιο και βιταμίνη D συμβάλλει στη μείωση της οστικής απώλειας και την αύξηση της οστικής πυκνότητας, ενώ σε κλινικές μελέτες στην Ιαπωνία έχει συσχετιστεί και με μείωση του καταγματικού κινδύνου (Βαθμός Β).

Υπάρχουν ενδείξεις ότι αυξημένη πρόσληψη **βιταμίνης Α** κυρίως μέσω πρόσληψης συμπληρωμάτων διατροφής αυξάνει τον καταγματικό κίνδυνο. Εντούτοις τα έως τώρα δεδομένα δεν επιτρέπουν τη διατύπωση κάποιας σύστασης σχετικά με την ενδεδειγμένη πρόσληψη βιταμίνης Α για την προστασία της σκελετικής υγείας.

Πρόσληψη **νατρίου** >2.100 mg/ημέρα καλό είναι να αποφεύγεται ιδιαίτερα από μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες (Βαθμός Γ).

Αυξημένη (>2 φλιτζάνια/ ημέρα) πρόσληψη **καφέ** αυξάνει τον κίνδυνο καταγμάτων στις γυναίκες (Βαθμός Β).

Συγκριτικά με τη μη κατανάλωση, κατανάλωση έως 1 ποτού ανά ημέρα, σχετίζεται με χαμηλότερο κίνδυνο καταγμάτων, ενώ κατανάλωση περισσότερων από 2 ποτά ημερησίως συσχετίζεται με αύξηση του καταγματικού κινδύνου. Καθημερινή κατανάλωση **αλκοόλ** έως 2 ποτά/ημέρα συσχετίζεται θετικά και γραμμικά με την οστική πυκνότητα (Βαθμός Β).

Δεν υπάρχουν αρκετές ενδείξεις που να υποστηρίζουν μία ευεργετική επίδραση των **ισοφλαβονών** στην υγεία των οστών (Βαθμός Α).

Δεν υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις για συμπληρωματική χορήγηση **μαγνησίου, χαλκού, ψευδαργύρου**, απαραίτητων λιπαρών οξέων, στο πλαίσιο της πρόληψης ή της θεραπείας της οστεοπόρωσης.

Κατευθυντήριες γραμμές για την αντιμετώπιση της Οστεοπόρωσης στην Ελλάδα
ΕΛΙΟΣ 2018

Μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις - Άσκηση

Η επίδραση της άσκησης στην οστική πυκνότητα είναι **περιοχικά εξειδικευμένη**. Για το λόγο αυτό οι ασκήσεις πρέπει να επιλέγονται, ώστε να δρουν ικανοποιητικά στα σημεία κλινικού ενδιαφέροντος (Α).

Η **αεροβική** άσκηση είναι αποτελεσματική στη μείωση της απώλειας οστικής πυκνότητας στη **σπονδυλική στήλη και τον καρπό** (Α).

Η άσκηση οφείλει να έχει **υψηλή ένταση** (π.χ. να είναι ικανή να παράγει σημαντικές δυνάμεις αντίδρασης εδάφους, επαναλαμβανόμενα και με βραχεία διάρκεια (Γ)).

Οι ασκήσεις μυϊκής ενδυνάμωσης είναι αποτελεσματικές στη μείωση της οστικής απώλειας, η δε αύξηση της μυϊκής δύναμης σχετίζεται με την περιοχική αύξηση της οστικής πυκνότητας και **διατηρείται για μικρό έως μέτριας χρονικής διάρκειας διάστημα** (Α).

Παρόλο που η άσκηση έχει αποδεδειγμένα οφέλη, ο ιδανικός τύπος άσκησης, η διάρκεια και η ένταση της στην πρόληψη των πτώσεων είναι πεδίο που **δεν έχει ακόμα ξεκαθαρίσει πλήρως** (Β).

