

Rheuma Top 2013

Sekundäre Osteoporose-Ursachen

Nicht alles ist primäre Osteoporose! Die Häufigkeit der sekundären Osteoporose beträgt bei Frauen 15 bis 20%, bei Männern ist sie im Gegensatz dazu wesentlich häufiger. In zirka 50% der Fälle liegt bei Männern eine Grundkrankheit als Ursache der Osteoporose vor, stellte PD Dr. med. Christian Meier aus Basel fest.

Zu den sekundären Ursachen einer Osteoporose gehören endokrine Ursachen (Hypogonadismus, Hyperkortisolismus, Hyperthyreose, Hyperparathyreoidismus, Hyperprolaktinämie, Diabetes mellitus), hämatologische Erkrankungen (multiples Myeloma, Thalassemie, Mastozytose, diffuse Metastasierung), gastrointestinale Erkrankungen (chronisch-entzündliche Darmerkrankungen, Malabsorption/Malnutrition, primär biliäre Zirrhose, Laktose-Intoleranz), rheumatische Erkrankungen (rheumatoide Arthritis, M. Bechterew), kongenitale Ursachen (Osteogenesis imperfecta, Eh-



Empfehlungen der SGVO/DVO für Laboruntersuchungen Labor Allgemein	
TAB. 1	
Laborparameter	Wichtige damit verbundene Fragestellungen
Differential-Blutbild	Maligne hämatologische Erkrankung
Serum-Kalzium (B)	↑ Primärer Hyperparathyreoidismus oder andere Ursache einer Hyperkalzämie ↓ z.B. sekundärer Hyperparathyreoidismus, Malabsorption
Serum-Phosphat (D)	↓ Hyperparathyreoidismus, Malabsorption
Alkalische Phosphatase	↑ Osteomalazie
SGOT/SGPT (D)	Zur Differentialdiagnose einer hepatisch bedingten AP-Erhöhung
Serum-Kreatinin (C) (wegen Therapie)	↑ renale Osteopathie (je nach Muskelmasse ab Kreatininwerten >2–3 mg/dl zu erwarten)
BSG/C-Reaktives Protein (D)	↑ Differentialdiagnose entzündlicher Ursachen von Wirbelkörperdeformitäten und multiples Myelom
Testosteron (C)	Hypogonadismus beim Mann
TSH (B)	<0,3 mU/l endogen oder durch L-Thyroxin-Medikation bedingt als Risikofaktor für Frakturen

Empfehlungen der SGVO/DVO für Laboruntersuchungen Labor Spezial	
TAB. 2	
Laborparameter	Wichtige damit verbundene Fragestellungen
25-(OH)-D bei Hypo-, Hyperkalzämie, v.a. Mangelernährung	Vitamin-D-Mangel
Intaktes PTH bei Hypo-, Hyperkalzämie	Differenzierung primärer Hyperparathyreoidismus, sek. Hyperparathyreoidismus, Tumorhyperkalzämie
Tryptase	Mastozytose
Knochespez. Alk. Phosphatase	DD Leber/Knochen
Knochenresorptionsmarker U-DPD, S-CTX	Evaluation Knochenumbaurate

lers-Danlos-Syndrom, Marfan's Syndrom) sowie andere Ursachen wie Immobilisation, Organtransplantation, Anorexia nervosa, idiopathische Hyperkalzämie, chronischer Alkoholismus, schwere chronische Nierenkrankheit, HIV und Medikamente (z.B. Steroide, Antiepileptika, Aromatase-Hemmer, GnRH-Agonisten, Glitazone u.a.)

Der Referent berichtete über eine Studie der Universität Kansas City. Von 300 neuen Patienten in Folge, die in der Osteoporose-Klinik vorstellig wurden, wiesen 180 (60%) eine Osteoporose auf. 83 (46%) hatten eine oder mehrere Ursachen, die zu OP/Frakturen beitrugen, wie eine kürzlich begonnene Glukokortikoidtherapie oder eine vorzeitige Menopause. 19 (11%) wiesen eine neu identifizierte Ursache für die Osteoporose/Fraktur auf (Johnson BE et al Arch Int Med 1989;149:1069).

