

OSTEOPOROSE

Irrtümer-Vorurteile-Mythen



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 hartnäckig Irrtümer, Vorurteile und Mythen. Im Folgenden werden einige typische Beispiele dafür dargestellt und beantwortet.

PROF. DR. MED. REINER BARTL, MÜNCHEN

Osteoporose, das trifft doch mich nicht!

Ein junger Mensch kann sich schwer vorstellen, selbst einmal an Osteoporose zu erkranken. Erleidet ein älterer Mensch einen Knochenbruch oder nimmt er kontinuierlich an Körpergröße ab, so ist er erst einmal verunsichert und wird nachdenklich. Die erste Reaktion ist: „Das darf doch nicht wahr sein! Warum soll ich eine Osteoporose haben? Ich habe doch das ganze Leben lang nie mit meinem Skelett Probleme gehabt!“ Die Osteoporose ist aber ein **stiller und konsequenter Dieb**, der über viele Jahre unerkannt bleibt, bis Knochenbrüche aus geringsten Anlässen ihn schließlich verraten. Knochenbrüche führen in einen Kreis von chronischen Schmerzen, Verunstaltungen, Wut, Depression, Immobilität bis hin zur sozialen Vereinsamung. Osteoporose ist eine der 10 größten Volkskrankheiten, die mit ihrer Komplikation, der Fraktur, allein in Deutschland mehrere Millionen Menschen betrifft, verbunden mit chronischen Schmerzen, Bewegungseinschränkungen, Pflegebedürftigkeit und Hospitalisation. Etwa jede 2. Frau und jeder 5. Mann wird im Leben an Osteoporose erkranken! Die Kosten – unnötigerweise – sind für die Gesellschaft immens: über 5 Milliarden € pro Jahr!

Osteoporose ist eine unvermeidliche Alterserscheinung und betrifft regelhaft Frauen nach der Menopause.

Auch heute noch gibt es Ärzte, die der Osteoporose den Status einer Krankheit aberkennen und sie lediglich als eine unausweichliche Erscheinung des Alterns betrachten. „Da kann man wenig dagegen

tun“, „Das ist halt so im Alter“. Mit dem Abfall des Östrogens in der Menopause und mit dem Alterungsprozess des Bindegewebes kommt es eben bei den Frauen zum Knochenschwund. Die Folge davon ist quälender Rückenschmerz, ein zunehmender Rundrücken, ein Kleinerwerden und Brüche bei Bagatellunfällen.

Der praktizierte Standard der Osteoporosetherapie in Deutschland ist derzeit immer noch, dass Patienten mit Osteoporose ohne vorbestehende Wirbelfrakturen entweder gar nicht oder nur mit Kalzium und Vitamin D behandelt werden. In den letzten Jahren haben aber moderne diagnostische Methoden und wirksame Medikamente diese Erkrankung aus ihrem schicksalhaften und stiefmütterlichen Dasein herausgerissen und neue Hoffnungen geweckt. Folgende Fortschritte stützen diesen Optimismus:

- ▶ besseres Verständnis des Knochenumbaus,
- ▶ zuverlässige, standardisierte Methoden der Knochendichtemessung,
- ▶ Erkennen und Gewichtung der Risikofaktoren für den Knochenschwund,
- ▶ frühzeitige Maßnahmen zur Verhütung der Osteoporose.

Aufgrund dieser Fortschritte erscheint die Hoffnung realistisch, dass auch die Osteoporose bald zu den historischen Erkrankungen gehören wird, vergleichbar mit der früher gefürchteten Rachitis, die heute mit der Vitamin D - Prophylaxe in zivilisierten Ländern zu den ausgestorbenen oder zumindest gut therapierbaren Krankheiten gezählt werden kann. Wenn wir heute die Osteoporose noch vor einer Fraktur diagnostizieren, können wir den Knochen – mit und ohne Medikamente – wieder stärken und stabilisieren, ja sogar normalisieren. Wir können heute den Knochenschwund nicht nur stoppen, sondern auch eine positive Knochenbilanz erreichen. Dazu bedarf es aber einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit von Patient und Arzt.

Die maximale Knochendichte ist genetisch vorprogrammiert. Da ist nichts zu ändern.

Die Periode des Knochenwachstums durch mehrere Maßnahmen mit beeinflusst werden. Dazu gehören in erster Linie Lebensstil, Ernährung und Bewegung. Rauchen und hoher Alkoholkonsum sind die wesentlichen Knochenräuber in der Jugend. Ausreichend Kalzium- und Vitamin D-Zufuhr sind mit entscheidend für einen stabilen Knochen. Andererseits schwächen ein zu niedriges Körpergewicht und verschiedene Kinderkrankheiten sowie Medikamente den Knochenaufbau. Der Weg zu einer maximalen Knochendichte, die das Osteoporoserisiko im Alter mitbestimmt, besteht darin, in der Wachstumsphase alle positiven Einflüsse zu maximieren und alle negativen Einflüsse zu minimieren!

Die Computertomographie misst die Knochendichte viel genauer, sie kann zwischen Spongiosa und Kompakta unterscheiden, sie ist der „Mercedes“ unter den Messmethoden.

