

Fragilitás miatti csigolyatörések. Hogyan segíthetik a radiológusok a csípőtáji törések előfordulásának csökkentését?

Mitchell R., Jevell P., Javaid M. és mtsai Arch. Osteoporos. 2017. 12. 71.

Dr. Forgács Sándor kommentárjával

Az osteoporotikus betegeket fokozottan fenyegeti a csonttörés kockázata. Ötvenéves kor felett minden második nő és minden ötödik férfi elszenved osteoporotikus csonttörést az élete folyamán. Az osteoporotikus törések leggyakoribb típusa a fragilitás miatti csigolyatörés. Ezek a törések a gerinc vizsgálata céljából készült felvételeken fedezhetők fel, azonban mellékleteként is ábrázolódhatnak más klinikai javallat alapján végzett képalkotó vizsgálat (pl. CT, MRI, oldalirányú mellkasfelvétel, natív hasi röntgen) során. Ezeknek a csonttöréseknek a zöme nem okoz tüneteket, de jól ismert, hogy szignifikánsan növelik a csípőtáji, illetve további csigolyatörések bekövetkezésének kockázatát. A csípőtáji törések fokozott morbiditással és mortalitással járnak, és nagy terhet rónak az egyénekre és a társadalomra egyaránt Egyesült Királyságban csak a kórházi költségük legalább évi 1,1 milliárd fontra rúg.

A képalkotó vizsgálatok során ábrázolódó csigolyatörések jelentős részét nem kórismézik a radiológusok, így a betegek tetemes hányada nem részesül megfelelő antiporotikus kezelésben. Az IOF kidolgozta kezdeményezését, amely anyagot biztosít a radiológusok, klinikusok és egészségügyi szakemberek számára ezeknek a töréseknek a kimutatásához és ellátásához. A FRAX eszközzel is pontosabban mérhető fel az újabb csonttörések későbbiekben fenyegető kockázata. A véletlenül felfedezett csigolyatörések radiológusok általi leírása – és a beutaló klinikus általi szakszerű nyomon követése – elősegítheti a csípőtáji törések visszaszorítását.

Ebben a tanulmányban a közelmúltban csípőtáji törést elszenvedett, idősebb betegek között vizsgálták az osteoporotikus csigolyatörések előfordulását. Ellenőrizték, hogy a felvételeket értékelő radiológus beszámolt-e ezekről a csigolyatörésekről.

Módszerek

Oxfordi intézetük radiológiai osztályának adatbázisában azonosítottak minden, 50 évesnél idősebb, 2013-ban csípőtáji törést elszenvedett beteget. Azonosították a betegeknek azt az alcsoportját, akinél a megelőző 5 évben sor került a gerinc képalkotó vizsgálatára vagy egyéb CT, MRI vizsgálatra, amelyben legalább 5 mellkasi és/vagy lumbális csigolyatest jól látható volt.

Genant szemikvantitatív osztályozása szerint 1-es, 2-es vagy 3-as fokozatú csigolyatöréseket különböztettek meg a csigolyatest magasságának 20-25%-os, 26-40%-os, vagy <40%-os csökkenése alapján. A leleteket áttekintve ellenőrizték, hogy kielégítően beszámoltak-e bármilyen észlelt törésről.

Eredmények

732, ≥ 50 éves, csípőtáji törést 2013-ban elszenvedett beteget azonosítottak. Ezek közül 169 betegnél végezték el egy vagy több alkalommal a gerinc röntgen-, CT-, vagy MRI-vizsgálatát a csonttörés bekövetkezését megelőző 5 év során. A szakszerű kizárások után fennmaradó 157 beteg 66%-a nő, átlagéletkoruk a csípőtáji törés bekövetkezésekor 82,5 év, (56–100 év) volt.

A 157 beteg közül 65-nél (41%) volt kimutatható csigolyatörés. A már az első képalkotó vizsgálat alkalmával kimutatható törések csupán 46%-át ($n=30$) írta le „frakturaként” a lelelező radiológus a képalkotó vizsgálat időpontjában. Hét csigolyatörést később írtak le, a gerinc további képalkotó vizsgálatát után. A mozgásszervi radiológusok a képalkotó vizsgálatok során észlelt fracturák 89%-át, míg a nem-mozgásszervi radiológusok 14%-át írták le. Ennek egyik oka, hogy a törést nem mindig egyszerű megkülönböztetni más csigolya deformitásoktól.

Ha a felvételen 1-es fokozatú volt a legsúlyosabb fractura, akkor ezek csupán 7%-át írták le, míg 2-es fokozatú törések esetén a felvételek 68%-át, és 3-as fokozatú törés esetén 75%-át.

