



Knogleskørhed/osteoporose

Knoglevævet nedbrydes og opbygges hele livet. Fra 30-årsalderen nedbrydes der mere knogle end der genopbygges.

Dette kan med tiden medføre knogleskørhed (osteoporose) med en øget risiko for knoglebrud på f.eks. underarme og lårbenshalse (hoftebrud) eller i ryggen. Kvinder mister betydeligt mere af skelettet de første 10 år efter overgangsalderen og har derfor en større risiko for at få knogleskørhed og knoglebrud. Hver 3. kvinde og hver 5. mand rammes af osteoporose. Man mærker ikke, hvis man er ved at få skøre knogler, før der måske sker et brud. Det er derfor vigtigt at forebygge knogleskørhed.

Hvorfor mistes der særligt meget knogle efter overgangsalderen:

Ved overgangsalderen holder æggestokkene op med at danne det kvindelige hormon østrogen. Dette medfører, at både knoglevævet nedbrydning og opbygning øges, men knoglenedbrydningen øges mere end knogleopbygningen. Samtidig ændres knoglevævet struktur, så det bliver mere porøst og knoglestyrken aftager. Kønshormonerne virker direkte på knoglecellerne.

Hvilken rolle spiller fysisk aktivitet:

Fysisk aktivitet livet igennem er med til at forebygge knogletabet. Især vægtrævende motion er godt, det vil sige f.eks. gang/løb, sjipning, boldspil m.m.

Hvilken rolle spiller rygning og alkohol:

Tobaksrygning næsten fordobler risikoen for knoglebrud. Rygeophør medfører, at den øgede risiko for knoglebrud igen aftager. Et moderat alkoholforbrug svarende til 2 genstande pr. dag for kvinder øger ikke risikoen for knogleskørhed. Tværtimod er der resultater, der tyder på, at et begrænset alkoholforbrug nedsætter risikoen for knoglebrud. Et større alkoholforbrug medfører nedsat knoglestyrke.

Hvilken rolle spiller kaffe og te:

Der er tilsyneladende i praksis ikke nogen øget risiko for knogleskørhed forbundet med disse nydelsesmidler. Flere undersøgelser tyder på., at te-drikkere har nedsat

risiko for knoglebrud.

Hvilken rolle spiller kalk og D-vitamin:

Kalktilskud p. 500-1500 mg./dag anbefales til kvinder efter overgangsalderen. Det svarer til ca. 1/2 liter mælk og 1-2 skiver ost/dag. Kalk findes også i grøntsager f.eks. kål, broccoli og nødder. D-vitamin er nødvendigt for at kalken kan optages. Man anbefaler 5 mikrogram/dag. Det findes i fede fisk, og dannes i huden i sollys. Spis fed fisk et par gange om ugen. Kun hver 10. danske kvinde får den anbefalede dosis D-vitamin, så et tilskud kan evt. være nødvendigt.

Hvilken rolle spiller hormonbehandling:

Der er ingen tvivl om, at hormonbehandling forebygger osteoporose. Risikoen for at få knogleskørhed vil øges igen, hvis man ophører med hormonbehandling. På grund af den øgede risiko for brystkræft kan hormonbehandling ikke anbefales alene med henblik på at forebygge eller behandle knogleskørhed. Men tager man hormoner for at lindre overgangsaldersymptomer, får man altså en gevinst på knoglerne.

Hvordan stilles diagnosen:

Når først knogleskørheden er konstateret i forbindelse med brud, må man have medicin, som hæmmer nedbrydningen. Hvis du er i tvivl, om du er i risiko for at have knogleskørhed, bør du henvises til en knoglescanning (Dexa-scanning) for at få målt knoglemassen. Lægemiddelstyrelsen har opstillet kriterier for, hvem der kan blive henvist til knoglescanning.



Risikofaktorer er:

- knogleskørhed i familien
- lav kropsvægt (BMI < 19)
- tidligere brud ved mindste uheld
- overgangsalder før 45 år
- lav fysisk aktivitet
- rygning
- stort alkoholforbrug
- behandling med binyrebarkhormoner (> 3 måneder)
- forhøjet stofskifte
- nyresygdomme
- anorexia nervosa.

Egen læge vil også tage nogle blodprøver og i urinen kan måles et protein, som afspejler knoglenedbrydning. Der tages evt. også et røntgenbillede af rygsøjlen for at undersøge, om der er brud.

Behandling:

Kalcium og D-vitamin:

Det er grundlæggende for forebyggelsen og behandlingen, at der er kalcium og D-vitamin nok tilstede. Størst udbytte af tilskud får man ved indtagelse over døgnnet og i forbindelse med et måltid. Vær opmærksom på, at tabletterne er undersøgt for optagelighed hos mennesker. Kalcium må ikke indtages sammen med jerntilskud.

SERM:

SERM virker på samme måde som østrogen på knoglerne, men er ikke et hormon. SERM-produktet hedder i Danmark Evista. Man må ikke få SERM, hvis man har haft blodprop i benet eller lungen. Enkelttilskud kan søges via egen læge, hvis

lægemiddelstyrelsens kriterier er opfyldte.

Bifosfonater:

Bifosfonater optages af knoglerne og virker hæmmende på de knoglenedbrydende celler. Der findes flere præparater på det danske marked, men alle kan virke irriterende på mavesækken og bør ikke tages, hvis man for nylig har haft mavesår. Timing i forhold til fødeindtagelse og andre tilskud er meget vigtig. Man kan også søge tilskud til behandling via egen læge.

Strontium Ranelate:

Strontium Ranelate hedder i Danmark: Protelos, og optages af knoglerne. Her virker det hæmmende på de knoglenedbrydende celler og stimulerende på de knogle-nydannende celler.

Parathyroideahormon:

Dette gives som daglige indsprøjtninger og kun til kvinder, som har svær osteoporose.

Hormonbehandling:

Da nu flere store undersøgelser har vist specielt en øget risiko for brystkræft i forbindelse med østrogen kombineret med gestagen, anbefales behandlingen ikke til osteoporose forebyggelse alene. Men virker anden behandling ikke, eller er du i behandling på grund af hede-/svedeture f.eks. – er behandlingen også virksom overfor knogleskørhed. Har du haft brystkræft, har brystkræft i den nærmeste familie, eller har haft blodprop i benet eller lungen, kan du ikke få behandlingen. Vær opmærksom på, at taler man her om hormonbehandling, er det behandling efter den almindelige alder for overgangsalder (ca. 51 år) og altså ikke hvis du er gået i for tidlig overgangsalder, her vil behandlingen erstatte de hormoner, du skulle have produceret selv.



Væksthormon:

Behandlingen er i sin vorden og mest på forsøgsplan endnu. Kan anvendes i udvalgte svære tilfælde.

Hvor står gynækologen:

Som gynækolog indgår jeg ikke i behandling af osteoporose, men har lavet denne patientvejledning, fordi vi ofte i forbindelse med problemstillinger forbundet med overgangsalderen og specielt, hvis den er indtrådt for tidligt kommer til at tale om knogleskørhed. Vi taler ofte om hormonbehandling og livsstilsfaktorer, og jeg kan henvise til en knoglescannings, men den medicinske behandling og ansøgning om tilskud og kontrol foregår via egen læge.