

Erst Rheuma – dann Osteoporose

Knochenschwund infolge rheumatischer Erkrankungen



Herausgeber

Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.
Maximilianstr. 14 • 53111 Bonn

Redaktion

Susanne Walia, Christa Dahm

Fachliche Beratung

Christel Kalesse

Gestaltung

diller . corporate, Köln
www.diller-corporate.de

Druck

DCM, Meckenheim

4. Auflage überarbeitet -
30.000 Exemplare, 2005
Drucknummer: A11/BV/05/05

**Mit freundlicher Unterstützung
der Barmer Ersatzkassen**

Bildnachweis

AMGEN GmbH, München;
PhotoDisc, München



Liebe Leserinnen und Leser,

Osteoporose ist eine Erkrankung, die in den letzten Jahren viel Beachtung erfahren hat. Dies ist kein Wunder, denn allein in Deutschland sind Millionen Menschen von Knochenschwund betroffen, wobei Frauen erheblich häufiger damit rechnen müssen als Männer. Dass Knochenschwund jedoch insbesondere für rheumakranke Menschen eine besondere Gefahr darstellt, wird bislang kaum beachtet. Diese Lücke wollen wir mit diesem Ratgeber schließen. Es gibt ein großes Informationsdefizit bei Therapeuten, Beratern und bei den Betroffenen selbst. Mögliche Prophylaxe und unterstützende Therapiemaßnahmen unterbleiben vielfach. Häufige Knochenbrüche, sogar mit Todesfolge, sind die erschreckenden Auswirkungen der mißachteten Osteoporosegefahr.

Mit dieser umfassenden Broschüre wollen wir Ihnen alle wesentlichen Informationen über die Zusammenhänge von Rheuma und Osteoporose geben, so dass Sie die Risiken erkennen und gemeinsam mit dem behandelnden Arzt ein Therapiekonzept entwickeln oder Vorbeugemaßnahmen ergreifen können. Allen Betroffenen möchten wir an dieser Stelle Mut machen: Gegen die Osteoporosegefahr läßt sich viel tun, vorausgesetzt man achtet darauf.

Mein besonderer Dank gilt den Autorinnen und Autoren, allen voran Dr. Helmut Franck und Dr. Martin Welcker, die ehrenamtlich mit großer Sachkenntnis und viel Verständnis für die Sorgen und Fragen der Betroffenen zum Gelingen dieser Broschüre beigetragen haben.

Ihre
Prof. Dr. Ing. habil. Christine Jakob
Präsidentin der Deutschen Rheuma-Liga



| | | |
|----------|---|----|
| | Vorwort | 5 |
| | 1 Was ist Osteoporose? | 7 |
| | 2 Was ist Rheuma? | 7 |
| 6 | 3 Was hat Rheuma mit Osteoporose zu tun? | 8 |
| | 4 Wie stellt man Osteoporose fest? | 10 |
| | 5 Wann muss die Knochendichte bestimmt werden? | 10 |
| | 6 Welche weiteren Untersuchungen müssen durchgeführt werden? | 12 |
| | 7 Leben mit Osteoporose – was heißt das? | 13 |
| | 8 Wie lassen sich Brüche vermeiden? | 14 |
| | 9 Kortison – Für und Wider | 14 |
| | 10 Wie kann man der Osteoporose vorbeugen? | 15 |
| | 11 Wie wird Osteoporose behandelt? | 16 |
| | 12 Therapie der sekundären Osteoporose | 17 |
| | 13 Rheumatoide Arthritis | 18 |
| | 14 Morbus Bechterew | 19 |
| | 15 Sklerodermie | 21 |
| | 16 Lupus Erythematodes | 23 |
| | 17 »Schmerzen sind Schmerzen« | 25 |
| | 18 Bewegungsübungen bei Rheuma und Osteoporose | 27 |
| | 19 Ernährungshinweise für Osteoporosekranke | 28 |
| | 20 Osteoporosetest – So stellen Sie fest, ob Sie osteoporosegefährdet sind | 32 |
| | Das Netzwerk der Deutschen Rheuma-Liga | 34 |
| | Anschriften der Deutschen Rheuma-Liga | 36 |
| | Angebote der Deutschen Rheuma-Liga | 38 |

Was ist Osteoporose?

