

Zoledronsyre (Zometa®) som tilleggsbehandling til postmenopausale brystkreftopererte kvinner som mottar adjuvant systemisk behandling - pasientinformasjon

Studier har vist at postmenopausale brystkreftopererte kvinner som mottar adjuvant systemisk behandling har nytte av å få benresorpsjonshemmer – zoledronsyre - gitt intravenøst hver 6. måned i 5 år eller hver 3. måned i 2 år. Behandlingen reduserer risiko for tilbakefall av brystkreftsykdommen hos pasienter etter overgangsalder.

Medikamentet gis poliklinisk og av hensyn til gjennomførbarhet både for pasient og sykehus, vil man helst unngå å gi dette i sommerferieperioden.

Før du starter med Zoledronsyre:

Før behandling skal du gå til en kontroll hos din tannlege for å sikre god tannstatus, da benresorpsjonshemmere i sjeldne tilfeller kan forårsake skade på kjevebenet (se informasjon nedenfor).

Du må selv bestille tannlegetimen.

Hvordan foregår behandlingen?

Du må ta blodprøver før oppstart for å undersøke om nyrene dine fungerer tilfredsstillende. Zometa® gis som en enkelt intravenøs infusjon hver 3. måned eller hver 6. måned på sykehus. Du bør også ha daglig tilskudd av kalsium og vitamin D for å forhindre lave kalsiumnivåer i blodet.

Behandlingen varer i underkant av en time. Etter at behandlingen er avsluttet kan du reise hjem.

Bivirkninger det kan være nyttig å kjenne til i forbindelse med denne behandlingen

Pasienter som behandles med zoledronsyre kan oppleve bivirkninger som skjelettsmerter, feber, slapphet, stivhet og smerter i muskler/ledd i løpet av de første dagene etter infusjonen. Hvis du opplever denne type bivirkninger, er disse som oftest mindre uttalte ved senere infusjoner. En sjelden, men alvorlig bivirkning av zoledronsyre er osteonekrose (skade) i kjevebenet (se informasjon nedenfor).

Informasjon til tannlegen din:

Osteonekrose i kjevene (ONJ) er en kjent, men sjelden komplikasjon til behandling med benresorpsjonshemmere. Risikoen for ONJ må antas å være livslang. ONJ er svært vanskelig å behandle når tilstanden først har inntruffet, og tiltak for å forebygge ONJ er derfor viktige. Osteonekroserisiko er særlig høy hos pasienter med dårlig tannstatus eller der det gjøres inngrep under eller etter behandling med benresorpsjonshemmere. Risikoen er særlig knyttet til kirurgiske inngrep som omfatter kjeveben, f. eks. tanntrekking, men også gnagsår fra proteser øker risiko. Andre risikofaktorer kan være kjemoterapi, bevacizumab, steroider, spontan tannløsning, tannrotsinfeksjoner, høyt alkoholinntak, røyking.

Forebyggende tiltak

Alle pasienter bør undersøkes hos tannlege før behandlingen starter. Alle ikke-restaurerbare tenner og tenner med dårlig prognose bør, dersom medisinske forhold tillater det, ekstraheres og adekvat slimhinnetilheling oppnås før oppstart med benresorpsjonshemmere. Man bør i den grad det er forsvarlig unngå kjevekirurgi/tanntrekking under behandling med benresorpsjonshemmere og velge konserverende/endodontisk tannbehandling dersom dette er mulig. Man kan ikke sette sikre intervall fra avsluttet behandling før tannkirurgi kan utføres.

Behandling

Hvis smerter og ubehag fra tenner, kjeve og slimhinner oppstår under behandlingen, bør pasienten undersøkes hos tannlege snarlig. Behandlingen av ONJ er vanskelig, og pasienter med mistanke om ONJ må henvises oral-/kjevekirurg med spesialkompetanse på området. Antakelig vil ONJ lettere kunne behandles om dette oppdages tidlig og behandling med benresorpsjonshemmer opphører.