

Ab 40 geht's bergab

Talk im Klinikum: Osteoporose

Bad Salzung – In der Reihe „Talk im Klinikum“ ging es um das Thema „Osteoporose – ein unabwendbares Schicksal?“

Was ist Osteoporose? Morsche Knochen – sagt der Volksmund, wenn es knarzt im Gebälk, wenn die Knochen spröde, das Skelett steif, die Beweglichkeit eingeschränkt sind. In vielen Fällen steckt eine Erkrankung dahinter: Osteoporose. Man kann schon in jungen Jahren daran erkranken, meist tritt sie aber mit zunehmendem Alter auf. Der Osteoporose-Weltkongress in Kopenhagen 1994 hat die Erkrankung folgendermaßen definiert: Osteoporose ist charakterisiert durch eine geringe Knochenmasse, eine beeinträchtigte mikroarchitektonische Knochenstruktur, eine erhöhte Knochenbruchanfälligkeit. Die Krankheit tritt sowohl bei Frauen als auch bei Männern auf.

Im Vergleich mit einem gesunden Knochen steht ein osteoporotischer aus wie ein großporiger Schwamm. Der Begriff Osteoporose leitet sich aus dem Altgriechischen ab: Osteos steht für Knochen, Poros für Tuffstein.

Osteoporose macht den Knochen anfälliger für Brüche, die oft durch Stürze, aber auch spontan auftreten können, wie die so genannten Wirbelkörperfrakturen. Dabei sacken die Wirbelkörper zusammen – eine schmerzhaft Sache und oft der Eintritt in einen wahren Teufelskreis aus Schmerz, daraus resultierendem Bewegungsmangel, Muskelabbau, Halteungsversagen und Knochenatrophie, die in erneute Wirbelkörperfrakturen mündet. Diesen „Dekonditionierungszyklus“ gilt es zu durchbrechen. Alternative Therapien, aber auch Operationen können wieder zu mehr Lebensqualität führen. Was dabei geschieht und welche Wirkungen erzielt werden, das erläuterten Dr. Gabriele Licht, Chefarztin des Zentrums für Physikalische und Rehabilitative Medizin, und Dr. med. Alfred Schmidgen, Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie am Klinikum Bad Salzung beim „Talk im Klinikum“.

Infos im Internet: www.osteoporose.de, www.osteoporose-deutschland.de, www.netzwerk-osteoporose.de

Mit 40 geht's bergab, sagt Dr. med. Alfred Schmidgen, Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie am Klinikum Bad Salzung. „Die Frage ist nur, wie schnell und mit welchen Konsequenzen.“

Er meint den Verlust an Knochenmasse und die Frakturen, die für eine Osteoporose-Erkrankung charakteristisch sind: handgelenknaher Speichenbruch, Schenkelhalsbruch, der schultergelenksnahe und ellenbogen-gelenksnahe Oberarmbruch, der Wirbelkörperbruch sowie der Beckenbruch. Diese Brüche würden operativ im Prinzip genauso behandelt wie nicht osteoporotische Brüche, dennoch gelte es, Besonderheiten zu berücksichtigen. „Der geheilte Knochen ist in seiner Struktur schlechter als ein gesunder“, so Schmidgen. Implantate müssten an die verminderte Knochenfestigkeit angepasst werden. Das heißt, sie würden „winkelstabil“ verschraubt, sodass sie im brüchigen Material besser halten. Ein weiteres Problem seien oftmals ausgelednete Trümmerzonen an Brüchen, die durch eigene oder Knochenersatzstoffe aufgefüllt werden müssen. Die Gefährlichkeit, mit der die Fraktur heilt, würde durch eine Osteoporose allerdings nicht beeinflussen.

Über nicht osteoporotischen Brüchen müssten durch Osteoporose bedingte Frakturen meist aber mit zusätzlichen Schutz- und Stützverbänden oder Operationen versorgt werden. Außerdem sei es notwendig, bereits einliegende Implantate und Prothesen zu berücksichtigen. Auch bestehende Arthrose betroffener Gelenke oder andere Begleiterkrankungen beeinflussten die Therapie und das Behandlungsergebnis. „Eine Osteoporose tritt in aller Regel nicht bei Patienten auf, die sonst nichts haben“, so der Chefarzt. Oftmals würden die Patienten an Arthrose, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes oder Demenz leiden. Die aktuelle Frakturbehandlung stehe immer an erster Stelle und sie werde nicht durch die Behandlung der Osteoporose beeinflusst. Diese sei nämlich auf die Zukunft ausgerichtet. „Wenn das Kind in den Brunnen gefallen ist, muss ich es herausholen und kann nicht warten, bis es groß



Aufmerksam lauschten die Zuhörer beim Talk im Klinikum dem Vortrag von Dr. med. Alfred Schmidgen zum Thema „Umfassende Therapiekonzepte im operativen Vorgehen“. Foto: Sandra Kruse

geworden ist“, erklärt Dr. Schmidgen. Andererseits würde die beste Frakturversorgung sinnlos, wenn der Patient zum Beispiel so demotiert ist, dass er mit der folgenden Reha schlicht überfordert ist.

