

Osteoporos

AKO Skåne-riktlinje för primärvården utifrån nationellt kliniskt kunskapsstöd.

- [ICD-10-SE](#)

Vårdnivå och samverkan

Primärvård

- Primärprevention – utredning, behandling och uppföljning vid osteoporos utan tidigare fraktur
- Sekundärprevention – uppföljning på remiss från ortopedklinik/osteoporosmottagning efter benskörhetsfraktur

Specialiserad vård

- Ortopedklinik – identifiering av benskörhetsfraktur, systematisk frakturriskvärdering, vidare utredning och/eller remiss till primärvården
- Osteoporosmottagning – utredning med bentäthetsmätning, behandling i vissa fall, uppföljning vid svår osteoporos
- Specialistklinik – behandling och uppföljning i de fall där specialiserad vård medicinskt ansvarar för den sjukdom/åkomma som orsakar behovet av osteoporosprofylax.

Bakgrund

Definition

Vid osteoporos (benskörhet) är skelettets benmassa nedsatt och dess mikroarkitektur förändrad, vilket medför minskad hållfasthet och ökad risk för frakturer.

Benskörhetsfraktur definieras som fraktur som uppstår spontant eller vid lågenergitrauma motsvarande fall i samma plan. Benskörhetsfrakturer uppkommer främst i höft, kota, bäcken, överarm och handled.

Epidemiologi

Risken för primär osteoporos ökar med åldern och är vanligare bland kvinnor. Runt 23 % av alla kvinnor och 7 % av alla män över 50 år har osteoporos.

Cirka hälften av alla kvinnor och en fjärdedel av alla män i Sverige beräknas få en benskörhetsfraktur under sin livstid. Mörkertalet för kotfrakturer (kotkompressioner) bedöms vara stort, då troligen endast en tredjedel diagnostiseras.

Etiologi

Primär osteoporos

Primär benskörhet är postmenopausal och åldersrelaterad.

Sekundär osteoporos

Benskörhet orsakad av läkemedel eller bakomliggande sjukdom:

- läkemedel – kortison, antihormonell behandling vid bröst- eller prostatacancer, antiepileptika, protonpumpshämmare, SSRI
- myelom
- hypertyreos, primär hyperparatyreoidism
- Cushings syndrom, hypogonadism
- systemisk inflammation – som reumatoid artrit, inflammatorisk tarmsjukdom
- njursvikt
- kroniskt obstruktiv lungsjukdom
- malabsorption, malnutrition, vitamin D-brist.

Riskfaktorer

Riskfaktorer för primär osteoporos

- Hög ålder
- Kvinnligt kön
- Rökning
- Skadligt bruk av alkohol
- Låg fysisk aktivitet
- Ärftlighet (höft-/kotfraktur hos förälder)
- Minskning av kroppslängd (orsakat av kotfraktur)
- Låg vikt (BMI under 20 kg/m²)
- Tidig menopaus (< 45 år)

Riskfaktorer för benskörhetsfraktur

- Tidigare benskörhetsfraktur, framförallt i kota eller höft
- Osteoporosdiagnos
- Ökad fallrisk

Ökad fallrisk

- Nedsatt balans, syn eller hörsel
- Muskelsvaghet, inaktivitet
- Kognitiv svikt
- Omgivningsrisk i hemmet
- Tidigare fall
- Vissa läkemedel, som hypertoni- och sömnläkemedel

Utredning

Symtom

- Minskning av kroppslängd med > 3 cm hos person under 70 år eller > 5 cm om äldre
- Ändrad kroppshållning
- Smärta vid benskörhetsfraktur

Anamnes

- Riskfaktorer
- Levnadsvanor
- Läkemedel – särskilt peroralt kortison

- Bakomliggande sjukdom – risk för sekundär osteoporos
- Socialt – ensamboende, hemtjänst, gånghjälpmedel (rollator/käpp)
- Sväljningssvårigheter – inför val av behandling

Status

- Allmäntillstånd
- Mun – bedömning av tandstatus
- Ryggstatus
- Balans
- Riktad undersökning vid misstanke om sekundär osteoporos
- Längd, vikt, BMI

Handläggning vid utredning

Patient med tidigare benskörhetsfraktur, planerad kortisonbehandling (> 3 månader), misstänkt osteoporos eller hög risk för benskörhetsfraktur bör utredas för osteoporos.

