

Malattie reumatiche

Osteoporosi



**Lega svizzera
contro il reumatismo**
Il movimento è salute

Artrite, artrosi, dolori alla schiena, osteoporosi e reumatismi delle parti molli sono affezioni reumatiche. Esistono 200 diversi quadri clinici reumatici che interessano schiena, articolazioni, ossa, muscoli, tendini e legamenti.

Non esitate a contattarci per ricevere informazioni circa patologie reumatiche, medicinali, protezioni per le articolazioni, mezzi ausiliari e possibilità di prevenzione:

Lega svizzera contro il reumatismo
tel. 044 487 40 00, www.rheumaliga.ch

Introduzione	4
Cos'è l'osteoporosi	5
Incidenza dell'osteoporosi	6
Cause e fattori di rischio dell'osteoporosi	7
Conseguenze dell'osteoporosi	11
Riconoscere e diagnosticare l'osteoporosi	13
Prevenzione e trattamento dell'osteoporosi	18
Trattamenti non farmacologici	20
Questionario per determinare l'assunzione individuale di calcio	30
Trattamenti farmacologici dell'osteoporosi	32
Lega svizzera contro il reumatismo	38
Suggerimenti bibliografici	40
Contatti utili	41

In tutto il mondo è in aumento l'incidenza dell'osteoporosi, detta anche «malattia delle ossa fragili». Sovente viene diagnosticata solo in seguito all'insorgenza di fratture ossee, che ne sono, in realtà, una manifestazione secondaria. Altrettanto spesso viene considerata una conseguenza inevitabile del

processo di invecchiamento. Nulla di più falso! Oggi, semplici metodi diagnostici consentono di individuare la malattia tempestivamente; e, soprattutto, l'osteoporosi e le sue conseguenze possono essere prevenute e curate: prima si interviene, meglio è.

L'osteoporosi in breve

Osteoporosi = malattia delle ossa fragili

Causa: atrofia ossea

Conseguenze: fratture ossee, deformazione dello scheletro, dolori

Incidenza: fratture nella seconda metà della vita una donna su tre, un uomo su sette

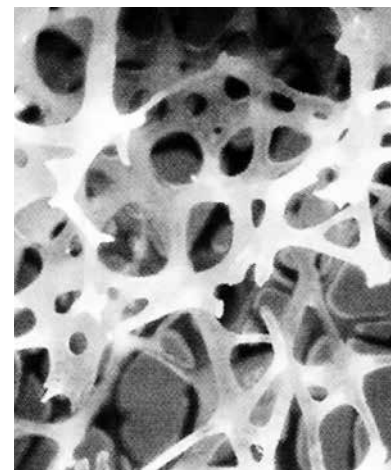
Fattori di rischio: età, predisposizione, preparati a base di cortisone/farmaci, fumo, alimentazione scorretta, sedentarietà, alcol, carenza ormonale

Esami diagnostici: densitometria ossea, di rado esami di laboratorio

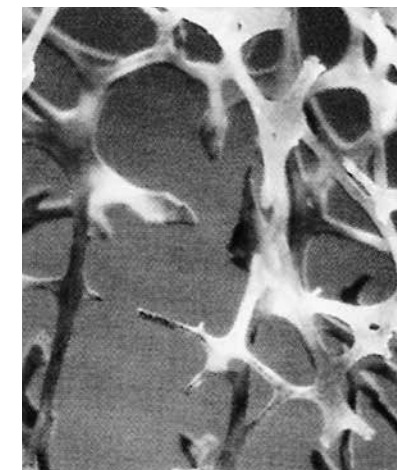
Prevenzione: informazione, movimento, dieta e farmaci

Trattamento: movimento e attività sportiva, evitare le cadute, attenzione nella dieta, farmaci

Per informazioni dettagliate e consulenza rivolgetevi al vostro medico o alla Lega contro il reumatismo!



Osso sano



Osso fragile

L'osteoporosi è una malattia che interessa l'intero scheletro. L'osso è un tessuto vivente, sottoposto a un costante processo di modellamento: demolizione e ricostruzione. Disturbi dell'osteogenesi o un'osteolisi anomala possono comportare una riduzione della sostanza ossea, che provoca un crescente peggioramento delle caratteristiche di resistenza biomeccanica dell'osso e l'insorgenza di fratture.

“L'osteoporosi viene anche definita «atrofia ossea».”

Dopo i 50 anni, circa una donna su tre e un uomo su sette avranno una frattura di natura osteoporotica. In Svizzera circa 600 000 persone soffrono di osteoporosi. La sua incidenza diventa sempre maggiore con l'avanzare dell'età: a 80 anni ne soffre il 50% delle persone. Ecco perché le conseguenze di questa patologia rivestono importanza sempre maggiore, in particolare le fratture vertebrali e quelle del collo del femore.

“L'osteoporosi subentra quando viene distrutta più sostanza ossea di quanta ne venga ricostruita.”



Radiografia di una colonna vertebrale con morfologia normale (incidenza laterale)



Colonna con collasso vertebrale (incidenza laterale)

Le nostre ossa sono vive. Il tessuto osseo cambia costantemente dall'infanzia fino alla vecchiaia. Ogni anno si modifica circa il 10% dello scheletro per azione degli osteoblasti (cellule che producono la materia ossea) e degli osteoclasti (cellule che demoliscono la materia ossea). Dalla nascita fino ai 20 anni lo scheletro cresce e si sviluppa; intorno ai 25 anni si consolida e raggiunge il picco di massa ossea. In questa fase possono avere

ripercussioni negative un'alimentazione scorretta – povera di calcio e carente di proteine –, malattie gravi, un'insufficiente sollecitazione meccanica tramite attività corporea, disturbi ormonali, abuso di nicotina e di alcol, nonché altri fattori genetici, che impediscono di raggiungere una massa ossea sufficiente. Con la successiva demolizione fisiologica (osteolisi) avremo una massa ossea precocemente al di sotto della media e, quindi,



MALNUTRIZIONE

Un fattore di rischio è rappresentato dall'alimentazione scorretta o dalla malnutrizione. È importante soprattutto garantire un sufficiente apporto di calcio: latticini (in particolare formaggi a pasta dura) e il consumo di verdure a foglia verde. Così possiamo aiutare le nostre ossa.

