

Osteoporos

– en folksjukdom och en riskfaktor

Med åldrande följer ett skörare skelett. Förändringen startar oftast vid menopaus för kvinnor och ungefär vid 70-årsåldern för män. Benskörhet kallas osteoporos och det är både en diagnos och en riskfaktor för frakturer. Det är lätt att bryta sig och få frakturer, vid högre ålder även utan benskörhet. Inflammation och kortisonbehandling ger ökad risk för osteoporos. Det positiva är att det aldrig är för sent att förebygga och att det finns bra behandlingar att tillgå.

Hur ser det ut idag?

Att drabbas av fraktur påverkar livskvaliteten negativt. Sanningen är att det är väldigt många gamla människor som ramlat och brutit sönder sig som dör inom ett år.

Kostnaderna för samhället är också väldigt stora, frakturer på grund av osteoporos kostar samhället 5,6 miljarder kronor per år. I summan finns direkta kostnader som vård, behandlingar och medicin, och indirekta där exempelvis samhällets kostnader för bortfall av förvärvsarbete ingår.

Höftfrakturer är den vanligaste frakturen hos äldre personer och står för en stor del av kostnaderna. Det är oftast lårbenshalsen som går sönder. Den operation som blir följden innebär om möjligt att höften spikas ihop, det beror på benmassans kvalitet. Ibland har blodförsörjningen skadats och då läker frakturen inte bra. Vid dessa tillfällen blir det nödvändigt med en plastik, alltså att en protes opereras in.

Vad sker i skelettet?

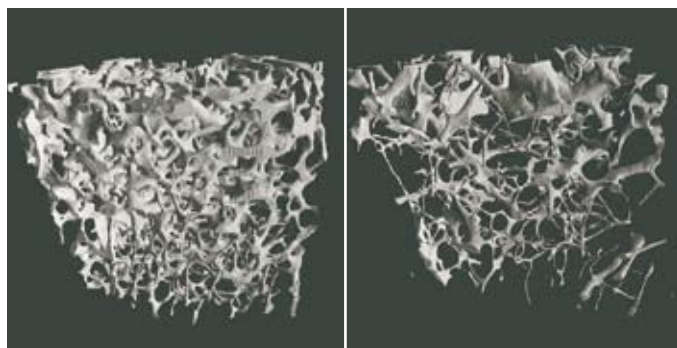
Skelettet är en levande del av våra kroppar. Osteoblaster bygger upp skelettet och osteoklasterna bryter ner och det är balansen mellan dem som avgör benets hållfasthet.

Osteoblasterna stimuleras av hormoner och svarar på mekanisk stimuli, det vill säga fysisk aktivitet som belastar benet. Men benomsättning bygger på ett mycket komplicerat sammansatt skeende i kroppen.

Vem får osteoporos?

Bakgrunden till osteoporos är mångfacetterad. Den är komplex och multifaktoriell, men måste alltid bedömas på individnivå. Maximal benmassa uppnås vid 20-30 årsåldern. Därefter minskar den med 0,5-1 % per år och kvinnor som passerat klimakteriet kan förlora 2 % eller mer varje år.

Benomsättningen ökar alltså med åldern, benet bryts ner snabbare än det byggs upp. Gamla är ofta mindre fysiskt aktiva och det påverkar också benomsättningen.



Normal benmassa

Benskör benmassa

De personer som tidigare haft frakturer löper en större risk att få fler frakturer. Tidig frakturbenägenhet kan alltså ge misstanke om osteoporos.

De gener vi bär på spelar roll, mellan 60-80 % av risken att få osteoporos kan tillskrivas genetiken. Där finns ingen skillnad mellan kvinnor och män. Generna påverkar benets tjocklek. Risken ökar med 2 gånger om någon av ens föräldrar har haft frakturer.

Olika mediciner kan påverka benomsättningen. Kortison i tablettform är en sådan.

Kortisol heter det hormon som produceras i kroppens binjurebark och en hög kortisolnivå hämmar benuppbyggnaden samtidigt som könshormonerna minskar. Därför är rökare speciellt illa ute eftersom nikotin ökar kortisolnivån i kroppen.

För personer som väger mindre, har ett lågt eller normalt BMI (Body Mass Index) dubblas risken. Lite tjockare personer, mer än 30 i BMI, har mindre risk.

Miljön spelar också in. Det finns studier som visat att äldre personer som bor på landsbygden bryter sönder sig mer sällan än personer i staden. Kanske är förklaringen att livet på landsbygden innebär mer rörelse. I staden är det lätt att bli sittande, man tvingas inte ut på samma sätt.

Vilka undersökningsmetoder finns?

Med hjälp av DEXA-röntgen mäts bentätheten ofta både i höfterna och ländryggen. Detta för att man inte ska missa risken för kotkompressioner, och för att tätheten kan variera i olika delar av kroppen.

Ibland görs också ultraljud av hälen, men det är inte lika tillförlitligt.

Vem bär vårdansvar?

