



Osteoporose

Irrtümer – Vorurteile – Mythen TEIL 2



FOTO: PRIVAT

Die Osteoporose ist heute als Volkskrankheit anerkannt, die mit Leid, Immobilität und Schmerzen einhergeht. Obwohl wir heute klare Leitlinien für die Diagnosestellung und Therapie haben, halten sich bei den Patienten wie den behandelnden Ärzten immer noch Irrtümer, Vorurteile und Mythen hartnäckig. Im Folgenden sind einige weitere Beispiele dafür dargestellt und beantwortet.

PROF. DR. MED. REINER BARTL, MÜNCHEN

Milch übersäuert und schadet den Knochen.

„Um Gottes Willen, keine Milch!“ „Milch schadet den Knochen!“ Folgende Vorurteile werden immer

wieder von Patienten berichtet.

Milch macht fett: Eine neue Studie belegt, dass Milchlaktose Herz-Kreislauf-Erkrankungen nicht begünstigt. Im Gegenteil, junge Frauen, die ihren Kalziumbedarf mit Milchprodukten ausgeglichen haben, waren schlanker und hatten deutlich weniger Gewichtsprobleme. Für Patienten mit Gewichtsproblemen gibt es fettarme Formen von Milch und Käse, Joghurt und Buttermilch.

Milch schwächt den Knochen: Alle großen Studien konnten zeigen, dass Milch und Milchprodukte eine ideale Quelle für Kalzium und andere Mineralien sind und den Knochen stärken. Die sauren Bestandteile in der Milch (Milchsäure) selbst lösen sicher nicht Mineralien aus dem Knochen, sondern erleichtern vielmehr die Kalziumresorption im Darm.

Milch löst Allergien aus: Milchallergien sind üblicherweise Reaktionen auf bestimmte Bestandteile der Milch wie z.B. das Kasein oder die Laktose. Solche Allergien sind aber selten. Sie werden in 1 bis 3% bei Kleinkindern beobachtet und verschwinden in der Regel bis zum 3.

Lebensjahr. Bei Erwachsenen ist eine Milchallergie wirklich eine Rarität. Laktoseintoleranz wird immer wieder beobachtet, diese Patienten können aber Hartkäse oder Joghurt in kleinen Mengen gut vertragen. In seltenen schweren Fällen stehen laktosereduzierte Milch oder kalziumangereicherte Heilwässer oder Fruchtsäfte als Alternative zur Verfügung.

Milch ist voll mit Antibiotika und Hormonen: Bisher wurden nur extrem geringe Konzentrationen von Hormonen oder Antibiotika gemessen, die aber keine gesundheitsschädliche Wirkungen zeigten. Bestimmte Hormone kommen als natürlicher Bestandteil der Milch, wie auch in der Muttermilch vor und sind sicher nicht gesundheitsschädlich. In Zukunft werden besorgte Patienten immer mehr auf Biomilch ausweichen können.

Viele Patienten vermeiden Milch und Milchprodukte aus ähnlich verbreiteten Missverständnissen. Alle seriösen Ernährungswissenschaftler sind sich aber über die herausragende Bedeutung der Milch als Lieferant für Kalzium, Protein und andere wichtige Nahrungsbausteine einig. Wer auf möglichst geringe Kalorienzufuhr achten muss, kann auf fettarme Milch und Milchprodukte (Milch, Joghurt, Buttermilch, Hartkäse oder Magerquark) ausweichen. Inzwischen gibt es auch laktosefreie Milch. In den USA wird die Milch auch mit Vitamin D angereichert.

In Skandinavien und in den USA wird in der Bevölkerung mehr Kalzium aufgenommen als z.B. in Japan und trotzdem treten mehr Osteoporosefälle und Frakturen auf. Kann das an zuviel Kalzium liegen?

