

Achtung! Dies ist ein archiviertes Exemplar
der DVO-Leitlinien 2003 und nicht mehr die
aktuell gültige Version der Leitlinie.

Osteoporose bei Frauen

nach der Menopause und im höheren Lebensalter

Prophylaxe, Diagnose, Therapie

Empfehlungen des Dachverbandes der deutschsprachigen osteologischen Fachgesellschaften (DVO)

Stärke und Grundlage der Empfehlung:

- (A)** Randomisierte und kontrollierte Studien (RCTs) hoher Qualität
- (B)** Kontrollierte epidemiologische Beobachtungsstudien hoher Qualität
- (C)** Kontrollierte epidemiologische Beobachtungsstudien geringerer Qualität
- (D)** Sonstige Studien; Expertenkonsens

Kurzfassung

2003 / 2004



Copyright © DVO

I. Indikationen für Abklärung: **(B)**

1. Periphere Frakturen nach nicht-adequatem Trauma seit Menopause

(alle Frakturen, z.B. Radius, Schenkelhals, Humerus, Tibia)

2. Radiologisch gesicherte osteoporotische Wirbelkörperfraktur(en)

Größenabnahme um mehr als 4 cm seit dem 25. Lebensjahr.

ODER bei akut aufgetretenen, starken Rückenschmerzen

⇒ V.a. Fraktur !

Röntgen BWS + LWS ⊥ v eranlassen !

3. Body Mass Index kleiner 20 oder ungewollte Gewichtsabnahme um mehr 10% in letzter Zeit

4. Hohes Sturzrisiko (2 oder mehr häusliche Stürze im letzten Halbjahr)

5. Hohes Risiko einer sekundären Osteoporose

(chronische orale Glucocorticoidmedikation größer 7,5 mg/Tag Prednisolonäquivalent für mind. 6 Monate: siehe getrennte Empfehlung www.bergmannsheil.de/leitlinien-dvo;

andere Formen: z.B. primärer Hyperparathyreoidismus, Diabetes mellitus Typ I, Cushing Syndrom, prolongierte Hyperthyreose, Malabsorptions Syndrome, Antiepileptika, Alkoholismus:

Indikation für Diagnostik und Therapie in Absprache mit dem Fachspezialisten)

II. Basisdiagnostik bei Indikation 1. – 4.

Anamnese + Befund

- Aktuelle Beschwerden: Rückenschmerz? Allgemeinzustand?
- Vorgeschichte
- Körperliche Untersuchung: Sekundäre Osteoporose? Malignome?
- Messen von Körpergröße + -gewicht
- Fraktur + Sturzanamnese

Labor

- Blutbild; BSG/CRP
- im Serum: Calcium, Phosphat, Kreatinin, AP, GGT, TSH; Eiweiß-Elektrophorese

Sturzabklärung

- Aufstehtest, Tandem- oder Einbeinstand (siehe Langfassung)
- Medikamentenüberprüfung
- ggf. Geriatrisches Assessment (z.B. bei Demenz, Multimorbidität)

Knochendichte-Messung (DXA)

- Messort bei Frauen bis 75 J.: erst LWS, bei T-Score höher als -2,5 zusätzlich Femur (Gesamtareal)
- Messort bei Frauen über 75 J.: erst Femur (Gesamtareal), bei T-Score höher als -2,5 zusätzlich LWS

Abwendbar gefährliche oder komplizierte Verläufe:

⚠ V. a. Wirbelfraktur + neurologische Symptome: ⇒ **Klinikeinweisung (V. a. instabile Wirbelfraktur)**

⚠ Auffälligkeiten im Labor ODER Ursachen für sekundäre Osteoporose ODER unklare Diagnose:

⇒ **problemorientierte weitere diagnostische Abklärung, ggf. Überweisung zum Fachspezialisten**

III. Beurteilung (niedrigster T-Score an LWS oder Femur)

1. Periphere Frakturen oder Fraktur-Risikofaktoren (s. I. 3.-5.)

- (A) 1.a DXA-T-Score höher als -2 ⇒ allgemeine Empfehlungen; DXA-Verlaufskontrolle nach 2 Jahren (D)
- (D) 1.b DXA-T-Score -2 bis -2,5 ⇒ Röntgen BWS + LWS ⊥ (stumme WK-Frakturen?): ohne WK-Fraktur wie 1.a; mit WK-Fraktur wie 2.b
- (A) 1.c DXA-T-Score niedriger als -2,5 ⇒ allgemeine Empfehlungen + spezielle Pharmakotherapie

