

Revisão de Temas

PO - (UM17-1303) - APLICAÇÃO DO FRAX® À REALIDADE PORTUGUESA

André Cardoso¹; Inês Costa¹; Luís Teixeira¹; Anabela Andrade¹

1 - USF Senhora de Vagos, Aveiro

INTRODUÇÃO:

A incidência anual de fraturas de fragilidade do colo do fémur em Portugal varia entre 77-232/100.000 em homens e 154-572/100.000 em mulheres, aumentando com a idade. Por ano estimam-se em cerca 10.000 o número de casos de fratura do colo do fémur, com custos \approx 200 milhões de euros. Estes custos não representam o valor real dado que a fratura do colo do fémur corresponde “apenas” a 39% do total de fraturas de fragilidade em Portugal.

Aplicando o T-score da Densitometria óssea (DMO), tal como definido pela OMS (Organização Mundial de Saúde), verificou-se que aproximadamente 50% dos indivíduos com fratura de fragilidade não tinham critérios para osteoporose. Surgiu assim a necessidade de desenvolver novas ferramentas como o FRAX que avalia uma série de fatores de risco bem comprovados para osteoporose, tendo já sido validado para a realidade portuguesa.

OBJETIVOS:

Indicações para tratamento da osteoporose na população portuguesa segundo resultados do FRAX®. Apresentar vantagens e limitações do FRAX®.

METODOLOGIA:

Pesquisa bibliográfica na PubMed em Dezembro 2016. Palavras-chave: FRAX, osteoporose, Portugal.

RESULTADOS:

Globalmente recomenda-se o início de tratamento para a osteoporose nas mulheres pré-menopausa sem antecedentes de fratura de fragilidade quando, de acordo com o FRAX®, os riscos de fratura MAJOR \geq 20% e da ANCA \geq 3%. Contudo, na realidade portuguesa estes limiares poderão ser reduzidos de uma forma custo-efetiva, com a administração de alendronato genérico. As recomendações vão no sentido de:

- 1) \geq 1 fratura fragilidade anca ou \geq 1 fratura fragilidade vertebral sintomática; OU \geq 2 fraturas fragilidade sintomática ou não, independentemente do local – tratar sem necessidade de FRAX ou DMO;
- 2) Na ausência de antecedentes de fratura fragilidade:
 - a. FRAX®: se risco fratura major \geq 11% ou risco fratura da anca \geq 3% - tratar;
 - b. FRAX®: se risco fratura major \leq 7% ou risco fratura da anca \leq 2% - não tratar;
 - c. FRAX®: se risco intermédio – pedir DMO e com o T-score medir novamente FRAX®:
 - i. se risco fratura major \geq 9% ou risco fratura da anca \geq 2,5% - tratar;
 - ii. se risco fratura major \leq 9% e risco fratura da anca \leq 2,5% - não tratar e ponderar repetir DMO a cada 2 anos para reavaliação.

O tratamento deverá ter em conta as limitações ou contraindicações de cada doente de forma individualizada.

DISCUSSÃO:

Um das vantagens da utilização do FRAX® é permitir decidir quando é que a DMO é necessária ou não. O FRAX® permite também incluir muitos dos doentes que apenas pela realização isolada da DMO e sem diagnóstico de osteoporose, desenvolviam fraturas de fragilidade, permitindo atuar de forma precoce. O FRAX® apresenta algumas limitações:

- 1) não validado para monitorização dos efeitos do tratamento nem para ser aplicado a doentes já em tratamento;
- 2) as quedas são um fator de risco não contemplado no FRAX®. Assim, baseando-se em cálculos do *QFracture*® 2013, a presença da variável "história de quedas" multiplica por 1,5 vezes a probabilidade de fratura a 10 anos do FRAX®;
- 3) os limiares para tratamento ou realização de DMO apresentados neste trabalho referem-se à utilização de alendronato genérico; outras medicações implicam alvos diferentes.