

Knogleskørhed

og gigtsygdomme



Gigtsygdomme øger risikoen for at udvikle knogleskørhed. Derfor skal man være opmærksom på at forebygge knogletab i forbindelse med behandlingen af en gigtsygdom.

- Af Ellen-Margrethe Hauge, professor, overlæge, ph.d., Reumatologisk Afdeling U, Aarhus Universitetshospital, Institut for Klinisk Medicin, Aarhus Universitet.

Smerter og nedsat fysisk aktivitet, et overaktivt immunsystem og immundæmpende behandling med binyrebarkhormonet prednisolon. Hver for sig, men i særdeleshed i kombination, øger disse faktorer risikoen for at udvikle knogleskørhed.

Reumatologiske sygdomme kalder vi ofte for gigtsygdomme. Kronisk leddegigt, rygsøjlegigt og muskelgigt er hyppige reuma-

tologiske sygdomme, mindre hyppige er bindevævssygdommene. Fælles for alle er et overaktivt immunsystem, der via en betændelsesreaktion angriber egen krop; derfor beskrives sygdommene også som autoimmune.

Kronisk leddegigt

En autoimmun betændelsesreaktion (inflammation), som fx ses ved kronisk leddegigt, kan i sig selv føre til knogleskørhed. Knog-

lenedbrydningen øges via signalstoffer, der kobler immunsystemets celler med knoglevævets celler. Med alderen stiger risikoen for knogleskørhed naturligt, men har man leddegigt opstår knogleskørheden tidligere. Derfor er måling af knoglemineralindholdet ved en DXA-skanning en vigtig del af kontrolforløbet for leddegigten. Tidligere var brugen af binyrebarkhormonet prednisolon udbredt til behandling af

personer med kronisk leddegigt, da virkningen er både hurtig og effektiv. Men risikoen for knogleskørhed ved lang tids brug er betydeligt øget. Derfor behandler vi nu i Danmark kun med prednison som tabletbehandling som eneste eller supplerende behandling, hvis der ikke er andre muligheder. Til gengæld har flere danske undersøgelser vist, at binyrebarkhormon sprøjtet direkte ind i de hævede led har både god og hurtig virkning og formodet mindre risiko for knogleskørhed.

Rygsøjlegigt

Ved rygsøjlegigt kan ryggen blive stiv, fordi ledbåndene i ryggen forkalker. Umiddelbart skulle man tro, at den øgede forekomst af kalk ville styrke ryggen, men det forholder sig modsat. Når ryggen ikke bevæges, forsvinder de naturlige små tryk på knoglevævet inde i rygsøjlen og dermed signalet til at bevare knoglevævet. Resultatet af DXA-skanningen kan være svær at fortolke, fordi der både er områder med mere kalk, og områder med mindre kalk. Desværre er der ikke gode undersøgelser, som klart peger på hvordan og hvornår forebyggelse for knogleskørhed ved rygsøjlegigt skal påbegyndes.

Muskelgigt

Muskelgigt er en relativt hyppig autoimmun tilstand, som oftest opstår hos ældre. Den viser sig som regel over få uger med tiltagende smerter og stivhed i skuldre og hofter og kan være ledsaget af inflammation i hovedpulsåren eller pulsårer i tindingen. Behandlingen med tablet-prednisolon strækker sig over en til to år, hvorefter sygdommen typisk brænder ud. Indledningsvist er dosis af prednisolon høj, men den trappes over måneder ned til et lavt niveau.

Risikoen for knogleskørhed er så stor, at en DXA-skanning skal gennemføres og forebyggende behandling iværksættes, selv hvis der ikke er knogleskør-

hed (osteoporose), men "blot" nedsat knoglemineralindhold (osteopeni). Den forebyggende medicinske behandling er som standard en ugentlig tablet med Alendronat. De fleste personer med muskelgigt bliver behandlet af deres praktiserende læge, men uanset om behandlingen foregår hos egen læge eller på et hospital, er det overordentlig vigtigt at huske på risikoen for knogleskørhed.

Standardmedicinsk behandling

Har man gigtssygdom og knogleskørhed tilbydes som standard medicinsk behandling med Alendronat. Dette lægemiddel hæmmer den naturlige nedbrydning af knoglevævet og beskytter mod knoglebrud i hofte, underarm og ryg - også hos personer med leddegigt. Hidtil har man betragtet behandlingen som livslang, men måske kan behandlingen pause-

res efter fem år. Vi ved imidlertid endnu ikke, om dette også gælder for personer med leddegigt, der jo har ekstra risiko for at udvikle knogleskørhed.

På Aarhus Universitetshospital har vi netop startet et forskningsprojekt, der skal afklare dette spørgsmål. I forskningsprojektet undersøger vi knoglemineralindholdet både ved DXA-skanning og ved en ny type røntgenskanning med særlig høj opløselighed af billedet. Vi tror, at denne type skanning kan være mere følsom og præcis end DXA-skanningen til at forudse knogleskørhed.

Forskningsprojektet er et samarbejde mellem Osteoporoseklinikken og Reumatologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital, hvor patienter med leddegigt og i behandling med Alendronat for knogleskørhed inviteres til at deltage i forskningsprojektet.

Prednisolon er et binyrebarkhormon

Dosering

- Gives i de fleste tilfælde som tabletter
- Dosis er individuel og afhænger af sygdommens art og sværhedsgrad.
- Ofte indledes behandlingen med en høj dosis. Når tilfredsstillende virkning er opnået, kan dosis nedtrappes.

Bemærk:

- Ved ophør efter længere tids behandling vil læges nedsætte dosis gradvis i løbet af nogle uger for at undgå bivirkninger ved hurtig nedtrapping.

Risiko for knogleskørhed

- Ved binyrebarkhormonbehandling, der påvirker hele kroppen, skal man være opmærksom på at indtage tilstrækkeligt med calcium og vitamin D – specielt hvis man har øget risiko for knogleskørhed. Man bør desuden have målt knoglernes mineraltæthed (DXA-scanning).