

Comparison of the effect of alendronate and pamidronate on bone density of patients with osteoporosis

Zohre Nobakht¹, Azadeh Vaghari Kharashtomi², Gholamreza Sharifzadeh³

Background and Aim: For the treatment of osteoporosis, bisphosphonates are commonly used as oral or injectable compounds. This study was conducted with the aim of comparing the effect of oral alendronate with injectable pamidronate on bone density changes in patients with osteoporosis.

Materials and Methods: The present study was a semi-experimental based on available evidence that was performed on patients with osteoporosis referred to Vali-e-asr Hospital in Birjand during the years 2013 to 2016. In addition, this intervention is a standard intervention that is routinely done. Patients in two groups treated for one year, in one group, they received oral alendronate and in the other group received injectable Pamidronate. Treatment with calcium and vitamin D was also performed in both groups. Dexamethasone densitometry (DEXA) was measured with a Dual-Energy X-ray absorptiometry (Hologic) device in the United States in both groups before and after treatment. Data were analyzed using Fisher's exact, t-paired and independent t-test at a significant level of ($p \leq 0.05$).

Results: Between all densitometric parameters of the spine, an only Z-score was improved after treatment with pamidronate or alendronate. The Densitometric parameters of the hip were improved in pamidronate group only. There was no statistical difference in the mean and frequency of changes in bone density indexes in the vertebrae and the hip after treatment compared to before, in both groups treated with alendronate or pamidronate.

Conclusion: The prescription of alendronate or pamidronate for one year can improve the Z-score of the sealed bone density, while the Z-score of hip bone density only improves in the treatment of pamidronate group. None of the two prescriptions had a particular advantage in changing the bone density index in the vertebrae, but pamidronate has better effect on the hip.

Key Words: Oral Alendronate; Injectable Pamidronate; Bone Densitometry; Osteoporosis

Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2018; 25(4): 307-316.

Received: April 11, 2018

Accepted: July 21, 2018

¹ Islamic Azad University, Mashhad, Mashhad, Iran.

² **Corresponding Author;** Faculty of Medicine, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.
Tel: +985631626000 E-mail: azad.vagh@yahoo.com

³ Social Determinants of Health Research Center, Birjand University of Medical sciences, Birjand, Iran.

مقایسه اثر تجویز اندرونت با پامیدرونت در وضعیت تراکم استخوان بیماران مبتلا به استئوپروز

زهره نوبخت^۱، آزاده وقاری خرشتمی^۲، غلامرضا شریف‌زاده^۳

چکیده

زمینه و هدف: برای درمان استئوپروز معمولاً از ترکیبات خوراکی یا تزریقی بیسفسوناتها استفاده می‌شود. این مطالعه با هدف بررسی مقایسه‌ای اثر اندرونت خوراکی با پامیدرونت تزریقی در تغییر وضعیت تراکم استخوان بیماران مبتلا به استئوپروز انجام شد. روش تحقیق: مطالعه حاضر یک مطالعه نیمه‌تجربی مبتنی بر مدارک موجود بود که بر روی بیماران مبتلا به استئوپروز مراجعه‌کننده به کلینیک بیمارستان ولبعصر بیرجند در سال‌های ۹۵-۱۳۹۲ انجام شد؛ ضمن اینکه مداخله یک مداخله استاندارد بوده که به صورت روتین انجام می‌شود. بیماران در دو گروه تحت درمان به مدت یکسال، در یک گروه اندرونت خوراکی و در گروه دیگر داروی پامیدرونت تزریقی دریافت کردند. درمان با کلسیم و ویتامین D نیز در هر دو گروه انجام شد. تراکم سنجی به روش دگزا (DEXA) با دستگاه (Dual-energy X-ray absorptiometry (Hologic) ساخت کشور آمریکا در هر دو گروه قبل و بعد از درمان اندازه‌گیری شد داده‌ها با استفاده از آزمون‌های دقیق فیشر، آزوج شده و T مستقل در سطح معنی‌داری $P < 0.05$ تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌ها: از بین شاخص‌های تراکم استخوان مهره‌ای، فقط مقدار شاخص Z-score برای هر دو داروی اندرونت و پامیدرونت به‌طور معنی‌داری بهبود داشت. در خصوص شاخص‌های تراکم استخوان هیپ، بهبود معنی‌دار شاخص Z-score فقط در بیماران تحت درمان با پامیدرونت مشاهده شد. اختلاف آماری در میانگین و فراوانی تغییرات شاخص‌های تراکم استخوانی در مهره‌ها و هیپ بعد از درمان نسبت به قبل از آن، در دو گروه تحت درمان با اندرونت و پامیدرونت مشاهده نگردید. نتیجه‌گیری: تجویز یکسال مصرف دو داروی اندرونت و یا پامیدرونت، می‌تواند Z score تراکم استخوان مهره‌ای را بهبود بخشد و این درحالی است که Z-score تراکم استخوان هیپ فقط در درمان با پامیدرونت بهبود می‌یابد. هیچ‌یک از دو تجویز مذکور، برتری خاصی در ایجاد تغییر در شاخص‌های تراکم استخوانی در مهره‌ها ندارند، ولی پامیدرونت در هیپ تأثیر بهتری دارد.

واژه‌های کلیدی: اندرونت خوراکی؛ پامیدرونت تزریقی؛ وضعیت تراکم استخوان؛ استئوپروز

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. ۱۳۹۷؛ ۲۵(۴): ۳۰۷-۳۱۶.