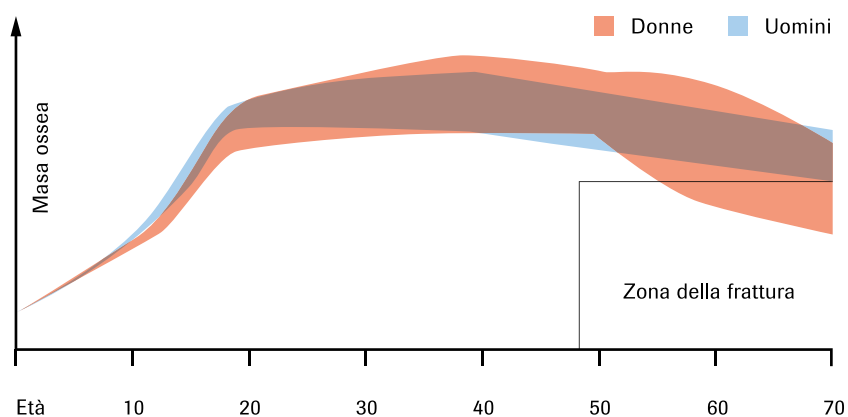
→
Vedi anche
pagina 27

osteoporosi. L'influenza genetica («predisposizione», «fattori ereditari») può incidere notevolmente sul picco di massa ossea. Dopo una fase di stabilità, in cui vi è un certo equilibrio fra osteogenesi e osteolisi, a partire dai 40 anni inizia una leggera demolizione fisiologica della massa ossea, pari all'1% annuo. Un maggiore squilibrio del metabolismo osseo (per carenze ormonali, predisposizione, assunzione di

determinati farmaci o altri fattori di rischio), determina l'accentuarsi del processo di osteolisi, causando l'osteoporosi. Ciò significa che la massa ossea si riduce e che la stessa architettura ossea viene compromessa; di conseguenza l'osso diventa poroso e perde resistenza.

Oggi è possibile controllare alcuni fattori di rischio: ad esempio

Tracciato della massa ossea



alimentazione scorretta o carenze alimentari, in particolare una dieta povera di calcio; assunzione di nicotina o abuso di alcol; sedentarietà. Difficilmente possiamo intervenire su altri fattori di rischio, quali, ad esempio, terapie di lunga durata con farmaci corticosteroidi; carenze ormonali (ad es. menopausa precoce, asportazione delle ovaie, terapia antiormonale); malattie intestinali croniche; tendenza ereditaria all'osteoporosi.



Anche le verdure a foglia verde contengono molto calcio.

“ Le cause dell'osteoporosi sono molteplici. Alcune possono essere controllate.”

Mentre l'osteoporosi in sé, è asintomatica, le sue conseguenze sono molto dolorose: vi è infatti una maggiore fragilità ossea, ragion per cui le ossa si fratturano anche senza grandi sollecitazioni. Le fratture più frequenti sono quelle del corpo vertebrale nel rachide toracico o nel rachide lombare, che si producono tossendo o sollevando un carico pesante, oppure spontaneamente, senza una causa precisa. Spesso le fratture nel corpo vertebrale non vengono riconosciute in quanto tali e diagnosticate come «colpo della strega». I dolori acuti regrediscono nell'arco di alcune settimane, si produce però una deformazione cronica della colonna vertebrale (diminuzione di altezza, gobba). Le conseguenze sono sovente dolori cronici alla schiena e una limitazione invalidante del movimento. Le fratture da osteoporosi più gravi sono quelle del collo del femore che, nella maggior parte dei casi, si verificano inciampando e cadendo. In caso di osso sano e normale, la conseguenza sarebbe una semplice contusione. La frattura del

collo del femore richiede sempre un ricovero ospedaliero e un intervento chirurgico. Una parte dei pazienti rimane con difficoltà di deambulazione e non è più autosufficiente. Poiché in genere si tratta di persone anziane, non di rado questi episodi richiedono un soggiorno in una casa di cura. Il tasso di mortalità nel primo anno dopo che si è verificata la frattura si raddoppia per motivi non chiari, sia per le donne che per gli uomini.

“ I dolori causati dall'osteoporosi possono essere dovuti a fratture.”

Fattori di rischio rilevanti per le fratture

Rischio > di 2 volte:

- Ridotta densità ossea/osteoporosi
- Età > 70 anni
- Pregressa frattura osteoporotica
- Frattura del collo del femore di parenti di 1° grado
- Terapia di lunga durata a base di corticosteroidi
- Menopausa precoce (< 42 anni) e/o carenza ormonale o terapia antiormonale
- Malattia intestinale cronica (ad es. il morbo di Crohn)
- Sottopeso/anoressia
- Spiccata sedentarietà
- Artrite reumatoide
- Cadute ripetute negli ultimi 12 mesi
- Malattia delle ossa di vetro

Rischio di 1-2 volte:

- Alimentazione molto povera di calcio
- Morbo di Bechterew
- Fumo
- Abuso di alcol
- Iperfunzione paratiroidea
- Iperfunzione tiroidea (ipertiroidismo)

Come abbiamo già detto, di norma l'osteoporosi è silente, asintomatica e spesso la diagnosi viene fatta (troppo) tardi. I sintomi indicativi sono dolori alla schiena, un crescente incurvamento (gobba) della colonna vertebrale o una riduzione dell'altezza corporea pari a quattro centimetri o più. Qualsiasi frattura che si produce senza grandi sollecitazioni, o traumi adeguati deve essere considerata un campanello d'allarme. In questi casi, comunque, ci troviamo di fronte a un'osteoporosi preesistente. La situazione ideale sarebbe quella di disporre di una diagnosi precoce, così da evitare simili conseguenze.

Raggi X

Una semplice radiografia non consente né di diagnosticare con sicurezza, né di escludere l'osteoporosi. Se, però, l'osteoporosi è già avanzata (oltre il 30%), la radiografia può indicarne la presenza. Se più vertebre risultano fratturate, vi è allora un'elevata probabilità di osteoporosi conclamata.