Dieses scheinbare Kalzium-Paradoxon hat viele erklär- bare Gründe und hat nichts mit der Kalziumaufnahme zu tun:

- ▶ Längere Lebenserwartung in weiterentwickelten Län- dern und damit höheres Osteoporoserisiko;
- ▶ Unterrepräsentation bestimmter Regionen in Frak- turstudien;
- ▶ Genetische Unterschiede;
- ▶ Unterschiede in der Knochenarchitektur und Körper- gröÙe. Bei einer Verlängerung der Hüftachse um 1 cm verdoppelt sich das Frakturrisiko für Oberschenkel- halsfrakturen;
- ▶ Unterschiedliche körperliche Aktivitäten;
- ▶ Unterschiedliche Ernährungsgewohnheiten, z.B. Ver- zehr von Soja;
- ▶ Unterschiedliche Vorsorge- und Aufklärungspro- gramme.

Im Sommer braucht man kein Vitamin D als Tablette einnehmen. Es reicht, wenn man täglich ½ Stunde Sonnenbad nimmt.

Mehr als die Hälfte aller Per- sonen über 60 Jahre haben Sommer wie Winter einen Vitamin D - Mangel. Das liegt daran, dass im Alter die Vorstufen des Vitamin D nicht mehr ausreichend in der Haut produziert werden. Um die alternde Haut nicht der Gefahr eines erhöhten Krebsrisikos auszusetzen, ist eine ganzjährige Vita- min D - Substitution sinn-

voll – nicht nur der Knochen zuliebe. Die empfohlene Dosis beträgt ganzjährlich 800 - 2000 IE Vitamin D. Bei dieser Dosierung sind Nebenwirkungen nicht zu erwarten.

Bei Laktoseintoleranz stehen verträgliche Tabletten zur Verfügung. Auftreten von Nierensteinen oder Magen-/Darmstörungen sind bei dieser Dosierung nicht bekannt.

Zentralnervöse Nebenwirkungen (Erbrechen, Ver- wirrtheit) durch Vitamin D wurden in der Literatur erst bei einer Dosierung von sage und schreibe täg- lich 40.000 IE Vitamin D3 berichtet.

Ich darf kein Östrogen gegen meine klimakte- rischen Beschwerden und Osteoporose nehmen, weil ich sonst Brustkrebs bekomme.

GroÙe Studien in den USA haben ge- zeigt, dass Östrogen in der Meno- pause nicht nur den Knochenschwund stoppt, sondern die Knochendichte sogar wieder an- hebt und das Frak- turrisiko senkt. Sie haben aber auch gezeigt, dass nach einer Einnahme von 4 bis 5 Jahren das Brustkrebsrisiko leicht ansteigt. Östrogen sollte daher nur wenige Jahre gegeben werden, wenn klimakterische (Wechseljahrs-) Beschwerden bestehen und in der Verwandtschaft 1. Grades (Mutter, Schwester) kein Brustkrebsrisiko vor- liegt. Die Stärkung des Knochens ist dabei ein willkom- mener Nebeneffekt. Gegen Osteoporose allein sollte Östrogen nach heutigem Wissenstand nicht mehr ein- genommen werden.

Mein Arzt hat gesagt, man soll die Bisphosphonate (BP) nicht länger als ein Jahr einnehmen.

