

## OSTEOPOROSI: IL PUNTO DI VISTA DEL GERIATRA

Piereugenio Fea  
Primario U.O Geriatria f.r.  
Azienda Ospedaliera di Asti

### CASO CLINICO

Donna di 82 anni in discrete condizioni generali, ricoverata per frattura del femore destro.

Menopausa chirurgica all'età di 43 anni in seguito a laparoisterectomia per fibroleiomiomatosi uterina.

Due gravidanze, giunte regolarmente a termine, all'età di 22 e di 27 anni.

Non ha mai fumato ma è stata esposta al fumo passivo del marito.

Dall'età di 55 anni assume regolarmente farmaci anti-ipertensivi, prescritti per una moderata ipertensione sisto-diastolica essenziale. Da qualche anno assume più o meno regolarmente farmaci broncodilatatori e cortisonici per BPCO.

Circa 10 anni fa, a seguito del riscontro di moderata ipercolesterolemia, ha iniziato una dieta povera di grassi animali che segue più o meno regolarmente. Beve moderata quantità di vino ai pasti (uno o due bicchieri).

Da qualche anno lamenta dolori dorso-lombari, a tratti intensi ed irradiati ai glutei ed alle cosce.

A causa di ciò la Pz, che ha sempre praticato vita sedentaria, ha negli ultimi anni ulteriormente ridotto l'attività fisica.

La Pz è autosufficiente per IADL; vedova da 5 anni, abita da sola e viene aiutata per lo svolgimento della faccende domestiche dai figli e dai nipoti.

Il giorno del ricovero in ospedale è stata trovata dalla figlia nel bagno, coricata a terra incapace di rialzarsi; lamentava forte dolore all'anca destra e raccontava di essere caduta forse inciampando nel tappetino steso davanti al lavandino.

All'EO effettuato all'ingresso in reparto la Pz presenta discrete condizioni generali. Si apprezza moderata cifosi dorsale con lordosi cervicale e spinalgie pressorie lombari.

L'arto inferiore destro appare leggermente accorciato rispetto al controlaterale ed extraruotato verso l'esterno. Vi sono moderata dolenzia e spiccata dolorabilità in corrispondenza dell'anca dello stesso lato che appare leggermente tumefatta.

La Pz appare sveglia, collaborante, orientata T/S e non presenta deficit mnesici; non vi sono evidenti alterazioni motorie riconducibili a segni di lato né presenza di riflessi patologici

La Pz risulta inoltre in compenso cardiocircolatorio e presenta PA = 175/85 e FC = 88 con toni cardiaci in successione ritmica ma leggermente ipofonetiche.

All'EOP si rilevano ipomobilità delle basi polmonari, modesta riduzione del MV e presenza di qualche ronco e rantolo sparsi in campo medio-basale bilateralmente nonché di note broncospastiche.

L'addome, piano, risulta trattabile con organi ipocondriaci nei limiti.

Le radiografie effettuate hanno evidenziato la frattura sottocapitata del femore destro con una netta riduzione del tono calcico evidente anche a livello vertebrale dove si apprezza lo schiaccia-

mento con deformazione a cuneo anteriore del corpo di L1 e di L5. Le indagini radiografiche hanno anche incidentalmente mostrato la presenza di immagini radio opache in corrispondenza dell'ilo renale di sinistra, di verosimile natura litiasica, poi confermata con indagine ecotomografica.

Gli esami di laboratorio non hanno evidenziato particolari anomalie metaboliche; è stata rilevata solo una modesta iperfosfatemia, un rialzo della fosfatasi alcalina, del CTX ed una significativa ipercalciuria.

La paziente è stata sottoposta dopo circa 48 ore ad intervento di PTA.

La terapia medica si è avvalsa di presidi farmacologici (Calcio + Vit. D e bifosfonati) e precoce trattamento riabilitativo.

Il caso in oggetto è un esempio paradigmatico delle conseguenze dell'osteoporosi in un soggetto anziano.

La patologia osteoporotica, come tutte quelle età-correlate, riveste particolare importanza nel soggetto anziano fragile; la senescenza è una delle più importanti cause di fragilità della scheletro.

La massa ossea si riduce progressivamente dopo i 50 anni (specie nelle donne) con correlato aumento del rischio di frattura o per avanzata senescenza o, anche prima, per eventi intercorrenti, quali le cadute.

Le previsioni indicano che oltre il 40% delle donne sarà soggetto ad una frattura delle vertebre e/o del femore, di tipo osteoporotico, dopo i 50 anni.

Mentre un tempo l'osteoporosi dell'anziano era considerata a "basso turnover", in relazione a quella post-menopausale, è invece rapidamente progressiva.

Le fratture vertebrali, pur essendo le più frequenti, vengono diagnosticate in circa 1/3 dei casi, ed un numero ancora minore viene trattato. Esse facilitano l'insorgenza di altre importanti situazioni morbose (l'ipoventilazione, favorente le broncopolmoniti, la stipsi, l'ernia dello iatus esofageo, etc.).

Le fratture sono quindi una delle più importanti cause di fragilità, riducendo in vario grado l'autosufficienza sino alla completa dipendenza, peggiorando la qualità di vita del soggetto, sino alle più gravi conseguenze per quanto riguarda l'autonomia e la vita stessa del soggetto.

Risulta quindi fondamentale la prevenzione, con l'impiego contemporaneo della Valutazione Geriatrica Multidimensionale, interventi sullo stile di vita (attività fisica, riduzione del fumo e dell'alcool), igiene ambientale (eliminare i tappeti!) e terapia farmacologica (amino-bifosfonati, a dosaggi inferiori di quelli per la prevenzione secondaria).

I limiti sono da ricercare nella pluripatologia da cui è affetto un soggetto ultraottantenne ( $\geq 4$ ) e che può intervenire direttamente nella genesi dell'osteopenia o attraverso a farmaci con cui vengono trattate le varie malattie (corticosteroidi, eparina, etc.).