

Meglio informati sulla osteoporosi



Quelli con l'arcobaleno

mepha



Sommario

Informazioni introduttive	2
Il nostro scheletro: supporto e sostegno	4
L'osteoporosi: che cos'è?	7
Come si sviluppa l'osteoporosi?	9
Protezione con estrogeni e testosterone	11
L'osteoporosi: forme e cause	13
I disturbi causati dall'osteoporosi	15
La diagnosi dell'osteoporosi	17
Prevenzione	19
Opzioni terapeutiche	20
Cosa posso fare io personalmente?	24
L'alimentazione nell'osteoporosi	26
Raccomandazioni	30
Test di autoverifica per l'osteoporosi	31

Informazioni introduttive

L'osteoporosi, chiamata anche «osteotrofia», oggi rappresenta un problema sanitario di importanza mondiale ed è classificata dall'OMS tra le 10 più importanti malattie della popolazione.

In Svizzera, il numero degli interessati viene stimato intorno a poco meno di mezzo milione. Altre 800'000 persone sono ad alto rischio. Il gruppo a rischio per l'osteoporosi è rappresentato dalle donne a partire dal cinquantesimo anno d'età.

Le donne ne sono colpite all'incirca tre volte più degli uomini, risultandone un rapporto di circa 3:1 per questo quadro patologico. Ciò significa che una donna su tre e un uomo su sette nel corso della loro vita subiranno una frattura ossea dovuta all'osteoporosi.

L'osteoporosi riguarda tutto l'intero scheletro. Le regioni ossee più frequentemente colpite dalle fratture ossee sono la colonna vertebrale, l'avambraccio e il femore. Di particolare importanza è l'alta frequenza delle fratture del collo del femore, dell'omero e del polso che si verificano nelle persone anziane nel contesto dell'osteoporosi.

Il numero di queste fratture in Svizzera viene indicato in oltre 50'000 all'anno. Di queste, all'incirca 10'000 sono fratture del collo del femore e all'incirca 22'000 sono fratture dei corpi vertebrali.

Il 18% circa delle persone interessate da queste fratture ne contraggono un'inabilità con necessità di assistenza a lungo termine. Tuttavia, l'osteoporosi e le fratture ossee che ne conseguono non rappresentano un destino predeterminato. Ciascuno di noi può, con un'alimentazione favorevole al mantenimento delle ossa e con una sufficiente attività fisica, contrastare un accelerato riassorbimento osseo.

Anche nel caso in cui fossero già state riscontrate le prime fratture, esistono delle possibilità terapeutiche efficaci.

Questa guida informativa ha lo scopo di illustrarle le cause che favoriscono lo sviluppo dell'osteoporosi, presentarle le varie forme patologiche e indicarle le nozioni che sono alla base di una terapia efficace.

L'osteoporosi in ciascuno dei suoi stadi è suscettibile di terapia, ma ancora più semplice è prevenirla. Un presupposto importante a questo scopo è una sufficiente attività fisica all'aria aperta, associata ad una giusta alimentazione. Anche per il quadro conclamato dell'osteoporosi è disponibile una serie di farmaci altamente efficaci, in grado di mantenere o restituire ai pazienti la loro qualità di vita.

Il nostro scheletro: supporto e sostegno

Con le sue oltre 220 ossa, lo scheletro fornisce all'organismo forma, supporto, protezione e stabilità. Il carico principale del peso corporeo grava sulla colonna vertebrale, oltre che sui femori.

Una caratteristica comune a tutte le ossa è quella di essere in grado, grazie alla loro particolare struttura, di sopportare grandi forze di trazione e/o di pressione.

L'osso è avvolto da una pellicola, denominata periostio, contenente sia nervi che vasi sanguigni. La corticale dell'osso è uno strato esterno composto da tessuto osseo compatto.

La parte interna dell'osso è chiamata spongiosa. Questo tessuto è formato da sottili trabecole ossee intrecciate. La funzione della spongiosa è quella di fornire, con un minimo di materiale, un massimo di solidità.

Nella parte più interna dell'osso, nel canale midollare, si trova il midollo osseo, dove, tra l'altro, avviene la formazione delle cellule del sangue.

L'osso consiste principalmente in tessuto connettivo che gli conferisce la necessaria elasticità. Per ottenere anche stabilità, nell'osso si depositano sostanze minerali come il fosfato e i sali di calcio. Questa mineralizzazione rende l'osso duro e resistente.

Di particolare importanza per la mineralizzazione è il calcio. In un uomo adulto, il calcio depositato nell'osso può contribuire con 1-1.5 kg al peso corporeo complessivo.

L'osso è un tessuto caratterizzato da un'intensa attività metabolica e subisce una continua ricostruzione e un continuo riassorbimento. Questa attività è particolarmente evidente nelle fasi di crescita dei bambini, durante le quali l'osso guadagna lunghezza.

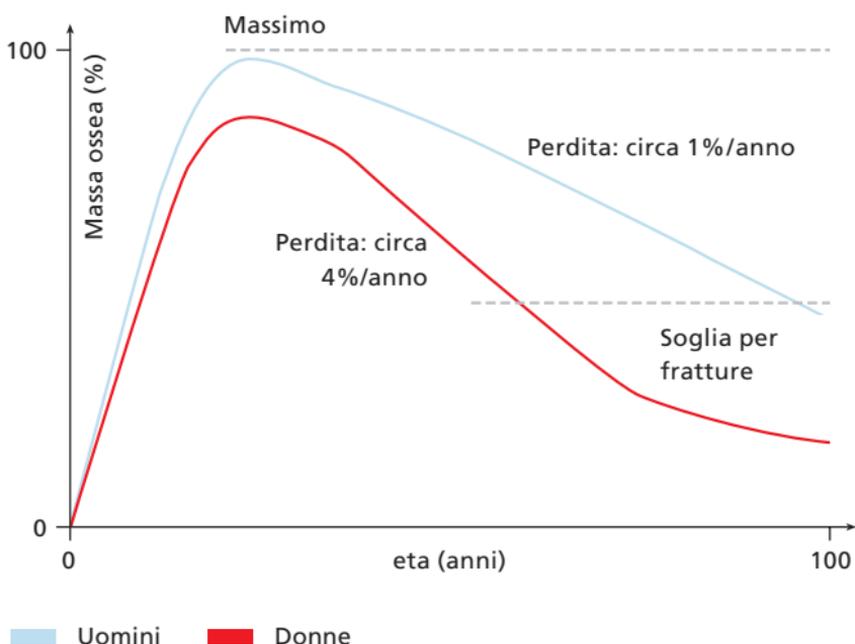
Con l'inizio della pubertà, gli ormoni sessuali, quali l'estrogeno e il testosterone, assumono un'influenza determinante sullo sviluppo dell'osso. In questo periodo, l'osso aumenta in particolare la sua densità.