Dies ist ein fataler Irrtum! Im Ge- genteil, nach den Leitlinien soll eine effektive Thera- pie mindestens 3 bis 5 Jahre erfol- gen. Der Knochen braucht Jahre Zeit, wieder eine positive Bilanz zu errei- chen (Langzeittherapie). Langzeitstudien mit BP haben ergeben, dass selbst nach 10 Jahren Therapie eine Zu- nahme der Knochendichte und eine Abnahme des Frak- turrisikos zu erreichen ist. Eines der Hauptprobleme bei der Osteoporosetherapie ist die Zuverlässigkeit der Pa- tienten bei der Einnahme. Es ist bekannt, dass nur 20% der Patienten, denen ein orales BP verordnet wurde, ihr Medikament nach einem Jahr noch korrekt einnimmt. Wir Ärzte bezeichnen dieses Verhalten als „*schlechte Compliance*“. Ursache dafür ist, dass der Patient kurz- fristig kein Erfolgserlebnis hat. Er spürt nicht den Erfolg durch Nachlassen von Schmerzen. Tritt unter Therapie eine weitere Fraktur auf, so führt diese durchaus denk- bare Möglichkeit zur Verunsicherung und Enttäuschung. Umso wichtiger sind vierteljährliche Arztbesuche, um immer wieder die Behandlungsstrategie durchzugehen und zu motivieren. In diesem Zusammenhang hat na- türlich eine Spritzen Therapie alle 3 Monate oder eine Jahresinfusion den Vorteil einer totalen Compliance und bedeutet den absoluten Ausschluss eines Therapie- versagens.

GroÙe Studien in den USA haben ge- zeigt, dass Östrogen in der Meno- pause nicht nur den Knochenschwund stoppt, sondern die Knochendichte sogar wieder an- hebt und das Frak- turrisiko senkt.

Dies ist ein fataler Irrtum! Im Ge- genteil, nach den Leitlinien soll eine effektive Thera- pie mindestens 3 bis 5 Jahre erfol- gen.

Bisphosphonate verursachen einen eingefrorenen, toten und brüchigen Knochen.

Bisphosphonate (BP) hemmen die Aktivität der Osteoklasten und damit den Knochenabbau. Je nach Art des BP wird der Abbau und damit die Vermeidung von

Knochenbrüchen aber nicht völlig, sondern nur zu 40 bis 70% reduziert. Das bedeutet, dass der gesteigerte Knochenabbau nach der Menopause nur normalisiert wird und die Knochenbilanz über die Jahre positiv wird. Selbst bei einer Einnahme über 10 Jahren kommt es nicht zu einem eingefrorenen Knochen, sondern zu einer Zunahme der Knochendichte. Auch Einzelberichte über BP-assoziierte Frakturen (Knochenbrüche) des Femurschaftes konnten statistisch nicht belegt werden. Ein spröder, frakturanfälliger Knochen ist uns nur unter einer Fluoridtherapie bekannt. Es empfiehlt sich trotzdem aus praktischen Überlegungen, BP leitliniengerecht im Durchschnitt 3 bis 5 Jahre, bei weiterhin bestehender Frakturgefährdung fortzusetzen aber nicht länger als 10 Jahre einzusetzen und bei unbefriedigender Wirkung frühzeitig auf vorrangig osteoanabole Medikamente wie z.B. Parathormone, Strontiumranelat oder auch alternative Therapiekonzepte wie Raloxifen oder dem kürzlich zugelassenem Denosumab als subkutane Injektion alle 6 Monate umzusteigen. In Einzelfällen kann es auch sinnvoll sein die Diagnose nochmals zu überprüfen, da im Verlauf von vielen Jahren Zweiterkrankungen als Ursache eines Therapieversagens auftreten können.

Bisphosphonate sind Gift, die Kiefernekrosen verursachen. Mein Zahnarzt will mir keine Implantate setzen, da ich einmal mit Bisphosphonaten behandelt wurde. Stimmt das? Wie hoch ist das Risiko für Osteoporosepatienten wirklich?

Die Substanzgruppe der Bisphosphonate (BP) wird seit über 30 Jahren mit Erfolg bei allen Knochenkrankheiten mit gesteigertem Knochenabbau eingesetzt. Sie sind inzwischen „Goldstandard“ und erste Wahl bei Patienten mit Osteoporose und haben sich auf Grund Ihrer Wirksamkeit und einfachen Darreichungsform international durchgesetzt.

Mehrere Fernsehsendung und Zeitungsberichte haben

viele Osteoporosepatienten, die mit BP behandelt werden, beunruhigt und verunsichert. Zahlreiche Zahnärzte und Kieferchirurgen vertreten gegenüber den Patienten sogar die Meinung, dass BP, einmal eingenommen, die Versorgung mit Implantaten lebenslang verhindern.

