

Graviditet og osteoporose

Artikel



Af specialeansvarlig ergoterapeut
Dorte Lundbak,



specialeansvarlig fysioterapeut
Birgitte Malmros og



overlæge dr.med. Bente Langdahl

En normal graviditet påvirker kvindens calciumbalance, fordi der skal leveres calcium til det voksende foster og moderkagen. Ligeledes påvirker amning kvindens calciumbalance, fordi der afleveres calcium til barnet via modermælken.

For at kunne aflevere denne ekstra calcium til barnet både i løbet af graviditeten og i amme perioden, indtræder en del ændringer i de hormoner, der også uden for graviditet og ammeperioder, kontrollerer niveauet af calcium i blodbanen og knoglemineralindhold i skelettet.

Et foster indbygger 33 gram calcium i sit skelet i løbet af en normal graviditet. 80% indbygges i den sidste 1/3 af graviditeten, svarende til ca. 300 mg calcium om dagen. Denne store mængde calcium tilvejebringes hovedsageligt ved, at kvinden optager mere calcium fra tarmen på grund af et øget niveau af aktivt D-vitamin i blodet. For at niveauet af aktivt D-vitamin kan øges i løbet af graviditeten, er det vigtigt, at kvinden får tilstrækkeligt med almindeligt D-vitamin i løbet af graviditeten. Denne ændring i mængden af aktivt D-vitamin skyldes PTHrP, et stof, der blandt andet dannes i moderkagen. PTHrP ligner på mange måder PTH, som er biskjoldbruskkirtelhormon, og kan på samme måde som PTH øge niveauet af aktivt D-vitamin i blodet.

På trods af de ovennævnte mekanismer tyder flere mindre studier alligevel på, at kvinder mister calcium fra knoglevævet i løbet af en normal graviditet. Knoglescanninger udført før og efter graviditet viser 3-5% lavere knoglemineral indhold efter gennemført graviditet.

I ammeperioden afleverer kvinden 300-400 mg calcium i modermælken til barnet om dagen. Det aktive D-vitamin niveau, som var højt i graviditeten og øgede optagelsen af calcium fra tarmen og dermed beskyttede kvindens eget skelet, er nu igen normalt. Calcium til

modermælken hentes derfor fra moderens skelet i amme perioden. Dette medfører et fald i knoglemineralindhold på 3-10% i løbet af amme perioden. Dette tab genvindes, når amningen ophører.

På trods af disse ret voldsomme ændringer i hormoner, der kontrollerer calcium og knoglemineralindhold i løbet af graviditet og ammeperiode, er der ingen undersøgelser, der tyder på at graviditeter og amning øger kvinders risiko for at udvikle osteoporose senere i livet.

I meget sjældne tilfælde udvikles osteoporose med sammenfald af ryghvirvler i løbet af den sidste del af graviditeten eller umiddelbart efter fødslen. Da det er en meget sjælden tilstand, går der desværre ofte nogen tid, inden den rigtige diagnose bliver stillet.

Da tilstanden er sjælden, er der ikke gennemført større undersøgelser af disse kvinder. Vi har derfor ikke nogen grundig viden om, hvorfor osteoporose kan opstå i forbindelse med graviditet. Der er fremsat forskellige teorier. En teori er, at tilstanden særligt rammer kvinder, der har lavt knoglemineral indhold, inden de bliver gravide. En anden teori er, at der i nogle graviditeter dannes alt for meget PTHrP, således at det udover at have den gavnlige effekt på dannelsen af aktivt D-vitamin, også øger knogledbrydningen. En tredje teori er, at det lille tab, der ses i knoglemineralindhold i forbindelse med en graviditet, kan blive forøget, hvis kvinden indtager for lidt calcium eller almindeligt D-vitamin forud for og i løbet af graviditeten. Derved kan de ovenfor nævnte mekanismer, der skal øge optagelsen af calcium, ikke komme til at virke. Det er ikke muligt



smarter og for at kunne arbejde bedst muligt med holdningen.

