
Ryggfrakturer og svangerskaps- og laktasjonsassosiert osteoporose

KORT KASUISTIKK

SHIMA RAFEY

shiraf@vestreviken.no

Avdeling for ortopedi og akuttmottak

Drammen sykehus

Vestre Viken

Shima Rafey er lege i spesialisering.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LARS M. HÜBSCHLE

Avdeling for ortopedi og akuttmottak

Drammen sykehus

Vestre Viken

Lars M. Hübschle er seksjonsoverlege.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ÅSHILD BJØRNEREM

Kvinneklinikken

Universitetssykehuset Nord-Norge

Institutt for klinisk medisin

UiT – Norges arktiske universitet

Åshild Bjørnerem er overlege og professor.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

TOVE T. BORGEN

Revmatologisk avdeling

Drammen sykehus

Vestre Viken

Institutt for klinisk medisin

Universitetet i Oslo

Tove T. Borgen er overlege og doktorgradsstipendiat.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt honorar fra Lilly i 2015.

Svangerskaps- og laktasjonsassosiert osteoporose er en sjelden tilstand. Vi beskriver en ung pasient som etter et lite løft pådro seg flere ryggfrakturer.

En kvinne i slutten av 20-årene fikk to uker etter fødsel av sitt første barn akutte ryggsmertener i forbindelse med et lite løft. Smertene var lokalisert mellom skulderbladene og i nedre del av torakalcolumna. Hun var ellers frisk, ikke-røykende, hadde et normalt kosthold og hadde trent tre ganger i uken frem til graviditeten. Hun hadde blitt gravid etter in vitro-fertilisering. Ved første svangerskapskontroll var hun 168 cm og 55 kg, ved fødsel var vekten 69 kg. Svangerskapet hadde forløpt normalt, med unntak av bekkenplager. Disse ble behandlet av fysioterapeut og kiropraktor. Fødselen var ukomplisert, og hun fullammet.

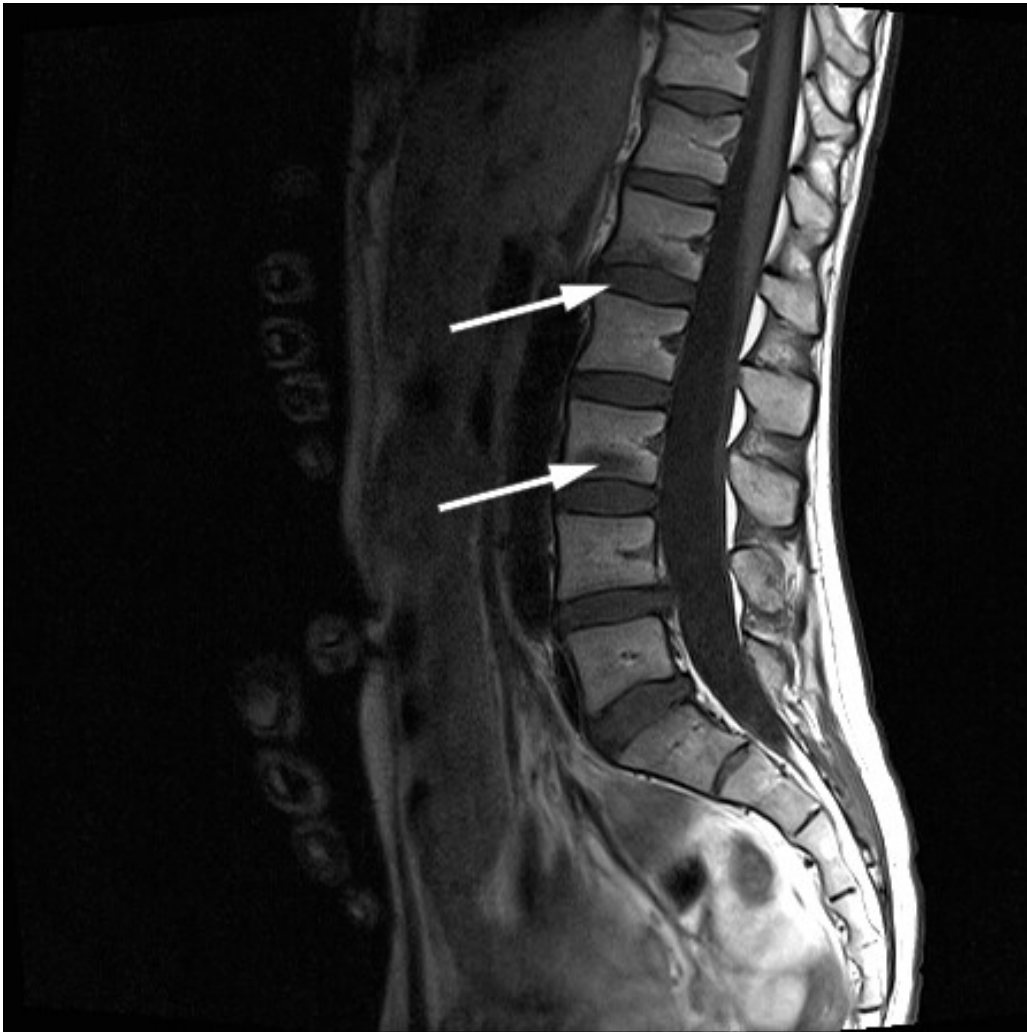
Da ryggsmertene hadde vart i tre måneder ble pasienten henvist til ortopedisk poliklinikk, der undersøkelse avdekket smerter ved palpasjon og bevegelse i torakalcolumna. MR viste frakturer og benmargsødem i øvre dekkplate i virvelcorpus T7, i nedre dekkplate i T9 (figur 1) samt i øvre og nedre dekkplate i L1 og L3 (figur 2).



