



# Brud trods behandling – hvad så?

Behandling for knogleskørhed betyder ikke nødvendigvis, at man kan undgå brud. Men man får nedsat sin brudrisiko til det halve. Om brud trods behandling skal resultere i skift af medicin vil altid være en skønssag.

Det giver sig selv, at man skal tage sin medicin som foreskrevet af lægen. Glemmer man sin medicin, eller springer man over indimellem, vil den ikke virke efter hensigten.

Men hvad vil det egentlig sige, at medicinen virker? Vil det fx sige,

at man er sikret mod brud, hvis bare man tager medicinen, som man skal?

“Nej, sådan kan man ikke gøre det op,” siger **Pernille Hermann, overlæge på Endokrinologisk Afdeling M på Odense Universitetshospital.**

“Medicin mod knogleskørhed reducerer antallet af brud med 50 %. Det er ikke ensbetydende med, at 50 % af de patienter, der er i behandling, nødvendigvis slipper for brud. Det er den enkeltes brudrisiko, der er nedsat til det halve.”

Brudrisiko er dog en vanskelig faktor at måle. For det første er det "kun" halvdelen af alle brud, som rammer kvinder over 50 og mænd over 60 år, som kan tilskrives de skøre knogler. For det andet er det en umulig opgave at vide, hvor mange brud den enkelte, der har knogleskørhed ville have fået uden behandling.

### Individuel vurdering

Derfor kan man ifølge Pernille Hermann ikke konkludere, at man altid skal skifte medicin, hvis man får et brud trods behandling.

"Det vil være en individuel vurdering. Faldet i risiko ved behandling er jo vurderet ud fra meget store grupper af patienter,

og det er vores opgave som læger at overføre de resultater til den enkelte patient. Det gør vi blandt andet ved at se på udviklingen i patientens T-score. Hvis den ligefrem falder, er det helt sikkert, at den ordinerede medicin ikke har virket, og så må vi finde en anden. Og forestiller man sig, at T-score er uændret, men patienten får ikke eet men to brud efter hinanden, vil vi i de fleste tilfælde også overveje, om der skal skiftes behandling. Men der vil stadig ikke være garanti for, at en anden medicin vil virke bedre", fortæller Pernille Hermann.

Hvis man taber knoglemasse på trods af behandlingen – eller har langt mindre effekt end forventet – bør ens læge overveje, om der kan være andre grunde til

de manglende resultater, såsom fx mangel på d-vitamin, forhøjet stofskifte mv. Sådanne eventuelle årsager kan afklares med en blodprøve.

### T-score og brudrisiko

T-score er et udtryk for knogle-mineralindholdet i ens knogler, men selv om man har et meget højt T-score – fx et T-score på minus 3 (hvor en T-score på minus 2,5 er grænsen for, hvornår man har knogleskørhed), er det langt fra sikkert, at man brækker sine knogler. Det er heller ikke sikkert, at man får et brud mere, hvis man allerede har brækket noget.

"Hvis man har knogleskørhed og har haft et brud, vil ens risiko for at få endnu et brud være forhøjet i et godt stykke tid, men ikke for altid. Det er også derfor, at man i forbindelse med vurderingen af, om en patient skal tilbydes PTH-behandling, ser på, om der er brud på rygsøjlen, som er opstået inden for de sidste par år. Ens brudrisiko hænger ikke direkte sammen med T-score men er måske i højere grad påvirket af, hvor mange risikofaktorer, man har."

### Dosering og vægt

Kan manglende effekt skyldes, at man får for lille medicindosis i forhold til sin kropsstørrelse?

"Taler man om fx bisfosfonater, går de ud og sætter sig i skelettet med det samme, så en effekt

vil aldrig være afhængig af, om man er tyk eller tynd. Men et stort menneske på fx to meter har selvfølgelig et større skelet end et lille menneske på 1,55 meter, og her kan det principielt give mening at forestille sig, at de to skal have forskellig dosis medicin. Vi har dog ikke tradition for at justere dosis i forhold til vægt på osteoporoseområdet, og der foreligger hverken studier eller retningslinjer på det område. Derfor gør vi det ikke."

### Skræddersyet forebyggelse

Man skræddersyr altså ikke dosis i forhold til den enkeltes vægt. Til gengæld vil man formentlig i en ikke så fjern fremtid kunne skræddersy en behandling ud fra en 3D-skanningsanalyse, der kan vise, om den enkelte patient har mest behov for at styrke knoglebarken eller trabeklerne (det korallignende væv inde i knoglebarken). Undersøgelser viser nemlig, at noget af den medicin vi har i dag, virker bedst på knoglebarken, og at anden medicin virker bedst på trabeklerne.

"Det er bestemt et realistisk scenarie, som der forskes intenst i for øjeblikket. Blandt andet her på Odense Universitetshospital", fortæller Pernille Hermann. "Det betyder, at vi inden for en overskuelig årrække med stor sandsynlighed vil kunne tilpasse behandlingsvalget til den enkelte patient og ikke bare som i dag være nødt til at ty til et på forhånd defineret førstevalg, som vi giver til alle. Så fremtidens patienter kan forvente en endnu mere effektiv behandling, end vi kan give i dag – og dermed en endnu mindre brudrisiko."

Medicin mod ”  
knogleskørhed  
reducerer antallet  
af brud med 50 %.

## Osteoporoseforeningens lægetelefon

Telefonen er åben for foreningens medlemmer hver torsdag kl. 16.00-18.00. Ved telefonen sidder overlæge Mette Hitz, Henrik M. Jensen, Lars Rejnmark og læge Torben Harsløf.

