



Sekundäre Osteoporose bei rheumatischen Erkrankungen

2. Auflage

Was ist Osteoporose?

Die Osteoporose ist eine weit verbreitete Erkrankung, an der allein in Deutschland mehrere Millionen Menschen leiden. Es kommt dabei zu einer Verringerung der Knochenmasse und einer Veränderung der Knochenstruktur. Als Folge wird der Knochen weniger stabil und kann leichter brechen. Mit etwa 30 Jahren hat jeder Mensch seine größte Knochenmasse erreicht, die nachfolgend um ca. 0,5 bis 1 % pro Jahr abnimmt. Durch diesen Verlust kommt man im hohen Alter – Frauen früher, Männer später – in einen kritischen Bereich. Dieses Krankheitsbild bezeichnet man als **primäre Osteoporose**. Leidet man an einer bestimmten Erkrankung oder nimmt man bestimmte Medikamente ein, kann die Abnahme der Knochenmasse teilweise enorm beschleunigt werden und der kritische Bereich wird erheblich früher erreicht. In diesem Fall spricht man von einer **sekundären Osteoporose**. Unerträgliche Schmerzen, Bettlägerigkeit und Operationen sind die zu recht gefürchteten Folgen der Osteoporose. Die Knochenbrüchigkeit selbst verursacht in der Regel keine Beschwerden. Deshalb bleibt die Osteoporose oft lange Zeit unerkannt.

Osteoporose und Rheuma

Rheumakranke Menschen sind in besonderer Weise gefährdet, an Osteoporose zu erkranken. Die Knochen verändern sich in Folge der rheumatischen Entzündungen. Medikamente, wie z. B. Kortisonpräparate, die oft unvermeidbar zur Behandlung von Entzündungen eingesetzt werden müssen, können ebenfalls die Osteoporose fördern. Auch Bewegungsmangel aufgrund von Rheumaschmerzen und Gelenkerstörungen fördert die Osteoporose. Rheumapatienten sollten daher ganz besonders auf das Osteoporoserisiko achten und diesem vorbeugen.

Vorbeugung ist möglich

Besser als therapieren zu müssen ist es, der Osteoporose vorzubeugen. Dies muss aber schon in frühen Jahren beginnen. Hierzu gehört eine **kalzium- und vitaminreiche Ernährung**. Es ist ebenso von Anfang an auf eine ausreichende **Bewegung und Belastung der Knochen** zu achten. Feste Knochen können sich nur ausbilden, wenn sie belastet werden. Deshalb sind Sport und Bewegung möglichst im Freien mit angemessener Sonnenbestrahlung von Kindesbeinen an und im späteren Alter besonders wichtig. Bewegung ist jedoch für alle Rheumabetroffenen wichtig. Während eines akuten Rheumaschubs ist dies nicht möglich, aber ansonsten sollte die sportliche

Betätigung, seien es Spaziergänge, Walking, Krafttraining oder andere Sportarten, Teil des Alltags sein.

Selbstverständlich muss auch der Therapieplan des Rheumatologen/der Rheumatologin das Osteoporoserisiko berücksichtigen, zum Beispiel durch eine optimale **Dämpfung der Entzündungsaktivität** und einer möglichst geringen Dosis an Kortisonpräparaten. Patienten, die dringend Kortisonpräparate benötigen und dadurch auch beweglicher sind, brauchen sich, wenn sie die folgenden Informationen beachten, nicht vor der Osteoporose zu ängstigen. Die verbesserte Beweglichkeit und damit die vermehrte Belastung stellt einen Reiz für den Knochenaufbau dar. Wichtig ist jedoch **bei Einnahme von Kortisonpräparaten** gleichzeitig an eine ausreichende **Zufuhr von Kalzium** (1000 mg pro Tag) und **Vitamin D** (800-2000 I.E. pro Tag; I. E. = Internationale Einheiten) zu denken. Der Kalziumbedarf sollte vor allem durch eine kalziumreiche Kost gedeckt werden.