دریافت: ۱۳۹۷/۰۱/۲۲ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۴/۳۰

^۱ دانشگاه آزاد اسلامی مشهد، مشهد، ایران.

^۲ نویسنده مسؤول؛ دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.

آدرس: بیرجند- بیمارستان رازی- بخش داخلی

تلفن: ۰۵۶۳۱۲۶۰۰۰ پست الکترونیکی: azad.vagh@yahoo.com

^۳ مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.

مقدمه

همکاران در مطالعه خود نشان دادند که ژنتیک، پرکاری شدید و طولانی مغز استخوان، جنس مذکر، تأخیر بلوغ، رژیم غذایی و میزان ورزش، در کاهش تراکم توده استخوانی نقش دارند (۷).

عوارض استئوپروز به سبب هزینه‌های درمانی شکستگی‌ها و مراقبت‌های اضافی و بازتوانی، با خسارت‌های اقتصادی وسیعی همراه است (۸). طبق آمار مرکز تحقیقات روماتولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران، سالانه ۴۰۰-۲۰۰ هزار مورد شکستگی در کشور رخ می‌دهد که درصد زیادی از آن ناشی از استئوپروز می‌باشد و مخارج تحمیل شده به دولت ناشی از شکستگی لگن و جراحی آن سالانه ۱۲۰ میلیارد ریال برآورد شده است (۹).

برای درمان استئوپروز، از ترکیبات خوراکی یا تزریقی بیسفسونات‌ها استفاده می‌شود (۱۰). این داروها از طریق افزایش مرگ برنامه‌ریزی شده استئوکلاست‌ها، کاهش تولید و فعال شدن استئوکلاست‌ها، ممانعت از چسبیدن استئوکلاست‌ها به سطح استخوانی و اثرات مثبت بر پرولیفراسیون استئوبلاست‌ها نقش مهمی در افزایش توده استخوانی در وضعیت‌های استئوپروتیک و متاستازهای استخوانی ایفا می‌کنند (۱۱، ۱۲). انواع مختلفی از بیسفسونات‌ها وجود دارند که در واقع آنالوگ‌های پیروفسفات محسوب می‌شوند و شامل: پامیدرون (آردیا، پامیدات)، زولندرونیک‌اسید (زومتا)، آلدرونات و اتیدرونات (ساخت کشور کانادا و ایران) می‌باشند. هدف از درمان با بیسفسونات‌ها، بازگرداندن میزان بازجذب استخوان به حد طبیعی است (۱۳).

Reid و همکاران (۲۰۰۲) در مطالعه خود گزارش کردند که تأثیر زولندرونیک‌اسید (زومتا) در درمان عوارض بدخیمی و نیز در سال‌های اخیر در درمان استئوپروز تأیید شده است. نتیجه مطالعات فاز دوی این پژوهشگران، حاکی از آن بود که تجویز ۴ میلی‌گرم دارو به صورت وریدی، باعث تغییرات در چگالی استخوان و سایر نشانگرهای استخوانی مشابه سایر

استخوان یک نوع بافت همبند کلسیفیه و زنده است که بخش اعظم دستگاه اسکلتی را تشکیل می‌دهد. دو نوع سلول در استخوان‌ها وجود دارد: استئوکلاست‌ها که استخوان را از بین می‌برند و استئوبلاست‌ها که استخوان‌های جدید می‌سازند. هر دوی این سلول‌ها در مغز استخوان ساخته می‌شوند. وقتی سن افزایش می‌یابد، استئوکلاست‌ها فعال‌تر می‌شوند و از فعالیت استئوبلاست‌ها کاسته می‌شود؛ بنابراین استخوان‌های بیشتری از بین می‌روند، اما به همان اندازه استخوان‌های جدید ساخته نمی‌شوند و در نتیجه توده استخوانی کاهش می‌یابد (۱). کاهش توده استخوانی باعث ایجاد عدم توازن بین تحلیل استخوان و تشکیل آن شده و در نهایت منجر به بروز کاهش معدنی شدن استخوان گردیده و پوکی استخوان یا استئوپروز^۱ را در پی دارد (۲). استئوپروز فرد را مستعد شکستگی‌های استخوانی پس از ضربه‌های کوچک و کم‌قدرت می‌نماید. اکثر این شکستگی‌ها در ستون فقرات، انتهای ساعد و در مفصل ران رخ می‌دهد (۳).

زنان ۸ برابر بیش از مردان در معرض خطر ابتلا به استئوپروز هستند. این بیماری بیش از نیمی از زنان بالای ۵۰ سال را درگیر می‌کند تا جایی که حدود ۲۰۰ میلیون زن در سراسر دنیا از این بیماری رنج می‌برند (۴). در ایران یافته‌های برنامه ملی پیشگیری، تشخیص و درمان پوکی استخوان حاکی از آن است که ۷۰ درصد زنان و ۵۰ درصد مردان بالای ۵۰ سال از استئوپروز و استئوپنی رنج می‌برند (۵).

