



# Sammanställning av aktuella läkemedel vid behandling av benskörhet/osteoporos

**Informationskälla:** Läkemedelsverket och europeiska läkemedelsmyndigheten samt FASS.

## **Bisfosfonater – förstahandsval**

**Alendronat (Tablett):** Tas i tablettform en gång per vecka på fastande mage och ska alltid sväljas hela med ett glas vatten. Efter intag ska patienten inte lägga sig ned inom 30 minuter. Patienter med sväljproblem, diafragmabråck eller aktiv magsårsjukdom bör inte behandlas med bisfosfonater i tablettform. Kalcium/Kalktabletter ska inte tas i nära anslutning till bisfosfonater i tablettform. Ställningstagande till avslut ska ske efter fem års behandling. Tio års behandlingstid ska inte överskridas.

**Aclasta (Infusion/dropp):** Ges var tolfte månad. God följsamhet och risk för besvär från mag-tarm minskar. Ställningstagande till avslut av medicinen bör ske efter tre doser, maximalt ges sex doser. Biverkningar efter infusion/dropp är feber, muskelvärk, influensaliknande symtom, ledvärk och huvudvärk. Patienter med sänkt njurfunktion bör inte behandlas med bisfosfonater.

## **Denosumab – andrahandsval**

**Prolia:** Injektion i underhudsfettet två gånger per år. Ges om bisfosfonater inte kan ges. Denosumab rekommenderas till patienter med njursvikt. Behandlingen utvärderas regelbundet, i synnerhet efter fem års användning. S-kalcium rekommenderas före första dos och en till två veckor efter den första dosen, samt före alla uppföljande doseringstillfällen.

## **Teriparatid – ges vid manifest osteoporos med kotfrakturer och uttalat låg bentäthet**

**Forsteo, Movymia och Terrosa:** Injiceras dagligen i underhudsfettet. Max behandlingstid är 24 månader.

## **Romozosumab – godkänt 2019. Begränsad klinisk erfarenhet**

**Evenity:** Ges till kvinnor som genomgått klimakteriet och har allvarlig osteoporos. Patienten ska ej haft hjärtinfarkt eller stroke. Injiceras i underhudsfettet en gång i månaden i tolv månader. Specialistläkare bör övervaka och delta vid påbörjandet.

## **Tilläggsbehandling**

Kalcium/D-vitamin dagligen enligt läkares ordination.

Sammanställt av **Osteoporosföreningen Norrbottens län/Karin Johansson, 9 oktober 2021**



## Kompletterande upplysningar

### Om diagnosticering av osteoporos

Diagnosticering av osteoporos sker med så kallad bentäthetsmätning som görs i höft och ländrygg med en röntgenteknik. Undersökningen tar 10–15 minuter och stråldosen är låg. Resultaten presenteras i regel inte som ett värde på bentäthet utan som en jämförelse med unga, friska människor, och ges som T-score, vilket är antalet standardavvikelser (SD) från medelvärdet för unga friska kvinnor. Ett minustecken framför värdet innebär att man har lägre bentäthet än de unga. Enligt WHO:s definition har man osteoporos om något av de uppmätta ställena har ett T-score på  $-2,5$  eller lägre.

**Normal benmassa:** T-score  $-1$  SD eller större

**Osteopeni:** T-score mellan  $-1$  och  $-2,5$  SD

**Osteoporos:** T-score  $-2,5$  SD eller lägre

**Manifest osteoporos:** T-score lägre än  $-2,5$  SD i kombination med en eller flera lågenergifrakturen.

### Om mediciner mot osteoporos

Mediciner mot osteoporos kan grovt delas upp i antiresorptiva som hämmar bennedbrytningen och anabola som ökar benbyggandet. Till de antiresorptiva hör bisfosfonater och Denosumab. Dessa kan ges under många år. Bisfosfonater är de äldsta osteoporosläkemedlen. De har funnits sedan mitten av 1990-talet, är väl dokumenterade och har bevisad fraktur-skyddande effekt, även för personer som fått osteoporos av kortisonbehandling. Den relativa risken för kotfrakturer minskar med cirka 50 procent och för höftfrakturer cirka 30 procent.

Denosumab (Prolia) blev godkänt som läkemedel för behandling av postmenopausal osteoporos 2010. Det har en specifik förmåga att hämma osteoklasters bennedbrytning, som ger en kraftig minskning av benresorptionen och därmed en ökning av benmassan samt minskad frakturrisk. Det kan ges även till patienter med nedsatt njurfunktion, men man bör beakta risken för hypokalcemi (låg kalciumhalt i blodet). Viktigt att tänka på är också att man inte bara kan upphöra med behandlingen av Prolia, eller vänta mycket längre än sex månader mellan injektionerna. Då måste annat läkemedel (bisfosfonater) sättas in annars förlorar man den vunna benmassan.

Till de anabola (benuppbyggande) hör Teriparatid och Romosozumab. De ges under en kortare tid, ett till två år, och därefter sätts ett antiresorptivt (benbevarande) läkemedel in för att den nya benmassan ska behållas.

### Något om biverkningar

De föreslagna läkemedlen (enligt sidan 1) har samtliga god frakturförebyggande effekt och allvarliga biverkningar är mycket ovanliga. Det finns sällsynta biverkningar som käkbensnekros och atypiska lårbensfrakturer efter långvarig behandling med antiresorptiva mediciner, men dessa är så extremt ovanliga att det i nästan samtliga fall är mycket högre risk att drabbas av allvarliga frakturer såsom höftfraktur eller kotkompressioner om man avstår från rekommenderad behandling. Däremot så gäller det att främst behandla dem med hög frakturrisk, för om man skulle behandla till exempel alla över en viss ålder, så skulle förstås fler drabbas av ovanliga biverkningar.