

Factsheet voor de Bedrijfsarts

van de multidisciplinaire richtlijn

'Osteoporose en fractuurpreventie'

De multidisciplinaire richtlijn Osteoporose en fractuurpreventie (3^e herziening) verscheen in 2011. De richtlijn werd ontwikkeld op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie. De NVAB participeerde in de werkgroep en werd vertegenwoordigd door bedrijfsarts M.G.C. (Marcel) Ligthart.

Definitie

Osteoporose is een chronische aandoening die wordt gekenmerkt door afgenomen botsterkte als gevolg van verminderde botdichtheid en verstoring van de botmatrix. Osteoporose is gedefinieerd door een met dual energy X-ray absorptiometry (DEXA) bepaalde botmineraaldichtheid van de wervelkolom en/of femur die 2,5 of meer standaardafwijkingen lager is dan de geschatte, normale piekbotmassa (maximaal in derde decade); een zgn. T-score $\leq -2,5$. Bij een T-score $> -2,5$ maar kleiner dan -1 spreekt men van osteopenie.

Klachten

Osteoporose kan asymptomatisch blijven totdat (micro)fracturen ontstaan. Door symptomatische osteoporose – vooral bij wervelfracturen – gaat de kwaliteit van leven dramatisch achteruit. Wervelfracturen ontstaan vaak tijdens routineactiviteiten, zoals buigen, zich oprichten of opstaan vanuit een stoel of bed. De klassieke symptomen van een wervelfractuur zijn bewegingsbeperking, hyperkyfose, afname van lichaamslengte, een verkorte rib-crista iliaca-afstand en hevige rugpijn die verbetert bij niet bewegen of rusten. De rugpijn verdwijnt doorgaans in 4 tot 8 weken tijd. Bij chronische diffuse rugpijn of door vervorming van de wervelkolom kunnen vermoeidheidsklachten en kortademigheid optreden met een verminderde functionele capaciteit of hypertonie van de rugspieren.

Epidemiologie

Osteoporose is een chronische aandoening die vooral voorkomt onder ouderen maar ook onder jongeren door andere chronische aandoeningen of als gevolg van bijwerkingen van medicatie tegen een andere aandoening bijv. anti-hormonale therapie tegen kanker.

De gemiddelde leeftijd van werkenden stijgt. Hoewel osteoporose meer voorkomt op hogere leeftijd, zijn de meeste mensen met osteopenie of osteoporose economisch actief.

In Nederland hebben jaarlijks meer dan 80.000 50-plussers een botbreuk die in minder dan 10% gevolgd door de aanbevolen botdichtheidsmeting en anti-osteoporosebehandeling zo nodig – terwijl juist in het eerste jaar na een wervelfractuur het risico op een volgende fractuur verhoogd is (drie tot vijfmaal voor een volgende wervelfractuur en ongeveer tweemaal voor een niet-wervelfractuur). Ook een niet-wervelfractuur optredend bij een post-menopauzale vrouw of man ouder dan 50 jaar geeft een verdubbeling van de (wervel)fractuurkansen.

Risicofactoren

Naast een hogere leeftijd, het vrouwelijk geslacht, laag lichaamsgewicht ($BMI \leq 19$ Kg/m²) en eerdere fracturen, zijn bekende risicofactoren: een heupfractuur bij vader of moeder, roken, glucocorticoïden-gebruik ($> 7,5$ mg/d), reumatoïde artritis, alcoholgebruik ≥ 3 eenheden per dag, secundaire osteoporose (aandoeningen geassocieerd met osteoporose zoals diabetes mellitus type 1, hyperthyreoïdie en chronische leverziekte) en een lage (heup)botdichtheid. Deze factoren worden gebruikt in de op Nederland toegesneden Fracture Risk Assessment Tool [zie via deze link <http://www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.aspx/tool.aspx?country=30>] waarmee het tienjaarsfractuurrisico bepaald kan worden. Het gebruik van de FRAX-score wordt niet standaard aanbevolen voor patiënten zonder wervelfractuur of met reeds bewezen osteoporose (T-score $< -2,5$) maar bij patiënten met een T-score passend bij osteopenie en één of meer risicofactoren, heeft de FRAX-tool mogelijk meerwaarde bij de risico-communicatie.