عوامل متعددی مانند: کاهش استروژن خون، عدم تحرک کافی، تعلق به بعضی نژادها (آسیایی)، دریافت نکردن کلسیم، فسفر و ویتامین D کافی در رژیم غذایی، مصرف سیگار و قهوه زیاد، استفاده طولانی‌مدت از کورتن‌ها و برخی اختلال‌های هورمونی مشخص مانند پرکاری تیروئید و پاراتیروئید و کم‌کاری غدد جنسی، از عوامل مؤثر در کاهش توده استخوانی می‌باشند (۶). در این راستا کوثریان و

¹ Osteoporosis

می‌شود. پروتکل طرح قبل از اجرا در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بیرجند با کد IR.BUMS.REC.1395.175 به تأیید رسید.

جمعیت مورد مطالعه شامل بیماران مشکوک به استئوپروز مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی بیمارستان ولیعصر (عج) بیرجند در طی سال‌های ۹۵-۱۳۹۲ بود. روش جمع‌آوری داده‌ها به صورت میدانی و با استفاده از مصاحبه و انجام تست‌های آزمایشگاهی و تراکم‌سنجی بود که در قالب چک‌لیست جمع‌آوری گردید. حجم نمونه با توجه به میانگین و انحراف استاندارد چگالی مغز استخوان لومبار با توان ۹۰ درصد و براساس فرمول (۱) در مطالعه Heijckmann و همکاران (۱۹)، با خطای نوع اول ۰/۰۵، در هر گروه ۲۵ نفر برآورد گردید.

فرمول (۱):

$$n = (u + v)^2 (s_1^2 + s_2^2) / (m_1 - m_2)^2$$

افراد، به روش نمونه‌گیری غیراحتمالی در دسترس از بین افراد مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی بیمارستان ولیعصر بیرجند انتخاب شدند و بر اساس تشخیص پزشک و رضایت بیمار، در دو گروه درمان با پامیدرونات و درمان با الوندرون قرار گرفتند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: ابتلا به بیماری پوکی استخوان تازه تشخیص داده شده، قراردادن در بازه سنی ۸۰-۵۰ سال، نداشتن سابقه درمان استئوپروز، عدم مصرف سیگار و الکل، عدم ابتلا به بیماری‌های آرتروز، روماتوئید، هیپرتیروئید، هیپرپاراتیروئید، دیابت، سیروز کبدی، زخم پپتیک و پاژه و معیار z-score بالا یا استئوپروز ثانویه بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل: تغییر برنامه درمانی بیمار در طی دوره مطالعه و عدم رضایت بیمار به مشارکت در ادامه مطالعه بود.

در ابتدای مطالعه، هدف از انجام پژوهش برای بیمار شرح داده شد و نیز در رابطه با هر دو روش درمان و عوارض و فوائد هر کدام از روش‌های تزریقی یا خوراکی، توضیحات

داروهای بیسفسونات شد (۱۴). الوندرونیت از گروه بیسفسونات‌های خوراکی است که خطر شکستگی را به‌ویژه در مهره‌ها به‌علت پیشگیری از تخریب ساختار تراکولار به‌خصوص در افراد دچار اوستئوپروتیک استخوان، کاهش داده و تراکم توده استخوانی را نیز افزایش می‌دهد. الوندرونات در کاهش شکستگی ستون فقرات مؤثر است، اما هیچ تأثیری بر روی شکستگی انواع دیگر ندارد (۱۵)؛ این دارو همچنین دارای عوارض جانبی مثل: مسمومیت کلیوی و عدم تحمل معده‌ای و روده‌ای می‌باشد (۱۶). با توجه به این عوارض، درمان با پامیدرونات وریدی جایگزین خوبی در مورد عوارض جانبی گوارشی و یا منع مصرف برای بیسفسونات‌های خوراکی است. از طرفی پامیدرونیت یکی از قوی‌ترین آمینوبیسفسونات‌های در دسترس است و اثربخشی آن در بیماری بدخیم استخوان به‌خوبی شناخته شده است. هر چند که بیسفسونات‌ها حداکثر اثر خود را برای کاهش عوارض استخوانی بعد از ۳ ماه درمان نشان می‌دهند (۱۷). نتایج مطالعه Heatley و همکاران نشان داد که پامیدرونات در مقایسه با کلودرونات، سطح کلسیم را در مدت زمان بیشتری در وضعیت نرمال حفظ می‌نماید (۱۸).

با توجه به افزایش آمار مبتلایان به بیماری پوکی استخوان در شهر بیرجند و با توجه به احتمال عوارض و هزینه و مقاومت دارویی متفاوت ۲ داروی پامیدرونیت و استئوفوس (الوندرونیت)، این مطالعه به بررسی مقایسه‌ای اثر استئوفوس (الوندرونیت) با پامیدرونیت در وضعیت تراکم استخوان بیماران مبتلا به استئوپروز پرداخت.

روش تحقیق

مطالعه حاضر یک مطالعه نیمه‌تجربی شاهددار غیرتصادفی‌شده مبتنی بر مدارک موجود است که بر روی بیماران مبتلا به استئوپروز مراجعه‌کننده به کلینیک بیمارستان ولیعصر بیرجند در سال‌های ۹۵-۱۳۹۲ انجام شد؛ ضمن اینکه مداخله یک مداخله استاندارد بوده که به صورت روتین انجام

مصرف می‌کردند. درمان افراد مورد مطالعه با این دو روش به مدت یک‌سال ادامه پیدا کرد و افراد ماهانه به‌طور مرتب به‌صورت تلفنی (یا به‌صورت مراجعه حضوری) از نظر مصرف دقیق رژیم دارویی، مورد ارزیابی قرار گرفتند و اطلاعات در پرونده بیماران در کلینیک تخصصی ثبت گردید. در پایان ۱۲ ماه، بیماران در همان شرایط قبل تحت BMD مجدداً قرار گرفتند. اطلاعات مورد نیاز برای این مطالعه، اطلاعاتی در رابطه با گروه درمان، جنسیت، سن و معیارهای تراکم‌سنجی استخوان قبل و بعد از درمان بودند که در یک چک‌لیست جمع‌آوری شدند.