L'osteoporosi non può essere diagnosticata o esclusa con certezza mediante una radiografia.

Densitometria ossea con esame ecografico

In genere, questo esame semplice, economico e non gravoso per il paziente viene eseguito sul calcagno. Purtroppo, a tutt'oggi, è andata delusa l'aspettativa di poter ottenere da questo metodo una valutazione affidabile della resistenza delle ossa. Infatti, se è vero che la densità ossea misurata al calcagno con gli ultrasuoni può fornirci un'indicazione sul rischio di frattura nelle persone anziane, è altrettanto vero che non è possibile stabilire una diagnosi certa nel caso di persone di età inferiore ai 60 anni. Di norma una ridotta densità ossea si evidenzia in prima istanza nella colonna vertebrale, sulla quale, a tutt'oggi, non è possibile eseguire un'ecografia.

Quindi, l'ecografia da sola non basta per avere una conferma definitiva di osteoporosi. Prima di ricorrere a un trattamento farmacologico o al monitoraggio della densità ossea è necessario procedere alla misurazione della densità ossea con la tecnica DEXA.

“ Un semplice esame ecografico non è sufficiente per effettuare una diagnosi. L'osteodensitometria fornisce la miglior valutazione della densità ossea.”

Misurazione della densità ossea con l'osteodensitometria (mediante assorbimetria radiografica a doppia energia a raggi X (DEXA))

A tutt'oggi rappresenta il metodo di misurazione più affidabile.

E secondo questo metodo è stata stabilita la definizione dell'osteoporosi da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS 1994).

Si misura la densità ossea con una radiazione X molto bassa e la si confronta con i valori normali di un numero congruo di persone più giovani e con ossa sane. In linea di massima vengono misurati il rachide lombare e il collo del femore; in presenza di deformazioni o di grave usura della colonna vertebrale, o se, a seguito di protesi all'anca non è più possibile eseguire una



Una paziente si sottopone a osteodensitometria per misurare la propria densità ossea.

Densità ossea

La definizione dell'OMS del 1994 stabilisce che una ridotta densità ossea si individua in base ai seguenti parametri:

Osteopenia:

perdita della sostanza ossea pari al 10-25% (T-Score fra -1 e -2,5)

Osteoporosi:

= o > 25% perdita della sostanza ossea (T-Score -2,5 e inferiore)

La riduzione della densità ossea così misurata si correla bene con il rischio di frattura ossea: minore è la densità ossea, maggiore è il rischio di fratture.



DIAGNOSI

Le ossa si assottigliano senza che ce ne accorgiamo: è raro infatti che il riassorbimento osseo provochi problemi e noi non notiamo ciò che sta accadendo all'interno del nostro corpo. Per ogni frattura non riconducibile ad un evento traumatico andrebbe considerata una possibile relazione con l'osteoporosi.



misurazione, si può ricorrere all'esame dell'avambraccio. I vantaggi indiscussi di questo metodo di misurazione sono la precisione – che consente anche un monitoraggio affidabile della patologia – e la possibilità di misurare la densità ossea nei punti in cui le fratture hanno conseguenze più gravi. Inoltre la misurazione sulla colonna vertebrale tiene in considerazione anche il fatto che la presenza di tessuto osseo trabecolare nella colonna permette di riconoscere precocemente un processo osteoporotico.

Misurazione della densità ossea con la tomografia computerizzata quantitativa

In passato si utilizzava questo metodo per effettuare misurazioni della colonna vertebrale. Oggi viene usato di rado, anche a causa delle radiazioni. Con questa tecnica è possibile eseguire misurazioni periferiche (avambraccio, gamba) che non forniscono solo informa-

zioni sulla densità ossea, ma anche sull'architettura ossea. Tuttavia, fino ad oggi, le misurazioni periferiche non fanno parte delle indagini di routine.

Esami di laboratorio

Non servono a diagnosticare l'osteoporosi, tuttavia sono utili per poter escludere la presenza di altre malattie delle ossa, più rare, che possono comportare a propria volta una ridotta densità ossea. Inoltre, in determinati casi, l'esame di prodotti di demolizione presenti nel siero o nelle urine può fornire indicazioni utili sul metabolismo osseo.

Analisi microscopica di un campione osseo (biopsia ossea)

Può essere necessaria in pochi casi particolari (ad es. osteoporosi non evidente in persone giovani).

18 Prevenzione e trattamento dell'osteoporosi

Obiettivo della prevenzione o del trattamento dell'osteoporosi è evitare le fratture e le loro conseguenze (dolori, scoliosi, difficoltà deambulatorie) conservando o accrescendo la massa ossea e tentando di ridurre e trattare (per quanto possibile) i fattori di rischio. Per raggiungere questi obiettivi, abbiamo a disposizione un'ampia gamma di cure: farmacologiche e non. A seconda del paziente si stabilirà il trattamento ottimale tenendo conto del rischio individuale di fratture correlate all'osteoporosi (rischio di frattura assoluto). Oltre che alla densità ossea, tale rischio è correlato anche ad altri aspetti come l'età, l'anamnesi, la familiarità, l'assunzione di farmaci e le abitudini alimentari.

Al fine di stimare il rischio di frattura individuale, sono disponibili diversi modelli di calcolo (tool). Quindi una donna di 50 anni con un T-score pari a -2,5 e senza ulteriori fattori di rischio è soggetta ad una percentuale di rischio di fratture su 10 anni sensibilmente inferiore al 10%

(ossia la probabilità che nei prossimi 10 anni soffra di una frattura dovuta all'osteoporosi è inferiore al 10%). Una paziente di 75 anni con lo stesso T-score, ma che ha già riportato una frattura vertebrale e deve assumere cortisone per un periodo più lungo, è soggetta ad un rischio di fratture su 10 anni superiore al 40%. La densitometria ossea, da sola, fornisce pertanto informazioni insufficienti riguardo al rischio individuale di andare incontro ad una frattura e non basta per suggerire una terapia.



MOVIMENTO

Attività quali ad esempio il nordic walking o la camminata rafforzano le ossa e la muscolatura. L'allenamento dell'equilibrio riduce il rischio di cadute. Inoltre, la Lega svizzera contro il reumatismo propone corsi di Osteogym specifici.

