

**Handläggare**

Ida Zakrisson (ien020)

**Fastställare**

Åsa Bellander (abr013)

**Gäller för**

Närsjukvårdsområde Söder

Närsjukvårdsområde Norr

Närsjukvårdsområde Väster

Länssjukvårdsområde somatik

Länssjukvårdsområde psykiatri och habilitering

Privata vårdgivare

**Dokumenttyp**

Rutin

**Giltigt till och med**

2025-07-18

**Fastställt**

2024-01-18

**Reviderat**

2024-01-18

**Granskare**

Eva Oskarsson (eon004), Karin Dunberg Smeds (kdg002), Maria Alsén Lindström (man021), Gabriella Pakkanen (gat002)

**Dokumentnr / Version**

791331 / Version 1

**Processägare****Ytterligare information**

Dokumentet framtaget av

Läkemedelskommitténs terapigrupp

rörelseorganen

## Osteoporosprofylax vid kortisonbehandling

### Bakgrund

Kortisonbehandling är den vanligaste orsaken till sekundär osteoporos med frakturer. Den största benförlusten sker tidigt och snabbt. Frakturrisken är dosberoende och ökar redan inom 3–6 månader efter insatt kortisonbehandling. Mellan 30 och 50 procent av patienterna med kortisonbehandling under längre tid får frakturer, dessa uppkommer ofta under det första behandlingsåret.

Störst tillkomst av kotkompressioner sker under första året, då kortison dosen vanligen är högst, men risken ökar med behandlingens längd och total kortison dos över tid. Hos patienter med kortisonbehandling uppkommer dessutom frakturer vid högre bentäthet jämfört med icke-kortisonbehandlade.

Eftersom största benförlusten sker tidigt och snabbt är det viktigt att sätta in förebyggande behandling i princip samtidigt med att kortisonbehandlingen påbörjas, även om man är osäker på hur lång behandlingstiden kommer att bli och oavsett om eventuellt DXA svar föreligger. Väntar man 3 månader, har redan en betydande benförlust skett och behandlingseffekten försämras.

### Indikation för behandling

Kvinnor och män över 40 år som ordineras kortison motsvarande minst 5 mg Prednisolon/dag under förväntad behandlingstid på minst 3 månader ska samtidigt sättas in på behandling med motsvarande 800 IE vitamin D och 500–1000 mg Kalcium/dag samt benspecifik behandling.

För att få utgångsvärde på bentäthet bör patienten i samband med insättning även remitteras för DXA-mätning. Vänta inte på svar på DXA-mätningen innan behandlingen sätts in.

Ovanstående kan även övervägas hos yngre vid startdos över 30 mg/d. Om DXA-mätningen skulle påvisa T-score över -1.0 kan den benspecifika behandlingen utsättas men patienterna bör ändå fortsätta med kalk och D-vitamin.

<b>Dokumenttyp</b>	<b>Fastställt</b>	<b>Reviderat</b>	<b>Giltigt till och med</b>	<b>Dokumentnr / Version</b>
Rutin	2024-01-18	2024-01-18	2025-07-18	791331 / Version 1

## Preparatval

- Icke-farmakologisk behandling: Fysisk aktivitet, undvika rökning och alkohol.
- Kalk och D-vitamin: Kalcipos D Forte 1 x 1 såvida patienten inte har hyperkalcemi, i så fall endast D-vitaminsubstitution.
- Benspecifik behandling:
  1. Zoledronsyra: I.v. infusion. Förstahandsval. Vid GFR över 35. Ges en gång per år.
  2. Alendronsyra: Veckotablett. Vid GFR över 35.
  3. Denosumab: Subkutan injektion. Vid intolerans för bisfosfonater eller vid GFR under 35. Ges en gång var sjätte månad. Betrakta risken för hypokalcemi kan drabba framför allt patienter med nedsatt njurfunktion.

## Behandlingskontroll

Behandlingskontroll med förnyad DXA-mätning bör i regel göras efter 3 år hos patienter som står på kortison + benspecifik behandling, men de patienter som står på kortison, hos vilka man avstått benspecifik behandling, bör remitteras för ny DXA-mätning redan efter 12 månaders behandling. DXA-mätning bör även övervägas efter avslutad långvarig kortisonbehandling.

## Utsättning av behandling

I normalfallet gäller utsättning efter 3 års behandling med i.v bisfosfonat och efter 5 års behandling med peroral bisfosfonat, och detsamma gäller vid långvarig kortisonbehandling då effekten av bisfosfonat sitter i även efter utsatt behandling eftersom den lagras in i skelettet.

När kortisonet sätts ut eller är mindre än motsvarande 5 mg Prednisolon/dag kan dock den benspecifika behandlingen avslutas men behandling med kalk och D-vitamin ska fortgå ytterligare 1–2 år. Undantag, se nedan.

## Vilka ska remitteras till osteoporosmottagningen?

Remiss till osteoporosmottagningen rekommenderas i följande fall:

- Sjunkande bentäthet eller frakturer trots pågående behandling
- Kvinnor i fertil ålder i behov av benspecifik behandling



Dokumenttyp	Fastställt	Reviderat	Giltigt till och med	Dokumentnr / Version
Rutin	2024-01-18	2024-01-18	2025-07-18	791331 / Version 1

- Vid intolerans mot ovan nämnda preparat.
- Vid planerad utsättning av kortison hos patient som behandlats med Denosumab längre än 1 år, för ställningstagande till om behandlingen med Denosumab ska fortgå eller utsättas

## Relaterad information

[Behandlingslinje Osteoporos](#)

[Mitt läkemedel - Osteoporosprofylax vid kortisonbehandling](#)