

## Schwerpunkt. **Bewegungsapparat**

# Männerknochen vernachlässigt

**Gendermedizin.** Dass bei kardiovaskulären Erkrankungen Frauen eine schlechtere Prognose haben als Männer, ist bekannt. Bei Osteoporose hingegen sind es die Männer, die schlechter versorgt werden.

Von **Roland Fath/ÄZ**

Die Gendermedizin gewinnt zunehmend an Bedeutung und zählte zu den Schwerpunktthemen beim 123. Kongress der Deutschen Gesellschaft, die in Mannheim stattgefunden hat. Bekannt ist, dass Frauen mit KHK, Herzinfarkt oder Herzinsuffizienz im Schnitt schlechter versorgt werden als Männer, vermutlich weil die Erkrankungen als „Männerkrankheit“ gelten. Nachteile in der medizinischen Versorgung gibt es genauso für Männer, wenn sie an einer klassischen „Frauenkrankheit“ wie der Osteoporose erkranken.

Die Prävalenz der Osteoporose ist bei Frauen deutlich höher als bei Männern, aber auch Männer erkranken gar nicht so selten. „Die Prävalenz liegt bei Männern in einer Größenordnung von fünf bis zehn Prozent“, berichtete Prof. PD Dr. Susanne Kaser, Stellvertretende Direktorin der Universitätsklinik für Innere Medizin I, Medizinische Universität Innsbruck. In den 27 EU-Ländern sei, basierend auf Zahlen aus dem Jahr 2010, mit etwa 21 Millionen betroffenen Frauen und 5,5 Millionen Männern zu rechnen.

### Höhere Mortalität bei Männern

Genauso wie bei Herzerkrankungen gibt es auch bei der Osteoporose deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Bei Männern gibt es viel häufiger sekundäre Osteoporoseformen als bei Frauen, wie etwa durch exzessiven Alkoholkonsum, einer systemischen Glukokortikoid-Therapie oder durch Hypogonadismus, während bei Frauen die postmenopausale Knochenveränderungen im Fokus steht. Die Mortalität von Männern mit Osteoporosefrakturen sei höher als die von Frauen, sagte Kaser.

Bei Männern ab dem 50. Lebensjahr gilt zur Diagnose einer Osteoporose der gleiche T-Score < 2,0 wie bei Frauen, wobei der Referenzwert

die durchschnittliche Knochendichte einer 20-29-jährigen Frau widerspiegelt, erklärte die Endokrinologin. Männer hätten aber bei einem T-Score < 2,0 ein höheres Frakturrisiko. Mit zunehmendem Alter steige dieses Risiko. Ein Screening auf Osteoporose wird vom Dachverband Osteologie (DVO) bei Männern jeweils zehn Jahre später als bei Frauen empfohlen – eine Art Analogie zur These, dass Herzinfarkte Frauen rund zehn Jahre später als Männer treffen. Ein allgemeines Screening wird bei Männern ab dem 80. Lebensjahr (Frauen ab 70) empfohlen, bei Männern mit Risikofaktoren sollte es bereits zehn Jahre früher erfolgen (Frauen ab 60) und bei bereits aufgetretenen Frakturen oder einer systemischen Glukokortikoid-Therapie soll das Screening bei Männern ab dem 60. Lebensjahr erfolgen.

### Medikation ist bei beiden gleich

Viel seltener als Frauen erhalten Männer eine Osteoporose-Therapie, obwohl die Therapieindikationen die gleichen sind, sagte Kaser. Der Anteil liege unter 10 Prozent im Vergleich zu rund 50 Prozent bei Frauen. Ein möglicher Grund: Die Studienlage sei bei Männern mit Osteoporose limitiert.

Prinzipiell werden für die Osteoporose-Therapie bei Männern die gleichen Standardmedikamente wie bei Frauen empfohlen. Testosteron habe bisher keinen Stellenwert in



**Bei Männern** gibt es viel häufiger sekundäre Osteoporoseformen als bei Frauen, etwa durch exzessiven Alkoholkonsum, einer systemischen Glukokortikoid-Therapie oder durch Hypogonadismus. © picture alliance/blickwinkel

der Therapie bei Männern, weil ein Nutzen in Bezug auf die Frakturrate bisher nicht nachgewiesen werden konnte, sagte Kaser.

### Diastolische Herzschwäche häufiger

Zurück zu den Geschlechterunterschieden bei kardiovaskulären Erkrankungen. Für die schlechtere Prognose von Frauen mit Herzinsuffizienz gibt es eine weitere, bisher weniger beachtete Erklärung: Frauen



Viel seltener als Frauen erhalten Männer eine Osteoporose-Behandlung, obwohl die Indikationen die gleichen sind.

