

## **OSTEOPOROSI: NON SOLO UN PROBLEMA PER VECCHI**

L'osteoporosi è una malattia molto frequente che può colpire specialmente dopo i 50 anni. Si tratta di una rarefazione del tessuto osseo che interessa particolarmente le donne dopo la menopausa che, infatti, si ammalano da 3 a 4 volte più degli uomini. Un graduale indebolimento delle ossa è normale dopo i 35-40 anni e fa parte del naturale invecchiamento. Quando le ossa, e soprattutto la colonna vertebrale, il polso e il collo del femore, diventano fragili e deboli, significa che il processo è degenerato in malattia: l'osteoporosi. Le persone che soffrono di osteoporosi sono soggette, più delle altre, al rischio di frattura: una caduta, un urto o anche un semplice movimento che non avrebbero conseguenza in una persona normale, possono causare fratture in un ammalato di osteoporosi.

In Piemonte almeno 1/3 della popolazione femminile in menopausa è colpito da osteoporosi. Il dato emerge dalla ricerca realizzata dalla Fondazione per l'Osteoporosi Piemonte o.n.l.u.s. e dalla Clinica di Geriatria e Malattie metaboliche dell'osso dell'Università di Torino (Direttore: Prof. Giancarlo Isaia) con il contributo della Compagnia di San Paolo (1). Lo studio sottolinea l'esistenza di una grave pandemia silenziosa, destinata a diventare anche un alto costo sanitario.

La prevenzione dell'osteoporosi, basata su adeguata nutrizione e regolare attività fisica, si ottiene soprattutto nei decenni che precedono la menopausa. Il tessuto osseo è in continuo rinnovamento per l'alternanza di processi di riassorbimento e di formazione. Esso raggiunge il culmine del rafforzamento sul finire dell'adolescenza per gli alti livelli dei "fattori di crescita" che stimolano la formazione, e per gli ormoni ovarici che frenano il riassorbimento. Già a partire dai 18-20 anni i "fattori di crescita" tendono fisiologicamente a ridursi, per poi decrescere più nettamente dai 25 e ancor più dai 35, per processi dipendenti dall'età. La sottonutrizione e la magrezza inibiscono i "fattori di crescita" e possono bloccare la funzione ovarica (con conseguente amenorrea), determinando una perdita che non solo costituisce la premessa per l'osteoporosi postmenopausale ma anche provocarla in anni giovanili. Ciò si può verificare nelle amenorree da sottopeso (2), comprese quelle legate al relativo eccesso di attività fisica (la "triade delle atlete": disordine alimentare, amenorrea, osteoporosi) (2,3), e soprattutto nelle forme di anoressia (circa 1% delle giovani donne) (4) e di para-anoressia (circa 5%), forme che sono in preoccupante aumento. Anoressiche con durata media della malattia di 5-6 anni presentano un tasso di frattura tre-sette volte superiore rispetto alle donne sane di pari età (5). Particolarmente penalizzante è l'anoressia iniziata nell'adolescenza, in quanto si perdono gli anni più favorevoli per il rafforzamento delle ossa. Buona parte delle terapie ormonali che ridanno le mestruazioni, "pillole" comprese, contrasta solo parzialmente il problema, in quanto non agisce favorevolmente sui livelli dei "fattori di crescita" (2,4,6). È indispensabile un sollecito recupero del peso tramite interventi terapeutici, tanto più efficaci quanto più precocemente vengono messi in atto (4,6,7).

L'importanza di un intervento diagnostico-terapeutico precoce è confermata dall'esperienza del Centro Amenorrea-Anoressia degli Ospedali Regina Margherita-Sant'Anna di Torino, che ha l'obiettivo di ridurre l'intervallo di tempo tra l'esordio del disturbo e l'inizio delle cure attraverso l'intercettazione dell'amenorrea, sintomo somatico a insorgenza precoce. Le adolescenti (età compresa tra 13 e 18 anni), già anoressiche o para-anoressiche, a 12 mesi dalla presa in carico hanno mostrato evoluzione favorevole nel 62,75% (=remissione completa della patologia), migliorata nel 31,37% (=importante riduzione della gravità della patologia), nel 5,88% sfavorevole (=persistenza del disturbo alimentare).

Al fine di facilitare un intervento diagnostico-terapeutico precoce, molto importante è la sensibilizzazione sui primi sintomi (perdita di peso, amenorrea) non solo di medici, insegnanti, genitori, ma anche dei ragazzi stessi. È bene che i ragazzi siano informati delle conseguenze sfavorevoli del sottopeso e portati a una maggiore attenzione alle esigenze del proprio organismo.

Prof. Carlo Campagnoli

*Ginecologia Endocrinologica Clinica Fornaca Torino*

*Consigliere e membro del CTS Fondazione per l'Osteoporosi Piemonte o.n.l.u.s.*

*Vicepresidente Associazione Prevenzione Anoressia Torino (P.R.A.TO).*

*www.carlocampagnoli.it*

## **Bibliografia**

1. D'Amelio P., Spertino E., Martino F., Isaia G.C., *Prevalence of Postmenopausal Osteoporosis in Italy and Validation of Decision Rules for Referring Women for Bone Densitometry*, *Calcif Tissue Int*, 92:437-443, 2013.
2. Misra M., *Effects of hypogonadism on bone metabolism in female adolescents and young adults*, *Nat Rev Endocrinol*, 8:395-404, 2012.
3. Javed A., Tebben P.J., Fischer P.R., Lteif A.N., *Female Athlete Triad and Its Components: Toward Improved Screening and Management*, *Mayo Clinic Proceedings*, 88:996-1009, 2013.
4. Misra M., Klibanski A., *Bone Metabolism in Adolescents with Anorexia Nervosa*, *J Endocrinol Invest*, 34:324-332, 2011.
5. Meczekalski B., Podfigurna-Stopa A., Katulski K., *Long-term consequences of anorexia nervosa*, *Maturitas*, 75:215-220, 2013.
6. Bergström I., Crisby M., Engström A.M. et al, *Women with anorexia nervosa should not be treated with estrogen or birth control pills in a bone-sparing effect*, *Acta Obstet Gynecol Scand*, 92:877-880, 2013.
7. Halvorsen I., Platou D., Høiseth A., *Bone mass eight years after treatment for adolescent-onset anorexia nervosa*, *Eur Eat Disord Rev*, 20:386-392, 2012.