

モーニングセミナー3

演題名	在宅医療における骨粗鬆症診療
-----	----------------

概要

介護予防、健康寿命の延伸の点からその対策が急務となっている代表的疾患に骨粗鬆症が挙げられる。骨粗鬆症に起因する骨折として代表的な椎体骨折は、骨折数が増えるほど ADL、QOL は悪化し、中長期的にみると死亡リスクも高くなる。大腿骨近位部骨折は ADL の低下や寝たきりに即座につながり、さらに生命予後をも悪化させる。骨粗鬆症の病態は多様であり、骨密度の低下のみならず骨質の劣化が関与し骨強度の低下をもたらす。コントロール不良な 2 型糖尿病では骨密度は維持されているにもかかわらず骨折リスクが高い、すなわち骨質劣化型の骨脆弱化をきたすことは世界的なコンセンサスが得られている。糖化、酸化ストレスの増大やビタミン B6 不足等に起因するホモシステイン上昇による終末糖化産物 (Advanced glycation end products: AGEs) の蓄積が骨コラーゲンの質を悪化させることが、骨脆弱化の機序のひとつと考えられている。また、腎機能障害の早期から AGEs やホモシステインの上昇がみられることから、軽度の慢性腎臓病 (CKD) でも骨質の劣化をきたすとされる。現在、生活習慣病関連骨粗鬆症として、確立されているのは 2 型糖尿病とステージ G3 [推算糸球体濾過率 (eGFR) 60 ml/min/1.73m² 以下] の CKD である。また原発性骨粗鬆症においても、閉経や加齢による酸化ストレスの増大や、高齢になるほど併存しやすくなるこれらの生活習慣病が影響し骨質の劣化をきたす。

骨折防止効果が証明された骨粗鬆症治療薬の登場により、骨粗鬆症診療においても臨床的エビデンスに基づいた治療の実践が可能となっている。しかし、いまだ我が国における骨粗鬆症薬物治療率は 20～25% と推定されている。「原発性骨粗鬆症の診断基準 (2012 年度改訂版)」では、既存骨折のうち椎体または大腿骨近位部に脆弱性骨折があれば骨密度と関係なく骨粗鬆症と診断するとされた。骨密度測定が困難な在宅医療の現場においても、骨粗鬆症の診断が可能となった。骨粗鬆症治療を受けるべき潜在患者を発掘し、患者背景を考慮した薬剤選択を推進していくことが望まれる。骨粗鬆症治療薬の作用機序のみならず、投与法も選択肢が広がった。ビスホスホネート製剤では 1 日 1 回、週 1 回、月 1 回の内服製剤に加え、点滴静注やワンショット静注製剤が使用可能となり、在宅医療での骨粗鬆症治療の実践の一助となっている。骨粗鬆症診療は EBM の実践に加え、tailor-made medicine の実践へと広がりを見せている。