

Værd at vide om lægemidler til knogleskørhed

Der findes mange forskellige lægemidler til behandling af knogleskørhed. Overlæge Jens-Erik Beck Jensen fra Osteoporoseenheden, Hvidovre Hospital, giver i denne artikel et overblik over de eksisterende muligheder.

Knogle er levende væv. Knoglemassen bygges op, indtil vi er i 25 års-alderen, hvorefter der kontinuerligt sker en fornyelsesproces ved at knoglevæv henholdsvis nedbrydes og bygges op igen. Det er denne proces, der påvirkes af de forskellige medicinske behandlinger.

Selvom medicin til knogleskørhed har til formål at reducere risikoen for brud, er der ingen medicin, der kan garantere, at man undgår brud resten af livet. Men risikoen for brud nedsættes betragteligt, og derfor er det altid en god ide at tage imod lægens tilbud om behandling.

at synke tabletten, ordineres typisk injektioner med Aclasta eller Bonviva. Viser det sig, at patienten slet ikke tåler bisfosfonater, er andetvalget typisk Prolia.

Hvad der er første- og andetvalg afhænger dog af flere faktorer, herunder patientens alder. Er man fx 80 år, når behandlingen iværksættes, kan man i nogle situationer med fordel ordinere Prolia fra start, hvorimod man med en patient på 50 år ikke vil gøre det samme.

Det er vigtigt, at man som patient er opmærksom på, at der er andre alternativer, hvis man får ubehagelige bivirkninger af det lægemiddel, der er ordineret.

Lægemidler til behandling af knogleskørhed opdeles typisk i knoglestyrkende og knogleopbyggende midler:



Da knogleskørhed er en kronisk sygdom, tænker vi som læger gerne livslangt, når vi igangsætter en behandling. Vi planlægger systematisk hvilken behandling, vi lægger ud med og i hvilken rækkefølge, de forskellige mulige behandlingstyper skal introduceres. Typisk ordineres bisfosfonatet Alendronat som førstevalg. Hvis dette præparat giver fx mavegener, eller hvis man har problemer med

Overlæge Jens Erik Beck-Jensen fra Osteoporoseenheden på Hvidovre Hospital.
Foto: Susanne Østergård

Knoglestyrkende lægemidler

De knoglestyrkende lægemidler virker ved at hæmme knoglenedbrydningen og tillade opfyldning af eksisterende huller i knoglevævet.

Behandling med bisfosfonater

Bisfosfonater udgør den største gruppe af lægemidler mod knogleskørhed. Bisfosfonater har været kendt i 50 år og er den hyppigst anvendte behandling af knogleskørhed i verden.

Bisfosfonat i tabletform er mest udbredt. For at aktivstoffet kan optages og virke i kroppen, er det vigtigt, at man altid tager tabletterne efter at have fastet 2-3 timer. Dernæst skal man vente 30 – 60 minutter, for henholdsvis uge- og månedstablet, inden man spiser.

Bisfosfonater giver typisk en stigning i knoglemassen på 3-6 % inden for de første to år. Herefter forbliver knoglemassen stabil.

De mest almindelige bisfosfonater i tabletform er Alendronat, Optinat og Bonviva (sidstnævnte er en månedspille). Der er ikke stor forskel på dokumentationen for de tre lægemidler, dog er Bonviva noget mildere end Alendronat, der nok er den mest effektive. Dette er imidlertid ikke ensbetydende med, at alle pr. automatik skal have Alendronat. Der vil altid være tale om en individuel vurdering, og er man fx ung og har man kun knogleskørhed i mild grad, kan fx Bonviva være det bedste valg.

Bisfosfonater findes også som intravenøs behandling: Bonviva, som injiceres direkte i en blodåre hver 3. måned (hos egen læge) eller Aclasta, som gives som infusion over 15-30 minutter én gang om året (på hospital).

Alle bisfosfonater virker på samme måde. Antallet og effekten af de knoglenedbrydende celler nedsættes, og knogleom-

sætningen reduceres. Alle bisfosfonaterne binder sig kraftigt til knoglestrukturen i årevis. Alendronat, fx, har en meget lang halveringstid på 5-6 år. Der vil derfor være effekt af medicinen i en længere periode efter ophør med indtag. Da bisfosfonater i sig selv er kalkbindere, skal medicinen ikke tages samtidigt med tilskud af kalk.

