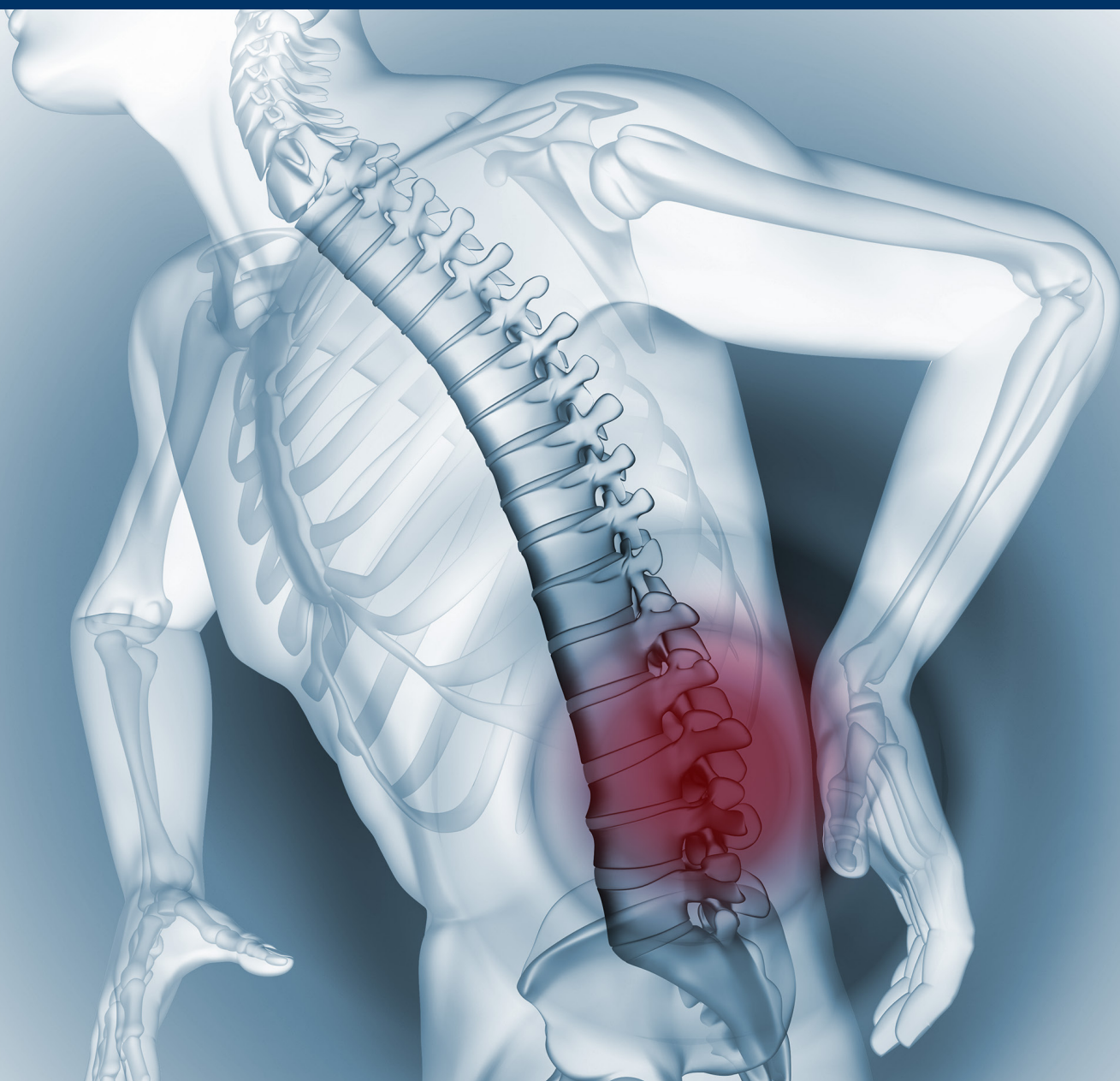


# RYGGBRUDD

VED OSTEOPOROSE





## RYGGBRUDD VED OSTEOPOROSE

Osteoporose er en sykdom som fører til at skjelettet blir svakt og skjørt – noe som igjen kan føre til brudd (kjent som benskjørhetsbrudd). Ryggbrudd på grunn av osteoporose er en viktig årsak til smerte og nedsatt funksjon, i tillegg til at det øker risiko **for nye benskjørhetsbrudd**. Likevel blir disse bruddene ofte ikke diagnostisert, og den underliggende årsaken (osteoporose) aldri avdekket. Mange med osteoporose og brudd får ikke effektiv behandling som kan forebygge nye brudd.

### Det vanligste osteoporosebruddet



Hos **kaukasiere**: ca. **50 % av kvinnene & 20 % av mennene** i alderen 50+ år vil få et **benskjørhetsbrudd** i deres gjenværende levetid.<sup>6</sup>



Ryggbrudd er den **vanligste osteoporoserelaterte bruddtypen**.<sup>1-4</sup>



Et **nytt ryggbrudd** anslås å forekomme **hvert 22. sekund** på verdensbasis.<sup>5</sup>



Forekomsten av **ryggbrudd** hos både menn og kvinner i alderen 50+ øker med alderen; **flere kvinner rammes** enn menn.<sup>7</sup>

### UNDERDIAGNOSERT OG UNDERBEHANDLET

- **Opptil 70 % av alle ryggbrudd forblir udiagnostiserte.**<sup>9,10</sup>
- Årsakene til at ryggbrudd er underdiagnostisert er mange. En av grunnene er at **rygg smerter ofte tilskrives andre tilstander enn brudd**, både av pasienter og leger. Ofte blir ikke pasienten henvist til røntgenundersøkelse av ryggen til tross for osteoporose og rygg smerter.<sup>10</sup>