Azon betegek közül, akiknél korábban már kimutatható volt csigolyatörés, csupán 25% ($n=16/65$) részesült bizonyíthatóan csont-specifikus terápiában a csípőtáji törés bekövetkezésekor. Közülük 9 beteg alendronátot, 3 risedronátot, 4 kalciumot és D-vitamint szedett A 16 kezelt beteg közül 13 estében számoltak be csigolyatörésről.

Megbeszélés

A csípőtáji törést elszenvedett betegek jelentős hányadánál (>20%) végeztek korábban képalkotó vizsgálatot, többek között a gerincen. E betegek 41%-ánál állott fenn kimutatható csigolyatörés. Ezek a megállapítások amellett szólnak, hogy már korai stádiumban lehetséges kimutatni az incidens csigolyatöréseket.

Az adatok azt bizonyítják, hogy a radiológusok – különösen a nem-mozgásszervi képzettségűek – jelentős hányada nem írja le ezeket az elváltozásokat: a csigolyatörések 46%-a nem szerepelt a leletben. A mozgásszervi radiológusok a törések zömét leírták. A nem-mozgásszervi radiológusok kisebb eséllyel ismerték fel a csigolyatöréseket, különösen az alacsonyabb Genant-fokozatúakat. Gerincfelvételek értékelésekor – amikor a képalkotó vizsgálat elsődleges célja a csont elváltozás felismerése – az összes törést leírták. Ez amellel szól,

hogy a kis kiterjedésű fragilitásos csigolyatöréseket kifejezetten keresniük kell!

Ezeket a töréseket nagyobb eséllyel írják le többszörös, vagy súlyosabb csonttörések esetén. Ez amellet szól, hogy a gerinc vizsgálata számos esetben nem elegendően részletekbe menő az enyhébb fokú, kevésbé nyilvánvaló törések azonosításához.

A vizsgálat szerint a csigolyatörést elszenvedett betegek csupán 25%-a részesült csontvédő kezelésben a csípőtáji törés bekövetkezésekor. Ennek több oka is lehet. Az egyik, hogy a radiológusok gyakran nem írják le a csigolyatöréseket, továbbá, hogy nem mindenütt működik megbízható rendszer, amely az osteoporotikus csonttörést elszenvedett betegeket további gondozásra és kezelésre irányítaná. Jelenleg (*Angliában – ref.*) a házi-orvos feladata a fracturát elszenvedett beteg nyomon követése, a további kivizsgálás és kezelés kezdeményezése. Ezt gyakran nem tekintik kiemelt fontosságúnak és nem is vizsgálnák tovább. Ennek korrigálása érdekében olyan rendszert szándékozunk bevezetni, amelyben a radiológiai leletben leírt csigolyatörést elszenvedett betegeket közvetlenül regisztrálnák megfelelő adatbázisban.

Kommentár

Az MRT – Osteologiai Szekció 2006-bant ROPOG (Radiológusok Országos Programja az Osteoporosis Gyógyításáért) néven kezdeményezésemre programot indított. Felhívást tettünk közzé, hogy ha bármilyen okból készült radiológiai vizsgálatban csigolyatörést fedezünk fel, megfelelő szakambulanciára kell irányítani a beteget. Öröndetesesen sokan jelezték csatlakozásukat a programhoz. Ennek ellenére a kezdeti jelentős sikerek után néhány év múlva a program sajnálatosan elhalt. Pedig a referált cikk is igazolja, hogy ez indokolt és járható út, amely a FRAX korában is értékes eszköz a csípőtáji törések előrejelzésére és visszaszorítására.

Forgács Sándor dr.

Összefoglalás és következtetések

Az osteoporotikus csigolyatörést elszenvedett betegeket fokozottan fenyegeti a csípőtáji törés kockázata. Az osteoporotikus csípőtáji töréseket elszenvedett betegek jelentős hányadában, (a szerzők anyagában 41%) a gerinc korábban elvégzett képalkotó vizsgálata során gerinctörések is ábrázolódtak. A gerinctörések leírására valószínűbben kerül sor, ha azok többszörös csonttörések, ha a törés súlyos, vagy azt mozgásszervi radiológus értékeli. Mindazonáltal, a felvételeket értékelő radiológusok a kimutatható csigolyatörések kevesebb, mint a felét írják le (a szerzők anyagában 46%), vagyis ezeknek a töréseknek egy része következetesen felismeretlen marad. Ez elszalasztott lehetőség a további csonttörések kockázatának kitett betegek azonosítása terén. Elengedhetetlen, hogy a radiológusok nagyfokú éberséggel keressék a fragilitásos csigolyatöréseket, mindennek előtt az idősebb korú betegeknél, ezáltal lehetővé tegyék szakszerű gondozásukat és az osteoporosis hatatos kezelésének megkezdését. Mindez jelentős mértékben segítheti a későbbiekben bekövetkező csípőtáji törések, továbbá az ezekkel járó morbiditás, mortalitás, és kiadások visszaszorítását.