Som hvilestilling anbefaler vi som vanligt sideliggende stilling med én pude mellem knæene og én mellem fødderne. Vi anbefaler også, at patienten er meget opmærksom på at lægge sig og hvile, så snart hun føler en forøgelse af smerterne i ryggen. Forhåbentligt kan kortere tids hvile afhjælpe generne, evt. med brug af varmpude.

Principielt må patienten ikke løfte for meget, men det kan jo næsten være en utopi at forestille sig, at hun slet ikke gør det. Derfor er det meget vigtigt at lære hende, hvordan hun løfter på den mindst belastende måde. Ofte må det undersøges, hvilke muligheder der er for hjælp i dagligdagen i form af hjemmehjælp eller dagpleje/vuggestue.

Efterhånden som patienterne har kontrol over muskulaturen og bruger lændestabiliseringen i deres hverdag,

kan øvelserne gøres mere krævende. Eventuelt kan i en periode træne i et varmtvandsbassin, hvor der både kan lægges vægt på smertelindring, styrke og balancetræning.

Senere i forløbet vil det være en god ide at træne videre på et træningscenter. Her er det dog som altid en forudsætning, at der er instruktører – evt. fysioterapeuter – der har kendskab til osteoporose. Formålet med træningen er både at styrke muskulaturen og forsøge at påvirke knogleomsætningen. Træningen skal være vægtbærende, men dog ikke med alt for hård belastning.

De fleste patienter vil fremover have behov for at træne regelmæssigt. Det er derfor, som hos alle osteoporosepatienter, vigtigt at finde en træningsform, man kan vedblive med. Det kan godt lade sig gøre at gå til almindelig gymnastik, men stadig uden foroverbøjning og rotation.

Hvis kvinden har et ønske om at dyr-

ke en eller anden sportsgren, er det en god idé, at få en fagperson til at analysere, om det kan være for belastende for kroppen. Måske kan aktiviteten lade sig gøre med små ændringer.

Ergoterapi

Den ergoterapeutiske behandling tager udgangspunkt i patientens aktuelle tilstand og formåen. Har patienten mange smerter, kan der være behov for at låne aflastende hjælpemidler, som f.eks. gribetang, strømpepåtager, påklædningspind og lignende. Der vil samtidig blive kigget på siddestillingen. Er der behov for en lændestøttepude, vil denne blive afprøvet og kan lånes midlertidigt fra hospitalet.

Når patienten ikke er så smertepåvirket længere, gives der instruktion i hensigtsmæssige arbejdsbevægelser i forhold til daglige færdigheder. Patientens dagligdag gennemgås, og der sættes særligt fokus på håndtering af barnet: hvordan sidder patienten, når hun skal give barnet mad? Hvordan er puslepladsen indrettet, og hvordan er bademulighederne? Hvordan kan hun bedst – og mest rygvenligt – lægge barnet i barnevogn osv.

Relevante teknikker og hjælpemidler demonstreres og afprøves. Hjælpemidlerne udlånes fra hospitalet eller søges via primærkommunen. Pjecen „Hold kroppen på toppen“ fra Forbrugerstyrelsen gennemgås og udleveres.

Desuden gennemgås arbejdsstillinger i forbindelse med køkkenarbejde, rengøring og øvrige huslige aktiviteter. Hvis det er relevant, gennemgås patientens erhvervsarbejde med henblik på arbejdsstillinger og evt. aflastende teknikker.



Unikt samarbejde om nakke- og lændesmerter

Fysioterapi og kiropraktik i teambehandling skaber det helstøbte patientforløb.

Grundig undersøgelse af problematik og udarbejdelse af behandlingsstrategi. Udførlig patientinformation omkring egen sygdomsproblematik. Fokus på patientaktiverende behandling suppleret med manuel behandling.

Før hver behandling vurderes **indikationer** for – og **kontraindikationer** mod kiropraktorbehandling af osteoporosepatienter. Læs mere om vores helstøbte behandlingsforløb på vores hjemmeside:

www.kiropraktor.dk

Kiropraktik & fysioterapi

Klostertorvet 4 · 8000 Århus C · Tlf. 86 13 22 23



med den nuværende viden på området, at konkludere om en eller flere af disse teorier er korrekte. En observation, der kunne tale for, at det mere har at gøre med den enkelte graviditet end med kvindens tilstand forud for graviditeten, er, at en kvinde, som udvikler flere sammenfald af ryghvirvler under én graviditet, kan have en fuldstændig normalt forløbende graviditet næste gang.

