



Osteoporos ökar risken för frakturer

Uppdaterad 14.4.2021

Osteoporos är en sjukdom i skelettet där benvävnadens täthet och kvalitet är försämrade så mycket att risken för frakturer (benbrott) ökar. De viktigaste i förebyggande syfte är tillräckligt intag av kalcium och D-vitamin, korrekta mat- och motionsvanor, rökfrihet och förebyggande av fallolyckor. Målet är att inte råka ut för ens den första frakturen.

Skillnaden mellan osteoporos och osteopeni

Sprödhet i skelettet som är rikligare än normalt kallas osteoporos. Benbyggnadens styrka är då nedsatt, benens struktur är försämrad och risken för frakturer är ökad.

Ett förstadium till osteoporos kallas osteopeni, där benbyggnadens styrka är något nedsatt (källa [Luustoliitto: Mitä osteoporooosi on?](#)).

Normal bentäthet betyder inte att personen inte kan få en fraktur, men risken ökar alltid när bentätheten minskar.

Skelett i ljuset av siffror

Mänskans benvävnad förnyas under hela livet. Mängden benvävnad ökar fram till 20–30 års ålder och förblir ganska oförändrad fram till 40. Därefter minskar mängden ben.

Kvinnor förlorar cirka 50 procent av sin spongiösa benvävnad (den porösa innersta delen av benet, särskilt i ryggkotorna) under sin livstid och cirka 30 procent av sitt rörben

(de rörformiga långa benen), för män är motsvarande siffror 30 och 20 procent.

Hos äldre personer, som i allmänhet har låg bentäthet, är fallolyckor den största orsaken till frakturer. Minskad bentäthet (osteopeni eller osteoporos) uppskattas förekomma hos ungefär 44 procent av personer över 65 år.

Varje år förekommer uppskattningsvis 30 000–40 000 frakturer i Finland där en delorsak är benskörhet.

Symtom

Det första symtomet på osteoporos är i allmänhet en smärtsam fraktur.

Frakturer på ryggkotor är däremot inte alls alltid smärtsamma, utan de kan upptäckas av en tillfällighet eller när kroppslängden minskar. Det är viktigt att vara uppmärksam på detta.

Riskfaktorer

Osteoporos kan orsakas av åldrande (primär osteoporos), kan ha okänd orsak (idiopatisk osteoporos) eller kan orsakas av en sjukdom eller medicinering (sekundär osteoporos).

Ålder är en klar riskfaktor för frakturer och risken fördubblas vart tionde år från 50 års ålder.

Om en person redan har haft en fraktur i samband med osteoporos (osteoporotisk fraktur) är risken för en ny fraktur 2–4 gånger större än för andra.

Könet inverkar också, men även om osteoporos är vanligare hos kvinnor förekommer sjukdomen också hos män och i alla åldersgrupper.



FRAX vid bedömning av risk för frakturer

För att bedöma risken för frakturer kan beräkningsverktyget [FRAX](#) användas, vid sidan av mätning av bentäthet och klinisk utvärdering av medicinsk personal. Verktyget kan hitta de personer som har en stor risk för frakturer.

Mätning av bentäthet och andra undersökningar

För diagnos av osteoporos behövs mätning av bentätheten. Mätningen bör göras om

- personen redan tidigare har haft så kallade lågenergetiska frakturer (vid fall på samma nivå eller från låg höjd)
- personen har sjukdomar eller andra faktorer som ökar risken för osteoporos
- det på grundval av en röntgenbild finns anledning att misstänka osteoporos
- personens längd har förkortats med minst 4 cm eller det finns en bakåtriktad krökning i bröstryggen (bröstkyfos)
- barn har haft återkommande frakturer.

Bentätheten mäts vid ländryggen eller övre lårbenet med så kallad röntgenabsorptionsmätning (DXA).

Möjligheten av sekundär osteoporos bör alltid utredas. Ytterligare undersökningar görs om osteoporosen misstänks bero på en annan sjukdom eller ett tillstånd som pre-disponerar för osteoporos.

Förebyggande av osteoporos och läkemedelsfri egenvård

- Se till att du får tillräckligt med kalcium och D-vitamin
- Motionera tillräckligt
- Ät mångsidigt
- Sluta röka
- Förhindra fallolyckor

Kalcium

Kalcium är skelettets viktigaste byggmaterial. För oss finländare är mejeriprodukter den främsta kalciumkällan.

