

Osteoporos- ökad frakturrisik

Ursprunglig version: 2018-09-25
Reviderad senast: 2024-06-17
Ändrad senast: 2024-11-13

Egenvård

Osteoporos, eller benskörhet är en skelettsjukdom som karakteriseras av försämrade hållfasthet i skelettet och ger ökad risk för benbrott, även vid lindrigt våld. Benets täthet och kvalitet avgör styrkan. Hälften av alla kvinnor och var fjärde man beräknas få fraktur relaterad till benskörhet under livet.

Osteoporos i sig gör inte ont.

Flera faktorer bidrar till ökad risk för benbrott:

- Ärdlighet, tidigare benbrott och hög ålder
- Låg kroppsvikt (lågt BMI)
- Rökning
- Alkoholöverkonsumtion
- Tidigt klimakterium (under 45 år)
- Fysisk inaktivitet
- Dålig balans
- Vissa läkemedel.

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 och muskelstyrka regelbundet.
- Ta bort trösklar, undvik lösa mattor.
- Var försiktig med alkohol.
- Ha god belysning och sök hjälp om du har synproblem.
- 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](https://www.1177.se/om-benskorhet-osteoporos)

[Broschyr](#) från Socialstyrelsen om träning, minskning fallrisk m.m. Finns även information på [andra språk](#) (filtrera på Fallolyckor)

Primärvård

Överväg utredning och behandling enligt [Flödesschema](#) om

- Lågenergifraktur (t.ex. fall i samma plan)
- Planerad kortisonbehandling p.o. > 3 månader hos kvinnor och män >40 år, läs mer i [Mitt läkemedel](#).
- Minskad längd
- Misstanke sekundär osteoporos
- Tidig menopaus (före 45 år)
- Postmenopausal magerlagd kvinna (BMI < 20)
- Predisponerande sjukdom: Systemisk inflammatorisk sjukdom (RA), malabsorption, hyperpara, anorexi, KOL
- Behandling med läkemedel mot epilepsi eller som sänker nivån av könshormoner
- Fetmaoperation

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

Utvidgad labutredning:

Beroende på det enskilda fallet kan följande prover övervägas: S-Proteinfraktioner, PTH, S-25(OH)D, Testosteron, P-transglutaminas IgA, Peth.

FRAX (Fracture risk assessment tool)

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

Icke-farmakologisk behandling - alltid

Bedömning av levnadsvanor, rökning, alkoholkonsumtion, kost och fysisk aktivitetsnivå. Patienter med benskörhet utan fraktur rekommenderas dagliga promenader/jogging och generell styrke- och balansträning, använd FAR. Patienter med osteoporos och fraktur eller nedsatt fysisk funktion ska erbjudas bedömning och anpassad träning hos fysioterapeut. Överväg bedömning av arbetsterapeut/fysioterapeut i hemmet. Vid undervikt kontakt med dietist. [Fallriskbedömning](#)

Läkemedelsbehandling:

Starta/fortsätt läkemedelsbehandling enligt [Flödesschema](#) /DXA-utlåtande. Preparatval, se [Mitt Läkemedel](#).

- Kalcium + D-vitamin, efter avslutad behandling med bisfosfonater fortsätt med kalcium och vitamin D i 1-2 år. Vid hypercalcemi ges endast D-vitamin.

Lågenergifraktur i höft eller kota är absolut indikation för benspecifik behandling, oavsett bentäthet.

Benspecifik behandling

- GFR>35: Förstahandsval zoledronsyrainfusion 1 gång/år, [instruktion](#) (ger bättre följsamhet och lägre risk för biverkningar). Alternativ peroral bisfosfonat (se [Mitt Läkemedel](#)).
- GFR<35: inj. denosunab (Prolia®) 1 gång/6 mån (+/- 3 veckor), tillsvidarebehandling (risk reboundeffekt vid 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 några år efter utsatt behandling, lagrats in i skelettet.

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.

Om nya frakturer uppkommer under behandling, remiss för ny DXA. Om minskad bentäthet, remiss till Osteoporosmottagningen.

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

Tandvård: Vid behandling i normalfallet sedvanlig tandhälsa utan särskild remiss. För mera detaljer, se [Mitt läkemedel](#).

[Checklista osteoporos](#)

Remiss till primärvård

Information om patienten inkl. ev behandling samt att DXA svar kommer senare.

DXA-mätning: Se [Flödesschema](#)

Remiss för DXA i Sundsvall skickas till klin fys (via BOS), i Övik till röntgen (via BOS). I samband med DXA görs FRAX beräkning.

Förnyad DXA- mätning

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

- Vid parenteral behandling efter 3 år.

- Efter 2 års behandlingsuppehåll.

- Efter avslutad längre kortisonbehandling.

Remiss till Osteoporosmottagning

- Svår/komplicerad osteoporos
- Behov av second opinion
- Yngre (kvinnor <50 år, män <60 år)
- Terapisvikt, lågenergifraktur under pågående behandling
- Osteomalaci

Remiss/brev till primärvård

Fortsatt utredning/behandling inkl. uppföljning.

Specialistvård

Sjukhusklinik

Patient som vårdas på sjukhus på grund av lågenergifrakturer i höft eller kota ska sättas in på behandling, en dos Prolia + kalk och D-vitamin. DXA-remiss skrivs.

Frakturkoordinatorer

Patienter ≥50 år med lågenergifraktur identifieras i efterhand via diagnoskod. Ingen övre åldersgräns. Patienten erbjuds DXA, om patient tackar ja, skrivs remiss för DXA. FRAX görs i anslutning till DXA.

Osteoporosansvarig läkare

- Tolkar DXA och skriver utlåtanden med förslag på behandling och uppföljning.
- Utreder och behandlar svåra/komplicerade fall.
- Förskrivning av osteoanabola läkemedel.
- Mottagning av patienter som fångats upp via frakturkedjan.

Fördjupning och länkar

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

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

[Zoledronsyra infusion, patientinformation](#), att skriva ut när preparat ordinerar

[Zoledronsyra, behandlingsinformation och beredningsföreskrift](#)

[Prolia subkutan injektion, patientinformation](#), att skriva ut när preparat ordinerar

[Prolia, behandlingsinformation förfylld spruta](#)

[Rekommendationer från Läkemedelsverket 2020](#)

[Svenska osteoporossällskapets hemsida Vårdprogram 2021](#)

[Osteoporos | eFys](#)

[Socialstyrelsen: Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2021](#)