
Osteoporos

Osteoporos (benskörhet) innebär att benmassan minskar. Detta betyder att benet blir skört, vilket leder till frakturer även utan föregående trauma. Osteoporos påträffas mest hos äldre människor även om benmassan börjar minska senast vid 30 års ålder. Problemen är mest uttalade hos äldre eftersom fallolyckorna till följd av nedsatt funktionsförmåga ökar risken för frakturer. Allteftersom befolkningen åldras, ökar antalet frakturer kontinuerligt.

I Finland finns det totalt över 400 000 personer med osteoporos. Största delen av dessa är kvinnor över 50 år. Upp till en fjärdedel av kvinnorna i denna åldersgrupp har osteoporos. I Finland sker årligen åtminstone 40 000 frakturer orsakade av osteoporos.

Sjukdomsorsak

Av hormonella orsaker är osteoporos vanligare hos kvinnor än hos män. Med tilltagande ålder drabbas dock män lika ofta som kvinnor. Benägenheten att insjukna i osteoporos är i någon mån ärftlig. En kort fertil ålder (menstruationen börjar sent och upphör tidigt) utgör en riskfaktor för kvinnan. Späd kroppsbyggnad, låg fysisk aktivitet, litet intag av vitamin D (solljus) och/eller kalcium samt rökning, riklig användning av salt, problem med tarmens upptagningsförmåga, inflammatoriska reumatiska sjukdomar, diabetes, njursjukdomar samt vissa läkemedel (kortisonpreparat, epilepsiläkemedel) ökar risken att utveckla osteoporos. Övervikt, hur skadlig den än är i övrigt, skyddar mot osteoporos i någon mån.

Symtom

Osteoporos i sig förorsakar inga symtom, och smärta förekomma endast i sällsynta fall. Det är frakturerna som orsakar problem. Osteoporosrelaterade kotfrakturer i ryggraden är vanliga och medför kortare kroppslängd och dålig hållning. Man får inte alltid symtom även om ryggkotorna trycks ihop något. Frakturer i lårbenets övre del förorsakar mest problem. I Finland har antalet frakturer i lårbenets övre del fördubblats under de senaste 15 åren. Oftast lyckas man behandla frakturen med kirurgi, men livskvaliteten hos äldre blir sämre och livstiden förkortas mycket väsentligt.

Diagnostik

En erfaren läkare – eller patienten själv – kan ställa diagnosen osteoporos hos en äldre person genom att mäta den nuvarande kroppslängden och jämföra den med den kroppslängd personen hade som 20-åring. Om längden nu är minst 5 cm kortare och hållningen är karakteristiskt framåtlutande, är diagnosen förhållandevis säker utan vidare undersökningar.

En tillförlitlig mätning av skelettets mineralhalter, det vill säga bentäthet, kan endast utföras med apparater som använder svaga röntgenstrålar. Bentätheten mäts i ryggen och i lårbenets övre del. Apparater som mäter bentätheten finns på sjukhus och privata vårdcentraler. Mätresultaten jämförs sedan med genomsnittsvärdet hos unga vuxna. Skelettets mineralkoncentration mäts med hjälp av internationellt överenskomna standarder. För en kvinna innebär en sänkning på 2,5 under

standardavvikelsen (SD) för unga vuxna att hon har osteoporos. Eftersom sannolikheten för frakturer hos män med samma bentäthetsvärden som hos kvinnor, används bentäthetsvärden hos kvinnor som referens för att bedöma risken för osteoporos hos män.

Man kan också göra en grov uppskattning av osteoporos genom vanlig röntgenundersökning. Man kan tydligt se frakturer på ryggkotor på vanliga röntgenbilder. Med ultraljudsundersökning kan man mäta benmassans täthet i hälbenet, men en sådan undersökning ger inte svar på hur situationen ser ut på det område där risken att drabbas är störst. Om mätningen i hälbenet tyder på osteoporos, finns det anledning att mäta tätheten i ryggen och lårbenets övre del.

För att screena risken för osteoporotiska frakturer har man utvecklat ett analysverktyg vid namn FRAX (Fracture Risk Assessment Tool). Med det kan man utifrån riskfaktorer beräkna risken för osteoporotiska frakturer inom 10 år. Detta gör det lättare att göra en helhetsbedömning av situationen och att fatta beslut om behandling. Screeningen riktar sig till personer som har haft en fraktur eller som löper en stor risk för frakturer.

När diagnosen osteoporos är ställd, utreder man om det är fråga om primär eller sekundär osteoporos. Primär osteoporos är åldersrelaterad, men kan även ha okända orsaker. Sekundär osteoporos beror på bakomliggande sjukdom eller läkemedel. Vanliga orsaker till sekundär osteoporos är kortisonpreparat, många endokrina sjukdomar, en del hematologiska sjukdomar, undernäring och malabsorption, inflammatoriska reumatiska sjukdomar och njursjukdomar.

