

Hvor længe skal behandlingen fortsætte?

Osteoporosemedicin skal tages, så længe det er nødvendigt. Nogle behandlingsformer kan man efter en årrække uden videre stoppe eller holde pause med at tage, hvis forudsætningerne er i orden. Andre skal erstattes af noget andet. Vi bringer et overblik over retningslinjerne for de mest udbredte lægemidler.

Selvom knogleskørhed er en kronisk sygdom, er behandlingen ikke nødvendigvis livslang.

Langtidsvirkende lægemidler

”Langt de fleste osteoporosepatienter behandles med et bisfosfonatpræparat – i praksis oftest Alendronat, som er en ugetablet, som hele 90.000 er i behandling med herhjemme. Er man i bisfosfonatbehandling skal det efter de første 5 år vurderes, om der er grund til at fortsætte behandlingen”, fortæller Bo Abrahamsen, professor og overlæge ved Medicinsk Afdeling på Holbæk Sygehus.

” Pointen er, at man kun tager, hvad der er nødvendigt

”Beslutningen tages ud fra vurdering af brudrisiko. Efter 5 år vil mange have reduceret deres brudrisiko væsentligt, og så kan de stoppe eller holde pause med behandlingen. Men for andre vil der være opstået nye forhold, som taler for, at man fortsætter med at tage bisfosfonat. Man kan

fx være eller have været i behandling med binyrebarkhormon, eller man kan have haft brud”, fortsætter han.

Som udgangspunkt skal man regne med at tage bisfosfonat i 5-10 år, selvom man kan trygt tage medicinen længere, hvis det er nødvendigt. Pointen er, at man kun tager, hvad der er nødvendigt, for ved meget langvarig behandling øges risikoen for atypiske lårbensbrud og udvikling af kæbenekrose. I praksis er det dog ikke en risiko, man behøver at bekymre sig meget over, mener Bo Abrahamsen:

”Risikoen er en anelse højere, men der er tale om en lille stigning i risiko i forhold til en i forvejen meget, meget lille risiko. Så hvis det skønnes nødvendigt, er fordelene ved at fortsætte behandlingen ud over 5-10 år langt større end ulemperne ved at stoppe med at tage medicinen. I Sverige er der 57 atypiske lårbensbrud om året, mens der er over 14.000 hoftebrud, så risikoen for de to slags brud er særdeles forskellig. Antallet af disse brud i Danmark er ved at blive gjort op.”

Risikoen for kæbenekrose er højest hos patienter i cancerbehand-

ling, personer med sukkersyge og patienter, som inden starten af behandlingen har meget dårlig tandstatus.

Selvom ens læge vurderer, at man kan holde pause med medicinen, er det stadig nødvendigt at følge op med kontrol af knoglemassen på et senere tidspunkt. Der kan for eksempel i starten være tale om nye DXA-skanninger hvert andet år, så man kan genoptage bisfosfonatbehandlingen, hvis knoglemineralindholdet atter reduceres.

Er man i behandling med zoledronsyre som fx Aclasta, som også er et meget langtidsvirkende lægemiddel, vil det være relevant at overveje, om der er basis for at holde pause eller stoppe med behandlingen efter 3 år.

Afhænger af behandling

Der er nogle tilfælde, hvor det vil være decideret forkert at stoppe eller holde pause med medicinen, understreger Bo Abrahamsen:

”Det gælder fx, hvis man behandles med denusumab, dvs. Prolia.

Prolia skal man ikke holde pause med, for stoppes behandlingen pludseligt, vil man hurtigt tabe knoglemasse. Til gengæld ser præparatet ud til at være sikkert at tage ud over de første 10 år. Skal man imidlertid stoppe med Prolia, skal man efter en periode på 6-9 måneder, hvor præparatet helt vil være ophørt med at virke, og knogleomsætningen igen er høj, have et andet lægemiddel, der kan beskytte den knogle, man har fået opbygget. Det kunne fx være et zoledronsyrepræparat som fx Aclasta, som dog ikke er

en mulighed, hvis man har dårlig nyrefunktion eller er allergisk over for Aclasta. Det lagres i kroppens knoglevæv og virker dermed i meget lang tid.”

Er man i behandling med raloxifen som fx Evista, er situationen tilsvarende, fordi heller ikke raloxifen virker, efter man ophører med at tage det. Her vil det altså også være nødvendigt at erstatte præparatet med et mere langtidsvirkende lægemiddel.

På forhånd tidsafgrænset behandling

Har man svær knogleskørhed og brud, vil man i nogle tilfælde være sat i behandling med teriparatid (Forsteo), som virker stimulerende på knogledannelsen. Behandlingen er tidsbegrænset til 2 år, hvorefter man typisk vil følge op med et knoglestyrkende bisfosfonatpræparat.

Følg med og følg op

Det er en god ide at tale med sin læge om, hvad man kan forvente, når man sættes i osteoporosebehandling første gang. Man skal også sikre sig, at man kommer til opfølgende kontrol. Det vil fx være relevant at spørge ind til, hvordan ens T-score har udviklet sig i forhold til tidligere. T-score fremgår af DXA-skanningen og er en måleenhed, der sammenligner ens knoglemineralindhold med gennemsnitsværdien for en yngre voksen person af samme køn. Hvis T-score er uændret eller tættere på tallet 0 end ved en tidligere DXA-skanning, er det tegn på, at behandlingen har virket. Ændringen kan også udtrykkes i procent stigning (forbedring) eller fald (forværring), som kan være lettere at forstå.

Ifølg professor og overlæge på Holbæk Sygehus, Bo Abrahamsen, er det en god ide at tale med sin læge om, hvad man kan forvente, når man sættes i osteoporosebehandling første gang.
Foto: Holbæk Sygehus