داده‌ها پس از جمع‌آوری در نرم‌افزار SPSS (ویرایش ۲۱) وارد گردید. از شاخص‌های آمار توصیفی مانند: میانگین، انحراف معیار و درصد فراوانی برای توصیف داده‌ها استفاده شد. آنالیز تحلیلی داده‌های کیفی توسط آزمون دقیق فیشر انجام شد؛ همچنین برای مقایسه متغیرها بین دو گروه، از آزمون‌های t زوج‌شده و T مستقل، استفاده گردید. سطح معنی‌داری $P \leq 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

این مطالعه بر روی ۲۵ بیمار در گروه ال‌ندرونیت و ۲۵ بیمار در گروه پامیدرونیت انجام شد. میانگین سنی افراد مورد مطالعه در گروه تحت درمان با ال‌ندرونیت $50/9 \pm 8/6$ سال و در گروه تحت درمان با پامیدرونیت $60/1 \pm 10/1$ سال ($P=0/79$) بود. در گروه پامیدرونیت ۲۵ بیمار (۱۰۰٪) و در گروه ال‌ندرونیت ۲۲ بیمار (۸۸٪) زن بودند ($P=0/24$). اختلاف معنی‌داری از نظر سن و جنسیت بین دو گروه مورد مطالعه مشاهده نگردید. اختلاف معنی‌داری در وضعیت تغییرات تراکم استخوان (BMD) شاخص مهره (بهبودی)، در دو گروه مورد مطالعه گزارش نگردید؛ به طوری که حداقل تغییرات ۲/۸ درصد بود که نشان‌دهنده بهبود وضعیت تراکم‌سنجی استخوان به‌دنبال درمان می‌باشد که در ۷۰/۸ درصد بیماران گروه ال‌ندرونیت و در ۶۶/۷ درصد بیماران گروه پامیدرونیت گزارش گردید

لازم به اختصار و به زبان ساده ارائه گردید. سپس در صورت موافقت فرد، نسبت به اخذ رضایت‌نامه کتبی آگاهانه اقدام شد. در صورت عدم رضایت فرد برای ورود به مطالعه، اقدامات درمانی استاندارد و براساس نظر پزشک معالج انجام شد.

در این مطالعه بیماران مشکوک به استئوپروز که به کلینیک تخصصی بیمارستان ولیعصر بیرجند برای تشخیص در طی سال‌های ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۵ معرفی شده بودند، از نظر تراکم استخوان (BMD)^۱ توسط پزشک متخصص روماتولوژی به‌روش دگزا (DEXA) با دستگاه Dual-energy X-ray absorptiometry (Hologic) (ساخت کشور آمریکا) مورد بررسی قرار گرفتند. افرادی که در دانسیتومتری ستون فقرات و یا مفصل ران، نمره T کمتر یا مساوی $-2/5$ داشته ($T \text{ Score} \leq -2/5$) و معیارهای ورود به مطالعه را دارا بودند، پرسشنامه‌ای را که حاوی سؤالاتی در رابطه با مشخصات دموگرافیک، سابقه بیماری، سابقه شکستگی، عوامل خطر ساز و وضعیت منوپوز در خانم‌ها بود، تکمیل نمودند. سپس افرادی که برای شرکت در مطالعه تمایل داشتند، وارد مطالعه شدند و از آنها رضایت آگاهانه اخذ گردید. در نهایت این افراد بر اساس تشخیص پزشک و رضایت خود فرد، در یکی از دو گروه تحت درمان با پامیدرونیت و ال‌ندرونیت (محصول شرکت البرز) قرار گرفتند.

گروه تحت درمان با استئوفوس (ال‌ندرونیت)، این دارو را به‌صورت خوراکی بین غذا، موقع خواب و یا در طول شب، هر هفته به‌میزان 70 mg به‌همراه کلسیم‌بیکربنات (۱ عدد قرص در روز) و ویتامین D (کول‌کلسیفرول^۲ 400 واحد در روز) مصرف می‌کردند. گروه تحت درمان با پامیدرونیت نیز این دارو را با دوز 90 mg به‌صورت انفوزیون در عرض ۹۰ دقیقه شروع و با دوز 30 میلی‌گرم هر سه‌ماه به‌صورت وریدی به‌همراه کلسیم و ویتامین D (کول‌کلسیفرول 400 واحد در روز)

¹ Bone mineral density

² Colcalciferol

(P=۱) (جدول ۱). داده‌ها نشان داد، اختلاف معنی‌داری در وضعیت تغییرات در خصوص شاخص‌های تراکم استخوان هیپ در بیماران تحت درمان با اندرونیت، نتایج نشان‌دهنده بهبود غیرمعنی‌دار تمامی متغیرها بود. این در حالی است که در بیماران تحت درمان با پامیدرونیت، نتایج نشان‌دهنده بهبود معنی‌دار مقادیر Z score بود (از $-۰/۶۵$ به $-۰/۳۵$ با $P=۰/۰۴۸$) و سایر متغیرها نیز به‌طور غیرمعنی‌دار بهبود یافت ($P=۰/۱$) (جدول ۲).

