

Nr. 4 - 2009

# Osteoporose

(benskjørhet)



UTGITT AV NORSK OSTEOPOROSEFORENING

## Hopp og sprett og høyt og lavt

Thea, Maja og Jonathan er i aktivitet hele dagen. Det er bra – også for skjelettet. Se side 10



AV ERIK FINK ERIKSEN,  
PROFESSOR,  
SEKSJONSOVERLEGE DR.MED  
POLIKLINIKK FOR OSTEOPOROSE,  
OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS,  
AKER

Når legen skriver resept på et legemiddel, antar man at pasienten tar medisinen slik det er angitt på resepten. Helsepersonell har lenge visst at dette ikke skjer hos en stor del av pasientene. Det gjelder ikke bare for osteoporosemedisin, men også for medisin for blodtrykket, hjertet, diabetes m.m.

Dette medfører ikke bare et stort tap for samfunnet, men har også negative konsekvenser for den enkelte pasient. For samfunnet betyr det at store summer brukes til medisin som bare blir stående i medisinskapet. Denne ubrukte medisinen har jo ikke den forventede positive effekten på pasientens helse, som igjen ville gitt en reduksjon i behovet for helsetjenester (de

som har tømt medisinskapet hos slektninger som har gått bort, har sikkert sett eksempler på dette). For den enkelte pasienten blir konsekvensen at sykdommen hun eller han søkte hjelp for, ikke blir behandlet, men i stedet ofte forverres.

For medisiner som brukes for hjerte-kar-sykdommer, diabetes og osteoporose, har man vist at omtrent halvparten av pasientene slutter å bruke medisinen innen ett år. Dette kalles manglende persistence. I tillegg er det nok mange som henter medisinen på apoteket, men ikke bruker den regelmessig etter forskriften. Dette kalles manglende compliance. Årsakene til manglende persistence

og compliance er mange. Behandlingen av mange sykdommer som f.eks. høyt blodtrykk eller osteoporose innebærer at man må ta tabletter i mange år for å forebygge senere hjerne slag eller brudd, uten at man merker noen direkte endring i kroppen. Videre kan faktorer som bivirkninger og angst for bivirkninger, manglende tiltro til medisinen positive virkninger, komplisert dosering og ny informasjon (eller feilinformasjon) i pressen om medisinen ha betydning.

Undersøkelser i utlandet så vel som i Skandinavia har vist at persistence ved de mest brukte osteoporosemedisinene, bisfosfonater, er 40 % etter ett

