

**„Chronischer Schmerz fördert bei Osteoporose indirekt den Knochenschwund.“
Mit diesem Untertitel veröffentlichte Prof. Dr. Johann D. Ringe eine Artikel
zum Thema Schmerz bei Osteoporose (kurz OP).**

Aus unserer Sicht ist diese Arbeit deshalb so interessant, weil die Horizontal[®]-Therapie (kurz HT) fünf hochwirksame Mechanismen der Schmerzlinderung (siehe „8-Seiter OP“) aufweist, wodurch die Erfolgsaussichten bei der OP-Behandlung durch HT zusätzlich positiv beeinflusst werden können.

In den „Klinischen Studien zur Horizontal[®]-Therapie“ finden Sie z. B. in den Veröffentlichungen A6, A9, A10 und A18 die Effizienz der Schmerztherapie durch Horizontal[®]-Therapie. Die Einnahme von Schmerzmedikamenten konnte in vielen Fällen dabei sehr deutlich reduziert werden.

In Folgendem finden Sie einen Auszug dieser Arbeit:

„Unnötiges Leid mit fatalen Folgen

Chronischer Schmerz fördert bei Osteoporose indirekt den Knochenschwund

Osteoporosepatienten sind immer auch Schmerzpatienten. Viele werden schmerzbedingt zunehmend inaktiv, was wiederum die Progression der Osteoporose fördert. Daher ist es äußerst wichtig, frühzeitig eine adäquate Schmerztherapie zu beginnen, die die verschiedenen Schmerztypen berücksichtigt – vom Nozizeptorschmerz bis zum akuten osteogenen Schmerz beispielsweise nach Wirbelfraktur. Das typische Bild der klinisch manifesten Osteoporose ist allgemein bekannt: ältere Frau, „Witwenbuckel“, Bauchvorwölbung, Größenabnahme, chronisches Schmerzsyndrom, erheblich eingeschränkte Lebensqualität. Größenverlust und Deformierung werden von vielen Betroffenen vor allem als kosmetisches Problem wahrgenommen. Das Hauptproblem aber sind die meist unerträglichen chronischen Rückenschmerzen mit phasenweise akuten Exazerbationen bei neuen Wirbelkörperfrakturen oder Nachsinterungen bereits höhengeminderter Wirbel. Große Fortschritte wurden in den letzten Jahren in der Osteoporosedagnostik und in der Entwicklung von Medikamenten erzielt, die die zellulären Knochenumbauvorgänge im Sinne einer Stabilisierung der Knochenmikroarchitektur beeinflussen.

Schmerz als Messlatte des Therapieerfolgs

Das Leitsymptom Schmerz, das für den Patienten die subjektive „Messlatte“ des Therapieerfolgs ist, wird jedoch immer noch viel zu wenig beachtet. Die Wichtigkeit einer adäquaten Schmerztherapie wird deutlich, wenn der Schmerz auch als pathogenetischer Faktor und „Schrittmacher“ der Osteoporose verstanden wird.

Entgegen einer weit verbreiteten Fehleinschätzung ist die Osteoporose keine reine Frauenkrankheit. Beide Geschlechter sowohl im Kindes- als auch im Greisenalter können betroffen sein. Ebenso breit gefächert ist die klinische Präsentation. Mit dem Bild der schweren manifesten Osteoporose vor Augen besteht die Gefahr, dass Frühfälle ignoriert werden. Das Spektrum reicht von asymptomatischen Patienten (Osteopenie, präklinische Osteoporose), die sich nur densitometrisch diagnostizieren lassen, bis hin zu Spätfällen mit multiplen Wirbelfrakturen, Wirbelsäulendeformität,

Schmerzen und Gebrechlichkeit (Tab. 1). Manifeste Osteoporosen werden unabhängig von Ätiologie und Geschlecht in allen Lebensphasen beobachtet.

Zirka 20 Prozent Männer betroffen

Die Prävalenz der Osteoporose in unseren Breiten beträgt etwa zehn Prozent der Bevölkerung. Der Anteil der Männer wird auf 20 Prozent geschätzt. Bei ihnen erweisen sich zirka 50 Prozent als sekundäre Osteoporosen mit eindeutigen Grundkrankheiten und/ oder Medikamenten als Ursache – oft assoziiert mit weiteren Risikofaktoren. Die häufigste und am meisten gefürchtete sekundäre Osteoporose ist die Kortikoid-induzierte Form.

Gibt es den „typischen“ Osteoporoseschmerz?