داده‌ها نشان داد، اختلاف معنی‌داری در وضعیت تغییرات شاخص هیپ (بهبودی) در دو گروه مورد مطالعه وجود نداشت؛ به‌طوری‌که حداقل تغییرات ۸-۲ درصد بود که نشان‌دهنده بهبود وضعیت تراکم‌سنجی استخوان به‌دنبال درمان می‌باشد. این وضعیت، در ۵۶ درصد بیماران گروه اندرونیت و در ۵۰ درصد بیماران گروه پامیدرونیت گزارش گردید ($P=۰/۹۱$) (جدول ۳).

جدول ۱- مقایسه میانگین شاخص‌های تراکم استخوان مهره‌ای، قبل و بعد از درمان در دو گروه اندرونیت و پامیدرونیت

گروه پامیدرونیت (N=۲۵)			گروه اندرونیت (N=۲۵)			متغیر
سطح معنی‌داری t-test زوج شده	بعد درمان (انحراف معیار ± میانگین)	قبل درمان (انحراف معیار ± میانگین)	سطح معنی‌داری t-test زوج شده	بعد درمان (انحراف معیار ± میانگین)	قبل درمان (انحراف معیار ± میانگین)	
p=۰/۱	۰/۱۳±۰/۷۳	۰/۱۷±۰/۶۹	p=۰/۹۸	۰/۰۹±۰/۷۳	۰/۱۲±۰/۷۳	BMD (g/cm ²)
p=۰/۰۰۸*	-۱/۱±۱/۵۲	-۱/۳±۲/۱	p=۰/۰۰۵*	-۰/۹۳±۱/۴۸	-۰/۸۹±۱/۹۴	Z score
p=۰/۱۱	-۲۱±۲/۹۲	-۱/۵±۳/۲۷	p=۰/۴۴	-۰/۷۹±۲/۷۸	-۱/۱۶±۲/۹	T score

* در سطح $P \leq ۰/۰۵$ معنی‌دار بود.

BMD: bone mineral density

جدول ۲- مقایسه میانگین شاخص‌های تراکم استخوان هیپ، قبل و بعد از درمان در گروه‌های اندرونیت و پامیدرونیت

گروه پامیدرونیت (N=۲۵)			گروه اندرونیت (N=۲۵)			متغیر
سطح معنی‌داری t-test زوج شده	بعد درمان (انحراف معیار ± میانگین)	قبل درمان (انحراف معیار ± میانگین)	سطح معنی‌داری t-test زوج شده	بعد درمان (انحراف معیار ± میانگین)	قبل درمان (انحراف معیار ± میانگین)	
p=۰/۱۸	۰/۱۶±۰/۷۸	۰/۱۵±۰/۷۶	p=۰/۲۷	۰/۱۳±۰/۸۳	۰/۱۵±۰/۸۱	BMD [g/cm ²]
p=۰/۰۴۸	-۱/۱±۰/۳۷	-۱/۱±۰/۶۵	p=۰/۱۵	-۰/۹۲±۰/۰۵	-۱±۰/۳	Z score
p=۰/۰۸	-۱/۵±۲/۳۵	-۱/۲±۱/۵۸	p=۰/۳۱	-۱/۰۴±۰/۹۵	-۱/۱±۱/۱۲	T score

* نتیجه آزمون t در سطح $P \geq ۰/۰۵$ معنی‌دار نبود.

BMD: bone mineral density

جدول ۳- مقایسه فراوانی وضعیت بهبود تغییرات شاخص‌های تراکم استخوان مهره‌ای و هیپ در دو گروه مورد مطالعه

نتیجه آزمون دقیق فیشر	تغییرات شاخص تراکم استخوان (BMD) هیپ			تغییرات شاخص تراکم استخوان (BMD) مهره‌ای		
	گروه مطالعه			گروه مطالعه		
	پامیدرونیت (درصد) فراوانی	الندرونیت (درصد) فراوانی	متغیر	پامیدرونیت (درصد) فراوانی	الندرونیت (درصد) فراوانی	متغیر
	۱۲ (۵۰)	۱۱ (۴۴)	کمتر از ۲	۸ (۳۳/۳)	۷ (۲۹/۲)	کمتر از ۲
F=۰/۸۷	۳ (۱۲/۵)	۵ (۲۰)	۲-۴/۹۹	F=۰/۵۶	۶ (۲۵)	۷ (۲۹/۲)
	۳ (۱۲/۵)	۴ (۱۶)	۵-۷/۹۹	۳ (۱۲/۵)	۲ (۸/۳)	۵-۷/۹۹
P=۰/۹۱	۶ (۲۵)	۵ (۲۰)	۸ و بیشتر	P=۱	۷ (۲۹/۲)	۸ (۳۳/۳)
	۲۴ (۱۰۰)	۲۴ (۱۰۰)	جمع	۲۴ (۱۰۰)	۲۴ (۱۰۰)	جمع