Knochen, auch wenn sie noch so hart erscheinen, können im Lauf der Jahre hohl und porös und damit brüchig werden. Innerhalb des Knochens verringert sich die Masse und die innere Struktur verändert sich. Man spricht dann von Osteoporose, also der Gefahr, dass Knochen brechen. Nach Definition der Fachleute ist Osteoporose eine systemische Erkrankung des Skelettsystems mit Verringerung der Knochenmasse und Verschlechterung der Mikroarchitektur.

Dies bedeutet, dass eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Knochenbrüchen vorliegt, wenn Patienten eine gewisse Knochendichte unterschreiten. Hierfür benötigt man den sogenannten T-

Wert, welcher der normalen Knochendichte eines 30-jährigen Menschen (getrennt nach Frau oder Mann) entspricht. Liegt dieser Wert nun unter einer bestimmten Grenze, so liegt eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Knochenbrüchen vor. Bei schon vorliegenden Knochenbrüchen spricht man von einer manifesten Osteoporose.

Man unterscheidet sogenannte »primäre« Formen der Osteoporose, deren Ursache man nicht genau kennt, von den sogenannten »sekundären« Formen der Osteoporose, bei denen die Osteoporose Folge anderer Erkrankungen ist, die zu einer Verminderung der Knochendichte mit gesteigerter Knochenbruchwahrscheinlichkeit führen.

1

7

Was ist Rheuma?

Rheumatische Erkrankungen stellen Erkrankungen des Bewegungsapparates dar, deren Ursachen in den meisten Fällen nicht bekannt sind. Man unterscheidet den entzündlichen Rheumatismus vom nicht-entzündlichen, degenerativen Rheumatismus (z. B. Arthrose, Verschleiß-Rheuma).

Beim entzündlichen Rheumatismus kommt es zu Entzündungen an den Knochen, Gelenken, Muskeln, Sehnen und Bändern, deren Folge Schmerzen, Schwellungen, eingeschränkte Funktion und z. T. Zerstörung der Gelenke und Knochen sind. Auch innere Organe (Lunge, Herz, Leber etc.) können betroffen sein.

Beispielhaft sind die rheumatoide Arthritis, die Arthritis psoriatica (Schuppenflechten-assoziiertes Rheuma), die Spondylitis ankylo-

sans (Morbus Bechterew), Reaktive Arthritiden (d. h. Gelenkentzündungen, welche nach bakteriellen Infektionen auftreten), die Kollagenosen, wie der Systemische Lupus erythematodes und auch Vaskulitiden (das sind Gefäßentzündungen), zu nennen.

2

Entzündliches Rheuma

- Rheumatoide Arthritis
- Arthritis psoriatica
- Vaskulitiden
- Spondylitis ankylosans
- Sklerodermie
- Reaktive Arthritiden
- Systemischer Lupus Erythematodes und andere Kollagenosen

Was hat Rheuma mit Osteoporose zu tun?

3

8

Entzündungsfaktoren, wie Botenstoffe der rheumatischen Erkrankung (Zytokine wie $\text{TNF}\alpha$, JLI, JL6) führen in der Nähe von entzündeten Gelenken zu einer Hemmung der Knochenneubildung und zu einer Steigerung des Knochenabbaus. Dadurch vermindert sich die Knochensubstanz. Zusätzlich kommt es infolge der durch die Schmerzen hervorgerufenen geringeren Beweglichkeit und Immobilisierung zu einem Abbau der Muskulatur und zu einem allgemeinen Schwund an Knochenmasse.

