

## **DES høringssvar til DSAM klinisk vejledning: Osteoporose hos kvinder efter overgangsalderen og hos mænd over 60 år i almen praksis 2023**

Dansk Endokrinologisk Selskab takker for muligheden for at afgive høringssvar til ovenstående kliniske vejledning. Vi har følgende kommentarer og forslag

### 1. Indledning, side 6

Vejledningen er naturligt nok fokuseret på de patientgrupper, der primært behandles i almen praksis. Man bør nok klargøre dette ved at oplyse at yngre voksne kan henvises til endokrinologisk udredning og børn/unge til pædiatrisk vurdering.

Risiko for brud afhænger også af KRAM faktorer

Behandling for osteoporose reducerer ikke risiko for brud til 0%, men kan afhængigt af behandlingsvalg, halvere risiko for brud også ved fald - ordvalget giver indtryk af at behandling ikke nytter/ gør nogen forskel for de patienter der er uheldige at falde.

### 3. Forebyggelse og knoglevenlig livsstil, side 8-9

Forslag til tilføjelser under 'Andre opmærksomhedspunkter':

Patienter med hypercalcæmi pga malign sygdom eller sarkoidose skal almindelig ikke have tilskud af calcium og vitamin D. Disse patienter kan evt. konfereres med relevant specialist.

Fysisk træning kan nedsætte kønshormonniveauet hos både mænd og kvinder.

### 4. Hvordan skal vi overveje udredning for osteoporose?, side 10-12

Lavenergibrud på ryg eller hofte bør betegnes som diagnostiske for og ikke definerende for osteoporose.

Under punktet korticosteroider mangler: 'eller > 450 mg indenfor 1 år'. Eller bedre skal dette udsagn slettes i figur 3

Tabellen med udtømmende risikofaktorer er uden skelen til om risikofaktorer er ligeværdige og kan derfor være svær at vurdere eks. om pernicious anæmi eller tidlig menopause er lige vigtige.

Genetisk disposition bør udbygges til førstegradsslægtninge

'Patientsamtalen' kan suppleres med understøtte patienten i fysisk aktivitet/ hvad der er vigtigt og muligt for den enkelte patient. Hvad menes der med at "en god samtale.. kan give et bedre resultat"? Savner uddybning

### 5. Undersøgelse ved mistanke om osteoporose, side 13-16

Hvis patienten har haft lavenergi vertebral sammenfald og/eller hoftebrud er biokemisk screening før DXA hensigtsmæssig for at påvise tilstande hvor hurtig behandling er ønskværdig: f.eks D vitamin mangel, thyreotoksikose, myelomatose.

Det bør præciseres at vurdering af behandlingseffekt foretages ud fra den procentvise ændring i den direkte målte BMD og ikke den beregnede T-score (afrundingdfejl) .

"Henvisningskrav til DXA-skanning": bør også indeholde oplysning om tidligere og igangværende medicinsk behandling, herunder varighed

"VFA": Undersøgelsen er bedre til at udelukke, end til at påvise sammenfald. Ved tvivl skal henvises til konventionel røntgen optagelse.

"Røntgenundersøgelse af columna thoracolumbalis" – kun hvis konsekvens? Er det ikke væsentligt at afgøre ved klinisk mistanke, da det betyder noget for sygdommens sværhedsgrad og råd til patienten i forhold til motionsaktivitet?

Kassen med knoglemarkører kan med fordel flyttes til afsnittet om behandlingskontrol.

Der er stor forskel på, hvor i landet det er muligt at bestille knoglemarkører fra almen praksis, dertil kan svaret også variere idet ikke alle laboratorier angiver præmenopausal median værdi.

"Biokemisk screening" – afsnittet kan med fordel flyttes til "Hvis der konstateres osteoporose"

#### 6. Hvis der konstateres osteoporose eller lavt BMD, side 17

Udover D-vitaminmangel med påvirket knoglemetabolisme er der næppe KRAM faktorer, hvor ændring vil medføre så store ændringer i BMD at det indikerer ny scanning efter 6-12 måneder.

Hvem skal behandles?, side 17-18

"den absolutte effekt er ofte lav" er ikke rigtigt. Hos patienter med høj fremtidig frakturrisiko vil en halvering fra f.eks 80% til 40% over 10 år være betydelig.

De anførte tal for NNF er urealistiske for danske forhold. Hvis man anvender de anbefalede behandlingsindikationer vil laveste absolutte 10 års risiko være ca 8% hvilket svarer til NNT på ca 300

#### 7. Hvilke behandlinger?, side 18-24

Med hensyn til frakturprofylakse er iv bisfosfonat og denosumab ligeværdige og bør sidestilles.

Tandlægebesøg før behandlingsopstart bør kun anbefales til de patienter, som ikke allerede rutinemæssigt går til tandlæge

Ifht. behandlingssvigt; nye knoglebrud bør altid lede til revurdering af behandlingsplan.

Den internationalt accepterede definition af behandlingssvigt: en patient i behandling med antiresorptivt lægemiddel med god kompliance i min. 12 måneder, der oplever 2 eller flere frakturer, signifikant fald i BMD på DXA, ikke supprimerede knoglemarkører efter 6 måneders behandling..

#### 8. Varighed af behandling, side 24-25

Det er ikke sandt at bisfosfonat er mest effektivt i de første 5 år af behandlingen. BMD stabiliseres efter den første periode og patienter med behov for yderligere behandling vil også have frakturforebyggende effekt af behandlingen så længe de får den.

Der er begrænset evidens for anbefalinger vedr. brug af knoglemarkører og der skal tages højde for hvordan de måles (faste før CTX), ligesom det ikke er en mulighed overhovedet at måle knoglemarkører alle steder, dertil kommer tolkning af analysesvarene.

Behandlingspause kan monitoreres med årlig kontrolmåling af knoglemarkører, hvis det er muligt. DXA kontrol anbefales efter 2 års behandlingspause.

Po. Bisfosfonatbox:

Det bør fremgå klart at behandlingspause/ophør kun er relevant efter min 5 års behandling. Den nuværende formulering kan misforstås

forslag til tilføjelse: Bisfosfonat skal som hovedregel ikke pauseres hos patienter i fortsat prednisolon behandling  $\geq 5$  mg daglig. Ved tvivl konferer med specialist.

Vedr. denosumab:

Det øgede knogletab ved ophør med denosumab kan kun modvirkes af alendronat hos patienter, der har fået denosumab i 2,5 år eller derunder. Effekt af alendronat bør kontrolleres med knoglemarkører. Har

patienten fået 3 års behandling med denosumab, vil patienten typisk have brug for 1 -flere infusioner af iv bisfosfonat og henvises til osteoporose/endokrinologisk afdeling til dette.

#### 10 Smertebehandling, side 25

Smerter ved vertebrale sammenfald er ofte længerevarende, op til 6-12 mdr.

#### Bilag 1

Tilføje mulighed for henvisning til faldudredning

#### Skema 1

Patienter i behandlingspause skal monitoreres efter 1-2 år.

#### Fig 3 Systemisk steroid

Vi foreslår at ændre "planlagt systemisk steroid" til Forventet eller forudseelig systemisk steroid.....

Ofte er den fremadrettede dosis ikke direkte planlagt, men behandlende læge kan udmærket forudse at de knoglekritiske doser vil blive overskredet, f.eks ved polymyalgia rheumatica

Venlig hilsen

Pernille Hermann  
Formand for Dansk Endokrinologisk Selskab