

Slidgigt, den hyppigste leddlidelse

Alment praktiserende læge Niels Kristian Kjær & overlæge Tove Lorenzen

Sygehistorie

Patienten var en 58-årig, let overvægtig kvinde med smerter, stivhed og hævelse i flere fingerled primært mellem- og yderled, smerter ved belastning i højre knæ og lændesmerter. Generne var kommet gradvis gennem 3-4 måneder. Patienten havde tiltagende svært ved at passe sit job i en personalekantine. Moderen havde slidgigt.

Slidgigt

Artrose er en meget hyppig kronisk degenerativ brusk-lidelse med osteofytdannelse. Den kan ledsages af lettere inflammation og regional muskelatrofi. Primær artrose kan opdeles i en lokaliseret og en generaliseret form, der kan være arvelig. De hyppigste lokalisationer er knæ, hofter, tommelfingrenes rodled, fingrenes mellem- og yderled og facetled i columna cervicalis og lumbalis. Sekundær artrose ses efter traumer, anden leddlidelse eller ved mekaniske misforhold.

Symptomerne er smerte i og omkring de afficerede led efter belastning, i starten med latenstid og korterevarende ledstivhed efter inaktivitet. Ved forværring udvikles »belastnings-triaden« med igangsætningsmerter, lindring efter aktivitet og smerteforværring efter vedvarende belastning. Ved fremskredne sygdom forekommer der ofte smerter i hvile.

De objektive fund er primært ømhed af og omkring de afficerede led. Ved fingerledsartrose kan der ses hhv. Heberdenske og Bouchardske noduli i mellemlid og ydre led. I sværere tilfælde af artrose ses der bevægeindskrænkning, deformitet og ledhævelse betinget af osteofytter, synovialissvulst og/eller ansamling. Især hos kvinder kan der ses en særlig aggressiv fingerledsartrose med erosioner.

Diagnosen stilles ved anamnese og klinisk undersøgelse evt. suppleret med røntgenundersøgelse. Der er ofte ringe korrelation mellem fundene ved klinisk undersøgelse og røntgenfundene. Knæoptagelser bør være med belastning.

Vigtigste differentialdiagnose er arthritis, som er ledsaget af sværere inflammation og længerevarende morgenstivhed samt C-reaktivt protein (CRP)-forhøjelse. Ved reumatoid arthritis ses der typisk symmetrisk involvering af små led, men ikke af fingrenes yderled. Ved psoriasisarthritis ses der affektion af fingrenes yderled som ved artrose.

Behandling

Information om lidelsen natur og håndteringsstrategier bør have en central plads i behandlingen af artrose. Både styrke- og konditionstræning kan lindre artrosesmerter. Vægttab kan ved moderat til svær overvægt mindske gener især i knæled.

Analgetisk behandling med paracetamol er central, episodisk understøttet af behandling med nonsteroidale anti-inflammatoriske stoffer (NSAID) ved smertegennembrud og inflammation. Steroidinjektion i knæled kan anvendes op til fire gange årlig ved inflammation og ledansamling. Den anti-inflammatoriske behandling har kun symptomatisk effekt. Værdien af hyaluronsyreinjektioner er omdiskuteret.

Glucosaminsulfat er i flere studier vist at have en analgetisk effekt på niveau med ibuprofen samt gavnlige effekter på funktion og bruskskykkelse. Der er kun påvist effekt ved knæ- og spondylartrose, og der findes andre studier, hvori man ikke kunne reproducere denne effekt. Den lindrende effekt indtræffer efter 2-4 uger, og behandlingsvarigheden bør være på minimum tre måneder. Den optimale og maksimale behandlingsvarighed kendes ikke. Der er ikke rapporteret om betydende bivirkninger i de kliniske interventionsstudier, men pga. teoretiske overvejelser om øget insulinresistens og stimulation af arteriosklerose ved langtidsbrug bør glucosamin næppe anvendes i over tre år, før der foreligger flere langtidsdata. Det bør kun anvendes ved let til moderat kliniske artrose i vægtbærende led. Skaldyrsallergi udgør en kontraindikation, diabetes mellitus betragtes som en relativ kontraindikation. Anbefalet dosis er 1.200-1.500 mg daglig.

Kondroitinsulfat har en mindre overbevisende effekt på knæartrose, men har muligvis effekt på erosiv fingerledsartrose. Kosttilskud som avokado, sojabønner, hyben og ingefær har muligvis en let til moderat symptomlindrende effekt ved artrose.

Ergoterapeutisk behandling har kun en beskedent videnskabelig dokumentation, men en betydelig erfaringsbaseret viden understøtter værdien af behandlinger som f.eks. ledaflastning og bandager til rodledsartrose hos udvalgte patienter.

Akupunktur kan supplere den analgetiske behandling. Der er ikke veldokumentet effekt af ultralydbehandling, laserbehandling, passiv fysioterapi og hydroterapi.

Kirurgisk anvendes der indgreb som artroskopi med lavage, osteotomi, alloplastik, ledresektion og atrodese. Brusktransplantation må stadig betragtes som en eksperimentel behandling.

Korrespondance: Niels Kristian Kjær, Lindevej 12, Vester Sottrup, DK-6400 Sønderborg. E-mail: niels.kjaer@dadlnet.dk

Antaget: 8. april 2005
Interessekonflikter: Ingen angivet

Anbefalet læsning

1. Friis J, Junker P, Petersen J et al. Reumatologi. København: FADL's forlag, 2001.
2. Haq I, Murphy E, Dacre J. Osteoarthritis. Postgrad Med 2003;79:377-83.
3. Towheed TE. Current status of glucosamine therapy in osteoarthritis. Arthritis Rheum 2003;49:601-4.
4. Reginster J-Y, Bruyere O, Henrotin Y. New perspectives in the management of osteoarthritis: facts or fantasi. J Rheumatol 2003;30(suppl 67):14-20.