2. Radiologisch gesicherte Wirbelkörperfrakturen

- (D) 2.a DXA-T-Score höher als -2 ⇒ allgemeine Empfehlungen, Nutzen einer speziellen Pharmakotherapie nicht untersucht, andere Ursachen? (z.B. lokal-lytische Wirbelprozesse; pathologische Frakturen, altes Trauma); ggf. Überweisung zum Fachspezialisten
- (A) 2.b DXA-T-Score -2 und niedriger ⇒ allgemeine Empfehlungen + spezielle Pharmakotherapie + begleitende Therapiemaßnahmen

IV. Prophylaxe und Therapie bei Indikation 1.-4.

Allgemeine Empfehlungen

- ⇒ regelmäßige körperliche Aktivität (B); ausreichender Aufenthalt im Freien (mind. 30 Minuten täglich) (D)
- ⇒ bei hohem Sturzrisiko: Sturzabklärung und -intervention (B); Hüftprotector nach Abklärung der Akzeptanz (A)
- ⇒ ausreichende Grundversorgung (1500 mg Kalzium pro Tag) durch entsprechende Ernährung (B); (Milch/Milchprodukte, grünes Gemüse, kalziumreiches Mineralwasser)
- ⇒ keine Zigaretten (B); Alkoholkonsum weniger als 30 g pro Tag (B)
- ⇒ ausreichende Ernährung (Body Mass Index größer 20), Abklärung der Ursache eines Untergewichts (B)
- ⇒ Kalzium-Supplemente nur, wenn entsprechende Ernährung nicht möglich ist (A)
- ⇒ Supplementierung von bis zu 1500 mg Kalzium + 400- 800 IE Colecalciferol p. o. täglich nur bei stark in ihrer Mobilität eingeschränkten Frauen über 65 Jahre (A)
- ⇒ postmenopausale Hormontherapie nicht generell zur Primärprophylaxe der Osteoporose zu empfehlen; sorgfältige Abwägung von Nutzen und Risiken gemeinsam mit der Patientin (A)

(A) Spezielle Pharmakotherapie zur Verhinderung v on Wirbelkörperfrakturen*

- ⇒ 1. Wahl: Alendronat (Fosamax) 10 mg/Tag bzw. 70 mg/Woche ODER Raloxifen (Evista) 60 mg/Tag ODER Risedronat (Actonel) 5 mg/Tag bzw. 35 mg/Woche
jeweils zusätzlich 500-1000 mg Kalzium + 400-800 IE Colecalciferol p. o. täglich n. Bedarf

(A) Spezielle Pharmakotherapie zur Verhinderung v on Schenkelhalsfrakturen*

- ⇒ 1. Wahl: Alendronat (Fosamax) 10 mg/Tag bzw. 70 mg/Woche ODER Risedronat (Actonel) 5 mg/Tag bzw. 35 mg/Woche
jeweils zusätzlich 500-1000 mg Kalzium + 400-800 IE Colecalciferol p. o. täglich n. Bedarf

*zu Reservetherapien und Off-Label-Therapien bei Unverträglichkeit oder Kontraindikation für Therapien 1. Wahl s. Langfassung

(D) Begleitende Therapie bei Frauen mit Wirbelkörperfrakturen

- ⇒ suffiziente medikamentöse Schmerztherapie (WHO-Schema) UND rasche Mobilisierung
- ⇒ ggf. Stabilisierung durch elastisches Stützband
- ⇒ ambulante/stationäre Rehabilitation (Physiotherapie; Bewegungstraining; ggf. psychologische Betreuung)

(D) Betreuung im Verlauf

- ⇒ spezielle Pharmakotherapie für zunächst 3 (-5) Jahre; Fortführung nach klinischem Verlauf, ggf. Fachspezialisten konsultieren;
- ⇒ Klinische Verlaufskontrollen unter spezieller Pharmakotherapie (Compliance, Verträglichkeit, Frakturen?) alle 3-6 Monate; Knochendichte frühestens nach 2 Jahren