

Erika Baum

Osteoporose

Osteoporose erhöht das Risiko für Knochenbrüche deutlich. Die Zahl dieser Frakturen kann durch gezielte Diagnostik bei entsprechendem Verdacht und erhöhtem Risiko sowie durch leitliniengerechte Therapie erheblich verringert werden. Der folgende Artikel gibt Hinweise, wann welche Diagnostik und Therapie sinnvoll und nutzbringend für die Patienten und die Solidargemeinschaft sind.

Derzeit besteht in Deutschland eine erhebliche Fehl- und Unterversorgung von Patienten mit Osteoporose. Sie betrifft insbesondere Personen mit vorausgegangener osteoporosetypischer Fraktur und über 70-jährige Frauen mit wesentlicher Lebenserwartung.

Osteoporose und Knochendichte

Osteoporose als systemische Skeletterkrankung wird erst durch Frakturen symptomatisch (= manifeste Osteoporose). Sekundäre Formen werden durch verschiedene Grunderkrankungen oder Medikamente ausgelöst, die einen vermehrten Knochenabbau bewirken; sie sind häufig direkt behandelbar. Davon unterschieden wird die primäre Osteoporose, die sich meist bei Frauen erst nach der Menopause und bei Männern nach dem 60. Lebensjahr manifestiert. Insgesamt sind die sekundären Formen seltener

als die primären. Der Knochendichtewert ist ein sehr ungenauer Prädiktor für zukünftige Frakturen. Die Vorhersage wird durch Einbeziehung weiterer Faktoren wesentlich präziser.

In Deutschland ist es gelungen, durch eine interdisziplinäre Leitliniengruppe unter Schirmherrschaft des DVO (Dachverband Osteologie) einen breiten Konsens herzustellen. Die folgenden Ausführungen beziehen sich im Wesentlichen auf diese Leitlinie [1] und neuere wissenschaftliche Erkenntnisse.

Diagnostik

Eine spezifische Osteoporosediagnostik ist bei den in Tab. 2.6.3.1 genannten Konstellationen (10-Jahres-Risiko für osteoporosetypische Fraktur $\geq 20\%$) sinnvoll, falls daraus beim individuellen Patienten therapeutische Optionen abgeleitet werden können und erwünscht sind. Darüber hinaus ist eine Osteoporosediagnostik indiziert bei hohem Risiko für eine sekundäre Osteoporose, d.h. bei Grunderkrankungen bzw. -dispositionen mit erhöhtem Frakturrisiko wie Hypogonadismus, Hyperkortisolismus, primärem Hyperparathyreoidismus, systemischer Glukokortikoidtherapie, höhergradiger Niereninsuffizienz, Typ-1-Diabetes, Malassimilationssyndrom, Einnahme von Antiepileptika oder Anorexia nervosa.

Das folgende Basisprogramm erfasst sekundäre Osteoporoseformen sowie behandelbare negative Einflüsse auf das Frakturrisiko und dient ferner als Ausgangspunkt für die Verlaufsbeobachtung:

- › Fragen nach Schmerzen im Bewegungsapparat, funktionellen Beeinträchtigungen und früheren Stürzen, Ernährungsgewohnheiten und körperlicher Aktivität einschließlich Sonnenlichtexposition;
- › Medikamentenanamnese (Substanzen, die das Osteoporose- und/oder das Frakturrisiko erhöhen): Antiepileptika, Antidepressiva, sedierende bzw. eine orthostatische Dysregulation begünstigende Medikamente sowie orale Glukokortikoide;
- › Erfassung des Sturzrisikos: z. B. der „Timed Up & Go“-Test (ggf. als Teil eines geriatrischen Assessments);
- › Messung von Größe und Gewicht;
- › Basislabor entsprechend Tab. 2.6.3.2;
- › Osteodensitrometrie: Es wird nur die Knochendichtemessung mittels DXA empfohlen;

Von „manifeste Osteoporose“

spricht man erst, wenn bereits eine Fraktur aufgetreten ist.

Osteoporosetypisch

sind Wirbel- und hüftgelenksnahe Frakturen ohne schweres Trauma.

Tab. 2.6.3.1 Indikationen zur Basisdiagnostik (Auszüge)*

Frauen (Alter in Jahren)	Männer (Alter in Jahren)	Bei Vorliegen eines oder mehrerer der folgenden Befunde (sofern Risiko nicht behebbar)
50–59	60–69	<ul style="list-style-type: none"> › Eine oder mehrere Wirbelkörperfraktur(en) › Eine oder mehrere periphere Fraktur(en) als Einzelfallentscheidung
60–69	70–79	<ul style="list-style-type: none"> › Eine oder mehrere Wirbelkörperfraktur(en) › Eine oder mehrere periphere Fraktur(en) › Schenkelhalsfraktur eines Elternteils › Untergewicht [Body-Mass-Index [BMI] < 20 kg/m²] › Nikotinkonsum › Multiple Stürze › Immobilität
≥ 70	≥ 80	› Alle, falls daraus therapeutische Konsequenzen gezogen werden sollen/können

* Nach DVO-Leitlinie Osteoporose 2006/2009 [1]; siehe dort für weitere Faktoren und Details.