**Prof. PD Dr. Susanne Kaser**  
Medizinische Universität Innsbruck

haben deutlich häufiger als Männer eine diastolische Herzinsuffizienz mit erhaltener Pumpfunktion, für die es bisher keine etablierte Therapie gibt. Rund 70 Prozent aller Patienten mit diastolischer Herzinsuffizienz seien Frauen, berichtete Dr. Elpiniki Katsari, Herzchirurgin am Klinikum Karlsburg. Männer hätten häufiger eine ischämische Kardiomyopathie, die allerdings ebenfalls mit einer ungünstigeren Prognose korreliert. Das NYHA-Stadium ist bei Männern ein wichtigerer Mortalitäts-Prädiktor als bei Frauen, so Katsari.

Besonders hoch ist das Herzinsuffizienz-Risiko bei Frauen mit Diabetes und mit Hypertonie im Vergleich zu entsprechenden Männern. Im Schnitt sind Frauen bei der Erstdiagnose einer Herzinsuffizienz 2,7 Jahre älter als Männer.

Ein weiterer wichtiger Aspekt in der Gendermedizin, für den es sowohl bei Herzerkrankungen als auch in der Transplantationsmedizin Hinweise gibt: Wie gut eine leitliniengerechte Therapie umgesetzt wird, scheint auch vom Geschlecht des behandelnden Arztes abzuhängen. Am besten seien die Ergebnisse, wenn männliche Patienten von männlichen Ärzten und weibliche Patientinnen von Ärztinnen behandelt würden, sagte Katsari.

**Quelle:** Symposium „... und es gibt ihn doch, den kleinen Unterschied - im Fokus Niere, Herz und Knochen“ anlässlich des 123. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) am 29. April 2017, Mannheim

**Duloxetine ratiopharm®**

- Dual wirksames Antidepressivum (SSNRI)
- 30 mg und 60 mg Hartkapseln
- Zur Behandlung von **depressiven Erkrankungen** (Major Depression), **Schmerzen bei diabetischer Polyneuropathie** sowie **generalisierter Angststörung**

REFERENZPRÄPARAT: **Cymbalta®**

Diagnose und Erstverordnung durch Facharzt für Neurologie/Psychiatrie (N/P)

Fachkurzinformation siehe Seite 38

## Neue Methode bei Knorpelschäden

**Zellersatz.** Im Orthopädischen Spital Speising hat man einen einfacheren Weg gefunden, defekte Zellen durch eigene, gesunde zu ersetzen.

**oss.at.** Bei eher jüngeren Patienten, die am oberen Sprunggelenk einen Knorpelschaden aufweisen,

wendet das Fuß-Spezialteam im Spital Speising, Wien, eine innovative chirurgische Regenerationsmethode an: „Es werden Ersatzzellen vom Beckenkammknochen entnommen und ins Sprunggelenk eingesetzt, sodass sich diese dann in Knorpelzellen im Sprunggelenk umwandeln und den Knorpelschaden decken können“, erläutert Oberarzt Dr. Peter Bock, Leiter des Spezialteams Fuß in Wien-Speising.

Früher hat man auch Knorpelzellen gezüchtet – ein komplexer,

langwieriger Prozess, der viel teurer war und zwei Operationen erfordert hat. Man musste die Knorpelzellen in der ersten Operation aus dem Kniegelenk entnehmen, dann einige Wochen warten, um dann diese wieder ins Sprunggelenk einsetzen zu können.

Der Vorteil der neuen, regenerativen Methode liegt darin, dass alles in einer einzigen (zirka anderthalb Stunden dauernden) Operation durchgeführt werden kann und die Ergebnisse vielversprechend sind.

„Man nimmt von den Zellen aus dem Beckenkammknochen an, dass sie noch wandlungsfähig sind und sich daher in Knorpelzellen umwandeln können“, so Fußspezialist Bock.

Nach dem operativen Eingriff darf der Patient das Gelenk sechs Wochen lang nicht belasten; hierfür erhält er meist für zwei Wochen einen Gips, danach wird ihm ein Stiefel und gleichzeitig eine Motorschiene angelegt, die das Sprunggelenk durchbewegt, damit die Zellen auch gut „wachsen“.



**Neues** regeneratives Verfahren benötigt statt zwei nur noch einen Operationsschritt. © www.oss.at