

Nicht warten, bis die Löcher da sind

Rheuma Top: Markus Felder fordert konsequente Diagnostik und Therapie der Osteoporose

Auch heute bleibt eine Osteoporose oft zu lange unerkannt, zum Teil aus Nachlässigkeit oder Gedankenlosigkeit. Das hat Privatdozent Dr. Markus Felder aus Zürich bemängelt. Es komme aber darauf an, eine Osteoporose möglichst frühzeitig zu erkennen und zu behandeln, meinte der Osteoporose-Experte anlässlich der Fortbildungsveranstaltung «Rheuma Top».

Ein Problem der Osteoporose besteht darin, dass eine verringerte Knochendichte an sich streng genommen keine Krankheit ist. Sie bildet gleichwohl die Voraussetzung dafür, dass der Knochen der Betroffenen leichter bricht. Was also soll man bei einer 50-jährigen Frau tun, bei der bereits Osteoporose in der Familie aufgetreten ist und die nun in der Knochendichtemessung einen T-Score von unter 2,5 aufweist? Statistisch gesehen ist die Wahrscheinlichkeit, dass diese Frau in den nächsten Jahren eine Fraktur erleidet, recht gering. «Ich halte nicht so viel von den Zehn-Jahres-Fraktur-raten», meinte Markus Felder während eines Workshops und fragte: «Soll ich warten, bis die Frau 60 geworden ist und der Prozess weiter fortgeschritten ist, und der Knochen», wie der Referent veranschaulichte, «allmählich einem löch-rigen Emmentaler gleicht?» Je stärker die Knochenstruktur geschädigt sei, desto schlechter die therapeutischen Möglichkeiten, gab er zu bedenken – zumal mit den heutigen Medikamenten auch höchstens jede zweite Fraktur verhindert werden könne. Felder forderte deshalb ein rasches Eingreifen, «damit ich eine Fraktur verhindern kann, die vielleicht erst



Privatdozent Dr. med. Markus Felder, Zürich

mit 75 eintreten würde.» Prävention müsse also möglichst frühzeitig einsetzen. Er verglich die Situation mit der bei Karies: «Der Zahnarzt sagt auch nicht erst nach dem ersten Loch, dass man mit dem Zähneputzen anfangen soll.» Felder beklagte, dass der Osteoporose auch heute noch zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt und die Knochendichte zu selten gemessen würde – bei Menschen mit Frakturen sollte die Frage aufkommen, ob womöglich eine Osteoporose dahinterstecken könnte. Gerade bei osteoporotischen Frauen nähmen Radiusfrakturen ab dem 50. Lebensjahr zu. Die richtige Zeit für eine Knochendichtemessung ist laut Felder der Beginn der Menopause, allerdings nur, wenn weitere klinische Risikofaktoren bestünden, da die

**Rheuma Top Zürich
Symposium für die Praxis
13./14. September 2007
Pfäffikon**

**Veranstalter: UniversitätsSpital Zürich
Sponsor: Mepha Pharma AG, Aesch**

DEXA-Messung allein nicht aussagekräftig genug sei. Beständen solche Risikofaktoren (*Tabelle*), sei die Knochendichtemessung selbst bei Frauen angezeigt, die wegen Menopausebeschwerden Hormone erhielten. Die Ansicht mancher Gynäkologen «Wenn ich Hormone substituere, muss ich nicht extra die Knochendichte messen», hält Felder nicht für angemessen. Ob eine Frau zu Osteoporose neige, hänge nämlich zu etwa 60 Prozent von den Erbanlagen ab. Ab dem 65. Lebensjahr sei die Knochendichtemessung dann grundsätzlich «für die Patientin und die Gesellschaft» billiger als Nichtstun, sagte Felder unter dem Hinweis auf amerikanische Berechnungen. Lediglich bei sehr alten Menschen mit einer Lebenserwartung unter fünf Jahren könne bei Bedarf eine Osteoporosetherapie auch ohne Knochendichtemessung erfolgen.