→
Vedi anche
pagina 20



Movimento e attività sportiva

Un'attività fisica regolare stimola il metabolismo osseo e rinforza le ossa. La massima stimolazione del metabolismo osseo avviene sollecitando lo scheletro assiale (posizione eretta). Si raccomanda perciò di fare ad esempio escursioni, passeggiate, praticare il walking o il nordic walking. Queste attività presentano inoltre un rischio ridotto di ferimento o di caduta – un aspetto particolarmente importante in caso di pazienti osteoporotici.

Praticare sport con regolarità rafforza anche la muscolatura e migliora mobilità ed equilibrio, il che riduce ulteriormente il pericolo di caduta. Le attività adatte a rinforzare la muscolatura, nonché a migliorare coordinamento ed equilibrio sono: moderato training con i pesi, terapia medica di training ed esercizi di ginnastica mirati. È importante che il programma sia preparato da un esperto, così da evitare errori.

La Lega svizzera contro il reumatismo offre un programma di ginnastica mirato alle persone colpite da osteoporosi: «Osteogym» oltre a rispettare gli aspetti già citati, dà particolare importanza anche alla percezione del corpo, al miglioramento della postura e agli esercizi di distensione.

Informatevi presso la vostra lega cantonale o presso la Lega svizzera contro il reumatismo (Indirizzo v. retro) dov'è situata la sede più vicina di un corso di Osteogym.

Evitare le cadute

In età avanzata le cadute sono molto frequenti: tra le persone con più di sessantacinque anni, una su tre cade almeno una volta l'anno. E nelle case di cura la frequenza delle cadute è notevolmente più elevata.

Questo disturbo è dovuto a diverse cause, sia «interne» che «esterne». Le cause interne sono ad esempio debolezza muscolare, alterazioni dell'equilibrio, facoltà visive limitate

o una scarsa capacità di reazione. Alcune cause esterne possono essere pavimenti scivolosi, tappeti dai bordi sporgenti o un'illuminazione insufficiente. Nella maggior parte dei casi, la combinazione fra cause interne ed esterne porta alla caduta.

Per le persone affette da osteoporosi è particolarmente importante evitare le cadute, poiché anche quelle banali possono comportare una frattura. Anche nei casi in cui le ferite riportate non sono gravi, di frequente subentra una paura a cadere, che negli anziani può avere come conseguenza una minore attività fisica e una maggiore dipendenza da altre persone.

Anche se la caduta non richiede necessariamente una visita, è comunque opportuno informare il medico al riguardo. È consigliabile tentare di risalire alla causa per mezzo di domande e di esami specifici, perché solo in questo modo è possibile prevenire altre cadute.

Per eliminare le **cause esterne di caduta**, la casa va in ogni caso ispezionata insieme ad un'altra persona (parente, fisioterapista), al fine di apportare le eventuali modifiche necessarie. Potrebbe essere opportuno, ad esempio, eliminare gli ostacoli su cui è possibile inciampare, quali cavi non fissati o bordi di tappeti sollevati, migliorare l'illuminazione (rilevatori di movimento), installare tappetini antisdrucciolo per la vasca e la doccia, applicazioni antiscivolo per scalini o corrimani in bagno e per il WC.

Le cause interne di caduta

devono invece essere diagnosticate e trattate dal medico. È possibile ovviare alla limitazione delle facoltà visive acquistando degli occhiali nuovi o sottoponendosi ad un'operazione. È importante inoltre diagnosticare e trattare, ove possibile, le cause di vertigine e sospendere o sostituire gli eventuali medicinali che comportano alterazioni dell'equilibrio o vertigini.



OSTACOLI

La maggior parte delle cadute avviene in casa. Alcuni degli ostacoli su cui si rischia di inciampare sono cavi, tappeti non fissati, pavimenti scivolosi e un'illuminazione insufficiente. Frequenti cause di inciampo sono anche ausili visivi sporchi, dispositivi ausiliari difettosi e calzature inadeguate.



Molto spesso si verificano debolezza muscolare, alterazioni dell'equilibrio e disturbi della coordinazione: oltre alle possibilità e offerte terapeutiche elencate sopra può essere improntato anche un programma personalizzato, che la persona anziana può seguire regolarmente a casa. Se non si ricorre alla terapia presso strutture, può essere utile svolgere in casa esercizi muscolari, di deambulazione o per l'equilibrio con l'aiuto di un fisioterapista.

“ In caso di osteoporosi è importantissimo evitare le cadute. ”

Un nuovo approccio nell'ambito della prevenzione delle cadute è la ginnastica ritmica con accompagnamento musicale. Questa disciplina stimola il «multitasking», ossia la capacità di fare diverse cose contemporaneamente, ad esempio camminare e parlare o spogliarsi e

parlare insieme, invitando il partecipante a muoversi, improvvisare e ascoltare contemporaneamente. La capacità di svolgere attività multitasking diminuisce sensibilmente con l'avanzare dell'età e può rappresentare un'ulteriore causa di cadute. Una sufficiente assunzione di vitamina D3 (v. p. 26) riduce la frequenza di cadute negli anziani. Le persone che presentano un elevato rischio di caduta possono indossare anche un protettore dell'anca: in caso di caduta un'imbottitura riduce il pericolo della frattura del collo del femore.

Alimentazione

Calcio

Il calcio è il principale componente delle ossa, determinante per la loro solidità. Per tutta la vita, l'osso viene demolito e rigenerato, ecco perché a ogni età è importante un adeguato apporto di calcio! Nel corso dell'infanzia, dell'adolescenza e in età adulta, l'apporto sufficiente di calcio è una condizione indispensabile per il corretto sviluppo delle



CALCIO

Il calcio è il componente principale delle ossa, nonché il responsabile della loro solidità. Poiché le nostre ossa sono interessate da processi di formazione e riassorbimento durante l'intero corso della vita, necessitiamo a tutte le età di una quantità sufficiente di calcio.

→
A pagina 30 è possibile testare la propria assunzione di calcio.



ossa e per consentire quindi il raggiungimento di un adeguato «picco di massa ossea». A partire dai quarant'anni l'obiettivo è di mantenere questo capitale, riducendo al minimo l'osteolisi nelle fasi successive della vita.