Nell'età adulta, lo scheletro si modifica in base agli stimoli esterni pressori e tensivi dati dalle attività sportive ma anche dalla forza di gravità.

Dopo i 40 anni d'età, la densità ossea diminuisce progressivamente e continuamente, seguendo un processo naturale. Questa perdita di sostanza dovuta all'età ammonta all'incirca allo 0.2–0.4% l'anno. Con l'inizio della menopausa, nella donna la degradazione può accelerarsi, arrivando a una perdita annuale della massa ossea tra il 2 e il 4%.

Nella donna, il massimo livello della massa ossea viene raggiunto alla fine del secondo decennio di vita, negli uomini alcuni anni dopo. Segue una fase di 1–2 decenni, la cosiddetta fase di plateau, nella quale la massa ossea rimane pressoché costante.

Tuttavia, anche in questa fase l'osso è tutt'altro che inattivo. La struttura ossea si trova in continuo rimaneggiamento. In un arco di tempo di otto anni, la sostanza che costituisce l'osso si rinnova una volta completamente. Nel tessuto osseo avviene un continuo ricambio, ma non per questo perde la sua funzione o la sua stabilità. Grazie a questo continuo rin-



novamento, l'osso è in grado di adattarsi a situazioni in cui il carico si modifica, sviluppando una stabilità ottimale e riparando eventuali lesioni.

Questo alternarsi di ricostruzione e distruzione avviene ad opera di cellule specifiche: gli osteoclasti degradano la sostanza ossea, mentre gli osteoblasti lo ricostruiscono.

Questo gioco alterno tra le cellule ricostruttrici e le cellule distruttrici mantiene l'osso stabile per tutta la vita. In questo modo vengono riparate anche piccole fessure o manifestazioni d'usura. Dopo 120 giorni, il tessuto si è completamente rinnovato.

L'equilibrio tra queste cellule viene regolato sia da ormoni prodotti dall'organismo, gli ormoni sessuali quali l'estrogeno e il testosterone, sia dalla vitamina D e da altri fattori.

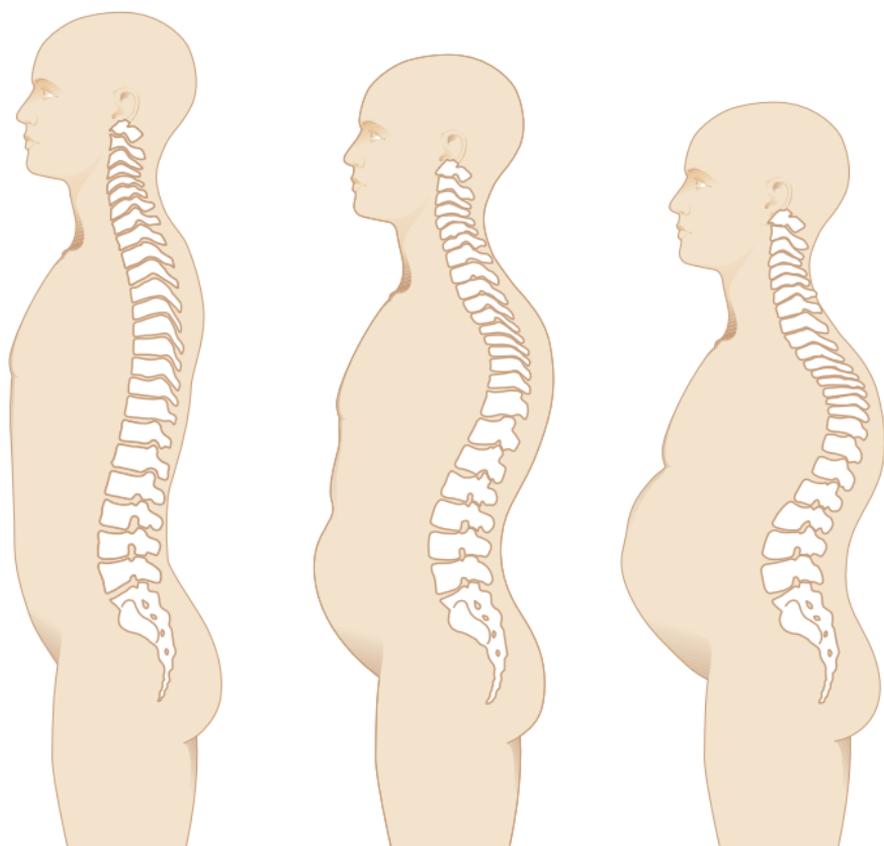
Un'alimentazione che favorisca la salute del tessuto osseo comprende una ricca ed equilibrata disponibilità di sostanze necessarie alla ricostruzione ossea, quali il calcio, i fosfati, le proteine e un sufficiente apporto di vitamina D. Poiché il nostro organismo, sotto l'azione della luce, è in grado di produrre da sé, nella pelle, la vitamina D, è molto importante che i bambini e gli adolescenti soggiornino all'aria aperta.

