10

CONTRIBUTI

# Medicina di Genere: il rischio osteoporotico

**MARIA GABRIELLA DE SILVIO**
*Ginecologa*
*Vicepresidente Nazionale Giseg*

**L'OSTEOPOROSI** è una malattia multifattoriale di rilevanza sociale: si stima che in Italia siano affetti da questa patologia 1 donna su 3 oltre i 50 anni e 1 maschio su 8 oltre i 60 anni. Vi sono due forme principali di osteoporosi: una "primitiva", che colpisce le donne in post-menopausa o gli anziani, e una "secondaria", che invece può interessare soggetti di qualsiasi età affetti da malattie croniche o in terapia con farmaci che direttamente o indirettamente influenzano negativamente la salute scheletrica. Oltre il 95% di osteoporosi primaria è correlata alla menopausa per le variazioni ormonali. L'osteoporosi si può definire un disordine scheletrico caratterizzato da una riduzione di massa ossea e quindi da una fragilità delle ossa, che comporta il rischio di frattura da fragilità.

Che cos'è la frattura da fragilità? È una lesione ossea che sopravviene dopo un modesto evento traumatico. L'evento traumatico perde la sua importanza rispetto alla frattura perché è un trauma a bassa energia che interviene su un osso che non è in grado di sopportare un determinato carico o una determinata deformità perché è malato, quindi una caduta banale, addirittura alcune volte senza sollecitazioni può portare alla frattura. In alcuni casi il paziente dice che ha sentito il dolore e poi è caduto, cioè si è rotto prima l'osso e poi dopo c'è stato il trauma. Purtroppo, ancora oggi meno del 50% dei pazienti ad alto rischio di fratture è trattato con farmaci anti- osteoporotici con conseguenze sociali rilevanti in relazione alle complicanze e agli esiti degli eventi fratturativi.

La **Mineralometria Ossea Computerizzata** (**MOC**), pur essendo un metodo importante per misurare la **densità ossea**, non è sufficiente da sola per valutare il rischio di **fratture**. Gli esperti sottolineano l'importanza di considerare altri fattori, come la **qualità** e l'**elasticità** dell'osso, la **familiarità** per le fratture, l'**età**, la presenza di **altre malattie** e uno **stile di vita** sano.

ALPHONSE MUCHA
Daydream

La letteratura ci dice che l'osteoporosi è una patologia femminile, ma esiste anche quella maschile ed esiste quella nella popolazione transgender. In termini inferiori rispetto a quella femminile e sempre correlata a comorbidità molto più importanti rispetto al sesso femminile, con un tasso di mortalità post- frattura molto superiore al sesso femminile, non viene screenata, anche le note per l'esenzione dei farmaci alcune volte non contemplano il sesso maschile, quindi l'osteoporosi maschile è sottostimata, sotto trattata ed è un problema di salute pubblica. Ed a questo proposito dovrebbe intervenire una giusta comunicazione sociale, quarto obiettivo del Piano attuativo nazionale della medicina di genere, intesa come empowerement del paziente, consapevolezza del suo percorso di cura. E poi c'è l'osteoporosi della popolazione transgender che segue le stesse linee guida, ma non è possibile perché in queste situazioni dobbiamo pensare alle terapie ormonali ed alla presenza di fattori di rischio per queste terapie. E poi ci sono altre situazioni che riguardano non più il sesso, ma il genere. Il 42% degli italiani rinuncia ormai alle cure per problemi economici, il 37% non affronta altre spese per sostenere quelle sanitarie, quasi mezzo milione rinunciano a curarsi, soprattutto nel centro-sud. Anche perché la frammentazione della sanità fra le Regioni ha provocato inaccettabili differenze. Purtroppo, si è curati meglio a seconda di dove si nasce.

Tra i fattori "di genere" che influiscono sull'osteoporosi c'è:

l'inquinamento, soprattutto in quelle condizioni in cui è maggiore l'esposizione a polveri sottili oppure al biossido di azoto, aumenta la patologia osteoporotica. L'esposizione prolungata a sostanze come il particolato fine (PM2.5 ), gli ossidi di azoto e l'ozono riduce la densità minerale ossea, soprattutto nella colonna vertebrale, aumentando il rischio di fratture.

Le comorbidità. Esistono una serie di patologie che influiscono sul riassorbimento osseo come **l'iperparatiroidismo** e **l'ipertiroidismo**, che accelerano il riassorbimento osseo. Altre cause includono malattie autoimmuni come l'artrite reumatoide e il lupus, malattie infiammatorie intestinali (morbo di Crohn, colite ulcerosa) e patologie ematologiche come il mieloma multiplo. Anche l'osteogenesi imperfetta e l'osteomalacia sono condizioni che determinano fragilità ossea.

Osteoporosi da riassorbimento. Sopravvissuti a pregressi cancri possono essere a rischio di fratture da fragilità

Disturbi del comportamento alimentare. È ormai una patologia molto diffusa che ci da la possibilità di andare incontro a fratture. Ha un periodo di latenza tra la ripresa dell'alimentazione e la ripresa della massa muscolare molto lungo.

La gravidanza. Esiste una osteoporosi da gravidanza, patologia del terzo trimestre, poco studiata, sottostimata. Il rachide è spesso il più coinvolto, da qui la necessità di fare una terapia con integrazione di vit. D e di calcio.

L'età pediatrica. Pazienti che hanno una o più fratture del rachide o delle ossa lunghe devono essere sottoposti ad una DEXA per definire una eventuale condizione di osteoporosi. Molto spesso è necessaria una valutazione multidisciplinare con una centralizzazione del paziente.

In conclusione, il messaggio è informare la cittadinanza che spesso non è coinvolta, formare gli operatori sanitari, creare PDTA specifici, investire sulla prevenzione primaria cioè intercettare i soggetti sani con fattori di rischio per ottenere quella medicina potenziativa che ci consentirà nei soggetti a rischio di non farli arrivare ad essere osteoporotici.