

Osteoporose – hva bør du vite?

Hva bør en farmasøyt kjenne til – og hva kan du gjøre?

Norge ligger på verdenstoppen i forekomst av osteoporotiske brudd. Halvparten av kvinner og en fjerdedel av menn over 50 år vil oppleve minst ett osteoporotisk brudd senere i livet. De hyppigst bruddene er underarmsbrudd, brudd i virvler (vertebrale brudd) og lårhalsbrudd. Det skjer cirka 50 000 osteoporoserelaterte brudd i Norge per år. Lårhalsbrudd og virvelbrudd medfører økt sykkelighet og dødelighet og store økonomiske kostnader for samfunnet.

Primær osteoporose som følge av østrogenbortfall i forbindelse med overgangsalder og høy alder hos begge kjønn, er den vanligste formen for osteoporose. En rekke risikofaktorer kan bidra til osteoporose, blant annet lavt inntak av kalsium og vitamin D, lav fysisk aktivitet og røyking. Et tidligere brudd er en sterk risiko-

faktor for et nytt brudd. En rekke sykdommer og medikamenter kan også gi osteoporose, dette betegnes som sekundær osteoporose. Revmatiske sykdommer, diabetes, mage- og tarmsykdommer som påvirker næringsopptak samt spiseforstyrrelser er eksempler på slike tilstander. Glukokortikoidene er de medikamentene som gir størst risiko. Antiepileptika, aromatasehemmere og protonpumpehemmere er også forbundet med økt risiko.

Osteoporose er en svært underbehandlet tilstand til tross for effektiv behandling, < 20 % av de som har hatt en fraktur får behandling. Det er derfor nødvendig med økt fokus på diagnostikk og behandling av osteoporose for å redusere bruddforekomst og samfunnsmessige kostnader.

Diagnostikk

Osteoporosediagnosen stilles ved måling av bentetthet (BMD) ved bruk av dual-røntgenabsorpsjonsmetri (DXA). Man måler da kalsiuminnhold per areal og relaterer dette til gjennomsnittet av BMD mellom 20 og 30 års alder hos en referansepopulasjon. Osteoporose defineres som T-skår < -2,5 SD. Et lavenergibrudd, det vil si brudd etter fall fra egen høyde, defineres også som osteoporose.

Vertebrale brudd medfører akutte ryggsmarter av 6–8 ukers varighet, men bare cirka 30 % av bruddene blir klinisk erkjent. Høydemåling er viktig å gjøre, da et høydetap på 3–4 cm gir mistanke om brudd, henvisning til røntgen av virvelsøylen er da aktuelt. Vertebrale brudd kan resultere i krum rygg med respirasjonsproblemer, obstipasjon og nedsatt livskvalitet.

Behandling av osteoporose

Det er viktig å sørge for adekvat kalsium- og vitamin D-inntak som basisbehandling. Vi har to hovedgrupper av medikamenter, antiresorptiv behandling og behandling som stimulerer benformasjonen, anabol behandling. Hos kvinner like etter menopause er hormonsubstitusjon med østrogen og gestagen et godt alternativ. For øvrig er bisfosfonater førstevalg i behandlingen. Bisfosfonatene gir en reduksjon av brudd i virvler og hofter på henholdsvis 50–70 % og 40–50 %. Alendronat 70 mg tas peroralt en halv time før frokost en gang per uke. I tilfelle pasienten har dyspepsiplager eller får dette som bivirkning av Alendronat, bør det skiftes til intravenøst bisfosfonat zoledronat (Aclasta) 5 mg, intravenøst hvert 2.–3. år. Behandlingen monitoreres med benmarkører i serum og bentetthetsmåling. Ved manglende effekt eller uakseptable bivirkninger av bisfosfonat

eller nyresvikt (eGFR < 30 ml/min) er denosumab (Prolia) 60 mg subkutan hver 6. måned indisert. Dette er imidlertid aktuelt hos litt eldre aldersgrupper siden det kan være aktuelt med nærmest livslang behandling.

Anabol behandling er aktuelt ved alvorlig osteoporose. Teriparatid (Terrosa, Forsteo) 20 µg subkutan x 1 daglig i 2 år er førstevalgspreparat ved alvorlige tilfeller med T-skår < -4,0, mange brudd (3 eller flere ryggbrudd på diagnosetidspunkt), svære ryggbrudd (SQ3 brudd > 40 % kompresjon), eller ved nytt brudd under pågående bisfosfonatbehandling. Romosozumab (Evenity) har nettopp kommet på markedet og fått godkjent tilsvarende refusjonsregler som teriparatid, bortsett fra at det ikke er godkjent hos menn. Dette settes subkutan (105 mg x 2) en gang per måned i 1 år.

Hvordan kan farmasøyer bidra?

- Informer om hvordan perorale bisfosfonater skal tas.
- Bidra til at Alendronat ikke gis sammen med protonpumpehemmer, da dette reduserer effekten av Alendronat. Bør da skifte til zoledronsyre.
- Vitamin D i serum bør være > 50 nmol/L før oppstart av behandling. Understrek at denosumab må tas regelmessig hver 6. måned. Hvis man går over tiden, vil det i en periode være økt benomsetning og økt bruddrisiko.

Vil du vite mer?

Pasientorganisasjoner

Norsk Osteoporoseforbund
<https://nof-norge.no>

TEKST: Unni Syversen, professor, Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU og overlege, avdeling for endokrinologi, St. Olavs hospital