I fast-food, con un elevato contenuto in carne, e alcune bibite contengono molti fosfati. Nel caso in cui si assuma un eccesso di fosfati rispetto al calcio, la deposizione del calcio nelle ossa viene impedita, o il calcio viene addirittura sottratto all'osso. Pertanto, il fosfato, assunto in eccesso, viene definito anche come «ladro di calcio».

L'osteoporosi, che cos'è?

Letteralmente, il termine «osteoporosi» significa «osso poroso» e si riferisce a una eccessiva friabilità dell'osso dovuta a una diminuzione della massa ossea e a una distruzione della struttura ossea.

È una caratteristica delle fratture da osteoporosi che esse si verificano in seguito a fattori esterni o a carichi meccanici che in condizioni normali non sarebbero di entità tale da determinare fratture ossee. Ne fanno parte, per esempio, le fratture dei corpi vertebrali come conseguenza del sollevamento di carichi piuttosto leggeri oppure le fratture costali come conseguenza di una intensa tosse.



A causa dei cambiamenti nel metabolismo degli estrogeni e della perdita della massa ossea, si verificano fratture dei corpi vertebrali e compaiono i segni tipici dell'osteoporosi come, per esempio, la perdita dell'altezza corporea, l'allentamento della muscolatura addominale e la gobba della vedova.

L'osteoporosi è una malattia dell'osso e consiste in una diminuzione del tessuto osseo che, a sua volta, determina una riduzione della resistenza ai carichi meccanici. Si verificano con maggiore frequenza fratture ossee o deformazioni delle ossa, osservabili in particolare a carico dei corpi vertebrali.

Le alterazioni osteoporotiche della colonna vertebrale, di solito, si accompagnano a dolori della schiena più o meno intensi.

Sono particolarmente suscettibili di fratture i corpi vertebrali, il collo del femore e l'articolazione del polso. Una gran parte (ca. il 40%) delle fratture vertebrali inizialmente resta asintomatica per gli interessati, e solo a lungo termine queste fratture «silenti» danno origine a dolori e limitazioni della mobilità.

Una conseguenza tardiva, visibile, nell'ambito della colonna toracica è rappresentata dalla cosiddetta «gobba della vedova» che si sviluppa quando più corpi vertebrali crollano perché non sono più in grado di sostenere il carico.

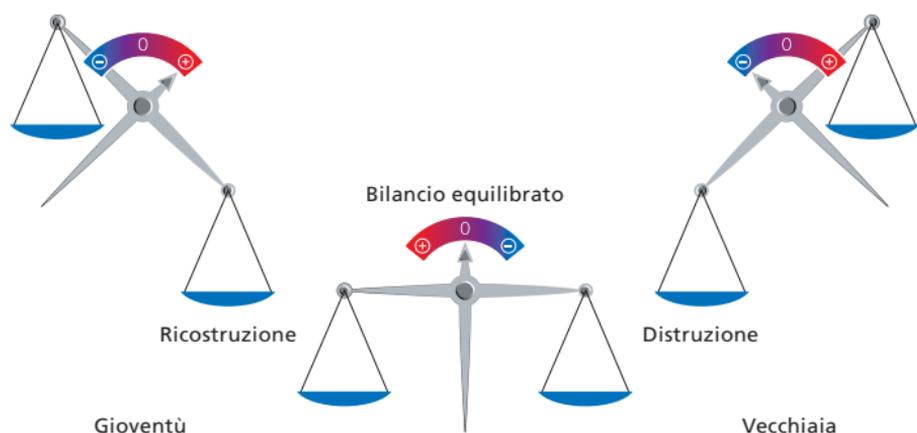
Le cause dello sviluppo dell'osteoporosi sono molteplici. Già a partire dall'età di 40 anni, le ossa perdono parte della loro sostanza. Ma anche la predisposizione genetica, le modificazioni ormonali, i disturbi metabolici, i farmaci (per esempio il cortisone) e un'alimentazione sbagliata sono considerati come fattori di rischio.

Nell'osteoporosi si osserva una perdita di sostanza ossea del 20–30%. In questi casi, è sufficiente un minimo urto per provocare una frattura dell'osso poroso. La tosse può causare la frattura di una costola e una caduta può determinare una frattura del collo femorale.

Come si sviluppa l'osteoporosi?

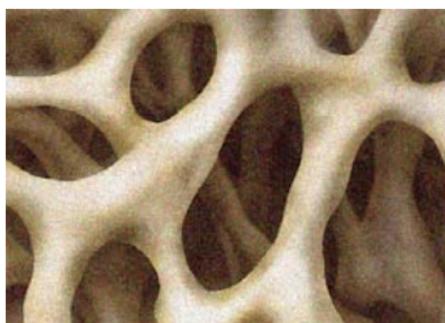
Le ossa subiscono un continuo rimodellamento. Tuttavia, più o meno a partire dall'età di 40 anni, i processi di riassorbimento e di ricostruzione non si trovano più in equilibrio. Ogni anno, si distrugge più sostanza ossea rispetto a quella che si riforma. Entro certi limiti, questo è un normale processo d'invecchiamento.

Nell'osteoporosi, la regolazione dei processi di distruzione e di ricostruzione dell'osso è disturbata. La perdita della sostanza ossea supera di gran lunga la misura normale. Ciò può verificarsi per esempio a causa di un normale processo d'invecchiamento, insieme a una ridotta massa ossea massima in gioventù e a una lunga durata di vita.



Mentre in gioventù si verifica un relativo aumento della sostanza ossea (bilancio positivo), nelle persone anziane viene degradata più sostanza ossea di quella che viene ricostruita (bilancio negativo). Questo bilancio osseo negativo dà origine al quadro patologico dell'osteoporosi.

L'impalcatura del tessuto osseo si presenta rarefatta, la struttura dell'osso si modifica. Durante la mineralizzazione, si deposita meno calcio, con conseguente progressiva diminuzione della stabilità dell'osso. Aumenta il rischio di andare incontro a una frattura ossea.



