

# GELENKSCHMERZEN IM ALTER SIND HÄUFIG!

Im Alter von 65 Jahren kennt jeder dritte Mensch Gelenkschmerzen, vor allem im Bereich der Hüfte, Knie und Hände. Auslöser für diese Schmerzen sind meist eine Arthrose, in selteneren Fällen kann es sich aber auch um eine Rheumatoide Arthritis (RA) handeln. Im Volksmund werden beide Gelenkerkrankungen oft als «Rheuma» bezeichnet. In diesem Artikel soll erklärt werden, inwieweit sich Arthrose und Arthritis unterscheiden und welche Therapiemöglichkeiten zur Verfügung stehen. Wichtig für beide Ursachen von Gelenkschmerzen sind zudem deren Konsequenzen bezogen auf das Risiko, eine Osteoporose zu entwickeln und einen Sturz zu erleiden.



**Prof. Dr. med. Heike A. Bischoff-Ferrari, DrPH**

Klinik für Geriatrie, UniversitätsSpital, Zürich  
Universitäres Zentrum für Alterstraumatologie, Zürich  
Lehrstuhl Geriatrie und Altersforschung, Universität Zürich

## Was unterscheidet die Arthrose von einer Rheumatoide Arthritis (RA)?

Die Arthrose ist die zehnmal häufigere Gelenkerkrankung als die RA und wird vor allem durch Belastung und zunehmendes Alter begünstigt. Es kommt typischerweise zu einer Abnahme des Knorpelüberzugs auf der Gelenkfläche und zu knöchernen Anbauten im Bereich des Gelenkspalts. Diese Veränderungen sind im Röntgenbild als eine Verminderung des Gelenkspalts, Zysten im Knochen und knöchernen Ausziehungen am Gelenkspalt zu sehen. Bei der Untersuchung eines arthrotischen Gelenks, beispielsweise bei Befall des Kniegelenks, fällt eine knöchernen Verdickung und im fortgeschrittenen Stadium eine Verminderung der Gelenkbeweglichkeit auf. Typisch sind sogenannte Anlaufschmerzen, die nach einer gewissen Gehstrecke abnehmen.

Die Rheumatoide Arthritis ist eine sogenannte Autoimmunerkrankung, bei der der Körper zwischen körpereigenen und körperfremden Zellen nicht unterscheiden kann. Das körpereigene Immunsystem greift Gelenkstrukturen an und beschädigt diese. Es kommt zum Abbau des Gelenkknorpels und zu sogenannten Usuren mit Zerstörung des gelenkna-

hen Knochens. Typische Zeichen in der Untersuchung sind symmetrische (wie beide Hände), teigige und schmerzhafte Verdickungen der Gelenke. Charakteristisch sind auch der Befall mehrerer Gelenke und ein generelles Krankheitsgefühl was sich unter anderem in Müdigkeit äussert. Die wichtigen Unterschiede zwischen Arthrose und RA sind in *Tabelle 1* zusammengefasst.

## Alter und Diagnostik

Während die Arthrose typischerweise im fortgeschrittenen Lebensalter auftritt, langsam voranschreitet und sich oft in einem Gelenk manifestiert, kann die Rheumatoide Arthritis in jedem Lebensalter auftreten. Eine RA können sowohl junge als auch ältere Menschen entwickeln. Im Gegensatz zur Arthrose kommt es bei der Rheumatoiden Arthritis zu einer schnellen (innert Tagen/Wochen) auftretenden Schwellung der betroffenen Gelenke. Eine frühzeitige Untersuchung durch einen Facharzt ist bei der RA besonders wichtig, um die heute zur Verfügung stehenden wirksamen Therapiemassnahmen schnellstmöglich einzuleiten. Damit sollen der gelenkzerstörende Entzündungsprozess möglichst gestoppt und bleibende

Behinderungen abgewendet werden. Der Arzt kann bereits anhand der körperlichen Untersuchung und Befragung des Patienten zwischen Rheumatoider Arthritis und Arthrose unterscheiden. Bei der vermuteten RA sind zudem Blutuntersuchungen im Labor angezeigt.

### **Therapie Rheumatoide Arthritis (RA) und Arthrose**

Die Behandlung der RA wird durch einen Facharzt eingeleitet und beinhaltet eine medikamentöse Therapie, die zum Ziel hat, die Entzündungsreaktion anzuhalten. Dazu kommen in der Regel Krankengymnastik und Ergotherapie zur Stabilisation und Optimierung der Gelenkfunktion. Im fortgeschrittenen Stadium sind eventuell chirurgische Massnahmen mit Gelenkersatz angezeigt.

