

Lægebrevkassen

Skriv til lægebrevkassen hvis du har spørgsmål om knogleskørhed, medicin, kost eller motion



Pia Eiken,
overlæge,
Ph.D. Hillerød
Sygehus

Til Lægebrevkassen

Jeg er en kvinde på 61 år, som ved en tilfældighed fik konstateret knogleskørhed i 2010. Siden marts 2011 har jeg været i behandling med Alendronat. Jeg har ikke haft sammenfald og har aldrig brækket nogle knogler. Jeg har aldrig drukket særlig meget mælk o. lign., men det gør jeg nu. Jeg sørger nu for, at jeg får mindst 1200 -1500 mg kalk via kost og tilskud hver dag. Jeg går ture med hunden hver dag og dyrker yoga en gang ugentlig samt gymnastik og styrketræning. Jeg er blevet scannet dec. 2010 samt i juli 2013. Mine tal:

Lænd L2 = -3,0 (2013 = -2,6)
L3 = -2,8 (2013 = -1,8)
L4 = -1,6 (2013 = -1,4)
Hofte neck = -2,5 (2013 = -1,9)
troch = -1,8 (2013 = -1,7)
inter = -2,2 (2013 = -2,2)

Behandlingen, samt min mere knoglevenlige levevis, har tilsyneladende virket. Jeg mærker ikke til bivirkninger bortset fra problemer med en ekstrem hård afføring. Jeg har altid lidt af træg mave, som absolut ikke er blevet bedre af medicinen. Jeg er dog ikke helt tryk ved medicinen. Det er især tanken om kæbenekrose, som bekymrer mig. Hvad kan man stille op, hvis man er så uheldig at få denne sygdom? Kan den helbredes? Er der nogle symptomer? Hvor længe forbliver Alendronat i kroppen? Tænker her om man altid er i risiko for denne bivirkning, når man har været i behandling med bisfosfonater - også selvom, man er stoppet med behandlingen. Hvilke tandlægebehandlinger bør jeg undgå? Kan jeg roligt få kroner på tænderne? Hvad

med implantater? I marts måned 2016 har jeg været i behandling med Alendronat i 5 år og tænker derfor at stoppe behandlingen - eller også at holde en pause. Hvad er jeres mening om dette?

Venlig hilsen
S.M.

Kære S.M

Du skriver at du "tilfældigt" fik konstateret knogleskørhed i 2010 - jeg går ud fra, at du dengang havde mindst én risikofaktor, som gjorde at du blev scannet. Denne risikofaktor er væsentlig i forhold til start og stop af behandling. Hvis man ingen risikofaktorer har bør man som hovedregel ikke blive DXA scannet eller behandlet, da den samlede risiko for knoglebrud er meget lille (også selvom DXA scanningen viser knogleskørhed). Din seneste DXA scanning fra 2013 er normal. Vi vurderer lænden samlet dvs. fra L1-L4 eller L2-L4 (med mindre der er knoglebrud eller andre sygdomme) og gør man det, ud fra de værdier du har opgivet, er den således helt normal. Man kunne overveje at ophøre behandlingen, da lårbenet også har normale værdier.

Kæbenekrose er en sjælden bivirkning til behandling med bisfosfonater (f.eks Alendronat) og denosumab (f.eks. Prolia®), hvor der opstår et område i munden med blottet kæbeknogle, som ikke heler indenfor 8 uger. Kæbenekrose kan også opstå hos patienter der ikke er i behandling med ovenstående medicin. Risikoen for kæbenekrose i forbindelse med osteoporosebehand-

ling med bisfosfonat (og Prolia®) behandling er meget lille og omkring 0.05%. Risikoen ved tandudtræk er lidt større, men fortsat meget lav og omkring 0.1%. Når man anvender bisfosfonat i behandling af knogleskørhed bruger man et lavdosis regime (typisk som uge tablet med Alendronat 70 mg eller Zoledronsyre (Aclasta®) 5 mg årligt på hospital) og denosumab (Prolia®).

Man anvender også bisfosfonater i kræftbehandling (hvor kræften er spredt til knoglerne) - her anvendes meget høje doser (op til 50 mg Aclasta årligt) eller denosumab (Xgeva = dobbelt dosis af Prolia og månedlig) eller over 10 gange det, der anvendes i behandling af knogleskørhed - og her er risikoen større for kæbenekrose.

For at fortælle lidt om omfanget af indberetninger af kæbenekrose i Danmark i perioden januar 2004 til juli 2013 har Sundhedsstyrelsen modtaget 95 indberetninger i forbindelse med behandling med bisfosfonater eller denosumab (Prolia og Xgeva). Størstedelen af indberetningerne vedrører cancerpatienter, men enkelte indberetninger vedrører patienter med osteoporose.