Preventiv vård

Det är viktigt att förebygga osteoporos eftersom behandlingen är dyr och ger resultat långsamt. Åldrandet är associerat med en minskning av muskelmassa och muskelstyrka, vilket har visat sig vara förknippat med fallolyckor och osteoporos och därmed med en ökad risk för frakturer. Det är viktigt att unga flickor stärker sin benmassa tillräckligt, så att små förluster i högre ålder inte medför någon större risk för frakturer.

Tips på förebyggande behandling:

- Motionera regelbundet. Den effektivaste metoden är träning som belastar skelettet och utsätter det för stötar.
- Undvik drastisk viktnedgång och klar undervikt.
- Vistas utomhus i solljus så får du D-vitamin.
- Se till att din kost innehåller mjölk, ost, skogssvamp och fisk. Om du inte kan använda mjölkprodukter och är över 50 år ska du använda kalciumpreparat.
- Undvik rökning.
- Använd endast lite salt.
- Använd endast lite alkohol.
- Kvinnor bör kontrollera sitt östrogenbehov efter klimakteriet.
- Alla som är över 50 år bör ta D-vitaminpreparat åtminstone från hösten och fram till våren. Över 60-åringar ska helst ta tillskott året om.
- Det är viktigt att äldre personer aktar sig för att ramla omkull. Vid halt väglag är det extremt viktigt att använda halkskydd på skor. Det är också bra att använda höftskydd för att undvika benfrakturer.

Behandling

Vid behandling är det viktigt att beakta det som sagts ovan i fråga om att förebygga osteoporos. Behandling av osteoporos är mycket besvärligt eftersom nytt ben bildas långsamt. Man anser dock att det är motiverat att behandla personer som haft osteoporosrelaterade frakturer eller som i mätningar visat sig ha en kontinuerlig minskning av bentätheten. Vid insättning av långvarig kortisonbehandling bör man göra en bentäthetsmätning. Om bentätheten är låg och patienten har andra riskfaktorer för osteoporos, ska man i allmänhet sätta in behandling mot osteoporos.

Behandlingen omfattar alltid ett tillräckligt intag av vitamin D och kalcium. Det totala intaget av kalcium för en person med konstaterad osteoporos borde ligga kring 1 000–1 500 mg per dygn. Vi ska i första hand få i oss kalcium från kosten. De främsta kalciumkällorna är mjölk, surmjölk, ost och andra mjölkprodukter.

Vitamin D får man från kosten och från solen. Fisk samt svamp som fått växa utomhus är de bästa källorna till vitamin D.

Under de senaste åren har man höjt på de rekommenderade D-vitaminsdoserna i synnerhet för äldre. För över 60-åringar rekommenderas 20 mikrogram om dagen. En så stor dos är det i praktiken omöjligt att få från kosten, och därför bör man ta D-vitaminpreparat. Det finns inga belägg för nyttan av större doser av vitamin D, men det anses ändå vara säkert att ta upp till 100 mikrogram om dagen.

Vid reumatiska sjukdomar kan vitamin D också ha andra terapeutiska fördelar, och därför bör personer som insjuknat i en sådan sjukdom alltid äta vitamin D. Hos personer med osteoporos borde D-vitaminsdosen helst baseras på bestämning av 25 (OH) vitamin D i serum, med siktet på 75–120 nmol/l. Vid reumatiska sjukdomar kan vitamin D också ha andra terapeutiska fördelar, och därför bör personer som insjuknat i en sådan sjukdom alltid äta vitamin D.

Under de senaste åren har man utvecklat många olika läkemedel för behandling av osteoporos. De medför fördel, men behandlingen pågår vanligen i flera års tid och den är förhållandevis dyr. Behovet och varaktigheten av läkemedelsbehandling är individuella, och bestäms enligt den uppskattade risken för frakturer. Bland annat en tidigare lågenergifraktur i höft och kotor, lågenergifrakturer i handleder eller överarmar och konstaterad osteoporos, osteoporos fastställd i bentäthetsmätning med hänsyn till patientens risk för frakturer och kortisonbehandling utgör orsaker att sätta in läkemedelsbehandling.

Den viktigaste läkemedelsgruppen är bisfosfonater som innefattar alendronat, ibandronsyra, risedronat och zoledronsyra. Kvinnor kan använda östrogenpreparat eller läkemedel med samma verkningsätt (raloxifen). Svåra fall av osteoporos kan behandlas med åtminstone denosumab, teriparatid och romosozumab.

Uppdaterad 2022

Notera även

[Osteoporoosi ja ravinto](#)

