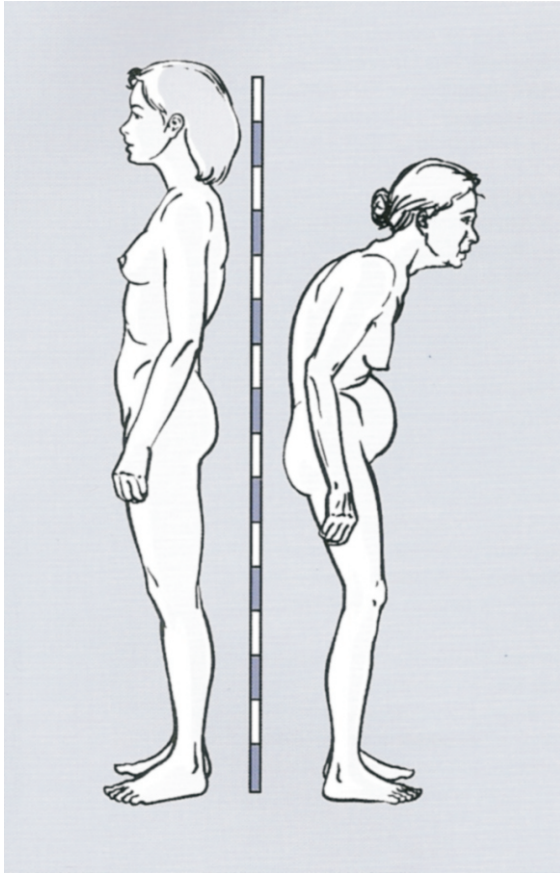




Körpergrößenverlust bei Osteoporose



Keilwirbel
angedeuteter Keilwirbel
Plattwirbel
Fischwirbel
Fischwirbel

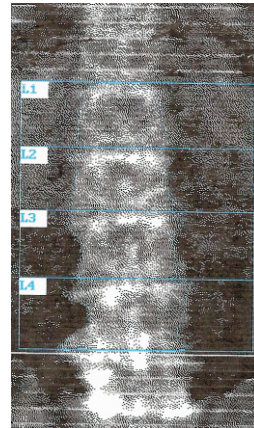
**typische Bruchformen der
Wirbelkörper bei Osteoporose**

Wirtschaftliche Aspekte

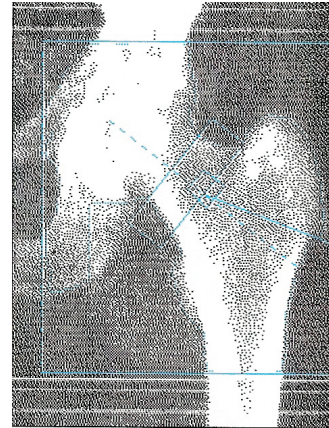
Mit jährlich etwa 2,5-3 Mrd. Euro an direkten und indirekten Krankheitskosten in Deutschland hat die Osteoporose auch ein großes volkswirtschaftliches Gewicht. Deshalb wurde sie von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) auf die Liste der zehn wichtigsten Erkrankungen gesetzt.

Darstellung der Knochendichte-Messung

an der Wirbelsäule



am Schenkelhals



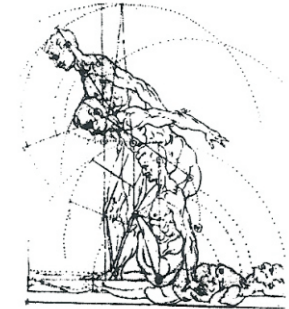
Osteoporose eine Frauenkrankheit?

Man geht davon aus, dass in Deutschland 4,3 Millionen Frauen und 800.000 Männer davon betroffen sind. Die Diagnose Osteoporose wird beim Mann häufig zu spät gestellt.

Informationen
zum Krankheitsbild

Osteoporose

für unsere Patienten.



Osteologen

Dr. med. Jürgen Uhrig

Dr. med. Josef Friedl

Fachärzte für Orthopädie,
Sportmedizin, Chirotherapie,
Akupunktur und Osteologie
Physikalische Therapie
und Schmerztherapie.

Münchener Str. 155

85051 Ingolstadt

Tel.: 0841 - 9519790

www.uhrig-friedl.de

Wie ist der Knochen aufgebaut?

Der Knochen besteht aus einer harten Hülle (Kortikalis) und einem inneren schwammartigen Anteil (Spongiosa). Er setzt sich zusammen aus Calcium und der Knochengrundsubstanz. Entgegen der landläufigen Meinung der Knochen sei totes Gewebe, findet im gesunden Knochen ein beständiger Abbau und neu Aufbau statt. Ist diese Bilanz ausgeglichen, ist der Knochen gesund und kann sich mechanischen Beanspruchungen anpassen. Bei Schonung erfolgt Knochenabbau (Gipsruhigstellung, kein Sport), bei Beanspruchung erfolgt Knochenaufbau (Bodybuilding).

Was ist Osteoporose?

Es handelt sich um eine Verminderung des Kalksalzgehaltes des Knochens mit einer Zunahme des Bruchrisikos (Handgelenksbrüche, Schenkelhalsbrüche, Wirbelkörperbrüche) durch zu geringe Knochenneubildung oder zu raschem Knochenabbau.

