

Kortisoninducerad osteoporos

Anna Rosenberg

Distriktsläkare Stadsfjärdens vårdcentral

Ordförande i regionens lokala arbetsgrupp osteoporos

Frågor ställs via sms, scanna kod:





Redovisning av eventuella jäv

- Inga jävsförhållanden att deklarerera





Dagens budskap – tänk frakturrisik

- Varannan patient med långvarig kortisonbehandling drabbas av fraktur
→ Många kan undvikas med korrekt handläggning
- Kortisonbehandlade patienter får fraktur vid normal bentäthet och osteopeni
→ Frakturrisiken är oberoende av bentäthet = det behövs ingen DXA¹ för att ta ställning till profylax
- Förlusten av ben är störst de första 3-6 månaderna
→ Sätt in profylax så tidigt som möjligt för att minimera förlusten och minska frakturrisik
- Frakturrisiken är förhöjd så länge kortisonbehandling pågår
- Alla rekommenderas tillskott med kalcium och D-vitamin
- Profylax med antiresorptiva läkemedel rekommenderas till riskgrupper
- Patient utan profylax som får fraktur bör få behandling omedelbart





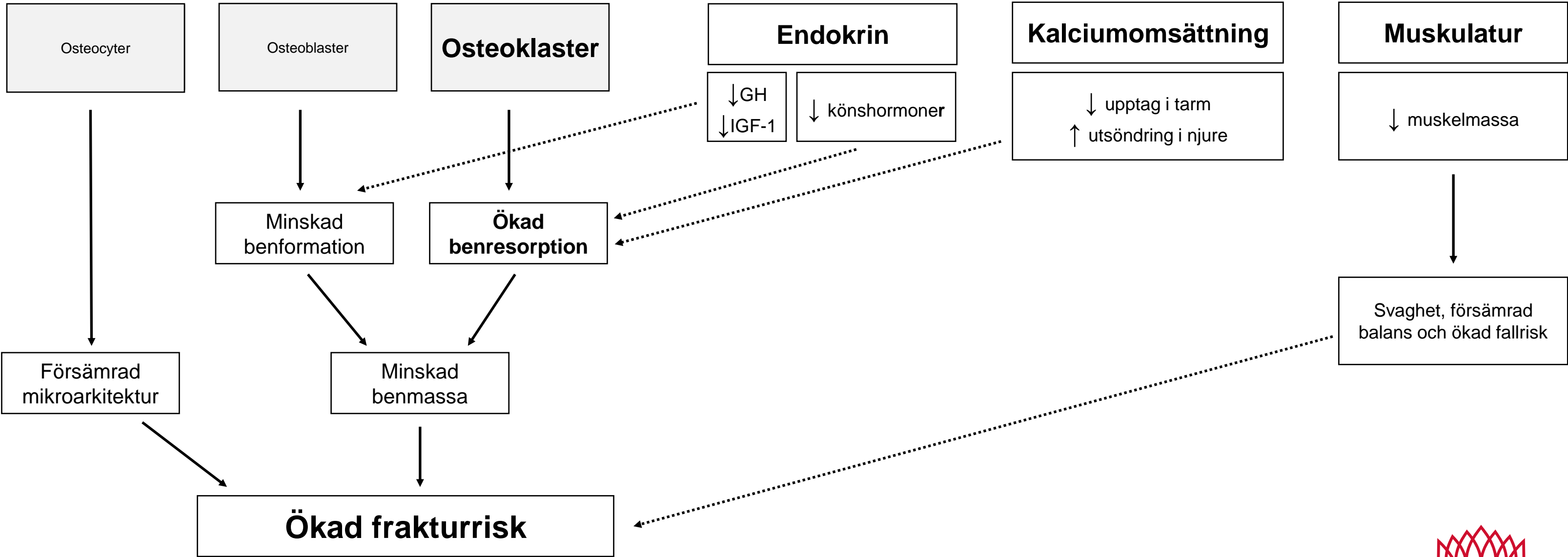
Långvarig systemisk kortisonbehandling

- Motsvarande 5 mg prednisolon/dag i > 3 månader i svenska rekommendationer
- Inhalation och kräm i normala doser har ingen signifikant påverkan på skelettet
- Frakturrisik ökar med ålder, dos och behandlingstid
 - 5 mg > 3 månader kan öka risk för kotkompression 2,5 ggr
 - 10 mg > 3 månader kan öka risk för kotkompression upp till 17 ggr och höftfraktur 7 ggr
- Den som sätter in kortisonbehandling är ansvarig för frakturrisikbedömning
- Grundsjukdomen har ofta också en negativ påverkan på skeletthälsan
- Trabekulärt ben (i t.ex. ryggkotor och lårbenshals) drabbas mest
- Beställa DXA är bra för planering av behandling, men vänta inte på svaret



Direkt påverkan av kortison på benvävnad

Indirekt påverkan av kortison på ben och frakturrisik





Vilka har förhöjd frakturrisik?

Och ska ha profylax med antiresorptiv behandling

- Kvinnor över 60
- Män över 65
- Postmenopausala kvinnor och män över 50 år om startdosen är över 30 mg
- Tidigare lågenergifraktur
- FRAX över 10%
- T-score i höft eller ländrygg mindre än -1





Tillskott med kalcium och D-vitamin

Rekommenderas till alla patienter med långvarig kortisonbehandling oavsett benspecifik behandling pga negativ kalciumbalans



REGION
SÖRMLAND



Benspecifika läkemedel

1. Antiresorptiv behandling

- Profylax vid förhöjd frakturrisik
- Behandling av sekundär osteoporos
- Preparatval enligt samma princip som vanligt
 - Bisfosfonater i första hand och iv zoledronsyra är ett bra val
 - Denosumab/Prolia i andra hand (om bisfosfonat är olämpligt) då behandlingen i regel blir tills vidare

2. Skelettanabol behandling vid mycket hög frakturrisik

- Behandling av sekundär osteoporos med kotkompression
 - Teriparatid har särskilt stark indikation om kortisonbehandling kommer fortgå
 - Måste följas upp med antiresorptiv behandling





Hur länge ska behandling pågå?

Principen är densamma som vanligt

Behandling med denosumab/Prolia är i regel tills vidare

För planering av behandling med bisfosfonat underlättar DXA

- Om osteoporosvärden (eller hög frakturrisik pga frakturer) ges 5 år peroralt eller 3 år iv. Därefter ny DXA för ställningstagande till förlängd behandling om fortsatt låga värden eller fortsatt kortisonbehandling
- Om kortisonbehandling blir mycket långvarig så att peroral eller iv bisfosfonat blir över 10 respektive 6 år behöver man göra uppehåll med bisfosfonat
- Om normal bentäthet/osteopeni och låg frakturrisik (utöver kortisonpåverkan) kan bisfosfonat avslutas samtidigt som kortisonbehandling avslutas (eller kommer under 5 mg/dygn)





Kontaktuppgifter frakturkedjan

På Insidan finns ett uppdaterat vårdprogram med ett litet avsnitt om kortisonbehandling och osteoporosprofylax

Där finns också kontaktuppgifter till koordinator och konsult i frakturkedjan vid behov av råd om utredning eller behandling

[Osteoporosprocessen - Insidan](#)



REGION
SÖRMLAND