Ossso normale



Osteoporosi

Protezione con estrogeni e testosterone

Nella donna, la scomparsa delle mestruazioni (menopausa) è associata a notevoli modificazioni fisiche. Senza la protezione degli estrogeni, la distruzione ossea accelera. Nei 5–10 anni successivi alla menopausa, le donne perdono dal 2 al 5% della loro massa ossea. In alcune donne, questa perdita arriva perfino al 30%, confermando l'osteoporosi come il maggiore rischio per la salute della donna nel periodo post-menopausale.

Fattori di rischio incorreggibili

- Mancanza di ormoni sessuali femminili
- Nessuna gravidanza
- Menopausa precoce
- Ereditarietà
- Deficit di peso corporeo

Il gruppo a rischio è rappresentato prevalentemente dalle donne con comparsa tardiva delle mestruazioni, o con frequenti episodi prolungati in cui le mestruazioni erano mancanti. Si considerano a rischio anche le donne con termine delle mestruazioni, nell'ambito della menopausa, già prima del 43esimo anno di vita.

Una situazione simile si presenta quando, a causa di un'asportazione chirurgica delle ovaie, non viene più prodotto estrogeno.

Fattori di rischio correggibili

- Alimentazione sbagliata
- Carenza di movimento
- Abuso di sostanza voluttuarie (nicotina, alcool)
- Malattie metaboliche
- Terapia cortisonica di lunga durata

Accanto ai fattori di rischio non modificabili, ne esistono altri che il paziente stesso può influenzare. Tra questi si possono elencare la nutrizione, il movimento, il consumo di alcool e di nicotina, il controllo delle malattie metaboliche come il diabete mellito oppure anche una terapia di lunga durata con corticosteroidi.

Gli uomini, invece, sono protetti dal loro ormone sessuale testosterone. Al contrario dell'ormone sessuale femminile estrogeno, il testosterone viene ancora prodotto anche in età avanzata, e possiede una certa funzione di protezione dall'osteoporosi. Nell'uomo, la produzione ormonale diminuisce molto lentamente a partire dal 40esimo anno di vita. Inoltre, gli uomini, grazie alla loro maggiore massa ossea massimale, partono da una situazione notevolmente avvantaggiata, poiché una massa scheletrica maggiore può resistere alla degradazione ossea molto più a lungo. Pertanto, l'osteoporosi nell'uomo, nella maggior parte dei casi, compare molto tardivamente.

L'osteoporosi – forme e cause

Le donne sono particolarmente a rischio di ammalarsi di osteoporosi. In genere, nelle donne, la struttura ossea è più delicata rispetto agli uomini.

Le cause della comparsa del quadro patologico dell'osteoporosi sono, negli anni successivi all'inizio della menopausa, soprattutto la carenza di estrogeno, e con il progredire dell'età, il deficit di vitamina D e di calcio.

L'ormone sessuale femminile estrogeno agisce su quelle cellule ossee che degradano la sostanza ossea e pertanto, è in grado di impedire il riassorbimento osseo.

Questa forma della malattia viene chiamata osteoporosi postmenopausale oppure osteoporosi del climaterio, detta anche «osteoporosi di tipo 1».

Tipicamente, in questa forma di osteoporosi prevalgono le fratture dei corpi vertebrali. In riferimento all'età, essa si presenta molto più precocemente rispetto all'osteoporosi dell'età avanzata, detta anche «osteoporosi di tipo 2».

In questa forma, la frattura più frequente è rappresentata dalla frattura del collo del femore. Tuttavia, anche nell'osteoporosi dell'età avanzata le fratture vertebrali non sono una rarità.

Sono interessati anche gli uomini

L'osteoporosi dell'età avanzata o osteoporosi di tipo 2 interessa anche gli uomini. In questa forma della malattia, le modificazioni dei livelli degli ormoni sessuali non svolgono più un ruolo decisivo. Il fattore principale, in questo caso, è una carenza progressiva dell'apporto di calcio e vitamina D nell'età avanzata.

Le persone anziane, rispetto ai giovani, spesso mangiano meno, e pertanto diminuisce l'introduzione di vitamina D e di calcio con l'alimentazione.

Spesso la loro mobilità fisica è limitata, e quindi più raramente soggiornano all'aperto. Il conseguente scarso irraggiamento determina inoltre un'insufficiente formazione di vitamina D nella cute.

Entrambi questi fattori danno origine a un bilancio negativo del calcio. Il deficit di calcio viene riequilibrato dall'organismo con una maggiore secrezione di paratormone che mobilizza il calcio dal tessuto osseo. Si accelera così la perdita della massa ossea e la stabilità dell'osso si riduce, con conseguente aumento del rischio di fratture.

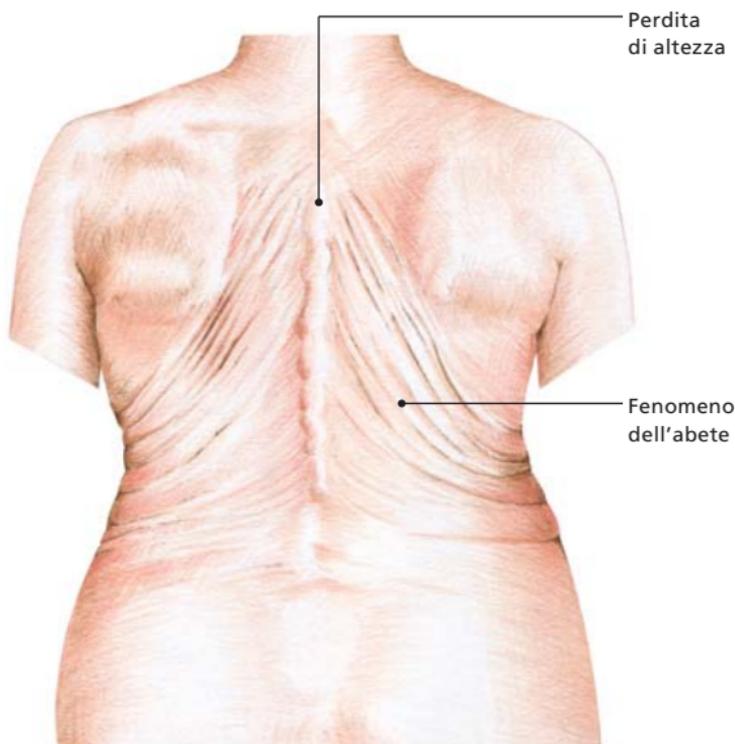
I disturbi causati dall'osteoporosi

Mancano segni tipici di malattia

Per un lungo periodo, l'osteoporosi decorre in assenza di sintomi. Di solito, la perdita di sostanza ossea si ripercuote precocemente sulla colonna vertebrale. I primi segni di osteoporosi, pertanto, possono essere dei dolori alla schiena.