Ursachen der Osteoporose:

Familiäre Veranlagung (Eltern mit Schenkelhalsbruch, Blutsverwandte mit Osteoporose)

Andere Ursachen:

Mangel an Sexualhormonen (Frauen nach dem Wechsel oder Männer älter als 50 Jahre)

Untergewicht (auch bei Marathonläufern)

Schilddrüsenfunktionsstörung

Erkrankungen der Nebenschilddrüse

Nieren-, Leber-, Darmerkrankungen

Medikamente (Kortison, Marcumar, Heparin, Epilepsiemittel)

Rauchen, Alkohol

Fehlernährung (Koffein, Cola, Spezi, Wurst)

Diagnose der Osteoporose:

Die Krankheit verläuft lange stumm, eine Abnahme der Körpergröße und chronische Schmerzen im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule können Hinweise sein. Ebenso Knochenbrüche in der Vergangenheit.

Messung der Knochendichte:

Methoden: DEXA, pQCT, CT, Ultraschall

Am meisten verbreitet ist die Dual-Röntgen-Absorptiometrie (DEXA oder DEXA). Auf ihr basiert auch die Definition der WHO und mit ihrer Hilfe wird der T-Wert ermittelt. Eine genaue Messmethode ist die quantitative Computertomographie (QCT bzw. pQCT). Die Messung der Knochendichte mittels Ultraschall, dem so genannten quantitativen Ultraschall (QUS) ist höchst umstritten und nur in ganz wenigen Fällen überhaupt aussagekräftig. Im Laufe der letzten Jahre hat sich die DEXA-Methode als alleinige Grundlage für die gültigen Osteoporose-Leitlinien durchgesetzt.

Ist die Messung mit hohen Strahlenbelastungen verbunden?

Eine Messung mit DEXA entspricht der Strahlenbelastung des Körpers wie bei einem 20km langen Flug in 10.000 m Höhe oder 4 Stunden natürlicher Strahlenbelastung. Die pQCT liegt im selben Bereich, die CT der Wirbelsäule liegt deutlich darüber. Der Ultraschall ist ohne Strahlenbelastung.

Gibt es Osteoporosespezialisten?

Es gibt die Zusatzbezeichnung Osteologe. Dies setzt entsprechende Kenntnisse in der Diagnostik und Therapie voraus. Es handelt sich in der Regel um speziell ausgebildete Orthopäden und Internisten bzw. Gynäkologen.

Welche Folgen hat die Osteoporose?

Die verminderte Festigkeit des Knochens führt zu einer Zunahme des Bruchrisikos. Ein typischer Osteoporosebruch ist die Fraktur des Schenkelhalses. 20% der Patienten können nach erfolgreich operativ versorgtem Schenkelhalsbruch ein halbes Jahr nach dem Bruch alleine gehen, wenn sie dies vor dem Bruch auch konnten. Nur 17% erreichen nach dem Bruch das gleiche Maß an Mobilität wie vor dem Bruch. Durch das zunehmende Alter der Bevölkerung wird eine Verdoppelung der Schenkelhalsfrakturen bis 2050 erwartet. Weitere Osteoporosebrüche sind Brüche des Handgelenkes. Durch eine, nach dem Bruch, verminderte Gebrauchsfähigkeit der Hand kann die selbstständige Versorgung stark eingeschränkt werden.

Ebenso Wirbelkörperbrüche, welche chronische Rückenschmerzen bedeuten können und zum Rundrücken, sowie zur Abnahme der Körpergröße führen können.

Behandlung der Osteoporose:

Verbesserung der Calciumbereitstellung

Calciumlieferanten: Milchprodukte, Mineralwasser, grünes Gemüse

Calciumaufnahme wird gefördert durch: Vitamin C, D, K1 und Milchsäure

Calciumaufnahme wird gehemmt durch: Fett, Alkohol, Phosphate (Schmelzkäse, Wurst, usw.) Ballaststoffe und Oxalsäure.

Verringerung des Sturzrisikos und Stärkung des Knochens.

Krankengymnastik und günstige Sportarten.

Um Osteoporosebrüche zu verhindern kann einerseits versucht werden die Knochendichte zu erhöhen, andererseits vermindert eine verbesserte Koordination das Sturzrisiko. Sportarten, die die Knochendichte erhöhen sind Kraftsportarten (an Geräten im Fitnessstudio, Gewichtheben usw.), die die koordinativen Fähigkeiten erhöhende Ballsportarten (Tennis usw.) oder z.B. Tanzen, Gymnastik, Aerobic, usw.

Medikamente:

Calcium und Vitamin D Präparate (z.B. Alendronsäure und Risedronsäure), Raloxifen, Parathormon, Strontium, weibliche Hormone werden nicht mehr empfohlen.

Orthopädische Hilfsmittel:

Spezielle Orthesen (Mieder und Korsett) sollen das weitere Einsinken von Wirbelkörperbrüchen im Akutstadium verhindern, aber in der Regel nicht dauerhaft getragen werden. Hüftprotektoren sollen vor Schenkelhalsbrüchen schützen.