

Häufige Fehldiagnosen bei Osteoporose

Eine verminderte Knochendichte – also Osteoporose – ist häufig. Die Diagnostik ist fehleranfällig. Was taugen neuere Methoden?

Anja Stampfli

Der häufigste Grund für die Entstehung von Osteoporose bei einer Frau ist der Hormonmangel, welcher mit Eintritt der Menopause beginnt und sich in den vielen Lebensjahren danach weiterhin negativ auf den Knochenzustand auswirkt. Denn das Hormon Östrogen wird ab der Menopause im Körper nur noch gering gebildet.

«Wenn diese Hormone im Alterungsprozess allmählich versickern, entstehen typische Erkrankungen des älter werdenden Menschen, wozu die Osteoporose auch zählt. Hormone sind das Elixier unseres Lebens», erklärt Professor Dietmar Daichendt, Leiter des Osteoporosezentrums in München. Zu ihm kommen auch Betroffene aus der Schweiz, wenn sie nach der Diagnose Osteoporose nicht mehr weiter wissen. So auch Nora (Name geändert).

Sie ist 58 Jahre alt und hatte bereits sechs Wirbelfrakturen aufgrund der Osteoporose. Sie verträgt die Osteoporose-Medikamente nicht. «Es ist eine Entscheidung zwischen Pest und Cholera – entweder man entscheidet sich für schmerzhafte Wirbelbrüche oder für Osteoporose-Medikamente, von denen ich schwere Nebenwirkungen bekomme», sagt sie.

Vorsorge könnte erweitert werden

Oftmals bemerken Betroffene ihre Krankheit erst, wenn ein Knochen bricht, obwohl Vorsorgeuntersuchungen wie die Knochendichtemessung in der Schweiz von Ärzten empfohlen werden. Noch immer gilt in der Schweiz das Verfahren der DXA-Messung (Dual Energy X-ray Absorptiometry) als Goldstandard für die Diagnostik. Damit wird die Dichte in der Fläche, also zweidimensional, bestimmt. «Knochendichte muss aber im Volumen bestimmt werden», sagt Daichendt.

Klar ist: Das DXA-Verfahren hat eine hohe Trefferquote bei sehr gesunden Knochen und bei sehr kranken Knochen. Bei Zwischenformen oder bei anatomischen Besonderheiten, etwa schlanken Knochen oder Knochen mit einer dünnen Knochenrinde, gibt es eine hohe Quote an Fehldiagnosen. «DXA ist eine Untersuchung, die nicht in der Lage ist, die Individualanatomie zu berücksichtigen», so der Osteoporose-Spezialist aus München.

Er schätzt, dass das Verfahren zu rund 300'000 Fehldiagnosen in Westeuropa pro Jahr führt. Bereits 2011 schrieb das Deutsche Ärzteblatt: «Die Knochendichtemessung eignet sich

gut für die Risikoabschätzung von bisher Unbehandelten, sagt aber weniger aus über das Frakturrisiko vorbehandelter Patienten», erläuterte darin Professor Claus-C. Glüer.

Gibt es Alternativen? Aktuell nur bedingt. Zwar liegt ein moderneres Messverfahren vor, doch es ist noch nicht etabliert. Mit der sogenannten QCT-Untersuchung kann die Knochendichte dreidimensional gemessen werden. Und zwar mit einer speziellen Computertomografie namens «HRpQCT», welche eine Analyse der Knochenarchitektur auf mikroskopisch genauem Niveau ermöglicht. Noch ist diese Untersuchung in der Schweiz von der

Krankenkasse nicht anerkannt und muss selbst bezahlt werden.

Am Inselspital Bern sieht man keine Dringlichkeit dafür, dass die Krankenkassen diese Untersuchung übernehmen: Dort wird das hochauflösende bildgebende Verfahren HRpQCT lediglich für klinische Studien eingesetzt. «Für die Routineanwendung gibt es noch keine allgemein anerkannten diagnostische Schwellenwerte. Ohne solche Referenzwerte ist eine verlässliche Interpretation der Untersuchungsergebnisse schwierig», sagt Albrecht Popp, Leiter Osteologie an der Universitätsklinik für Diabetologie, Ernährung und Metabolismus des Inselspitals Bern. «Weder natio-

nale noch internationale Fachgesellschaften empfehlen HRpQCT derzeit zur Diagnose von Knochenerkrankungen. Die Leitlinien stützen sich weiterhin auf bewährte Verfahren, deren Interpretation klar definiert ist.»

Im Zentrum für Rheuma- und Knochenerkrankungen (ZRK) der Klinik im Park in Zürich hingegen wird die hochauflösende Knochendichte- und Strukturmessmethode für Betroffene mit unklarer Osteoporose angeboten. Referenzwerte für die HRpQCT-Messungen zieht man aus einer Datenbank der Universität Calgary in Kanada: «Jeder von uns gemessene Patient wird dort

mit normalen Patienten zwischen 18 und 90 Jahren in einer Datenbank, alles Kaukasier (sogenannte Normalkohorte), bezüglich Osteoporose verglichen», so Professor Hans Jörg Häuselmann von der Klinik im Park.