Om kalciumintaget är lågt bör det kompletteras med ett kalciumpreparat. Du kan enkelt beräkna ditt kalciumintag med en [kalciumräknare](#) (på finska).

Det sammanlagda kalciumintaget för en osteoporospatient bör vara 1 000–1 500 mg/dag.

D-vitamin

D-vitamin bör doseras utgående från ett blodprov. Den allmänt accepterade gränsen för tillräcklig D-vitaminnivå är över 50 nmol/l. För osteoporospatienter är den rekommenderade nivån 75–120 nmol/l.

För vuxna rekommenderas D-vitamin 10 µg/dag och för personer över 75 år 10–20 µg/dag året runt (sammanräknat både det som finns i kosten och det som tas som komplement). För att D-vitamin ska upptas så bra som möjligt bör det tas tillsammans med huvudmåltiden. Vitamin D₃ absorberas bättre än vitamin D₂.

Motion

Också lite motion är ett bättre alternativ än ingen alls. En fysioterapeut kan hjälpa osteoporospatienten att planera och genomföra rätt motion.

För barn under skolåldern rekommenderas minst tre timmar och för barn i skolåldern och ungdomar minst en timme mångsidig motion: snabba lekar såsom bollspel, dans eller gymnastik och andra sporter där man springer och hoppar. Sådant kan kallas skelettstärkande motion.

Vuxna bör utöva uthållighetsträning i minst 2,5 timmar och muskelstyrketräning minst



två dagar i veckan. Sporter som rekommenderas för skelettet är till exempel racket- och bollspel, dans, snabb promenad, löpning och gymträning. Många dagliga aktiviteter – snöskottning, bära bördor och gå uppför trappor – upprätthåller uthålligheten och muskelstyrkan.

Rökfrihet

Rökare har lägre bentäthet än icke-rökare och inverkan märks redan under uppväxten. Rökning kan också försämra den skyddande verkan som kalcium har på benvävnaden.

Prevention av fallolyckor

De flesta höftfrakturerna sker vid fallolyckor. Risken för fallolyckor ökar om muskelkraften och rörligheten i benen samt synförmågan och balansen är dåliga.

Hos äldre personer inverkar D-vitamin positivt också på balansen och förebygger därför fallolyckor.

För personer i anstaltsvård, som har stor risk för höftfraktur, kan också höftskydd vara till nytta.

Läkemedelsbehandling av osteoporos

Läkemedelsbehandling riktar sig till högriskpatienter och äldre, som får frakturer många gånger oftare än andra.

Behovet av läkemedelsbehandling och hur länge den fortsätts är individuellt och bestäms av patientens risk för frakturer.

Läkemedel övervägs om patienten

- har haft en lågenergetisk kot- eller höftfraktur
- har haft en annan lågenergetisk fraktur, exempelvis en handleds- eller överarmsfraktur
- har osteoporos eller osteopeni som konstaterats vid mätning av bentätheten,

eller har rikligt med riskfaktorer för fraktur enligt beräkningsverktyget FRAX

- får kortisonbehandling (glukokortikoid)
- har hög risk för frakturer och medicinering anses vara befogad baserat på FRAX, också om bentäthetsmätning inte kan utföras.

Vanligen är det motiverat att fortsätta läkemedelsbehandlingen i åtminstone 3–5 år, varefter behovet bedöms på nytt.

Egentliga osteoporosläkemedel

Till de egentliga osteoporosläkemedlen hör bland andra bisfosfonaterna, teriparatid, denosumab och romosozumab.

Förstahandsläkemedlet är en **bisfosfonat** som tas oralt (via munnen), till dessa hör alendronat, risedronat och ibandronat. De är effektiva, det finns långvarig erfarenhet av dem och de är inte dyra. Bisfosfonater blir kvar i benbyggnaden under lång tid och frigörs långsamt från den. Ett avbrott i medicineringen på 1–2 år är möjligt. Om risken för frakturer fortfarande är hög efter 3–5 års behandling med bisfosfonat, bör behandlingen fortsättas och eventuellt effektiveras. I specialfall kan behandlingen fortsätta i tio år. Bisfosfonaterna utsöndras via njurarna, så de lämpar sig inte för patienter med svår njursvikt. Om ett oralt läkemedel inte är lämpligt övervägs andra läkemedelsalternativ, såsom det intravenösa bisfosfonatet **zoledronsyra**.