Patienten, die **gut mit Basistherapeutika eingestellt** sind und bei denen eine geringere Entzündungsaktivität vorliegt, haben bessere Chancen, der sekundären Osteoporose zu entgehen. Es ist deshalb wichtig, die Vorbeugung bzw. Behandlung der Osteoporose von Anfang an in das gesamte Behandlungskonzept einzubeziehen.

Liegt eine Osteoporose vor?

Um Knochenbrüche zu vermeiden, muss das Osteoporoserisiko so früh wie möglich erkannt werden. Bei den entzündlich-rheumatischen Erkrankungen sollte grundsätzlich **zu Beginn der Behandlung eine Knochendichtemessung** erfolgen. Aufgrund der ersten Messungen kann ein Ausgangswert festgestellt werden. Hierbei wird eine schon möglicherweise bis dahin unbekannte Osteoporose erkannt, die dann sofort weiter abgeklärt und therapiert werden kann.

Die Knochendichte sollte mit der DXA-Methode gemessen werden. Die **DXA-Methode** ist ein Röntgenverfahren mit besonders niedriger Strahlenbelastung. Zwar stehen heute eine ganze Reihe von Messmethoden zur Erfassung der Knochendichte zur Verfügung, jedoch ist die DXA-Methode die einzige von internationalen Gesundheitsbehörden anerkannte Methode. Alle Empfehlungen internationaler Gesundheitsbehörden und wesentlicher medizinischer Fachgesellschaften beruhen auf dieser Methode. Die Ergebnisse anderer Methoden ergeben – auch wenn es manchmal so aussieht – keine vergleichbaren Werte.

Wichtig ist, dass bei der durch Kortisonpräparate verursachten Osteoporose andere Grenzwerte der Knochendichte zu Grunde gelegt werden, als bei der sich natürlich entwickelnden Osteoporose. Bei Einnahme von Kortisonpräparaten neigen die Knochen deutlich früher zu Brüchen.

Gerade zu Beginn einer Behandlung mit Kortisonpräparaten kann der Knochenverlust besonders beschleunigt sein. Es ist deshalb notwendig, am Anfang in kürzeren Abständen (6 bis 12 Monate) zu messen. In den späteren Jahren kann der **Abstand zur nächsten Knochendichtemessung** auf 12 bis 24 Monate verlängert werden. Bei Patienten, die keine Kortisonpräparate einnehmen, erscheinen Abstände von 12 bis 24 Monaten ausreichend.

Aus Sicht der Deutschen Rheuma-Liga sollte die Knochendichtemessung generell bei rheumatoider Arthritis, Lupus erythematodes, Morbus Bechterew sowie allen weiteren entzündlichen rheumatischen Erkrankungen, z.B. Kollagenosen, Vaskulitiden, Sklerodermie, Polymyalgia rheumatica sowie Sjögren-Syndrom zur vorbeugenden Diagnostik angewendet werden. Die Kostenübernahme sollte zuvor geklärt werden.

Um Osteoporose richtig diagnostizieren zu können, sind neben der Knochendichtemessung auch **Laboruntersuchungen** notwendig. Diese dienen vor allem dazu, andere Erkrankungen – auch bösartige Erkrankungen –, die ebenfalls mit einer erniedrigten Knochendichte einhergehen, erkennen zu können.

Osteoporose erkannt – was nun?

Ist es zu einer Osteoporose gekommen, muss die Therapie einsetzen. Grundlage der Therapie ist eine ausreichende Versorgung mit Kalzium. Hierbei gelten die bereits oben bei der Vorbeugung erwähnten Dosierungen. Es ist zu beachten, dass die Versorgung mit **Vitamin D** über die Nahrung hierzulande kaum möglich ist. Sie muss **durch die Sonnenbestrahlung der Haut oder über Medikamente** erfolgen. Natürlich sollte, solange die Knochendichte noch nicht allzu niedrig ist, Bewegung zum Therapieprogramm gehören. **Kalzium, Vitamin D und Bewegung** dürften aber nicht genügen, um einen ausreichenden Therapieeffekt zu erzielen. Eine zusätzliche, intensivere Medikation ist nun unbedingt notwendig. Hierbei können zwei unterschiedliche Behandlungsstrategien genutzt werden. Der am häufigsten beschrittene Weg ist die Verhinderung des weiteren Knochenabbaus. Einige Medikamente können dagegen den Knochenaufbau fördern.

