

## Revisão de Temas

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

André Cardoso<sup>1</sup>; Inês Costa<sup>1</sup>; Luís Teixeira<sup>1</sup>; Anabela Andrade<sup>1</sup>

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 ≈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.