

Osteoporos

I regionen har vi en stor överbehandling med kalciumtillskott, men fortfarande underbehandlar vi med bisfosfonater.

Läkemedelsverket har detta år tagit fram nya behandlingsrekommendationer för osteoporos. Samtidigt utkom Socialstyrelsen med nya nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar där man betonar vikten av bra frakturkedjor, för att strukturera riskstratifiera och behandla de patienter med störst risk för nya frakturer. Osteoporos står även på tur för att bli ett så kallat personcentrerat vårdförlopp. I detta tydliggörs ansvarsområdet mellan slutenvård och primärvård och med en tydlig frakturkedja kan patienter med hög risk för fler frakturer fångas in. Dessutom är Nationellt kunskapsstöd osteoporos ute på remiss och kommer snart att finnas som en bra kunskapsgrund för familjeläkare, med lokala remisstillsättningar. Vårt vårdprogram behöver uppdateras när detta sjösätts. Ansvar för behandling och uppföljning kommer även fortsättningsvis ligga hos primärvården.

Den nya behandlingsriktlinjen sammanfattat;

- Efter en benskörhetsfraktur ska **alla postmenopausala kvinnor samt män över 50 år** utredas för osteoporos, och benspecifik läkemedelsbehandling skall alltid övervägas.
- Genomgång av riskfaktorer och icke farmakologisk behandling skall erbjudas till alla.
- Vid bakomliggande sjukdom som orsak till benskörhet ska denna i regel behandlas före ställningstagande till benspecifik behandling.

- Beslut om benspecifik behandling skall grundas på en samlad klinisk värdering, inte enbart på bentäthetsvärden.
- Särskilt stark behandlingsindikation föreligger vid fraktur i kota eller höft.
- Bisfosfonater är precis som tidigare förstahandsval när behandling sätts in. Denosumab rekommenderas vid intolerans eller kontraindikationer mot bisfosfonat, tex vid njursvikt. Teriparatid kan övervägas vid mycket svår benskörhet och kotfrakturer.
- Kalcium och vitamin D rekommenderas enbart vid brist eller otillräckligt intag som kompletterande behandling vid primär osteoporos. Kalcium och vitamin D rekommenderas inte som enda behandling vid primär osteoporos.
- Kvinnor med postmenopausal hormonbehandling har ett frakturskydd och ytterligare benspecifik behandling behövs ej.
- Kom ihåg att alla patienter med glukokortikoidbehandling motsvarande Prednisolonbehandling i dos mer än 5 mg/dag i mer än tre månader alltid skall erhålla benspecifik behandling vid förhöjd risk för fraktur.

Kommentarer till detta är främst att vi i regionen har en stor överbehandling med kalciumtillskott, men fortfarande underbehandlar med bisfosfonater. Då compliance för peroral



behandling är låg, främst hos patienter med polyfarmaci, hög ålder, kognitiv funktionsnedsättning, bör vi vara frikostiga med intravenös behandling med bisfosfonat (zoledronsyra) en gång årligen. Denna behandling ges sedan några år även i primärvård, kan ges även på SÄBO och är mycket kostnadseffektiv. Njurfunktionen skall alltid bedömas före infusion och skall ej ges om GFR <35 ml/minut, och detta gäller även för perorala bisfosfonater.

Denosumab (Prolia, antikropp som inaktiverar RANKL) är ett andrahandsval och kan även ges i primärvård, med undantag för de patienter som har sämst njurfunktion (CKD 3-4). De ska skötas på specialistklinik t ex njurmottagning eller endokrinolog/medicinmottagning.

Teriparatid (parathormonanalog) är fortsatt ett specialistpreparat. Rekommendationen nu är att det bör komma in tidigt i behandlingen till de patienter som har flera kotfrakturer, dvs svår osteoporos, gärna innan bisfosfonatbehandling för bästa effekt. Teriparatid ges som subcutan daglig injektion i två års tid. Efterföljs av anti-resorptiv behandling.

Behandlingens längd

Ställningstagande till utsättning av Zoledronsyra efter tre doser, max 6 doser.

För peroral behandling med Alendronat/Risedronat är

behandlingstiden vanligen 5 år, och 10 års behandlingstid skall ej överskridas.

Den optimala behandlingstiden med denosumab är inte fastställd eftersom såväl långtidsbehandling som utsättning av denosumab kan vara behäftad med risker. Denosumab är därför ett andrahandsval. Behandlingstiden får utvärderas kontinuerligt och i synnerhet efter fem års behandling. Vid utsättning av denosumab återgår BMD (bone mineral density) till utgångsvärdet inom 18-24 månader. Benomsättningen ökar under denna tid och det finns fallrapporter om ökad förekomst av kotfrakturer efter utsättning. Evidens för läkemedelsbyte saknas, men vid utsättning kan man överväga byte till bisfosfonat tex zoledronsyra under minst ett år, om njurfunktionen tillåter.

Expertgrupp Diabetes-Endokrinologi

Ulrika Stenmark

ulrika.stenmark@regionvastmanland.se

Länkar:

[Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2020](#)

[Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation](#)

[Osteoporos 2020](#)