- Vid misstänkt primär osteoporos – överväg utredning med FRAX, DXA, VFA och blodprover för att ställa diagnos och få underlag till beslut om behandling.
- Vid misstänkt sekundär osteoporos – överväg läkemedelsgenomgång och utredning av bakomliggande sjukdom.

FRAX

FRAX (Fracture Risk Assessment Tool) rekommenderas som ett stöd för bedömning inför behandling, men tar inte hänsyn till frakturtyp, antal tidigare frakturer, fallrisk eller kortisondos.

[Beräkningsverktyg, FRAX](#)

DXA

DXA (Dual Energy X-ray absorptiometry) rekommenderas för att bedöma bentätheten och diagnosticera osteoporos, samt som referens för uppföljning.

VFA

Vid misstänkt kotkompression rekommenderas VFA (Vertebral Fracture Assessment), som görs i samband med DXA, alternativt slätröntgen om möjlighet till VFA saknas.

Laboratorieprover

Överväg prover för att utesluta sekundär osteoporos och bedöma njurfunktion inför behandling.

- Kontrollera Hb, SR, kreatinin (eGFR), kalcium, albumin, TSH, ALP
- Överväg PTH (vid avvikande kalcium), vitamin D (vid misstanke om brist)

Diagnoskriterier

Diagnosen osteoporos ställs vid DXA-mätning, där bentätheten anges som T-score (mätt i standardavvikelse, SD, i förhållande till friska personer av samma kön).

Diagnos vid T-score:

- över -1,0 SD – normal benmassa
- -1,0 till -2,5 SD – osteopeni
- under -2,5 SD – osteoporos
- under -2,5 SD och tidigare benskörhetsfraktur – manifest osteoporos.

Behandling

Handläggning vid behandling

- Behandling av annan sjukdom – optimering, bland annat för att undvika högdos kortison
- Patientutbildning – osteoporosskola utifrån behov
- Förebyggande åtgärder – fallprevention via fysioterapeut eller arbetsterapeut vid behov
- Levnadsvanor – stöd till förändring via fysioterapeut, dietist eller sjuksköterska vid behov
- Läkemedelsbehandling – ställningstagande till insättning utifrån utredningsresultat och individens förutsättningar

Förebyggande åtgärder

Utevistelse sommartid rekommenderas minst 30 minuter/dag.

Fallprevention rekommenderas genom:

- balans- och styrketräning
- stadiga skor
- hjälpmedel för syn, hörsel och gång vid behov
- riskgenomgång i hemmet avseende trösklar, mattor, övermöblering
- läkemedelsjustering av sederande och blodtryckssänkande läkemedel vid behov.

Levnadsvanor

- Kost – bedöm energiintag vid risk för låg vikt samt dagligt intag av kalcium (minst 800 mg) och D-vitamin (minst 400 IE, dubbelt om ålder > 75 år)
- Fysisk aktivitet – rekommendera viktbelastande träning som promenader, trappgång och fysisk aktivitet på recept (FaR)
- Tobak – erbjud rökavvänjning vid behov
- Alkohol – rekommendera minskning vid riskbruk

Läkemedelsbehandling

- Läkemedelsbehandling bör individanpassas utifrån en samlad värdering av anamnes, status, FRAX och DXA.
- Bedöm nytta/risk utifrån sällsynta men allvarliga biverkningar och förväntad överlevnad.
- Beakta kontraindikationer för läkemedelsbehandling – särskilt njursvikt, hypokalcemi eller risk för käkbensnekros.
- Benspecifik behandling utgörs av bisfosfonat, denosumab eller teriparatid.

