

## Endring av fraser og behandlingsråd fra Osteoporosepoliklinikken

Vi har akkurat hatt en ny revisjon av prosedyrene på osteoporosepoliklinikken. Det er nå 2 år siden vår siste store revisjon. Så her kommer litt informasjon om dette, fint viss du kan formidle dette til fastlegene.

Det har skjedd store endringer i både diagnostikk, behandling og oppfølging av osteoporose de siste årene, og det er en gledelig utvikling. Jeg får mange forespørsler fra fastleger, og det er en meget nyttig, effektiv og for meg hyggelig måte å kommunisere om disse pasientene på. Det er mer fokus på den totale bruddrisikoen som avgjørende for om man skal behandle, og for valg av behandling. Her er DXA-måling en del av et puslespill, men ikke fasiten. Viser til den nasjonale prosedyren for oppsummering, denne ligger i appen Metodebok, på [norskrevmatologi.no/osteoporose](http://norskrevmatologi.no/osteoporose), eller via nettsidene til Norsk revmatologisk forening. Det er et pågående arbeid for å lage felles nasjonale retninglinjer på tvers av faggruppene revmatologi, ortopedi, endokrinolog og allmennpraksis.

### Hva har endret seg de siste 2 årene? Oppsummerer de viktigste punktene slik jeg ser det:

- 1) Ofte mer komplekse avgjørelser, da pasientgruppen har fått ulik behandling tidligere, og er langt ut i sykdomsforløpet
- 2) VFA (vertebral fracture assessment) er meget sentralt. Vi tar sidescan av ryggsoylen på de aller fleste nå, oppdager mange kompresjonsbrudd, og dette kan også brukes til sammenligning over tid. Ofte er dette det som avgjør behandlingsråd.
- 3) Dersom DXA ikke får behandlingmessig konsekvens, bør det heller ikke gjøres
- 4) Stadig flere pasienter får zolendronsyre etter innleggelse med lavenergi-brudd på ortopedisk sengepost, og så skal det tas stilling til videre behandling i etterkant
- 5) Flere medikamenter å velge mellom, og mer individualisert behandling
  - a. Anabole medikamenter brukes i stadig mer utstrekning. Romosozumab (Evenity) månedlig injeksjon i 1 år før overgang til annen anti-resorptiv behandling er det mest effektive bruddforebyggende valget, og kan søkes på §3a hos pasienter med uttalt osteoporose og brudd, se [norskrevmatologi.no/osteoporose/behandling](http://norskrevmatologi.no/osteoporose/behandling) for detaljer. PTH analog (nå etter LIS-anbud Terrosa, biotilsvarende til Forsteo) brukes også mer enn tidligere.
  - b. Ved GI-intoleranse for po Alendronate er både brusetablett Binosto og iz zolendronsyre gode alternativer
  - c. Ved fast bruk av PPI er den bruddforebyggende effekten av po bisfosfonat lavere, og ved høy bruddrisiko bør iv behandling foretrekkes
  - d. Fokus på økt bruddrisiko ved seponering eller ikke regelmessig administrering av Prolia pga reboundfenomen
  - e. Mer fokus på varighet av behandling, diskusjon rundt fortsatt indikasjon og behandlingspauser
  - f. P1NP er kommet inn som et nyttig verktøy for å vurdere aktiv beinresorpsjon og varighet av zolendronsyreeffekten
- 6) Mer fokus på fysisk trening for å forebygge brudd, se vedlegg som viser veldig gode og matnyttige britiske guidelines for fysioterapibehandling av vertebrale brudd, både i akuttfasen og for å forebygge flere vertebrale frakturer. Alle pasienter som har alvorlig osteoporose og/eller vertebrale brudd, vil kunne ha stort utbytte av en fysioterapeut med interesse for og kunnskap for temaet

### Endringer i standardfraser fra Osteoporosepoliklinikken i Førde, fra og med 10.03.23

Vi har en rekke standardfraser som blir valgt utifra problemstilling (osteoporose nydiagnostisert eller kontroll, osteopeni, normal BMD, primær hyperpara, bruk av glukokortikoider, bruk av

aromatasehemmer etc). Det er endret noe i ordlyd, og oppdateringer er utført. Vi tar inn link til behandlingsveileder noen steder, spesielt på pasientgruppen med osteopeni på DXA som har hatt lavenergibrudd. Det er da ofte behandlingsindikasjon, avhengig av total bruddrisiko, f eks estimert ved FRAX. Denne gruppen er nok betydelig underbehandlet.

Det vil komme mer standardisert informasjon om anabol behandling der det vurderes indisert, i tillegg til et individualisert notat nederst i vurderingen. Dersom det ikke er et tillegg av meg, markert med navn og dato nederst i epikrisen, er det fordi jeg mener at standardteksten som er valgt gir all nødvendig informasjon, og det er da overflødig med tillegg. Alle epikriser fra DXA-sykepleiere blir lest, vurdert og endret etter behov av meg før godkjenning. Jeg ser derimot ikke pasienten, og total bruddrisiko kan derfor ofte bedre estimeres av en fastlege som kjenner pasienten over tid.

Og til slutt en oppfordring:

Som alltid når endringer skjer vil det dukke opp ting som trenger justering. Vi vil revidere internt etter 2-3 mnd bruk av de nye frasene på osteoporosepoliklinikken. Vi setter også stor pris på tilbakemeldinger fra dere som mottar epikrisene og snakker med pasientene, dersom dere ser noe som behøver tilpassing. Takk for godt samarbeid!

Vennleg helsing

**Anja Myhre Hjelle**  
Overlege  
/ +4790198812  
Helse Førde HF