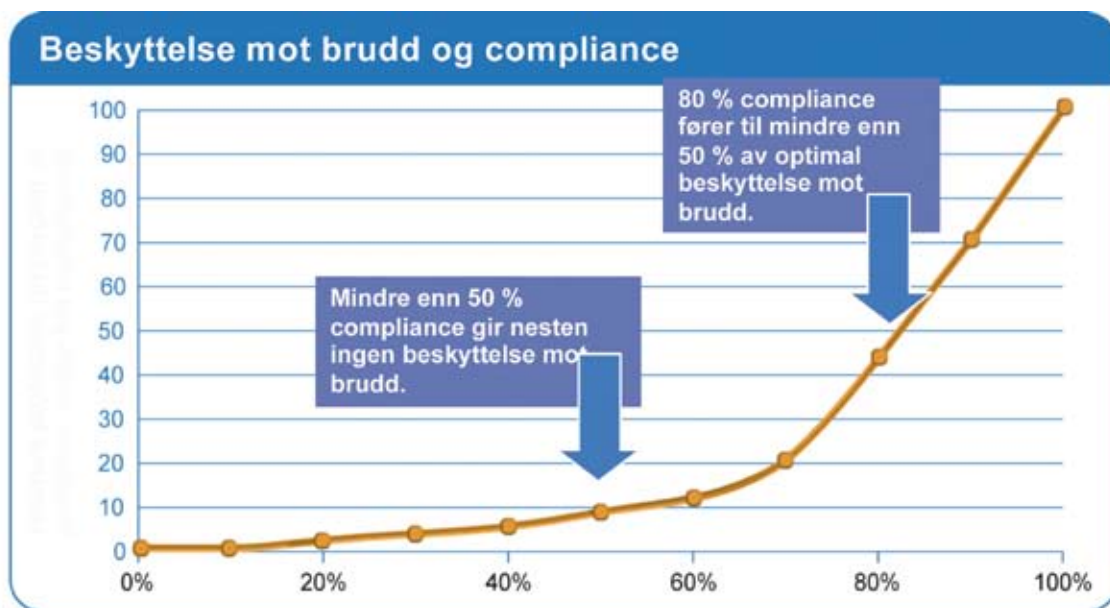


Fig. 1. Sammenheng mellom compliance med osteoporosemedisin og beskyttelse mot brudd. Compliance er vist på X-aksen, og % av optimal beskyttelse mot brudd er vist på Y-aksen. Modifisert etter Siris et al. *Mayo Clin Proc* 2006;81:1013

# Problemer med benmassemåling i Bergen

**Fra et medlem i Bergen har NOF motatt spørsmål angående en benmassemåling utført ved Unilabs Røntgen Bergen. Unilabs bruker en uvanlig metode til målingen, og vi er blitt spurt om hvordan pasienten og hennes lege kan vurdere måleresultatene.**

Vanligvis bruker man DXA til å måle benmasse, og en slik måling oppfattes som "gullstandarden" for hvordan vi skal vurdere den enkeltes risiko for brudd. Det er flere andre metoder som også kan benyttes for å måle benmasse, men vår kunnskap er mangelfull om hvordan vi skal vurdere disse. En av disse metodene kalles kvantitativ computertomografi (QCT), og denne metoden benyttes av Unilabs Røntgen Bergen. Unilabs har avtale med Helse Vest, og er det eneste private laboratorium i Bergens-området som får refu-

sjon fra det offentlige for måling av benmasse.

Vi skrev til Unilabs 12/10-09 og ba om en faglig redegjørelse for hvordan de mente deres resultater skulle benyttes i diagnostikk og oppfølging av behandling hos pasienter med osteoporose. Videre ønsket vi Unilabs vurdering av hvordan man kunne sammenligne deres resultater med eventuelle tidligere målinger med DXA. Da vi ønsket å informere våre medlemmer om denne metoden så raskt som mulig, ba vi Unilabs om å sende oss et svar innen 5/11-09 for å få det med i dette nummer av Osteoporose.

Ved redaksjonens avslutning for dette bladet 23/11-09 har vi ennå ikke mottatt noe svar fra Unilabs Røntgen Bergen. NOF mener derfor at det må konkluderes med følgende:

Inntil videre anbefaler vi våre medlemmer om ikke å gjøre måling av benmasse med QCT hos Unilabs Røntgen

Bergen. Årsaken til dette er at NOF ikke kjenner til

- hvordan man skal vurdere risiko for brudd ut fra benmassemålinger med QCT
- hvilken T-score beregnet fra QCT-målingen som tilsvarer osteoporose-diagnosen når målingen er utført med DXA
- hvordan man skal vurdere resultatene av medisinsk behandling ut fra målinger med QCT
- hvordan man skal vurdere resultater av QCT mot tidligere måling med DXA
- hvor stor strålingsdose man får ved denne spesielle QCT-målingen.

NOF mener også at Helse Vest må vurdere denne situasjonen, da Unilabs Røntgen Bergen er det eneste private institutt i Bergen hvor pasientene kun betaler egenandel for målingen.

år og bare 16 % etter tre år. Undersøkelser har vist at man skal bruke disse preparatene i mer enn 80 % av tiden for å få reduksjon av brudd. Bruker man medisinen bare 50 % av tiden, vil man stort sett ikke få noen positiv effekt på skjelettet (se figuren).

De nyeste medisinene mot osteoporose er veldig effektive. De reduserer risiko for fremtidige brudd med opptil 90 %. Videre har flere studier vist at osteoporosemedisin reduserer dødeligheten hos osteoporosepasienter. Det er derfor beklagelig at ikke flere pasienter får den fulle effekten at denne effektive behandlingen. De beste forutsetningene for god persistence og compliance er grundig informasjon og diskusjon mellom pasient og lege før behandlingen starter. Pasienten har også et ansvar for å diskutere tvil eller bekymring omkring medisinen med sin lege eller andre behandlere slik at man kan unngå tidlig stopp av behandlingen.