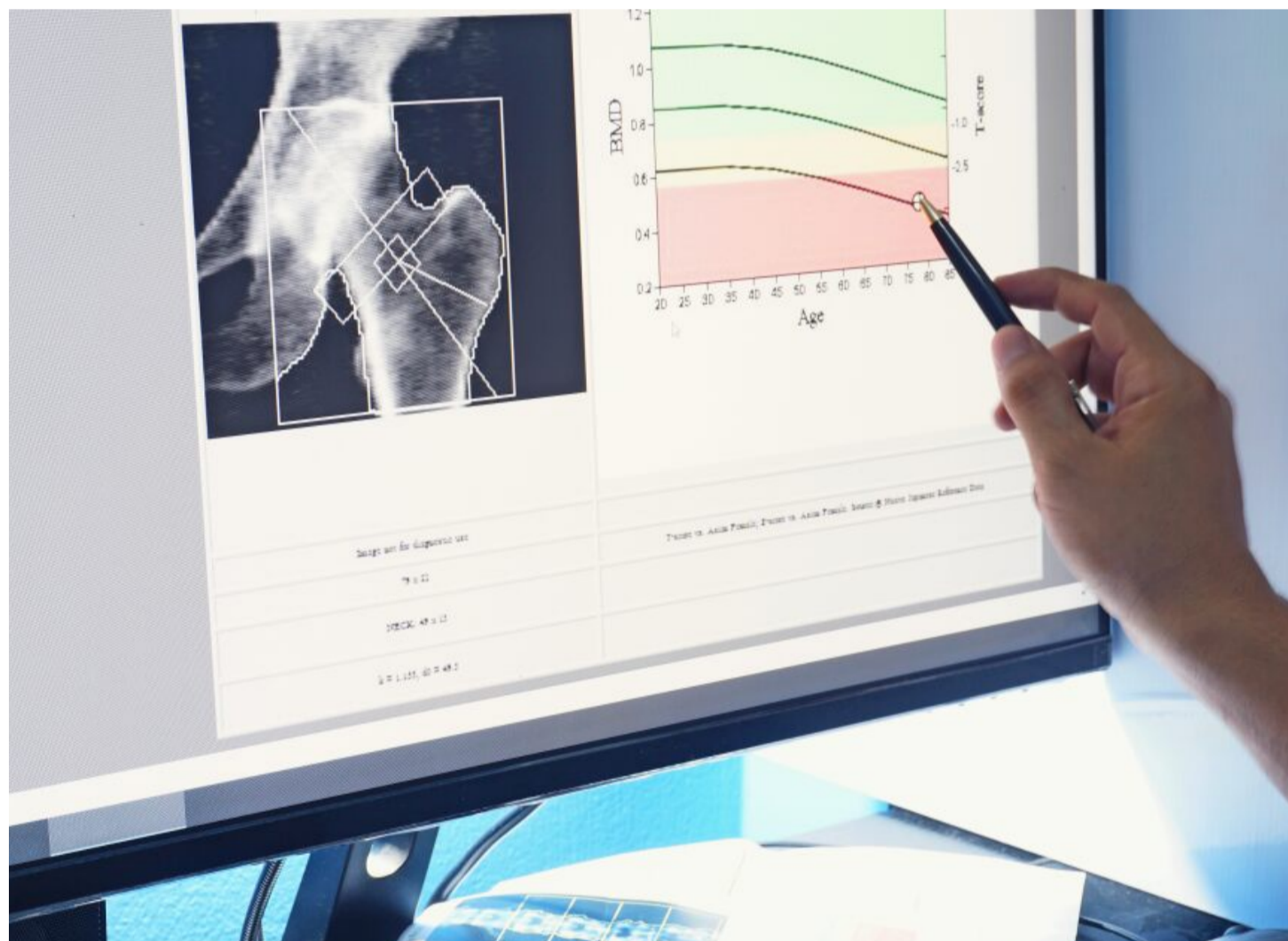
Rund 50 Patienten pro Jahr werden dort mit dieser Methode untersucht. Die zuweisenden Rheumatologen und Osteologen klären ihre Patienten zuerst mit der DXA-Methode ab.

Medikamente sind keine Wundermittel

Nicht nur die Diagnostik könnte verbessert werden, auch die Behandlung: Noch immer gehören Bisphosphonate bei vielen Ärzten zur Standard-Therapie bei Osteoporose. Daichendt sagt: «Das Hauptproblem bei den Bisphosphonaten ist, dass sie in den Knochen eindringen, ähnlich wie Wasser in einen Schwamm, sich im Knochen dauerhaft ablagern und dort nicht selektiv die knochenabbauenden Zellen (Osteoklasten) hemmen. Das bedeutet, die knochenaufbauenden Zellen (Osteoblasten) werden als Kollateralschaden gleich mitgehämmt. Dies hat einen kompletten Stopp des Knochenumbaus zur Folge», so Daichendt.

Immerhin kann so der Knochenabbau gestoppt werden. So ist es auch bei der Vielzahl neuer Medikamente, die zum Einsatz kommen. Wenn es darum geht, den Knochen wieder zu verdichten, ist dies meist nur im Ausmass weniger Prozente pro Jahr möglich.

Umso wichtiger ist die Prävention: Speziell Bewegung mit Krafttraining, das die Knochen gut durchblutet, und ein genügend hoher Vitamin-D-Spiegel wirken gegen den Knochenabbau. Ebenso ist eine Kalzium- und eiweissreiche Ernährung wichtig. Viel Alkohol, Rauchen, Unter- oder Übergewicht erhöhen das Risiko ebenfalls, an Osteoporose zu erkranken.



Eine Ärztin schaut sich die Knochendichte eines Patienten an.

Bild: Getty Images