

Wissen Sie eigentlich, wie stark Ihre Knochen sind?

Wissen ist Macht. Das gilt auch bei den Knochen. Wenn Sie es wissen, dann wissen Sie, wie Sie Ihre Knochenstärke verbessern und erhalten können.

VON THOMAS KURZ

Knochendichteschwund, also Osteoporose oder auch Osteopenie (die Vorstufe zur Osteoporose), ist eine gutartige Erkrankung des Stoffwechsels beziehungsweise des Knochens, die oft lange unerkannt und schleichend fortschreitet. In diesem Artikel geht es um die primäre Osteoporose. Das ist die Form der Osteoporose, die keine andere Krankheit als Ursache hat.

Die Osteoporose ist eine Systemerkrankung, die den ganzen Knochen betrifft, wenn auch in unterschiedlichem Ausmass. Wie so oft im Leben, macht sich eine unzureichende Festigkeit der Knochen erst bemerkbar, wenn es weh tut. Dann ist die Erkrankung schon weit fortgeschritten. Wirbelbrüche und Brüche anderer Knochen nach nur geringer Belastung sind dann ein Ausdruck mangelnder Knochenfestigkeit. Die Knochen, unser Skelett, das uns ein Leben lang trägt, verlangen ebenso viel Aufmerksamkeit wie die übrigen Systeme in unserem Körper. Der Rückgang der Knochendichte ist ein normaler Vorgang durch das Älterwerden. Frauen sind in der Regel stärker betroffen wie Männer. Hier spielt die geringere Muskelmasse und die daraus resultierende Beanspruchung des Knochens eine Rolle. Deswegen ist das Ausgangsniveau bei Frauen geringer als bei Männern. Ausserdem spielt die Hormonsituation (Stichwort Östrogene) bei Frauen auch noch eine



Bewegung ist wichtig, um das Risiko von Osteoporose zu reduzieren.

ZVG

Rolle. Der übliche Verlust an Knochendichte beträgt im Durchschnitt drei Prozent im Laufe eines Jahres. Durch das Absinken des Östrogenspiegels bei Frauen während des Älterwerdens, oft noch verstärkt in den Wechseljahren, sinkt die Knochendichte stärker als bei Männern im gleichen Alter. Männer sind hier aufgrund der im Vergleich zu den Frauen meist grösseren Muskelmasse und daraus resultierender grösseren Knochendichte. Das Ausgangsniveau der Knochendichte liegt dadurch höher. Das individuelle Sinken der Knochendichte wird auch noch durch familiäre Faktoren und auch durch den Lebensstil in früheren Jahren beeinflusst. Die Einnahme von Cortison über einen zusammenhängenden Zeitraum von mehr als drei Monaten und mit mehr als 7,5 mg Prednison am Tag (sog. Cushing-Schwelle) gilt als zusätzlicher Risikofaktor für das Auftreten einer relevanten Osteoporose. Die Art der Anwendung, also Ta-

bletten oder beispielsweise als Spray zum Inhalieren bei Asthma, spielt auch noch eine Rolle. Die Erfahrung zeigt, dass bei Asthmasprays meist die Osteoporose nicht so stark ausfällt wie bei der Einnahme von Tabletten. Cortison-Injektionen in Gelenke oder an Sehnen tragen auch bei wiederholten Anwendungen aufgrund der geringeren Cortisonmenge nicht zum Auftreten einer Osteoporose bei. Therapeutische Alternativen zur Anwendung von Cortison besteht bei diesen Erkrankungen meist nicht.

Zu Beginn steht die Knochendichtemessung. Es handelt sich dabei um eine spezielle Röntgenuntersuchung, bei der der Mineralsalzgehalt des Knochens durch Strahlenabsorption bestimmt wird. Die Messung erfolgt im Liegen auf dem Rücken und im Normalfall der Lendenwirbelkörper LWK1 bis LWK4 sowie an einem Oberschenkelhals. In bestimmten Fällen kann eine zusätzliche Messung

am Vorderarm zusätzliche Information liefern, wenn beispielsweise durch starke Abnutzungserscheinungen an der Lendenwirbelsäule die Knochendichtewerte falsch hoch ausfallen oder bei Hüftprothesen eine Messung am Oberschenkel nicht möglich ist. Die Knochendichtemessung ermöglicht die Beurteilung wie weit fortgeschritten der Abbau der Knochendichte ist. Als Ergebnis der Knochendichte werden der sogenannte T-Score und Z-Score jeweils der Lendenwirbelsäule und des Schenkelhalses und auch des Vorderarms ausgewiesen. Der Z-Score gibt den aktuellen Bezug auf das Alter der Patientin oder des Patienten an. Interessanter ist jedoch der T-Score. Dieser gibt an, wie weit die aktuelle Knochendichte abweicht in Bezug auf die von 30-jährigen Erwachsenen. Anhand dieses Wertes entscheidet sich nämlich die weitere medikamentöse Therapie. Zudem kann das statistische Fraktur-Risiko (Wirbelkörper oder andere Skelettabschnitte) für die nächsten zehn Jahre berechnet werden. Eine konkrete Vorhersage für einen Sturz des einzelnen Individuums ist selbstverständlich damit nicht möglich.

Was ist nun zu tun, wenn eine manifeste Osteoporose festgestellt wurde? Aktiv werden! Der Knochenaufbau kann gezielt gefördert werden. Der Knochen reagiert, wenn auch langsam, sehr wohl auf entsprechende Belastungsreize. In erster Linie heisst das: Bewegen, bewegen und nochmals bewegen. Das kann einfach vermehrte Bewegung im Alltag sein, zum Beispiel lieber die Treppe nehmen statt der Aufzug, und natürlich auch durch ganz gezielte sportliche Aktivitäten. Das kann schon ein regelmässiger, täglicher (zügiger) Spaziergang

ZUR AUTORIN

Thomas Kurz ist Facharzt für Rheumatologie am Kantonsspital Baden.



Bitte richten Sie Ihre Fragen an:

AZ Zeitungen AG
az Limmattaler Zeitung
Ratgeber Gesundheit
Heimstrasse 1
8953 Dietikon
inserate@limmattalerzeitung.ch

von mindestens 30 Minuten Dauer sein. Ein zusätzlicher Effekt der vermehrten Aktivität ist auch eine Verbesserung der koordinativen Fähigkeiten des Patienten. Denn wer sich mehr bewegt, schult auch seine Reaktionsfähigkeit. Da der Knochen ja zunächst zu Beginn der Therapie noch stärker frakturgefährdet ist, gilt es Stürze zu vermeiden und damit mögliche Spitalaufenthalte oder gar Operationen, beispielsweise der Einbau einer Hüft-Total-Endoprothese als Folge einer Schenkelhalsfraktur nach einem Sturz, zu verhindern. Zur Verbesserung der Herz-Kreislauf-Leistung und der Verbesserung der Durchblutung dient diese vermehrte Aktivität gleich auch noch. Hinzu kommt dann meist ausserdem auch noch eine Gewichtsreduktion durch vermehrten Kalorienverbrauch. Noch ein weiterer Synergie-Effekt.