Vitamine D-tekort, nierinsufficiëntie of hyperparathyreoïdie zijn geassocieerd met osteopenie en osteoporose. Vitamine D-deficiëntie (< 20 nmol/l) en -insufficiëntie (< 50 nmol/l) hebben negatieve effecten op botkwaliteit, spierkracht en valrisico. Inname van vitamine D met calcium vermindert de kans op heupfracturen. Fractuurpatiënten hebben opvallend vaak vitamine D-tekort. De hoeveelheid vitamine D die in de huid wordt gevormd – in Nederland in de winter bijna niets – is afhankelijk van de blootstelling aan zonlicht, huidskleur en leeftijd. Voor osteoporosepatiënten past daarom in het leefstijladvies suppletie van vitamine D 800IE/d – en 500 of 1000mg calcium bij lage inname.

Osteoporose kan ontstaan door (langdurige) blootstelling aan zware metalen (zoals lood en cadmium) maar in Nederland zijn deze blootstellingen tegenwoordig waarschijnlijk zeldzaam.

De richtlijn beveelt aan om na de risico-communicatie met de patiënt, te starten met leefstijladviezen (stoppen met roken, alcoholgebruik beperken tot minder dan 3 eenheden per dag en voldoende bewegen) en vanzelfsprekend ook met de medische behandeling.

Diagnostiek

Per definitie wordt gesproken van osteoporose bij een DEXA T-score $\leq -2,5$. Het opsporen van hoog-risicopatiënten door case-finding of screening wordt niet aanbevolen.

In tegenstelling tot perifere fracturen zijn wervelfracturen vaak moeilijk vast te stellen. Er zijn diverse methoden om wervelfracturen op te sporen waaronder vertebral fracture assessment (VFA) waarbij m.b.v. – handmatig of door de computer gegenereerde –

markeringspunten het hoogteverlies van iedere wervel op 3 plaatsen wordt gemeten. VFA geeft – met 3 mSv – 200 keer minder stralingsbelasting dan conventionele röntgenfoto's (lumbale wervelkolom, lateraal). De richtlijn beveelt aan om wervelfracturen te diagnosticeren op basis van de zgn. Genant-score graad 2 (d.w.z. vanaf 25% hoogteverlies van wervellichaam aan de voorzijde, het midden of de achterzijde; resp. een deformiteit van het wig-, biconcave en crush-type).

Behandeling

De richtlijn beveelt aan 50-plussers met een klinische wervelfractuur medicamenteus te behandelen (vrouwen vanaf één fractuur, mannen vanaf twee fracturen). Dit geldt ook voor mensen met T-scores $\leq -2,5$ (voor mannen bij gebruik van vrouwelijke referentiegroep $\leq -2,8$).

De medische behandeling van hoog-risicopatiënten bestaat uit verschillende stappen; risicocommunicatie, leefstijladviezen (rond stoppen met roken, matig alcoholgebruik, voldoende lichaamsbeweging, optimalisatie van calcium- en vitamine-D-status, valpreventie), correctie van omkeerbare oorzaken van secundaire osteoporose en tot slot medicatie ter preventie van een eerste of een volgende fractuur.

De orale bifosfonaten alendronaat en risedronaat zijn middelen van eerste keuze – op basis van overwegingen als ervaring en kostprijs. Bij gastro-intestinale intolerantie kan overgegaan worden op het andere bifosfonaat of diverse andere middelen van tweede keus. Gebruik langer dan vijf jaar zonder herevaluatie wordt ontraden.

Beleid met betrekking tot arbeid

Het is aannemelijk dat duurbelasting – op of naast het werk – een gunstig effect heeft op botdichtheid en fractuurrisico. Er zijn aanwijzingen dat bij post-menopauzale vrouwen door het trainen van de rugspieren (extensoren), het risico op (nieuwe) wervelfracturen afneemt. Voor mensen jonger dan 65 jaar zijn de gevolgen van ingezakte of gebroken wervels doorgaans meer ingrijpend dan die van een gebroken heup. Een werknemer met osteoporose komt zelden in aanmerking voor een volledige arbeidsongeschiktheidsuitkering (IVA); een correcte vaststelling van de fysieke en mentale arbeidsbelastbaarheid is daarom van belang; bijv. t.a.v. reiken (met heffen van de armen), bukken, het wisselen van staan naar zitten of lopen, maar ook bewegings- of valangst kunnen een rol spelen bij osteoporotische fracturen.

De richtlijn bevat de aanbeveling om op het werk gevarieerde (bewegings)taken te doen en plotse, krachtige bewegingen in gebogen houding (bijv. tillen), te vermijden en het valrisico (bijv. a.g.v. het gebruik van verkeerde schoonmaakattributen) te evalueren en te verkleinen.

De multidisciplinaire richtlijn 'Osteoporose en fractuurpreventie' (2011) is te vinden [via deze link naar de website van Diligide](#).