

# Tre år ud af kalenderen

Atypiske brud på lårbensknoglen er en yderst sjælden bivirkning ved langtidsbehandling med bisfosfonater. For Lis Boel medførte alt for mange år med Alendronat tre år med alvorligt tab af livskvalitet.

Efter et brud på begge ankler fik Lis Boel for 18 år siden konstateret knogleskørhed, og hendes daværende læge ordinerede bisfosfonat (Alendronat). Helt efter bogen.

Herefter gik det godt i mange år. Lis havde ingen mén af bruddene, og den eneste påmindelse om knogleskørheden var den ugentlige Alendronat-pille, som lægen havde ordineret.

## Skulle trænes væk

Men i august 2016 blev der sat en stopper for det aktive liv. Lis, som på daværende tidspunkt var 72 år, fik voldsomme smerter i ryggen og i venstre ben; hun kunne ikke løfte benet og kun dreje foden let.

Sammen med sin mand, Hans, gik hun til lægen, som gav smertelindrende medicin, en blokade i ryggen og henviste til en fysioterapeut.

"Lægen mente, at smerterne skulle trænes væk. Men efter seks uger afbrød fysioterapeuten forløbet, fordi der ikke var effekt," fortæller Lis og tilføjer, at smerterne i venstre ben nu var så slemme, at hun end ikke kunne køre bil.

Selvom atypiske brud er en vel-dokumenteret - om end meget sjælden - bivirkning ved langtidsbehandling med bisfosfonater, mistænkte lægen trods gentagne efterfølgende konsultationer ikke, at symptomerne kunne skyldes på-

begyndende knogleforandringer i lårbensknoglen som følge af - dengang 14 års - behandling med Alendronat.

"I december samme år fik jeg dog foretaget en skanning af mit venstre lår, men før jeg havde fået resultaterne, faldt jeg fra stående stilling og blev indlagt på Slagelse sygehus med et alvorligt brud på lårbenet," fortæller hun.

Efter udskrivelsen blev Lis sendt til 6 ugers genoptræning af ben og ryg på Sundhedscenter Næstved. Og godt halvandet år efter smerterne var sat ind, kunne Lis igen køre bil, købe ind, træne og tage med sin mand på ferie til Italien. Hverdagen var næsten som før. Det skulle dog ikke vare ved.

I september 2018 kom smerterne igen; Lis havde svært ved at styre benet og en meget nedsat gangfunktion - men denne gang i højre lår. Endnu en gang opsøgte hun sin læge.

## Var ved at miste modet

Lis og Hans frygtede, at et nyt lårbensbrud var på vej. De forklarede lægen, at symptomerne mindede fuldstændig om dem, Lis havde haft ved optakten til det forrige brud på venstre lårbensknogle.

Lægen sendte herefter Lis til røntgenundersøgelse - af ryggen - og henviste endnu en gang til fysioterapeut:

"Trods min mistanke om, at det var lårbenet, den var gal med, mente lægen fortsat, at smerterne udsprang fra ryggen og skulle trænes væk. Hun fik mig til at føle mig som en hypokonder, selvom jeg humpede frem og tilbage," siger Lis.

Hans supplerer og kalder forløbet "vanvittigt og absurd":

"På det tidspunkt var Lis afhængig af rollator. Vi var begge ved at miste modet! Og da svarene fra røntgenbillederne af ryggen ikke viste forandringer, anbefalede lægen blot at fastholde træningen, selvom det tydeligvis ikke hjalp," fortæller Hans.

 Osteoporose-specialisten genkendte symptomerne med det samme

Fysioterapeuten indstillede dog også denne gang behandlingen, indtil der forelå en udredning.

Det fik i oktober 2018 Lis til at skifte læge i håbet om, at denne ville gribe problemet anderledes an. Men først efter adskillige konsultationer, og på egen opfordring, lykkedes det hende i februar måned i år at få en henvisning til

en osteoporosespecialist på Næstved Sygehus.

Osteoporosespecialisten genkendte symptomerne med det samme. Han gav Lis besked på at stoppe behandlingen med Alendronat øjeblikkeligt, og sendte hende til en røntgenundersøgelse af lårbensknoglen, der viste sig at være flækket på langs, så den kunne brække helt, når som helst, det skulle være.

## ” De læger, vi forgæves har konsulteret, fortjener en anmærkning

”Det er ifølge osteoporosespecialisten almindelig kendt, at hvis der opstår en atypisk fraktur i lårbensknoglen i det ene ben hos en patient, der har været i langtidsbehandling med bisfosfonat, så skal man undersøge og operere det andet ben forebyggende. Mine brud er efter al sandsynlighed atypiske frakturer efter mange år med Alendronat. Det burde de mange forskellige læger, som har kendt mine symptomer, have tænkt over,

men de manglede viden og tog ikke min mistanke alvorligt”, fastslår hun.

### Tabte år

I dag er Lis opereret. Og da lårbensknoglen denne gang ikke nåede at flække på tværs, er hun kommet sig hurtigt. Lis beskriver det at være kommet i hænderne på en osteoporosespecialist som en ”kæmpe lettelse” efter 3 år præget af smerter, invaliditet og frustration. Hun laver dagligt øvelser fra fysioterapeuten og har ikke længere smerter.

Til trods for de store fremskridt er Lis vred over, at der skulle gå så lang tid, før hun kom i kyndige hænder, og hun vil derfor klage til Patientklagenævnet:

”De læger, vi forgæves har konsulteret, fortjener en anmærkning. Der er jo røget tre år ud af kalenderen for både mig og Hans. Det er en skandale, at man bare får lov til at sidde og sygne hen, hvis man ikke selv er i stand til at insistere på, at der tages affære.”

# FAKTA

## Langtidsbehandling med bisfosfonat eller Prolia

Brud på selve lårbenet – såkaldte atypiske brud – ses i sjældne tilfælde hos patienter i behandling med bisfosfonater og Prolia. Ofte har patienten i en kortere eller længere periode forud for bruddet haft smerter midt på låret og i enkelte tilfælde kan man af røntgenbilleder se forandringer af knoglen, før selve bruddet opstår. Har man været i behandling med bisfosfonater eller Prolia gennem længere tid og begynder at få smerter midt på låret, skal man nævne det for lægen, som så evt. kan bestille et røntgenbillede af lårbenet for at se efter disse forandringer, der måske er forstadier til et brud. Hvis disse forstadier er udtalte, kan man forebygge bruddet ved at stabilisere knoglen.

Atypisk brud på lårbensknoglen skønnes at forekomme hos 1 ud af ca. 10.000 patienter i langtidsbehandling mod knogleskørhed med bisfosfonater eller Prolia. Behandlingen vil forebygge langt flere brud på ryghvirvler, håndled, hofte, skulder mm., end den vil forårsage tilfælde af denne meget sjældne bivirkning. Patienter med knogleskørhed har derfor fortsat en betydelig fordel ved at være i behandling frem for ikke at være i behandling, selv når disse bivirkninger tages med i betragtning.

*Uddrag af artikel om langtidsbehandling af osteoporose af overlæge, dr.med. PhD Bente Langdahl, Medicinsk Endokrinologisk afd. THG, Aarhus Universitetshospital. Artiklen i sin fulde længde kan læses på Osteoporoseforeningens hjemmeside: [www.osteoporose-f.dk](http://www.osteoporose-f.dk)*

”Trods min mistanke om, at det var lårbenet, den var gal med, mente lægen fortsat, at smerterne udsprang fra ryggen og skulle trænes væk”, fortæller Lis Boel. Privatfoto.