Teriparatid används inom den specialiserade vården. Medlet ges som en injektion en gång om dagen. Användningstiden är begränsad till 24 månader. Hos barn ska teriparatid inte användas förrän tillväxten har upphört.

Denosumab ges som injektion var sjätte månad. Det finns ingen tidsbegränsning för denosumab och inga pauser rekommenderas under behandlingen. Denosumab anrikas inte



i benvävnaden utan verkan pågår så länge läkemedlet finns i blodomloppet.

Hormonbehandlingar

Hos kvinnor i åldrarna 50–60 år kan östrogen eller tibonolol användas som hormonbehandling för att förebygga och behandla osteoporos, när det också finns en annan indikation för behandlingen. Behandlingen är förmånlig och effektiv. De bästa resultaten uppnås när östrogenbehandling påbörjas i klimakteriet.

Hormonbehandling förbättrar bentätheten och förhindrar alla slags frakturer. Den skyddar benvävnaden så länge behandlingen pågår, men skyddet kan försvinna snabbt när läkemedlet inte mera används.

Testosteron kan användas hos män om testosteronbrist har påvisats.

Biverkningar av läkemedlen

De vanligaste biverkningarna av bisfosfonater är magbesvär (smärta, förstoppning, diarré, gasbesvär) samt skelett-, led- eller muskelsmärta.

Sällsynta allvarliga biverkningar av bisfosfonater är atypiska frakturer på lårbenet och osteonekros (benvävnadsdöd) i käkbenet. Därför måste den orala hälsan (tänder, tandkött, tandköttfickor och så vidare) kontrolleras och åtgärdas när man överväger medicinering. Samma allvarliga biverkningar kan förekomma också vid behandling med denosumab.

I samband med infusion av zoledronat kan det förekomma förkylningsliknande symtom som kan lindras med paracetamol eller ibuprofen.

Patienterna bör kontakta sin vårdgivare vid all slags smärta i låret, höften eller lederna under bisfosfonatbehandlingen.

Patienter som rapporterar symtom bör undersökas för eventuell ofullständig lårbensfraktur.

Östrogenbehandling kan öka risken för bröst- och livmodercancer, så fördelarna och riskerna med behandlingen måste vägas noggrant.

Också män, barn och ungdomar kan drabbas av osteoporos

Benskörhet är inte ovanligt heller hos män, och när befolkningen åldras är osteoporos också hos män ett tilltagande problem. Grundprinciperna för förebyggande och behandling av osteoporos är samma både för kvinnor och för män: tillräckligt intag av kalcium och D-vitamin, lämplig motion, mångsidig kost och rökfrihet.

Läkemedel som används för behandling av osteoporos hos män är alendronat, risedronat, zoledronsyra, denosumab och teriparatid.

Hos barn kräver diagnosen osteoporos förutom mätning av bentätheten också att det har förekommit frakturer. Identifiering och läkemedelsbehandling av osteoporos hos barn hör till den specialiserade vården, men förebyggande av osteoporos och grundläggande utredning av benägenhet för frakturer görs inom primärvården. Som läkemedelsbehandling används i huvudsak bisfosfonater.

Långvarig kortisonbehandling och osteoporos

Långvarig kortisonbehandling är förknippad med en signifikant minskning av bentätheten och ökad risk för frakturer. Risken ökar snabbast under de första 3–6 månaderna av behandlingen. Detta bör alltid beaktas om



patienten får kortisonbehandling (prednisolon mer än 2,5 mg/dag) i minst 3 månader.

Bräcklighet och osteoporos hos äldre

Osteoporospatienter är vanligen äldre personer. Vissa äldre patienter har också gerasteni (skörhet och bräcklighet); deras funktionsförmåga är försämrade, de har flera sjukdomar och använder många mediciner. De är också ofta undernärda och minskar i vikt, är långsamma och utmattade och har svaga muskler. Dessa patienter har stor risk att falla och få frakturer.

Att säkerställa adekvat intag av kalcium, D-vitamin och protein och stoppa viktminskningen är nyckeln till att behandla patienter med gerasteni. Samtidigt bör man sörja för motion och fysisk träning som stärker musklerna samt förhindra fallolyckor.