I ragazzi fino ai 20–25 anni hanno bisogno di una dose giornaliera di calcio di 800–1200 mg, gli adulti di età compresa fra i 25 e i 50 anni (in particolare le donne fino alla menopausa) di 800–1000 mg, mentre il fabbisogno giornaliero per gli adulti oltre i 50 anni e le donne dopo la menopausa varia dai 800 ai 1200 mg. Durante la gravidanza e l'allattamento, le donne hanno un maggiore fabbisogno di calcio.

Questo elemento è presente in diversi alimenti, a volte in quantità elevate. Gli alimenti a maggiore contenuto di calcio sono i derivati del latte e alcune acque minerali. Nell'acqua del rubinetto il calcio è presente in scarsa misura e la sua concentrazione cambia da regione a

regione. Nelle acque minerali, invece, il contenuto di calcio è molto variabile ed è dichiarato sull'etichetta. Alcune acque minerali possono arrivare a contenerne anche 550 mg per litro. Quelle, invece, povere di calcio possono presentarne una concentrazione anche inferiore a 50 mg per litro.

Il calcio viene secreto prevalentemente dai reni. Un elevato apporto proteico ne aumenta l'eliminazione e può causare un bilancio di calcio negativo. D'altro canto, un sufficiente apporto di proteine (di origine animale e vegetale) è importante per la salute delle ossa, ma lo è soprattutto per il mantenimento e la rigenerazione dei muscoli. Nel caso di pazienti di età avanzata è più facile riscontrare un'alimentazione ipoproteica piuttosto che iperproteica. Le elevate concentrazioni di solfato o di cloruro di sodio di alcune acque minerali sono causa di un'elevata eliminazione del calcio. L'importanza di questo fattore sulla salute delle ossa non è stato ancora chiarito scientificamente.

Questa sostanza si trova, sia pure in proporzioni minori, in frutta, patate, pesce, carne, pasta, cioccolata amara e bevande alcoliche.

Tra le cause più frequenti di un apporto di calcio inferiore alla quantità raccomandata ricordiamo un'alimentazione monotona e povera di questo elemento (ad. es. cibi pronti da fast food, patatine fritte e insaccati), l'intolleranza al latte o ai latticini, il fatto di non bere acqua minerale, o di bere solo acqua minerale povera di calcio. Se non è possibile soddisfare il fabbisogno di questo elemento tramite la dieta – perché il paziente non può o non vuole cambiare le proprie abitudini alimentari – allora è utile assumere un preparato a base di calcio (in combinazione con la vitamina D3) (v. trattamento farmacologico). In caso di osteoporosi conclamata ciò può avvenire sia a titolo di profilassi o di terapia.

Un questionario permette di valutare l'assunzione individuale di calcio attraverso l'alimentazione (v. p. 30). Questo dato è impor-

tante al fine di valutare il rischio individuale di osteoporosi e stabilire il conseguente trattamento.

Vitamina D

La vitamina D favorisce l'assorbimento di calcio a livello intestinale e il suo immagazzinamento nelle ossa. Ecco perché essa svolge un ruolo fondamentale nell'ossificazione e nel mantenimento di ossa sane, oltre a rivestire un ruolo importante anche nel trattamento dell'osteoporosi. Al contrario del calcio, però, sono pochi gli alimenti che presentano un'alta concentrazione di vitamina D (pesci grassi come il salmone; olio di fegato di merluzzo; tuorlo d'uovo, burro; funghi). Il fabbisogno giornaliero, quindi, non può essere coperto in toto dalla dieta. La maggior parte della vitamina D (e dei suoi stadi prodromici) di cui necessita l'organismo viene prodotta dall'epidermide tramite l'esposizione alla luce solare, e trasformata nel fegato e nei reni in una forma attiva biologica. Non è necessario restare per ore al sole!

Contenuto di calcio di diversi alimenti

<i>Alimenti</i>	<i>mg Calcio / 100 g</i>	<i>Porzioni</i>	<i>mg Calcio / porzione</i>
Formaggio stagionato	700-1000	40 g	280-400
Formaggio molle	500	40 g	200
Latte	120	2 dl	240
Yogurt / kefir	120	1 vasetto 180 g	220
Quark	90	1 vasetto 120 g	108
Pane bianco	15	100 g	15
Pane integrale	78	100 g	78
Broccoli / finocchi	105	150 g	157
Spinaci / porro	120	150 g	180
Patate	6	200 g	12
Pomodori	14	150 g	21
Insalata verde	38	100 g	38
Carote	41	150 g	60
Cavolo verde	212	150 g	318
Mandorle / nocciole	230	50 g	115
Noci	87	50 g	43
Sesamo	783	10 g	78
Carne	10-30	150 g	15-45
Acqua minerale	2-55	2 dl	4-110
Cioccolata al latte	270	1 barretta	45



VITAMINA D

La luce solare fa bene ed è importante anche per la produzione di vitamina D all'interno del nostro organismo. Per la produzione di vitamina D nella nostra pelle, necessitiamo di una determinata quantità di luce. Senza vitamina D, inoltre, il nostro intestino non riesce ad assorbire calcio a sufficienza.

Durante i mesi estivi è sufficiente esporre viso e avambracci per 20 minuti tre giorni la settimana. Nei mesi invernali, invece, il livello di vitamina D nel corpo si riduce, perché la pelle è più coperta dall'abbigliamento e l'irradiazione solare è così tenue, che l'epidermide non riesce a produrre quantità sufficiente di vitamina D. È più frequente evidenziare una carenza di vitamina D nelle persone anziane piuttosto che nei giovani, perché con l'età la loro pelle ha maggiori difficoltà a sintetizzare questo elemento e viene esposta più di rado al sole. Ecco perché si riscontrano marcati stati deficitari fra gli ospiti delle case di riposo e di cura. Anche nelle persone dalla pelle scura o in sovrappeso e in quelle che stanno meno a contatto con la natura la carenza di vitamina D3 è più frequente.

Una carenza di vitamina D inibisce l'assorbimento del calcio a livello intestinale, il suo successivo passaggio per via ematica e da qui la deposizione nelle ossa. Se

l'insufficienza è grave e se il livello di calcio nel sangue minaccia di scendere, l'organismo giunge a sottrarre il calcio dalle ossa.

