

Tab. 1. Příčiny sekundární osteoporózy

Příčiny sekundární osteoporózy
Onkologická onemocnění (např. mnohočetný myelom)
Chronická obstrukční plicní nemoc (vliv kouření, glukokortikoidů i samotného onemocnění)
Chronické renální selhání
Léky
Jaterní onemocnění
Malabsorpční syndromy
Endokrinní onemocnění (Cushingův syndrom, hypogonadismus, hyperfunkce štítné žlázy, hyperparathyroidismus)
Hyperkalciurie
Imobilizace
Hypervitaminóza vit. A (<i>u nás velmi vzácná, pozn. autora</i>)
Diabetes mellitus 1. typu, revmatoidní artritida, monoklonální gamapatie
<i>(převzato z http://www.merckmanuals.com/professional/musculoskeletal-and-connective-tissue-disorders/osteoporosis/osteoporosis a Osteol. Bull. 2015;4/20:150-168)</i>

osteoporózy. U mužů byl donedávna považován testosteron, respektive jeho úbytek ve vyšším věku, za hormon odpovědný za vznik osteoporózy. Novější poznatky ukazují, že i zde má zásadní roli především estrogen (6, 7). Příčinou poklesu hladiny pohlavních hormonů u mužů ve vyšším věku je vzestup hladin specifického vazebného globulinu pohlavních hormonů (SHBG). Dochází tak k poklesu volné frakce estrogenů, a s tím spojeným úbytkem kostní hmoty (8).

Druhým typem primární osteoporózy je senilní (involuční) osteoporóza. Postihuje populaci nad 70 roků vcelku vyrovnaným poměrem žen a mužů. Bývá v některých případech provázena výrazným deficitem vitamínu D a zvýšenou hladinou parathormonu.

Sekundární osteoporóza představuje kostní komplikaci vyvíjející se v důsledku působení řady kauzálních rizikových faktorů, včetně léčiv. Její příčiny jsou shrnuty v Tabulce 1.

Osteoporóza u mužů, jako součást primárního nebo sekundárního hypogonadismu, je provázena sníženou syntézou prekurzorů vitamínu D v játrech a ledvinách a sníženou sekrecí kalcitoninu v parafolikulárních C buňkách štítné žlázy (9).

Idiopatická osteoporóza je typem osteoporózy bez zjevné příčiny. Objeví-li se 2–3 roky před pubertou, je označována jako idiopatická juvenilní osteoporóza a je zvláštním a vzácným typem primární osteoporózy, objevující se u dosud zdravého dítěte prepubertálního věku. Je provázena poruchami chůze, frakturami obratlů a dlouhých kostí. Nápadná je redukce trabekulární kosti. V průběhu puberty dochází ke spontánní remisi (9, 10).

Rizikové faktory

Neovlivnitelné

Ženské pohlaví je spojeno s vyšším rizikem fraktur obratlů a femuru než u pohlaví mužského (11). Pozitivní rodinná anamnéza je taktéž spojena s vyšším rizikem fraktury. Onemocnění spojená s malabsorpcí (morbus Crohn, deficit laktázy, celiakální sprue), případně revmatoidní artritida, mohou taktéž zvyšovat riziko rozvoje osteoporózy (12, 13). Renální nebo jaterní onemocnění mohou způsobit malabsorpci kalcia nebo snížit