

Fokus på bisfosfonater:

Hvor lang behandlingstid – og hvad er målet?



- Af overlæge ph.d Pia Eiken, Osteoporoseenheden, Nordsjællands Hospital (Hillerød)

Som læger er vi som oftest ikke i tvivl om, hvornår vi skal starte behandling for knogleskørhed. Alligevel er der fra land til land forskellige opfattelser af, hvornår en behandling bør sættes i værk.

I USA og andre flere andre lande kan man fx blive sat i behandling med knogletabsforebyggende medicin uden at DXA-undersøgelsen har påvist knogleskørhed, hvis risikoen for knoglebrud er meget høj. Årsagen til det er, at de fleste knoglebrud opstår hos patienter, der har mange risikofaktorer og lav knoglemasse (osteopeni), selvom DXA-scanningen ikke viser knogleskørhed. I Danmark forholder det sig anderledes. Her i landet skal man have

stillet diagnosen knogleskørhed, før en knogletabsforebyggende behandling sættes i værk.

Retningslinjer mangler

Også på andre områder mangler der internationale retningslinjer. Fx retningslinjer for behandlingsmål eller retningslinjer for, hvornår man skal stoppe en behandling, samt hvornår man skal genopstarte en behandling efter eventuel behandlingspause (gælder kun for bisfosfonater).

Disse emner diskuteres hyppigt blandt specialister på området – senest i forbindelse med den amerikanske knoglekongres i Houston fra 12-15. september 2014. To arbejdsgrupper bestå-

ende af primært amerikanske læger præsenterede her nogle foreløbige anbefalinger, som primært baserer sig på to store internationale forskningsundersøgelser af kvinder med knogleskørhed af henholdsvis 6 og 10 års varighed.

Foreløbige anbefalinger

I den ene undersøgelse fik patienterne henholdsvis 5 eller 10 års behandling med Alendronat (den mest almindelige osteoporosebehandling i Danmark). I den anden undersøgelse fik patienterne henholdsvis 3 eller 6 års behandling med Aclasta (en årlig behandling, der primært gives på hospital). Begge præparater er bisfosfonater, der binder sig til knoglerne i mange år og udøver deres virk-

ning, selvom man ophører med behandlingen. I begge undersøgelser var der også kontrolgrupper, og både de behandlede og ubehandlede kvinder blev fulgt.

Hvad kan man forvente som patient?

Når en patient med knogleskørhed ser en læge, skal der sættes klare mål for behandlingen. Der skal træffes en klar aftale om, hvornår man skal undersøges igen, og hvad målet er for behandlingen. Som det fremgår, er målet principielt, at T-score i hoften kommer over -2,5 og at undgå brud under behandlingen.

I Danmark er førstevalgsbehandlingen Alendronat. Vi ved, at knoglemassen i ryggen vil stige med ca. 13 % efter 10 års Alendronat-behandling (i hoften noget mindre). Har man ved opstart af behandling med Alendronat svær knogleskørhed med en T-score på fx -3,5 og har man ikke haft knoglebrud, vil man derfor sandsynligvis aldrig vil få en T-score i hoften som er bedre end -2,5. Altså vil det være urealistisk at sætte et sådant mål.

Hvis man har en T-score på -3,5, og har man derudover fået et brud på rygsøjlen inden for de seneste 3 år, kan man få 2 års knogleopbyggende PTH-behandling først. Det ville øge knoglemassen i ryggen med ca. 10 % (hoften stiger mindre), og man kan da efterfølgende skifte til et bisfosfonat og få yderligere stigning i knoglemassen. Man vil da med større sandsynlighed nå målet med T-score over -2,5.

Det er vigtigt at pointere, at der kan opstå knoglebrud i behandlingspausen, eller hvis man ophører med en behandling (dvs. hvis T-score i lårbenet er bedre end -2,5), lige såvel som der kan opstå knoglebrud under en behandling. Får man brud, er det imidlertid vigtigt at kontakte sin læge, der vil vurdere, om man skal have en anden medicin eller om behandlingen skal genoptages.

Ud fra de nævnte undersøgelser kunne arbejdsgrupperne præsentere følgende foreløbige konklusioner, som er amerikanske og således (endnu) ikke danske:

1.

Hvis man er kvinde (efter overgangsalderen) og er blevet behandlet i mere end 5 år med tablet- Alendronat (eller andre bisfosfonater som Optinate eller Bonviva) eller hvis man er behandlet i mere end 3 år med Aclasta, skal man fortsætte med behandlingen, hvis man før eller under behandlingen har haft brud i lårbenet, ryggen eller andre brud pga. knogleskørhed (primært overarmsbrud eller bækkenbrud). Det anbefales at fortsætte med uændret behandling med Alendronat i op til 10 år eller med Aclasta i op til 6 år med genundersøgelse efter 2-3 år. Der er ingen undersøgelser, hvor man har fulgt patienter i længere end 10 år. Der er også mulighed for at skifte til anden behandling, men her foreligger der ikke bevis for, at man opnår færre knoglebrud. Nogle få studier viser dog, at man ved behandlingsskift kan opnå en stigning i knoglemassen.

2.

Har en patient, der ikke har haft knoglebrud før eller under behandlingen, været i over 5 års behandling med Alendronat eller over 3 års behandling med Aclasta, kan behandlingen sættes på pause, hvis hoftens T-score er bedre end -2,5. Derimod anbefales det at fortsætte med Alendronat eller Aclasta, hvis hoftens T-score er under eller lig -2,5, eller hvis kvinden er over 70-75 år og har flere risikofaktorer til knogleskørhed.

3.

I dag kan man i blodet måle såkaldte knoglemarkører, CTX og PINP, der siger noget om henholdsvis knoglenedbrydning og knogleopbygning. Disse knoglemarkører kan dog ikke bruges til at forudsige, hvem der får knoglebrud og hvem der ikke får det.

Der findes ikke tilsvarende undersøgelser for mænd, men i praksis bruges resultaterne også i rådgivningen af mænd. Generelt reducerer behandling for knogleskørhed forekomsten af nye knoglebrud med 40-70%, men knoglebrud kan fortsat opstå under behandlingen.