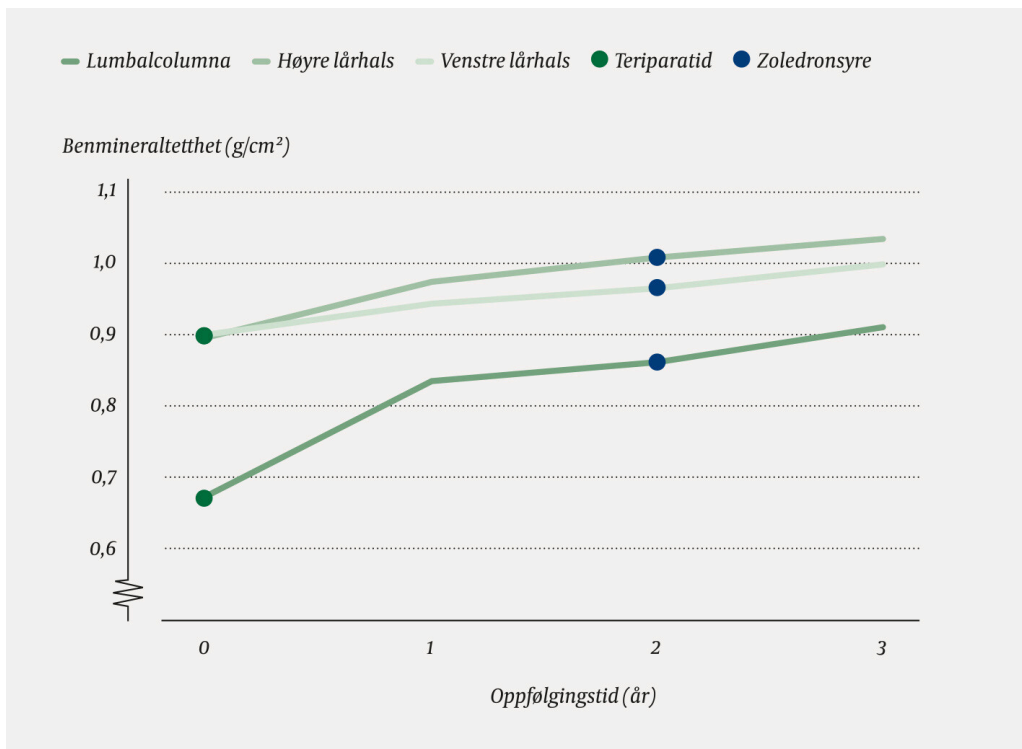
Figur 1 MR av torakalcolumna med sagittal T1-sekvens viser frakturer og benmargsødem i øvre dekkplate i virvelcorpus T7 og nedre dekkplate i T9.

Pasienten ble henvist til osteoporoseutredning ved revmatologisk seksjon. Hun hadde ikke osteoporose i familien eller tidligere frakturer. Under graviditeten hadde hun brukt kosttilskudd for gravide som inneholdt bl.a. kalsium og vitamin D. Hun ble anbefalt å avslutte ammingen for å unngå ytterligere bentap (1, 2). Blodprøver viste normal senkningsreaksjon og normale verdier av C-reaktivt protein, kreatinin, vitamin D, kalsium, parathyreoideahormon, fosfat, magnesium, natrium, kalium, thyreoideastimulerende hormon, tyroksin, alkalisk fosfatase, alaninaminotransferase, s-transglutaminase-antistoff og s-elektroforese.