جدول ۴- مقایسه توزیع فراوانی وضعیت تغییرات Neck در دو گروه مطالعه

نتیجه آزمون دقیق فیشر	گروه		متغیر
	پامیدرونیت (N=۲۵) (درصد) فراوانی	الندرونیت (N=۲۵) (درصد) فراوانی	
F=۰/۸۷	۱۳ (۵۲)	۱۳ (۵۲)	کمتر از ۲
P=۰/۹۱	۱۲ (۴۸)	۱۲ (۴۸)	۲ و بیشتر
	۲۵ (۱۰۰)	۲۵ (۱۰۰)	جمع

جدول ۵- مقایسه میانگین شاخص Neck قبل و بعد از درمان و میانگین تغییرات آن در دو گروه مورد مطالعه

نتیجه آزمون تی مستقل	گروه		زمان
	پامیدرونیت (N=۲۵) (انحراف معیار± میانگین)	الندرونیت (N=۲۵) (انحراف معیار± میانگین)	
p=۰/۸۴	-۱/۱۳±۲/۰۶	-۱/۰۱±۱/۹۹	قبل درمان
p=۰/۷۹	-۱/۱±۱/۹۴	-۰/۹±۲/۰۷	بعد درمان
	p=۰/۳۵	p=۰/۲۳	p-value آزمون تی زوج شده

چند که اختلاف مشاهده شده معنی دار نبود (جدول ۵).

بحث

برای درمان استئوپوروز از ترکیبات خوراکی یا تزریقی بیسفسونات‌ها (آنالوگ‌های پیروفسفات) استفاده می‌شود که انواع مختلف آن وجود دارد. این مطالعه کارآزمایی بالینی شاهددار یک سوکور مبتنی بر مدارک موجود، با هدف بررسی مقایسه‌ای اثر دو داروی الندرونیت خوراکی (به صورت هفتگی) با پامیدرونیت تزریقی (هر سه ماه)، در وضعیت تراکم استخوان

جدول ۴ مقایسه توزیع فراوانی وضعیت تغییرات شاخص Neck در دو گروه را نشان می‌دهد. براساس داده‌ها، اختلاف معنی‌داری در وضعیت تغییرات بهبود شاخص Neck در دو گروه مورد مطالعه گزارش نگردید. بعلاوه نتایج نشان داد، میانگین تغییرات شاخص Neck قبل و بعد از درمان در گروه الندرونیت 0.7 ± 0.29 و در گروه پامیدرونیت 0.64 ± 0.13 بود که اختلاف مشاهده شده معنی‌دار نبود ($P=0.18$)، میزان بهبودی شاخص Neck در بیماران تحت درمان با پامیدرونیت بهتر از بیماران گروه الندرونیت بود؛ هر

بیماران مبتلا به استئوپروز انجام پذیرفت.

در مجموع نتایج این مطالعه نشان داد که به دنبال درمان استئوپروز با دو داروی اندرونت و پامیدرونیت، Z score تراکم استخوان مهره‌ای بهبود داشت؛ این در حالی بود که Z score تراکم استخوان هیپ صرفاً در درمان با پامیدرونیت بهبود داشت. تغییرات شاخص‌های تراکم استخوانی در مهره‌ها و هیپ بعد از درمان نسبت به قبل آن، در دو گروه تحت درمان با اندرونت و پامیدرونیت برابر بود و بنابراین اثرگذاری این دو دارو یکسان برآورد شد.

Heijckmann و همکاران (۲۰۰۲) در مطالعه گذشته‌نگر خود به مقایسه اثر پامیدرونیت وریدی (۶۰mg ماهانه) با آندرونات خوراکی در درمان پوکی استخوان پس از یائسگی پرداختند. در کل ۱۱۷ زن ۴۶-۷۸ ساله طی سه سال، مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج این مطالعه نشان داد که در هر دو گروه، شاخص‌های دانسیتومتری ستون فقرات کمتری به‌طور معنی‌داری بهبود داشت (۱۹) که با نتایج مطالعه حاضر همسو می‌باشد.

Vis و همکاران (۲۰۰۵) در مطالعه خود به بررسی اثر پامیدرونات وریدی (۶۰mg/۳months) در مقابل آندرونات خوراکی (۱۰mg/day) بر تراکم معدنی استخوان در بیماران مبتلا به پوکی استخوان پرداختند. در مطالعه آنها تعداد ۴۰ بیمار مبتلا به پوکی استخوان در قالب دو گروه، تحت درمان با آندرونات و پامیدرونات قرار گرفتند. نتایج مطالعه آنها نشان‌دهنده بهبود قابل ملاحظه چگالی استخوانی مهره‌ها و همچنین هیپ در هر دو گروه بود (۲۰). همچون پژوهشگران مطالعه حاضر، Vis و همکاران (۲۰۰۵) نیز نتیجه گرفتند که کارایی بالینی این دو درمان یکسان است.

مطالعه امیدوار و همکاران (۲۰۱۱) در خصوص مقایسه کارایی درمانی ضد استئوپروز توسط آندرونات (۷۰mg per week) و پامیدرونات (۹۰mg/۳months) در بیماران تحت پیوند کلیه، صورت پذیرفت (۲۱). براساس نتایج مطالعه آنها، بین چگالی ناحیه لومبر در دو گروه درمان تفاوتی

وجود نداشته و هر دو روش درمانی سبب بهبود شاخص‌های دانسیتومتری این ناحیه شدند که از این نظر همسو با نتایج مطالعه حاضر می‌باشد. در تأیید نتایج مطالعه حاضر در خصوص عدم تأثیر آندرونات بر شاخص‌های تراکم‌سنجی استخوانی ناحیه هیپ در حضور تأثیر مثبت استفاده از پامیدرونات بر آن، مطالعه امیدوار و همکاران نشان داد که فقط پامیدرونات بر شاخص‌های تراکم‌سنجی استخوانی ناحیه هیپ مؤثر است.

