

Osteoporosepoliklinikken; indikasjoner, tilvisingar, diverse problemstillinger. Rapport etter møte med PKO.

Etter at osteoporosepoliklinikken ved revmatologisk avdeling ble evaluert og endret i drift og epikrisestruktur fra høsten 2018, er det et veldig positiv inntrykk der mange primærleger via dialogmeldinger men også via opplysninger i henvisningene har stor kunnskap og interesse for utredning og behandling av osteoporose. Det er en oppfatning av fastlegene er mer fornøyde med tilbakemeldingene fra osteoporosepoliklinikken etter omleggingen. Vi fra revmatologisk side ønsker å komme med følgende generelle råd/presiseringer:

- a. Det er ofte ikke behov for DXA måling for å stille behandlingsindikasjon dersom det er klare lavenergibrudd hos pasienter med høy alder og stor risiko for refraktur. Dette gjelder eldre mennesker etter lavenergi hoftebrudd og røntgenologisk påviste sikre kompresjonsbrudd uten mistanke om annen bakenforliggende tilstand. Dersom det er ønskelig med DXA, kan det selvsagt henvises, men det er ikke behov for å vente med oppstart behandling. Selv ved en normal BMD eller osteopeni verdier, vil det her være klar indikasjon for oppstart behandling uansett pga klinisk osteoporose. Viser her til prosedyrene fra Norsk revmatologisk forening:

<https://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-revmatologisk-forening/Fagradets-innstillinger/Ferdige-norske-prosedyrer/>
- b. Hvem skal screenes med DXA? Her er det litt ulike oppfatninger. Vi mener at det skal ha sannsynlig behandlingmessig konsekvens, og ikke tas som en del av en rutinemessig helsesjekk. At det er osteoporose i familien er ikke en etablert risikofaktor i FRAX dersom det ikke er gjennomgått lavenergifrakturer hos disse familiemedlemmene (først og fremst lårhalsbrudd). Her tenker jeg at vi må ha en dialog dersom vi som mottar henvisningen ikke er enig om at det er indikasjon for DXA, men det er ikke mulig å sette absolutte regler selvsagt. Vi har heller ingen private klinikker i fylket å henvise pasientene til der det ikke ansees som rett til nødvendig helsehjelp, så dersom vi har kapasitet, vil vi strekke oss langt for å tilby BMD til pasienter som har grenseindikasjon også.
- c. Det ble diskutert fare for kjeveosteonekrose, behov for å avvente oppstart behandling av antiresorptiva (bisfosfonat po eller iv og denosumab) til etter sanering av munnhule og større planlangte tanninngrep. Viser her også til avsnittet i prosedyren til NRF (link over). Sannsynligheten for kjeveosteonekrose er meget lav, og vi som revmatologer føler at tannlegene har en overdreven redsel for dette, noe som blir projisert over på pasientene. Dersom det er åpenbart veldig dårlig tannstatus anbefaler vi en sjekk hos tannlegen før oppstart. Dersom det trengs større inngrep som er i relasjon til kjevebeinet, bør dette gjøres før oppstart av antiresorptiva. Dersom slik behandling er startet, har det ingen nytteverdi å seponere eller pause behandlingen før tanninngrep. Da må man bare være oppmerksomme, og ha lav terskel for antibiotikabehandling dersom det oppstår infeksjonsmistanke etter inngrepet.