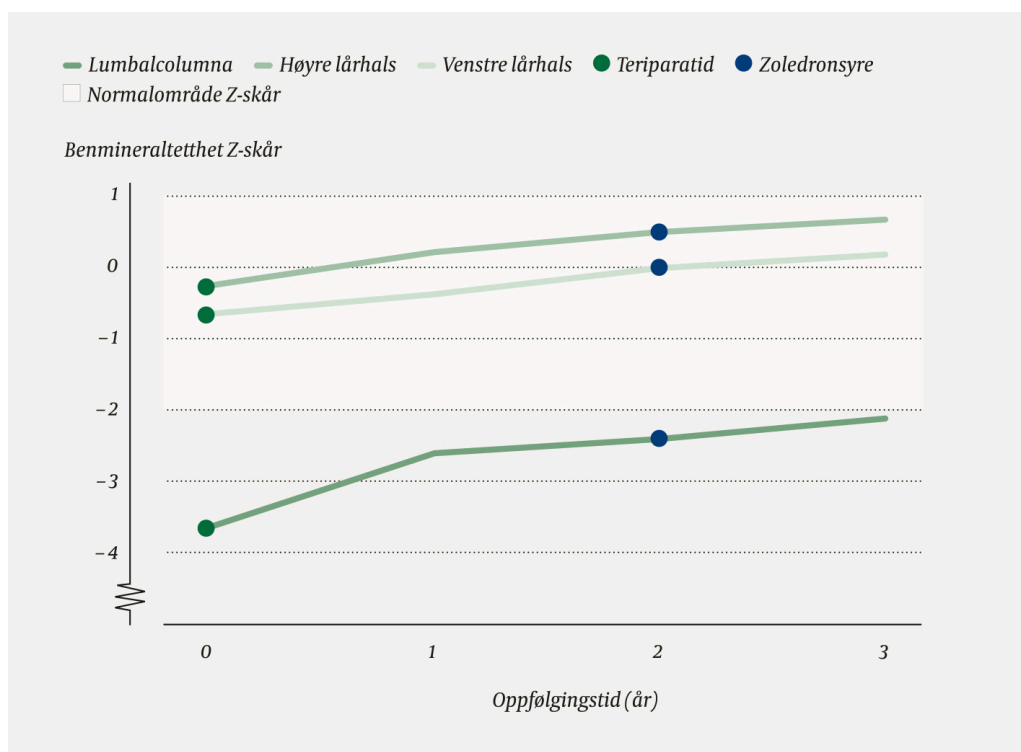
Benmineraltetthet i lumbalcolumna målt med røntgenbasert absorpsjonsmetri var lavere enn forventet for alder (figur 3, figur 4). Tilstanden ble tolket som svangerskaps- og laktasjonsassosiert osteoporose grunnet svært lav benmineraltetthet og flere ryggfrakturer.



Figur 2 MR av lumbalcolumna med sagittal T1-sekvens viser fraktur og benmargsødem i øvre og nedre dekkplate i L1 og L3.



Figur 3 Årlig benmineraltetthet (g/cm²) i lumbalcolumna, høyre og venstre lårhals målt med røntgenbasert absorpsjonsmetri under behandling.



Figur 4 Z-skår (standardavvik fra aldersgjennomsnittet) av årlig benmineraltetthet i lumbarcolumnna, høyre- og venstre lårhals og avmerket område for forventet Z-skår for alder.

Pasienten startet med 20 µg teriparatid subkutan, 1 000 mg kalsium og 800 IE vitamin D peroralt daglig. Hun ble sykmeldt, og barnefar overtok permisjonen. Hun ble fulgt opp av lege, osteoporose-sykepleier, fysioterapeut og ergoterapeut ved osteoporoseenheten. Teriparatidbehandling ble gitt i to år, etterfulgt av en dose zoledronsyre 5 mg intravenøst. Benmineraltettheten ble målt årlig. Etter tre år hadde benmineraltettheten økt med 36,2 % i lumbarcolumnna, 14,5 % i høyre lårhals og 11,7 % i venstre lårhals sammenlignet med utgangsverdiene (figur 3). Benmineraltettheten økte over alle måleområder og var like under forventet nivå for alder i lumbarcolumnna etter tre år (figur 4). Zoledronsyre gis vanligvis én gang årlig, men ettersom pasienten planla ny graviditet og behandling under graviditet er kontraindisert, avventet man behandling.

