

Videnskabelig Leder

Ugeskr Læger 2022;184:V205124

Paradigmeskifte efterlyses

Jens-Erik Beck Jensen

Ugeskr Læger 2022;184:V205124

Mens den kirurgiske behandling af hoftenære frakturer er løftet med fast track-kirurgi, da det reducerer hospitaliseringsbehovet og de medicinske komplikationer og medfører hurtig mobilisering, har den efterfølgende medicinske behandling haltet bagefter. Det er et fælles ansvar, at patienten behandles for osteoporose efter et hoftebrud, og det kalder på mere samarbejde mellem kirurgi, medicin og almen praksis.

I dette nummer af Ugeskrift for Læger påpeges det af *Kjær et al* [1], at der kun hos 6,5% påbegyndes og hos 16,7% iværksættes antiosteoporotisk behandling efter en hoftenær femurfraktur. Det er et længe kendt problem, som bør tages alvorligt, da mulighederne for behandling er til stede. Danmark er et af de lande i verden, der har flest hoftefrakturer pr. indbygger [2], og hoftenær femurfraktur er den mest alvorlige osteoporotiske fraktur. Frakturen medfører høj dødelighed og nedsat funktionsevne. Samtidig er det et tegn på alvorlig lidelse i knoglevævet, og efterfølgende vil der opstå yderligere frakturer, hvis der ikke sættes hurtigt og effektivt ind. Den øgede frakturrisiko er højest i de efterfølgende 1-2 år, hvor op til 15% får nyt hoftebrud eller anden alvorlig fraktur, men gælder resten af livet [3].

Efter anbefaling fra Sundhedsstyrelsen udrulles nu fracture liaison service (FLS) over det meste af Danmark. FLS er en opsøgende funktion, hvor patienter med knoglebrud identificeres, udredes og sættes i behandling for osteoporose, hvis det er relevant. Ordningen er startet på hospitaler i Skotland, og der har man nu fuldt udbygget modellen, så også praksislæger er involveret. Funktionen har i Danmark været efterlyst længe og vil uden tvivl gavne både patienterne og regionernes økonomi, idet ordningen har vist sig at spare penge [4].

Har vi så i dag de redskaber, vi skal bruge til forebygge yderligere fakturer hos patienter efter en hoftenær fraktur? Svaret er ja. Der findes algoritmer, der kan forudsige, hvem der bør behandles og vil få gavn af behandlingen [5]. Der findes medicin, der kan forebygge en stor del af de frakturer, som truer patienterne fremover. Parenteral behandling til hoftebrudspatienten synes optimal, da den virker hurtigt, er meget effektiv samt sikrer god compliance, og patienten undgår fasteperioder.

Ser man bort fra deciderede højenergitraumer, vil over 95% af alle patienter med en hoftenær fraktur have osteoporose, og behandling vil være relevant, fordi bruddet er opstået ved lavenergi,

og der ofte samtidig findes vertebrale sammenfald, eller lav knoglemassen ved DXA-skanning med en T-score $\leq -2,5$.

Hoftebrudspatienten er ofte ældre, skrøbelig samt multisyg og tænker primært på at oppebære en funktion, så dagligdagen kan klares. Efter udskrivelse er det i de første måneder overordentlig vanskeligt at få disse patienter ind på hospitalet til udredning med DXA-skanning og blodprøver samt start af behandling. Måske behøves der ikke den store udredning af disse patienter i den akutte fase, og man kunne påbegynde osteoporosebehandling, allerede mens patienten var indlagt. Hvis nyrefunktionen kontrolleres, og der påbegyndes behandling med calcium og D-vitamin samtidig med den medicinske behandling, kan yderligere udredning vente, til patienten er blevet bedre og mere mobil, og man er i stand til at overskue situationen efter 6-12 mdr.

Om det er i kirurgisk regi, medicinsk regi eller via den praktiserende læge, at behandlingen påbegyndes, er underordnet. Det vigtigste er, at behandlingen startes hurtigst muligt, så yderligere frakturer undgås. Man må indrette sig lokalt med aftaler parterne imellem, så ressourcerne udnyttes bedst muligt. Den videre opfølgning og udredning vil kunne ske i medicinsk regi eller via praksis.

Der findes kun meget begrænset forskning i start af knoglemedicinsk behandling under indlæggelse i Danmark. I fremtiden bør sådanne data kunne genereres gennem FLS og landsdækkende databaser.

Alt for få patienter med en hoftenær fraktur sættes efterfølgende i relevant medicinsk behandling i dag. Skal dette ændres, bør indstillingen til vigtigheden af start af behandling ændres, så denne påbegyndes hurtigt, helst allerede før udskrivelse og gerne i FLS-regi.

Korrespondance *Jens-Erik Beck Jensen*, Endokrinologisk Afdeling, Amager og Hvidovre Hospital, og Institut for Klinisk Medicin, Københavns Universitet. E-mail: jens-erik.beck.jensen@regionh.dk

Interessekonflikter ingen. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på ugeskriftet.dk

REFERENCER

1. Kjær N, Stabel S, Midttun M. Antiosteoporotic treatment after hip fracture remains alarmingly low. *Dan Med J* 2022;69(10):A01220010.
2. Hernlund E, Svedbom A, Ivergård M et al. Osteoporosis in the European Union: medical management, epidemiology and economic burden. *Arch Osteoporos*. 2013;8(1):136.
3. Hansen L, Petersen KD, Eriksen SA et al. Subsequent fracture rates in a nationwide population-based cohort study with a 10-year perspective. *Osteoporos Int*. 2015;26(2):513-519.
4. Leal J, Gray AM, Hawley S et al. Cost-effectiveness of orthogeriatric and fracture liaison service models of care for hip fracture patients: a population-based study. *J Bone Miner Res*. 2017;32(2):203-211.
5. Amar AOS, Hyldstrup L, Nielsen J et al. Intensive screening for osteoporosis in patients with hip fracture. *Arch Osteoporos*. 2019;14(1):63.