

ohne Frakturen erhöht. Von denjenigen, die überleben, erreichen laut internationalen Daten derzeit weniger als ein Drittel den selben funktionellen Status wie vor der Fraktur. Die meisten bleiben auf fremde Hilfe angewiesen, müssen zumindest Gehhilfen verwenden oder werden zu Pflegefällen.

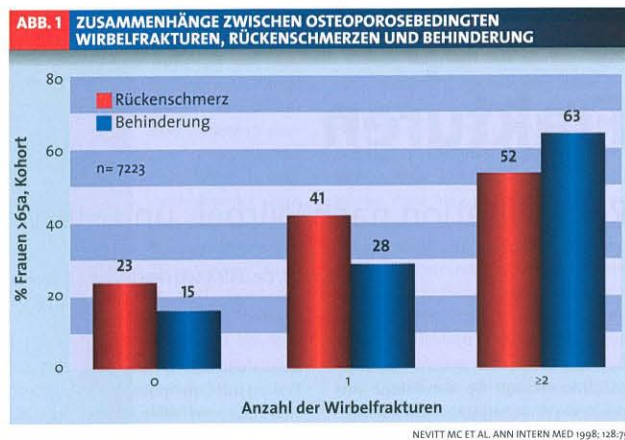
► Rehabilitation bei manifester Osteoporose

Die meisten Frakturen führen zu Schmerzen und erfordern für die Heilung eine Ruhigstellung, d. h. eine Immobilisierung bzw. operative Stabilisierung. Jede längere Immobilisierung führt zu einer Einschränkung des Bewegungsausmaßes, zum Muskel- und Knochenschwund. Die operativen Interventionen, z. B. bei den proximalen Femurfrakturen, unterstützen die rasche Mobilisierung. Trotzdem ist nach den meisten Frakturen eine Rehabi-

»Jede länger andauernde Immobilität führt zum weiteren Knochenverlust; bis zu mehreren Prozent innerhalb weniger Wochen sind in der Literatur beschrieben.«

tation zur Verbesserung des Bewegungsausmaßes, zur Kraft- und Funktionsverbesserung notwendig.

Eine manifeste Osteoporose kann aber auch Ursache für eine permanente Behinderung und für Pflegebedürftigkeit sein. Durch die Zunahme der Lebenserwartung ist zukünftig mit einer Zunahme der an Osteoporose Erkrankten und damit mit einer Zunahme von chronisch kranken, behinderten und pflegebedürftigen Menschen zu rechnen. Nur eine effiziente zielorientierte und kontrollierte Rehabilitation zusammen mit einer wirksamen Osteoporosetherapie und einer Aufklärung der Bevölkerung über Präventivmaßnahmen können diese Negativentwicklung stoppen.



Die Rehabilitation nach Osteoporosebedingten Frakturen beinhaltet die Schmerzbehandlung, funktionsverbessernde Maßnahmen, wie die Remobilisierung des Patienten, die Versorgung mit Orthesen und Gehhilfen, die Adaptierung des Umfeldes an permanente funktionelle Einschränkungen und medikamentöse Umstellungen. Dabei kommt der raschen Mobilisierung, der Vermeidung von schmerzbedingter längerer Bettruhe besondere Bedeutung zu. Denn jede länger andauernde Immobilität führt zum weiteren Knochenverlust; bis zu mehreren Prozent innerhalb weniger Wochen sind in der Literatur beschrieben.

Die Sturzprophylaxe gehört als Sekundärprävention in das Rehabilitations- und Behandlungskonzept des Osteoporosepatienten miteingeschlossen. Die Angst vor der nächsten Fraktur und somit vor einem Sturz zwingt die Patienten geradezu in ein inaktives Leben, das den Knochenabbau fördert. Das Sturzrisiko erhöht sich zudem mit zunehmendem Lebensalter. Etwa 30%–50% der >65-jährigen stürzen pro Jahr. 5%–10% der Stürze führen zu Knochenbrüchen.

Während Patienten nach einer distalen Radiusfraktur, einer proximalen Humerusfraktur oder nach Rippenfrakturen, dies sind typische Osteoporosebedingte Frakturen, meist in einem überschaubaren Zeitrahmen

rehabilitiert sind, gestaltet sich die Rehabilitation bei Wirbelfrakturen und Hüftfrakturen oft langwieriger und viele Patienten erreichen ihr Rehabilitationsziel nicht.

► Rehabilitation nach Wirbelfrakturen

Bei der manifesten vertebrealen Osteoporose muss zwischen der akuten Symptomatik, d. h. der Behandlung der symptomatischen Wirbelfraktur, und der Behandlung chronischer Rückenschmerzen, die meist mit einer permanenten Behinderung einhergehen, unterschieden werden. Etwa 30% der osteoporotischen Wirbelfrakturen sind symptomatisch, >50% entwickeln nach den Frakturen chronische Rückenschmerzen.