Un ulteriore effetto positivo della vitamina D è il miglioramento della forza muscolare e della coordinazione motoria, che permette di ridurre il rischio di caduta. Un trattamento a base di questo elemento rinforza quindi le ossa contenendo al contempo il pericolo di caduta e di conseguenza le fratture. Il trattamento con la vitamina D è perciò utile sia nel trattamento dell'osteoporosi, sia a livello di profilassi, in particolare nel caso di una dieta non corretta.

Evitare o trattare, per quanto possibile, eventuali ulteriori fattori di rischio (v. tabella a pagina 12): ad esempio smettere di fumare, assumere meno alcool ed evitare il sottopeso



Questionario per determinare l'assunzione individuale di calcio

Questo questionario le consente di determinare la quantità di calcio che assume quotidianamente attraverso l'alimentazione.

	Quantità × fattore mg calcio al di	
1. Quanti dl di latte beve alla settimana?	___ × 17 mg	___ mg
2. Quanti vasetti di yogurt 180 g mangia alla settimana?	___ × 30 mg	___ mg
3. Quante porzioni di quark (100g) mangia alla settimana?	___ × 13 mg	___ mg
4. Quante volte alla settimana mangia formaggio stagionato (es. Emmentaler, Parmigiano)?		
Porzione piccola (20 g)	___ × 24 mg	___ mg
Porzione media (30 g)	___ × 36 mg	___ mg
Porzione grande (50 g)	___ × 60 mg	___ mg
5. Quante volte alla settimana mangia formaggi molli (es. camembert, brie, formaggi di capra ...)?		
Porzione piccola (20 g)	___ × 14 mg	___ mg
Porzione media (30 g)	___ × 21 mg	___ mg
Porzione grande (50 g)	___ × 35 mg	___ mg
6. Quante volte alla settimana mangia verdura fresca (incl. insalata e zuppa di verdure)?		
Porzione piccola (75 g)	___ × 7 mg	___ mg
Porzione media (150 g)	___ × 13 mg	___ mg
Porzione grande (250 g)	___ × 20 mg	___ mg

7. Quante fette di pane (50g = fetta sottile) mangia in media al giorno?	___ × 13 mg	___ mg
8. Quante barrette di cioccolato al latte mangia alla settimana?	___ × 6 mg	___ mg
9. Quanti dl di acqua di rubinetto beve al giorno?	___ × 9 mg	___ mg
10. Quanti dl di acqua minerale beve al giorno?		
Adelbodner, Adello, Eptinger, Farmer	___ × 50 mg	___ mg
Contrex, Valser	___ × 45 mg	___ mg
Aproz	___ × 35 mg	___ mg
Aquella, M-Budget	___ × 30 mg	___ mg
Cristallo, San Pellegrino, Rhäzünser	___ × 21 mg	___ mg
Badoit, Passugger	___ × 20 mg	___ mg
Perrier, Fontessa	___ × 14 mg	___ mg
Elm, Cristalp, Alpina	___ × 12 mg	___ mg
Vichy, Allegra, Henniez	___ × 10 mg	___ mg
Vittel, Evian, Arkina, Heidiland	___ × 9 mg	___ mg
Zurzacher, Volvic	___ × 1 mg	___ mg
altri	___ × 5 mg	___ mg
Assunzione totale di calcio al giorno		___ mg

Il fabbisogno giornaliero di calcio

Ragazzi e giovani adulti: **800-1200 mg**

Donne dai 25 anni fino alla menopausa, uomini 25-50 anni: **800-1000 mg**

Donne dopo la menopausa, uomini oltre i 50 anni: **1000-1200 mg**

Donne incinte o durante l'allattamento: **fabbisogno maggiore**

Oggi l'osteoporosi non deve essere più percepita come una malattia inevitabile. Esistono infatti diversi farmaci di prevenzione e cura di questa patologia. Obiettivo di un trattamento è innanzitutto quello di evitare fratture.

I farmaci oggi in commercio non possono eliminare del tutto il rischio di frattura, ma possono ridurlo in maniera considerevole già dopo alcuni mesi di trattamento.

Calcio e vitamina D

Nel capitolo sull'alimentazione abbiamo già parlato dell'importanza del calcio e della vitamina D per il metabolismo osseo. Se il fabbisogno di calcio non può essere soddisfatto attraverso la dieta, è utile ricorrere a un trattamento farmacologico. L'assunzione totale di calcio (alimentazione, acqua e farmaci) non deve comunque superare di molto la dose giornaliera raccomandata. Inoltre, l'assunzione di calcio dovrebbe sempre essere accompagnata da quella di vitamina

D3, considerato che il calcio da solo non produce l'efficacia ottenuta in combinazione con la vitamina D. È consigliabile suddividere quantitativi superiori di calcio in compresse o in polvere in due porzioni giornaliere. Per la vitamina D, la quantità minima raccomandata è pari a 800 UI al giorno. In caso di forti carenze di questa vitamina può essere necessario aumentare il dosaggio in misura provvisoria o permanente. Il calcio e la vitamina D vengono sovente somministrati in composti. Per sopperire a una carenza di vitamina D si può ricorrere a iniezioni intramuscolari ad azione prolungata o all'assunzione (giornaliera o 1 volta la settimana) della vitamina sotto forma di gocce.

Le iniezioni intramuscolari ad azione prolungata (1-2 volte l'anno) non sono più raccomandate.

Bisfosfonati

Oggi i farmaci più utilizzati per il trattamento dell'osteoporosi sono i cosiddetti bisfosfonati. Rallentano l'attività osteoclastica, fermano il pro-

cesso di osteoporosi e favoriscono l'aumento della densità ossea, poiché le cellule addette all'osteogenesi, gli osteoblasti, per un determinato periodo continuano a lavorare favorendo la neoformazione ossea. Il trattamento a base di bisfosfonati non produce soltanto un aumento misurabile della densità ossea, ma anche il rafforzamento delle ossa, con una notevole riduzione delle fratture. I preparati più diffusi in Svizzera sono attualmente (in ordine alfabetico del principio attivo): Alendronato (Fosamax® e farmaci generici), Ibandronato (Bonviva® e farmaci generici) e Risedronato (Actonel® e farmaci generici), in compresse, nonché l'Ibandronato (Bonviva® e farmaci generici), da somministrare per via endovenosa ogni 3 mesi, o il Zoledronato (Aclasta®) per via endovenosa una volta all'anno come singola infusione. Fosamax è reperibile anche in combinazione con la vitamina D3 (Fosavance®).

