
Hur beaktas osteoporos hos en patient med lågenergifraktur?

VESA LEPOLA, VILLE BERGROTH OCH JARI SALO

Osteoporos är en betydande riskfaktor för benbrott hos äldre människor och därigenom en viktig orsak till lidande och död i en befolkningsgrupp som inte heller i övrigt är förskonad från andra sjukdomar. Incidensen (antalet nya fall per antal invånare och år) av osteoporosrelaterade frakturer i den äldre befolkningen har nästan trefaldigats sedan 1950-talet. Åldern är den gemensamma riskfaktorn för både osteoporos och frakturer. Detta leder till en aktivare prevention med olika läkemedel samt med mekaniska halkskydd. För att man skall kunna uppnå bättre resultat bör osteoporosen diagnostiseras i tid och behandlingen av riskgrupper aktiveras. Artikeln belyser Tölö sjukhus diagnos- och behandlingsmönster.

Inledning

Det sker tiotusentals osteoporotiska frakturer årligen i Finland, och vården av dem upptar en stor del av den kirurgiska behandlingskapaciteten. En person som ådragit sig en lågenergifraktur löper stor risk att få en ny fraktur. Å andra sidan har forskningsresultat från de senaste åren visat att man kan minska frakturincidensen med läkemedels- och andra behandlingar. Därför är det befogat att försöka ordna med fortsatt utredning och behandling för frakturpatienter. I denna artikel beskrivs grunderna för att effektivisera en sådan "sekundärprevention" och presenteras olika sätt att genomföra det.

FÖRFATTARNA

MD **Vesa Lepola** är ortoped och specialistläkare vid Tölö sjukhus, Kliniken för ortopedi och traumatologi

Ville Bergroth är docent i invärtes medicin och specialistläkare vid Tölö sjukhus, Kliniken för ortopedi och traumatologi

ML **Jari Salo** är klinisk lärare vid Helsingfors universitet, ortoped och avdelningsläkare vid Tölö sjukhus, Kliniken för ortopedi och traumatologi

En osteoporotisk fraktur förutsäger en ny fraktur

Enligt en metaanalys fyrfaldigas risken för en ny kotfraktur efter den första kotfrakturen, och risken för höftfraktur fördubblas (1). Enligt ett material från Mayo-kliniken var risken för en ny kotfraktur efter den första kotfrakturen upp till 13-faldig och utgående från samma material bedömde man att 70 procent av kotfrakturpatienterna råkar ut för någon ny fraktur under de följande tio åren (2). I ett europeiskt material fyr- eller femfaldigades risken för höftfraktur efter en kotfraktur (3). Efter en handledsfraktur konstaterades risken för höftfraktur vara fördubblad (4) och risken för vilken som helst fraktur vara mellan två- och femfaldig (1). Speciellt stor är risken för en ny kotfraktur snart efter den första frakturen. Tjugo procent av de kvinnor som råkat ut för en postmenopausal kotfraktur får en ny kotfraktur inom ett år efter den första (5).

Frakturer kan förebyggas

Man kan indela metoderna för att förhindra nya frakturer hos personer som redan haft en fraktur i tre kategorier: förstärkande av benbyggnaden med läkemedelsbehandling, förhindrande av fallolyckor samt förhindrande av fraktur trots ett fall (höftskyddsbyxor).

Läkemedelsbehandling med kalcium och D-vitamin hör till basvården av en osteoporospatient (6). Om patienten rehabiliteras till att kunna gå, bör man ordna en bentätthetsmätning (DXA). Om man konstaterar bentätthetsvärden som ligger på nivån för osteoporos eller klar osteopeni, är det skäl att också sätta in specifik osteoporosbehandling. Medicineringen kan vid behov påbörjas också utan DXA-mätning om osteoporosen är kliniskt uppenbar (lågenergisk fraktur hos personer över 70 år). Man bör komma ihåg möjligheten av sekundär osteoporos och vid behov utesluta sådan genom laboratorieundersökningar.

Man kan anse bifosfanaterna (alendronat och risedronat) vara basläkemedel för osteoporosbehandling; de har konstaterats ha en frakturprebyggande effekt för både kot- och övriga frakturer, också höftfrakturer (7, 8). Alternativ är närmast östrogenreceptormodulatore (SERM) raloxifen (9) samt läkemedlet teliparatid (10), som ökar benbildningen och som lämpar sig för behandling av svåra osteoporosfall. Kalcitonin kan användas i några månader som stödbehandling vid smärtsamma kotfrakturer (6). År 2006 kommer sannolikt de nya preparaten ibandronat (11) och strontiumranelat (12) ut på marknaden.

Att minska antalet fallolyckor skulle vara det effektivaste sättet att förhindra frakturer, men det är mycket svårt att genomföra på ett heltäckande sätt. Det är enklare att skydda mot höftfrakturer. I en finländsk undersökning minskade risken för höftfraktur med 60 procent hos dem som använde höftskyddsbyxor under två års uppföljning (13). Man borde alltså använda höftskyddsbyxor för äldre personer som ofta faller.

Hur borde man fullfölja de fortsatta undersökningarna och behandlingen? Är osteoporosskötare lösningen?

En fraktur förutsäger en ny fraktur, men å andra sidan kan man förebygga nya frakturer. Således borde man så heltäckande som möjligt ordna med fortsatt utredning och behandling för patienter som drabbats av en lågenergifraktur. Detta skulle enklart förverkligas om samma läkare som behandlat frakturen skulle ordna eftervården också för osteoporosens del. Tyvärr vet man att detta inte fungerar i praktiken och har därför tagit i bruk andra metoder.