Schmerzen sind mit den osteoporotischen Frakturen und deren Folgen assoziiert. So liegt bei nicht vertebrealen Frakturen eine meist umschriebene Schmerzlokalisierung vor. Der Schmerz ist – mit Ausnahme des Sudecksyndroms – zeitlich begrenzt und sistiert bei knöcherner Durchbauung des Bruchs oder schon bei operativer Stabilisierung. Komplexer ist die Situation im Rückenbereich, der Hauptlokalisierung der Osteoporoseschmerzen. Es gibt keine typischen, für die Osteoporosediagnose wegweisenden Rückenschmerzen. Es gibt jedoch im tageszeitlichen Schmerzverlauf Anzeichen, die eher für den Osteoporoseschmerz sprechen. Im Gegensatz zu den degenerativen Wirbelsäulenveränderungen (Osteoarthrose) mit meist morgendlichem „Lower Back Pain“, der sich mit zunehmender Bewegung innerhalb einiger Stunden bessert, nehmen der Osteoporoseschmerz im Rückenbereich und dessen mögliche Ausstrahlungen mit aufrechter Körperhaltung und physischer Belastung eher zu. Die Patienten haben das Bedürfnis, sich abzustützen oder Ruhephasen in horizontaler Lage einzuschleichen.

Schwieriger wird es bei Mischbildern aus Osteoporose und Osteoarthrose, vor allem bei Spätstadien der Osteoporose mit sekundärer Spondylosis deformans.

Auch hinsichtlich Schmerzcharakter und Intensität kommen alle Varianten vor. Dennoch sollte zwischen akutem, heftigem, erstmaligem oder erneutem Schmerz nach frischem Wirbeleinbruch und chronischem Dauerschmerz ohne frisches Bruchereignis unterschieden werden (Tab. 2). Daneben werden oft chronische dumpfe Rückenschmerzen bei Patienten mit signifikanter Knochendichteminderung ohne nachweisbaren Wirbeleinbruch angegeben. Diese können nur dann auf die Osteoporose bezogen werden, wenn andere Ursachen (zum Beispiel degenerative Wirbelsäulenveränderungen, multiples Myelom) eindeutig ausgeschlossen sind. Im Einzelfall können Schmerzbeschreibung und Schmerzkomponenten (zum Beispiel osteo-, myo-, arthro-, neurogen) erheblich variieren.

Arten von Rückenschmerzen im Osteoporoseverlauf			
	Rückenschmerz vor erster Wirbelfraktur	Akuter Schmerz nach frischer Wirbelfraktur	Chronischer Schmerz bei multiplen Wirbelfrakturen
Schmerzbeschreibung	dumpfer, mäßiger, meist diffuser Wirbelsäulenschmerz	sehr heftiger, unerträglicher, meist lokalisierter Schmerz	schwere, quälende, eher diffuse Rückenschmerzen; akute Exazerbation
Schmerzgenese	Genese unklar (intraossäre Mikrofrakturen, erhöhter Druck durch Mikrokallos?)	ossärer Schmerz durch Wirbeldestruktion und Periostläsion; Muskelharispann	Änderung der Wirbelsäulenstatik mit Fehlbelastung von Sehnen, Bändern, Muskeln und Wirbelgelenken; radikuläre Kompressionen

Tabelle 2

Chronischer Schmerz als Schrittmacher der Osteoporose

Die Schmerztherapie ist doppelt wichtig, da unbehandelter Schmerz ein erhebliches Risiko für einen Progress der Osteoporose bedeutet. Insofern ist eine ungenügende Schmerztherapie ein schwer wiegender Fehler bei der Behandlung von Osteoporosepatienten. Sowohl dem Arzt als auch dem Patienten ist oft nicht bewusst, dass die analgetische Unterversorgung nicht nur als Schmerz ertragen werden muss, sondern auch das Risiko künftiger Frakturen und erneuter Schmerzen erheblich ansteigen lässt. Inaktivität und Immobilität führen zu einem raschen Abbau von Knochensubstanz. Das mechanische Signal des Muskelzugs und die resultierende Knochenverformung sind für Knochenaufbau und -erhalt essenziell. Es besteht also ein Circulus vitiosus zwischen Osteoporose und Schmerz. Das Risiko der schmerzbedingten physischen Inaktivität ist dabei viel größer als potenzielle unerwünschte Arzneimittelwirkungen einer adäquaten – auch längerfristigen – Schmerztherapie.“

Literatur beim Verfasser

Prof. Dr. Johann D. Ringe, Leitender Arzt Medizinische Klinik 4, Allgemeine Innere Medizin, Klinikum Leverkusen, Dhünnberg 60, 51307 Leverkusen, E-Mail: ringe@klinikum-lev.de