Seit 2003 wissen wir anhand von Fallsammlungen, dass ein relevantes Risiko für eine BP-assoziierte Kiefernekrosen bei Tumorpatienten besteht, die ein BP in hoher Dosis über einen längeren Zeitraum bekommen. Die Dosen sind dabei etwa um ein Vielfaches (Resorption von BP als Tabletten 1 bis 4 %, bei parenteraler Gabe 100 %!!!) höher als sie bei Osteoporosepatienten nötig sind. Hinzu kommt, dass diese Patienten einerseits im Rahmen der Grundkrankheit, andererseits auf Grund der Chemotherapie massiv abwehrgeschwächt sind. Es handelt es sich zu 90% der Fälle um fortgeschrittene Fälle mit Mamma- und Prostatakarzinomen sowie um das multiple Myelom (= Plasmozytom). Weitere wichtige Kofaktoren für das Auftreten von Kiefernekrosen sind gleichzeitige Kiefereingriffe wie Zahnextraktionen und Implantate, Prothesendruckstellen, schlechte Mundhygiene, Nikotin, Diabetes mellitus und Kortisongabe. Die BP-assoziierte Kiefernekrose ist also überwiegend ein onkologisches Problem, das durch eine verbesserte interdisziplinäre Zusammenarbeit zunehmend vermeidbar und behandelbar wird. Eine zahnärztliche bzw. kieferchirurgische Visite wird daher bei Tumorpatienten vor Einleiten der BP-Therapie gefordert.

Das Auftreten von Kiefernekrosen bei Osteoporosepatienten unter BP ist und bleibt dagegen eine Rarität. Experten schätzen das Risiko auf 1:100.000 Patientenjahre (Kiefernekrosenregister in Berlin, European Guidance 2008). In den großen Zulassungsstudien mit intravenösen BP wurde kein einziger Fall mit Kiefernekrose bekannt. Die in einer Fernsehsendung zitierte Häufigkeit von 1:1000 ist also unrealistisch und unverantwortlich. Diese Häufigkeitsangabe würde ja bedeuten, dass in Deutschland mehr als 1000 Osteoporosepatienten an Kiefernekrosen leiden müssten! Die BP wären dann sofort vom Markt zu nehmen.

Bisphosphonate sind nur auf der Oberfläche des Knochens wirksam, in der Regel 2 bis 3 Monate. Wird ein kleiner Teil des BP in den Knochen eingelagert, hat es nach unserem heutigen Kenntnisstand wegen der extrem niedrigen Konzentration keine relevante Wirksamkeit mehr. Die Gabe eines BP sollte daher etwa 3 Monate Abstand von der Anbohrung des Kieferknochens haben. Bei einem eingeeilten Implantat kann ein BP aber problemlos gegeben werden.

Trotzdem, auch wenn dieses Risiko bei Osteoporose extrem gering ist, jeder betroffene Patient ist ein ▶

Patient zu viel! Bisphosphonate sind nur dann einzusetzen, wenn sie nach den Leitlinien wirklich indiziert sind. Wir Ärzte haben auch die Pflicht, das Nebenwirkungsprofil zu minimieren, vermeidbare Risiken zu erkennen und zu vermeiden. Drei Monate vor und nach einer BP-Infusion sind Kiefereingriffe zu vermeiden, in Grenzfällen ist ein beratendes Gespräch mit dem zuständigen Zahnarzt oder Kieferchirurgen weiterführend. Auch der Patient ist für seinen Körper bzw. für seinen Kiefer verantwortlich: Rauchen einstellen, Mundhygiene und regelmäßige Zahnarztbesuche durchführen, auf Prothesendruckstellen achten, mit Kortisonmedikamenten geizen. Dieses verantwortungsvolle Verhalten von Patient und Arzt lässt meiner Erfahrung nach das Auftreten von Kiefernekrosen bei Osteoporose zu einer extremen Seltenheit schrumpfen. Die ausführliche Information und aktive Mitarbeit des Patienten ist aber ein Muss! Während meiner 10-jährigen Betreuung von etwa 10.000 Osteoporosepatienten habe ich nicht einen Fall mit BP-assoziiierter Kiefernekrose beklagen müssen!

