


Hyperkyphose der Brustwirbelsäule beim Erwachsenen: unterschätzt, progredient und (noch) schwierig zu behandeln

Reto Krapf, Chefredaktor



Geht es Ihnen auch so, dass Sie bei einer Hyperkyphose beim alten Menschen («Witwenbuckel») primär an osteoporotische Wirbelfrakturen denken oder beim Betrachten des seitlichen Thoraxröntgenbildes die Hyperkyphose mit einem Seitenblick auf das Alter des Patienten als normal anschauen?

Das Ausmass der Kyphose kann man klinisch mit verschiedenen Methoden (z.B. dem Debrunner-Kyphometer) oder radiologisch mit Messung des Cobb's angle abschätzen (Abb. 1 ) . Ein Winkel über 40 Grad gilt als diagnostisch für die Hyperkyphose, obwohl unterschiedliche Grenzwerte angewendet werden. Das Hauptproblem der Kyphose resp. Hyperkyphose ist, dass sie mit dem Alterwerden zunimmt, wobei die grösste und schnellste Zunahme zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr erfolgt. Man nimmt an, dass als Folge davon bei 20–40% der unabhängig lebenden Menschen über 60 Jahre eine Hyperkyphose vorliegt. Diese verursacht eine beträchtliche Morbidität (Schmerzen, Sturzneigung, eingeschränkte Vitalkapazität der Lungen, verminderte körperliche Belastbarkeit, gastrointestinale Motilitätsstörungen etc.) sowie eine erhöhte Mortalität.

Überraschend ist, dass «nur» etwa ein Drittel auch ausgeprägter Hyperkyphosen wirklich auf osteoporotische Wirbelfrakturen zurückgeführt werden können [1]. Es gibt sogar Gründe anzunehmen, dass die Hyperkyphose ihrerseits als *primum movens* Ursache von Wirbelfrakturen sein kann. Andere Ursachen der Hyperkyphose umfassen degenerative Bandscheibenveränderungen, Verlust der thorakalen Muskelmasse (Sarkopenie), Verlust der Elastizität bis zu Verkalkungen der vertebrenalen Längsbänder, aber auch genetische Faktoren. Man kann annehmen, dass die altersbedingte Hyperkyphose eine der Krankheiten mit komplexer, multigenetischer Ursache ist und dass eine entsprechende Prädisposition eine Rolle spielt.

Die Progressionsrate der Hyperkyphose ist je nach Population und Studie sehr unterschiedlich und variiert von 0,3 bis zu mehr als 2 Winkelgraden pro Jahr! Leider wurde bisher von praktisch keiner der empfohlenen Interventionen gezeigt, dass sie die Kyphosierung verlangsamen, auch wenn die Massnahmen intuitiv sinnvoll sind (Haltungstherapie, Physiotherapie, orthopädische Interventionen, Behandlung der Osteoporose etc.). Im Hinblick auf die Interventionen ist eine eben erschienene Studie wichtig [2]. Sie zeigt zumindest für Frauen die

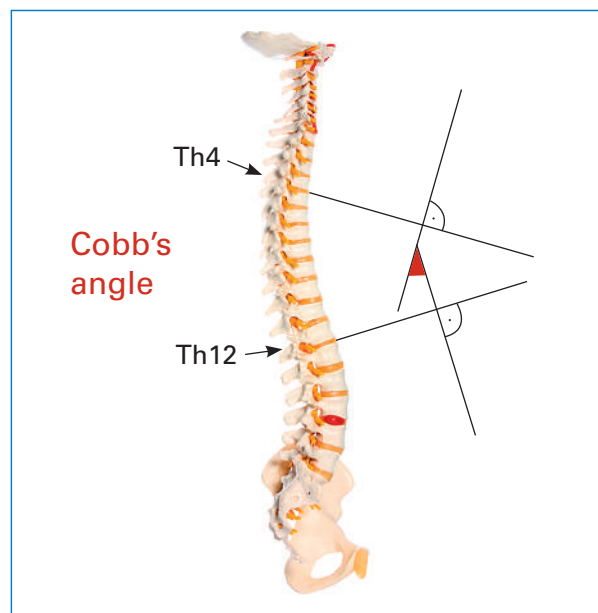


Abbildung 1

Abschätzen des sogenannten Cobb's angle.

wichtigsten Faktoren, die mit einer Progression assoziiert sind: geringe Knochendichte und tiefes Körpergewicht zu Beginn sowie Abnahme der Knochendichte, neue Wirbelfrakturen und Gewichtsverlust über die Zeit. Aufgrund der enormen individuellen und gesundheitsökonomischen Bedeutung der altersbedingten Kyphosierung sollten wir diese klinisch und radiologisch messen, in den Unterlagen dokumentieren und im Verlauf kontrollieren. Es sollten Massnahmen ergriffen werden, welche die Abnahme von Knochenmasse und Körpergewicht (vor allem der Mager- resp. Muskelmasse) bremsen und wegen der schnellen Progression in der 6. Lebensdekade spätestens um das 50. Lebensjahr evaluiert werden. Parallel dazu sind klinische Studien zum Verlauf und zum Erfolg der Interventionsstrategien dringlich.

Literatur

- 1 Schneider DL, von Mühlen D, Barrett-Connor E, Sartoris DJ. Kyphosis does not equal vertebral fractures: the Rancho Bernardo study. *J Rheumatol.* 2004;31(4):747.
- 2 Kado DM, M-H Huang, AS Karlamanga, P Cawthon, et al. Factors associated with kyphosis progression in older women: 15 years experience in the study of osteoporotic fractures. *JBM.* 2013;28:179–87.