

Terapianbefaling: Behandling av osteoporose

Utdrag fra: Statens legemiddelverk, publikasjon 2001:05, mai 2001:

”Terapianbefaling: Behandling av osteoporose”

Definisjoner

Systemisk skjelettsykdom, hvor det er lav benmasse og endret mikroarkitektur med nedsatt knokkelstyrke og økt risiko for brudd. Vanligste brudd: rygg, lårhals, underarm.

Hos kvinner:

- **Normal benmasse** = benmasse større enn 1 standardavvik under gjennomsnittet til friske, unge, voksne kvinner (T-score > -1).
- **Lav benmasse** (osteopeni) = benmasse i området 1 til 2,5 standardavvik under gjennomsnittet til friske, unge, voksne kvinner (-1 > T-score > -2,5).
- **Osteoporose** = benmasse lavere enn 2,5 standardavvik under gjennomsnittet til friske, unge, voksne kvinner (T-score < 2,5).
- **Etablert osteoporose** (klinisk manifest osteoporose): osteoporose samt ett eller flere lavenergi-brudd.

Hos menn:

Det finnes ingen tilsvarende definisjon for osteoporose hos menn.

Det benyttes i klinisk praksis T-score < 2,5 (beregnet fra unge kvinner), og forekomst av lavenergi-utløst brudd, som grunnlag for å stille diagnosen etablert osteoporose hos menn.

Epidemiologi

Forekomsten av brudd har økt dramatisk i løpet av de siste femti år i den vestlige verden. Innen hvert alderstrinn er forekomsten av lårhalsbrudd cirka dobbelt så høyt blant kvinner som blant menn. Skandinavia er det området i verden med høyest forekomst av benbrudd.

Risikofaktorer

Sterke risikofaktorer:

- Lavenergi-brudd etter fylte 50 år
- Langvarig (>6 måneder) peroral kortikosteroidbehandling

Svake risikofaktorer:

- Lav BMI (BMI < 20-21) og/eller betydelig vekttap
- Røyking
- Mor med lårhalsbrudd
- Tidlig menopause (<45 år)
- Falltendens (f.eks 1-2 fall per år)

Relative risikofaktorer:

- Langvarig bruk av visse medikamenter (bl.a. heparin, antiepileptika, immunmodulerende legemidler, tyroksin, kortikosteroider)
- Ved visse sykdommer (f.eks reumatoid artritt, gastrointestinale sykdommer, primær hyperparatyreoidisme)
- Ved langvarig (>6 måneder) amenorétilstander hos kvinner i fertil alder

Diagnostikk

Sykehistorien: bl.a forekomst av tidligere lavenergi-brudd eller risikofaktorer?

Klinisk undersøkelse: høyde/vekt (høydereduksjon?), ryggundersøkelse (skoliose/kyfose?), funksjonsnivå.

Røntgenundersøkelse ved mistanke om ryggbrudd.

Måling av benmasse: DXA (eller DEXA) er foreslått som gullstandard. Det anbefales å henvise postmenopausale kvinner og eldre menn med økt klinisk risiko for osteoporose, dvs minst én sterk risikofaktor og/eller to svake risikofaktorer. Henvis kun hvis resultatet vil påvirke valg av behandling. Det er pasienter med lav benmasse og tidligere brudd som har best nytte av dagens tilgjengelige medikamentelle behandling.

Forebygging av osteoporoserelaterte brudd

Primærforebyggende tiltak omfatter bl.a tiltak for å redusere risikofaktorer som røyking og fysisk inaktivitet. Sekundærforebyggende tiltak er bl.a å tilby høyrisikoindivider benmassemåling. Tertiærforebyggende strategi kan være å tilby utredning og behandling til individer som allerede har ett eller flere brudd.

Tilskudd av kalsium og D-vitamin reduserer forekomsten av lårhalsbrudd og andre non-vertebrale brudd både hos eldre hjemmeboende og kvinner på alders- og sykehjem. Hos eldre er det påvist sterkt varierende D-vitaminnivåer, og mangeltilstander forekommer hyppig. Dersom dagsbehovet ikke anses å være dekket, anbefales et basistilskudd for å forhindre mangeltilstand (i tillegg til ev. annen, medikamentell osteoporosebehandling): Kalsium 500-1000 mg/dag og D-vitamin 400-800 IE/dag 10-20 µg).

Østrogener har bensparende effekt hos postmenopausale kvinner selv ved normal benmasse og gir samtidig benmasseøkning og reduksjon av bruddrisiko.

Hvem skal ha legemiddelbehandling?

Behovet for medikamentell behandling bør baseres på en total risikovurdering. Høyrisikoindivider for lavenergibrudd er:

- Pasienter med osteoporose (dvs. benmasse 2,5 standardavvik eller mer under gjennomsnittet, altså T-score < -2,5)
- Pasienter med tidligere lavenergibrudd og benmasse med T-score < -2,0
- Planlagt kortikosteroidbehandling i mer enn tre måneder samt benmasse med T-score < -2,0

Valg av medikament

I tillegg til effekter på skjelettet har noen av de omtalte medikamentene effekter på brystvev og/eller hjerte-kar. Det er derfor viktig at man bedømmer den totale helseprofilen hos den enkelte pasient før man velger behandling for osteoporose.

Generelt gjelder at alle postmenopausale kvinner som behandles for osteoporose enten i form av østrogener, bisfosfonat eller SERM skal ha tilleggsbehandling med kalsium og vitamin D.

Det henvises for øvrig til terapianbefalingen i full-tekst:

<http://www.legemiddelverket.no/upload/20016/publikasjon5-2001.pdf>

August 2001, Arne Westgaard (lenke til legemiddelverket oppdatert 22.03.2006)
Legevakten.no