Diabetes och osteoporos

Både typ 1 och typ 2-diabetes är förknippade med ökad frakturnrisk och sämre prognos för återhämtning efter en fraktur.

Bra behandling av diabetes är viktigt med tanke på osteoporos. Osteoporos hos diabetiker behandlas på samma sätt som i andra grupper.

Behandling av frakturer

Akut smärta efter en fraktur kan vid behov lindras med 2–3 dagars vila, men långvarig inaktivitet kan förvärra osteoporosen.

Som hjälpmedel för att patienten ska kunna röra sig kan stödordningar för ryggen, stödkorsetter och stödvästar användas, likaså andra hjälpmedel som till exempel rollatorer.

Muskelspänningar kan lindras med värmebehandling och lätt massage.

Smärtstillande medel är vanligtvis nödvändiga. Starka smärtstillande medel kan behövas i början, men de bör inte användas långvarigt.

Primärvårdens ansvar är i nyckelställning vid diagnos av osteoporos

När en patient kommer in för behandling av en fraktur bör man överväga möjligheten av osteoporos. Om det misstänks bör det utredas närmare.

Primärvården ansvarar för prevention, diagnos och behandling av osteoporos.

Den specialiserade vården behövs om osteoporosen är särskilt svår, om den förekommer hos ett barn som växer eller hos en ung kvinna i fertil ålder, eller om den misstänks vara associerad med en underliggande sjukdom.

Uppföljning av behandlingen

En behandlingsplan uppgörs för osteoporospatienten i samråd med patienten.

Om möjligt baseras uppföljningen på mätningar av mineraltätheten i ländryggen eller lårbenet. För att kontrollera hur effektiv läkemedelsbehandlingen är görs mätningarna med 2–3 års intervall.

Om osteopeni redan har upptäckts vid täthetsmätningen men man har beslutat att behandla den enbart med egenvård utan läkemedel, bör täthetsmätningen upprepas efter 2–5 år. Efter avslutad bisfosfatbehandling görs mätningen på nytt om 1–2 år.



Om läkemedelsbehandlingen har inletts utan täthetsmätning på grund av en kotfraktur och täthetsmätningen inte kan göras, följer man upp eventuella nya kotfrakturer med röntgenundersökningar.

I Finland och på annat håll har man goda erfarenheter av osteoporos- och fraktur-skötare.

Mera information om ämnet

[Osteoporosförbundet i Finland rf](#) är en riksomfattande folkhälso- och patientorganisation. På förbundets webbplats finns information om till exempel osteoporos och kamratstöd. På webbplatsen hittar du också ett [skeletttest](#) (på finska), som hjälper dig att bedöma din risk för osteoporos och hur din livsstil inverkar på din skeletthälsa, samt en [egenvårdsväg](#) (på finska) som erbjuder information och stöd för personer med osteoporos. Osteoporosförbundet erbjuder också andra tjänster och kurser för egenvård.

Terveyskirjasto (på finska):

- [Osteoporos \(benskörhet\)](#)
- [Osteoporos och kost](#)
- [Starka ben – motionsanvisningar](#)

UKK-institutet (på finska):

- [Osteoporos och fallolyckor kan förhindras med motion](#)
- [Rekommendationer om skelettstärkande motion för olika grupper](#)
- [Motionsrekommendationer](#)

De organisationer som omnämns i patientversionen ger mera information i ämnet. Finska Läkarföreningen Duodecims redaktion för God medicinsk praxis svarar inte för kvaliteten eller tillförlitligheten på uppgifter som andra organisationer har gett.

Författare

Patentversionen är uppdaterad utifrån Finska Läkarföreningen Duodecims rekommendation [God medicinsk praxis](#) av ansvariga redaktören för patientversionerna **Kirsi Tarnanen**. Texten har kommenterats av **Osteoporosförbundet i Finland rf**.

Texten har granskats av ordföranden för God medicinsk praxis-arbetsgruppen, docent, specialistläkaren **Leo Niskanen** från Päijät-Häme centralsjukhus och redaktören för God medicinsk praxis **Ville Mattila** från TAYS och Tekonivelsairaala Coxa.

Översättningen till svenska är bekostad av **Finska Läkaresällskapet**.