An erster Stelle der typischen Frakturen von Osteoporose-Patienten steht der handgelenksnahe Speichenbruch. „Der passiert durch das Abstützen bei einem Sturz“, so Schmidgen. Oft entstehen mehrere Knochenbrüche. Implantate würden nicht mit Schrauben gesichert, die per Anpressdruck halten, sondern die durch Gewinde in der Platte ihre Festigkeit bekommen. „Das funktioniert wie bei einem Gabelstapler.“ Je weicher der Knochen ist, desto mehr äußeren Schutz brauche eine solche Fraktur. Dafür stünden Gipsverbände, Plastikverbände zur Verfügung, die unter Umständen bis zur kompletten Ausheilung des Bruches getragen werden müssen – die Versteifung eines betroffenen

Genesens Gelenks sei dabei eher in Kauf zu nehmen als ein instabiles Gelenk. Der Schenkelhalsbruch ist die zweithäufigste Fraktur und eine dramatische Situation. „Hier ist eine Operation zwingend notwendig, auch wenn es den Patienten an die Grenze der Lebensgefahr bringt“, erklärt der Chefarzt. „Ohne Operation hat der Patient keine Chance.“ Die Schmerzen seien sehr stark, und da man den Patienten nicht lagern könne, sei auch keine Lebensqualität vorhanden. Diese Fraktur werde nicht umsonst als „Sturz ins Grab“ bezeichnet. Eine Verschraubung des Bruches sei nur sinnvoll, wenn er innerhalb von sechs Stunden nach dem Unfall behandelt wird und der Patient nicht älter als 60 Jahre ist. Eine Verschraubung sei bei etwa 50 Prozent der Fälle möglich – wenn der Gelenkkopf stabil auf dem Schenkelknochen sitzt. Andere Frakturtypen seien mechanisch so instabil, dass sie spätestens im weiteren Therapiever-

lauf absinken und dann eine prothetische Versorgung notwendig wird. Deshalb entscheide man sich meist gleich für die Prothese.

Bei der Wirbelkörperfraktur kommt Knochenzement zum Einsatz, mit dem der gebrochene Wirbelkörper aufgefüllt wird. Das geschieht unter sehr hohem Druck von bis zu sechs Atmosphären. „Das geht allerdings nur, wenn der Wirbelkörper intakt ist, sodass kein Zement in den Rückenmarkskanal dringen kann.“ Innerhalb von 15 Minuten sei der Zement ausgehärtet und der Patient könne nach sechs Stunden schon wieder aufstehen. „Diese Methode bringt oft eine wunderbare Schmerzbefreiung mit sich.“ Insofern sei diese Methode als Langzeittherapie und dauerhafte Stabilisierung der Wirbelsäule sehr hilfreich.

Oftmals würden Frakturen in der Nähe bereits vorhandener Prothesen

versorgt werden. Das sei sehr problematisch, denn selbst, wenn es gelingt, die Strukturen zu stabilisieren, bedeutet es nicht, dass der Knochen auch heilt. Am Ende sei es oft sogar besser, sich für eine Amputation zu entscheiden, weil hier der Patient am wenigsten gefährdet werde. „Der Knochen lebt. Er hält auf Dauer nur dann, wenn er durchblutet wird und heilt“, begründet der Arzt. Alternativ bestehe die Möglichkeit, die prothetische Versorgung auszuweiten. „Aber auch dafür müssen die Voraussetzungen stimmen.“

Insgesamt schätzt Dr. Schmidgen ein, dass Osteoporose nach wie vor ein unabwendbares Schicksal sei – in gewissen Grenzen. Seine Empfehlung: Den „Abstieg“ der Knochenmasse gering zu halten. „Auch wenn es vielfältige konservative und operative Behandlungsstrategien gibt, sollte der Vorrang immer auf der Prophylaxe liegen.“

sdk