

# Osteoporos - ökad frakturrisik

Ursprunglig version: 2018-09-25

Reviderad senast: 2020-12-04

Uppdaterad senast: 2021-06-01

## Egenvård

Osteoporos, eller benskörhet, är en skelettsjukdom som karakteriseras av **försämrade styrka i skelettets ben**, vilket gör att benbrott lättare kan uppstå även vid mindre våld. Benets täthet och kvalitet avgör styrkan. Hälften av alla kvinnor och var fjärde man beräknas få en fraktur relaterad till benskörhet under livet.

Osteoporos i sig gör inte ont.

Flera faktorer bidrar till ökad risk för benbrott:

- Ärftlighet, tidigare benbrott och hög ålder
- låg kroppsvikt (lågt BMI)
- rökning
- alkoholöverkonsumtion
- tidigt klimakterium (under 45 år)
- fysisk inaktivitet
- dålig balans
- läkemedel som påverkar balansen.

### Gynnsamt för skelettet:

- Fysisk aktivitet, anpassad styrketräning.
- Rökstopp.
- Kost med tillräcklig mängd kalcium, 800-1200 mg dagligen, framför allt mejeriprodukter.
- Solljus som aktiverar kroppens D-vitamin.

### Minska risk för fall:

- Träna balansen regelbundet.
- Ta bort trösklar, undvik lösa mattor.
- Var försiktig med alkohol.
- Ha god belysning och sök hjälp om du har problem med synen.
- Använd broddar vintertid, och gärna gångstavar vid promenad såväl sommar som vinter.

För detaljer se broschyr i rutan Patientinformation.

Om du har lätt att få frakturer, eller om din kroppslängd minskat med mer än 3 cm, kan du ha osteoporos.

Be i så fall familjeläkare värdera om du behöver utredas eller är betjänt av läkemedel för att stärka skelettet.

### Patientinformation

[1177.se om benskörhet - osteoporos](#)

[Broschyr](#) från Socialstyrelsen om träning, minskning fallrisk m.m.

Finns även information på [andra språk](#)

## Primärvård

### Överväg utredning och behandling enligt

#### Flödesschema om

- Kot- eller höftfraktur efter lågenergitrauma (t.ex. fall i samma plan)
- Planerad kortisonbehandling p.o. > 3 månader hos postmenopausala kvinnor samt män >50 år, läs mer i [Mitt läkemedel](#).
- Minskad längd >3 cm om <70år, >5 cm om >70 år
- Misstanke sekundär osteoporos
- Tidig menopaus (före 45 år)
- Postmenopausal magerlagd kvinna (BMI < 20)
- Predisponerande sjukdom: Systemisk inflammatorisk sjukdom (RA), malabsorption, anorexi.
- Behandling med läkemedel mot epilepsi eller som sänker nivån av könshormoner
- Man med misstänkt osteoporos.

**Basal labutredning:** Hb, SR, P-calcium, P-Albumin, P-kreatinin (eGFR), TSH, ALP.

#### Utvidgad labutredning:

Beroende på det enskilda fallet kan följande prover övervägas: PSA, S-Protein-fraktioner, PTH, S-25(OH)D, Testosteron, S-Anti-Transglutaminas IgA, Peth.

#### FRAX (Fracture risk assessment tool)

[FRAX](#) är ett webbverktyg för att värdera behov av DXA samt för att värdera behov av läkemedel efter genomförd DXA.

### Icke-farmakologisk behandling - alltid

Erbjud bedömning av fysioterapeut och ev. arbetsterapeut (bostadsanpassning). Viktigt med grundläggande information om vikten av fysisk träning, balansträning, kost, rökstopp, fallprevention ([SoS broschyr Tips för att förhindra fallolyckor](#)), gärna gruppsaktiviteter. [Fallriskbedömning](#)

### Läkemedelsbehandling:

Starta/fortsätt läkemedelsbehandling enligt [Flödesschema](#)

Preparatval, se [Mitt Läkemedel](#).

- Kalcium + D-vitamin (efter avslutad behandling med bisfosfonater fortsätt med kalcium och vitamin D i 1-2 år).

Kvinnor som behandlas med menopausal hormonbehandling har ett frakturskydd av denna och behöver sällan benspecifik behandling.

#### Benspecifik behandling

- GFR>35: Förstahandsval zoledronsyrainfusion 1 gång/år, [instruktion](#) (ger bättre följsamhet och mindre risk för biverkningar). Alternativ peroral bisfosfonat (se [Mitt Läkemedel](#)).