22.–25. september 2009, arrangert av  
International Osteoporosis Foundation (IOF)

## Den internasjonale pasientkonferansen i Beijing

# Barn og unge i fokus

125 deltagere fra 41 land møttes til en 3-dagers konferanse om osteoporose. Møtet var et viktig forum for pasientorganisasjonene og ga deltagerne en unik mulighet til å få ny kunnskap, knytte nye kontakter og høre siste nytt innen faget. Konferansen er i høyeste grad også ment som en motivasjon og en oppmuntring til det viktige arbeidet som gjøres på nasjonalt plan.

SYKEPLEIER SYNØVE SØRLIE OG GENERALSEKRETÆR JAN ARVID DOLVE

Generelt kan det sies at det drives mye forebyggende arbeid ute i verden, og særlig med vekt på barn og ungdom. Det var flere land som hadde kontaktet helsestasjoner, barnehager, skoler og SFO (skolefritidsordningen) med pedagogiske opplegg for tidlig å innarbeide gode kostvaner og fysisk aktivitet som en viktig del av det forebyggende arbeidet. Andre land hadde arrangert kampanjer for ungdom fra 18–30 år, og noen hadde egne dansegrupper.

Blant andre tiltak som var forsøkt ut var disse: løp for damer i alle al-



dre (18–70 år), mor–datter-samtaler, informasjon til gravide, TV-reklame, interaktiv hjemmeside, middagsdiskusjoner, å invitere berømtheter til spesielle anledninger, osv.

Sentralt for mange av de deltagende foreningene/organisasjonene sto også opplæring av helsepersonell i form av fagkurs.

I mange land arbeides det med å få osteoporose inn som tema i undervisningen i alle helsefag og å etablere tverrfaglige team.

### Støtte

NOF deltok i arbeidsgrupper hvor følgende temaer ble diskutert:

- Hvordan påvirke offentlige myndigheter?
- Hvor og hvordan søke om økonomisk støtte?
- Hvordan nå ut med informasjon til helsepersonell?
- Hvordan forebygge fall?

For oss var det blant annet viktig å høre om hvordan andre land arbeidet overfor myndighetene. Her viser det seg at Norge er i en særstilling med gode samarbeidsforhold til di-

rektorat, departement og til Folkehelseinstituttet.

Noen få pasientforeninger mottar offentlig støtte til drift av foreningen, mens mange sliter nettopp på grunn av få midler til å drifte og utvikle en pasientforening. Andre har støtte og anerkjennelse i legemiddelindustrien og mottar solide driftsmidler herfra. Langt mer enn vi i Norge kan drømme om med dagens ordninger og reguleringer.

### Kostbar annonsering

Når det gjelder markedsføring, er vi i Norge på god vei til å bli bedre. Vi må ut og fortelle om vårt budskap, og det fordrer midler til annonsering i ulike fora. Foreløpig er dette en av mange måter å nå frem til vår pasientgruppe på. Beklageligvis er annonsering i Norge en svært kostbar måte å nå ut til potensielle medlemmer på.

Møtet ga oss mange gode ideer til videre osteoporosearbeid, og vi har knyttet nye kontakter med personer i andre land. Vi fikk under oppholdet også en liten smakebit av Beijing, da det i programmet var lagt inn en tur til Den forbudte by og Den kinesiske mur.

Vi takker for at vi fikk delta på årets pasientkonferanse.



Det ble også tid til å besøke den kinesiske mur

# Behandling med Vitamin K: Ingen sikker effekt mot osteoporose

**Etter at det ble kjent at det i Tromsø er utført en undersøkelse om effekten av Vit K-tilførsel, har NOF fått mange henvendelser om resultatene av denne studien. Undersøkelsen er ferdig, men resultatene er ennå ikke offentliggjort. Men det er ikke bare i Norge det utføres forskning om Vit K, og tidlig i sommer kom det resultater fra en annen studie utført i USA.**

PROF.EM. JAN A.FALCH

## Vitamin K og benvev

Allerede på 1930-tallet oppdaget man at Vit K var nødvendig for at blodet kunne levre seg (koagulere). Dette vitaminet påvirker eggehvitestoffer (proteiner) i blodet så de kan fange opp kalsium, og dette starter så selve koagulasjonsprosessen. For å forhindre at blodet koagulerer inne i blodårene, kan pasienter med hjerte-kar sykdommer få behandling med såkalt "blodfortynnende" midler, og dette er nettopp medikamenter som motvirker effekten av Vit K. For snart 40 år siden oppdaget man at kvinner som hadde fått slik behandling under svangerskapet, kunne føde barn med misdannelser i skjelettet. Dette førte igjen til at man fant at benvev inneholdt eggehvitestoffer som var avhengige av Vit K for å fungere normalt. Det var derfor naturlig å spørre seg om mangel på Vit K kunne være en mulig årsak til utvikling av osteoporose.

## Gir Vit K- mangel osteoporose?

Hvis Vit K- mangel fører til osteoporose, ville man forvente at osteoporose og brudd forekom hyppigere hos pasienter som får blodfortynnende behandling. Store studier har sett på dette, men resultatene er på ingen måte entydige. Man har også sett på om lavt inntak av Vit K øker risiko for osteoporose, men heller ikke her er det med sikkerhet påvist en sammenheng. For å komme

nærmere et svar, vil neste trinn da være å gi tilskudd av Vit K for å se om dette vil forandre stoffskiftet i benvevet og bedre benmassen, og naturligvis til syvende og sist se om de som får tilskudd av Vit K, får færre brudd. Dessverre har man heller ikke her kommet frem til entydige resultater. Enkelte studier, særlig fra Japan, tyder på at det er en klar positiv effekt. Dette har ført til at Vit K er lansert som et kosttilskudd i et forsøk på å påvirke benvevet i gunstig retning.

## Hva viste den siste undersøkelsen?

Siden vi ikke har entydige resultater for å vurdere effekten av Vit K-tilskudd, var det stor interesse for en ny undersøkelse fra USA som nylig ble offentliggjort (Binkley N et al., J Bone Miner Res 2009;24:983). Nesten 400 kvinner som ikke hadde osteoporose, ble tilfeldig valgt ut (randomisert) til å få Vit K eller placebo ("narremedisin") i ett år. Alle kvinnene hadde tegn til lett Vit K-mangel. Effekten av Vit K-tilskuddet ble vurdert ut fra forandringer i benmasse samt benstoffskiftet. Tilskuddet førte til at tegnene på Vit K-mangel nærmest ble borte allerede etter 1 måned. Men dette så ikke ut til å ha betydning for benvevet forøvrig, fordi benstoffskiftet og benmasse forandret seg ikke i positiv retning sammenlignet med de som fikk placebo.

Til en slik undersøkelse kan man alltid stille kritiske spørsmål. Var behandlingstiden på ett år lenge nok? Var den daglige dosen Vit K stor nok til å gi en effekt som kunne måles? Man kunne ikke vurdere om Vit K reduserte forekomst av brudd fordi

det ikke var nok kvinner i studien til å påvise dette.

## Forskjell på Vit K1 og Vit K2?

Enkelte har ment at Vit K2 er mer effektiv enn Vit K1. I denne studien ga man halvparten av kvinnene Vit K1 og den andre halvpart Vit K2. Tegnene på Vit K-mangel ble borte hos deltagerne i begge grupper. Det var ingen målbar forskjell i effekten på benmasse og benstoffskifte mellom de som fikk Vit K1 og de som fikk Vit K2.

## Hva blir konklusjonen?

Heller ikke denne gangen kunne man påvise noen effekt av Vit K på benmasse eller stoffskifte. Hvis man håper på at Vit K-tilskudd vil redusere forekomst av brudd, ville det vært svært sannsynlig at noen av disse faktorene var blitt påvirket i gunstig retning. Det så heller ikke ut til at det har noen hensikt å bruke Vit K2 fremfor Vit K1. Vi må vel derfor dessverre konkludere med at denne studien ikke har understøttet oppfatningen om at tilførsel av Vit K kan benyttes for å forebygge eller behandle osteoporose.