Felder ging auch auf einzelne Risikofaktoren ein. So sei es beispielweise nicht unwesentlich in Erfahrung zu bringen, dass eine Frau in jungen Jahren an Anorexie gelitten habe. Gerade bis zum 25. Lebensjahr würde schliesslich Knochenmasse aufgebaut und bei anorektischen Patientinnen sei die Gefahr gross, dass dies nicht in ausreichendem Masse geschehen sei. Deshalb sei eine Knochendichtemessung mit 50 Jahren bei diesen Frauen angezeigt. Umgekehrt

Tabelle: **Risikofaktoren für Frakturen**

WHO-Kriterien	Andere Faktoren
■ Alter	■ Immobilität/geringe Aktivität
■ orale Steroidtherapie	■ eingeschränkte Kognition
■ Fraktur bei minimaler Gewalteinwirkung	■ Sturz in der Vorgeschichte
■ rheumatoide Arthritis	■ eingeschränkter Visus
■ Alkoholismus	■ Vitamin-D-Mangel
■ Rauchen	■ Sarkopenie

wäre es falsch, automatisch davon auszugehen, dass eine eher übergewichtige Frau sicher keine Osteoporose habe.

Wichtig ist laut Felder immer auch die Abklärung einer möglichen sekundären Osteoporose. Felder empfahl deshalb zumindest die Bestimmung von Kalzium und Phosphor sowie eine Eiweisselektrophorese. Bei klinischem Verdacht auf eine Hyperthyreose sei auch eine TSH-Bestimmung angeraten. Eine endokrine Osteoporose kann auch bei Hyperparathyreoidismus auftreten. Felder machte darauf aufmerksam, dass Patienten mit (sekundärem) Hyperparathyreoidismus oft klinisch asymptomatisch seien.

Eine besondere, bislang teilweise noch etwas unterschätzte Situation ist bei Patienten gegeben, die mit Steroiden behandelt werden. Die Medikamente verringern die Kalziumaufnahme und fördern die Ausscheidung über die Nieren, sind also in zweifacher Weise schädlich für den Knochen. Bei einer hoch dosierten oralen Therapie sei bereits in den ersten zwei bis drei Monaten mit einem

signifikanten Verlust an Knochenmasse zu rechnen, weshalb es sich lohne, sich über die Knochenmasse Klarheit zu verschaffen. Bei einer geringen (oralen) Steroiddosis von 5 bis 7,5 mg Prednisolon reiche es dagegen wohl aus, parallel mit Vitamin D und Kalzium zu therapieren. Laut Felder kann auch eine langjährige inhalative Steroidtherapie den Knochen angreifen, weshalb auch hier eine DEXA-Messung angezeigt sein kann.

Ein besonderes Augenmerk verdienten auch Patientinnen mit Mammakarzinom, da das oft verschriebene Arimidex® sich ebenfalls ungünstig auf die Knochendichte auswirke, während Tamoxifen® diesbezüglich unbedenklich ist.

Knochenschädlich sind aber auch Zytostatika wie Methotrexat, das aber nicht auf der Liste der Osteoporose fördernden Substanzen steht. Viele Krankenkassen würden sich in solchen Fällen stellen und die Kosten für die Knochendichtemessung nicht übernehmen, meinte Felder.

Auch die Tatsache, dass mit Steroiden behandelt würde, sei für viele Kassen kein Grund, die Kosten für eine Knochendichtemessung zu übernehmen. Sie beharrten darauf, dass eine klinisch manifeste Osteoporose erst vorliege, wenn eine Fraktur vorhanden sei, beklagte Felder. Dennoch könne man als behandelnder Arzt wenigstens versuchen, die Kostenübernahme zu erwirken.

Knochendichtemessung – schwierig zu interpretieren

Felder ging auch auf Besonderheiten der Knochendichtemessung ein. Er betonte, dass der für L1-L4 gemessene Gesamtwert oft nicht aussagekräftig sei. Auch die ap-Messung habe seine Tücken, da man bei diesem Strahlengang immer Wirbelbogen und -gelenke erfasse, und im Alter hätten praktisch alle eine mehr oder weniger ausgeprägte Spondylarthrose und Osteochondrose. Das verfälsche die wahren Werte und könne die Interpretation in die Irre führen. Die Messwerte von L1 und L2 seien wichtiger als die von L3 und L4. Grossen Stellenwert hat laut Felder das Messergebnis für das wardsche Dreieck, weil in diesem Knochenareal ausschliesslich trabekulärer Knochen vorhanden sei. Hingegen würden Messresultate vom Gesamtfemur oder Gesamtschenkelhals immer trabekulären und kortikalen Knochen erfassen. ■

Interessenlage: Der Bericht wurde von Mepha Pharma unterstützt. Auf den Text hat die Firma keinerlei Einfluss genommen.

Uwe Beise