

Indikasjoner for osteoporosebehandling

T-skår $\leq -2,5$

Prednisolon ≥ 5 mg > 3 mnd
+ T-skår < -1 eller
tidligere lavenergi brudd

Lavenergi hoftebrudd, ryggbrudd eller ≥ 2 brudd
uansett T-skår

Lavenergibrudd
+ T-skår $< -1,5$

FRAX skår* $>20\%$
10 års risiko for
osteoporosebrudd

*FRAX for Norge:
<https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.aspx?country=42>

Medikamentell behandling

Alle skal ha daglig
1000 mg kalsium
+ Vit-D 800IE (20 μ g)
Helst via kost

1. valg:
p.o. Alendronat 70mg/uke
(Alt: Binosto, Optinate,
Bonviva)
Kontra: eGFR < 35 ml/min,
svelgvansker, reflux, ulcus

2. valg:
i.v. Zoledronat 5 mg hvert
1.-3. år.
Kontra: eGFR < 35 ml/min,
dårlig regulert
hjertesvikt/AF

3. valg:
s.c. Denosumab /6.mnd
 $\downarrow$ compliance. Vurderes
hos kvinner > 75 år.

4. Valg:
(vurderes som 1. valg ved
alvorlig osteoporose)
s.c. Teriparatide 20 μ g/dag
i 2 år eller Romosozumab
105 mg s.c. x2/mnd i 1 år.

Østrogen eller SERM
vurderes hos kvinner
 < 65 år
Kontra: tromboseisiko,
cancer mammae

Oppfølging

Bisfosfonater:

Vurder behandlingseffekt med benmarkør P1NP etter 6-12 mnd og/eller DXA etter 2-3 år

Etter 5 år p.o. behandling/3 år i.v. behandling
Vurder bruddrisiko og behov for videre behandling

Lav bruddrisiko:
T-skår $> -2,5$, få
risikofaktorer
Behandlingspause Ny
vurdering med DXA
etter 2-3 år

Høy bruddrisiko:
T-skår $< -2,5$, flere
risikofaktorer
Fortsett behandlingen.
Ny vurdering med DXA
etter 2-3 år

Terapiskifte vurderes ved:
Brudd under behandling,
uendret/nedgang i T-skår
under behandling,
kortisonbehandling ved høy
bruddrisiko

Denosumab:
i utgangspunktet
livslang behandling

Hvis DMB seponeres:
Bisfosfonatbehandling
minst 1-2 år pga
reboundfenomen

Høy bruddrisiko: fortsette
med Dmb ev bytte til
Teriparatide/
Romosozumab

Teriparatide 2 år:
Kontra: hyperparathyroidisme,
cancer, tidligere stråling

Romsozumab 1 år:
Kontra: gjennomgått
hjerteinfarkt eller hjerneslag.
Alvorlig nyresvikt. Hypokalsemi.

Teriparatide og Romosozumab
skal alltid etterfølges av annen
behandling mot osteoporose

Østrogen/SERM
 < 65 år

Hos kvinner i 5-10 år.
Ved høy bruddrisiko
vurder bytte/tillegg av
bisfosfonat/denosumab
Ved lav bruddrisiko
vurder pause + ny
vurdering med DXA etter
2-3 år