

Öka fokus på patienter som har en förhöjd frakturrisik

OSTEOPOROSSÄLLSKAPETS VÅRDPROGRAM KOMPLETTERAR RIKTLINJER

Tyvärr har ingen förbättring av osteoporosvården skett sedan man i Socialstyrelsens riktlinjer redan 2010 konstaterade att sjukdomen var underbehandlad. Nu när pandemin går mot sitt slut uppmanar Svenska osteoporossällskapet (Fakta 1) till krafttag för att förbättra situationen inom osteoporosområdet. Med en ökande andel äldre i befolkningen med hög frakturrisik är detta ytterst angeläget och framhålls i flera nationella riktlinjer som nyligen presenterats:

- Frakturkedja som åtgärd fick högsta prioritet i Socialstyrelsens riktlinjer om osteoporos [1].
- På samma sätt betonade Läkemedelsverket att alla personer över 50 år som drabbas av en fraktur ska utredas samt att benspecifik läkemedelsbehandling alltid ska övervägas [2].
- Sveriges Kommuner och regioner (SKR) utarbetade i sin tur ett personcentrerat och standardiserat vårdförlopp för att säkerställa att frakturpatienter utreds och preventiva åtgärder sätts in [3].

Sällskapet hoppas nu att regionerna lägger kraft och tillsätter medel för att realisera detta vårdförlopp, så att man äntligen



Kristian Axelsson, med dr, ST-läkare, Närhälsan Norrmalm vårdcentral, Skövde; för styrelsen i Svenska osteoporossällskapet ● kristian.axelsson@svos.se

åstadkommer en substantiell förbättring av den negligerade osteoporosvården.

Behoven av vägledning och kompetensutveckling inom frakturprevention är stora. Osteoporossällskapet har arbetat fram ett vårdprogram [4] som syftar till att fungera

som ett kliniskt kunskapsstöd och komplement till myndigheternas mer övergripande dokument. I denna medicinska kommentar önskar vi lyfta fram några viktiga punkter i detta vårdprogram.

Identifiera patienterna med högst risk

Varannan kvinna och var fjärde man kommer att drabbas av minst en osteoporosrelaterad fraktur i livet efter 50 års ålder.

»På samma sätt ... borde sekundärprevention efter fraktur vara en självklarhet.«

Trots att svenskarna är ett av de folk i världen som drabbas av högst andel osteoporosfraktur, får endast cirka 10 procent av kvinnorna i Stockholm över 50 år sekundärpreventiv läkemedelsbehandling inom ett år efter sin osteoporosfraktur, och endast 3 procent av männen [5]. Det ser likartat ut i övriga landet.

Eftersom underbehandlingen är så stor är dagens preventiva insatser primärt fokuserade på två stora och lättidentifierade högriskgrupper: patienter som råkat ut för en första osteoporosrelaterad fraktur, eftersom dessa har drygt en fördubblad risk att drabbas av en ytterligare fraktur, och patienter som har eller är aktuella för långvarig behandling med perorala glukokortikoider, där riskökningen kommer fort och ökar med ökande dos.

Utredning och riskvärdering måste vara individuell och ta hänsyn till patientens hela riskprofil (Figur 1). Kvantifiering av risk kan man göra till exempel med webb-

verktyget FRAX (Fracture risk assessment tool) [6], som rekommenderas i cirka 80 olika riktlinjer globalt. FRAX tar hänsyn till en rad kliniska riskfaktorer och benträthet, men har vissa begränsningar. Därför behöver även andra riskfaktorer, till exempel fallrisk, frakturlokal, tid sedan fraktur, antal tidigare frakturer, kortisondos samt benträthetsvärde i ländrygg, vägas in för att ge en samlad riskvärdering.

Benträthetsmätning (DXA) – viktigt verktyg

DXA (dual-energy X-ray absorptiometry) har en viktig funktion att fylla för att värdera frakturrisken hos patienten. Dessutom ger de flesta DXA-maskiner även samtidig information om förekomst av kotkompressioner, vilket påverkar riskbedömningen och valet av läkemedel dramatiskt.

I vissa fall kan det dock vara motiverat att påbörja behandling omgående utan föregående DXA-mätning, exempelvis:

- om behandlingsindikation och läkemedelsval inte påverkas (till exempel hos de allra äldsta med höftfraktur eller biologiskt äldre med hög frakturrisik)
- om patienten inte kommer att kunna genomföra undersökningen
- i väntan på DXA, exempelvis vid insättning av hög dos systemisk kortisonbehandling.