Medicinsk undersøgelse og behandling

En kvinde, der udvikler graviditetsbetinget osteoporose bør udredes nærmere på en afdeling med særlig interesse for osteoporose. Der bør foretages DXA undersøgelse (knoglescanning), tages blodprøver for at udelukke andre sygdomme og i nogle tilfælde tages en knogleprøve fra hoftekammen for at udelukke sjældnere knoglesygdomme, som for eksempel osteogenesis imperfecta.

Kvinden vil i de fleste tilfælde blive tilbudt behandling med bisfosfonater for at styrke knoglevævet. Der vil ofte også være behov for behandling med smerte-

stillende medicin i en periode. Desuden henvises til fysio- og ergoterapi.

Fysio- og ergoterapeutisk behandling

Der findes ikke i litteraturen noget om fysioterapi eller ergoterapi til denne gruppe patienter. Denne artikel er derfor et udtryk for den erfaring, vi har fået på Århus Sygehus. Når en patient får stillet diagnosen „graviditetsbetinget osteoporose“ henvises hun til fysio- og ergoterapi. De patienter, vi ser, vil alle have brud på en eller flere af ryghvirvlerne. I litteraturen er der beskrevet tilfælde med osteoporotisk hoftebrud som følge af graviditet. Dette har vi ikke set her på stedet. Fysio- og ergoterapeuterne starter i fællesskab med at give patienten information om osteoporose. Formålet er, at patienten får en viden om, hvordan sygdommen påvirker kroppen, og hvad man selv kan gøre for at undgå at få flere brud.

Det overordnede princip er at undgå foroverbøjning og rotation af ryggen. Selv om knogletilstanden forventes at bedre sig i løbet af det første år, er det

meget vigtigt, at patienten undgår at få flere brud i mellemtiden. Da mange af patienterne ikke opnår normal knogletæthed igen, vil de også fremover skulle passe på deres ryg.

Fysioterapi

Afhængigt af, hvor stærkt patienten er påvirket af smerter, vil behandlingen i første omgang dreje sig om smertebehandling, hvilestillinger og instruktion i hensigtsmæssige bevægemønstre som f.eks. hvordan man kommer ind og ud af en seng. Når vi ser en patient med graviditetsbetinget osteoporose kort tid efter fødslen, vil hun ofte både være påvirket af sammenfald af ryghvirvlerne og af de almindelige kropspåvirkninger som følge af graviditeten: svagere mavemuskler og bækkenbund, samt den midlertidige ændring af kropsholdningen.

Øvelsesbehandlingen vil have til hensigt at styrke de svage muskler, men også ved denne type osteoporosepatienter er det meget vigtigt at få stabiliseret lænden ved hjælp af de dybe tværgående mavemuskler. Dette gøres både for at undgå



Gravide skal tage kalktabletter



Mette Lythe Larsen fik som 34-årig sammenfald i ryggen under graviditet.

Interview



Af journalist Anna Grethe Dybro, Herning

Foto: Johannes Dybro, Herning

Det er det råd 36-årige Mette fra Århus, efter smertelige erfaringer med sammenfald under graviditet, giver sine unge medsøstre.

Det hører heldigvis til sjældenheder, men det sker altså, erkender blandt andre overlæge dr. med. Bente Langdal, Århus Sygehus, at unge kvinder under graviditet taber så meget kalk, at det medfører sammenfald.

Denne bitre erfaring har Mette Lythe Larsen i Højbjerg ved Århus netop gjort. Den 14. maj 2003 fødte Mette ved kejsersnit. Inden fødslen havde hun haft stærke smerter i ryggen. Efter fødslen skete der igen noget i hendes ryg, og hun prøvede forskelligt, blandt andet en kiropraktor, der begyndte at behandle hende uden først at have røntgenfotograferet hende. Han gav hende nogle meget smertefulde behandlinger, og Mette følte naturligt nok, at behandlingen kun forværrede hendes situation.