SPØRSMÅL TIL SYKEPLEIER

## SYNØVE S. SØRLIE

NORSK OSTEOPOROSEFORENING'S INFORMASJONSSENTER  
OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS, AKER

**Jeg har osteoporose, og min lege har foreslått at jeg begynner å ta en tablett Alendronat i uken. Ut fra den informasjonen jeg har fått fra NOF, skjønner jeg at disse tablettene kan gi bivirkninger fra magen. Dessverre er jeg plaget med mye sure oppstøt og halsbrann og er derfor redd for at disse plagene skal øke på hvis jeg begynner med tabletter. Hva bør jeg gjøre?**

Dessverre vil ca. 10 % av dem som starter med Alendronat-tabletter eller andre tabletter som inneholder lignende stoffer (såkalte bisfosfonater), oppleve større eller mindre ubehag fra magen pga. en lokalirriterende effekt. Heldigvis er plagene for de fleste så lette at det ikke fører til at de må slutte med medisinen. For dem som før oppstart av behandling har plager som du beskriver, er det dessverre en betydelig risiko for at plagene vil øke. Jeg forstår godt at du kvier det for å starte behandling med tabletter. Heldigvis har vi i dag muligheten til å gi deg medisinen direkte inn i blodbanen gjennom såkalt intravenøs tilførsel. Derved kommer det ikke noe medikament ned i spiserør eller magesekk, og man får ingen lokalirriterende virkning. De medisinene som kan gis på denne måten, er Bonviva, som gis hver 3. måned, og Aclasta, som gis én gang i

året. I og med at du har en magelidelse som med stor sannsynlighet vil gi deg problemer ved bruk av tabletter, har du rett til å få Bonviva eller Aclasta på blå resept uten at du må teste din reaksjon på tablettene først.

**Jeg har en sykdom som gjør at magesekken min ikke danner saltsyre. Nå har jeg hørt at de som mangler saltsyre, ikke kan nyttiggjøre seg kalsiumtabletter. Hvordan skal jeg forholde meg til det?**

I de aller fleste kalsiumtabletter finnes kalsium som saltet kalsiumkarbonat ( $\text{CaCO}_3$ ). Hvis man mangler magesyre, vil ikke kalsiumet tas opp dersom tablettene tas på fastende mage. Tar man derimot tablettene sammen med mat, vil kalsiumet tas opp på normal måte. Altså: Pasienter som mangler magesyre, må ta kalsiumtabletter sammen med mat.

**Jeg fikk påvist osteoporose ved benmassemåling for to år siden. Jeg startet behandling, og nå har jeg vært til ny måling og har fått beskjed om at jeg ikke lenger har osteoporose. Kan man bli frisk av osteoporose?**

Spørsmålet ditt er nok vanskeligere å besvare enn man skulle tro, men vi skal forsøke å svare så enkelt som mulig.

Vanligvis påviser man osteoporose gjennom en måling av benmassen ved hjelp av et DXA-apparat. Dersom benmassen er lavere enn en viss verdi (vi kaller det «en T-score mindre enn  $-2,5$ »), sier man at pasienten har osteoporose. Starter man en effektiv behandling, kan måleresultatet etter en tid bedre seg. Hvis man for eksempel i utgangspunktet har en verdi på  $-2,7$  og etter to års behandling måles til  $-2,3$ , har man jo gått fra en måleverdi for «osteoporose» til en verdi for «ikke-osteoporose». Tilstanden er altså ikke «blitt borte», men pasienten ligger nå over grensen for det som defineres som osteoporose. Men er pasienten blitt «frisk»? For å belyse det kan vi sammenligne med en annen sykdom, nemlig for høyt blodtrykk. Hvis man har et for høyt blodtrykk og får effektiv behandling, vil blodtrykket bli normalt. Men på tross av at behandlingen har gjort blodtrykket normalt, vil man ikke erklære pasienten for frisk og stoppe behandlingen. På samme måte kan man si at behandlingen for osteoporose bedrer benmassen, men man vil fortsatt si at pasienten har osteoporose. Om pasienten da trenger å fortsette den medisinske behandlingen, må vurderes i det enkelte tilfellet. I alle tilfeller må pasienten fortsatt kontrolleres.