Die Behandlung der Arthrose zielt in erster Linie auf eine Reduktion der Risiken und Behandlung der Schmerzen ab. Bezüglich Verminderung der Schmerzen sind physiotherapeutische Massnahmen, die die Muskulatur um das Gelenk stärken, sehr gut belegt und wirksam. Weitere Massnahmen umschliessen eine medikamentöse Schmerzbehandlung sowie den Einsatz ergotherapeutischer Hilfsmittel. Im fortgeschrittenen Stadium kommen wie bei der RA eventuell chirurgische Massnahmen mit Gelenkersatz zum Einsatz.

### **Sturzrisiko bei Rheumatoider Arthritis und Arthrose**

Patienten mit einer RA oder einer Arthrose in den tragenden Gelenken wie Kniegelenk oder Hüftgelenk haben durch den Schmerz, aber auch durch die eingeschränkte Gelenkbeweglichkeit ein deutlich erhöhtes Sturzrisiko. Damit besteht insbesondere bei älteren Patienten bei beiden Gelenkerkrankungen ein hohes Knochenbruchrisiko. So haben zum Beispiel Patienten mit einer Kniearthrose ein doppelt erhöhtes Hüftbruchrisiko. Das Knochenbruchrisiko wird bei beiden Erkrankungen zusätzlich durch ein erhöhtes Osteoporoserisiko begünstigt.

### **Osteoporoserisiko bei Rheumatoider Arthritis und Arthrose**

Bei Patienten mit einer RA kommt es durch die chronische Entzündungsreaktion zu einem generellen Knochenabbau und damit zur Osteoporose. Dies wird weiter begünstigt durch die schmerzbedingte Mobilitätseinschränkung im aktiven Krankheitsstadium sowie viele der medikamentösen Therapien (beispielsweise Kortison). Bei Patienten mit einer Arthrose wurde lange angenommen, dass diese nicht gleichzeitig an einer Osteoporose leiden können. Diese Lehrmeinung ist veraltet. Tatsächlich haben Patienten mit einer Arthrose sehr häufig auch eine Osteoporose. Diese wird einerseits durch das fortgeschrittene Alter von Arthrose-Patienten, aber auch durch die schmerzbedingte Mobilitätseinschränkung begünstigt.

In Kombination mit dem ebenfalls erhöhten Sturzrisiko haben Patienten mit einer Rheumatoiden Arthritis und Patienten mit einer Arthrose der tragenden Gelenke ein sehr hohes Knochenbruchrisiko.

### **Sturz- und Osteoporoseprävention bei Rheumatoider Arthritis und Arthrose mithilfe von drei einfachen Massnahmen**

Wir empfehlen insbesondere bei älteren Menschen mit RA oder Arthrose einfache Massnahmen zur Unterstützung der Knochen- und Muskelgesundheit und damit zur Prävention von Stürzen und Knochenbrüchen:

1. Protein- und calciumreiche Ernährung
2. Vitamin D 800 IE am Tag (Empfehlung BAG 2012)
3. Bewegung

### **Protein- und calciumreiche Ernährung**

Proteine sind wichtige Bausteine unserer Muskeln und Knochen. Calcium ist das wichtigste Knochenmineral. Eine ausreichende Zufuhr von Calcium und Protein kann über eine gesunde Ernährung erreicht werden. Laut heutigen Empfehlungen für eine gute Knochen- und Muskelgesundheit sollten ältere Menschen täglich 1 g Protein pro Kilogramm Körpergewicht plus 1000 mg Calcium zu sich nehmen. Milchprodukte liefern Calcium und hochwertiges Protein. Calciumquellen aus der Ernährung siehe *Tabelle 2*.

### **Vitamin D**

Vitamin D fördert die Kalziumaufnahme aus dem Darm – spart damit Calcium – und hat zudem einen unmittelbaren, stärkenden Einfluss auf die Muskulatur. Dieser Benefit führt in der heute empfohlenen Dosierung von 800 IE/Tag zu einer belegten Verminderung von Stürzen und Hüftbrüchen um 30 Prozent.

Im Unterschied zu Calcium ist die Sicherstellung einer ausreichenden Vitamin-D-Versorgung ohne Supplemente schwierig, da die hauteigene Vitamin-D-Produktion via Sonnenexposition von der Jahreszeit, dem Tragen von Sonnenschutz und dem Alter abhängt und Vitamin-D-Quellen in der Ernährung rar sind (*siehe Tabelle 3*). Das spiegelt sich in der weit verbreiteten Vitamin-D-Unterversorgung in der Bevölkerung. Man geht heute davon aus, dass etwa 50 Prozent der Personen aller Altersstufen und insbesondere Personen im Alter 65+ einen Mangel aufweisen.