Das Erreichen der maximalen Knochendichte im Alter von 25 Jahren ist in der Tat zu etwa 70% genetisch vorprogrammiert. Trotzdem kann die Knochenmasse in der

Die DXA-Methode ist die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und allen anderen europäischen und nationalen Osteoporoseorganisationen einzig anerkannte und empfohlene Standardmethode zur messtechnischen Diagnose

einer Osteoporose und zur Stellung der Therapieindikation. Sie stellt keine Belastung für den Patienten dar, ist schnell durchzuführen, preiswert und vor allem extrem strahlenarm. Sie misst die für die Osteoporose empfindlichsten und frakturgefährdesten Skelettregionen sehr genau und ist ideal für Kontrollmessungen. Alle großen Therapie- und Frakturstudien basieren auf der DXA-Messung und sagen mittels dieser Knochendichtemessung im Zusammenhang mit Alter, Geschlecht und Risikofaktoren das Frakturrisiko bzw. die Verbesserung des Frakturrisikos nach Therapie voraus. Es besteht weltweit Konsens bezüglich Diagnosestellung und Therapiekontrolle. Das unterschiedliche Anheben der Knochendichte unter den uns heute umfangreich zur Verfügung stehenden Therapiekonzepten ist in der Regel nicht gleichbedeutend mit der Reduktion des Frakturrisikos.

Es ist daher überraschend, dass trotzdem gerade in Deutschland immer noch bei vielen Patienten mittels Computertomographie (QCT) oder peripherer Computertomographie (pQCT) die Diagnose Osteoporose gestellt und eine medikamentöse Therapie eingeleitet wird. In meinem Osteoporosezentrum habe ich etwa 200 solcher Patienten mit der DXA-Messung nachuntersucht und musste bei 72% der Patienten die Diagnose revidieren und das Medikament wieder absetzen. Dies zeigt, dass die Computertomographie die Knochendichte gegenüber der DXA-Methode fast immer zu niedrig berechnet und viele Personen zu Unrecht zu therapiebedürftigen Patienten stempelt. Es muss nochmals betont werden, dass die T-Werte der QCT-Methode bezüglich der Risikoabschätzung nicht auf die T-Werte der DXA-Messung übertragbar sind.



NZEIGE

Schiller Quelle Heilwasser

so kostbar wie Ihre Gesundheit

- Zur Calciumversorgung und bei Osteoporose.
- Gegen Magnesiummangel.
- Fördert die Verdauung.
- Zum Dauergebrauch empfohlen.

Anwendungsgebiete:

Zur Besserung der Calciumversorgung und bei Calciummangelzuständen. Zur unterstützenden Behandlung bei Osteoporose. Zur Besserung der Magnesiumversorgung. Zur Anregung der Gallensekretion und der Darmaktivität. Zur Behandlung bei Harnwegsinfekten.

Zu Risiken und Nebenwirkungen lesen Sie das Etikett und fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker.



Ensinger

... die Calcium-Magnesium-Power-Quelle

557 mg Calcium
109 mg Magnesium



Ensinger

Der gesunde Getränke-Express

Nutzen Sie unseren bequemen Heimlieferservice!

Wir liefern deutschlandweit, ausgenommen Baden-Württemberg.

Informationen und Bestellung unter

www.ensinger24.de

oder Telefon

07042/2809-777

Mo-Fr 8.00-18.00 Uhr.

Lieferung direkt an die Haustür.

Günstige Preise - Große Auswahl an Produkten. Versandkosten nur 2,50 Euro pro Bestellung.



Für die messtechnische Diagnosestellung einer Osteoporose und erst recht für die Stellung der Therapieindikation wird weltweit nur die DXA-Methode empfohlen!

Ausnahme: Bei Patienten mit erheblichen Verschleißerscheinungen an der Wirbelsäule ist die DXA-Methode, da die Ergebnisse falsch zu gut ausfallen, nicht geeignet zur Festlegung der Therapieindikation, es sei denn, es bestehen bereits Wirbelkörperbrüche.

Es wurde bereits erwähnt, dass mittels DXA auch andere frakturgefährdete Regionen, wie etwa die Hüftbereiche mit erfasst werden können. Bei zusätzlich erfolgten Hüftgelenksendoprothesen müsste dann auf eine QCT-Messung ausgewichen werden. In einigen wenigen Osteoporosezentren in Deutschland wird die **periphere Computertomographie (pQCT)** als der „Mercedes“ unter den Knochendichtemessmethoden angepriesen. Es werden zweifellos schöne dreidimensionale Bilder der Knochenstruktur des Unterarms oder Unterschenkels errechnet, trotzdem kann damit nicht die Diagnose Osteoporose nach der Definition der WHO gestellt werden. Erst recht kann damit nicht das Frakturrisiko zuverlässig definiert oder gar eine medikamentöse Therapie eingeleitet werden. In der Zukunft wird man in der Osteoporosedagnostik neben der Knochendichte auch eine Beschreibung der Knochenstruktur anstreben und mit in die Beurteilung des Frakturrisikos einbeziehen. In den nächsten Jahren wird aber die DXA-Messung wahrscheinlich der Goldstandard bleiben.