Wegen ihrer günstigen Effekte und ihrer deutlich verbesserten Verträglichkeit haben sich die **Bisphosphonate** (Alendronat und Risedronat), die ein Mal wöchentlich nüchtern und in aufrechter Körperhaltung einzunehmen sind, in den letzten Jahren durchgesetzt. Auch eine jährliche Infusion von Zoledronat ist möglich. Diese Substanzen **hemmen effektiv den Knochenabbau**. Bei der Anwendung als Tablette müssen die Einnahmever-schriften exakt befolgt werden, da andernfalls Nebenwirkungen, wie starkes Sodbrennen auftreten können oder sie aufgrund von Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten oder Nahrungsmitteln deutlich an Wirksamkeit verlieren. Auch bei dem täglich zu injizierenden Teriparatid konnte eine gute Wirkung durch verstärkten Knochenaufbau auf die von Kortisonpräparaten verursachte Osteoporose nachgewiesen werden.

Bei den bereits genannten Medikamenten ist die Wirksamkeit belegt und es besteht eine Zulassung für die Therapie dieser Osteoporoseform. Sie sollten deshalb immer als Mittel der ersten Wahl eingesetzt werden. Sollten sie trotz korrekter Anwendung nicht ausreichend wirken, kann ein Therapieversuch mit anderen Medikamenten unternommen werden. Hierzu zählt das Raloxifen, das aufgrund seiner geschlechtsspezifischen Wirkung nur bei Frauen eingesetzt werden sollte, das den Knochenabbau hemmende Denosumab, das 2 Mal pro Jahr unter die Haut gespritzt werden muss, und das als Pulver zur Verfügung stehende Strontiumranelat. Zusätzlich ist auch ein weiteres Bisphosphonat, das Ibandronat, erhältlich. Es kann sowohl als Spritze alle 3 Monate als auch als monatlich einzunehmende Tablette angewendet werden. Seltener werden noch ältere Substanzen, wie Calcitonin, Fluorpräparate und Alfacalcidol, eingesetzt.

Stolperfallen und Stürze vermeiden

Neben der medikamentösen Therapie ist auf ausreichende Bewegung und das Vermeiden von Stürzen durch Beseitigung von Stolperfallen zu achten. Bei besonderer Sturzgefahr empfiehlt sich das Tragen eines **Hüftprotektors**, der durch Abpolsterung das Risiko eines Oberschenkelhalsbruches vermindert. Sollte es trotz allem zu einem Knochenbruch kommen, so sind eine ausreichende Schmerztherapie und eine schnelle Wiedergewinnung der Mobilität von Bedeutung.

Autor:

Dr. med. Jochen Lautenschläger
Internist / Rheumatologe / Osteologe DVO
Capio Klinik an der Weißenburg
Weißer 1 • 07407 Uhlstädt-Kirchhasel

Wenn Sie weitere Informationen benötigen oder Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe suchen, wenden Sie sich an:

Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.
Maximilianstr. 14 • 53111 Bonn

Info-Hotline 01804 – 60 00 00
(20 ct. pro Anruf aus dem deutschen Festnetz,
max. 42 ct. pro Anruf aus den Mobilfunknetzen)

Internet www.rheuma-liga.de
eMail bv@rheuma-liga.de

Herausgeber:
Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.

2. Auflage 2010 – 20.000 Exemplare
Drucknummer: MB 1.16/BV/10/2010

Mit finanzieller Unterstützung der
Deutschen Rentenversicherung Bund