- Selv om ryggbrudd er synlig på et røntgenbilde, er det ikke alltid at det blir rapportert i røntgenbeskrivelsen. **Andelen ryggbrudd som ikke blir beskrevet på røntgen, rapporteres å være så høy som:**

**46%** I LATIN-AMERIKA

**45%** I NORD-AMERIKA

**29%** I EUROPA, SØR-AFRIKA OG AUSTRALIA

# BETYDELIG PÅVIRKNING AV LIVSKVALITET



Ryggbrudd er assosiert med en **åtte ganger økt mortalitetsrate**.<sup>11, 12, 13</sup>



De kan ha **betydelig innvirkning på helse og livskvalitet**, som igjen vil kunne påvirke evnen til å utføre rutinemessige daglige aktiviteter og til å klare seg uten hjelp.<sup>14</sup>



Konsekvenser kan være: **endret fasing på ryggen og høydetap**; betydelig og invalidiserende **ryggsmerte**; **immobilitet**; **økt hjelpebehov**; **nedstemthet**; økt antall **liggedøgn**; **pustevansker**; halsbrann og andre **symptomer fra mage og tarm**, og **inkontinens**.<sup>15,16</sup>

## Som et resultat:

De psykososiale ringvirkningene er betydelige, noe som ofte kan føre til depresjon, tap av selvfølelse, økt redsel for å falle og sosial isolasjon.<sup>17,18,19</sup>

## STORE OG ØKENDE ØKONOMISKE KOSTNADER

De direkte kostnadene som følge av ryggbrudd er blitt estimert til:

### EUROPA

 **2005** <sup>20, 21</sup>  
**719 millioner €**  
(Euro)

### USA

 **2005** <sup>20, 21</sup>  
**1 milliard \$**  
(US Dollar)

Kostnaden for alle osteoporosebrudd er forventet å stige markant i løpet av de neste tiårene<sup>24</sup>:

### USA

 **2020** <sup>24</sup>  
**11 milliarder \$**  
(US Dollar)

### USA

 **2025** <sup>24</sup>  
**25 milliarder \$**  
(US Dollar)

➤ **Den tredjedel av ryggbruddene som blir diagnostisert** står for like mange liggedøgn på sykehus som andre vanlige medisinske tilstander.<sup>22</sup>

➤ En britisk studie fant at hvert ryggvirvelbrudd utgjør 14 ekstra besøk hos fastlege i løpet av året etter bruddet.<sup>23</sup>

## RYGGBRUDD ØKER RISIKO FOR FREMTIDIGE BRUDD

### TIDLIG DIAGNOSE OG TIDLIG BEHANDLING AV OSTEOPOROSE ER VIKTIG!

➤ Tilstedeværelse av **et ryggbrudd** øker ikke bare risikoen for nye ryggbrudd, men det **øker også risikoen for ETHVERT brudd** – inkludert hoftebrudd.<sup>3, 8, 13, 25</sup>

**20 % AV KVINNER**

**SOM NYLIG HAR HATT ET RYGGBRUDD VIL FÅ ET NYTT RYGGBRUDD INNEN ET ÅR**

➔ Risikoen øker med antall og alvorlighetsgrad av ryggbrudd.<sup>25, 26</sup>

➤ **Medikamentell behandling mot osteoporose kan redusere risikoen for brudd innen 6-12 måneder med opp til 50-80 %.**<sup>27</sup>

➤ Det er også viktig å identifisere personer med ryggbrudd og som ikke har osteoporose, men lav bentetthet, ved bentetthetsmåling. Ved ryggbrudd og lav bentetthet anbefales også medikamentell behandling mot osteoporose.<sup>28</sup>

