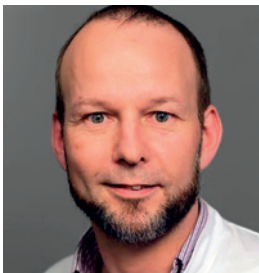
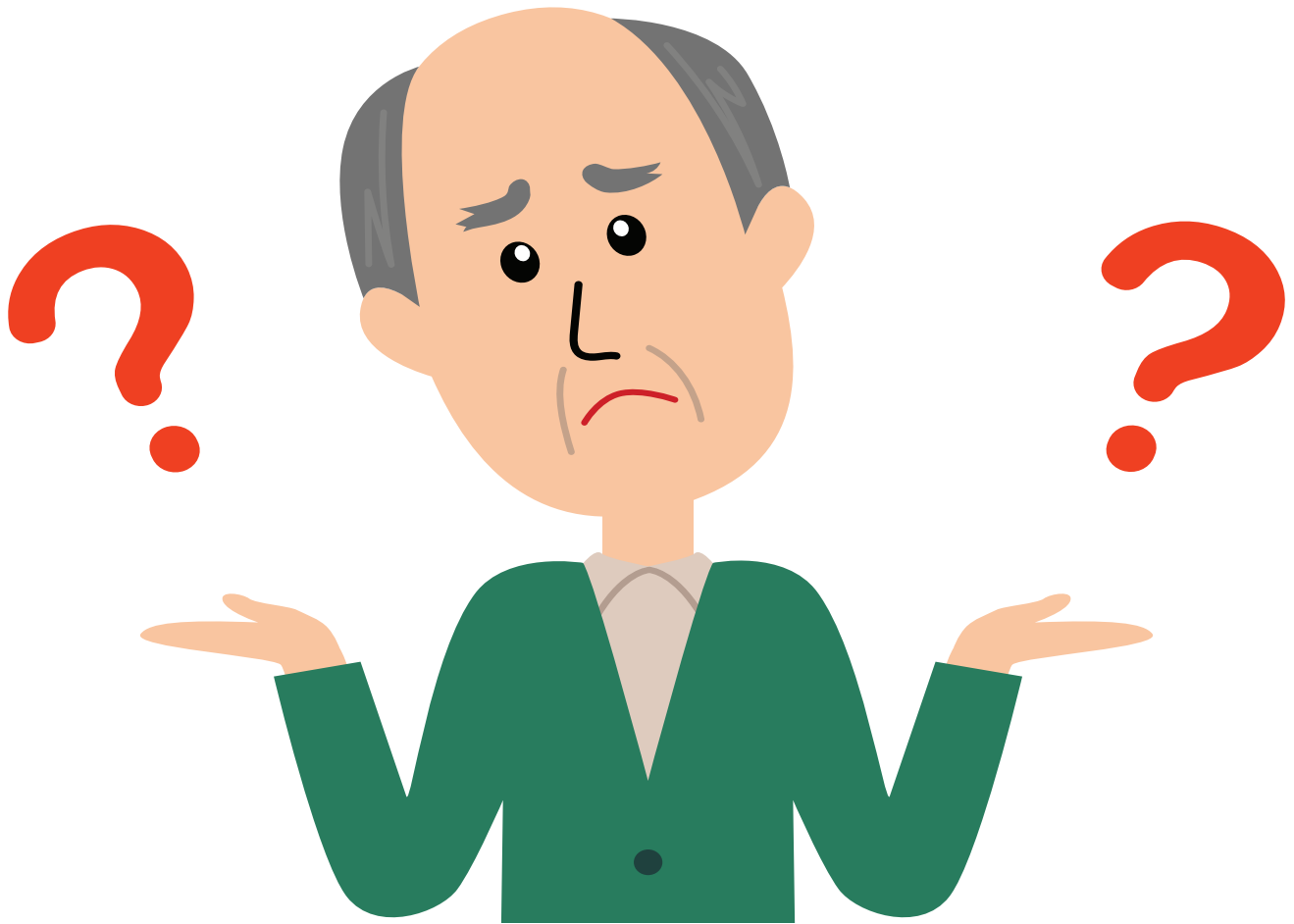


Ja eller nej *til pause?*



- *Interview med professor, overlæge, ph.d. Bo Abrahamsen fra Forskningscenter for Aldring og Osteoporose på Glostrup Hospital*

Anbefalingerne om at overveje behandlingspause efter 5 års behandling med bisfosfonat gælder på begge sider af Atlanten.

“Sundhedsmyndighederne i alle de lande, jeg kan komme i tanke om, anbefaler, at man overvejer at holde pause efter nogle års behandling med bisfosfonat.” Sådan lyder det fra professor, overlæge, ph.d. Bo Abrahamsen fra Forskningscenter for Aldring og Osteoporose på Glostrup Ho-

spital, medlem af bestyrelsen for det amerikanske knoglemedicinske selskab og tidligere formand for Dansk Knoglemedicinsk Selskab.

De amerikanske lægemiddelmyndigheder, FDA, udsendte i 2010 en generel anbefaling om over-

vejelse af behandlingspause efter 5 år. Året efter fulgte de europæiske lægemiddelmyndigheder, EMA – og dermed Danmark, trop.