Le compresse vanno assunte 1 volta la settimana (Alendronato,

Risedronato) o 1 volta al mese (Ibandronato). Il successo del trattamento dipende dalla costanza e dalla precisione con la quale il paziente assume il farmaco. I farmaci in forma di compresse passano con grande difficoltà dal tratto digerente nel sangue. Perciò è importante assumere il farmaco al mattino, a digiuno, con un abbondante bicchiere di acqua di rubinetto (non acqua minerale, né altra bevanda). Non vanno assunti cibi o altri farmaci che potrebbero disturbare l'assorbimento prima di 30 - o meglio ancora - 60 minuti. Dopo aver ingerito il farmaco è opportuno mantenere il busto in posizione eretta (non sdraiarsi) poiché le compresse possono creare danni all'esofago se, dopo l'ingestione, vi restano a contatto. Questi farmaci vanno assunti di norma per più anni. È molto importante che il trattamento venga effettuato con criterio e seriamente e che non venga interrotto anzitempo. I progressi vengono controllati tramite ripetuti controlli della den-

sità ossea (preferibilmente con lo stesso strumento con il quale erano stati effettuati i controlli precedenti). Molto raramente i bisfosfonati possono causare (soprattutto se somministrati per endovena) effetti indesiderati alle ossa mandibolari / ascellari. Pertanto è importante comunicare al proprio dentista e al medico curante i farmaci assunti in caso di importanti interventi odontoiatrici in programma o effettuati di recente. In generale è comunque opportuno curare l'igiene dei denti e della bocca.

Denosumab (Prolia®)

Denosumab è un nuovo farmaco che inibisce a sua volta l'osteolisi e trova pertanto impiego nel trattamento dell'osteoporosi. Viene somministrato sotto forma di iniezione sottocutanea 2 volte l'anno. Per quanto riguarda la cura dei denti si consigliano le stesse precauzioni da adottare con i bisfosfonati. Importante: assumere i bisfosfonati secondo prescrizione.

Informare il dentista sui medicinali assunti contro l'osteoporosi e il medico sugli interventi odontoiatrici previsti.

Raloxifene (Evista®) e Bazedoxifene (Conbriza®)

Evista® e Conbriza® appartengono al gruppo di farmaci SERMs (modulatori selettivi dei recettori per gli estrogeni). Questi farmaci hanno sull'osso lo stesso effetto degli ormoni sessuali femminili. Inibiscono l'osteolisi, con il conseguente aumento della densità ossea. È stata dimostrata un'evidente riduzione del rischio di frattura soprattutto alla colonna vertebrale, ecco perché i farmaci SERMs si rivelano particolarmente indicati per le pazienti affette da osteoporosi alla colonna vertebrale. Di norma si tratta di donne di età inferiore ai 65 anni. Evista® e Conbriza® devono essere assunti quotidianamente, in qualsiasi orario, indipendentemente dai pasti. Di tanto in tanto possono manifestarsi effetti collaterali quali vampate di calore, in particolare



MEDICAMENTI

Il medico ha a disposizione diversi medicinali per il trattamento della patologia. L'obiettivo della terapia è ridurre quanto più possibile il rischio di fratture. Con i medicinali odierni è possibile raggiungere dei buoni risultati.



nelle pazienti in menopausa da pochi anni. Aumenta leggermente il rischio di trombosi venosa, come per la terapia ormonale sostitutiva o la pillola contraccettiva. È stato dimostrato che un trattamento a base di SERMS riduce il rischio di cancro al seno.

Estrogeni

Gli ormoni sessuali femminili vengono utilizzati soprattutto nella prevenzione e nel trattamento delle forme più lievi di osteoporosi o delle sue fasi precoci (osteopenia), prevalentemente nelle donne di età inferiore ai 60 anni. In seguito a una menopausa precoce o regolare, gli estrogeni possono sopperire all'insorgenza di carenze ormonali e contrastare la perdita di massa ossea.

Come nel caso dei farmaci SERMS si osserva un leggero aumento del rischio di trombosi. Si registra inoltre un rischio leggermente aumentato di infarto cardiaco e ictus, prevalentemente nelle donne

al di sopra dei 60 anni. Un rischio lievemente maggiore di cancro al seno è correlato a fattori quali la durata del trattamento e l'età della paziente all'inizio del trattamento. Pertanto, prima di intraprendere una terapia ormonale, occorre prevedere sempre un esame approfondito e un'analisi dei possibili rischi e benefici. Per trattare l'osteoporosi nelle pazienti non più giovani trovano generalmente impiego i bisfosfonati. Negli ultimi tempi si utilizzano dosaggi ormonali più bassi nella speranza che, pur ottenendo lo stesso effetto, si corrano meno rischi. Nei prossimi anni bisognerà accertare se questi dosaggi ridotti producano un effetto sufficientemente positivo sulle ossa.

La somministrazione di estrogeni deve avvenire sempre sotto stretto controllo del ginecologo e richiede perciò visite regolari.

Paratormone (Ormone paratiroideo)

L'unico farmaco che stimola direttamente l'osteogenesi a tutt'oggi disponibile in Svizzera è il paratormone. Viene utilizzato solo in forme particolari di osteoporosi, in genere gravi, e nella profilassi dell'osteoporosi per chi è in trattamento con «cortisone». Il motivo è da ricondurre ai costi elevati del trattamento e al fatto che questo farmaco deve essere somministrato quotidianamente con iniezioni sottocutanee. La durata della terapia non può superare i 24 mesi. L'effetto si rafforza quando, alla terapia con il paratormone, segue un trattamento con i bisfosfonati.

