

PASS GODT PÅ SKJELETTET, KVINNER!

Faktaark



WorldOsteoporosisDay
October20

Hvorfor har kvinner etter overgangsalderen så høy risiko for osteoporose?

- Fra ca. 25 år og frem til overgangsalder er nedbrytning og oppbygning av skjelettet balansert og beinmassen nok så konstant. Østrogenbortfall etter overgangsalderen fører til større beintap enn beindannelse, og rask reduksjon av beinmassen.
- Beintap som følge av østrogenbortfall er størst etter kirurgisk fjerning av eggstokkene, eller ved bruk av aromatasehemmer ved brystkreftbehandling.

Byrden av osteoporose og brudd hos kvinner etter overgangsalderen

- Med unntak av lungekreft står osteoporosebrudd hos eldre for flere dødsfall og mer sykkelighet enn noen krefttype.
- På verdensbasis vil én av tre kvinner over 50 år få et brudd forårsaket av osteoporose.
- Hos kvinner over 45 år utgjør osteoporosebrudd flere dager på sykehus enn mange andre sykdommer, inkludert diabetes, hjerteinfarkt og brystkreft.

Hvordan kan osteoporose- og bruddrisiko reduseres hos kvinner?

- En kvinnes risiko for å utvikle osteoporose og osteoporosebrudd bestemmes av flere faktorer, hvorav noen kan endres (modifiserbare) mens andre ikke kan (ikke-modifiserbare).

MODIFISERBARE RISIKOFAKTORER

Trening

Se "Treningstips" for mer informasjon

- Trening kan opprettholde styrken i skjelettet, øke muskelmassen og gi bedre balanse og styrke. Dette er viktig for å forebygge fall og brudd.
- Personer med en stillesittende livsstil har større sannsynlighet for å få hoftebrudd enn de som er mer aktive.
- Øvelser for å forbedre holdningen og redusere krum rygg kan redusere risikoen for brudd i ryggen.
- Et treningsprogram for personer med osteoporose bør være rettet mot holdning, balanse, gange, koordinasjon og hofte- og kjernestabilisering fremfor kondisjonstrening.

Ernæring

Se 'Ernæringstips' for mer informasjon

Kalsium

- Kalsium er en viktig byggestein i skjelettet. Kalsium i skjelettet fungerer som et reservoar for å opprettholde kalsiumnivået i blodet, som er viktig for nerve- og muskelfunksjon.
- Kalsiumbehovet endres gjennom livet og er høyere i tenårene i perioden med rask vekst, samt hos personer over 50 år, ettersom kroppens evne til å absorbere kalsium avtar med alderen.

- Anbefalt daglig kalsiuminntak varierer fra land til land. Verdens helseorganisasjons anbefalinger for kvinner etter overgangsalder er 1300 mg daglig.
- Kosthold bør være den primære kilden til kalsium. For personer som ikke kan få nok gjennom kosten, kan kalsium (eller kalsium med vitamin D) kosttilskudd være gunstig. Kalsiumtilskudd trenger sjelden være over 500–600 mg per dag.

Vitamin D

- Vitamin D dannes først og fremst i huden ved soleksponering og spiller en viktig rolle i bein- og muskelutvikling, funksjon og bevaring.
- Vitamin D kan bidra til å redusere bruddrisiko ved å regulere kalsiumnivået i kroppen, og ved å forbedre muskelytelse og balanse – og derved redusere fallrisiko.
- IOF sin vitamin D-anbefaling er 800–1000 IE (40-50µg) daglig for fall- og bruddforebygging hos voksne i alderen 60 år og eldre.
- Lave nivåer av vitamin D i befolkningen er bekymringsverdig flere steder i verden.

Protein

- Kroppssammensetningen endres etter fylte 50 år, inkludert økning i fettmasse og reduksjon i muskelmasse.
- Studier viser at personer med høyt proteininntak mister 40 % mindre muskelmasse enn personer med lavt proteininntak.
- For at protein skal ha best effekt på beinmassen, må kalsiuminntaket også være tilstrekkelig.

Syre-base balanse i kostholdet

- Surt miljø kan ha negativ effekt på skjelettet. Dette skjer når inntaket av syreholdige matvarer (korn og protein), ikke balanseres av nok basiske frukt og grønnsaker.
- Et kosthold rikt på frukt og grønnsaker har vist seg å være assosiert med høyere beinmineraltetthet og mindre beintap.

Livsstilsfaktorer

- **RØYKING** nåværende og tidligere røykere har økt risiko for brudd sammenlignet med ikke-røykere. Det er også assosiert med flere risikofaktorer for osteoporose, inkludert tidlig overgangsalder og undervekt.
- **ALKOHOL** langvarig høyt alkoholinntak øker risikoen for fall og brudd.
- **OPPRETHOLD EN SUNN VEKT** personer med en kroppsmasseindeks (BMI) på 20 kg/m² har dobbelt så høy risiko for brudd som personer med en BMI på 25 kg/m².
- **TIDLIGERE BEINSKJØRHETSBRUDD** et tidligere brudd, uansett lokalisasjon, gir en dobling av risikoen for fremtidig brudd. Kvinner etter overgangsalder som har fått et beinskjørhetsbrudd bør søke råd fra lege om hvordan deres risiko for brudd kan reduseres.

IKKE-MODIFISERBARE RISIKOFAKTORER

- Arvelig disposisjon for osteoporose og brudd: arv har mye å si for hvor stor beinmasse man oppnår i ung voksen alder.
- Medisiner: pasienter som tar noen av følgende medisiner bør rådføre seg med lege om økt risiko for osteoporose: kortison; visse immundempende medisiner; levaksin; aromatasehemmere; visse antipsykotika, antiepileptika; litium; syrenøytraliserende; protonpumpehemmere.
- Kortisonbehandling er den vanligste årsaken til legemiddelutløst osteoporose, med raskt bentap i løpet av de første 6 månedene av behandlingen.
- Sykdommer med nedsatt næringsopptak.
- Leddgikt (Revmatoid artritt).
- Prematur overgangsalder (før 40 år) og tidlig overgangsalder (mellom 40–45 år).

Tiltak for en bruddfri fremtid

- Overgangsalderen er et tidspunkt i en kvinnes liv der skjeletthelse bør diskuteres med fastlege.
- Uansett risiko bør kvinner gjøre forebyggende tiltak.
- Leger bør bruke bruddrisikokalkulator som FRAX® for å finne de som har økt risiko for brudd i nær fremtid.
- Personer med høy risiko trenger medikamentell behandling. De vanligste medikamentene for behandling av osteoporose og bruddforebygging er bisfosfonater, denosumab, østrogen, raloksifen, teriparatid og romosozumab.
- Samlet sett har de vanlige osteoporosemedisinene vist seg å være trygge og effektive. Selv om det er viktig å være klar over mulige bivirkninger, bør pasienter og leger vite at risikoen for brudd ved å stoppe behandlingen er mye større enn risiko for sjeldne, alvorlige bivirkninger.
- Pasienter må følge anbefalt behandlingsplan: opptil halvparten av osteoporosepasienter stopper behandlingen etter bare ett år. Ved å følge behandlingen drar pasientene fordel av økning i beintetthet og reduserer risikoen for brudd.