Men sidst i juli 2003, da hendes lille pige skulle vaccineres, talte hun med lægen om de forfærdelige smerter, hun fortsat havde. Lægen blev hurtigt klar over, at der vist måtte være noget helt galt og sendte hende til en MR scanning, idet han troede det var en diskosprolaps. Det blev afkræftet og Mette blev sammen med sin lille pige indlagt på Århus Sygehus, hvor en scanning viste, at hen-

des T-score var -3.36. Hun blev omgående sat i behandling med Fosamax. Undersøgelserne viste også, at hun havde i alt seks sammenfald, hvoraf de to første kom allerede under graviditeten og de fire andre nogle måneder senere.

Mette var selvfølgelig rystet og har siden været gennem mange nedture på grund af den ændring i hendes tilværelse, sygdommen forårsagede. Hun skal passe på med at løfte sit barn, hvilket er meget svært. Og når hun ellers går i gang med forskellige nødvendige gøremål, må hun jævnligt holde en pause og hvile sig.

En fremtid med osteoporose

Fremtidsplanerne er også taget op til grundig revision. Mette har først arbejdet i forretning, indtil hun for fire år siden blev pædagogmedhjælper. Her troede hun, at hun var kommet på den rigtige hylde og havde planer om at tage pædagoguddannelsen. Men det er nu helt udelukket.

Det var da også meningen, at Tilde skulle have en lillebror eller lillesøster. Om parret tør binde an med en ny graviditet og fødsel, er et stort spørgsmål, som ikke er helt afklaret endnu. Lægen siger, at risikoen for at det gentager sig med så voldsom afkalkning, er meget lille. Hun har således fået grønt lys fra lægen, men er selv meget i tvivl, om hun tør, og om hun kan magte det.

Mette er kontrolscannet i år, og det har vist sig, at T-scoren er væsentlig forbedret og nu på -2.05.



Det er nærmest umuligt for Mette at undgå at løfte på datteren Tilde, der er to et halvt år.

Men de seks sammenfald har hun, og hun har også konstant smerter i ryggen, dog ikke så slemt, siger hun. Hun går efter anbefaling af fysioterapeut Birgitte Malmros til norsk sekvenstræning to gange om ugen for at styrke musklerne. Mere synes, hun ikke, hun kan klare, selvom hun tidligere har været meget fysisk aktiv.

Berettiget til førtidspension

Efter Mette fik sin diagnose, fik hun foranlediget, at hendes mor, mormor og to søstre blev scannet. Og ved såvel mormoren på 81 år som moren på 59 år, viste T-scoren, at der var behov for behandling. De to søstre på 27 og 33 år er begge i risikogruppen og er nu gået i gang med at spise kalktabletter. Og det er Mettes råd til alle unge kvinder, at de bør tage kalktabletter, og gravide kvinder SKAL simpelthen. Det er uforvarsomt ikke at gøre det, mener Mette.

Hun spekulerer nu meget på, hvordan hun kommer videre, efter at have gået hjemme i to et halvt år og uden mulighed for at fortsætte, der hvor hun slap. Lægen mener, hun er berettiget til førtidspension, men det vil hun meget nødig tage imod, da hun er bange for at blive isoleret, hvis hun ikke kommer ud og får det sociale samvær, omgangen med kolleger på en arbejdsplads giver.

Mette er ikke en type, der let giver op, men hun ved også, at hun har en krop, der kræver særlige hensyn. Hun ved også, at hun ikke kan klare 37 timer på en arbejdsplads og derefter passe barn og det nødvendige huslige arbejde, der skal gøres i ethvert hjem. Så lige for øjeblikket, er Mette temmelig rådvild, men tror dog på, at noget vil vise sig.

Hun glæder sig over, at T-scoren er så meget forbedret og er i øvrigt meget glad for den behandling hun har fået af såvel den praktiserende læge som specialisterne på sygehuset, hvor hun virkelig følte, der blev taget hånd om hende.