

EPIDEMIOLOGIA E CLINICA DELLE FRATTURE FEMORALI

Giancarlo Isaia, Cristina Tamone

*Dipartimento di Medicina Interna. Università di Torino.
UOADU Medicina-Malattie Metaboliche dell'osso.
ASO S. Giovanni Battista - Torino.*

L'osteoporosi è una malattia sistemica dello scheletro caratterizzata da una ridotta massa ossea e da un deterioramento della microarchitettura del tessuto osseo che determina una maggiore fragilità scheletrica con conseguente aumento della probabilità di incorrere in fratture ossee, spontanee o per minimi traumi.

La semplice riduzione della massa ossea di per se stessa è asintomatica; pertanto le manifestazioni cliniche dell'osteoporosi sono esclusivamente correlate alla sua complicità più importante, ovvero la frattura, nonché alle conseguenze che da essa derivano. Infatti, sebbene nella maggior parte dei casi le fratture siano seguite dalla completa guarigione con ritorno alla condizione pre-fratturativa, una parte dei pazienti va incontro ad importanti sequele cliniche.

Nel corso degli ultimi vent'anni numerosi studi epidemiologici hanno dimostrato che l'osteoporosi costituisce uno dei maggiori problemi di salute nei paesi del mondo occidentale a causa delle fratture che essa produce, soprattutto a livello del polso, della colonna vertebrale e del femore. Di queste fratture la più temibile è certamente quella femorale che incide più delle altre in termini di morbilità, mortalità e costi sociali, con tassi particolarmente elevati nei soggetti anziani.

Attualmente, il maggior numero di fratture femorali viene riscontrato nei paesi occidentali industrializzati, ed in particolare in Europa. Nel 1990 è stata stimata la presenza di 1.7 milioni di fratture femorali in tutto il mondo, di cui 560.000 in Europa e 360.000 in Nord America. Tuttavia sono disponibili limitate informazioni relative all'influenza delle differenze razziali sull'incidenza delle fratture, anche se i meccanismi genetici e quelli ambientali possano giocare un ruolo rilevante.

I dati sull'epidemiologia delle fratture femorali sono disponibili in molti Paesi, in quanto tutte le fratture del femore sono sintomatiche e vengono generalmente trattate in regime di ricovero ospedaliero: ne consegue la concreta possibilità di redigere registri epidemiologici sull'incidenza di tale patologia, mentre ciò non è possibile per le fratture vertebrali, che possono in alcuni casi essere asintomatiche o comunque non richiedere l'intervento del medico e che spesso vengono riscontrate casualmente alla radiografia del rachide effettuata per altri motivi.

Dagli studi di popolazione è stato riscontrato che le fratture del femore aumentano esponenzialmente con l'aumentare dell'età, ed in genere l'incidenza specifica per età delle fratture femorali è maggiore nella donna rispetto al maschio, con un rapporto di 2-3 a 1 fra i due sessi.

Nel 1998 la Commissione Europea, estrapolando i dati dai più recenti studi epidemiologici, ed in particolare dallo studio MEDOS (Mediterranean Osteoporosis Study)

che è stato condotto nell'Europa meridionale, ha riportato l'incidenza delle fratture femorali nei 15 Paesi dell'Unione Europea, sottolineando la presenza di sostanziali differenze tra i paesi settentrionali e quelli meridionali: la più elevata incidenza è stata riscontrata in Scandinavia, mentre il minor numero di fratture femorali è stato rilevato nei Paesi Mediterranei; inoltre, confrontando le incidenze europee con quelle americane (considerata pari a 1), è stato confermato che in Svezia l'incidenza relativa era di 1.3 nelle donne e di 1.7 negli uomini, mentre in Inghilterra, nei Paesi Bassi ed in Germania questa era invece molto simile a quella degli Stati Uniti. Nei Paesi del Sud Europa, invece, era significativamente inferiore: in Francia, Grecia e Spagna era circa dello 0.7, mentre in Italia e Portogallo era dello 0.5. Inoltre, nelle aree urbanizzate è stata riscontrata una maggiore incidenza di fratture femorali rispetto a quelle rurali e la riduzione dell'abitudine all'esercizio fisico ed i cambiamenti delle abitudini alimentari sono stati considerati la possibile causa di questa differenza.

Lo studio MEDOS contiene anche dati relativi alla Turchia, un paese non appartenente all'Unione Europea ricco di differenti gruppi etnici con caratteristiche genetiche e culturali miste. I dati riscontrati in Turchia sono risultati differenti rispetto a quelli dei restanti Paesi Mediterranei: in particolare nelle aree rurali (Asia Minore), ma anche nelle città di Istanbul e Ankara, l'incidenza delle fratture femorali è risultata molto bassa. Rispetto a quella americana risulta appena del 10-20% nelle donne e 20-30% negli uomini, ed inoltre è stato verificato un minor incremento esponenziale in relazione all'età.

