

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

Osteoporose des Mannes

Luger A

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2007; 14 (Sonderheft

6) (Ausgabe für Österreich), 24

Homepage:

www.kup.at/urologie

Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche

Indexed in Scopus

Member of the



www.kup.at/urologie

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

P. b. b. 022031116M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Unsere Räucherkegel fertigen wir aus den feinsten **Kräutern** und **Hölzern**, vermischt mit dem wohlriechenden **Harz** der **Schwarzföhre**, ihrem »Pech«. Vieles sammeln wir wild in den Wiesen und Wäldern unseres **Bio-Bauernhofes** am Fuß der Hohen Wand, manches bauen wir eigens an. Für unsere Räucherkegel verwenden wir reine **Holzkohle** aus traditioneller österreichischer Köhlerlei.

»Eure Räucherkegel sind einfach wunderbar.
Bessere Räucherkegel als Eure sind mir nicht bekannt.«
– Wolf-Dieter Storl

synthetische
OHNE
Zusätze

Waldweihrauch

»Feines Räucherwerk
aus dem *Schneeberg*«
L A N D



www.waldweihrauch.at

OSTEOPOROSE DES MANNES

Im Gegensatz zur Osteoporose bei Frauen ist jene bei Männern deutlich weniger erforscht. Grundsätze der Diagnostik und Therapie der Osteoporose wurden im wesentlichen von den evidenzbasierten Erkenntnissen bei Frauen übernommen. Das Problem der Osteoporose des Mannes wird aber in Zukunft ganz wesentlich an Bedeutung gewinnen, denn wievohl Männer nach wie vor deutlich früher sterben als Frauen, verlängert sich auch ihre Lebenserwartung. Darüber hinaus werden auch viele Männer, die an Prostatakarzinom erkrankt sind und einer Androgen-deprivation zugeführt werden, immer älter. Männliche Patienten mit osteoporotischen Frakturen haben darüber hinaus auch eine deutlich schlechtere Prognose als Frauen.

Männer erreichen in der dritten Lebensdekade eine wesentlich höhere „peak bone mass“ als Frauen, was auch auf die größeren Knochen von Männern zurückzuführen ist. Die „peak bone mass“ stellt eine wesentliche Determinante des Osteoporoserisikos dar, da es nach dem dritten Lebensjahrzehnt physiologischerweise zu einer kontinuierlichen Abnahme der Knochenmasse kommt. Neben der geringeren Lebenserwartung der Männer stellt auch die während der ersten Jahre der Menopause besonders rasche Abnahme der Knochenmineraldichte eine Ursache für die höhere Prävalenz von osteoporotischen Frakturen bei Frauen dar. Für den Knochen scheint jedoch auch bei Männern weniger Testosteron, sondern Östradiol das wesentlichere Sexualsteroid darzustellen.

Bei der Osteoporose des Mannes mit oder ohne osteoporotische Frakturen ist vorrangig an die Möglichkeit einer sekundären Osteoporose zu denken (Tab. 1). Die Häufigkeit einer sekundären Ursache für Osteoporose beim Mann ist mit 30–70 % angegeben. Die häufigste Ursache stellt ein Glukokortikoid-Überschuß dar, in den meisten Fällen ist dies eine Therapie mit Glukokortikoiden in einer Dose-

Tabelle 1: Sekundäre Osteoporose beim Mann

1. Endokrine Ursachen: Hypogonadismus, Cushing-Syndrom, Hyperthyreose, Hyperparathyreoidismus
2. Medikamentös verursacht: Glukokortikoidtherapie, Androgendeprivation, Antikonvulsiva, Chemotherapie, Antikoagulantien
3. Gastrointestinale Ursachen: Malabsorptionssyndrom, Leberzirrhose
4. Systemische Erkrankungen: chronische Polyarthritis, multiples Myelom, Mastozytose
5. Genetische Ursachen: Osteogenesis imperfecta, Homozysteinurie
6. Andere Ursachen: Alkoholabusus, Hyperkalzurie, Immobilisierung, Niereninsuffizienz, geringe Sonneneexposition

rung über 5 mg Prednisolon-Äquivalent über einen Zeitraum von mehr als drei Monaten. Aus diesem Grund sollten auch bei jeder Glukokortikoidtherapie ab einer Dosis von 5 mg Prednisolon über mehr als drei Monate jedenfalls neben 1500 mg Kalzium und 800 E Vitamin D pro Tag auch Bisphosphonate (70 mg Alendronat per os 1x/Woche oder 35 mg Risedronat 1x/Woche) verabreicht werden. Eine weitere wesentliche Ursache für die Osteoporose beim Mann ist der Hypogonadismus. Wenngleich es physiologischerweise keine Andropause gibt, gewinnt der Androgenmangel, der therapeutisch bei der Therapie des Prostatakarzinoms induziert wird, zunehmend an Bedeutung, da diese Patienten auch eine längere Lebenserwartung haben. Die dritte wesentliche Ursache der Osteoporose des Mannes stellt Alkoholismus dar, aber auch an die anderen in der Tabelle angeführten Ursachen sollte gedacht werden.

Zur Diagnose der Osteoporose beim Mann sollte ebenso wie bei der Frau die Zwei-Spektren-Röntgen-Absorptiometrie (DXA) eingesetzt werden. Falls kein Risiko für Osteoporose vorliegt, sollte dies erstmals um das 70. Lebensjahr (bei Frauen um 5 Jahre früher) erfolgen. Ob weitere Kontrollen erforderlich sind und wenn ja, in welchen Abständen, richtet sich nach dem Ergebnis der ersten Untersuchung und einer eventuell eingeleiteten Therapie. Die Definition der Osteoporose beim Mann erfolgt analog zu jener bei der Frau: T-Score

< -2,5, also mehr als 2,5 Standardabweichungen unter dem Mittelwert gesunder junger Männer.

Auch die Therapie der Osteoporose des Mannes orientiert sich an jener der Frau: Neben Kalzium- und Vitamin-D-Supplementation sind dies in erster Linie Bisphosphonate (neben Alendronat und Risedronat in oben angeführter Dosierung bei Unverträglichkeit auch 3 mg Ibandronat i. v. alle 3 Monate), Strontiumranelat und Parathormonderivate. Bei Männern spielt jedoch auch die Testosteronsubstitution bei Testosteronmangel eine bedeutende Rolle.

Zusammenfassend kann davon ausgegangen werden, daß die Osteoporose in Zukunft auch als Männerkrankheit zunehmend an Bedeutung gewinnt. Diagnostische und therapeutische Maßnahmen sollten auch bei Männern vermehrt eingesetzt werden, um die mit osteoporotischen Frakturen einhergehende massiv erhöhte Morbidität und Mortalität zu verringern.

Korrespondenzadresse:

ao. Univ.-Prof. Dr. Anton Luger
Klinische Abteilung für Endokrinologie
und Stoffwechsel
Universitätsklinik für Innere Medizin III
Medizinische Universität Wien –
Allgemeines Krankenhaus der Stadt
Wien
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
E-Mail:
anton.luger@meduniwien.ac.at

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](#)