### **Bewegung**

Neben einer gesunden calcium- und proteinreichen Ernährung plus Vitamin D braucht der Knochen Bewegung als zentrale Stimulation des Knochenaufbaus. Wer sich nicht bewegt und keine Schwerkraft auf den Knochen bringt, baut Knochen ab. Dazu ist Bewegung wertvoll für die Erhaltung der allgemeinen Gesundheit und förderlich für die Muskelkraft. Wie Vitamin D wirkt sich Bewegung positiv auf die Knochen und Muskelgesundheit aus – ein effizientes Team in der Prävention von Knochenbrüchen. Wer sich mehr bewegt hat eine bessere Knochendichte, eine stärkere Muskulatur, stürzt weniger und hat damit ein geringeres Knochenbruchrisiko.  
*weiter auf Seite 8*

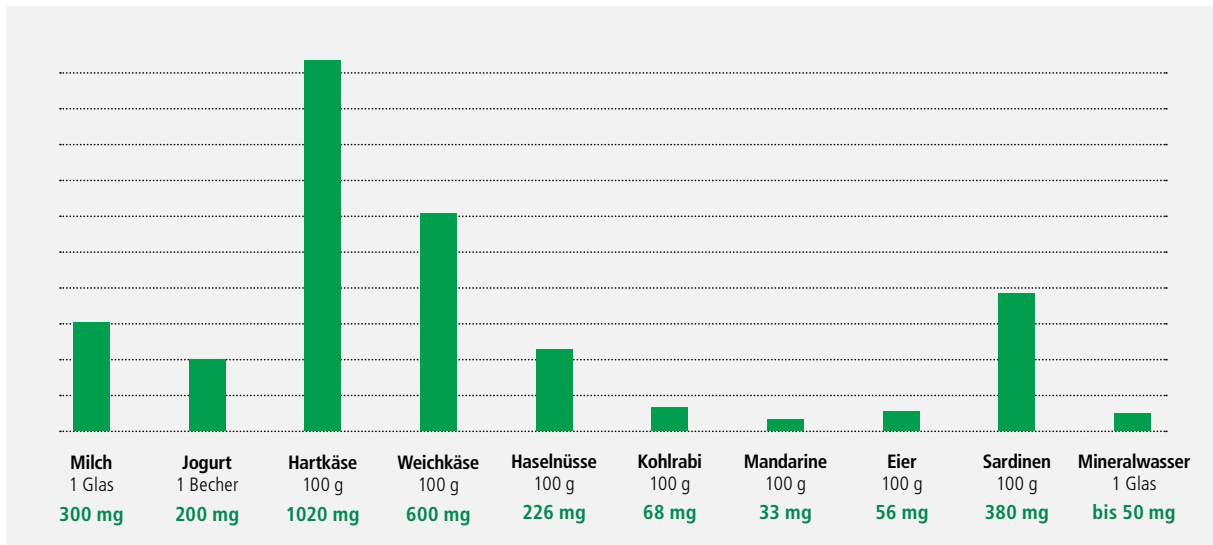
Tabelle 1

UNTERSCHIEDE ZWISCHEN ARTHROSE UND RHEUMATOIDER ARTHRITIS

	Arthrose	Rheumatoide Arthritis
<b>In welchem Alter treten die Gelenkschmerzen auf?</b>	Typischerweise 60+	Kann bereits im Kindesalter auftreten
<b>Risikofaktoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alter</li> <li>• Übergewicht</li> <li>• Berufliche oder sportliche Überbelastung der Gelenke</li> <li>• Frühere Gelenkverletzungen</li> <li>• Erbliche Belastung</li> <li>• Frauen sind häufiger betroffen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erbliche Belastung</li> <li>• Frauen sind häufiger betroffen</li> </ul>
<b>Wie treten die Beschwerden auf? Verlauf?</b>	Langsame Zunahme, in der Regel über Jahre	Schnelle Zunahme, in der Regel über Wochen oder wenige Monate
<b>Sichtbare Veränderung an den Gelenken</b>	Gelenke sind schmerzhaft und oft druckempfindlich, eher wenig Schwellung	Gelenke sind schmerzhaft und geschwollen
<b>Welche Gelenke sind betroffen?</b>	Beginnt meist auf einer Seite und oft Konzentration auf gewichtstragende Gelenke (z.B. Knie-Gelenke, Hüftgelenke). Bei Handarthrose sind die Fingergelenke in Nagelnähe betroffen	Typischerweise symmetrischer Befall kleine und grosse Gelenke. Befallen sind oft Fingergelenke (in unmittelbarer Handteller Nähe), Handgelenke, Ellenbogengelenk, Fussballen-Gelenke
<b>Steifigkeit?</b>	Morgensteifigkeit in den betroffenen Gelenken dauert in der Regel > eine Stunde	Morgensteifigkeit in den betroffenen Gelenken dauert in der Regel < eine Stunde. Anlauf-Steifigkeit, Schmerz nimmt mit Bewegung ab und kehrt am Tagesende zurück
<b>Ganz-Körper-Symptome ausserhalb der Gelenke?</b>	Nein	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Müdigkeit</li> <li>• generelles Krankheitsgefühl</li> </ul>
<b>Risiko Osteoporose / Knochenbrüche</b>	hoch	hoch
<b>Risiko Stürze</b>	hoch	hoch