Mein Frauenarzt stellt die Diagnose Osteoporose mit der Ultraschallmethode an der Ferse oder an den Fingern und setzt dann die Therapie fest.

Die **quantitative Ultraschallmessung (QUS)** wird bereits mit Erfolg bei vielen Erkrankungen durchgeführt. Im Knochengewebe verhalten sich die Ultraschallwellen aber gegenüber den Röntgenstrahlen völlig anders und komplexer. Sie hat sich

wegen ihrer einfachen Anwendung und der fehlenden Röntgenstrahlung als Screening - Methode zur Beurteilung eines allgemeinen Frakturrisikos bewährt, kann aber die DXA-Messung im Bereich der Wirbelsäule und Hüfte als diagnostische Methode nicht ersetzen.

Es muss betont werden, dass bei Normalwerten an den Fingern oder an der Ferse eine schwere Osteoporose im Bereich der Wirbelsäule oder Hüfte nicht ausgeschlossen werden kann. Osteoporotische Werte in der Ultraschallmessung müssen vor Einleitung einer medikamentösen Therapie mittels DXA der Lendenwirbelsäule und Hüfte weiter abgeklärt und gesichert bzw. widerlegt werden. Die QUS ist eine mögliche Methode, um das Frakturrisiko einzuschätzen, zur Diagnosestellung einer Osteoporose bedarf es aber der Zusammenarbeit des Frauenarztes mit einem Osteoporosezentrum bzw. einer radiologischen Pra-

xis, die über ein DXA - Messgerät verfügen.

Der entscheidende Nachteil der QUS besteht darin, dass in fast allen Fällen eine anschließende diagnostische Abklärung mittels der DXA-Messung zu erfolgen hat: Ist der Wert in der Ultraschallmessung pathologisch, so muss in jedem Fall eine diagnostische Abklärung mittels DXA erfolgen, und ist der QUS-Wert normal, so kann bei Vorliegen von Risikofaktoren trotzdem bereits eine ausgeprägte Osteoporose im Achsen-skelett (LWS und Hüfte) vorliegen. Aus rationalen und finanziellen Überlegungen ist es daher logischer, bei Risikofaktoren sofort eine klärende DXA-Messung anzuordnen und durchzuführen. So betrachtet verursachen die Screeningtests in der Apotheke mittels einer Ultraschallmessung nur Verwirrung und Unsicherheit.

Die Gabe von Kalziumtabletten erhöht das Herzinfarktrisiko.

Eine neuseeländische Studie beschreibt, dass Kalziumtabletten das Risiko für Herzinfarkte erhöhen können. Die Forscher betonen aber, dass die Infarkt -

Gefahr nicht erhöht ist, wenn das Kalzium vermehrt über die Nahrung aufgenommen wird. Es wird trotzdem die Behauptung weiter verbreitet, dass „Patienten mit Osteoporose kein Kalzium bekommen sollen“. Diese Folgerung aus einer Studie, die gar nicht bei Osteoporosepatienten durchgeführt wurde, ist nicht logisch und auch nicht zulässig.

Es gibt große seriöse Metaanalysen zum Thema „Kalzium und Vitamin D-Gabe sowie Reduktion des Frakturrisikos“. Gesichert gilt, dass bei älteren Personen mit Kalzium- und Vitamin D - Mangel die kombinierte Gabe von Kalzium und Vitamin D das Risiko für Oberschenkelfrakturen signifikant senkt. Es ist auch anerkannt, dass eine Kalziumsubstitution mit Tabletten nur bei bestehendem Kalziummangel oder bei kalziumarmer Kost sinnvoll und vertretbar ist (siehe DVO-Leitlinien 2009). Wer sich kalziumreich etwa mit Milch und/oder Milchprodukten ernährt, der benötigt sicher keine zusätzliche Kalziumsubstitution. Es gibt aber auch genügend seriöse Studien in allen Altersklassen, die ein erschreckend häufiges Kalziumdefizit in unserer Bevölkerung belegen. Dies gilt vor allem für Kinder und Jugendliche, für Schwangere und Personen ab dem 60. Lebensjahr. Also: Empfehlung einer kalziumreichen, ausgewogenen Kost, und Kalziumsupplementierung nur bei Patienten mit ernährungsbedingtem Kalziumdefizit. Bei der Versorgung mit Kalzium gilt wieder einmal der weise Spruch „Alzuviel ist ungesund“, aber die Folgen eines Kalzium- und Vitamin D - Defizits für die Knochengesundheit sind ebenfalls belegt, zu bedenken und einfach und preiswert auszugleichen – auch ohne Herz und Gefäße zu schädigen.

Fortsetzung im nächsten Heft

Prof. Dr. med. Reiner Bartl
Osteoporosezentrum
Kaufingerstr. 15, 5.OG, 08331 München
Tel.: 089/2000143-50, reiner.bartl@osteologie-online.de
www.osteoporose-bartl.de