

たかが骨粗鬆症, されど骨粗鬆症

坪山直生

Osteoporosis: Why Worry?

Tadao Tsuboyama

骨粗鬆症という病名は近頃随分有名になりましたので、耳にされたことのある方が多いと思います。骨粗鬆症とは何でしょう? 骨がスカスカになること? 骨に穴があくこと? 骨が変形すること? それぞれ骨粗鬆症の一面を表しています。

1993年に国際骨粗鬆症シンポジウムで採択された骨粗鬆症の定義がありますので、引用します。『骨量減少と骨微細構造の劣化を特徴とし、その結果として骨の脆弱化と易骨折性をともなった全身性骨疾患』というものです。これは現在に至るまで国際的に認知された最も標準的な定義として用いられています。要点はまず局所の骨の状態を指すのではなく、全身性の骨の問題であるということ、そして骨が弱くなって骨折しやすくなった状態であるということです。骨が弱くなる原因として骨量減少と骨微細構造の劣化があげられています。骨量とは文字どおり骨の量ですが、体の大きい人と小さい人とは当然骨の量は変わってきますので、ここでいう骨量はサイズで補正した相対的な量であり「骨密度」と言い換えられるべきものです。骨微細構造の劣化という表現には多様な状況が含まれていますが、主には「骨の量が減ってくるとともに骨の網目構造の繋がりがとぎれる部位がでてくる。それにより単に量的な問題以上の力学的弱さを生じる」という状態を思い浮か

べていただけると思います。

この定義の底に流れる考え方は、骨折が起こってはじめて骨粗鬆症とするのではなく、未だ骨折が起こる前からリスクの高い人は骨粗鬆症であると診断して、積極的に介入していこうというものです。背景には骨密度をある程度の再現性と信頼性を持って測定することが可能になったという事実があります。整形外科医である私にとって、このような発想は当初やや馴染みにくいものでした。加齢とともに骨が減ってくるのは程度の差こそあれ万人に起こる現象です。骨折も起こしておらず無症状で、生理的な加齢現象とでもいうべき状態を病気だというなら、白髪は病気か? 顔の皺は病気か? というわけです。現在の私はこのようなことを声高に主張する気は毛頭ありませんが、考えの枠組みの中に残しておくべき視点であるとは今でも思っています。

骨折しやすさには多くの要素がからんできますが、その中で骨密度はやはりもっとも重要なものです。ヒトの骨密度は20歳台から30歳台にかけてピークの値をとり、その後年齢とともに低下します。どの程度骨密度が低ければ骨粗鬆症とするのか、どこかで線を引く必要があります。骨粗鬆症の診断基準では、脆弱性骨折つまり通常では骨折を起こさない程度の外力による骨折のある人はそれだけで骨粗鬆症とし、そう

ではない人は若い人の平均骨密度と比較してどの程度であるかによって骨粗鬆症かどうかを決めることになっています。この考え方にも私は当初疑問を持っていました。骨密度は年齢とともに低下するのであるから、ある人の骨密度が病的に低いかどうかを判断するためには当然その人の年齢の平均値を基準にするべきだと考えたのです。今でもそれはその通りだと思いません。しかし、骨粗鬆症を一言でいえば「骨折しやすい状態」であるとし、骨粗鬆症への介入の目標を「少しでも骨折を減らすこと」であると定めるのならば（この定義と目標設定は現状では完全に正当なものと考えます。）、診断基準の目的はそのひとが病的であるかどうかを判断することではなく、その人の骨折リスクがどれくらいであるかを判定することにあり、それならば基準値は当然年齢とともに変動しない絶対的な値になります。私は骨粗鬆症の診断基準を「物事に実際的に対応するための道具」として納得し、今では積極的に利用しています。

骨粗鬆症に好発する骨折にはいろいろなものがありますが、最も重大なものの一つに大腿骨頸部骨折があります。これは太股の付け根の部分の骨折で、老齢の方は通常の立位の高さからの転倒でこの骨折を来すことがよくあります。ほとんどの場合手術が必要です。高齢者の手術にはリスクを伴いますが、骨折したままで臥床を続けることはそれだけで「命取り」になりますので、踏み切らざるを得ません。手術の道具も技術も進歩してはいます。それでもこの骨折をきっかけにそれまで支え無しで歩いていた人が杖を必要とするようになり、車椅子の生活を余儀無くされたりすることも多く、最悪の場合は寝たきりの状態になったり亡くなったりということもあります。また社会全体の立場からみても、大腿骨頸部骨折の治療や介護にかかる経済的負担は相当なものだそうで、今後人口における高齢者の割合が増えるにつれてさらに増加すると予想されています。

骨粗鬆症についてかなり斜に構えていた私がある程度まで更正？してきたのは、ひとつに

は、時と場合によっては脆弱性骨折も防ぎうるということが解ってきたからです。実際、骨粗鬆症の病態や程度にもよりますが、脊椎圧迫骨折や大腿骨頸部骨折の発生頻度を下げることが臨床研究で明らかになっている薬剤も出てきています。確かに骨粗鬆症の背景にあるものは誰も避けて通ることのできない老化現象であり、またこれそのものが直接命に関わる病気ではありません。考え様によっては病気ですらないかも知れません。その意味では「たかが骨粗鬆症」なのです。しかし、仮に80歳なり85歳なりまで生きるとして、その最後の20年間程の間に骨折で辛い目に会ったり、そのために生活の質が下がったり、寿命が縮まったりするよりは、そんなことが起こらない方がずっと幸せでしょう。また、大腿骨頸部骨折の治療に使われる医療費を減らすことができれば、社会にとっても良いことでしょう。少しずつですがそのための有効な武器が使えるようになってきているのです。ここはやはり「されど骨粗鬆症」として真面目に、合理的に取り組むべき時と思います。

とはいえ、注意しなければいけない点はいくつかあります。まず、一見普通の骨粗鬆症に見えて別のさらに重大な疾患であることが稀にあるということ。鑑別診断について油断してはいけません。また、骨粗鬆症への対処法は薬剤だけではなく、食事や運動その他の生活習慣、転倒の予防なども含めた総合的なものだという点も重要です。薬物治療は、やはりある程度進行していて薬剤投与の意味があると予想される人に処方されるべきです。さらにいえばどんな薬剤にも副作用は起こり得ます。骨粗鬆症の治療のためにより重い問題を引き起こしたのでは何をしていることだか解らなくなります。そして医療の側の価値観を全ての人に様に押し付けるべきではないとも思います。正しい情報を供給することは大切ですが、そのうえで骨などには興味ないという人はそれでよいと思うのです。骨密度に極度に神経質になるのもかえって不健康といえるでしょう。なにしろ見方をかえればやはり「たかが骨粗鬆症」なのですから。

このように「たかが」と「されど」の間を
いったりきたりしながら、個々の条件に合わせて
できるだけきめ細かく対応し、結果として社

会全体の利益にも貢献するようというのが、
骨粗鬆症診療のとるべき方向のように考えま
す。