# 42. Osteoartrit

Indledning:

* arthritis forekommer i mange former og hæmmer ledfunktionen hvilket leder til varierende invaliditeter i alle aldersgrupper
* af artritter findes blandt andet osteoartrit, rheumatoid artrit og gouty artrit
* osteoartrit kaldes også for slidgigt og er en degerativ og irreversibel form for ledgigt
* lidelsen er hyppig og det vurderes at ca. 1/3 voksne (i USA) lider af en grad af osteoartrit
  + mænd rammes hyppigere end kvinder hvilket muligvis kan skyldes at mænd hyppigt besidder mere slidsomme job end kvinder

Patofysiologi:

* udvikling af osteoartrit (se fig. 26-8 side 587):

1. ledbrusk i især vægtbærende led (som fx knæled og hofteled – fingerled rammes desuden ofte) beskadiges og der opstår strukturelle fissurer (revner) og erosion i brusken pga. overdreven mekanisk stress eller nedbrydelse af ukendte årsager
2. overfladen af brusken bliver ru og slidt hvilket forstyrrer ledbevægelserne
3. vævsskaden frigiver tilsyneladende enzymer fra cellerne hvilket accelererer nedbrydningen af brusken
4. ledgigten forværres hvis den subkondriale knogle blotlægges og beskadiges, der kan udvikles cyster i knoglen og hårde udvækster (osteofytter/knoglespurs) omkring knoglen
5. stykker af osteofytter eller brusk kan brække af inde i synovialkaviteten hvilket leder til yderligere irritation
6. ledkaviteten bliver mindre
7. der kan forekomme en sekundær inflammation i det omkringliggende væv som respons på ændret bevægelse og stress på ledet

* der forekommer ingen systemiske effekter ved osteoartrit – det er en lokal beskadigelse/reaktion

Ætiologi:

* der findes to former for osteoartrit:
  + primær: rammer ofte flere led, er idiopatisk men kan associeres med overvægt og aldring samt genetiske faktorer der menes at spille en rolle i hvor udsat man er
  + sekundær: hyppigste type, rammer ofte et enkelt led, kan skyldes traume – mekanisk overbelastning samt tungt arbejde/løft

Tegn og symptomer:

* ledsmerten/ømheden der forekommer ved osteoartrit er ofte mild men forværres ved bevægelse og vægtbæring – smerten forværres jo mere fremskreden den degenerative proces er
* smerten kan være unilateral men er typisk bilateral
* begrænset bevægeudslag i ledet – da ledet hæver og bliver hårdere i takt med at osteofytter udvikles
* bevægelse i ledet besværliggøres hvis leddet er ustabilt hvilket leder til muskel atrofi (svind) som resulterer i fx hyppigere fald hos ældre (hvis vi snakker knæled eller hofteled)
* Herberden’s node; knogleforstørrelse af de distale interfalangeale led (yderste led i fingrene)
* hævelse og inflammation
* friktionslyd fra leddet som brusken bliver irregulær og knoglerne rammer hinanden
* i nogle tilfælde kan andre led påvirkes idet individet udøver mere stress herpå i et forsøg på at beskytte beskadigede led

Diagnostiske tests:

* røntgen: her kan der påvises en evt. mindre ledkavitet
* kliniske observationer 🡪 tegn og symptomer

Forebyggende:

* ergonomikurser på arbejdspladser (fx i forbindelse med tandlægeerhvervet)

Behandling:

* unødig belastning på leddet bør undgås
* vægttab om nødvendigt
* tilstrækkelig hvile og supplerende støtte bør anvendes for at facilitere bevægelse (fx knæbind)
* ambulatoriske hjælpemidler som fx stok, rollator kan anvendes
* fysioterapi og massage hjælper med at reducere spasmer i nærliggende muskler pga. smerte – dette resulterer i opretholdelse af ledfunktion og muskelstyrke
* glukokortikoider kan være hjælpsomme
* analgetika som NSAIDs kan være nødvendige mod smerten
* intraartikulær injektion af syntetisk synovialvæske kan reducere smerte og facilitere bevægelse
* kirurgisk indgreb er mulig for reparation eller udskiftning af led som fx med knæ eller hofte proteser – deltagelse i et rehabiliteringsprogram efter et operativt indgreb er nødvendigt