Οι ασκήσεις που βελτιώνουν την ισορροπία, συμπεριλαμβανομένου του **Tai Chi**, είναι αποτελεσματικές σε **πληθυσμιακές ομάδες με μεγαλύτερο κίνδυνο πτώσης** (Α).

Πότε είναι αρκετά νωρίς να ασχοληθούμε με την υγεία των οστών ;

- Μετά από ένα κάταγμα χαμηλής βίας τρίτης ηλικίας
- Μετά από ένα κάταγμα υψηλής βίας τρίτης ηλικίας
- Μετά τα 65
- Μετά τα 50
- Μετά την εμμηνόπαυση
- Πριν τα 50
- Πριν την εμμηνόπαυση
- Μετά από 2 κατάγματα πριν τα 50
- Με ειδικές συννοσηρότητες πριν τα 50
- Λόγω ειδικών φαρμακευτικών αγωγών σε νέες ηλικίες
- Από την γέννηση
-;

ΠΟΛΥ ΑΡΓΑ

Πότε θα κάνουμε μέτρηση οστικής πυκνότητας ;

ΗΛΙΚΙΑ < 50 ΕΤΩΝ:

- Κατάγματα χαμηλής βίας
- Υπογοναδισμός
- Πρώιμη εμμηνόπαυση (< 45 ετών)
- Σύνδρομο δυσαπορρόφησης
- Πρωτοπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός
- Φαρμακευτική αγωγή σχετιζόμενη με απώλεια οστικής μάζας ή/και κίνδυνο κατάγματος (πχ στεροειδή, αναστολείς αρωματάσης, κτλ)
- Έτερα παθολογικά νοσήματα σχετιζόμενα με απώλεια οστικής μάζας ή/και κίνδυνο κατάγματος (πχ Ρευματοειδής Αρθρίτιδα, Σύνδρομο Cushing, Σακχαρώδης
- Διαβήτης τύπου 1 ή 2, σοβαρή ΧΑΠ, HIV λοίμωξη, κ.ά.).

ΗΛΙΚΙΑ 50 - 64 ΕΤΩΝ:

- Κάταγμα χαμηλής βίας μετά την ηλικία των 40 ετών
- Κάταγμα ισχίου γονέα
- Σπονδυλικό κάταγμα ή/και οστεοπενική απεικόνιση οστών σε ακτινογραφίες
- Χαμηλό βάρος (BMI < 20 kg/m²) ή/και απώλεια βάρους >10% από το βάρος του ασθενή στην ηλικία των 25 ετών
- Κατανάλωση οينوπνεύματος (≥ 25-30 γρ. ημερησίως) ή/και κάπνισμα
- Έτεροι παράγοντες και νόσοι (όπως στην ηλικιακή ομάδα < 50 ετών)

ΗΛΙΚΙΑ ≥ 65 ΕΤΩΝ:

- Όλοι οι άνδρες και γυναίκες

Έστω ότι αποφασίσαμε έναρξη αγωγής πρόληψης
καταγμάτων...

ΌΛΑ ή ΛΙΓΑ ;

- Λήψη επαρκούς ασβεστίου (διατροφικού ή/και φαρμακευτικού)
- Διατήρηση επαρκών επιπέδων βιταμίνης D (επί χορηγήσεως αντικαταβολικών >30ng/ml)
- Διατροφή σύμφωνη με τις συστάσεις
- Κίνηση – Άσκηση – Πρόληψη πτώσεων
- Συμμόρφωση στην αγωγή
- Τακτικός επανέλεγχος (κλινικός και εργαστηριακός)
- Έλεγχος συννοσηροτήτων και άλλων αγωγών
- Διά βίου παρακολούθηση, ακόμη και μετά την ολοκλήρωση αντικαταβολικής αγωγής και συνέχιση όλων των άλλων
- Τήρηση κλινικών οδηγιών ΕΛΙΟΣ – ΕΕΜΜΟ - ΚΕΣΥ

