

Frakturpreventiv uppföljning i primärvård – checklista

Gäller för: Region Kronoberg

Faktaägare: Daniel Albertsson, distriktsläkare, vårdcentralen Moheda

1 Inledning

Kronoberg fokuserar på riskvärdering och frakturpreventiva insatser för att främst förebygga allvarligare fragilitetsfrakturtyper, som höft-, bäckenfraktur och upprepade kotfrakturer.

Frakturrisk värderas med kliniska riskfaktorer och FRAX (utan eller med bentäthet).

I [Socialstyrelsens nationella riktlinjer](#) baseras risken på fler frakturtyper.

Patientens samlade vårdbehov (kroppsligt och psykosocialt) behöver styra behandlingsdialogen. Samsjuklighet, personkännedom och beprövad erfarenhet vägs in i valet av behandling.

2 Bedöm frakturrisk

2.1 Kliniska riskfaktorer

- Högt ålder ökar höftfrakturrisken (risk dubblas vart 5:e år från >70 års ålder).
- Många riskfaktorer (t ex äldre, kvinna, fraktur, låg vikt, kortison, svårörlig)
Män med en tidigare lågenergifraktur har ofta hög risk för ny fraktur.
- Fraktur som uppkommit efter lågenergivåld är ofta osteoporosrelaterad.
- Oklar längdminskning ≥ 5 cm, smärtperioder eller krum rygga?
Röntga eller eftergranska bröst-/ländrygg för att hitta dolda kotfrakturer.
- Klinisk [FRAX](#) beräknar 10-års frakturrisken för obehandlad person 40-90 år.
(Beräknas med 5-12 kliniska faktorer, obligata faktorer är ålder, kön, vikt, längd och nationalitet).

2.2 Bentäthetsmätning av riskgrupper

Då endera tillstånd (nedan) uppfylls och läkemedel övervägs:

- Efter allvarlig fraktur eller upprepade frakturer.
- Klinisk [FRAX](#) för osteoporotisk fraktur >20 %.
- Kortisonbehandling under lång tid (> 3 månader med ≥ 5 mg/dygn).

2.3 FRAX 10-års frakturrisken, bentäthet och ryggröntgen

Frakturrisken beräknas utifrån uppmätt bentäthet i höft och rygga. Bröst-ländrygg sidoröntgas (VFA). Svar på bentäthet, frakturrisken och kotform besvaras i ”journaltext” under Medicinkliniken Ljungby. Resultat finns även under flik ”Meny -Beställning Svar -Bildarkiv Röntgen -Bentäthetsmätning”.

3 Behandla

3.1 Levnadsvanor (alla)

- Daglig promenad 30 minuter och utevistelse sommarhalvår.
- Rökfrihet minskar höftfrakturrisken.

- Näringsintag: Tillräckligt med energi, kalcium och andra näringsämnen.

3.2 Fallskadeprevention (särskilt viktigt för äldre)

- Fysisk träning förbättrar rörlighet, muskelstyrka, förebygger fall och fraktur. Fysioterapeut individanpassar träningsprogram för egenträning hemma och i grupp för personer med hög frakturrisk. Folder "[Gå bra](#)" vid behov.
- Säkrare hemmiljö minskar fall för fallbenägna. Gång- och ADL-hjälpmiddel? Arbetsterapeut individanpassar stöd vid behov. Folder "[Gå bra](#)" vid behov.
- Bedöm hela hälsotillståndet och optimera läkemedel och annan behandling. Bakomliggande orsaker till inaktivitet, ökad frakturrisk eller ohälsa? Begränsa trötthet/sedering, blodtrycksfall, syn-/hörselnedsättning.

3.3 Skelettstärkande läkemedel

Behandling ska grundas på en samlad klinisk värdering, inte enbart på bentäthetsvärden eller [FRAX-värden](#) för osteoporotisk fraktur. Terapi rekommenderas vid:

- Fragilitetsfraktur i höft eller ryggkota och T-score ≤ -1 SD.
- Annan fragilitetsfraktur (handled, överarm, bäcken) och T-score ≤ -2 SD och FRAX > 20 %.
- Peroral kortisonbehandling motsvarande prednisolon ≥ 5 mg dagligen i minst 3 månader och T-score ≤ -1 SD.
- FRAX > 30 % och osteoporos (T-score $\leq -2,5$ SD)
- Uppenbart hög risk för höft- eller upprepad kotfraktur men med okänd bentäthet.

Läkemedelsval

1. Alendronat veckotablett
1. Zoledronsyra intravenöst årligen
2. Prolia (denosumab) injektion två gånger per år (samråd gärna med endokrinolog)

Alendronat intas fastande och tablett nedsköljs noga.

Zoledronsyra ger ofta bättre följsamhet till behandling och minskad risk för övre gastrointestinala biverkningar jämfört med peroral behandling.

GFR ska vara > 35 ml/min före och under bisfosfonatbehandling.

Större tandläkaringrepp görs helst före inledd bisfosfonatbehandling.

Kalcium+vitamin D ges tillsammans med skelettstärkande läkemedel om tillräckligt intag inte kan säkerställas via kost och utevistelse.

Utvärdering och uppföljning

Effekt utvärderas efter 3-5 år och utsättning övervägs. Bentäthetsmätning kan upprepas efter 2-5 års terapi. En fortsatt hög frakturrisk kan motivera längre behandlingstid eller terapibyte. Maximal rekommenderad behandlingstid är 10 år för alendronat och 6 år för zoledronsyra. Maximal behandlingstid för denosumab är inte klarlagd.

Efter utsatt bisfosfonatbehandling kvarstår visad frakturpreventiv effekt på rörben under ytterligare 2-4 år. Skyddseffekten mot kotfraktur avtar snabbt efter utsatt bisfosfonat. För denosumab minskar bentäthet direkt efter utsatt behandling.

4 Relaterade dokument

Beslutsstöd:

1. [Frakturprevention och osteoporos](#)
2. [Rekommenderade läkemedel](#)
3. [FRAX - 10 års frakturnrisk, beräkningsverktyg \(svensk befolkning\)](#)
4. [Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar](#)
5. [Patientfolder "Gå Bra"](#)
6. [Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer, 2020](#)
7. [FRAMO Index: 4 frågor höftfraktur risk \(formulär\)](#)
8. [Checklista för behandling med Zoledronsyra](#)
9. [Checklista för behandling med Prolia](#)

Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare