

Journal für
**Gastroenterologische und
Hepatologische Erkrankungen**

Fachzeitschrift für Erkrankungen des Verdauungstraktes

**Osteoporose aus der Sicht des
Gastroenterologen**

Hammer HF

*Journal für Gastroenterologische
und Hepatologische Erkrankungen*

2003; 1 (1), 28-30

Österreichische Gesellschaft
für Gastroenterologie und
Hepatology

www.oeggh.at



ÖGGH

Österreichische Gesellschaft
für Chirurgische Onkologie

www.aco-asso.at

acoasso

Österreichische Gesellschaft für Chirurgische Onkologie
Austrian Society of Surgical Oncology

Homepage:

**[www.kup.at/
gastroenterologie](http://www.kup.at/gastroenterologie)**

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Indexed in EMBASE/Compendex, Geobase
and Scopus

www.kup.at/gastroenterologie

Member of the 

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P.b.b. 032035263M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

H. Hammer

OSTEOPOROSE AUS DER SICHT DES GASTROENTEROLOGEN

GI-ERKRANKUNGEN MIT REDUZIERTER KNOCHENDICHTE

- Cholestase
- Post-Transplantation
- Malabsorption
- Entzündliche Darmerkrankungen (IBD)

HEPATISCHE OSTEODYSTROPHIE

- Beziehung zu Dauer und Schwere der Cholestase
- Knochenneubildung gehemmt
 - normales Kalzium und Vitamin D
 - „cholestatische Toxine“ hemmen Osteoblasten
- Biphassische Effekte der LTX
 - beschleunigter Knochenabbau in den ersten 6–12 Monaten (Immobilität? Steroide?)
 - nach 1 Jahr Anstieg der Knochendichte

OSTEOPOROSE BEI ZÖLIAKIE

Abbildung 1: Osteoporose bei Zöliakie (mod. nach [Meyer et al. Am J GE 2001; 96: 112])

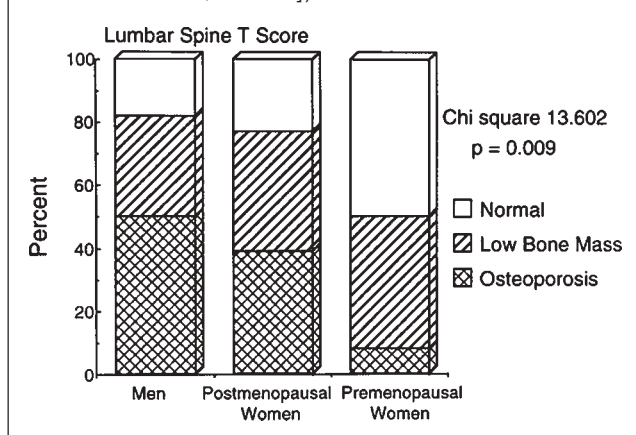
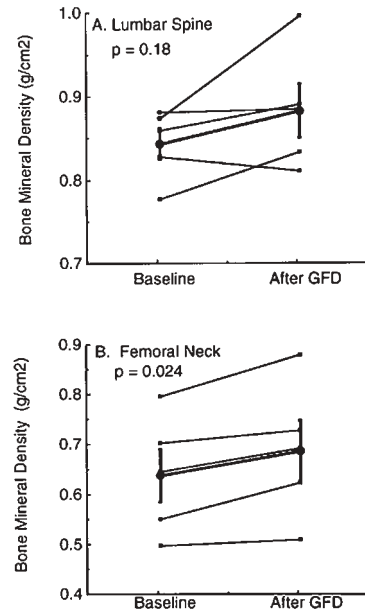


Abbildung 2: Knochendichte vor und nach 16 Monaten glutenfreier Diät (mod. nach [Meyer et al. Am J GE 2001; 96: 112])



OSTEOPOROSE BEI ENTZÜNDLICHEN DARMERKRANKUNGEN (IBD)

Tabelle 1: Osteoporose bei IBD (nach [Deausault et al. Gastroenterology 1999; 116: A697])

	M. Crohn (n = 104)	Colitis ulcerosa (n = 50)
% weibl.	64	30
Mittl. Alter (J)	37	40
Krankheitsdauer (J)	11	6
Osteopenie (%)		
Hüfte	43	42
Wirbelsäule	25	38
Osteoporose (%)		
Hüfte	14	8
Wirbelsäule	9	6

M. CROHN – KNOCHENDICHTE-RISIKOFAKTOREN

[Valentine et al., Am J GE 1999; 94: 878]

Allgemein

- Alter
- Frauen
- Familienanamnese
- Hypogonadismus
- Geringe körperl. Aktivität
- Rauchen
- Alkohol
- Nullipara
- Niedriger BMI

IBD-bezogen

- Hyperalimentation
- Inflamm. Zytokine
- Vitamin D-Mangel
- Ca-Malabsorption
- Steroide
- Andere Medikamente:
Heparin, Cyclosporin, Methotrexat

Abbildung 3: Prävalenz von Wirbelkörperfrakturen bei 268 M. Crohn-Patienten [Stockbrügger RW. Aliment Pharmacol Ther 2002; 16: 1519–27]