Tabelle 2

CALCIUMQUELLEN AUS DER ERNÄHRUNG – ZIEL 1000 MG PRO TAG



Besonders empfehlenswert sind Bewegungen, die Gewicht auf das Skelett bringen, wie Gehen oder Tanzen. In einer grossen Kohortenstudie hatten Frauen, die in der Woche etwa vier Stunden spazieren gingen (brisk walking = strammen Schrittes) ein um 40 Prozent vermindertes Hüftbruchsrisiko. Bei älteren Menschen ist ein zusätzliches Kraft- und Gleichgewichtstraining mit einer Evidenz aus vielen klinischen Studien belegt. Diese Studien weisen auf eine Verbesserung der Knochendichte und Funktion hin, sowie eine Verminderung des Sturzrisikos um 25 bis 50 Prozent. Dazu können

knochen- und muskelstärkende Bewegungsmuster einfach ins tägliche Leben integriert werden, indem man zum Beispiel Treppen statt Aufzüge nutzt und sich die Zähne im Einbeinstand putzt (bitte mit einer Hand festhalten!).

**Wann beginnen?**

Für alle drei einfachen Massnahmen der Prävention ist es nie zu früh und nie zu spät, einen Benefit auf die Knochen und Muskelgesundheit zu erzielen. ■

Tabelle 3  
**FAKTEN VITAMIN D**

		
<p><b>Vitamin D Wirkung auf Knochen und Muskeln</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vitamin D fördert die Calcium- und Phosphat- Aufnahme aus dem Darm</li> <li>• Vitamin D hemmt somit den Knochenabbau und führt zu einer Zunahme der Knochen-dichte</li> <li>• Vitamin D hat einen direkten Effekt auf die Muskulatur. Es fördert damit die Muskelkraft und das Gleichgewicht, reduziert das Sturzrisiko</li> <li>• Vitamin-D-Supplementation (800 IE/Tag) verhindert nachweislich jeden dritten Sturz und jeden dritten Hüftbruch bei Menschen im Alter 65+</li> </ul>	<p><b>Warum ist die Sonnenexposition keine verlässliche Vitamin-D-Quelle?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kleidung: Wir exponieren nur etwa 5 Prozent unserer Haut der Sonne und schützen uns bewusst vor ihr, weil die Sonnenbestrahlung Risiken wie Hautkrebs birgt, was die hauteigene Vitamin-D-Produktion deutlich vermindert</li> <li>• Jahreszeiten: Unabhängig vom Alter wird in ganz Europa über die verminderte Sonnenintensität zwischen November und April sehr wenig Vitamin D in der Haut gebildet. Da die Halbwertszeit von Vitamin D nur drei bis sechs Wochen beträgt, fällt der Vitamin-D-Spiegel über den Winter deutlich ab</li> <li>• Alter: Die hauteigene Vitamin-D-Produktion nimmt mit dem Alter etwa 4-fach ab. Ferner vermeiden ältere Menschen die direkte Sonnenexposition</li> </ul>	<p><b>Warum kann Vitamin D nicht ausreichend über eine gesunde Ernährung zugeführt werden?</b></p> <p>Natürliche Vitamin-D-Quellen aus der Ernährung sind rar. Wir müssten täglich zwei Portionen fetten Fisch oder zwanzig Eier essen um 800 IE (internationale Einheiten) zu erreichen</p>

**Hinweis**  
 Anm. d. Red.: Im info 135/April erschien der Artikel «Rheumatoide Arthritis im höheren Lebensalter», der hier seine Ergänzung findet