Anbefalinger ved tandudtræk er godt beskrevet i en oversigtsartikel af tandlægerne Yazdi og Schiødt fra Tandlægebladet 2013. Artiklen konkluderer, at patienter i bisfosfonat- og Prolia behandling kan få foretaget deres tandudtræk hos egen tandlæge (med såkaldt skånsom behandling uden primær lukning). Patienterne skal kontrolleres hos tandlægen efter-

følgende, og kun hvis der ikke er heling (blottet kæbeknogle) efter 4 uger, kan tandlægen der henviser til kæbekirurgisk hospitalsafdeling. Nogle tandlæger anvender antibiotikabehandling forud for tandudtræk, men der foreligger ingen gode undersøgelser til at underbygge effekten af dette. Nogle gode undersøgelser for pause i behandlingen foreligger heller ikke. Vi anbefaler pause i behandling med Aclasta en måned før og efter tandudtræk, men ordentlig dokumentation for dette foreligger heller ikke. Ind i mellem er det jo nødvendigt at trække en tand hurtigt ud og her er risikoen samlet set for kæbenekrose altså meget lille. Man kan altid kontakte den behandelende læge. Jeg har ofte samtaler med tandlæger om patienter i behandling.

Patienter der har kræft og får højdosis behandling med bisfosfonater og denosumab anbefales derimod at tandudtræk foretaget på en kæbekirurgisk hospitalsafdeling.

Fra nyt om bivirkninger fra Sundhedsstyrelsen fra november 2013 bør den behandelende læge informere patienten om følgende før

opstart med bisfosfonater eller denosumab (Prolia og Xgeva) – (gælder altså både osteoporosepatienter og kræftpatienter):

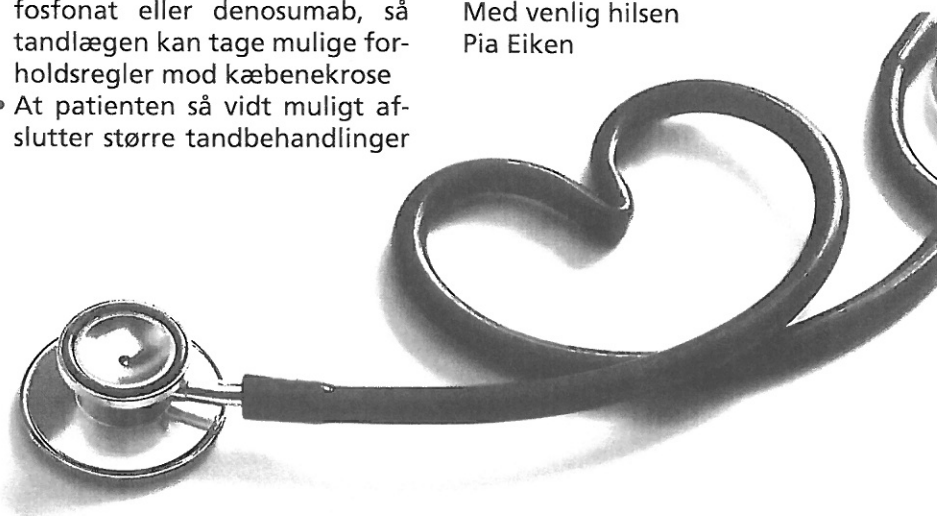
- Vigtigheden af at være ekstra omhyggelig med mundhygiejnen
- At patienten snarest muligt skal kontakte sin tandlæge, så der kan lægges en plan for forebyggende undersøgelser og behandling, for eksempel planlægning af hyppigere undersøgelser eller jævnlig flourbehandling, hvis dette skønnes nødvendigt
- At patienten oplyser tandlægen om evt. behandling med medicin – herunder brug af bisfosfonat eller denosumab, så tandlægen kan tage mulige forholdsregler mod kæbenekrose
- At patienten så vidt muligt afslutter større tandbehandlinger

før behandling med bisfosfonater eller denosumab startes, og at patienten henleder tandlægens opmærksomhed på den pågående behandling med disse midler, hvis større tandbehandlinger bliver nødvendige under pågående behandling med bisfosfonat eller denosumab

- At afbrydelse af behandlingen med bisfosfonater eller denosumab forud for en tandbehandling ikke reducerer risikoen for kæbenekrose.

Så den samlede konklusion er at du og din tandlæge kan planlægge al den behandling din tænder skal have – din risiko er meget lille.

Med venlig hilsen
Pia Eiken



Som reaktion på februar-bladets personportræt Jørgen Lyngby har redaktionen fået følgende spørgsmål fra KN til lægebrevkassen:

I forbindelse med en artikel i "Knogleskør" nr. 1 2015 om tidl. Professor dr. med. Jørgen Lyngbyes sygehistorie, som er meget tankevækkende for en Alendronatbehandlet osteoporosepatient, vil jeg gerne stille følgende to spørgsmål:

1. Hvorfor foretager man ikke i Danmark en ligeså grundig undersøgelse af en patient inden en evt. pause efter 5-10 års Alendronatbehandling (og

med tilfredsstillende T-score værdi/ og ikke at have haft brud, som man gør i Norge)?

Poliklinikken på Rigssygehuset i Oslo foretager følgende blodprøver, inden man anbefaler en pause med Alendronat: Osteokalsin, Beinspesifikk ALP, CTX-I og P1NP - og det er specielt CTX-I vi vektlegger ved behandling av et bisfosfonat. I tillegg tas også Hb, SR, kalsium, GFR estimert, Albumin og 25-OH-vitamin D.

Redaktionen: vi har bedt professor Bo Abrahamsen kommentere ovenstående spørgsmål, som kan læses på side 18-19.

2. Er der undersøgelser der viser, hvor ofte der opstår femurfrakturer efter en behandlingsslængde med Alendronat over 5 år ?

Redaktionen: Der findes ikke en undersøgelse, der besvarer ovenstående spørgsmål.