De fleste tåler bisfosfonatbehandling uden gener, men der kan forekomme bivirkninger som fx mavesmerter og influenzasyntomer. Har man generende bivirkninger, skal man kontakte sin læge, der kan hjælpe med at finde et lægemiddel, som tåles bedre.

” Man skal være opmærksom på, at der er alternativer, hvis man får ubehagelige bivirkninger

En meget sjælden, men alvorlig bivirkning ved bisfosfonater – og Prolia (som omtales nedenfor og er baseret på aktivstoffet densosumab) – er kæbenekrose og atypisk hoftebrud. Man skal derfor kontakte sin tandlæge med det samme, hvis man får smerter i munden og noget af kæbeknoglen kommer til syne, da det kan være tegn på kæbenekrose. Får man smerter i lårbenet, kan det være tegn på, at et atypisk hoftebrud er under opsejling. Her skal man kontakte lægen og stoppe behandlingen, hvorved man måske kan slippe for brud. Begge disse bivirkninger er uhyre sjældne i størrelsesordenen 1:10.000 behandlede. Man skal derfor ikke uden grund stoppe sin behandling af frygt for disse bivirkninger.

Patienter med nedsat nyrefunktion (GFR mindre end 35ml/min) tåler ikke bisfosfonat.

Hvor længe skal behandlingen med bisfosfonater vare?

Behandling med bisfosfonater er principielt livslang. Efter 5-6 års behandling (dog allerede efter 3 år, hvis man er i intravenøs behandling med Aclasta) kan man holde pause med behandlingen, hvis man ikke har haft brud, og knoglemineralindholdet er forbedret. Holder man pause, skal man til kontrol efter 1-2 år, så man ved hjælp af DXA-skanning og evt. måling af knoglemarkører kan holde øje med knoglemineralindholdets udvikling.

Behandling med densosumab (Prolia)