کارایی یکسان آندرونات خوراکی و پامیدرونات تزریقی در بهبود شاخص‌های دانسیتومتری استخوان‌ها، نه تنها در بیماری استئوپروز به تأیید رسیده است، بلکه در سایر شرایط بالینی همچون بیماری پازت استخوان و یا استئوزنر ایمپرفکتا که نیازمند حمایت سیستم اسکلتی می‌باشند نیز بررسی و اثبات شده است (۲۳، ۲۲). با توجه به نتایج مطالعه حاضر که در مطالعات گذشته نیز به تأیید رسیده است، استفاده از هر دو داروی خوراکی آندرونیت و یا تزریقی پامیدرونیت، با بهبود شاخص‌های تراکم‌سنجی استخوان در بیماران مبتلا به استئوپروز به‌خصوص در مهره‌ها همراهی دارد. البته با توجه به بحث‌های مشاهده در خصوص اثربخشی آندرونات در بهبود شاخص تراکم‌سنجی استخوان هیپ که در مطالعات گذشته نیز برخی نشان‌دهنده کارایی بالینی آن و برخی نشان‌دهنده عدم وجود کارایی برای آن بوده‌اند، پیشنهاد می‌گردد که تا زمان انجام کارآزمایی بالینی بزرگ در این خصوص، از پامیدرونیت در درمان اختلالات استئوپورتیک هیپ استفاده شود.

بیسفسفونات‌ها از طریق اتصال به Hydroxyapatite و مهار فعالیت استئوکلاست‌ها عمل می‌نمایند. بیسفسفونات‌ها تمایل بالایی برای اثرگذاری بر سیستم اسکلتی دارند و این در حالی است که برای تأثیر بر سایر ارگان‌ها تمایل اندکی دارند. این فارماکوکینتیک بیسفسفونات‌ها، بیانگر تحمل مناسب این دسته دارویی است. بیسفسفونات‌ها جذب روده‌ای اندکی داشته و بنابراین بعد از مصرف خوراکی آنها، سطح

نتیجه گیری

در مجموع نتایج این مطالعه نشان داد که به دنبال درمان استئوپورز با دو داروی الندرونیت و پامیدرونیت، Z score تراکم استخوان مهره‌ای بهبود می‌یابد و این در حالی است که Z score تراکم استخوان هیپ صرفاً در درمان با پامیدرونیت بهبود می‌یابد. همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که مقادیر T score و BMD نیز به دنبال درمان، بهبود می‌یابد. تغییرات شاخص‌های تراکم استخوانی در مهره‌ها بعد از درمان نسبت به قبل آن در دو گروه تحت درمان با الندرونیت و پامیدرونیت برابر بوده و لی پامیدرونیت بر هیپ تاثیر بهتری دارد.

تقدیر و تشکر

از پرسنل بیمارستان ولیعصر و همه بیمارانی که در انجام مطالعه ما را یاری کردند، تشکر می‌شود.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

پلاسمایی به ندرت تغییر می‌یابد (۲۴). به علت اتصال سریع آنها به سطوح استخوانی بدن، سطح خونی بیسفسفونات‌ها به سرعت کاهش یافته و این گروه دارویی نیمه‌عمر پلاسمایی بسیار اندکی دارد. بیسفسفونات‌هایی که در حال حاضر در کشورهای اروپایی برای درمان استئوپورز مورد تأیید هستند شامل: Alendronate، Clodronate، Etidronate، Ibandronate، Risedronate و Zoledronate است. تجویز دوز مناسب دارویی، بخش اساسی مدیریت درمان تمامی بیماری‌های مزمن است. این دسته دارویی در انواع روش‌های مصرف (خوراکی یا وریدی) و با فواصل مختلف (روزانه، هفتگی و ماهانه)، مورد استفاده قرار می‌گیرند. مطالعات نشان داده‌اند که پابندی به اصول درمان در روش‌های ماهانه و هفتگی به‌طور معنی‌داری بهتر از روش‌های روزانه است. نشان داده شده است که میزان کاهش تغییر و تبدیل استخوانی توسط بیسفسفونات‌ها به صورت dose-dependent می‌باشد. تمامی بیسفسفونات‌ها در کاهش خطر شکستگی مهره‌ها مؤثرند، ولی فقط تعداد اندکی از آنها بر خطر شکستگی غیرمهره‌ای از جمله شکستگی هیپ، مؤثر هستند.