Behandla vid förhöjd frakturrisik

I dag finns effektiva läkemedel för att stärka skelettet. Läkemedelsbehandling bör alltid övervägas till patient med

- nyligen genomgången eller tidigare fraktur i höft eller kota, oavsett benträ-

HUVUDBUDSKAP

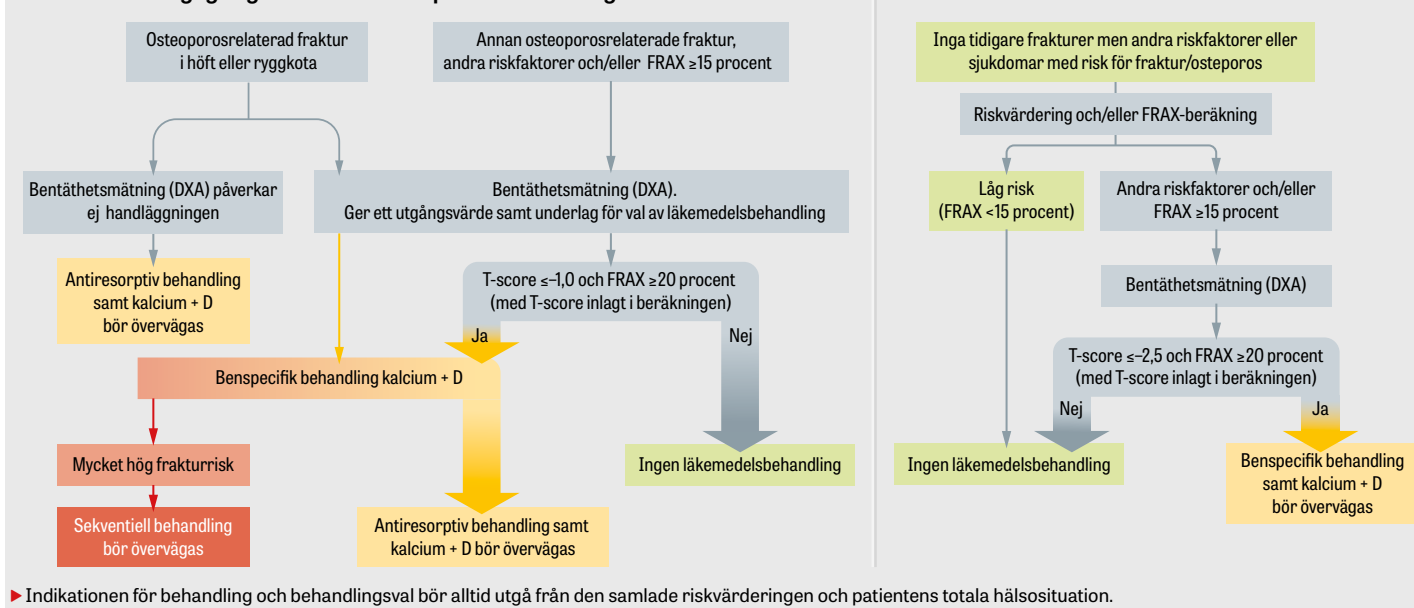
- Det är viktigt att de nya nationella riktlinjerna implementeras.
- Osteoporos leder obehandlad ofta till höft- och kotfrakturer med höga kostnader och stort lidande.
- Frakturkedja identifierar patienter med nyligen genomgången fraktur i syfte att tidigt sätta in sekundärpreventiva åtgärder.
- Man bör helst välja ett parenteralt läkemedelsval för bästa följsamhet.
- Skelettanabola alternativ bör övervägas vid mycket hög frakturrisik och ger bäst effekt hos behandlingsnaiva patienter.
- Benträthetsmätning är ett viktigt verktyg för att identifiera patienter med mycket hög risk.

FAKTA 1. Om Osteoporossällskapet

Svenska osteoporossällskapet (svos.se) är ett nationellt samlande expertorgan för olika specialiteter och verkar för att förbättra osteoporosvården med målet att antalet frakturer ska minska i Sverige.

Styrelsen består av Bo Freyschuss (ordförande), Kristian Axelsson, Ingrid Bergström, Sigrídur Björnsdóttir, Andreas Kindmark, Mattias Lorentzon, Eva Oskarsson, Katrin Rimsby och Märít Wallander.

FIGUR 1. Utredningsgång och val av osteoporosbehandling



het, om det inte finns kontraindikationer

- annan nyligen eller tidigare genomgången osteoporosrelaterad fraktur och hög frakturrisik (FRAX ≥ 20 procent för osteoporosfraktur) samt låg bentäthet (T-score ≤ -1)
- låg bentäthet (T-score $\leq -2,5$) och hög frakturrisik (FRAX ≥ 20 procent för osteoporosfraktur).
- peroral kortisonbehandling (mer än motsvarande 5 mg prednisolon dagligen och förväntad behandlingstid överstigande 3 månader), särskilt vid ålder över 65 år.

De antiresorptiva osteoporosläkemedlen är förstahandsval vid läkemedelsbehandling och kan användas inom primärvård och på sjukhus. Preparatvalet ska vara individualiserat och resultera i det alternativ som är mest lämpligt för patienten baserat på klinisk helhetsbild, genomförbarhet och eventuella kontraindikationer. Hos patienter där man inte kan säkerställa följsamhet till bisfosfonat veckotablett bör man välja ett parenteralt alternativ.