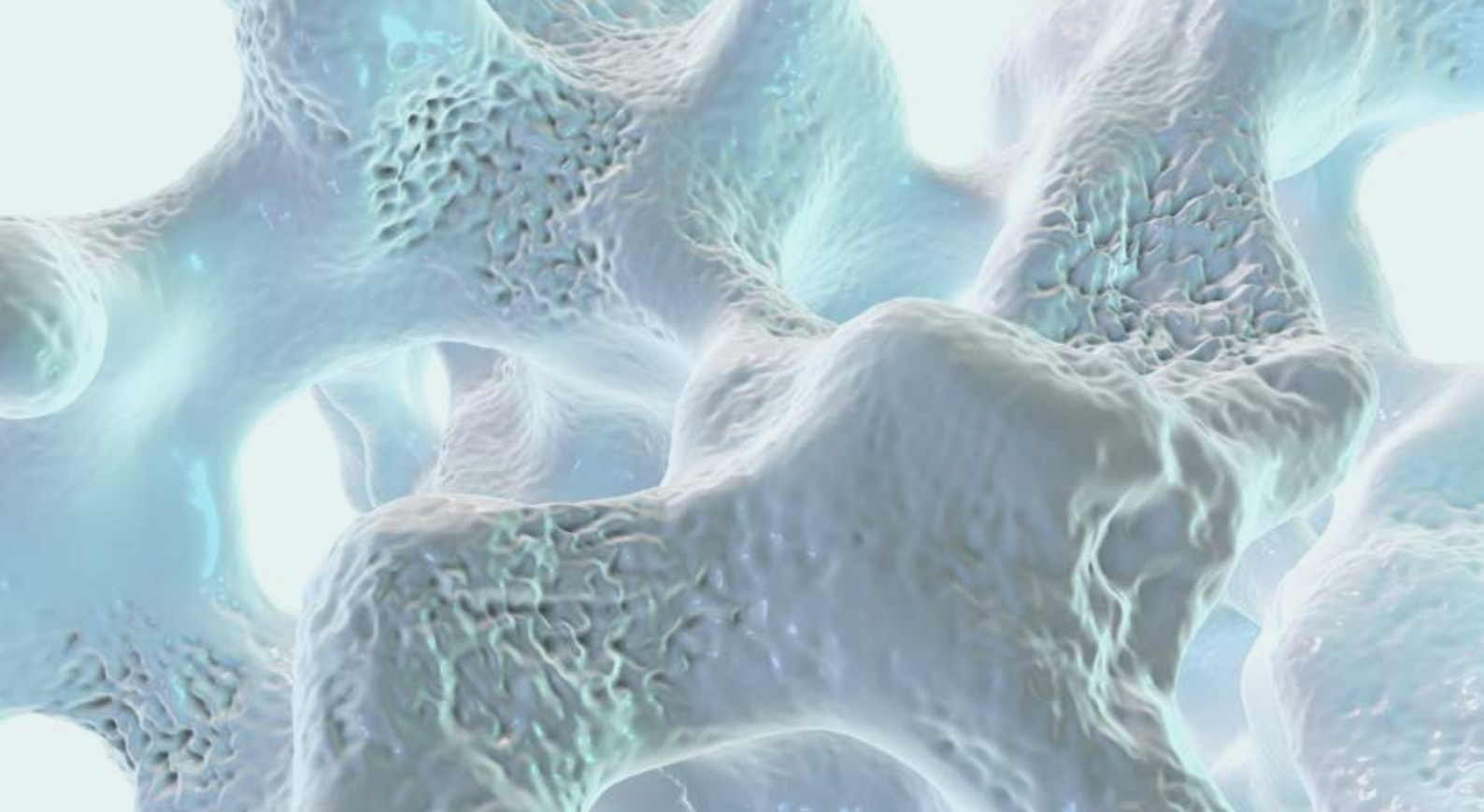
Densosumab, som markedsføres under navnet Prolia, er et anti-stof, der hæmmer knoglenedbrydningen totalt og derfor øger knoglemineralindholdet markant. Prolia gives som en indsprøjtning under huden hver 6. måned (+/- 14 dage) i op til 10 år. I modsætning til bisfosfonater tåles Prolia også af patienter med nedsat nyrefunktion.

Ulempen ved Prolia er, at man ikke bare kan ophøre med behandlingen. Hvor bisfosfonater har en positiv virkning på knoglemineralindholdet selv efter stop af behandling, taber man stort set al den knoglemasse, man har bygget op med Prolia, når behandlingen ophører. Derfor kan man ikke ophøre med behandlingen uden at der følges op med en anden behandlingsform, og den proces skal koordineres nøje af en osteoporosespecialist.

Bivirkninger ved Prolia kan være luft i maven, udslæt eller milde infektioner, men overvejende tåles Prolia godt af langt de fleste.

Behandling med strontium (Protelos)

Strontium, som markedsføres under navnet Protelos, bruges kun yderst sjældent i dag på grund af ▶



øget risiko for hjertesygdom og forhøjet blodtryk.

Behandling med raloxifen (Evista)

Raloxifen tilhører gruppen af lægemidler, som betegnes Selektiv Receptor Modulerende stoffer (SERM). Raloxifen markedsføres under navnet Evista og har samme effekt på knoglerne som kvindeligt kønshormon (østrogen).

Evista virker ved at bremse knoglenedbrydningen og beskytter samtidig mod østrogenfølsom kræft (80 % af alle kræfttyper). Præparatet tages som én daglig tablet, og det er ikke nødvendigt at tage tabletten fastende.

Evista gives efter overgangsalderen, da det i modsat fald kan fremprovokere hede- og svedeture – og da Evista ikke effektivt øger knoglemassen, egner det sig bedst til kvinder med en mild grad af knogleskørhed.

Bivirkninger ved Evista kan være stivhed eller uro i benene ("restless leg"). Herudover øger Evista ligesom hormoner og p-piller risikoen for at få en blodprop i venesystemet (til 3 ud af 1000 behandlede), og er derfor først og

fremmest velegnet til 55-60-årige kvinder, der ud over kun at have knogleskørhed i mild grad, er fuldt mobile.