Beim Morbus Bechterew spielen Entzündungsveränderungen und Immobilität vornehmlich im Bereich der Wirbelsäule eine herausragende Rolle. Im Frühstadium der Erkrankung (noch mit normaler Knochenstruktur), kann es bei noch erhaltener Beweglichkeit zu einer Osteoporose kommen. Hier führt die Entzündungsaktivität zu einem systemischen Knochenmassenverlust. Entsprechend finden wir auch im Bereich der Hüfte erniedrigte Knochendichtewerte. Bei einem Fortschreiten der Erkrankung mit Ver-

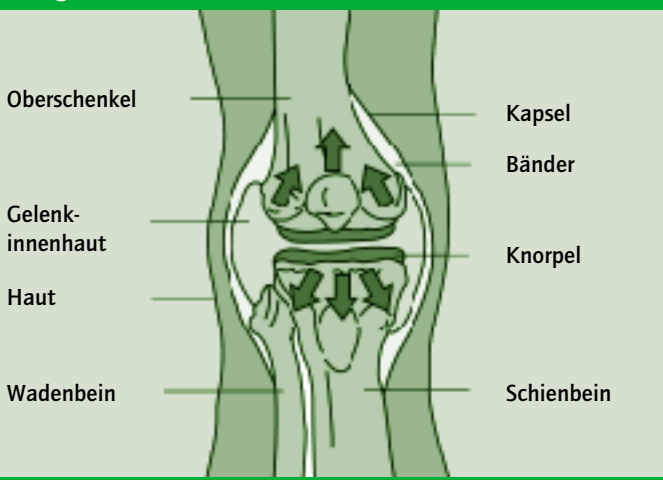
steifung der Wirbelsäule durch Bildung von Bindegewebsverknöcherungen kommt es besonders durch Bewegungs- und Belastungsmangel zu einer Verminderung der Knochendichte, da die Wirbelkörperbälkchen nicht mehr entsprechend belastet werden. Die vermehrte Brüchigkeit endet nicht selten in einem Durchbruch der Wirbelsäulenplatte. Hierbei kann auch Bandscheibenmaterial in den Wirbelkörper eindringen. Durch Entzündungsprozesse (Spondylodiszitis) wird dies natürlich noch verstärkt.

Kortison, welches in der Therapie des entzündlichen Rheumas eine wesentliche Rolle spielt, führt über eine reduzierte Kalziumaufnahme des Darmes, über einen verminderten Kalziumeinbau in den Knochen und einen erhöhten Kalziumverlust über die Nieren möglicherweise zur Verstärkung einer Osteoporose. Da durch die Therapie mit Kortison die entzündliche Gelenkerkrankung in ihrem Ausmaß gebremst und somit die Mobilität des Patienten gesteigert wird, ist die Osteoporosegefahr des Kortisons jedoch wieder reduziert.

Osteoporose als Folgeerkrankung von entzündlichem Rheuma (die einzelnen Erkrankungen siehe Seite 7) zählt also zu den sogenannten »sekundären« Osteoporosen. Diese Formen der Osteoporose werden im wesentlichen durch eine andere Erkrankung, eben dem entzündlichen Rheuma, hervorgerufen. Man unterscheidet hiervon die »primären« Formen der Osteoporose, die z. B. im Zusammenhang mit den Wechseljahren der Frau auftreten.

Osteoporose kann also auch als Zweiterkrankung vieler anderer Krankheiten auftreten (z. B. Stoffwechselerkrankungen, Tumorerkrankungen, Inaktivität, erbliche Bindegewebskrankungen). Welche Erkrankung vorliegt sollte der Arzt im Einzelfall abklären.

Kniegelenk



DIE AUTOREN



PD Dr. med. Helmut Franck, Dr. med. Martin Welcker
(Medizinischer Teil), Rheumazentrum Oberammergau

Prof. Dr. med. Olaf Adam, Universität München

Dr. Arnd Becker, Universität Düsseldorf

Emma M. Reil, Vorsitzende der Sklerodermie Selbsthilfe e.V., Heilbronn

Prof. Dr. Matthias Schneider, Universität Düsseldorf

Dagmar Wolf, Journalistin

Fachliche Beratung:
Christel Kalesse, Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband, Vorstand

Deutsche **RHEUMA-LIGA**
Bundesverband e.V.



Konto-Nr. 0 105 999 111 | BLZ 370 606 15
Deutsche Apotheker- und Ärztebank
www.rheuma-liga.de | Telefon 0228 - 7 66 06-0

DER ALLTAG SCHMERZT. IHRE SPENDE HILFT.