Osteoporos kan sägas vara en dold sjukdom. Man tänker inte på att hållfastheten minskar i skelettet vartefter åren går, eller att den påverkas av olika sjukdomar, medicinering eller livsföring. Därför krävs ett multiprofessionellt omhändertagande. Primärvården har ett stort ansvar eftersom risken är högst för äldre personer, några som ofta är väl kända hos

primärvårdens personal. I primärvården finns också ofta ett helhetsgrepp på personer med andra sjukdomar, och kroniskt sjuka. Detta faktum fråntar inte behandlande läkare på specialistklinik ansvaret för att tänka på att sjukdomen i sig kan innebära att patienten blir benskör eller att medicinering som kan störa kroppens benomvandling används.

Text: Yvonne Enman

RA och osteoporos



Risken är dubbelt så stor att få osteoporos för den som har ledgångsreumatism (RA, reumatoid artrit). Speciellt för dem som har haft en aktiv sjukdom i inledningskedet, eftersom det ökar risken för frakturer. En aktiv inflammation stör det komplexa samspelet i kroppen och stimulerar de cytokiner som leder till bennedbrytning.

Ledgångsreumatism debuterar ofta i medelåldern och uppåt, vilket ofta medför lägre fysisk aktivitet än tidigare i livet. Instabilitet och muskelsvaghet kopplat till ömma leder gör det lättare att ramla och bryta sönder sig. Äldre som tränar ökar sin benmassa vilket ger större muskelstyrka, bättre balans, bättre muskelfunktion och koordination. Det är dock inte alltid en reumatiker kan röra sig mycket hur gärna hon eller han vill. Då blir det ännu viktigare med förebyggande vård och anpassad rörelse.

Ytterligare en riskfaktor är att personer med RA ofta är lågviktiga.

Kortison hämmar inflammation, men har negativ effekt på benuppyggarna bland annat för att kortison minskar tarmens upptag av kalcium, även om känsligheten är individuell. Tidigare var kortison i tablettform den vanligaste behandlingen för RA. Idag ersätts det mer och mer av de nya biologiska medicinerna, vilket är bra ur osteoporosvinkel. Kortisoninjektioner i leder spelar ingen roll för benskörhet.

Andra reumatiska sjukdomar

Det finns studier som visar en förhöjd risk för osteoporos också vid andra reumatiska sjukdomar. För personer med Bechterews sjukdom, ankyloserande spondylit, kan risken öka redan tidigt, men det är vanligare med osteoporos efter lång tids sjukdom. Samma gäller för SLE, systemisk lupus erythematosus.

Sannolikt är risken förhöjd för de flesta reumatiska sjukdomar beroende av ökad inflammation, behandling eller komplikationer.

Ben är färskvara – Keep on moving!

Det tar 200 dagar att ombilda ett ben.

Förebygga

Fysisk aktivitet ger styrka och balans. Därför är det viktigt att belasta kroppen åtminstone lite varje dag. Statistik säger att de som idrottat i unga år får färre frakturer. I en fyraårig forskningsstudie som gjordes i Malmö visade det sig att de barn som tränade fick bättre bentäthet än de som inte tränade. Det fanns inga skillnader mellan flickor och pojkar. Men det är aldrig för sent att börja träna.

Ett gott riskmedvetande kan hjälpa till en viss del, osäkerheten minskar om man bearbetar rädslan att falla. Det finns också små saker att tänka på som att lägga en halkmatta i badrummet, vara uppmärksam på att en liten hund kan springa framför fötterna så att man snubblar, ta bort hala mattor, sladdar och onödiga trösklar, och ha bra skor som underlättar balansen.

D-vitamin och kalcium, kalk, påverkar benuppbyggnaden. Minst en kvart om dagen utomhus ger tillräcklig D-vitamin dos som man får genom huden av solstrålning. Det räcker faktiskt med den strålning som en mulen dag ger och det utan att man är avklädd.

Ämnena i huden tar upp det ultravioletta ljuset som omvandlas i levern, för att sedan gå vidare till njurarna där det slutomvandlas till D-vitamin. Förmågan att tillverka D-vitamin minskar med åldern. Den som köper kosttillskott med D-vitamin och kalcium måste vara observant på att dosen verkligen blir den rätta. Skyddsmedicinering som ordinerats av läkare är anpassad till personens kropp och ges i ofarlig dos.

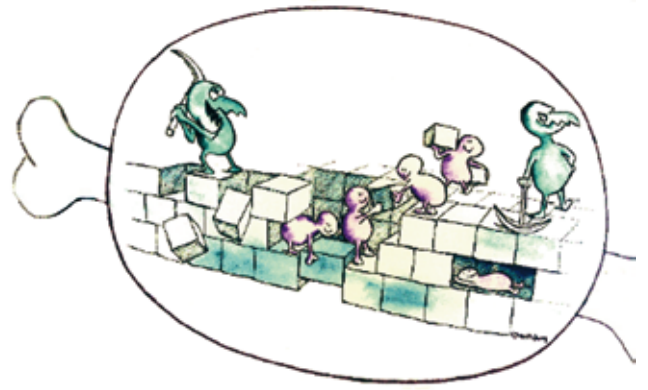
Ett annat råd är att äta kalkrik mat som fisk, mjölk, ost, fil och yoghurt.