- GFR<35: inj. denosunab (Prolia®) 1 gång/6 mån, tillsvidarebehandling (risk reboundeffekt om utsättning). OBS! Både zoledronsyra och Prolia rekvideras, se instruktion i Fördjupning och länkar.

#### Utsättning av bisfosfonatbehandling

(gäller alendronat och zoledronsyra): I normalfallet utsättning efter 5 år för peroral bisfosfonat, efter 3 år för i.v. bisfosfonat. Samma gäller vid långvarig kortisonbehandling. Effekt av bisfosfonat sitter i även efter utsatt behandling, lagrats in i skelettet. Ifall nya frakturer tillstött under behandlingen görs ny DXA -> om minskad bentäthet - beakta ev. bristande följsamhet.

Har bentätheten inte minskat görs uppehåll 2-3 år (eller tills vidare) beroende på hur helhetsbedömningen av frakturrisik utfaller. Bedöms frakturrisiken vara hög kan behandlingstiden förlängas.

Långvarig behandling med osteoporosläkemedel ger en lätt ökad men ändå sällsynt risk för [atypisk femurfraktur](#) samt [osteonekros i käkben](#).

**Tandvård:** Vid peroral bifosfonatbehandling i normalfallet sedvanlig tandhälsa utan särskild remiss. Vid högre risk (cancer med cytostatikabehandling, höga doser systemiskt kortison, dåligt inställd diabetes) när infusions- eller injektionsbehandling planeras => remiss tandläkare för infektionssanering. För mera detaljer, se [Mitt läkemedel](#).

## Specialistvård

### Sjukhusklinik

Om patient läggs in på sjukhus kan med fördel läkemedelsbehandling inledas och ställningstagande till DXA mätning göras. Utfärdas remiss för övertagande av behandlingsansvar, sänds till VC/HC.

### Frakturkoordinatorer

- Identifierar i efterhand patient som passerat akutmottagning med lågenergitrauma via diagnosregistret (ingen övre åldersgräns). Patient erbjuds DXA samt FRAX (som görs samtidigt).  
- Skriver remiss för DXA.

### DXA

DXA mätare finns i Sundsvall (Klin fys) och Övik (Röntgen).

### Osteoporosansvarig läkare

- Tolkar DXA och ger utlåtanden inkl. förslag på lämplig behandling.  
- Utreder och behandlar särskilda osteoporostyper som sekundär osteoporos.  
- Utgör resurs vid komplicerade fall.  
- Förskrivning av särskilda osteoporosläkemedel.

**Remiss till primärvård** med information om patienten inkl. ev behandling samt att DXA svar kommer senare.

### Indikationer DXA-mätning:

Se [Flödesschema](#)

**OBS! Remiss för DXA skickas i Sundsvall till Klin fys (klin fys remiss), i Övik till Röntgen (röntgenremiss).**

I samband med DXA görs även en FRAX beräkning.

### Indikation förnyad DXA-mätning

- Vid peroral behandling efter 2 år (syfte att påvisa signifikant behandlingseffekt, dvs. >5%. Fortsatt minskad benmassa under pågående behandling kan tyda på bristande följsamhet eller bakomliggande sjukdom.)

- Vid parenteral behandling efter 3-5 år.
- Efter avslutad längre kortisonbehandling.

### Remiss till osteoporosmottagning på sjukhus

- Komplicerad sjukdomsbild.
- Behov av second opinion
- Yngre (kvinnor <50 år, män <60 år)
- Terapisvikt, lågenergitrauma under pågående behandling
- Osteomalaci.

### Remiss/brev till primärvård

Fortsatt utredning/behandling inkl. uppföljning.

### Fördjupning och länkar

[Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Osteoporos - sekundärprevention efter fraktur \(2021\)](#)

[Alendronat veckotablett, patientinformation](#), att skrivas ut när recept utfärdas

[Tridepos, patientinformation](#), att skrivas ut när recept utfärdas

[Zoledronsyra infusion, patientinformation](#), att skrivas ut när preparat ordineras

[Zoledronsyra, behandlingsinformation och beredningsföreskrift](#)

[Prolia subkutan injektion, patientinformation](#), att skrivas ut när preparat ordineras

[Prolia, behandlingsinformation förfylld spruta](#)

[Rekommendationer från Läkemedelsverket \(2020\)](#)

[Svenska osteoporossällskapet](#)

[FYSS rekommendation osteoporos \(2017\)](#)