

Osteoporose ist oft Frauensache

Knochen sind normalerweise hart und belastbar. Bröckelt jedoch ihre Architektur, verlieren sie an Stabilität und brechen leichter.

Mit zunehmendem Lebensalter nimmt die Knochenmasse ab. Jedes zusätzliche Lebensjahrzehnt verdoppelt nach dem 50. Lebensjahr das Risiko für einen Knochenbruch. Frauen trifft es besonders. Sie besitzen grundsätzlich weniger Knochenmasse als Männer. Und diese nimmt im Verlauf der Wechseljahre aufgrund des eintretenden Östrogenmangels nochmals weiter ab. Männer haben im Vergleich zu Frauen daher ein um 50 % vermindertes Risiko für osteoporotisch bedingte Knochenbrüche. Neben Alter und Geschlecht haben auch genetische Faktoren Einfluss auf die Erkrankung. Hinweise darauf geben osteoporotische Frakturen in der Familienvorgeschichte.

Zwei verschiedene Formen

Etwa 95 % der Patienten sind an einer primären Osteoporose erkrankt, die sich in zwei Grundtypen unterteilen lässt:

- Als Typ-1-Osteoporose bezeichnet man die postmenopausale Osteoporose. Deren Ursache wird in einem Östrogenmangel nach den Wechseljahren gesehen und kann gehäuft Wirbelkörperbrüche nach sich ziehen.

- Als Typ-2-Osteoporose wird die senile Osteoporose im Lebensalter über 70 Jahre bezeichnet, von der auch hier überwiegend Frauen betroffen sind. Allgemeine Alterungsprozesse, Bewegungsman-

gel, eine unzureichende Versorgung mit Vitamin D oder Calcium befördern einen allgemeinen Knochenverlust. Dieser kann neben Wirbelkörperfrakturen auch Knochenbrüche an anderen Skelettabschnitten begünstigen.

Kortison fördert Schwund

Die seltene sekundäre Osteoporose tritt als Folgeerscheinung anderer Grunderkrankungen oder als Nebenwirkung einer medikamentösen Therapie auf. Problematisch ist insbesondere eine Langzeittherapie mit Kortikosteroiden. 0,2 bis 0,5 % der Bevölkerung nehmen regelmäßig Steroide ein. Dabei ist das Ausmaß der steroidabhängigen Osteoporose durchaus dosisabhängig. Bereits eine tägliche Einnahme von weniger als 2,5 mg Prednisolon täglich gilt als Risikofaktor für ein erhöhtes Knochenbruchrisiko. Bei einer Gabe von 10 mg Prednisolon – einem häufig verordneten Steroidpräparat – über drei Monate erhöht sich das Risiko für Knochenfrakturen auf das 1,5- bis 2-fache. Dieses Risiko normalisiert sich jedoch nach Beendigung der Therapie innerhalb von ein bis zwei Jahren.

Folgen einer Osteoporose

Ohne Knochenbruch verläuft eine Osteoporose meist symptomlos. Jedoch können sich schleichend Veränderungen einstellen, die auf



Foto: RFBS/P/stock.adobe.com

Osteoporose ist die häufigste Knochenerkrankung im höheren Lebensalter und erhöht das Risiko eines Knochenbruchs erheblich.

ein Fortschreiten der Erkrankung hinweisen. Dazu zählen:

- eine Größenabnahme von mehr als 4 cm;
- eine verstärkte Krümmung der Brustwirbelsäule („Witwenbuckel“) mit nach vorne verlagertem Körperschwerpunkt oder
- eine typische Hautfältelung am Rücken als Zeichen bereits eingetretener Wirbelkörperfrakturen. Knochenbrüche der Gliedmaßen – vor allem Oberschenkelhals, Oberarm oder Unterarm – sind meist sturzbedingt. Wirbelkörperfrakturen bei betagten Menschen treten oft bei Alltagstätigkeiten oder spontan auf. Sie betreffen meist die mittlere und untere Brustwirbelsäule sowie den oberen Abschnitt der Lendenwirbelsäule.

So sieht Basistherapie aus

Wichtig ist, dass Patienten ihre Muskelkraft und Koordination stärken, sich ausreichend ernähren und Stürze vermeiden. Kortikosteroid-Präparate sollten möglichst niedrig dosiert und zeitlich befristet eingenommen werden. Eine tägliche Calciumzufuhr von 1000 mg mit der Nahrung ist ausreichend. Der Bedarf lässt sich durch calciumreiche Nahrungsmittel und durch Mineralwässer mit einem Calciumgehalt von 500 mg und mehr decken. Erst wenn die tägliche Calciumzufuhr unterschritten wird, sollte zusätzlich Calcium eingenommen werden.

Nahezu alle hochbetagten Menschen haben unabhängig von der Jahreszeit einen deutlich zu niedrigen Vitamin-D-Spiegel. Meist lässt sich dieser weder durch eine Vitamin-D-reiche Nahrung mit fetthaltigem Fisch, Lebertran usw. noch durch vermehrte Sonneneinstrahlung ausreichend ausgleichen. Da-

Dichtemessung

Insbesondere für Frauen in den Wechseljahren, Patienten mit einer längerfristigen Kortisontherapie oder sturzgefährdete betagte Patienten ist die Messung der Knochendichte wertvoll. Mittels dieser lässt sich das Risiko für Knochenbrüche einschätzen und im Bedarfsfall eine prophylaktische bzw. therapeutische Maßnahme ergreifen. Zur Messung der Knochendichte ist die röntgenbasierte „DXA-Methode“ als alleinige Referenzmethode anerkannt. Sie eignet sich insbesondere für Untersuchungen im Bereich der Lendenwirbelsäule und des Oberschenkelhalses. Dabei wird die Knochenfestigkeit mittelbar anhand des Mineralsalzgehaltes und der Knochenqualität bestimmt.

her empfiehlt sich die tägliche Einnahme von 1000 bis 2000 Einheiten Vitamin D oder alternativ die Gabe eines Vitamin-D-Hochdosispräparates mit beispielsweise 20 000 Einheiten alle ein bis drei Wochen je nach Mangel und Bedarfslage. Weitergehende medikamentöse Maßnahmen, um die Erkrankung zu verlangsamen und das Risiko für einen Knochenbruch zu minimieren, bedürfen einer ärztlichen Beratung.

Auf das können Sie selbst achten

- Seien Sie regelmäßig körperlich aktiv, das fördert die Knochenfestigkeit.
- Vermeiden Sie Unter- oder Mangelernährung.
- Nikotinkonsum fördert Osteoporose. Hören Sie mit dem Rauchen auf, kann das einen dadurch beschleunigten Verlust an Knochensubstanz wieder verlangsamen.
- Lassen Sie Erkrankungen oder Funktionsstörungen, die das Gang-

bild stören oder die Sturzgefahr erhöhen, ursächlich behandeln, um das Risiko für Knochenbrüche zu minimieren.

- Frauen sollten mit Beginn der Wechseljahre auf die Einnahme östrogenhaltiger Präparate aufgrund des damit einhergehenden erhöhten Risikos für Erkrankungen wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Thrombose oder Brustkrebs verzichten.



Autor:
Dr. med.
Norbert Bradtke
Facharzt für
Innere Medizin
und Geriatrie
in Marsberg