Medicinsk behandling

Basmedicineringen vid benskorhet är alltid tillskott av D-vitamin och kalcium. För dem där mediciner eller sjukdom kan tänkas påverka benomsättningen finns annan skyddsmedicinering att lägga till.

Bisfosfonater kallas de mediciner som hämmar de bennedbrytande osteoklasterna. Forskningsresultat visar att bisfosfonater ger ett gott skydd mot bennedbrytning och frakturer.

De vanligaste är Fosamax, Alendronat eller Alenat. De tas som en tablett per dag eller som veckotablett tillsammans med ett glas vanligt vatten. Det är viktigt att vänta med annan dryck och mat i en halvtimme efter att man har tagit tabletten, eftersom kroppen har svårt att tillgodogöra sig tablettens innehåll. För att undvika sår i matstrupen ska



man inte ligga ner utan vara i upprätt ställning. Det spelar ingen roll om man sitter eller rör sig.

Samma regler gäller för Optimate Septimun som är en veckotablett.

Den som tar en tablett i veckan måste komma ihåg vilken veckodag det ska ske, missas någon dag kan man ta sin tablett nästa dag. Däremot ska ingen vecka hoppas över, kontinuiteten är viktig. Efter två års behandling brukar man göra en ny bentäthetsmätning för att förvissa sig om att behandlingen fungerar.

Personer som har svårt att svälja tabletter, har väldigt dålig upptagningsförmåga eller där det av annan anledning är bättre med en infusion, ett dropp som tar 15 minuter, kan få Aclasta som ges en gång per år.

Tio års behandling med bisfosfonater är utvärderat. Man har inte funnit några allvarliga biverkningar förutsatt att tabletterna tas som de ska, men en del kan må illa och få muskelvärk.

Bisfosfonater ges ogärna till kvinnor i barnafödande ålder eftersom de finns kvar i kroppen flera år efter avslutad behandling. Det är inte känt om fostrets benomvandling störs, men möjligheten att så sker finns.

Den väl beprövade behandling som fortfarande fungerar är tillskott av D-vitamin och kalcium, även om det ibland diskuteras hur betydelsefull den är. Detta är tuggtabletter som oftast ska tas på kvällen innan den stundade nattvilan.

Mer ovanliga behandlingar

Bisköldkörtelhormonet Foresteo preotact kan ges till postmenopausala kvinnor med låg bentäthet och stor risk för kotkompressioner. Behandlingen ges med dagliga injektationer under 18 månader och är mycket dyr, 70 000 kronor per år.

Protelos är ett pulver som ges en gång per dag två timmar efter mat till äldre kvinnor. Läkemedlet är subventionerat för kvinnor över 74 år och även till yngre om särskilda skäl finns. Det kan till exempel vara så att man har väldigt svårt att svälja tabletter, eller att man inte tål de andra preparaten.

Män kan få tillskott med testosteron vid testosteronbrist.

Evista är ett östrogenliknande läkemedel, ingår i en läkemedelsgrupp som kallas selektiva östrogenreceptormodulatorer (SERM). Det kan ges till kvinnor efter menopaus. Det konstgjorda könshormonet hämmar de goda effekterna av östrogen efter menopausen.

Text: Yvonne Enman



För en reumatiker är det många bitar som ska passas ihop – **ett pussel som måste lösas**

Egentligen var Britt-Marie Nyhäll-Wählin humanist med språk och historia på agendan. Hon sadlade om och inom läkekonsten kom Britta Domeij-Nyholm att väcka hennes intresse för reumatologin.

– Det var hon som startade reumatologienheten i Falun 1974. Hon var en nytänkare inom många områden, till exempel införde hon patientskolor och teamverksamhet. Och ett genustänkande som bland annat visade sig i artiklar om att det finns fler kvinnor med Bechterews sjukdom, ankyloserande spondylit, än vad som tidigare ansetts.

– För mig var omhändertagandet i team av våra många reumatiskt sjuka patienter viktigt för mitt val av reumatologyrket. Framför allt fångades jag av de många bitar som måste passas ihop, det är som ett pussel där man i patientkontakten måste finna ett mönster för att kunna förbättra deras levnadsvillkor.

Britt-Marie har vuxna barn, något som gör att det blir lite tid över för fritidsaktiviteter. Hon läser gärna skönlitteratur som avkoppling och hon handarbetar, främst med flamsk vävnad. En del gympa blir det också, och så naturen förstås.

– Fast nu har jag fått ett barnbarn och det känns som bonustid att få vara med Josef som nu är 1½ år.

Text: Yvonne Enman

Reumatolog Britta Domeij-Nyholm startade reumatologen i Falun. Hon var en inspiratör för blivande reumatologer och en förkämpe inom reumatologin där hon satte patienternas bästa främst.

