

Algorithmus II: Postmenopausale Osteoporose – starke Risikofaktoren

Postmenopausale Patientin, < 75 Jahre, mit

- ◆ peripheren Fraktur(en) ohne größeres Trauma (akut oder anamnestisch seit Menopause) **ODER**
- ◆ niedrigem Körpergewicht (Body Mass Index < 20 kg/m²) **ODER**
- ◆ ungewollter Gewichtsabnahme > 10% seit 25. Leb. bzw. in jüngster Zeit **ODER**
- ◆ hohes Sturzrisiko

Postmenopausale Patientin, < 75 Jahre, mit

- ◆ wichtigen Ursachen für sekundäre Formen der Osteoporose☆

4a

Anamnese + körperliche Untersuchung:

- ◆ Allgemeinbefinden? Vorerkrankungen / Medikationen?
- ◆ Basis-Labor: (BSG; BB incl. Diff.-BB; Serum: Calcium, Phosphat, Albumin, Kreatinin, AP, SGPT, basales TSH)

Hinweise für gefährliche oder komplizierte Verläufe?

nein

ja

Problemorientierte weitere Diagnostik; ggf. Überweisung an Fachspezialisten: V. a. sekundäre Osteoporose; bei Glukokortikoiden: ⇒ weiter mit: LL, Glukokortikoid-induzierte Osteoporose'

5a

Knochendichte-Messung (DXA)

Messort: < 65 J.: LWS; ≥ 65 J.: Femur

T-Score ?

≥ -1

< -1 bis -2,5

< -2,5

6a

Röntgen: BWS + LWS ⊥

Wirbelfraktur(en) ?

nein

ja

unklar / anderer Befund

Problemorientierte weitere Diagnostik; ggf. Überweisung an Fachspezialisten

Achtung: Entwurf von 2002. Nicht mehr gültig!

7a

- ◆ Befunde überprüfen!
- ◆ wenn unklar: Überweisung an Fachspezialisten (Osteologie; Endokrinologie)
- ◆ ansonsten Beratung; allgemeine, primärprophyl. Empfehlungen
- ◆ Beratung zu HST (s. Kurzfassung)
- ◆ Kontrolle der Knochendichte (DXA) nach 2 J.

⇨ weiter mit:
Algorithmus III (8b) 'Postmenopausale Osteoporose – Klinischer v. a. Wirbelfraktur(en)'

- ◆ spezielle Pharmakotherapie der 1. Wahl: Alendronat 10 mg/Tag bzw. 70 mg/Woche p.o. **ODER** Raloxifen 60 mg/Tag p.o. **ODER** Risedronat 5 mg/Tag p.o. (s. Kurzfassung)
- ◆ allg. Maßnahmen
 - Optimierung der Versorgung mit Calcium (500-1000 mg/Tag) und Vitamin D3 (400-800 IE/Tag)
 - Beratung hinsichtl. vermeidbarer Risiken;
 - Rehabilitative Maßnahmen (symptom- und beschwerdeabhängig)
- ◆ klinische Therapie-Kontrolle: alle 3-6 Monate; Kontrolle der Knochendichte (DXA) nach 2 J.

☆ **Wichtige Ursachen für sekundäre Osteoporose:** Alkoholismus; Antiepileptika (Phenytoine); Diabetes mellitus Typ I; Glukokortikoid-Dauermedikation (> 7,5 mg/d Prednisonäquivalent für ≥ 1 Jahr); fortgeschrittene Niereninsuffizienz; Z. n. Hyperthyreose; latente Hyperthyreose; Malabsorptions-Syndrom (Z. n. Gastrektomie; chron.-entzündl. Darmerkrankungen; perniziöse Anämie); primärer Hyperparathyreoidismus; Z. n. Organtransplantation

Algorithmus III: Postmenopausale Osteoporose – Klinischer V. a. Wirbelfraktur(en)

Postmenopausale Patientin, < 75 Jahre, mit
 ♦ akuten Rückenschmerzen ODER Abnahme der Körpergröße um > 4 cm

4b

Anamnese + körperliche Untersuchung:
 ♦ Allgemeinbefinden? ♦ Vorerkrankungen / Medikationen?
 ♦ bei Rückenschmerzen: Trauma? neurologische Zeichen? Klopferschmerz der Wirbel?

Hinweise für gefährliche Verläufe?

nein

ja

Achtung: Entwurf von 2002. Nicht mehr gültig!

Klinisch V. a. Wirbelfraktur(en)?

nein

ja

Überweisung zum
 Fachspezialisten:
 V. a. entzündliche oder
 maligne Prozesse;
 Klinikeinweisung: V. a.
 instabile Wirbelfraktur

5b

Andere Ursachen für die
 Beschwerden bedenken.
 Problemorientierte weitere
 Diagnostik und
 Behandlung; ggf.
 Überweisung an
 Fachspezialisten.
 ▷ LL ‚Rückenschmerz‘

Röntgen: BWS + LWS ⊥

Wirbelfraktur(en) bestätigt?

nein

ja

unklar /
 anderer Befund

6b

Basis-Labor (BSG; BB incl. Diff.-BB;
 Serum: Ca, P, Albumin, Krea, AP,
 SGPT, basales TSH)

Auffälligkeiten?

nein

ja

Problemorientierte weitere
 Diagnostik;
 ggf. Überweisung an
 Fachspezialisten: V. a.
 sekundäre Osteoporose;
 Differential-Diagnosen der
 osteoporotischen Wirbelfraktur:
 ♦ Plasmozytom
 ♦ M. Paget
 ♦ Skelettmetastasen
 ♦ degenerative Wirbel-
 Deformitäten
 ♦ Z. n. Wirbel-Trauma

7b

Knochendichte-Messung (DXA)
 Messort: < 65 J.: LWS; ≥ 65 J.: Femur

T-Score?

3 - 2

< - 2

8b

♦ Befunde überprüfen!
 ♦ Trauma?
 ♦ wenn unklar:
 Überweisung an
 Fachspezialisten: V. a. lokal-
 lytischen Prozess.
 ♦ ansonsten Beratung;
 allgemeine,
 primärprophyl. Empfehlungen
 ♦ Beratung zu HST (s. Kurzfassung)

♦ spezielle Pharmakotherapie der 1. Wahl: Alendronat 10 mg/Tag
 bzw. 70 mg/Woche p.o. ODER Raloxifen 60 mg/Tag p.o. ODER
 Risedronat 5 mg/Tag p.o. (s. Kurzfassung)
 ♦ allg. Maßnahmen
 - Schmerztherapie (WHO-Schema);
 - Optimierung der Calcium und Vitamin D3-Versorgung
 (Calcium 500-1000 mg und Vit D3 400- 800 IE p.o. pro Tag)
 - Beratung hinsichtlich vermeidbarer Risiken;
 - Rehabilitative Maßnahmen
 ♦ klinische Therapie-Kontrolle: alle 3-6 Monate;
 Kontrolle der Knochendichte (DXA) nach 2 J.