Calcitonina (Miacalcic®)

Miacalcic® spray nasale viene utilizzato in particolare per il trattamento dei dolori di fratture vertebrali appena prodottesi. Non viene più impiegato per il trattamento a lungo termine dell'osteoporosi.

“ Nel caso dell'osteoporosi di norma si utilizza una terapia di lunga durata con farmaci inibitori dell'attività osteoclastica. ”

Leiga svizzera contro il reumatismo

La Lega svizzera contro il reumatismo si impegna a favore di chi è colpito da un'afezione reumatica e nella promozione della salute. Offre servizi in tutta la Svizzera e si rivolge a malati, professionisti del settore sanitario, medici e pubblico generico.

La Lega svizzera contro il reumatismo è un'organizzazione di controllo con sede a Zurigo e unisce 20 leghe cantonali / regionali e sei organizzazioni nazionali dei pazienti. È stata fondata nel 1958 e ha ottenuto il marchio ZEWO per le organizzazioni che operano a favore della collettività.

La Lega svizzera contro il reumatismo vi offre:

- Informazione
- Corsi di movimento
- Consulenza
- Gruppi di auto-aiuto
- Formazione dei pazienti
- Mezzi ausiliari
- Promozione della prevenzione e della salute

Sostenete il lavoro della Lega svizzera contro il reumatismo con una donazione!
Grazie.



Conto postale 80-237-1

Banca UBS Zurigo
IBAN CH83 0023 0230 5909 6001 F



Attivi contro l'osteoporosi

Foglio d'istruzione (It 1025) gratuito

In forma con lo stretching

Foglio d'istruzione (It 1013) gratuito

Esercizi di movimento

Libro (It 401)

CHF 15.–

Protezione delle articolazioni

Opuscolo (It 350) gratuito

Mezzi ausiliari – Piccoli aiuti per grandi risultati

Catalogo (It 003) gratuito

Medicamenti

Opuscolo (It 303) gratuito

Combattere attivamente i dolori reumatici

Libro (It 470)

CHF 25.–

Pubblicazioni della Lega svizzera contro il reumatismo

(It 001) gratuito

**Lega svizzera contro il reumatismo**

Josefstrasse 92, 8005 Zurigo, Svizzera, tel. 044 487 40 00, fax 044 487 40 19, ordinazioni: 044 487 40 10, info@rheumaliga.ch, www.rheumaliga.ch

Leghe cantionali contro il reumatismo

Appenzello Esterno e Interno, tel. 071 351 54 77, info.ap@rheumaliga.ch

Argovia, tel. 056 442 19 42, info.ag@rheumaliga.ch

Basilea-Campagna e Città, tel. 061 269 99 50, info@rheumaliga-basel.ch

Berna, tel. 031 311 00 06, info.be@rheumaliga.ch

Friburgo, tel. 026 322 90 00, info.fr@rheumaliga.ch

Ginevra, tel. 022 718 35 55, laligue@laligue.ch

Giura, tel. 032 466 63 61, info.ju@rheumaliga.ch

Glarona, tel. 055 610 15 16, info.gl@rheumaliga.ch

Lucerna e Unterwaldo, tel. 041 377 26 26, rheuma.luuw@bluewin.ch

Neuchâtel, tel. 032 913 22 77, info.ne@rheumaliga.ch

S. Gallo, Grigioni, Principato del Liechtenstein,

Segretariato: tel. 081 302 47 80, hess.roswitha@hin.ch

Consulenza: tel. 081 303 38 33, sg.rheumaliga@resortragaz.ch

Sciaffusa, tel. 052 643 44 47, rheuma.sh@bluewin.ch

Soletta, tel. 032 623 51 71, rheumaliga.so@bluewin.ch

Ticino, tel. 091 825 46 13, info.ti@rheumaliga.ch

Turgovia, tel. 071 688 53 67, info.tg@rheumaliga.ch

Uri e Svitto, tel. 041 870 40 10, rheuma.uri-schwyz@bluewin.ch

Vaud, tel. 021 623 37 07, info@lvr.ch

Vallese, tel. 027 322 59 14, ligue-vs-rhumatisme@bluewin.ch

Zugo, tel. 041 750 39 29, rheuma.zug@bluewin.ch

Zurigo, tel. 044 405 45 50, info.zh@rheumaliga.ch

Consulenza gratuita per questioni legali correlate a una condizione di invalidità, con particolare riguardo all'Assicurazione per l'invalidità e ad altre assicurazioni sociali:

Servizio giuridico della Federazione svizzera per l'integrazione degli handicappati (Integration Handicap)

Sede centrale: Bürglistrasse 11, 8002 Zurigo
tel. 044 201 58 27/28

EXMA

Esposizione dei mezzi ausiliari svizzeri

Industrie Süd, Dünnerstrasse 32, 4702 Oensingen
tel. 062 388 20 20

Impressum

Autori

Dott. med. Andreas Krebs e dott. med. Catherine Thiel-Kummer,
Specialisti di Reumatologia e Medicina Interna FMH,
Centro per l'Osteoporosi, Kloten

Gruppo di lavoro

Dott. med. Thomas Langenegger, Ospedale cantonale Zugo, Baar
Dott. med. Adrian Forster, Clinica St. Katharinental, Diessenhofen
Prof. Dr. med. Hans Jörg Häuselmann, Zurigo

Direzione – Katrin Bleil, Lega svizzera contro il reumatismo

Realizzazione – Oloid Concept GmbH, Zurigo

Crediti fotografici – dreamstime.com (p. 19 sopra, 22 sopra), istockphoto.com (p. 9, 10, 16, 19 sotto, 22 sotto, 24, 29, 35), MMS Medicor CH (p. 14)

Edizioni – © by Lega svizzera contro il reumatismo, sesta edizione rivista e aggiornata 2014

Malattie reumatiche
It 305

800 / W.D&M / 01.2014

I vostri esperti di
patologie reumatiche

—
Lega svizzera
contro il reumatismo
Josefstrasse 92
8005 Zurigo

Tel. 044 487 40 00
Fax 044 487 40 19
E-mail info@rheumaliga.ch
www.rheumaliga.ch

Società
Svizzera di
Reumatologia



www.rheuma-net.ch



**Lega svizzera
contro il reumatismo**
Il movimento è salute