منابع:

- 1- Bijeh N, Moazami M, Mansouri J, Saeedeh Nematpour F, Ejtehadi M. Effect of aerobic exercises on markers of bone metabolism in middle-aged women. *Trauma Mon.* 2011; 16(2): 129-35.
- 2- Genco RJ, Loe H. The role of systemic conditions and disorders in periodontal disease. *Periodontol* 2000. 1993; 2: 98-116.
- 3- Solimanha M, Asadi K, Shabani S, Mirblock AR, Karimi A, Kazemnezhad lili E. Knowledge level of nurses employed in orthopedic units on osteoporosis disease. *J Holist Nurs Midwifery.* 2014; 24(2): 25-32. [Persian]
- 4- Nazari N, Jalalmanesh Sh, Moshtagh, Mahmoudi M. Educational Needs of Patients Suffering Osteoporosis Referring to Bone Densitometry Centers. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac.* 2007; 15(2): 38-48. [Persian]
- 5- Pajouhi M, Komeylian Z, Sedaghat M, Baradar JR, Soltani A, Larijani B. Efficacy of educational pamphlets for improvement of knowledge and practice in patients with osteoporosis. *Payesh* 2004; 3(1): 67-74. [Persian]
- 6- Ebrahim K, Ramezanpoor M, Rezaee Sahraee A. Effect of Eight Weeks of Aerobic and Progressive Exercises on Changes of Estrogen Hormone and Effective Factors on Bone Mass in Menopausal Sedentary Women. *Iran J Endocrinol Metab.* 2010; 12(4): 401-8. [Persian]
- 7- Karimi M, Ghiam AF, Hashemi A, Alinejad S, Soweid M, Kashef S. Bone Mineral Density (BMD) of Patients with Beta Thalassemia. *Indian Pediatr.* 2007; 44(1): 29-32.
- 8- Bazrafshan HR, Ghorbani Mostafa, Shadpour Rashti H, Aghaei Mehrdad Safari R. Prevalence of osteoporosis and its association with demographic characteristics- Gorgan, Iran. *Med J Hormozgan Univ.* 2011; 15(1): 56-62.

- 9- Rasooli F, Haj Amiry P, Mahmoodi M, Abdoli S. Assessment of the application for preventive factors of osteoporosis, in menopausal women referred to the health care centers in Tehran University of Medical Sciences. *Hayat*. 2002; 8(2): 4-11. [Persian]
- 10- Perfianis V, Vyzantiadis T, Tziomalos K, Vakaloppoulou S, Garipidou V, Athanassiou- Metaxa M, et al. Effect of zolendronic acid on markers of bone turnover and mineral density in osteoporotic patients with beta-thalassaemia. *Ann Hematol*. 2007; 86(1): 23-30.
- 11- Brown JE, Coleman RE. The role of bisphosphonates in breast cancer: The present and future role of bisphosphonates in the management of patients with breast cancer. *Breast Cancer Res*. 2002; 4(1): 24-9.
- 12- Stewart AF. Clinical practice. Hypercalcemia associated with cancer. *N Engl J Med*. 2005; 352(4): 373-9.
- 13- Coleman RE. Biochemical markers of malignant bone disease. In: Rubens RD, Mundy GR, editors. *Cancer and the Skeleton*. London: Taylor & Francis; 2000. pp: 137-50.
- 14- Reid IR, Brown JP, Burckhardt P, Horowitz Z, Richardson P, Trechsel U, et al. Intravenous zolendronic acid in postmenopausal women with low bone mineral density. *N Engl J Med*. 2002; 346(9): 653-61.
- 15- Wells GA, Cranney A, Peterson J, Boucher M, Shea B, Robinson V, et al. Alendronate for the primary and secondary prevention of osteoporotic fractures in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008; (1): CD001155.
- 16- Conte PF, Latreille J, Mauriac L, Calabresi F, Santos R, Campos D, et al. Delay in progression of bone metastases in breast cancer patients treated with intravenous pamidronate: results from a multinational randomized controlled trial. The Aredia Multinational Cooperative Group. *J Clin Oncol*. 1996; 14(9): 2552-9.
- 17- Keyhanian S, Zakeri Hamidi M, Fotokian Z, Saravi MM, Saravi S, Saravi A. Effect of Pamidronate on Hypercalcemia, BUN and Cr in Patients with Malignancy. *J Neyshabur Univ Med Sci*. 2016; 4(1): 50-6. [Persian]
- 18- Heatley S. Metastatic bone disease and tumour-induced hypercalcaemia: Treatment options. *Int J Palliat Nurs*. 2004; 10(1): 41-6.
- 19- Heijckmann AC, Juttman JR, Wolffenbuttel BH. Intravenous pamidronate compared with oral alendronate for the treatment of postmenopausal osteoporosis. *Neth J Med*. 2002; 60(8): 315-9.
- 20- Vis M, Bultink IE, Dijkmans BA, Lems WF. The effect of intravenous pamidronate versus oral alendronate on bone mineral density in patients with osteoporosis. *Osteoporos Int*. 2005; 16(11): 1432-5.
- 21- Omidvar B, Ghorbani A, Shahbazian H, Beladi Mousavi SS, Shariat Nabavi SJ, Alasti M. Comparison of alendronate and pamidronate on bone loss in kidney transplant patients for the first 6 months of transplantation. *Iran J Kidney Dis*. 2011; 5(6): 420-4.
- 22- Walsh JP, Ward LC, Stewart GO, Will RK, Criddle RA, Prince RL, et al. A randomized clinical trial comparing oral alendronate and intravenous pamidronate for the treatment of Paget's disease of bone. *Bone*. 2004; 34(4): 747-54.
- 23- DiMeglio LA, Peacock M. Two-year clinical trial of oral alendronate versus intravenous pamidronate in children with osteogenesis imperfecta. *J Bone Miner Res*. 2006; 21(1): 132-40.
- 24- Fleisch H. Bisphosphonates in osteoporosis. *Eur Spine J*. 2003; 12 Suppl 2: S142-6.