Kvindeligt kønshormon (østrogen)

Kvindeligt kønshormon anvendes primært til kvinder, der går i overgangsalder før 45 års alderen og med bevaret livmoder, skal der behandles med en kombination af østrogen og gestagen. Ren østrogen kan bruges til kvinder, som har fået fjernet livmoderen. Østrogenbehandlingen fortsættes ved tidlig menopause indtil 50-52 års-alderen. Hormonbehandling har ikke direkte indikation til behandling af knogleskørhed, men nedsætter knogleomsætningen og bruges af mange kvinder i forbindelse med overgangsalderen for at nedsætte menopausegener.

Knogleopbyggende lægemidler

Det mest kendte knogleopbyggende lægemiddel på markedet i Danmark er Forsteo, der indeholder dele af biskjoldbruskkirtelhormonet PTH. En kortvarig stigning i blodet af dette hormon giver signal til, at der skal bygges knogle op. Ud over at øge knog-

le-nydannelsen forebygger Forsteo knoglebrud hos patienter, som fornylig har haft ét eller flere sammenfald i ryggen. Da patentet på Forsteo er udløbet, er der desuden netop kommet en tilsvarende medicin på markedet med navnet Terrosa.

Forsteo tages over en periode på 24 måneder som en daglig indsprøjtning under huden i maveskindet – helst om morgenen, således at man kan komme op og gå og dermed begynde at stimulere knoglen, ligeså snart præparatet er injiceret.

De fleste befinder sig godt med behandlingen, men særligt i starten kan der forekomme bivirkninger som kvalme, hovedpine og svimmelhed som følge af det forhøjede kalciumindhold i blodet. I disse tilfælde kan man i samråd med sin osteoporosespecialist regulere på kalktilskuddet.

For at fastholde den opbygning af knoglerne, som PTH-behandlingen medfører, skal behandlingen altid følges op af behandling med bisfosfonat eller Prolia.

Behandling med Forsteo – såvel som biosemilaren - er meget dyr

” Det er altid en god ide at tage imod lægens tilbud om behandling



(respektive 100.000 og 75.000 kroner), hvorfor Lægemiddelstyrelsen kun bevilger tilskud til PTH-behandling af personer, som har knogleskørhed i ryggen i svær grad. For at få tilskud, skal man inden for de sidste tre år have haft to større sammenfald i ryggen eller man skal have ét større sammenfald og samtidig have en T-score på mindst minus 3,0.

Husk: Tag medicinen som foreskrevet

Når man får lægemidler mod knogleskørhed i tablettform, bør man altid komme til opfølgende konsultation hos sin læge 2-3 måneder efter, behandlingen er sat i gang. Det siger næsten sig selv,

at man skal tage medicinen som foreskrevet, for at behandlingen skal virke. Har man ubehagelige bivirkninger, må man derfor ikke bare stoppe behandlingen men skal i stedet kontakte sin læge, der kan udskrive et andet præ-

” De første måneder er altafgørende

parat, som man tåler bedre. Alle data viser, at de første måneder er altafgørende for at fastholde patienter i behandlingen.

Herefter følges der op på behandlingen med DXA-skanning og eventuel måling af knoglemarkører hvert andet år.

Der er dog ikke nogen grund til at fortvivle, hvis man fx er kommet afsted på ferie uden sine tabletter i en uges tid. Så fortsætter man bare, når man er tilbage igen.

Endelig: Hvis man ikke får indtaget nok kalk og vitamin D igennem sin kost, skal man sørge for at tage et dagligt tilskud. Kalk og vitamin D er – på linje med en knoglevenlig livsstil – en vigtig del af behandlingen, og danner basis for, at den medicinske behandling virker.

Osteoporoseforeningens Patient-til-patient telefon

Hver tirsdag formiddag tilbyder to af foreningens mangeårige medlemmer at give deres viden om sygdommen videre til medlemmer, der har knogleskørhed, og som gerne vil tale med ligestillede om sygdommen. Telefonen er åben hver tirsdag kl. 10.00-11.30.

Yrsa Korshøj Knudsen, Aarhus tlf. 4026 0096
Jytte Pedersen, København tlf. 2695 6646