Diskusjon

Svangerskap og amming medfører et forbigående bentap fordi kalsium overføres fra mor til barn for oppbygging av skjelettet (1, 3). Svangerskaps- og laktasjonsassosiert osteoporose karakteriseres av høy benomsättning, som først kommer til uttrykk i tap av trabekulært benvev der benoverflaten per volumenhet er størst (3). Kompresjonsfrakturer i nedre torakalcolumnna eller lumbarcolumnna er vanligst. Årsaken til tilstanden er ukjent, men de rammede har ofte en spiseforstyrrelse, lavt inntak av kalsium eller vitamin D eller en familiær disposisjon for osteoporose (4).

Ryggmerter som følge av ryggfrakturer kan være uttalte med et forbigående eller kronisk forløp. Tidlig diagnostikk og behandling er viktig for å forhindre flere frakturer og kroniske plager samt for å optimalisere benstrukturen (5).

Vår pasient hadde betydelige rygg smerter og kunne ikke løfte barnet sitt i tre måneder før tilstanden ble diagnostisert. Hun ble anbefalt å avslutte ammingen. Vanligvis anbefales fullamning i inntil seks måneder hvis tilstanden ikke krever umiddelbar medikamentell behandling.

Benresorpsjonshemmende behandling i form av bisfosfonattabletter er ofte førstevalg. Denne behandlingen er billig og enkel å administrere.

Behandlingseffekt er derimot ikke dokumentert hos premenopausale kvinner, og forsiktighet skal utvises hos kvinner som planlegger svangerskap (6).

Vi behandlet pasienten med benoppbyggende behandling i form av teriparatid i 24 måneder grunnet mange ryggfrakturer, betydelige smerter og svært lav benmineraltetthet (3,7 standardavvik under forventet nivå for alder). Det foreligger enkelte kasuistikker som har beskrevet effekt av teriparatid ved denne tilstanden (7). For å konsolidere den anabole effekten ble zoledronsyre gitt kort tid etter siste teriparatiddose.

Svangerskaps- og laktasjonsassosiert osteoporose oppstår oftere i første svangerskap enn i senere svangerskap (7). Behandlingsmålet var å bringe benmineraltettheten opp til et nivå hvor pasienten kunne gjennomføre et nytt svangerskap og påfølgende amming med lavest mulig risiko for nye ryggfrakturer. Tverrfaglig oppfølging ved osteoporoseenheten var viktig for rask behandling og mobilisering til normalt aktivitetsnivå.

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

LITTERATUR

1. Kovacs CS. Osteoporosis presenting in pregnancy, puerperium, and lactation. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes* 2014; 21: 468–75. [PubMed] [CrossRef]
2. Kovacs CS. Calcium and bone metabolism during pregnancy and lactation. *J Mammary Gland Biol Neoplasia* 2005; 10: 105–18. [PubMed][CrossRef]
3. Ofluoglu O, Ofluoglu D. A case report: pregnancy-induced severe osteoporosis with eight vertebral fractures. *Rheumatol Int* 2008; 29: 197–201. [PubMed][CrossRef]
4. Hardcastle SA, Yahya F, Bhalla AK. Pregnancy-associated osteoporosis: a UK case series and literature review. *Osteoporos Int* 2019; 30: 939–48. [PubMed][CrossRef]
5. Yun KY, Han SE, Kim SC et al. Pregnancy-related osteoporosis and spinal fractures. *Obstet Gynecol Sci* 2017; 60: 133–7. [PubMed][CrossRef]
6. Polat SB, Evranos B, Aydin C et al. Effective treatment of severe pregnancy and lactation-related osteoporosis with teriparatide: case report and review of the literature. *Gynecol Endocrinol* 2015; 31: 522–5. [PubMed][CrossRef]
7. Kyvernitakis I, Reuter TC, Hellmeyer L et al. Subsequent fracture risk of women with pregnancy and lactation-associated osteoporosis after a median

of 6 years of follow-up. *Osteoporos Int* 2018; 29: 135–42. [PubMed]
[CrossRef]

Publisert: 17. februar 2020. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.19.0073

Mottatt 23.1.2019, første revisjon innsendt 1.7.2019, godkjent 4.12.2019.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 12. juni 2026.