L'incidenza delle fratture in genere è destinata ad aumentare negli anni, e si stima che il numero delle fratture femorali nel mondo per l'anno 2050 sarà di circa 6.3 milioni, con 1 milione di fratture in Europa. Questi dati vengono ottenuti osservando le modificazioni demografiche che si verificano: la distribuzione per fasce d'età della popolazione nei paesi in via di sviluppo ed in quelli industrializzati si sta infatti modificando profondamente. In particolare, nei paesi industrializzati il numero dei bambini si va riducendo mentre il numero dei soggetti anziani va aumentando sia in termini assoluti che relativi per un aumento dell'aspettativa di vita, e quindi della longevità. Si stima che nei paesi della Comunità Europea, nell'arco di tempo che va dal 1995 al 2050, il numero dei soggetti con età superiore ai 65 anni raddoppierà e quello dei soggetti con età superiore agli 80 anni aumenterà di più di tre volte. Una delle conseguenze di queste drammatiche modificazioni demografiche sarà certamente un significativo incremento delle malattie età-correlate, quali l'osteoporosi, e delle sue conseguenze, in particolare delle fratture vertebrali e femorali, sia nelle femmine che nei maschi.

Molteplici sono i fattori di rischio per le fratture femorali e questi possono essere ricompresi negli indicatori della fragilità dell'osso e negli indicatori del rischio di caduta. Nel 1998 l'American National Osteoporosis Foundation (NOF) propose di usare un numero limitato di fattori di rischio per valutare le donne ultrasessantenni a rischio di frattura del femore. Propose di considerare la densità minerale ossea (BMD), l'anamnesi positiva per fratture dopo i 40 anni di età, la storia familiare di fratture, il basso peso corporeo e l'abitudine tabagica attiva. In particolare, la presenza di una pregressa frattura vertebrale o femorale costituisce di per sé un fattore di rischio per ulteriori fratture, ed è stato dimostrato che un adeguato trattamento farmacologico è in grado di ridurre significativamente tale rischio. Inoltre la carenza di vitamina D, che è stata dimostrata in numerosi Paesi ed in particolare in Italia da un nostro recente studio, costituisce un importante fattore di rischio per le fratture, sia perché determina una maggior fragilità ossea, sia perché i suoi ef-

fetti extraossei, ed in particolare quelli a livello muscolare, inducono un maggior rischio di caduta. D'altra parte un'adeguata integrazione con Vitamina D si è dimostrata in grado di ridurre significativamente il rischio di fratture da osteoporosi nell'anziano, soprattutto se istituzionalizzato.

Nello studio ERGO (Rotterdam) del 1999 la storia familiare e il fumo non sono risultati significativi fattori di rischio, mentre altri indicatori, come l'uso di un supporto per la deambulazione sono risultati statisticamente correlati al rischio di fratture del femore. Lo studio EPIDOS (1999) ha confermato questo dato, sottolineando come fattore di rischio per le cadute oltre all'utilizzo di un supporto anche la velocità dell'andatura. Ogni score di rischio dovrebbe comunque sempre tenere in considerazione anche l'età ed il sesso del paziente.

Come già accennato, la maggior parte delle fratture femorali sono sintomatiche, conseguenti o meno a caduta e richiedono l'intervento del medico. E' importante sottolineare che non sempre si riesce a ritornare alla condizione pre-fratturativa ed una parte dei pazienti va incontro ad importanti sequele cliniche, compreso il decesso. La mortalità da frattura femorale è di circa due volte più elevata nell'uomo rispetto alla donna. Nella donna la mortalità varia dal 12 al 35% nei primi dodici mesi dopo la frattura. Nell'uomo, invece, la variabilità è più ampia, ma con valori sempre superiori di almeno due volte rispetto alla donna ad ogni livello di età e di comorbidità.

Inoltre nel 50% dei pazienti con fratture del bacino, il dolore persiste anche dopo 6 mesi dalla frattura e solo il 32% recupera la piena capacità deambulatoria.

In conclusione, sulla base delle proiezioni demografiche dei prossimi decenni, è facile prevedere un drammatico incremento delle fratture femorali e dei costi sociali ad esse correlati: è pertanto indifferibile porre fin d'ora in essere adeguati provvedimenti di ordine preventivo e se del caso anche di natura farmacologica per contenere tale fenomeno e per ottenere di conseguenza un significativo miglioramento della qualità di vita della popolazione anziana.