

Prædiktion af frakturrisiko

Bo Abrahamsen

De absolut vigtigste forhold som siger noget om risikoen for fraktur er alder, køn, BMD og tidligere fraktur. Overlappet mellem den information som rummes i kliniske risikofaktorer og BMD er overraskende beskedent og det er kun muligt at forudsige cirka 20% af en 50-årig kvindes BMD ud fra anamnestiske risikofaktorer (Vestergaard). Imidlertid er risikogradienten, altså den risiko for fraktur som en 1 SD reduktion i BMD udløser, betydeligt stejlere hos patienter med risikofaktorer. Betydningen af nedsat BMD er derfor langt alvorligere hos patienten med risikofaktorer og langt alvorligere hos ældre end hos unge.

I Study of Osteoporotic Fractures var risikoen for hoftebrud hos kvinder over 65 år med osteopeni plus en risikofaktor således nøjagtig lige så stor som hos en kvinde med osteoporose, som ikke har kliniske risikofaktorer (Taylor 2004). Hos kvinder med osteoporose er risikoen for hoftebrud fordoblet hvis der er risikofaktorer og tredoblet hvis der er 3 eller flere risikofaktorer. Følgende risikofaktorer havde signifikant indflydelse på frakturrisikoen uanset BMD: alder, tidligere brud, hoftebrud hos moder, type 2 diabetes, nedsat syn, maksimal legemshøjde, nulliparitet, ganghastighed og kognitiv funktion.

En samlet analyse af frakturforekomst hos 46 340 personer i 9 store kohorteundersøgelser (Kanis 2007) demonstrer at kliniske risikofaktorer udgør en meget svagere prædiktor end BMD, såvel af hoftebrud (med undtagelse af 90+ årige) som af osteoporotiske brud som helhed. Tilføjer man kliniske risikofaktorer til BMD fås en lille forbedring i prædiktionen af fraktur. Modsat alle andre osteoporotiske brud aftager den prædiktive værdi af risikofaktorer og BMD overfor hoftebrud med alderen, antagelig på grund af stigende hyppighed af fald uden stærk relation til de risikofaktorer som registreredes i kohorterne.