Le fratture dei corpi vertebrali possono essere accompagnate da dolori localizzati acuti, talora molto intensi. Le deformazioni lentamente progressive e gli schiacciamenti dei corpi vertebrali portano a una diminuzione dell'altezza della colonna vertebrale e a un allentamento del sistema legamentoso e di sostegno. Quando progressivamente le distanze tra i corpi vertebrali si riducono, i legamenti della colonna vertebrale si allentano.

Nel tentativo di riequilibrare la progressiva instabilità che da ciò risulta, l'organismo tende ad aumentare il lavoro di sostegno della muscolatura del dorso. A questo carico di lavoro eccessivo conseguono di regola contratture e induri-



La diminuzione dell'altezza corporea e l'allentamento della muscolatura del dorso danno origine a pieghe cutanee. Si parla del «fenomeno dell'abete».

menti muscolari che possono essere molto dolorosi. Questi dolori sono piuttosto sordi e mal delimitabili. Pertanto, nelle persone anziane con dolori cronici della schiena è bene prendere sempre in considerazione come possibile causa l'osteoporosi.

La postura cambia

Durante il decorso di una grave osteoporosi, non è raro che la postura dell'intero corpo si modifichi. Le deformazioni della colonna vertebrale danno origine a un «dorso curvo». La colonna toracica si incurva di più posteriormente, la colonna lombare si incurva in avanti. Durante un decorso particolarmente sfavorevole, si può sviluppare la cosiddetta «gobba della vedova».

I crolli e le deformazioni vertebrali e il conseguente incurvamento della colonna vertebrale, conducono a una perdita in lunghezza della parte superiore del corpo, dando l'impressione che le braccia siano troppo lunghe. La pelle del dorso si dispone in pieghe flaccide, con decorso obliquo. Si parla del cosiddetto «fenomeno dell'abete».

Spesso, la testa e il collo sono, quasi con timore, protesi in avanti. Per mantenere l'equilibrio, nella posizione ortostatica, le ginocchia vengono eccessivamente piegate. Le modificazioni della struttura ossea e le posture errate del corpo si accompagnano a carichi squilibrati sulla muscolatura interessata. Ne conseguono contratture e indurimenti dolorosi che, tramite posture di difesa per evitare il dolore, possono contribuire a ulteriori difetti di postura.

Le modificazioni della postura corporea e le deformazioni nell'ambito della colonna toracica possono anche rendere difficoltosa la respirazione.

La diagnosi dell'osteoporosi

Gli accertamenti diagnostici nell'osteoporosi da una parte sono intesi a dimostrare la presenza di un'osteoporosi già esistente, dall'altra a contribuire alla valutazione del rischio di contrarre l'osteoporosi ancora quando non si siano verificate delle fratture ossee. Inoltre possono essere riconosciute altre malattie che svolgono un'influenza sfavorevole sul sistema osseo.

Compiuti una serie di accertamenti, il medico è in grado di stabilire se lei è affetta o non è affetta da osteoporosi.

1. Storia clinica	<p>In un colloquio con il medico sarà stabilito se lei ha dei fattori di rischio o se appartiene a una tipologia di persone che sono colpite dall'osteoporosi con particolare frequenza.</p>
2. Esame obiettivo	<p>Vengono rilevati l'altezza e il peso corporeo. Si valutano inoltre eventuali deformazioni della colonna vertebrale, la forza muscolare, il senso dell'equilibrio ecc., tutto ciò che può indicare il rischio per lei di andare incontro all'osteoporosi o a cadute.</p>
3. Esami radiologici della colonna vertebrale	<p>Si eseguono radiografie soprattutto se in un breve arco di tempo lei ha perso almeno 4cm di altezza corporea o se soffre di dolori alla schiena o di deformazioni della colonna vertebrale. Con questo esame si può rilevare un eventuale crollo di corpi vertebrali.</p>
4. Esami di laboratorio	<p>Gli esami del sangue rivelano se sono presenti altre malattie che possono favorire lo sviluppo di un'osteoporosi.</p> <p>Quando dalla misurazione della densità ossea risulta un valore indicativo di «osteoporosi», onde escludere altre malattie che interferiscono negativamente con il metabolismo osseo (osteoporosi secondaria),</p>

5. Misurazione della densità ossea

nel sangue e nelle urine saranno ricercate sostanze specifiche, caratteristiche di questi quadri patologici.

L'osteoporosi è caratterizzata da una densità ossea molto ridotta. La misurazione della densità ossea, tuttavia, è in grado di determinare soltanto la massa ossea, e non la struttura ossea, poiché il 40–50% delle fratture si verifica prima che sia raggiunta la soglia diagnostica (valore T -2.5).

Di solito, la densità ossea si misura con un procedimento che impiega raggi a bassa dose. L'esposizione alle radiazioni durante questo esame è notevolmente inferiore rispetto all'esposizione alle radiazioni naturali che avviene durante un volo attraverso l'Atlantico. Le misurazioni in genere si effettuano in corrispondenza del collo femorale e dalla seconda alla quarta vertebra lombare.