Erfarenheter från både Finland och andra länder visar att man på det mest heltäckande sättet får till stånd vidare utredning för osteoporospatienter genom att skapa en modell som baserar sig på osteoporosskötare (frakturskötare). Grundprincipen här är att skötaren tar kontakt med varje patient med en lågenergifraktur som behandlats på sjukhuset (avdelningen och polikliniken), antingen personligen på avdelningen under vårdperioden eller snart efter utskrivningen per telefon eller brev. Patienten intervjuas och osteoporosrisken kartläggs t.ex. med en riskfaktorblankett. Om det behövs skickar skötaren patienten på en bentätthetsmätning (DXA). Om osteoporos konstateras, ger skötaren patienten vägledning (allmän information och råd om kost och motion o.s.v.) och planerar tillsammans med läkaren, som fungerar som arbetspar, de nödvändiga fortsatta åtgärderna (t.ex. utslutning av sekundär osteoporos, inledande av medicinering och dylikt). I enklare fall hänvisas sedan patienten med skriftliga anvisningar till sin husläkare för fortsatt vård, kontrollbesök m.m. Mer komplicerade fall hänvisas t.ex. till endokrinologiska polikliniken. En osteoporosskötare kan verka på hälsocentralen och sörja för handledningen av t.ex. patienter med radiusfraktur som behandlats där.

Denna modell kan förenklas så att patienter med kliniskt uppenbar osteoporos direkt behandlas med läkemedel utan bentätthetsmätning. Sådana fall kan anses vara t.ex. lågenergifrakturer hos personer över 70 år. För yngre patienter ordnar man DXA-mätning och andra behövliga utredningar. Också i detta system har man nytta av en skötare som utsetts för uppdraget och som ombesörjer informationen till patienten samt koordinerar verksamheten tillsammans med läkaren.

Hur skall man förverkliga graderingen av diagnostiken och behandlingen, skall t.ex. bentätthetsmätning och insättande av läkemedelsbehandling ordnas från sjukhuset eller från hälsocentralen? Det finns ingen entydig modell för detta. Den utformas individuellt inom varje sjukhus område, utgående från bland annat lokala resurser. Huvudsaken är att det finns ett gemensamt överenskommet system, en behandlingsplan eller liknande. Då kan man göra vidare utredningar för personer som har haft en lågenergifraktur och på så sätt minska risken för ytterligare frakturer. Någon form av handläggning av osteoporosskötare verkar vara en bra lösning och används re-

dan inom många sjukvårdsdistrikt. Undersökningar om hur kostnadseffektiv denna verksamhet är, har inte ännu publicerats. Man kan dock räkna ut att t.ex. förebyggandet av tre höftfrakturer om året skulle räcka för att täcka årskostnaderna för en heltidsanställd osteoporosskötare.

MD Vesa Lepola
vesa.lepola@hus.fi

Docent Ville Bergroth
ville.bergroth@hus.fi

ML Jari Salo
jari.salo@hus.fi

Kliniken för ortopedi och traumatologi
Tölö sjukhus
PB 266
00029 HNS

Referenser

1. Klotzbuecher CM, Ross PD, Landsman PB, Abbott III TA, Berger M. Patients with prior fractures have an increased risk of future fractures: a summary of the literature and statistical synthesis. *J Bone Miner Res* 2000; 15: 721-39.
2. Melton III LJ, Atkinson EJ, Cooper C, O'Fallon WM, Riggs BL. Vertebral fractures predict subsequent fractures. *Osteoporos Int* 1999; 10: 214-21.
3. Ismail AA, Cockerill W, Cooper C. et al. Prevalent vertebral deformity predicts incident hip though not distal forearm fracture: results from the European prospective osteoporosis study. *Osteoporos Int* 2001; 12: 85-90.
4. Owen RA, Melton LJ, Ilstrup DM, Johnson KA, Riggs BL. Colle Section 1s fracture and subsequent hip fracture risk. *Clin Orthop* 1982; 71: 37-43.
5. Lindsay R, Silverman SL, Cooper C, et al. Risk of new vertebral fracture in the year following a fracture. *JAMA* 2001; 285: 320-323.
6. Osteoporosin Käypä Hoito, *Duodecim* 116: 1771-78, 2000.
7. Black DM, Cummings SR, Karpf DB et al. Randomised trial of effect of alendronate on risk of fracture in women with existing vertebral fractures. *Lancet* 1996;348: 1535-41.
8. McClung MR, Geusens P, Miller PD. et al.: Effect of risedronate on the risk of hip fracture in elderly women. *N Engl J Med* 344: 333-340, 2001.
9. Ettinger B, Black D, Mitlak BH. et al. Reduction of vertebral fracture risk in postmenopausal women with osteoporosis treated with raloxifene results from a 3year randomized clinical trial. *JAMA* 1999;282:637-645.
10. Neer RM, Arnaud CD, Zanchetta JR, et al.: Effects of parathyroid hormone (1-34) on fractures and bone mineral density in postmenopausal women with osteoporosis. *N Engl J Med* 344: 1434-1441, 2001.
11. Recker RR, Weinstein RS, Chesnut CH 3rd ym.: Histomorphometric evaluation of daily and intermittent oral ibndronate in women with postmenopausal osteoporosis: results from the BONE study. *Osteoporos Int* 15: 231-237, 2004.
12. Meunier PJ, Roux C, Seeman E. et al.: The effects of strontium ranelate on the risk of vertebral fracture in women with postmenopausal osteoporosis. *N Engl J Med* 350: 459-468, 2004.
13. Kannus P, Parkkari J, Niemi S, Pasanen M, Palvanen M, Järvinen M, Vuori I. Prevention of hip fracture in elderly people with use of hip protector. *N Engl J Med* 2000;343:1506-13.