De officielle anbefalinger og vurderingskriterier, der lægges til grund for overvejelse om behandlingspause i Danmark, sva-

rer fuldt ud til dem, der glæder i USA og det øvrige EU samt i en lang række andre lande som fx Norge.

Hvorfor holde pause?

For de fleste kroniske sygdomme, som fx forhøjet kolesterol, gælder, at man skal fortsætte med at tage sin medicin resten af livet. Hvorfor er det anderledes, når man har knogleskørhed?

“Det hænger sammen med, at - især - bisfosfonater virker som depotbehandling og indlejres i knoglevævet, hvor de fortsætter med at virke. I nogle tilfælde i mange år, efter man stopper med at tage medicinen”, fortæller Bo Abrahamsen.

“Bisfosfonaterne bremser nedbrydningen af gammel knoglemasse i knoglevævet. Der sker altså en relativ ophobning af lidt ældre knoglevæv, som er mindre smidigt og sandsynligvis mindre stærkt end nyt knoglevæv. På 3-5 års sigt ved vi, at den mekanisme nedsætter risikoen for knoglebrud med cirka 50 %, og det er en helt afgørende fordel for patienterne. Men vi mangler studier, der dokumenterer, at tilsvarende gevinster gør sig gældende efter fx mere end 10 års behandling. Vi ved reelt ikke, om bisfosfonatbehandlingen virker efter hensigten hos alle på lidt længere sigt. Til gengæld tyder videnskabelige studier på, at der - i det mindste hos patienter i lav til moderat brudrisiko - faktisk slet ikke er flere brud blandt patienter i medicinpause end blandt patienter, som fortsætter behandlingen efter 5 år.”

Mangel på dokumentation for langsigtet virkning er dog ikke eneste årsag til, at man bør overveje behandlingspause efter 5 år. Nyere studier tyder nemlig på, at der er øget forekomst af spontane lårbensbrud (såkaldte atypiske femurfrakturer) efter mange års behandling med bisfosfonater (fem - ti år eller længere).

“Det sker ganske vist særdeles sjældent, og de fleste patienter skal ikke være bekymrede. Men det viser, at der er fordele og ulemper, der skal tages i betragtning”, fortsætter Bo Abrahamsen.

Mange ubekendte faktorer

Eftersom det er mindre end 5 år siden, man indførte anbefalingen om at overveje medicinpause i forbindelse med behandling af patienter med knogleskørhed, foreligger endnu ikke langtidsstudier af konsekvenserne. Og da der tilsvarende mangler langtidsstudier af at fortsætte med behandlingen, findes der reelt ikke nogen facitliste for, hvad der er bedst for den enkelte. Er risikoen for brud meget høj, kan behandling i mere end fem eller ti år således stadig udmærket komme på tale.

“Medicin eliminerer ikke risikoen for knoglebrud. Den halverer bare risikoen, og ingen kan sige med sikkerhed, hvem der rent faktisk ville have fået brud, hvis de ikke var blevet behandlet. Eller hvem der vil få brud under behandlingen og under en behandlingspause. Der er mange ubekendte faktorer i forbindelse med den konkrete risikovurdering. Det er derfor, at beslutningen om behandlingspause skal foregå i dialog mellem læge og patient”, siger Bo Abrahamsen.

Knoglemarkører på forsøgsplan

Forskere overalt i verden arbejder i disse år på at finde værktøjer, som kan bidrage til en mere præcis vurdering af, hvem der kan have fordel af behandlingspause, og hvem der ikke kan. Ifølge Bo Abrahamsen kan der imidlertid gå en del år endnu, før brikkerne falder på plads:

“Forskerne kigger på mange forskellige risikofaktorer lige fra fx familiær disposition, typen af knogleskørhed (fx om der er tale om primær eller sekundær knog-

leskørhed; red.) og udpegning af konkrete knoglemarkører ud fra blodprøver, som kan sammenholdes med de nuværende anbefalinger. Sidstnævnte finder fx sted i forbindelse med forskningsprojekter på universitetsklinikker i København og Oslo. Knoglemarkører er tilgængelige på hospitalernes osteoporoseklinikker i Region Hovedstaden, men ingen steder er man nået så langt, at man med overbevisning kan sige, at disse knoglemarkører er et nødvendigt værktøj til beslutningstagning. Derfor er rutinemæssig brug af knoglemarkører i forbindelse med behandlingspauser endnu heller ikke noget, man i øjeblikket overvejer at anbefale fra knogleselskaberne i USA. Holdningen er ens på begge sider af Atlanten.”

“Men det står klart, at det sidste ord ikke er sagt i denne sag. Der er så mange ubekendte faktorer, der påvirker den enkeltes brudrisiko. Den dag, vi har afdækket dem, vil vi kunne skræddersy behandlingen og hjælpe endnu flere patienter med at undgå brud”, slutter Bo Abrahamsen.

Hvem bør overveje behandlingspause?

Patienter, der efter 5 års behandling med bisfosfonat (som fx Alendronat):

- ikke har haft lavenergi-fraktur (i særdeleshed inden for de sidste 3-5 år),
- ikke har haft brud på rygsøjle eller hofte på noget tidspunkt,
- har opnået en T-score, der er bedre end minus 2,5.

Er man i behandlingspause, skal man indkaldes til DXA-scanning minimum hvert andet år.