



Osteoporose-Empfehlungen für die Praxis

Herausgeber Kuratorium Knochengesundheit e.V.

Bedeutung der Osteoporose



Osteoporose ist charakterisiert durch eine Verminderung der Knochenmasse mit nachfolgender Bruchgefährdung und Fehlstatik. Mit fortschreitendem Krankheitsbild ist mit einer zunehmenden Einschränkung der Mobilität und dem Auftreten von Schmerzen, vorrangig im Bereich des Rückens, zu rechnen.

Das Risiko von Knochenbrüchen ist gesteigert bei Frauen, im höheren Lebensalter, bei gesteigerten Sturzrisiken, Verminderung der Knochenmasse und vorbestehender osteoporotischer Fraktur.

Unbehandelt ist das Krankheitsbild fortschreitend mit zunehmendem individuellen Leiden, teuer und führt zur Pflegebedürftigkeit.

Durch ein modernes und rechtzeitiges Betreuungskonzept der Osteoporose auf dem Boden der „evidence based medicine“ (EBM) ist das Krankheitsbild behandelbar, Kosten und unnötiges Leid sind vermeidbar.

Was sind typisch klinische Zeichen?

Zu Beginn ist das Krankheitsbild klinisch stumm. Mit Fortschreiten der Erkrankung kommt es durch Wirbelkörperfrakturen zur Rundrückenbildung und Körpergrößenabnahme. Rückenschmerzen und Muskelhartspann treten vor allem im Bereich der Rückenmuskulatur auf.

Typische osteoporotische Knochenbrüche sind Radius-, Wirbelkörper- und Oberschenkelhalsfrakturen. Prinzipiell ist aber bei der systemischen Osteoporose jeder Knochen stärker frakturgefährdet.

Wer ist besonders gefährdet, osteoporotische Knochenbrüche zu erleiden?

postmenopausale Frauen

ältere Menschen

Personen mit erhöhtem Sturzrisiko

Personen mit präexistenter Fraktur jedweder Lokalisation, vor allem Wirbelkörperfrakturen

Personen mit niedriger „Knochendichte“

Risikofaktoren für niedrige Knochenmasse

familiäre Osteoporose-Belastung
verkürzte Östrogen- / Testosteronexpositionszeit
Langzeit-Kortikoidtherapie (insbesondere nach Organtransplantationen und bei entzündlich rheumatischen / immunologischen Krankheitsbildern wie rheumatoide Arthritis, Lupus erythematoses, M. Crohn, Colitis ulcerosa)
Calcium- / Vitamin D – Mangel
(mangelhafte Zufuhr, eingeschränkte Resorption)
Alkohol- / Nikotinmissbrauch

Welche diagnostischen Schritte sind zur Sicherung der Diagnose erforderlich?

Risikofragebogen (einschliesslich Frakturanamnese)
Klinische Untersuchung
(einschliesslich Körpergrössenmessung und Dokumentation der Grössenabnahme, Dokumentation von Schmerzen und Fehlstatik)
Röntgen der BWS und LWS (bei Ernstuntersuchung zur Diff.-diagnose immer in 2 Ebenen)
Osteodensitometrie (DXA, QCT, pQCT)
Quantitative Ultraschallmessung – ein krankhaft niedriges Messergebnis sollte vor einer therapeutischen Konsequenz zu weiterer Diagnostik veranlassen.
Basislabor zur Abgrenzung anderer Osteopathien:



BSG, Blutbild
Calcium
Alkal. Phosphatase (und | -GT)
Kreatinin
EW im Harn
TSH bei Hyperthyreoseverdacht,
endem. Gebiete
Elektrophorese bei Verd. Plasmozytom;
z.B. beschleunigtes BSG

Zur Überprüfung des Knochenumsatzes ist die Bestimmung eines Abbaumarker (z.B. Crosslinks) ausreichend.
Ergänzende Spezialuntersuchungen einschliesslich Indikation und Durchführung von Histologien sollten den Experten vorbehalten werden.

Welche therapeutischen Schritte sind bei Patienten mit bestehenden osteoporosebedingten (vertebralen) Frakturen notwendig?

Betroffene, die bereits eine osteoporosebedingte Fraktur (vor allem Wirbelkörperfraktur) erlitten haben, sind Hochrisikopatienten, die häufig Folgefrakturen erleiden. So treten nach bereits erlittener Wirbelkörperfraktur bei etwa 20 % der Patientinnen innerhalb eines Jahres neue Frakturen auf. Eine Behandlung (Tertiärprävention) nach erlittener Fraktur ist jetzt obligat, wobei grundsätzlich eine risikoadaptierte Behandlung anzustreben ist.

Die Grundlage jeder Behandlung ist:

Ausreichende Calcium- und Vitamin D-Zufuhr (1000 mg Calcium, 1000 IE natives Vitamin D durch Nahrung, Nahrungsergänzung oder Medikament)
Physiotherapie (Muskelaufbau, Koordination, Fitness, Vigilanz, Reaktionsvermögen)
Bei Bedarf Schmerztherapie (auch Opioide), Orthese
Vermeidung von Stürzen bzw. von Sturzrisiken (Stolperfallen – bei Bedarf Hüftprotektor)

Folgende Medikationen erfüllen Kriterien der evidence based medicine:

Kategorie A *)

Orale Bisphosphonate – signifikante Senkung der Wirbelkörper-Frakturinzidenz.
Nur bei Alendronat und Risedronat auch Senkung der Hüft-Frakturinzidenz.
Raloxifen – signifikante Senkung der Wirbelkörper-Frakturinzidenz.
Positive Zusatzwirkungen auf Risiko für Mammacarcinom und Lipidstoffwechsel

*) In allen Studien wurden die Teilnehmer (Verum und Placebo) zusätzlich mit Calcium und Vitamin D behandelt.

Kategorie B und C

Hormonersatztherapie

Senkung der Wirbelkörper- und Hüft- Frakturinzidenz, begrenzte Beweislage.

Positive Wirkung auf klimakterische Beschwerden. Nach 10-jähriger Therapie neue Nutzen- / Risikoabwägung.

Fluoride

begrenzte Beweislage, eingeschränkte Wirkung auf Hüft-Frakturinzidenz.

Calcitonin

begrenzte Beweislage

Vitamin D-Metabolite

begrenzte Beweislage (Calcitriol, Alpha-Calcidol).