

knogleskørhed almindeligt blandt mænd

Hver ottende mand vil med uændret indsats blive ramt af knogleskørhed, og op mod hver fjerde mand over 60 år vil få knoglebrud som følge af knogleskørhed. Knogleskørhed blandt mænd er altså - i modsætning til hvad mange tror - almindeligt forekommende.

Mænd er fra naturens side understøttet med stærkere knogler end kvinder, og deres risiko for knoglebrud er af samme grund omkring halvt så stor som kvindernes. Alligevel udsættes flere end 3.000 danske mænd hvert eneste år for sammenfald i ryggen, et tilsvarende antal brækker underarmen og endnu et tilsvarende antal brækker hoften på grund af knogleskørhed. I mange tilfælde skal man leve med konsekvenserne af et alvorligt brud resten af livet. Halvdelen af alle brud, der skyldes ubehandlet knogleskørhed, kan imidlertid undgås. Det er derfor vigtigt for den enkelte at sætte sig ind i, om man bør udredes for knogleskørhed med henblik på forebyggende behandling. Som situationen ser ud i dag, er der nemlig udbredt underbehandling af knogleskørhed. Både blandt mænd og kvinder.

Individuel vurdering

Spørgsmålet er, hvornår man som mand skal være opmærksom på, om man har knogleskørhed?

Kim Brixen er professor, overlæge, ph.d. ved Endokrinologisk Afdeling på Odense Universitetshospital og Syddansk Universitet, og ifølge ham er risikofaktorerne for at få knogleskørhed i store træk ens for mænd og kvinder, hvis man ser bort

fra overgangsalderen, men mænd får typisk knogleskørhed 10 år senere end kvinder.

”Kvindens knogletab accelererer i en årrække umiddelbart efter overgangsalderen. Dette fænomen ses ikke hos mænd. Det betyder, at spørgsmålet om knogleskørhed hos mænd i de fleste tilfælde først bliver aktuelt efter 60-70 årsalderen”.

”Hos den enkelte mand må man opveje fordelene ved at blive undersøgt og behandlet med ulemperne ved at tage medicin. Her er alder og det samlede antal risikofaktorer vigtige. Så må den enkelte i samråd med sin læge gøre op med sig selv, hvorvidt han synes, det er rimeligt at påbegynde en ofte mangeårig medicinering. Man kan fx beregne den konkrete risiko i forhold til den enkelte persons risikofaktorer og livsstil ved hjælp af programmet ”FRAX”, som man kan finde på internettet. Man skal jo huske på, at medicin ikke eliminerer risikoen for brud fuldstændigt - men nedsætter risikoen til omtrent det halve”, siger Kim Brixen.

Der er dog nogle risikofaktorer, som man i alle tilfælde skal reagere på umiddelbart og uden skelen til alder. Det gælder fx hvis man er i langvarig tabletbehandling med binyrebarkhormon fx mod gigtsygdomme, i antihormonbehandling (som fx Androcur) eller behandles med GnRH-agonister mod prostatakræft. Disse medikamenter påvirker knoglestyrken negativt. I disse tilfælde bør man ifølge Dansk Endokrinologisk Selskab tilbydes en

Hvert eneste år udsættes 3000 mænd for sammenfald i ryggen



DXA-skanning med henblik på udredning for knogleskørhed. En national vejledning for udredning af knogleskørhed hos mænd er således lige på trapperne.

Også visse brudtyper bør udløse udredning for knogleskørhed. ”Det gælder fx, hvis man har haft et hoftebrud”, fortæller Kim Brixen. ”På dette område er der klar evidens for, at det bør undersøges, om patienten har knogleskørhed. Det fremgår fx af en klaringsrapport udgivet af Sundhedsstyrelsen. Alligevel sker det langt fra i alle tilfælde.”

Går glip af gevinst

Ifølge Kim Brixen er der store omkostninger forbundet med den nuværende underbehandling af store dele af befolkningen. Såvel for den enkelte patient og for samfundet som helhed. Derfor efterlyser han udvikling af en kvalitetssikringsmodel på området, så man kan hjælpe alle, der har behov for forebyggende hjælp, bedst muligt.



“Der foreligger endnu ikke et forslag til en konkret samlet model for, hvordan vi når alle de patienter, der kan have glæde af at komme i behandling, men der er mange forsøg i gang på området. Fx kører vi i Region Syddanmark et studie, hvor halvdelen ca. 35.000 kvinder i alderen 65-80-årige tilbydes screening for knogleskørhed, mens den anden halvdel fungerer som kontrolgruppe. På baggrund af et spørgeskema tilbydes kvinder med stor risiko for knogleskørhed DXA-skanning i Kolding, Esbjerg, Odense eller Nyborg. Kvinder, der ved skanningen viser sig at have

“ Patienter og sundhedsprofessionelle opfatter knogleskørhed som en kvindesygdom

knogleskørhed, bliver efterfølgende tilbudt medicinsk behandling via deres praktiserende læge. Hvis forsøget efter nogle år viser, at det går den gruppe, som har gennemgået en screening bedre end kontrolgruppen, vil det indgå i overvejelserne, om man bør tilbyde visse befolkningsgrupper screening for knogleskørhed.”

Diagnosticeres sent

Underbehandling af knogleskørhed gælder begge køn, men da der er mindre opmærksomhed på knogleskørhed hos mænd end hos kvinder, stilles diagnosen hos

mænd ofte senere i forløbet end hos kvinder.

“Det skyldes nok både sundhedssystemets manglende fokus på mænd og knogleskørhed og mænds generelt mindre tendens til at efterspørge sundhedsydelse. Mange patienter og sundhedsprofessionelle opfatter knogleskørhed som en kvindesygdom og det er ikke befordrende for udredning af de mænd, der måske har behov for forebyggende behandling. Vi bør tænke over, hvordan vi indretter sundhedsydelserne, så de i højere grad også appellerer til mænd. Gør vi ikke det, vil den demografiske udvikling og det faktum, at vi bliver ældre, betyde, at vi fremover vil se langt flere mænd med osteoporotiske brud end i dag. Det scenarie bør vi søge at forhindre”, slutter Kim Brixen.