Il risultato viene poi confrontato con la densità ossea media di giovani adulti sani ed espresso con il cosiddetto valore T. Il valore T indica di quanto la densità ossea misurata si discosta dal valore medio di giovani adulti sani.

Prevenzione

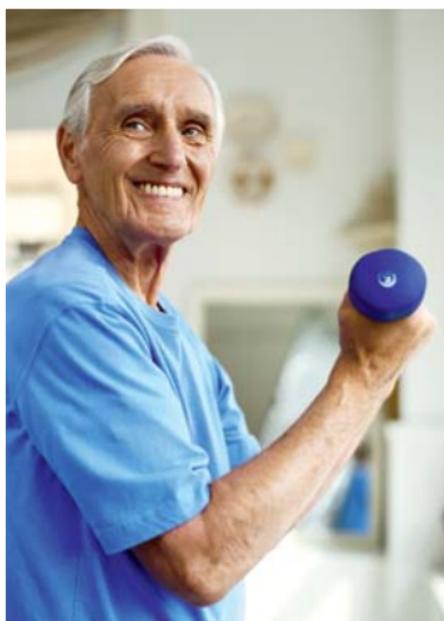
Un'alimentazione sana con sufficiente apporto di calcio e un'attività fisica quanto più possibile attiva, sia in gioventù sia negli anni successivi, sono di grande importanza perché la salute delle ossa persista per tutta la vita.

Recenti studi hanno dimostrato che l'esercizio fisico praticato dalle donne durante il climaterio e negli anni successivi svolge un effetto favorevole sulla densità ossea. L'allenamento motorio ha lo scopo di migliorare la forza muscolare con il carico di lavoro meccanico che favorisce la ricostruzione ossea e ne inibisce la distruzione.

Le forme ideali di movimento sono la ginnastica per incrementare la forza muscolare e, a seconda della resistenza individuale, anche l'allenamento, mirato e graduale, della forza con attrezzi.

Nelle persone anziane, anche con un programma di «ginnastica dolce» è stato possibile ottenere effetti positivi sulla massa ossea. È importante seguire l'allenamento motorio regolarmente e a lungo termine.

Sono particolarmente adatti gli esercizi motori di gruppo sotto la supervisione di un fisioterapeuta o di uno specialista di terapia sportiva, come quelli offerti, per esempio, in gruppi di auto-aiuto.



Opzioni terapeutiche

È più facile prevenire l'osteoporosi che non curarla. Una terapia farmacologica non solo può riequilibrare una perdita della massa ossea, ma associando varie opzioni terapeutiche, il decorso della malattia può essere influenzato positivamente, ottenendo perfino un aumento della massa ossea.

L'osteoporosi, in ogni stadio della malattia, è trattabile.



Per un trattamento efficace dell'osteoporosi sono necessarie le seguenti misure:

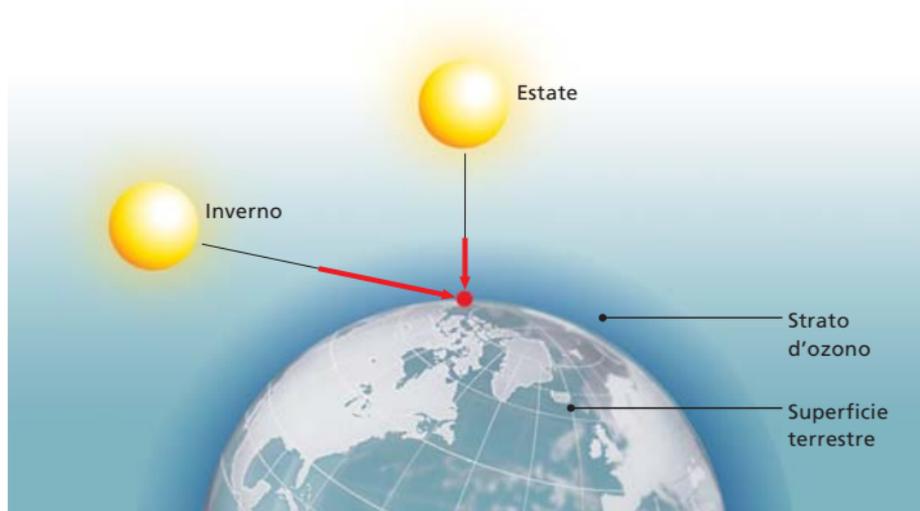
1. Calcio e vitamina D

Sia il calcio, sia la vitamina D sono indispensabili come base della terapia dell'osteoporosi. Pertanto, i pazienti affetti da osteoporosi dovrebbero provvedere ogni giorno a un sufficiente apporto di entrambe queste sostanze. Le quantità di calcio e di vitamina D che occorrono ogni giorno sono, rispettivamente di 1000–1500mg e di 500–1000 unità internazionali (UI). Per i pazienti affetti da calcolosi renale possono essere valide raccomandazioni diverse.

Le acque minerali (ricche di calcio a partire da 400mg/l), il latte e i derivati del latte (yogurt, formaggi duri) hanno un contenuto di calcio particolarmente elevato.

La vitamina D viene formata dallo stesso organismo quando si soggiorna per 20 minuti giornalieri all'aperto (luce UV). Spesso non è possibile assicurare un sufficiente apporto di vitamina D attraverso l'alimentazione, poiché la vitamina D è contenuta in concentrazioni maggiori soltanto in alcuni pesci grassi quali l'aringa, lo sgombro e il salmone. Per questi motivi, spesso è necessario assumere la vitamina D come supplemento alimentare.

Poiché il coordinamento della contrazione muscolare dipende anche dalla vitamina D, con la supplementazione può essere anche ridotto il rischio di caduta delle persone anziane, come dimostrato da studi clinici.



Il 90% della nostra vitamina D si forma nella pelle sotto l'azione della luce UV-B.

2. Terapia motoria

Per mantenere un sano metabolismo osseo, sono importanti il movimento e l'attività fisica quali l'allenamento per lo sviluppo muscolare e il coordinamento. Inoltre vengono favoriti l'irrorazione, il senso dell'equilibrio e la capacità di reazione.

