

OSTEOPOROSI: IL PUNTO DI VISTA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE CASO CLINICO

Alfonsino Garrone
Medico di Medicina Generale
ASL di Asti

Mi era stato assegnato il compito di illustrare un caso clinico tipico che potesse presentarsi al medico di medicina generale: dall'anamnesi all'esame obiettivo, al ragionamento clinico diagnostico ed eventualmente strumentale, alla terapia ed all'eventuale follow-up, non tralasciando, in ogni caso, eventuali dubbi che possano essere presenti nel medico "non esperto di osteoporosi".

Ho così cercato nelle cartelle cliniche del mio PC ed ho trovato vari casi con problematiche che potevano servire allo scopo sia per quadri rari sia per complicanze particolari, ma, alla fine, ho preferito per qualche cosa di "banale" ma che, secondo me, rispecchia meglio il mondo e problema osteoporosi dal punto di vista della medicina generale.

IL CASO

La sig. Giulia è una simpatica vecchietta di 92 anni che, dalla morte del figlio (circa dieci anni fa), si è in pratica reclusa in casa, è sovrappeso marcatamente ma esente da altre patologie degne di nota.

Una sera, si alza dalla sedia su cui passa la maggior parte della giornata e cade a terra. Vengo chiamato e diagnostico una sospetta frattura femorale. Richiedo l'intervento dell'ambulanza e inizia da questo momento il "vero caso da discussione".

Infatti, la storia continua con:

- Trasferimento in ambulanza al P.S. dell'Ospedale Civile di Asti
- Prestazione di pronto soccorso con diagnosi di frattura peritrocanterica femorale dx comminuta.
- Trasferimento all'ospedale di Nizza (AT) per mancanza di posti letto all'O. C. di Asti
- Intervento chirurgico il 25.09.02
- Dimissione e ritorno all'abitazione un mese più tardi (25.10.02)

Ma il tutto non termina qui, anzi...La signora Giulia si trova a casa in regime di ADI:

- Allettata
- Cateterizzata
- Con ulcera da decubito in zona sacrale, due in zona glutea dx e una quarta in zona glutea sin.
- Con fistola secernente a livello della cicatrice chirurgica per sacca asessuale, prodottosi in sede di voluminoso stravaso ematico, sottostante.

Che a tutto il 13.12.02 (circa un mese e mezzo) ha richiesto:

- ❑ Un letto ortopedico
- ❑ Un materasso antidecubito
- ❑ Una carrozzina
- ❑ 14 accessi del MMG

- ❑ 2 accessi dello specialista chirurgo
- ❑ 49 accessi dell'infermiere professionale per le medicazioni
- ❑ 1 accesso della terapista della riabilitazione
- ❑ terapia farmacologia
- ❑ materiale da medicazione
- ❑ ASSISTENZA CONTINUA DEI FAMILIARI

Quindi con sofferenze e costi che volendo si possono anche quantizzare ma che sono implicitamente enormi.

COMMENTO

Come si vede il caso è un «non caso», cioè non vi è nulla da scoprire e nessun ragionamento clinico particolarmente complicato. Ma mi è parso, però, utile riportarlo perché la sig. Giulia, o meglio la sua storia, mi ha posto una terribile domanda:

« cosa potevo/dovevo fare per evitare tutto questo? »

E' limitativo pensare ad una semplice **prevenzione** farmacologia: si sono spesi centinaia di miliardi di vecchie lire in farmaci (usati per lo più a pioggia) per "l'osteoporosi" ma non sappiamo, ancora oggi, con quali benefici effettivi sulla salute pubblica.

E poi: **quali farmaci?** Gli estrogeni? Ma non sono da usarsi solo in *short-term* per gli eventuali problemi collaterali e poi, non sono anche privi di "effetto coda" e perciò necessitano di terapia continuata? Alendronato, clodronato, bifosfonati, paratormone, ecc.? ma quale e per quanto tempo?

E ancora: **quando e a chi somministrarli?** Secondo i risultati di una densitometria? Ma quale? Ed è un metodo di screening di popolazione? (a parità di valore di massa ossea solo un 50% si frattura perciò va aggiunta la valutazione con i cosiddetti **fattori personali** quali età anagrafica, età di menopausa, attività fisica, fumo, alcol, dieta ecc. Inoltre, il tutto, ha un valore predittivo, a quanto mi risulta, limitato nel tempo e per questo va ripetuto a cadenze fisse (quali?).

CONCLUSIONE

A ben pensarci, non saprei neppure indicare con precisione quale sia il modello nosologico di riferimento. In altre parole mi domando se l'osteoporosi sia da considerarsi:

- ❑ Un segno clinico
- ❑ Una malattia in sè
- ❑ Una sindrome
- ❑ Un fattore di rischio
- ❑ Un fattore para-fisiologico

In più, mi si deve ancora chiarire se, per la salute della popolazione e per un migliore rapporto costo/beneficio, la strategia migliore sia quella di contrastare.

- ❑ La ridotta densità dell'osso
- ❑ Il rischio di cadute
- ❑ Le complicanze delle fratture

Infatti, ognuna di queste opzioni potrebbe ridurre "l'elenco spese" della sig. Giulia, ma nella globalità della popolazione la scelta di intervento deve per forza essere pesata con il costo che ne induce (il tanto decantato rapporto costo/beneficio)

Per cui ritengo prioritario per noi MMG:

1. affrontare il problema con misure CONDIVISE per efficacia

2. identificare a priori le figure professionali con cui il MMG si deve confrontare, nei limiti delle specifiche competenze, ma sempre nell'ottica della globalità o, me glio ancora, di una valutazione olistica del problema
3. chiarire quali sono le effettive risorse, anche e non solo economiche, utilizzabili

Al MMG servono, insomma, RIFERIMENTI OPERATIVI SINTETICI E CONDIVISIBILI PER ATTIVARE UNA MEDICINA DI INIZIATIVA PER **TRATTARE**, e non solo farmacologicamente, **OGGI, TENENDO PRESENTE IL DOMANI.**