Meine Mutter hatte schwere Osteoporose. Ich will keine Osteoporose bekommen. Es ist doch sinnvoll, wenn ich ein Bisphosphonat gleich zur Vorbeugung nehme und erst gar nicht in die Gefahr einer Osteoporose komme.

Bei Vorliegen von Risikofaktoren reicht die Basistherapie mit Kalzium und Vitamin D, Bewegung und ein knochen gesunder Lebensstil völlig aus. DXA-Messungen in Abständen von drei Jahren dokumentieren den Verlauf der Knochendichte. Es reicht aus, wenn eine medikamentöse Therapie in Stadium der messtechnischen Osteoporose und damit vor Auftreten einer Fraktur begonnen wird. Die „A-klassifizierten“ Medikamente sind in Studien nur bei Vorliegen einer Osteoporose getestet worden, entsprechend kennen wir deren Wirksamkeit nur in dieser Situation. Da jedes Medikament auch Nebenwirkungen hat, darf dieses auch nur eingesetzt werden, wenn Risiken und Wirkungen in Studien abgewogen werden können. Eine Ausnahme stellt die Kortisongabe dar. Bei diesen Hochrisikopatienten ist eine medikamentöse Therapie bereits bei einem T-Score <-1,5 sinnvoll und in Studien belegt. Der Gedanke, eine Kiefernekrose möglicherweise unter der prophylaktischen Gabe eines Bisphosphonates zu entwickeln, wäre für Arzt und Patient ein Albtraum! Jedes Medikament hat eine klare Indikation, die mit Stu-

dien belegbar sein muss. Für die Prophylaxe ist die Risikoperson erst einmal selbst gefordert, auf ihre Knochengesundheit zu achten.

Starke Schmerzmittel machen süchtig. Man soll sie nur bei Bedarf einnehmen. Sie maskieren nur einen Schaden. Ihre Nebenwirkungen sind gravierender als der Frakturschmerz selbst.

Eine physische Abhängigkeit (Sucht) bei Opioiden kann zwar bei langzeitiger Einnahme auftreten, aber die Entzugssymptome können bei einem langsamen Ausschleichen deutlich reduziert werden und sind beherrschbar. Echte Probleme sind vor allem bei Patienten zu erwarten, die bereits vor dem Frakturschmerz drogenabhängig waren.

Schmerzmittel müssen kontinuierlich nach Zeitplan entsprechend ihrer Wirkdauer eingenommen werden. Die Therapie wird stufenweise bis zum Erreichen einer adäquaten Schmerzlinderung aufgebaut. Eine differenzierte Schmerztherapie reduziert den Körperstress, verbessert die Lebensqualität und fördert so die Frakturheilung. Die Gefahr der Maskierung eines Problems liegt nicht vor, da die Fraktursituation vor Beginn der Schmerztherapie bereits detailliert abgeklärt wurde. Alle Medikamente haben potentielle Nebenwirkungen, diese müssen aber nicht bei jedem Individuum auftreten. Die ärztliche Kunst ist es eben, bei Auftreten von Nebenwirkungen wie z.B. bei Kreislaufproblemen oder Stuhlverstopfung auf verträglichere Schmerzmittel oder physikalische Methoden und einen gezielten Plan zu erstellen.

*Prof. Dr. med. Reiner Bartl
Osteoporosezentrum
Kaufingerstr. 15
08331 München
Tel.: 089/2000143-50
reiner.bartl@osteologie-online.de
www.osteoporose-bartl.de*