

Osteoporose und ihre Verhütung

Autor(en): **Ginsburg, J.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen
Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la
Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista :
bollettino della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti**

Band (Jahr): - **(1981)**

Heft 2

PDF erstellt am: **13.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-930444>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Osteoporose und ihre Verhütung

J. Ginsburg

Eine der wichtigsten negativen Folgen der Menopause besteht im Knochenschwund, der zur Osteoporose führt. Auf orthopädischen Stationen der Krankenhäuser finden sich bei Frauen ungefähr 20mal mehr Frakturen als bei Männern. Bei Männern steigt die Zahl der Knochenfrakturen erst um die 80 herum stark an, während der Anstieg bei Frauen bereits kurz nach der Menopause einsetzt. Wenn eine Osteoporose röntgenologisch erfassbar ist, hat der Knochen bereits 30% an Kalzium eingebüsst. Man hat ausgerechnet, dass der Knochenschwund in den ersten 3—5 Jahren nach der Menopause am stärksten ist und 1% per annum und mehr beträgt (Nordin B.E.C. et al. [1975]: «Postmenopausal bone loss», Current Medical Research and Opinion 3 [Suppl. 3], 28). Man sollte also Östrogene verabreichen, vielleicht sogar schon vor der Menopause, um die Knochen gesund zu erhalten. Hier handelt es sich um ein relativ neues Problem, das daher kommt, dass die heutigen Generationen ihre Eierstöcke 25 und mehr Jahre «überleben». Vor 400 bis 500 Jahren noch erreichten ja nur etwa 28% aller Frauen die Menopause und nur 5% wurden 75 Jahre alt. Heutzutage lauten die entsprechenden Zahlen 95% bzw. 55%.

Browne: Aber es darf nicht ungesagt bleiben, dass selbst hohe Östrogengaben den Knochen nicht wiederherstellen können, wenn ein gewisser Punkt überschritten ist.

Ginsburg: Es ist aber bewiesen, dass eine sehr begrenzte Menge Kalzium zurückgewonnen werden kann.

Campell: Die Arbeit von Lindsay et al. in Glasgow (Lancet 1976/I, 1038) über eine Langzeitbehandlung mit synthetischem Östrogen (6—7 Jahre) zeigte, verglichen mit Placebo, enorme Unterschiede in der Knochengesunderhaltung auf. Wenn Östrogen gleich nach Eintritt der Menopause gegeben wird, bleibt der Knochenschwund völlig aus. Wenn bereits ein gewisser — kleiner — Schwund eingetreten ist, können vielleicht 1—2% zurückgewonnen werden. Interessanterweise werden für die Verhütung des Knochenschwundes sehr viel niedrigere Dosen Östrogen benötigt als traditionell zur Besserung der Symptomatologie der Menopause verabreicht werden. Wenn aber die

Östrogenbehandlung nach sagen wir 5—6 Jahren abgebrochen wird, so wird die Patientin nach wiederum 5-6 Jahren genau so viel Kalzium verloren haben, als wäre sie niemals behandelt worden. Anders gesagt: Wenn die Östrogenbehandlung aufhört, tritt ein beschleunigter Knochenschwund ein. Wir sehen uns deshalb vor die Frage gestellt, eine Östrogenbehandlung — wenn einmal begonnen — 15—25 Jahre lang fortzuführen. Vielleicht besteht aber eine — durchaus reelle — Möglichkeit, dass Alternativen gefunden werden, um eine Osteoporose zu verhüten. Wir wissen beispielsweise, dass zusätzliche Kalziumgaben helfen können und möglicherweise auch vermehrte Bewegungstherapie.

Ginsberg: Die Frage lautet bestimmt nicht, ob man behandeln soll oder nicht, um einen Knochenschwund zu verhindern, sondern vielmehr, womit man behandeln soll, wie lange und in welcher Dosierung.

Browne: Man sollte aber die Öffentlichkeit und die entsprechenden Behörden erst einmal mit der Idee vertraut machen, dass man den Stoffwechselfvorgängen, die zu einer Osteoporose führen, vorbeugen und dass man sie behandeln muss. Die Osteoporose kann zu Beginn der Erkrankung völlig symptomlos verlaufen; ihre Behandlung ist jedoch aufwendig. Nordin sagte recht klar, wie therapeutisch vorzugehen ist. Seiner Ansicht nach sind Östrogene wichtig, aber auch Kalziumgaben. Ohne rechtzeitige Östrogenverabreichung könne man den Prozess des Knochenschwundes nicht aufhalten. Deshalb kann man eine prophylaktische Östrogengabe ins Auge fassen, und zwar schon vor Eintritt der Menopause.

Campell: Die zusätzliche Gabe von Kalzium sollte nicht unterschätzt werden: Es gibt einige neuere Beweise dafür, dass damit das Auftreten einer Osteoporose verhindert werden kann, vielleicht nicht im selben Ausmass wie mit Östrogen, aber mit weniger Nebenwirkungen. Ich würde sagen, dass die Östrogene eine Osteoporose nach der Menopause am besten verhindern können, wenn nur das Problem der Nebenwirkungen nicht vorhanden wäre. Frakturen stehen an wichtiger Stelle in der Morbidität und Mortalität der Frauen. Wenn man dann noch die Rückgratverkrümmungen und -verkürzungen, die Arthritiden und all die anderen Probleme hinzuzählt, die mit einem Knochenschwund verbunden sind, so erscheint es angebracht, die Vor- und Nachteile sorgfältig abzuwägen und gewisse Risiken der Östrogentherapie in Kauf zu nehmen, um das grössere Übel zu verhüten.