Osteoporose beim Mann

Eine sekundäre Osteoporose kommt in 30 bis 70% vor. Sie kann auf Glukokortikoide (exogen oder endogen), einen Hypogonadismus oder chronischen Alkoholkonsum zurückgeführt werden. Sie kann aber auch auf dem fortgeschrittenen Alter (>70 Jahre) beruhen.

Die idiopathische Osteoporose beim Mann tritt im Alter zwischen 35 und 65 Jahren auf. Sie ist meistens symptomatisch mit Frakturen. Die Pathogenese ist weitgehend unbekannt (hereditäre Komponenten?). Sie kann auch als Low-Turnover-Osteoporose (osteoblastäre Insuffizienz) auftreten.

Ziel des Basislabors ist die Erfassung wichtiger Krankheiten, die ganz oder teilweise für die Osteoporose verantwortlich sein können. Es müssen eine Abgrenzung gegenüber einer Osteomalazie und eine Erfassung von Einschränkungen einer medikamentösen Therapie (z.B. bei einer hochgradigen Niereninsuffizienz) durchgeführt werden.

Das Basislabor ist indiziert bei Frakturen nach Bagatelltraumen, bei Hinweisen für eine sekundäre osteologische Grunderkrankung, bei einem DXA-T-Wert <-2.0 SD oder einem ungewöhnlichen Verlauf unter Therapie.

- ▶ An sekundäre Ursachen der Osteoporose denken
 - V.a. bei ungewöhnlichen DXA-Resultaten (z-Score < -2SD, deutlich erniedrigte BMD-Werte)
 - Osteoporose bei jüngeren Frauen und Männern
 - Auffälliger Verlauf unter Therapie (BMD ↓, neue Frakturen)
- ▶ Ziel der Laboruntersuchungen
 - Nachweis oder Ausschluss von Krankheiten, die Osteoporose verursachen
 - Prüfung der Nierenfunktion vor der Therapie
- ▶ Umfang des Labors
 - Allgemeines Basislabor (BB, Ca, ALP, Kreatinin etc.). Weiterführende Untersuchung je nach Klinik oder Befunde

Nutzen von Laboruntersuchungen

Der Referent zeigte den Nutzen von Laborabklärungen anhand verschiedener Untersuchungen auf (Stenson W et al Arch Int Med 2005;165:393, Abrahamson B et al BMJ 2005;330:818, Jamal S et al

Osteoporos Int 2005;16:534). Eine Posthoc-Analyse der FIT-Studie ergab TSH < 1mIU/l 1%, PTH ↑ 7,8%, Hyperkalzämie 2,0%, Kreatinin ↑ 1%, Alk. Phosphatase ↑ 9,8%.

Multiple Myelom

1/20 mit neu diagnostizierter Osteoporose hatten eine monoklonale Gammopathie. Das relative Risiko für ein multiples Myelom bei Osteoporose ist 75-fach erhöht (10–160). Der M-Gradient in der Elektrophorese hat eine diagnostische Spezifität von 95% und ein PPV von 17,6%.

Zöliakie

Die Prävalenz einer Osteoporose vs. nicht Osteoporose ist 3,4% vs. 0,2%. Das relative Risiko ist bei Osteoporose um das 17-Fache erhöht (aber kontrovers).

Der Referent stellte 3 typische Fälle vor: eine Frau mit multiplem Myelom, einen Mann mit einer sekundären Osteoporose (an Medikamente denken!) und einen Mann mit Mastozytose.

▼ Prof. Dr. Dr. h.c. Walter F. Riesen

Quelle: Symposium für die Praxis. Rheuma Top 2013, 22./23. August 2013, Pfäffikon SZ