Indikation för benspecifik behandling

Vid primär osteoporos bör behandling övervägas vid:

- tidigare benskörhetsfraktur, särskilt i höft eller kota (starkare indikation), oberoende av DXA eller FRAX
- osteoporos (T-score < -2,5 SD) utan tidigare fraktur men med minst en riskfaktor
- planerad kortisonbehandling motsvarande prednisolon 5 mg x 1 i 3 månader hos postmenopausal kvinna eller man över 50 år med förhöjd frakturrisik.

Förhöjd frakturrisik vid planerad kortisonbehandling föreligger vid:

- startdos kortison > 30 mg/dygn
- tidigare benskörhetsfraktur
- T-score ≤ -1,0 SD eller FRAX ≥ 10 %
- ålder över 60 år för kvinnor och 65 år för män.

Vid planerad kortisonbehandling bör benspecifik behandling påbörjas innan eventuell bentäthetsmätning är klar.

Bisfosfonat

Förstahandsval är oftast bisfosfonat peroralt eller intravenöst. Intravenös behandling ger bättre följsamhet, mindre gastrointestinala biverkningar och längre effektduration.

- Peroral veckotablett – alendronat/risedronat med ställningstagande till utsättning efter 5 år (maximalt 10 år).
- Intravenös infusion – zoledronsyra 1 gång/år med ställningstagande till utsättning efter 3 doser (maximalt 6 doser).

Denosumab

Denosumab rekommenderas vid njursvikt (GFR < 35 ml/minut) eller annan kontraindikation mot bisfosfonat. Optimal behandlingstid av denosumab är okänd då långtidsbehandling och utsättning kan medföra risker.

Denosumab bör ordinerars via specialiserad vård, men kan administreras via primärvård.

Teriparatid

Teriparatid (anabol behandling) kan övervägas som förstahandsval vid uttalad osteoporos med upprepade kotfrakturer (via specialiserad vård).

Kalcium och vitamin D

Behandling med kalcium (500 mg) och vitamin D (800 IE) rekommenderas:

- vid benspecifik behandling (om tillräckligt intag inte kan säkerställas via kosten)
- vid konstaterad brist (vitamin D < 25 nmol/l)
- till skör individ över 80 år som sällan vistas utomhus eller har bristfällig nutrition, även om inte benspecifik behandling ges
- vid planerad kortisonbehandling oberoende av om benspecifik behandling ges eller inte.

Menopausal hormonterapi

Kvinnor med pågående menopausal hormonterapi med östrogen bedöms ha godtagbart frakturskydd, varför tillägg med benspecifik behandling sällan behövs.

Remissrutiner

Remiss till osteoporosmottagning

- Intolerans eller kontraindikation mot bisfosfonat
- Multipla benskörhetsfrakturer i rygg
- Ny benskörhetsfraktur under pågående behandling

Remiss från specialiserad vård

Remiss till primärvården för sekundärprevention bör innehålla:

- utförda åtgärder och behandling
- behandlingsförslag, behandlingstid och uppföljning
- förebyggande åtgärder gällande balans, fallrisk, fysisk aktivitet och kost.

Komplikationer

Behandling med bisfosfonat och denosumab kan i sällsynta fall orsaka käkbensnekros och atypiska femurfrakturer, framför allt vid längre behandlingstid.

Klinisk uppföljning

Kliniska kontroller

Strukturerad uppföljning och utvärdering av behandling är viktig. Beakta särskilt:

- eventuell ny fraktur
- följsamhet till läkemedelsbehandling och biverkningar
- status och blodprover.

Utvärdering av behandling

Överväg:

- utsättning av bisfosfonat efter normal behandlingstid som är 5 år vid peroral behandling och 3 år vid intravenös
- DXA 3-5 år efter avslutad behandling för ställningstagande till ny behandling
- ny behandlingsomgång i utvalda fall (en behandling räcker ofta till äldre).

Om innehållet

Publicerat: 2021-06-16

Giltigt till: 2024-02-29

Faktaägare: Allmänläkarkonsult Region Skåne

- Senast uppdaterad: 2022-02-08