Oltre all'allenamento per lo sviluppo muscolare si raccomandano altri tipi di movimento quali il salire le scale, il walking e il nuoto.

3. Terapia del dolore

Il trattamento dell'osteoporosi ha bisogno di tempo. A seconda della gravità, la terapia dell'osteoporosi può durare fino a 5 anni.

Indipendentemente dalla scelta del farmaco contro l'osteoporosi, quando l'osteoporosi è accompagnata da dolori, questi devono essere sufficientemente trattati. È opportuno scegliere l'analgésico in base allo schema a gradini dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), partendo da analgesici semplici quali l'acido acetilsalicilico o il paracetamolo, fino a forti antidolorifici simili alla morfina, il cui impiego può rendersi necessario, almeno transitoriamente, nel caso di gravi stati dolorosi.

Anche la ginnastica terapeutica può attenuare i dolori.

4. Evitare il rischio di cadute

È necessario eliminare, dall'ambiente di un paziente con osteoporosi, tutto ciò che può costituire una «trappola» per inciampare o comunque un rischio per cadere, quali soglie di porte, cavi liberi o tappeti scivolosi. Qualora sussista un'elevata tendenza alle cadute, un eventuale salva-anche può prevenire una grave frattura. Sono particolarmente pericolosi in casa il bagno con la doccia, la vasca e la toilette. Possono essere utili una buona illuminazione, tappeti antiscivolo e maniglie per sostenersi.



5. Farmaci stabilizzanti per le ossa

a) I bisfosfonati costituiscono un nuovo gruppo di farmaci favorenti la ricostruzione ossea, messi a punto negli ultimi 25 anni per scopi diagnostici e terapeutici nelle diverse malattie del metabolismo osseo e calcico. Oggigiorno, i bisfosfonati fanno parte della terapia standard dell'osteoporosi.

Di solito, i bisfosfonati si assumono per 2 o 3, e se necessario anche per più anni, sotto forma di compresse, una volta alla settimana. Agiscono non soltanto inibendo la distruzione dell'osso, ma anche rinforzando l'osso ancora presente.

b) Il raloxifene fa parte dei modulatori selettivi dei recettori estrogenici (SERMs), ma non è un ormone. Va assunto giornalmente sotto forma di compresse. La durata della terapia è variabile individualmente e dipende dalla gravità dell'osteoporosi. Il raloxifene nell'osteoporosi impedisce l'ulteriore riassorbimento osseo e si inserisce, regolandolo, nel metabolismo osseo.

c) La teriparatide è un frammento del paratormone proprio dell'organismo, secreto dalla paratiroide. Favorisce la ricostruzione ossea, va iniettata giornalmente sotto cute ed è impiegata al massimo per 18 mesi.

d) La calcitonina è un ormone che determina l'abbassamento del livello del calcio nel sangue e inibisce la liberazione di calcio dalle ossa. È impiegata sotto forma di spray nasale o di preparato iniettivo per un periodo di 1-2 anni.

e) Gli ormoni sessuali femminili (estrogeno-progesterone) sono impiegati nel caso di disturbi della menopausa e nell'osteoporosi. La somministrazione a lungo termine degli estrogeni/progesteroni può incrementare il rischio di tumori mammari, infarto miocardico, ictus cerebrale, embolie o trombosi.

Sull'opportunità di ricorrere a una terapia sostitutiva ormonale (TOS) bisogna decidere individualmente.

Cosa posso fare io personalmente?

Se i suoi fattori di rischio per l'osteoporosi sono elevati, lei stessa può contribuire a impedire la progressione della malattia o perlomeno a rallentarla.

- Svolga regolarmente un'attività motoria. L'attività fisica e il carico sulle ossa che ne consegue determinano un aumento della ricostruzione ossea.
- Segua un'alimentazione ricca di calcio, bevendo molto latte o mangiando molti derivati del latte e verdure. Le verdure sono basiche e pertanto rappresentano un alimento sano per le ossa. Alle persone con età superiore ai 65 anni si raccomanda di assumere fino a 1500mg di calcio al giorno. Nel caso di intolleranza al latte, non rara nell'età avanzata, le acque minerali ricche di calcio sono una valida alternativa. Tuttavia, è da evitare un apporto che superi la quantità su menzionata di calcio, secondo l'ipotesi che «molto aiuta molto». Infatti, troppo calcio può compromettere nell'intestino l'assorbimento di altre sostanze importanti.
- Provveda a un sufficiente apporto di vitamina D per il suo organismo. La vitamina D è contenuta nelle uova, nel latte e nel burro, ma in particolare nel pesce di mare. Poiché l'organismo stesso può produrre vitamina D sotto l'azione dell'irraggiamento con raggi UV, è consigliabile per le persone anziane trascorrere almeno mezz'ora al giorno all'aperto.



- Eviti l'eccessivo consumo di alimenti ricchi di fosfati quali carne, salumi, formaggio fondente o le bevande tipo Cola. Un eccesso di fosfati è un «ladro di calcio». Il contenuto in fosfati degli alimenti è riconoscibile con le sigle da E 338 a E 341 ed E 450.
- Beva soltanto scarse quantità di alcolici.
- Rinunci al fumo. Nelle donne il fumo è un fattore di rischio per l'osteoporosi.
- Eviti di sollevare o di trasportare oggetti pesanti.
- Elimini dal suo ambiente di vita gli ostacoli che predispongono alle cadute, come per esempio tappeti che scivolano.
- Indossi scarpe basse, antiscivolo.
- Provveda a una buona illuminazione nei corridoi e sulle scale. Accenda la luce, quando si alza di notte.
- Qualora ci fosse ghiaccio sulle strade, esca di casa soltanto per motivi urgenti.
- Faccia controllare regolarmente la sua capacità visiva e provveda a un adattamento ottimale dei suoi occhiali.
- Controlli, insieme al suo medico, se i suoi farmaci compromettono l'attenzione, o se possono dare origine a vertigini o a disturbi circolatori.