Bei der symptomatischen Wirbelfraktur steht die Schmerzbehandlung im Vordergrund. Zur Therapie der akuten Schmerzen müssen alle Behandlungsmöglichkeiten von den stark wirksamen Analgetika abwärts eingesetzt werden, d. h. Opioid und NSAR. Physikalische Maßnahmen, wie die Elektrostimulation und die Miederversorgung, sowie eine Bewegungstherapie, die zu keiner Schmerzprovokation führen darf, beschleunigen die Remobilisierung. Die Verbesserung der Kyphosierung, d. h. der Haltung, die Muskelkräftigung und

TAB. 1 HÜFTGELEKNSNAHE FRAKTUREN:

- Krankenhausaufenthalt bis zu 30 Tagen
- Mortalität im 1. Jahr: 12%–20% erhöht
- Pflegebedürftigkeit: 30%
- Funktionseinschränkung: 66%

das schmerzarme Durchführen wichtiger Alltagstätigkeiten, wie Transfer, Fortbewegung, An- und Auskleiden sind wesentliche Ziele der Frührehabilitation. Eine Stabilisierung des eingebrachten Wirbelkörpers durch Vertebro- oder Kyphoplastie sind neue minimal-invasive Methoden, welche zur Schmerzlinderung und Funktionsverbesserung deutlich beitragen können. Der Vorteil der Kyphoplastie im Vergleich zur Vertebroplastie ist, dass der Wirbelkörper dadurch aufgerichtet und der Kyphosewinkel verringert wird. Auch dürften bei der Kyphoplastie weniger häufig Komplikationen, wie Embolien, Rückenmarks- und Nervenwurzelläsionen auftreten. Über die Langzeitwirkung dieser neuen Methoden liegen derzeit noch keine Daten vor.

Eine besondere Herausforderung für die Rehabilitation stellen die sakralen Insuffizienzfrakturen dar. Hier gilt es vor allem in der Frühphase die Gewichtsbelastung auf das Sakrum zu reduzieren und gleichzeitig den Patienten so rasch wie nur möglich zu remobilisieren.

Bei multiplen Wirbelfrakturen, verbunden mit chronischen Rücken-

schmerzen, zunehmender Kyphose und damit verbundenen Einschränkungen im Alltagsleben verschlechtert sich die Lebensqualität laufend, wenn keine adäquate und umfassende Therapie erfolgt. Spezifische Fragebogenauswertungen zur Evaluierung der Lebensqualität bei vertebraler Osteoporose zeigen, dass diese Patienten kaum über einen zumutbaren Zeitraum schmerzfrei stehen, sitzen oder gehen können. Das Bücken um etwas vom Boden aufzuheben, das Herunterholen von Gegenständen, die über dem Kopfniveau gelagert sind, sind diesen Patienten unmöglich. Nicht selten werden Atembeschwerden aufgrund der verringerten Thoraxexkursion bei ausgeprägter Kyphose sowie Darmprobleme angegeben. Soziale Kontakte, Kino-, Theater- und Konzertbesuche werden eingeschränkt, da beispielsweise das lange Sitzen zu einer Verstärkung der Schmerzen führt.

Neben einer medikamentösen Osteoporosetherapie, vorwiegend mit Antiresorptiva, Kalzium und Vitamin D, muss hier eine Schmerzbehandlung durchgeführt werden, bei der die medikamentöse Dosierung möglichst

gering gehalten wird. Auch hier werden Opioid und NSAR eingesetzt bis eine optimale Dosierung gefunden wird. Jedoch sollten hier Opioid eher die Ausnahme darstellen und die Dosierung bei den NSAR beginnend gesteigert werden. Eine begleitende physikalische Therapie mit Elektrostimulation und Wärmeanwendungen sowie sämtliche komplementärmedizinischen Methoden, z. B. Akupunktur, sollten zwecks Medikamentenreduktion zumindest versucht werden. Die Leistungsfähigkeit, die Mobilität, und damit die Lebensqualität müssen bei diesen Patienten parallel verbessert werden. Die Kräftigung der Rückenstreckmuskulatur und die Verbesserung der Koordinations- bzw. Balancefähigkeit ist neben der Versorgung mit Orthesen und Gehhilfen oberstes Ziel. Wärmepackungen, Elektrotherapie, Ultraschalltherapie und Massagen können eine Übungs- und Trainingstherapie unterstützen.

Nicht jedes Übungsprogramm kann gleich unter Verwendung von Kraftmaschinen erfolgen. Ein progressives Krafttraining hat nachgewiesenermaßen nicht nur einen positiven Effekt auf die Knochendichte, es konnte auch beobachtet werden, dass ein Krafttraining der Rückenstreckmuskulatur langfristig Osteoporosebedingte Wirbelfrakturen reduziert und einer Kyphosierung entgegenwirkt. Eine entsprechende Übungs- oder Trainingstherapie muss daher adaptiert an die individuelle Knochenfestigkeit aber

OsteoCalVit®

Calcium + Vitamin D₃ Tabletten

- Praktische und kostengünstige 2-Monatspackung, 60 Stück
- Kein Zucker oder Süßstoffe
- Kalorienarm
- Keine künstlichen Aromen
- Lactose- und Glutenfrei
- Geeignet für Diabetiker und Vegetarier

Exklusiv in Ihrer Apotheke
€ 8,50 (Unverb. empf. Verkaufspreis inkl. MwSt.)



www.osteocalvit.com