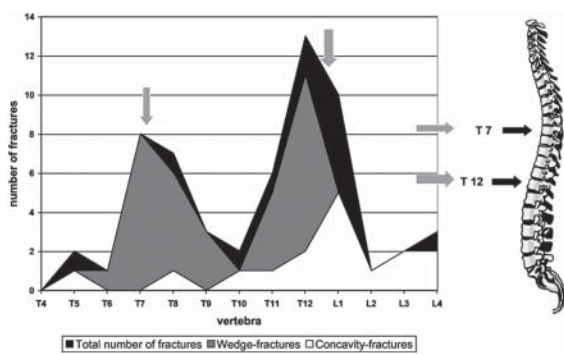
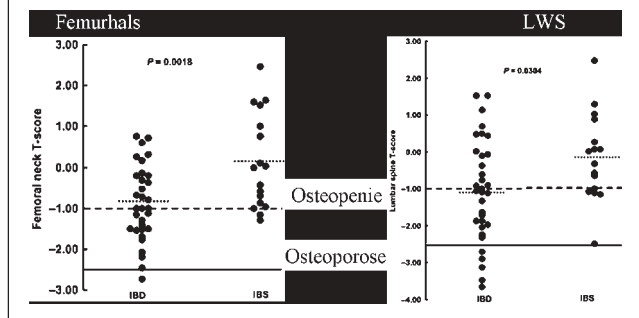


Abbildung 4: Knochendichte vor Einleitung einer antiinflammatorischen Therapie bei IBD und IBS (Kontrolle) [Lamb EJ. Aliment Pharmacol Ther 2002; 16: 1895]



BEHANDLUNG DER OSTEOPOROSE BEI IBD

- Ursachen vermeiden (Steroide?, Rauchen, Immobilität, Vitamin D-Mangel, Entzündungsaktivität)
- Kalzium und Vitamin D
- Bisphosphonate (Abb. 5)

Abbildung 5: Alendronat bei M. Crohn: Änderung der BMD bezogen auf den Ausgangswert [Haderslev et al. Gastroenterology 2000; 119: 639]

(● = Alendronat 10mg/d, n = 15; ○ = Placebo, n = 17)

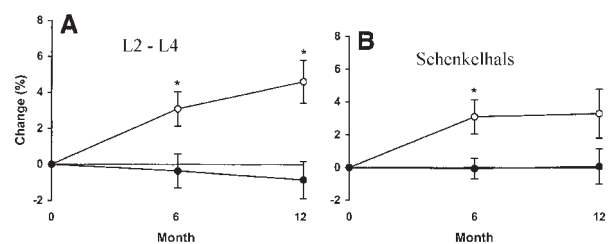


Tabelle 2: IBD und Steroidtherapie: Osteoporose – Fraktur [Stockbrügger RW. Aliment Pharmacol Ther 2002; 16: 1519–27]

	Keine Steroide (n = 179)		Laufende Steroidtherapie (n = 90)	p-Wert
	Niemals Steroide (n = 97)	Steroide in d. Vergangenheit (n = 82)		
Knochendichte (g/cm ²)	1,02	0,97	0,94	< 0,001
T-Score	-0,47	-0,87	-1,17	< 0,001
T-Score-Werte, n (%)				
T-Score > -1	64 (66)	46 (56)	38 (42)	
T-Score -1 bis -2,5*	30 (31)	27 (33)	38 (42)	0,006
T-Score < -2,5**	3 (3)	9 (11)	14 (16)	
Pat. mit Frakturen (%)	12/97 (12,4)	13/82 (15,9)	13/98 (14,6)	0,79

*Definition d. Osteopenie; **Definition d. Osteoporose

→ Knochendichte bei laufender Steroidtherapie niedrig, Zahl der Frakturen nicht erhöht

Abbildung 6: Diagnose und Behandlung von mit M. Crohn assoziiertem Knochenschwund [Siverberg et al. Clin Perspect Gastroenterol 2000]

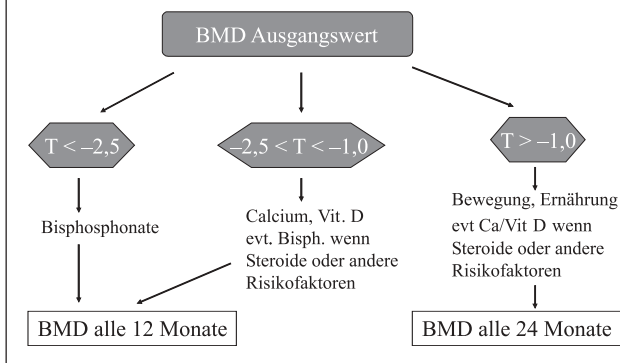
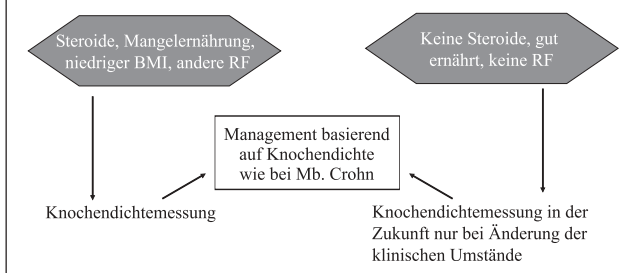


Abbildung 7: Diagnose und Behandlung von mit Colitis ulcerosa assoziiertem Knochenschwund [Siverberg et al. Clin Perspect Gastroenterol 2000]



GASTROINTESTINALE EREIGNISSE BEI OSTEOPOROSE

[Fracture Intervention Trial, Arch Int Med 2000; 160: 517]

- 6.459 osteoporotische Frauen (Alter: 54–81 Jahre)
- Alendronat 5 bzw. 10 mg/d oder Placebo über Ø 3,8 Jahre
- NSAR oder Acetylsalicylsäure (42 % initial, 88 % zumind. ein Tag im Verlauf d. Studie)
- Höheres Alter, pos. Anamnese und NSAR-Therapie erhöhen Risiko in der Alendronat- (A) und in der Placebo- (P) Gruppe gleichmäßig

	A (%)	P (%)
Alle GI-Ereignisse	47,5	46,2
PUB	1,6	1,9
Hospitalisierung wegen GI-NW	2,0	1,8
Abbruch wegen GI-NW	0,5	0,5

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)