Postmenopausales Osteoporoserisiko

H.		Concin ^a
F.		Taxer ^b
R.		Maier ^b
E.		Sader ^a

^aAbteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Krankenhaus Bregenz (Vorstand: Prim. Dr. H. Concin) ^bAbteilung Röntgendiagnostik, Krankenhaus Bregenz (Vorstand: Prim. Dr. F. Taxer)

Primarius Dr. H. Concin, Abteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Karl-Pedenzstraße 2, A-6900 Bregenz

Der postmenopausale Knochenmineralgehaltsverlust ist der wichtigste Faktor bei der Entstehung der primären Osteoporose. Voraussetzung für eine exakte Beurteilung des

Knochenmasseverlustes ist eine Untersuchungstechnik mit hoher Reproduzierbarkeit.

Am Krankenhaus Bregenz wird die Knochendichtemessung am Achsenskelett mit der quantitativen Computertomographie monoenergetisch an einem Gerät der vierten Generation (Picker 1.200 Expert) durchgeführt. Die Quantifizierung des selektiv und dreidimensional gemessenen Spongiosamineralgehaltes erfolgt mit Hilfe eines Referenzsystems (anthropomorphes Phantom und Standardmeßröhrchen mit bekannter Kalium-Phosphat-Kontrastlösung).

Die gegebene Gerätemeßstabilität, das Referenzsystem und ein standardisiertes Untersuchungs-Auswertungsprotokoll mit definierter Schichtebene im Wirbelkörper, wieder-auffindbarer Meßort in der Spongiosa und fix vorgegebener „region of interest“ (Meßfläche) gewährleisten eine hohe Präzision (Reproduzierbarkeit) der Messung mit nur minimaler Abweichung (um 1%) bei Wiederholungsuntersuchungen.

Zahlreiche Studien haben gezeigt, daß der prädiktive Wert verschiedener anamnestischer und klinischer Risikofaktoren, vor allem für die frakturierende Osteoporose, gering ist.

In einer Voruntersuchung wurden bei 50 Frauen ohne Osteoporose-Risikofaktoren die Normwerte für unsere Population bzw. unsere Untersuchungstechnik bestimmt.

Bei Frauen mit erniedrigtem alterskorrelierten Knochenmineralgehalt wurde eine Therapie mit Premarin 0,625 mg und Medroxyprogesteronacetat 2,5 mg täglich eingeleitet und nach 6 Monaten die Osteo-Computertomographie kontrolliert. Parallel dazu wurden 3 Probandinnen als „lebender Standard“ untersucht.

In der Therapiegruppe (n = 10) findet sich ein Knochenmassezuwachs von 3,3% bis 9,6% in 6 Monaten. Bei den 3 Probandinnen, die als „lebender Standard“ fungieren, ist aufgrund der Gesamtsituation keine relevante Veränderung der Knochenmasse zu erwarten. Bei diesen 3 Frauen liegt die Kontrollmessung zwischen minus 0,8% und plus 0,7%.

Wir haben in einer weiterführenden Studie begonnen, 200 Frauen in den ersten zwei Jahren der Postmenopause quantitativ computertomographisch zu untersuchen. Die Probandinnen werden aus dem Datenpool der Vorsorgeuntersuchungen unselektioniert ausgewählt und eingeladen.

Bei erniedrigtem Knochenmineralgehalt scheiden die betroffenen Frauen aus der Studie aus und werden einer Hormonsubstitution zugeführt. Frauen mit

Poster

473

normalem Knochenmineralgehalt werden nach 9 Monaten, Frauen mit hohem Knochenmineralgehalt nach 18 Monaten computertomographisch kontrolliert.

Mit dieser Studienanordnung müßte es möglich sein, „fast loser“ zu erfassen und einer Behandlung zuzuführen.

Der Anteil postmenopausal nicht substituierter Frauen nimmt ständig ab. Teilweise wird eine generelle klimakterische Hormonsubstitution gefordert. Ein computertomographisches Screening der nicht hormonsubstituierten Frauen muß in Zukunft diskutiert werden.