

Fakta om den svære knogleskørhed


Hvad vil det egentlig sige at have svær knogleskørhed?
Hvor mange har det, og hvilke behandlingsmuligheder
findes der til de hårdest ramte patienter?

“Svær knogleskørhed.” Det er et begreb, man ofte støder på, når man læser og hører om emnet. Selv om det at have knogleskørhed kan føles meget forskelligt fra person til person – fx afhængigt af alder, livsomstændigheder og det antal brud, man har - så er det rent medicinsk ret entydigt, hvad begrebet dækker over.

“Knogleskørhed i svær grad er defineret som en kombination af en T-score, der er lig med eller har et større minus end minus 3 samt brud – også kaldet sammenfald – på rygsøjlen. Grunden til, at man fokuserer på rygsøjlen er, at bruddene her ofte opstår ved en uendelig lille belastning – fx bare man hoster, hvorimod brud på hofte og underarmsbrud som regel er forbundet med et fald”, **fortæller Pernille Hermann, overlæge på**

Endokrinologisk Afdeling M på Odense Universitetshospital.

Det kan måske synes uretfærdigt ikke at inkludere fx hoftebrud, der ofte kan have alvorlige konsekvenser for den enkelte. Men definitionen giver ifølge Pernille Hermann rigtig god mening i relation til vurdering af sygdommens sværhedsgrad, fordi det kan være svært at afgøre, hvor stor belastning, knoglerne har været

Der findes  ikke officielle tal på, hvor mange danskere, der har knogleskørhed i svær grad.

udsat for i forbindelse med et fald. Selv relativt stærke knogler kan jo brække, hvis man falder uheldigt.

Der findes ikke officielle tal på, hvor mange danskere, der har knogleskørhed i svær grad – men tallet ligger formentlig omkring 30.000. Til gengæld vil de fleste i denne gruppe formentlig være diagnosticeret

og i en eller form for behandling, mener Pernille Hermann.

Betydning for behandlingstilbud

Den officielle definition af, hvorvidt man kan tale om svær knogleskørhed eller ej, er først og fremmest relevant, fordi det kan influere på behandlingsstrategien.

Langt hovedparten af de lægemidler, der tilbydes patienter med knogleskørhed, er kendetegnet ved at bremse knogletabet.

Har man knogleskørhed i meget svær grad og minimum et brud, som er opstået inden for de seneste to-tre år – eller to eller flere brud på rygsøjlen med over 25 % reduktion af hvirvelhøjderne til følge – har man imidlertid mulighed for at få to års knogleopbyggende behandling med PTH (Forsteo). Det er en behandling, hvor man selv injicerer medicinen ind under huden hver dag i behandlingsperioden. PTH-behandling



Den rigtige ” behandling varierer fra patient til patient.

ordineres altid af en speciallæge i endokrinologi, geriatri, reumatologi eller intern medicin.

En anden, nyere behandlingsmulighed til svært ramte patienter - og det første biologiske lægemiddel, som er udviklet specifikt til behandling af knogleskørhed - er Denusomab (Prolia), som gives af egen læge som indsprøjtning hver 6. måned. Denusomab bremser knogledbrydningen og får samtidig knoglemineralindholdet til at stige - også på længere sigt. I nogle tilfælde vil speciallægen dog vurdere, at behandling med fx Alendronat vil være mest velegnet.

”Den rigtige behandling varierer fra patient til patient. Der er jo bivirkninger ved alle behandlinger, og de opleves forskelligt. Der kan også være andre forhold, der

afgør valg af behandling. Nogen bryder sig fx ikke om tanken om at skulle stikke sig selv hver eneste dag, og til dem findes der heldigvis andre gode muligheder”, siger Pernille Hermann.

Med den rigtige behandling vil man i de fleste tilfælde få en højere knoglemineraltæthed (BMD), men risikoen for brud vil i alle tilfælde nedsættes med helt op til 50 %. Man kan altså ikke vurdere den enkeltes risiko for brud ud fra knoglemineralindholdet alene. Udviklingen i knoglemineraltætheden i løbet af behandlingen giver til gengæld et fingerpeg om, hvorvidt fx en tabletbehandling optages i kroppen på den rigtige måde. Gør den ikke det, vil man overveje at give behandlingen som drop eller infusion i stedet.

Svært ramte skal henvises

Har man svær knogleskørhed - det vil sige en T-score lig eller under minus 3 samt brud på rygsøjlen, bør man altid henvises til en speciallæge på området.

”Det er ikke nødvendigvis ensbetydende med, at man skal tilses af en speciallæge i løbet af hele behandlingsperioden, men hvert andet eller tredje år vil man under normale omstændigheder kunne bede sin egen læge om henvisning til kontrolskanning og i den forbindelse forhåbentlig også speciallægens vurdering af skanningsresultaterne”, fastslår Pernille Hermann.

”Speciallægen kan iværksætte andre behandlinger end de praktiserende læger. Derfor bør man som patient altid selv være opmærksom på sin T-score, og på hvordan den udvikler sig i løbet af en behandling. Har man mistanke om rygsammenfald - hvis man fx har mange smerter eller er blevet mere end 4 centimeter kortere, end man var engang - skal man bede sin læge om henvisning til en røntgenundersøgelse, for man kan have sammenfald i ryggen uden at vide det. Og så er det vigtigt at sætte ind, før sygdommen sætter yderligere spor.”