## REFERANSER

1. Kanis JA, Johnell O, Oden A, et al. Long-term risk of osteoporotic fracture in Malmö. *Osteoporosis Int.* 2000;11:669-74.
2. Samelson EL, Hannan MT, Zhang Y, et al. Incidence and risk factors for vertebral fracture in women and men: 25-year follow-up results from the population-based Framingham study. *J Bone Miner Res.* 2006;21:1207-14.
3. Black DM, Arden NK, Palermo L, et al. Prevalent vertebral deformities predict hip fractures and new vertebral deformities but not wrist fractures. Study of Osteoporotic Fractures Research Group. *J Bone Miner Res.* 1999;14:821-28.
4. Klotzbuecher CM, Ross PD, Landsman PB, et al. Patients with prior fractures have an increased risk of future fractures: a summary of the literature and statistical synthesis. *J Bone Miner Res.* 2000;15:721-39.
5. Johnell O and Kanis JA. An estimate of the worldwide prevalence and disability associated with osteoporotic fractures. *Osteoporosis Int* 2006; 17:1726.
6. Department of Health and Human Services. Bone health and osteoporosis: a report of the Surgeon-General, US Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General, Rockville (2004)
7. G. Ballane, J. A. Cauley, M. M. Luckey, G. El-Hajj Fuleihan. Worldwide prevalence and incidence of osteoporotic vertebral fractures *Osteoporosis International* May 2017, Volume 28, Issue 5, pp 1531–1542.
8. Lindsay R, Silverman SL, Cooper C, et al. Risk of new vertebral fracture in the year following a fracture. *JAMA* 2001; 285:320.
9. Cooper C, Atkinson EJ, O'Fallen WM, Melton LJ 3rd. Incidence of clinically diagnosed vertebral fractures: a population based study in Rochester, Minnesota. *J Bone Miner Res.* 1992; 7:221-7.
10. Delmas PD, van de Langerijt L, Watts NB, et al. Underdiagnosis of vertebral fractures is a worldwide problem: the IMPACT study. *J Bone Miner Res* 2005; 20:557.
11. Cauley JA, Thompson DE, Ensrud KC, et al. Risk of mortality following clinical fractures. *Osteoporosis Int.* 2000; 11:556-61.
12. Kado DM, Browner WS, Palermo L, Nevitt MC, Genant HK, Cummings SR. Vertebral fractures and mortality in older women: a prospective study. *Arch Intern Med.* 1999;159(11):1215-20.
13. Jalava T, Sarna S, Pylkkänen L, Mawer B, Kanis JA, Selby P, et al. Association between vertebral fracture and increased mortality in osteoporotic patients. *J Bone Miner Res.* 2003;18(7):1254-60.
14. Hall SE, Criddle RA, Comito TL, Prince RL. A case-control study of quality of life and functional impairment in women with long-standing vertebral osteoporotic fracture. *Osteoporosis Int* 1999; 9:508-515.
15. Lips P, Cooper C, Agnusdei D, et al. Quality of life in patients with vertebral fractures: validation of the Quality of Life Questionnaire of the European Foundation for Osteoporosis (QUALEFFO). Working Party for Quality of Life of the European Foundation for Osteoporosis. *Osteoporosis Int* 1999; 10:150.
16. Life with Osteoporosis the Untold Story. Camerton: National Osteoporosis Society 2014.
17. Gold DT (2001) The nonskeletal consequences of osteoporotic fractures. Psychologic and social outcomes. *Rheum Dis Clin North Am* 2001; 27:255.
18. Robbins J, Hirsch C, Whitmer R, et al. The association of bone mineral density and depression in an older population. *J Am Geriatr Soc* 49:732.
19. Lyles KW. Osteoporosis and depression: shedding more light upon a complex relationship. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49:827.
20. Burge R, Dawson-Hughes B, Solomon DH, et al. Incidence and economic burden of osteoporosis-related fractures in the United States, 2005-2025. *J Bone Miner Res.* 2007 Mar;22(3):465-75.
21. Kanis JA, Johnell O. Requirements for DXA for the management of osteoporosis in Europe. *Osteoporosis Int* 2005; 16:229
22. Cooper C, Atkinson EJ, O'Fallon W, Melton LJ. Incidence of clinically diagnosed vertebral fractures: a population-based study in Rochester, Minnesota: 1985–1989. *J Bone Miner Res* 1992;7:221–7.
23. Dolan P, Torgerson DJ. The cost of treating osteoporotic fractures in the United Kingdom female population. *Osteoporosis Int.* 1998; 8:611-17.
24. IOF Compendium of Osteoporosis (Edition 2017). International Osteoporosis Foundation <https://www.iofbonehealth.org/compendium-of-osteoporosis>
25. Melton LJ 3rd, Atkinson EJ, Cooper C, O'Fallon WM, Riggs BL. Vertebral fractures predict subsequent fractures. *Osteoporosis Int* 1999;10(3):214-21.
26. Johnell O, Oden A, Cauley J, Kanis JA. Acute and long-term increase in fracture risk after hospitalization for vertebral fracture. *Osteoporosis Int* 2001; 12:207-214
27. Clinical Guidance for the Effective Identification of Vertebral Fractures. National Osteoporosis Society (UK) November 2017. <https://nos.org.uk/media/100017/vertebral-fracture-guidelines.pdf>
28. Arboleya L, Diaz-Curiel M, Del Rio L, Blanch J, Diez-Perez A, Guanabens N, et al. Prevalence of vertebral fracture in postmenopausal women with lumbar osteopenia using MorphoXpress(R) (OSTEOXPRESS Study). *Aging Clin Exp Res.* 2010;22(5-6):419-26.

### International Osteoporosis Foundation

9 rue Juste-Olivier • CH-1260 Nyon • Sveits

T +41 22 994 01 00

[info@osteoporosis.foundation](mailto:info@osteoporosis.foundation) • [www.osteoporosis.foundation](http://www.osteoporosis.foundation)



WorldOsteoporosisDay  
October20