L'alimentazione nell'osteoporosi

È molto importante, per coadiuvare la terapia dell'osteoporosi, seguire un'alimentazione ricca di calcio.

Quando già sussiste un'osteoporosi, l'apporto di calcio con la dieta non è più sufficiente, per cui occorre un'ulteriore supplementazione con calcio. La vitamina D è necessaria per consentire all'organismo di assorbire il calcio assunto e per depositarlo nelle ossa. Una supplementazione con vitamina D è tuttavia necessaria soltanto quando dagli esami del sangue risultano livelli troppo bassi di vitamina D.

Contenuto di calcio di alcuni importanti alimenti:

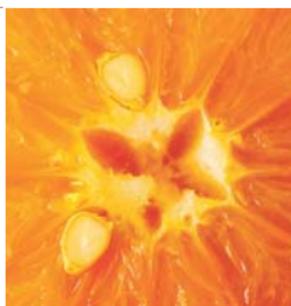
Latte e latticini	mg di calcio per 100g di parte edibile
Latticello	110
Latte magro, UHT	126
Latte intero, UHT	120
Yogurt, naturale	138–160
Blanc battu	117
Cottage cheese, naturale	69
Mozzarella	403
Ricotta, naturale	93–113
Brie	418–657
Camembert	352–530
Emmental	1030
Gruviera	900
Parmigiano	1340



Frutta, patate, legumi	mg di calcio per 100g di parte edibile
Spinaci, crudi	104
Cavolfiore, crudo	20
Broccoli, crudi	93
Patate bollite (patate novelle)	13
Carote, crude	30
Ceci, essiccati	124
Lenti, essiccate	50
Verza	64



Frutta	mg di calcio per 100g di parte edibile
Ananas, fresco	15
Mela, fresca	5
Banana, fresca	8
Fragola, fresca	20
Ribes rosso, fresco	36
Arancia, fresca	40



Carne, salumi, pollame	mg di calcio per 100g di parte edibile
Carne di vitello, cruda	5–22
Carne di manzo, cruda	3–10
Carne di maiale, cruda	2–11
Pollo, crudo	12–15
Prosciutto crudo	9

Pesce	mg di calcio per 100g di parte edibile
Persico, crudo	80
Merluzzo, crudo	16
Salmone, crudo, da allevamento	12
Tonno, crudo	28

Uova	mg di calcio per 100g di parte edibile
Uovo di gallina, intero, crudo	55
Tuorlo, crudo	137
Albume, crudo	6



Acqua minerale, 1dl	mg di calcio per 100g
Adelbodner	52
Aproz	37
Alpina	15
Contrex	47
Eptinger	56
Evian	8
Henniez	11
Passugger	23
Rhazünser	20
San Pellegrino	20
Valser	44



Raccomandazioni

Dose giornaliera consigliata

Bambini, adolescenti e giovani adulti

1–5 anni	800 mg
6–10 anni	800–1200 mg
11–24 anni	1200–1500 mg

Uomini

20–65 anni	1000 mg
più di 65 anni	1500 mg

Donne

25–50 anni	1000 mg
più di 50 anni con sostituzione estrogenica	1000 mg
più di 50 anni senza sostituzione estrogenica	1500 mg
più di 65 anni	1500 mg
durante gravidanza e allattamento	1200–1500 mg

Test di autoverifica per l'osteoporosi

L'osteoporosi dovrebbe essere riconosciuta e trattata quanto prima possibile, onde prevenire le fratture rapidamente ed efficacemente, conservando così la motilità.

La seguente lista ha lo scopo di contribuire a riconoscere tempestivamente un eventuale rischio. Quanto prima la malattia viene riconosciuta e trattata, migliori sono le probabilità di influenzarne positivamente l'evoluzione e di evitare gravi complicanze tardive.

Categoria 1:

fattori di rischio molto importanti

sì no

I suoi nonni, genitori o fratelli e sorelle hanno o avevano un'osteoporosi accertata, un dorso curvo, la frattura di un corpo vertebrale o del collo femorale?

Negli ultimi anni, ha perso oltre 4cm di altezza, o ha notato di avere un dorso curvo?

Dopo i 40 anni d'età, ha subito una frattura ossea senza che sia stata preceduta da una caduta o da un incidente importanti?

Soffre spesso di mal di schiena senza che le sia nota una malattia della sua colonna vertebrale?

Ha avuto le prime mestruazioni dopo i 14 anni?

È andata in menopausa precocemente (prima dei 45 anni)?

Ha o aveva un ciclo mestruale molto irregolare?

Ha assunto un preparato cortisonico per oltre 6 mesi?

È o è stata oltre 6 mesi immobilizzata a letto o è costretta a una sedia a rotelle o deve usare un ausilio per la deambulazione?

sì no

È stata trattata per un periodo prolungato con i seguenti medicinali: sostanze che inibiscono la produzione degli ormoni sessuali propri dell'organismo, sostanze antitumorali, medicinali contro l'epilessia?

Soffre di una grave malattia dei reni o della tiroide?

**Categoria 2:
fattori di rischio importanti**

sì no

Fa parte dei tipi longilinei?

Fuma più di 10 sigarette al giorno?

Beve più di 1/2 litro di vino o più di 2 bicchieri di birra al giorno?

Beve poco latte e mangia pochi derivati del latte?

Mangia molta carne, grassi o zucchero/dolciumi?

Fa poca attività fisica?

Da molta importanza a una linea snella?

Soffre di diabete mellito?

Beve regolarmente oltre 2 tazze di caffè al giorno?

Se ha risposto a 2 domande della categoria 1 o a 3 domande della categoria 2 con «sì», lei ha un aumentato rischio di osteoporosi. A più domande risponde con «sì», più è elevato il suo rischio di andare incontro all'osteoporosi.

20971-070901

www.mepha.ch

Quelli con l'arcobaleno

