

Stappenplan voor fractuurpreventie in de eerste lijn op basis van de NHG-standaard

Dit werkblad is een compacte versie van de NHG-standaard fractuurpreventie. Het is bedoeld voor huisartsen en praktijkondersteuners om snel en overzichtelijk te kunnen bepalen welke behandeling bij de patiënt past.

Het primaire doel van de eerstelijnsbehandeling van osteoporosepatiënten is fractuurpreventie. Dit heeft te maken met de mogelijk sterk verhoogde kans op een nieuwe fractuur binnen twee jaar. De in te zetten medicatie is effectief, goedkoop en kent relatief weinig bijwerkingen. Sinds de multidisciplinaire richtlijn de verantwoordelijkheid voor diagnostiek en behandeling grotendeels bij de tweede lijn heeft neergelegd, is de rol van de eerste lijn samen te vatten in vijf taken:

Classificatie van de wervelfractuur die door de radioloog moet worden gebruikt

Genant classificatie
hoogteverlies wervel
(Graad 0 = normaal)

20 tot 25% = Graad 1
25 tot 40% = Graad 2
≥ 40% = Graad 3

Samengesteld door
dr. L.W.F. Maartens, huisarts,
lid richtlijnencommissies
NHG en MDR Osteoporose en
Fractuurpreventie

1 Controle en nazorg

Patiënten die zijn gedocumenteerd (na diagnostiek en instellen behandeling) en die na het 50e levensjaar een fractuur hebben (gehad), worden uit de tweede lijn terugverwezen naar de eerste lijn. Dit met de expliciete vraag om de patiënten in controle te houden en eventueel terug te verwijzen na het verstrijken van de behandeltermijn. De patiënten die de eerstelijnszorgverlener in eigen beheer diagnosticeert en behandelt, vallen binnen dezelfde controle en nazorg.

2 Case Finding

Aandacht voor patiënten van 60 jaar en ouder die geen fractuur hebben, maar bij wie multipele risicofactoren, polymorbiditeit en/of mogelijke secundaire osteoporose spelen. Deze groep is vaak al onder de aandacht/controle van de POH ouderenzorg.

3 Aandacht voor wervelfracturen

Dit is de meest voorkomende fractuur bij patiënten van 50 jaar en ouder. Deze fractuur heeft een zeer sterk voorspellende waarde voor nieuwe (vaak invaliderende) fracturen. Een deel van deze patiënten moet worden verwezen naar de tweede lijn.

Indicatie behandeling (Leeftijd, T-score en WF) of verwijzing 2e lijn (NHG Standaard = MDR)

Leeftijd	Wervelfractuur	T-score	Behandelindicatie
< 60 jaar	nee	≤ -2,5	Geen
60-70 jaar	nee	≤ -2,5	Overweeg medicatie
≥ 70 jaar	nee	≤ -2,5	Start medicatie 1 ^e lijn Of verwijs naar 2 ^e lijn
≥ 50 jaar	één graad 2 of één graad 3	-1 tot -2,5 -1 tot -1,5	
≥ 50 jaar	één graad 2 of twee graad 2 of één graad 3	≤ -2,5 ≤ -1,5 ≤ -1,5	Medicamenteuze behandeling vindt uitsluitend plaats in de 2 ^e lijn. Verwijzing geïndiceerd

Verwijzen naar tweede lijn (samenvatting)

Leeftijd	Wervelfractuur	T-score	Behandelindicatie
≥ 50 jaar	één graad 2	≤ -2,5	Start medicatie 2 ^e lijn
≥ 50 jaar	twee graad 2 of één graad 3	≤ -1,5	Start medicatie 2 ^e lijn

Of bij staken denosumab (stopprotocol) na langer gebruik (3jr+)

BRON: NHG-STANDAARD (2024)

4 Glucocorticoïdgebruik

Patiënten die langdurig glucocorticoïden gebruiken vormen een aparte categorie. Voor hen is er in een aantal specifieke gevallen een indicatie voor bisfosfonaten. De arts die deze GC voorschrijft is hiervoor verantwoordelijk.

Indicaties voor bisfosfonaten bij patiënten met systemisch GC-gebruik

Leeftijd	Dosering systemische glucocorticoïden (mg prednison/dag) ≥ 3 maanden	Behandelindicatie
≥ 40 jaar	≥ 2,5 - < 7,5 mg/dag of ≥ 4 stootkuren (= 900 mg) per jaar	Wervelfractuur ≥ graad 2* (zie ook indicatie voor deze risicogroep in tabel bij 3) of laagste T-score heup of wervelkolom ≤ -2,0
40-50 jaar	≥ 7,5 - 15 mg/dag	Recente fractuur (< 2 jaar) / wervelfractuur ≥ graad 2 of laagste T-score heup of wervelkolom ≤ -2,0
≥ 50 jaar	≥ 7,5 - 15 mg/dag	Behandeling altijd geïndiceerd

BRON: NHG-STANDAARD (2024)

Patiënten ≥ 50 jaar die ≥ 7,5 mg prednison per dag gebruiken (gedurende ≥ 3 maanden) moeten worden doorverwezen naar de tweede lijn als een of meer van de volgende factoren op hen van toepassing zijn:

- ≥ 75 jaar
- recente (< 2 jaar) niet-wervelfractuur
- wervelfractuur ≥ graad 2
- laagste T-score van heup of wervelkolom ≤ -2,0
- ≥ 15 mg prednison
- hoge ziekteactiviteit waarvoor glucocorticoïden nodig zijn en geen tweedelijnsbehandeling plaatsvindt
- bij contra-indicatie voor bisfosfonaten en behandeling met denosumab (via huisarts of tweede lijn)

5 Informatie en gemeenschappelijke besluitvorming

Huisarts en patiënt (50+) zijn, vooral na een eenvoudige fractuur, meestal niet alert op een mogelijk verhoogd fractuurrisico. Aanvullende diagnostiek via een DEXA/VFA is daarom een vereiste.

Voor diagnostiek, behandeling en therapietrouw is het van belang dat de patiënt zich bewust wordt van het risico op korte (< 2 jaar) en langere termijn van ernstige fracturen in o.a. wervels en heup.

Adviseer patiënten daarom thuisarts.nl en/of osteoporosevereniging.nl

Voor zorgverleners: zie osteoporosezorg.nl

Meer informatie

NHG standaard Fractuurpreventie:
[richtlijnen.nhg.org/standaarden/
fractuurpreventie](http://richtlijnen.nhg.org/standaarden/fractuurpreventie)

osteoporosezorg.nl

Disclaimer

Dit werkblad is geen advies voor een individuele patiënt of zorgverlener, maar een korte samenvatting van het gewenste beleid, bedoeld als algemene achtergrondinformatie. Omdat in het gesprek van de behandelaar met de patiënt soms belangrijke aanvullende gegevens naar voren komen, en omdat de individuele mening en voorkeur van zowel de patiënt als de behandelaar ook van belang zijn, kan de gezamenlijke besluitvorming van behandelaar en patiënt afwijken van deze algemene opmerkingen.



osteoporosevereniging.nl
en osteoporosezorg.nl