

Er tiden løbet fra de danske osteoporosebehandlingsguidelines?

LEDER

Pia A. Eiken

Ugeskr Læger
2015;177:V67006

Osteoporose blev ifølge en ekspertgruppe med tilknytning til WHO i 1994 defineret alene ud fra en knoglemineraltæthed (BMD)-bestemmelse. Hvis BMD ligger mere end 2,5 standarddeviationer (SD) under middelværdien for kønnet hos raske unge personer, benævnes tilstanden »osteoporose« (T-score $\leq -2,5$ SD). T-score blev designet mere som et diagnostisk redskab end en interventionstærskel. I Danmark hviler beslutningen om at iværksætte antiosteoporotisk behandling på en simpel case-finding strategi: tilstedeværelse af én risikofaktor (f.eks. rygning) kombineret med lav BMD (T-score $\leq -2,5$ SD) eller én tidligere lavenergifrakstur (ryg eller hofte). BMD repræsenterer en kumulativ effekt af mange risikofaktorer, tidligere og nuværende, og man inkluderer genetiske forhold og indflydelsen af livsstil. BMD kan således betragtes som et surrogat for mange risikofaktorer, men er ikke et optimalt vurderingsredskab af frakturprædiktionen, idet mere end halvdelen af patienter med en lavenergifrakstur har en T-score $> -2,5$ SD [1]. Risikoen for osteoporotiske frakturer øges, når BMD falder. Imidlertid er problemet som antydnet næppe så enkelt, idet bl.a. aldersbetingede ændringer og knoglekvalitet også synes at spille en væsentlig rolle, hvorfor der hos ældre skal et mindre traume til for at fremkalde en fraktur end hos yngre med samme T-score. Det er ud fra et patientsikkerhedsperspektiv uhensigtsmæssig og også udokumenteret at anvende antiosteoporotisk medicin til behandling af patienter, som har en lav risiko for osteoporotiske knoglefrakturer, men de nuværende danske kriterier sikrer ikke mod dette. I Danish Medical Journal (dette nummer af Ugeskrift for Læger s. 738) gennemgår *Thomsen et al* tre algoritmer (der alle inkluderer BMD-måling) til estimat af frakturrisikoen for patienter med en høj risiko for osteoporotiske frakturer samt fem behandlingsguidelines [2]. Der blev fundet dårlig overensstemmelse mellem behandlingsguidelines, idet der kun blev observeret konsensus om behov for behandling hos 26% af patienterne.

Alder, køn, tidligere frakturer og BMD er vigtige prædiktive faktorer for nye frakturer og indgår også i de beregningsalgoritmer, der bliver gjort rede for i artiklen [2]. I algoritmerne til estimat af frakturrisikoen, bl.a. WHO's Fracture Risk Assessment Tool (FRAX), inddrages endnu flere anamnesticke faktorer [3, 4]. I modellerne tages der netop højde for, at sam-

menfald af flere risikofaktorer er associeret med en højere frakturrisiko end BMD alene og FRAX er baseret på en tidshorisont for fraktur på ti år med justering for restlevetid. Da den danske FRAX og den amerikanske behandlingsinterventionstærskel på 20% for de vigtigste osteoporotiske frakturer (vertebrale, humerus, underarm og hofte) blev anvendt, fandt *Thomsen et al*, at 75% af patienterne burde tilbydes behandling mod 56% med de i dag gældende danske kriterier, og der blev fundet en overensstemmelse mellem de to guidelines på 68% [2]. I en nyligt publiceret konsensusrapport fra National Bone Health Alliance-arbejdsgruppe har man netop anbefalet, at diagnosen osteoporose, ud over ved T-score, også bør benyttes til kvinder og mænd, der er over 50 år og på baggrund af FRAX har en høj score – dvs. over den nævnte interventionstærskel på 20% [5]. Brugen af beregningsværktøj kan dog aldrig erstatte den kliniske vurdering. For at kunne inddrage f.eks. FRAX-modellen i den danske kliniske praksis er det nødvendigt at fastsætte, ved hvilken frakturrisiko der skal interverneres – både med hensyn til behandling og evt. også ved hvilken tærskel der bør henvises til BMD-måling (vurderingstærskel).

Der synes at være et behov i Danmark for en metode til at højne kvaliteten af den kliniske beslutningsproces i osteoporosebehandling og mere præcist at anslå patienters risiko for osteoporotiske frakturer på baggrund af simple oplysninger, og undgå, at unge patienter og dem med meget få risikofaktorer sættes i en behandling, som vi fortsat ikke har langtidserfaring med. Ændringer i de danske behandlingsguidelines og medicinske tilskudskriterier bør udspringe fra Sundhedsstyrelsen i samarbejde med eksperter.

LITTERATUR

1. Siris ES, Chen YT, Abbott TA et al. Bone mineral density thresholds for pharmacological intervention to prevent fractures. *Arch Intern Med* 2004;164:1108-12.
2. Thomsen K, Ryg J, Matzen L et al. Choice of osteoporosis guideline has important implications for the treatment decision in elderly women referred to a fall clinic. *Dan Med J* 2014;61:A4980.
3. Kanis JA, Oden A, Johnell O et al. The use of clinical risk factors enhances the performance of BMD in the prediction of hip and osteoporotic fractures in men and women. *Osteoporos Int* 2007;18:1033-46.
4. Kanis JA, Oden A, Johansson H et al. FRAX and its applications to clinical practice. *Bone* 2009;44:734-43.
5. Siris ES, Adler R, Bilezikian J et al. The clinical diagnosis of osteoporosis: a position statement from the National Bone Health Alliance Working Group. *Osteoporos Int* 2014;25:1439-43.

KORRESPONDANCE:

Pia A. Eiken,
Kardiologisk, Nefrologisk,
Endokrinologisk Afdeling,
Nordsjællands Hospital
– Hillerød, Dyrehavevej 29,
3400 Hillerød.
E-mail: pia.eiken@regionh.dk

INTERESSEKONFLIKTER:

Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på Ugeskriftet.dk