

## Totalbedömning måste göras vid mätning av skelettet

SBU:s rapport nr 127 [1]: »Mätning av bentäthet», sammanställer fakta ur litteraturen och fungerar som kunskapskälla. Utredningens slutsatser måste dock vägas mot nya rön. En ny publikation [2] visar att bentätheten ökar med viss medicinering, att detta kan verifieras med mätningar var tredje månad och att medicineringen minskar frakturrisken. Tre nyheter jämfört med rapporten!

SBU nedvärderar bentäthetsmätning trots att man redovisar att spridningen i mätvärden av bentätheten för »friska» postmenopausala kvinnor är  $\pm 15$  procent, att ungefär hälften av dessa (friska) kvinnor under resten av sin levnad drabbas av benskörhetsfraktur och att ingen riskindikator för frakturer är bättre än bentäthetsmätning.

Således kan bentäthetsmätning indikera en riskgrupp att rekommendera ändrad levnadsstil och/eller medicinering. Att inte alla i riskgruppen blir hjälpta är ett svagt motargument.

Osteoporos drabbar skelettdelarna i olika ordningsföljd och SBU-utredningen verifierar att det räcker med osteoporos i någon för positiv diagnos. Därför måste alla kroppsdelar mätas om osteoporos skall uteslutas.

Vid Södersjukhuset gör vi mätningar över ländrygg, lårben samt helkroppsmätning, vilken vid utvärderingen ger värdefulla tilläggsuppgifter.

Korrelationen mellan mätmetoder beror även på patientunderlaget. I en studie av 960 konsekutiva fall har vi jämfört DEXA-mätning över lårbenshals och ländryggens L2-L4. När två extremvärden tagits bort blir korrelationen  $r = 0,48$ . SBU-rapporten anger  $0,5 < r < 0,7$ . SBU-rapporten påstår att upprepade bentäthetsmätningar för kontroll av terapi inte bör göras förrän efter omkring två år. Jämför [Jfr 2]. Södersjukhuset gör kontroller efter kortare tid. Här redovisat material omfattar 58 konsekutiva patienter. De procentuella förändringarna jämfört med utgångsvärdena för lårbenshals och ländrygg redovisas i ett tvådimensionellt koordinat-system, där resultatet för varje

## KORRESPONDENS

patient redovisas med en punkt. (Figur 1).

Utvecklingen för de två mätställena går oftast i olika riktningar. (Majoriteten hamnar i andra eller fjärde kvadranten.) Korrekationer är ej gjorda för förväntade normala åldersförändringar. Materialet innehåller olika uppföljningstider, skiftande patientgrupper, olika former av terapier och i vissa fall endast fortsatt kortisonbehandling.

Avsikten är här endast att belysa varför SBU:s rekommendation om tidigaste mätkontroll av terapi behövs, om man bara använder ett mätställe. SBU antyder att varierande mätvärden beror på dålig mätnoggrannhet, men orsaken kan lika väl vara varierande bentäthet. Problemet med tidiga kontroller är inte mätnoggrannheten utan evalueringen. Man måste göra en totalbedömning och avgöra vad som sker i de svagaste skelettdelarna.

SBU-rapporten förmodar att ändringshastigheten beror på andelen poröst ben. Medelvärdena för de 58 patienterna ökar för helkropp med en procent, för lårbenshals med 3 procent och för L1-L4 med 4 procent. Enligt SBU-rapporten är andelen poröst ben i helkroppsskelett och ländrygg samma, nämligen 20 procent.

Kostnaden för komplett undersökning vid Södersjukhuset

(som enligt SBU:s definition är tre undersökningar) är 1 000 kr, vilket tex kan jämföras med kostnaden för ett besök vid sjukhusens öppenvård 1 080 kr.

Berndt Söderborg,  
fil lic, cheffysiker,  
Sjukhusfysik, Södersjukhuset, Stockholm

## Referenser

1. Mätning av bentäthet, Stockholm: SBU, 1995. SBU-rapport nr 127.
2. Liberman UA, Weiss SR, Bröll J, Minne HW, Quan H, Bell NH et al. Effect of oral alendronate on bone mineral density and the incidence of fractures in postmenopausal osteoporosis. *N Engl J of Med* 1995; 333: 1437-43.

## Fibromyalgi – förklaringarna skall sökas cen- tralt, inte perifert

Ann Bengtsson och K G Henriksson, Linköping, har sedan mer än tio år förtjänstfullt verkat för att fibromyalgisyndromet uppmärksammas. De har tidigare rapporterat om morfologiska förändringar vid

fibromyalgi – tex »malättna» respektive »ragged-red» fibrer [1, 2], vilka emellertid i andra studier [3-5] visats vara oriktiga och ospecifika. I deras artikel i *Läkartidningen* 3/96 ges alltjämt perifer muskulära händelser en betydande roll. Central sensitisering ses som en kompletterande mekanism. De många symtom som i övrigt ingår i FMS, tex trötthet, kraftlöshet, sömnstörning, colon irritable, vegetativa och neurokognitiva störningar uppfattas de som ett sekundärt stressyndrom. De menar till och med att dessa symtom både vid diagnostik och i behandling måste särskiljas från den »primära» muskelsmärtan.

## Beror inte på muskulära eller perifera störningar

Under senare år har emellertid många översikter publicerats, tex Yunus 1994 [5], Goldenberg 1993 [6], vilka landat i slutsatsen att fibromyalgi inte beror på muskulära eller perifera störningar. Eventuella förändringar i mikrocirkulationen har därvid uppfattats som sekundära, som epifenomen.

Det bör också påpekas, som tex Yunus [5] har framhållit,

Figur 1. Förändringar av bentäthet i L1-L4 och lårbenshals studerade med DEXA-teknik. Ändringarna uttrycks i procent av utgångsvärdena. Uppföljningstiden är mellan 3 och 24 månader. Medelvärde för L1-L4 (procent) +4, medelvärde för lårben (procent) +3.