Överväg sekventiell behandling

Sekventiell behandling, det vill säga skelettanabola läkemedel (teriparatid och romosozumab) följt av antiresorptiv behandling, bör övervägas hos patienter med mycket hög frakturrisik och låg benmassa, till exempel patienter med

- en eller flera kliniska kotkompressioner efter lågenergitrauma
- klinisk kotkompression och pågående kortisonbehandling
- en eller flera andra osteoporosfrakturer

och mycket hög frakturrisik i kombination med påtagligt låg bentäthet

- uttalat låg bentäthet efter benmetabol specialistutredning.

Skelettanabola läkemedel har i randomiserade studier visats vara mer effektiva än bisfosfonater för patienter med mycket hög frakturrisik som haft en eller flera kotkompressioner. De ger en större ökning i bentäthet och minskar frakturrisiken signifikant mer än bisfosfonater [7, 8]. Skelettanabola läkemedel (teriparatid eller romosozumab) bör insättas av specialister inom osteoporosområdet som är väl förtrodda med preparaten. Effekten av de skelettanabola läkemedlen på bentäthet blir bättre om behandlingssekvensen inleds med skelettanabol behandling än om antiresorptiv behandling ges först [9]. Därför är det viktigt att man tidigt identifierar patienter med mycket hög frakturrisik och överväger remiss till specialiserad osteoporosenhet, där skelettanabol behandling initieras. När behandling med skelettanabola preparat avslutats är det viktigt att fortsätta med antiresorptiva läkemedel för att få en fortsatt förbättring av bentätheten och bestående frakturpreventiv effekt.

Sekundärprevention med frakturkedja

Socialstyrelsen, Läkemedelsverket och SKR är överens om att patienter som drabbas av en osteoporosrelaterad fraktur bör genomgå en systematisk riskvärdering, utredning med DXA och vid behov behandling. Frakturkoordinatorerna har en central roll i frakturkedjan för identifiering och riskvärdering av patienter med

osteoporosrelaterade frakturer och koordinering av processen. Detta är ett effektivt och kostnadsbesparande sekundärpreventivt arbetssätt som ökar läkemedelsbehandling och minskar risken för ny fraktur [10]. På samma sätt som sekundärprevention efter hjärtinfarkt är en självklarhet, borde sekundärprevention efter fraktur vara en självklarhet.

Sammanfattningsvis bör en strukturerad frakturkedja organiseras vid varje sjukhus som handlägger frakturpatienter. ○

- Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Kristian Axelsson har erhållit arvode från Amgen, Meda/Mylan och Lilly för osteoporosutbildning.

Citera som: Läkartidningen. 2022;119:22039

REFERENSER

1. Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar. Reumatoid artrit, axial spondylartrit, psoriasisartrit, artros och osteoporos. Stöd för styrning och ledning 2021. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021. Artikelnr 2021-1-7137.
2. Läkemedel vid osteoporos för att förhindra benskörhetsfrakturer - behandlingsrekommendation. Information från Läkemedelsverket. 2020;(1).
3. Sveriges Kommuner och regioner (SKR), Nationellt system för kunskapsstyrning, Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Osteoporos - sekundärprevention efter fraktur. 24 feb 2021. https://d2flujgs17escs.cloudfront.net/external/210224_Vårdförlopp_Osteoporos_Publ.pdf
4. Svenska osteoporossällskapet. Vårdprogram för osteoporos. 2 maj 2021. https://svos.se/vardprogram_osteoporos_svos.pdf
5. Freyschuss B, Svensson MK, Cars T, et al. Real-world effectiveness of anti-resorptive treatment in patients with incident fragility fractures - the STORM cohort - a Swedish retrospective observational study. *J Bone Miner Res.* Epub 5 jan 2022. doi: 10.1002/jbmr.4498.
6. Kanis JA, Johansson H, Carvey NC, et al. A brief history of FRAX. *Arch Osteoporos.* 2018;13(1):118.
7. Kendler DL, Marin F, Zerbini CAF et al. Effects of teriparatide and risedronate on new fractures in post-menopausal women with severe osteoporosis (VERO): a multicentre, double-blind, double-dummy, randomised controlled trial. *Lancet.* 2018;391(10117):230-40.
8. Saag KG, Petersen J, Brandi ML, et al. Romosozumab or alendronate for fracture prevention in women with osteoporosis. *N Engl J Med.* 2017;377(15):1417-27.
9. Cosman F, Nieves JW, Dempster DW. Treatment sequence matters: anabolic and antiresorptive therapy for osteoporosis. *J Bone Miner Res.* 2017;32(2):198-202.
10. Axelsson KF, Johansson H, Lundh D, et al. Association between recurrent fracture risk and implementation of fracture liaison services in four swedish hospitals: a cohort study. *J Bone Miner Res.* 2020;35(7):1216-23.