

# Mät bentätheten oftare!

I artikeln i detta nummer om osteoporos hos äldre beskrivs den kliniska vardag vi närmar oss vad gäller diagnostisering och behandling av osteoporos. Här framhålls att bentäthetsmätare inte är allmänt tillgängliga och att alltför få patienter erbjuds bentäthetsmätning efter t ex en fraktur. Det faktum att så mycket fortfarande är ifrågasatt vad gäller värdet av bentäthetsmätning i kliniken och vilka tekniker man skall använda föranleder en kommentar.

Var står vi således idag angående värdet av bendensitometri i klinisk rutin?

## Liten historik

Tekniker för att mäta bentäthet har funnits i flera decennier. De har huvudsakligen baserats på olika röntgentekniker, där attenuering av röntgenenergi i skelettet har översatts till värde på bentäthet. Ett flertal olika tekniker att mäta egenskaper i skelettet har utvecklats. De idag mest använda är helkroppsdXA, där man kan mäta bentäthet i höft och kota, samt ultraljudsmätare av häl. Ett mycket stort antal epidemiologiska studier har klart visat ett samband mellan bentäthet och risk för fraktur. Generellt sett gäller att för varje standarddeviations sänkning av bentätheten dubblas risken för fraktur.

I början av 1990-talet började bentäthetsmätare få en så pass stor spridning att definitionen av osteoporos kunde baseras på mätvärden utifrån dessa tekniker. Således definierades tillståndet osteoporos som en benmassa under  $-2,5$  SD under bentäthetsvärdena för unga friska.

Under 1990-talet skedde därefter en farmakologisk revolution vad gäller osteoporosbehandling. Ett flertal mycket stora och välgjorda studier visade klart och tydligt att man med olika antiresorptiva farmaka kan halvera antalet frakturer i högriskgrupper. Dessa riskgrupper definieras såsom patienter med antingen prevalenta frakturer eller låg bentäthet. Utvecklingen har medfört att vi nu har farmaka som kan minska antalet frakturer i högriskgrupper, dvs grupper som till stor del kan definieras med hjälp av bentäthetsmätare.

Ytterligare ett användningsområde för bentäthetsmätning i kliniken är att monitorera osteoporospatienter, t ex patienter med riskfaktorer vars bentäthet varit normal och man därför har avstått från att behandla. Dessa patienter brukar kallas för en andra mätning och frakturprediktion efter två till tre år. En annan patientkategori är de som får antiresorptiv behandling, och hos vilka man som behandlande läkare vill följa terapiefekten.

## Lågprioriteras

Sammanfattningsvis används bentäthetsmätare för att ställa diagnosen osteoporos, för att predicera risk för fraktur, för att

## Serie: Den äldre patienten

Se även efterföljande medicinska kommentar samt artikel på sidan 3220 i detta nummer.

Tidigare artiklar i serien har publicerat i nr 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 18, 20, 21 och 23/01.

monitorera osteoporospatienter och, inte minst, för att identifiera högriskgrupper lämpade för benspecifik antiresorptiv behandling. Idag finns inga andra möjligheter att göra detta i kliniken. Tyvärr har tanken på screening hela tiden varit det som dominerat debatten. Lika övertygande som studier visat ett klart samband mellan risken för fraktur och låg bentäthet visar tillgängliga data att man med enbart bentäthetsmätningar i screeningsyfte inte klart kan identifiera blivande frakturpatienter. Med de gränsvärden som idag föreligger får man ett oacceptabelt stort antal falskt positiva mätningresultat. Detta har fått till följd att hela bentäthetsmätartekniken är omdiskuterad i kliniken. I flera landsting är detta en mycket lågprioriterad verksamhet, en i min mening mycket olycklig inställning.

Att kunna erbjuda bentäthetsmätning till högriskpatienter, dvs patienter med tidigare fraktur eller pågående kortisonbehandling, är för närvarande det klart mest kostnadseffektiva sättet att bedriva osteoporossjukvård. Det går, enligt min mening, inte att bedriva en effektiv osteoporossjukvård utan tillgång till bentäthetsmätare!

## Referenser

- Jonson R. Mass attenuation coefficients, quantities and units for use in bone mineral determinations. *Osteoporos Int* 1993;3:103-6.
- Kanis J, Melton J, Christiansen C, Johnston C, Khaltaev N. The diagnosis of osteoporosis. *J Bone Miner Res* 1994;9:1137-41.
- Marshall D, Johnell O, Wedel H. Meta-analysis of how well measures of bone mineral density predict occurrence of osteoporotic fractures. *BMJ* 1996;312:1254-9.
- Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU). mätning av bentäthet 1995. ISBN 91-87890-31-3.
- Genant HK, Engelke K, Fuerst T, Gluer CC, Grampp S, Harris ST, et al. Noninvasive assessment of bone mineral and structure: State of the art. *J Bone Miner Res* 1996;11:707-30.
- Bone Mineral Density Testing: Does the evidence support its selective use in well women? British Columbia Office of Health Technology Assessment Discussion Paper Series. December 1997:2T.
- Lindsay L, Meunier PJ, eds. Osteoporosis: Review of the evidence for prevention, diagnosis and treatment and cost-effectiveness analysis. *Osteoporosis International* 1998; 8 suppl 4:1-80.