



第 25 回

日本骨粗鬆症学会が

9 月 29 日（金）～10 月 1 日（日）

名古屋国際会議場にて開催されました。

当院からは

副院長 整形外科部長

内藤 浩平 先生、

看護部 骨粗鬆症マネージャー

田中 博子 看護師が

学術発表をされましたのでご紹介します。



第25回日本骨粗鬆症学会



O-241 骨粗鬆症治療としてロモソズマブを導入後にドロップアウトとなった症例についての検討

西の京病院整形外科¹、西の京病院骨粗鬆症リエゾンサービスチーム²

内藤 浩平¹、城崎 和久¹、田中 博子²、田中 真弓²、大塚 美幸²、松吉香緒莉²、三崎 弘二²、佐藤瀬里香²

【目的】脊椎椎体圧迫骨折や大腿骨近位部骨折を契機として、骨粗鬆症の治療を開始した際にロモソズマブを導入、その後に治療からドロップアウトとなった症例について検討したので報告する。【方法】2019年4月から当院で脊椎椎体圧迫骨折や大腿骨近位部骨折を契機としてロモソズマブによる骨粗鬆症治療を開始して、1年間以上経過観察可能であった99名(男性4名、女性95名)のうち、治療が中止となった25名(男性2名、女性23名、71から95歳、平均81.4歳)を対象とした。結果：治療導入時の疾患は脊椎圧迫骨折12名、骨粗鬆症8名、大腿骨近位部骨折4名、骨盤骨折1名であった。併存疾患は糖尿病3名、他部位の脆弱性骨折3名、関節リウマチ2例などであった。中止理由は他疾患での入院8名、アレルギー反応3名、倦怠感3名、注射部位の痛み2名、認知症1名、虚血性心疾患1名、脳梗塞1名、その他6名であった。ドロップアウトまでの注射回数は1回から10回、併用治療としてVDが20例で使用されていた。中止後の後治療はVD8名、アレンドロン酸+VD5名、テノスマブ+VD2名であった。初回注射前のBMDは25名の平均0.621g/cm²、TRACP-5bは23名で測定されており16例が高値(平均677.6mU/dl)、7名が正常範囲(平均305.6)であった。初回注射時にPINPが測定されていた24名のうち(平均89.5μg/LM)、4週後にPINPが測定されていたのは19名であり(平均137.5)、2回目測定時のPINPは17名89%で上昇していた。血中VDは20名で測定されており、全例で正常値より低値(平均15.8ng/ml)であった。血清Ca値は全例とも正常範囲(平均9.3mg/dl)であった。考察：ロモソズマブによる治療を導入する段階で骨脆弱性が高度で、さらに他疾患の合併もあり、ロモソズマブ治療中に他疾患での入院加療が必要となったためのドロップアウトが最も多かった。また、注射が2回目から3回目の段階でアレルギー反応や倦怠感のため治療中止となった症例が次に多かった。他疾患で入院加療となった場合は、骨粗鬆症の治療継続は困難であった。まとめ：ロモソズマブによる治療導入後にドロップアウトとなった症例は25名25.3%であった。このうち他疾患での入院が8名32%と最多であり、アレルギー反応と倦怠感が各3名12%であった。

O-81 二次骨折予防への取り組みと今後の課題

医療法人康仁会西の京病院整形外科病棟¹、西の京病院骨粗鬆症リエゾンサービスチーム²

田中 博子^{1,2}、内藤 浩平²、三崎 弘二^{1,2}、松吉香緒莉^{1,2}、原田 智恵¹

【目的】当院では、骨折予防を目的に2019年2月骨粗鬆症リエゾンサービス、以下(OIS)チームを立ち上げた。病棟では主に、脆弱性骨折により入院した患者に対し、再骨折予防の取り組みを行っている。病棟でOIS介入した患者の介入結果とその後の治療状況を調査した。【方法】2020年度介入患者195名(平均年齢82.9歳、男女比49/146)と2021年度介入患者206名(平均年齢81.9歳、男女比48/158)に対し、治療率と1年後の治療継続状況、再骨折率、再骨折部位、使用薬剤、ADL状況を追跡調査した。【結果】2020年度治療率65.1%、治療継続率41.5%、不明・中断(施設内所・かかりつけ医への受診・来院なし)27.2%、死亡10.8%、退院後新規治療開始4.1%、未治療(慢性腎不全・認知症・医師の判断)16.4%。2021年度治療率77.2%、治療継続率49.5%、不明・中断(施設内所・かかりつけ医への受診・来院なし)22.8%、死亡13.6%、退院後新規治療開始2.9%、未治療(慢性腎不全・認知症・医師の判断)11.2%であった。再骨折率はどちらの年も8.7%(平均年齢=2020年度84.2歳、2021年度87.1歳)骨折部位は、胸腰椎圧迫骨折が一番多く、次いで大腿骨近位部骨折であった。治療内容は、2020年度BP製剤53%、PTH製剤12%、VD3製剤6%。2021年度BP製剤28%、PTH製剤22%、VD3製剤33%であった。ADL状況は要介助患者が増え、高齢の患者では、ADLとともに認知機能低下も多く認められた。【考察】脆弱性骨折で入院した患者に対し、骨粗鬆症評価・治療介入・指導を行うことが治療率の向上に効果があると言える。その後、重要なのは治療が継続され二次骨折を予防することである。今回の治療継続率は、継続的に外来受診し状況が把握できた対象であり、治療状況が把握できない対象も多かった。再骨折率8.7%については、治療継続率が上昇しているにも関わらず同じであった。再骨折患者の平均年齢が84.2歳から87.1歳へと高齢化したことから、骨粗鬆症が重症化してからの治療開始では二次骨折を防ぐことは難しいと考える。再骨折後は、ADLの低下、認知機能の低下を認めており、骨折の連鎖は患者の生活の質を下げることに繋がる。患者のQOLを維持するには早期に適切な治療介入が重要であると言える。【課題】今後はフォローアップができるよう、地域との病診連携を図ることや定期的に治療状況を把握し継続できるシステム作りが必要であると考える。