

KNØGLESKØRHED (OSTEOPOROSE)

Knogleskørhed (osteoporose) er en sygdom, hvor lav knoglemasse nedsætter styrken i knoglerne og dermed giver en øget risiko for brud - især hos ældre kvinder - og særligt i ryg, underarm og hofter.

Hvordan fungerer skelettet?

Vores skelet fungerer blandt andet som et kalkdepot. Det udvikles, mens vi er børn og unge, og når sin maksimale størrelse, når vi er omkring 20-30 år. Vores maksimale knoglemasse afhænger især af arvelige forhold og af, hvor meget kalk og D-vitamin, vi får i den kost, vi spiser. Kalk findes særligt i mejeriprodukter, mens D-vitamin findes i fede fisk og dannes i vores hud, når vi er i sollys.

Skelettet tilpasser sig livet igennem de belastninger, det bliver udsat for, fx når vi vokser og er fysisk aktive. Gammelt knoglevæv bliver løbende brudt ned og erstattet af nyt. I den proces taber vi med tiden knoglevæv, fordi det bliver nedbrudt mere, end det bliver gen-dannet. Med alderen daler knoglemassen altså langsomt men nogenlunde konstant hos alle. Hos kvinder styres processen af kønshormonet østrogen, som får mineralindholdet i knoglerne til at stige og gør dem stærkere. Efter overgangsalderen medfører manglen på østrogen, at kvinders knoglemasse kan falde betydeligt.

Hvad skyldes osteoporose?

Lav maksimal knoglemasse i ungdommen gør, at man er mere tilbøjelig til at få osteoporose senere i livet. I de tilfælde er den maksimale knoglemasse så lav, at det knogletab, der sker med alderen, i sig selv sker langsomt, men sikkert vil føre til osteoporose. Lav kropsvægt, for lidt kalk i kosten, rygning, lav fysisk aktivitet og mangel på sollys forstærker processen.

Andre faktorer kan øge risikoen for osteoporose yderligere. Det er især tilstande med østrogenmangel som anoreksi, tidlig overgangsalder, stofskiftesygdomme, sygdomme i binyrebarken og behandling med binyrebarkhormon.

Hvad er symptomerne?

Osteoporose giver i sig selv ingen symptomer, men det øger risikoen for knoglebrud især på underarm, rygsøjle og hofter. Hver 3. kvinde får formentlig sammenfald i rygsøjlen efter overgangsalderen. Det kan give kroniske smerter, nedsat funktionsevne, krummet ryg og sammensynkning. Omtrent hver 4. kvinde får hoftebrud.

Knogleskørhed hos kvinder optræder omtrent med følgende hyppighed hos:

50-59-årige: ca. 10 %

60-69-årige: ca. 30 %

70-79-årige: ca. 30 %

80-89-årige: ca. 35 %

Hvordan foregår undersøgelsen?

Undersøgelsen foregår som en DEXA-scanning på hospitalet. Herved måles knoglevævet's mineralindhold (osteo-densitometri) i et eller flere af de områder af skelettet, der er særligt udsat for brud. Typisk måler vi på rygsøjlen, lænden og hoften.

Knoglemineralbestemmelse er kriteriet for at få tilskud til medicin mod osteoporose.

Hvilken form for behandling tilbyder vi?

Kvinder med knoglebrud udløst af knogleskørhed behandles først og fremmest med tilskud af kalk og D-vitamin, sollys mindst ½ time dagligt og fysisk aktivitet.

Desuden gives typisk tilskud af østrogen eller et østrogenlignende hormon samt evt. Alendronat tabletter (bisfosfonat), som stopper nedbrydningen af knoglerne.

Hvad kan du selv gøre for at forebygge osteoporose?

Osteoporose kan forebygges med kalk (calcium), D-vitamin, sol og fysisk aktivitet; ½ L mælk og 1-2 skiver ost dagligt dækker kalkbehovet hos de fleste.

Efter overgangsalderen forebygges osteoporose effektivt med tilskud af østrogen.

Hvor kan du læse mere?

Osteoporoseforeningen:

<https://www.osteoporose.dk/>

sundhed.dk:

<https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/hormoner-og-stofskifte/sygdomme/knogleskoerhed-osteoporose/knogleskoerhed-oversigt/>



GYNCARE