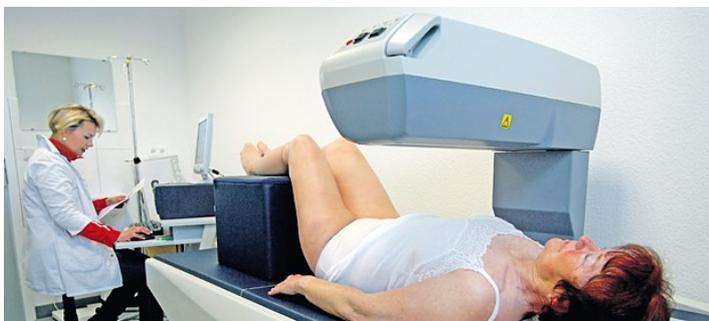


03.11.2011

# ÄRZTE & ZEITUNG.DE

## Wege zum Schutz vor Kortikoid-Osteoporose

**Patienten, die für drei Monate oder gar länger orale Glukokortikoide erhalten, benötigen eine Osteoporose-Prophylaxe. Je nach Kortikoiddosis und Knochendichte wird zusätzlich zur Kalzium- und Vitamin-D-Supplementation zu einer spezifischen Therapie geraten.**



Zu Beginn einer längerfristigen oralen Kortikoidtherapie wird eine Knochendichtemessung empfohlen. © Klaro

**NEU-ISENBURG** (ikr). Zur allgemeinen Osteoporose-Prophylaxe bei Beginn einer Glukokortikoid-Langzeittherapie gehört eine Beratung zu modifizierbaren Risikofaktoren, inklusive Fraktur- und Sturzprophylaxe, und die Initiierung einer Kalzium- und Vitamin-D-Supplementation (1000 mg Kalzium und 1000 IE Vitamin D).

Zudem empfiehlt sich vor Beginn einer Glukokortikoidtherapie eine Knochendichtemessung mittels DXA (proximaler Gesamtfemur, Schenkelhals und Lendenwirbelsäule). Zu diesem Vorgehen raten Professor Uwe Lange von der Kerckhoff-Klinik in Bad Nauheim und Kollegen ([Der Internist 2011; 7: 843-854](#)).

### Spezifische Therapie je nach Kortikoiddosis

Die Indikation zu einer spezifischen medikamentösen Therapie zum Schutz der Knochen ist insbesondere bei einer oralen Glukokortikoidmedikation von  $\geq 7,5$  mg Prednisolonäquivalent täglich für 3 oder mehr Monate unabhängig vom Lebensalter gegeben, wenn gleichzeitig ein T-Score  $\leq 1,5$  vorliegt.

Bei oraler Glukokortikoid-Medikation  $\leq 7,5$  mg Prednisolonäquivalent täglich für 3 und mehr Monate könne bei Vorliegen von Risikofaktoren eine Absenkung der Therapiegrenze erfolgen, empfehlen die Experten.

Folgende spezifische Osteoporosemedikamente haben derzeit bei der glukokortikoidinduzierten Osteoporose eine Zulassung:

- postmenopausale Frauen: Alendronat, Risedronat, Teriparatid und Zoledronat,

- prämenopausale Frauen: Teriparatid,
- Männer: Teriparatid und Zoledronat.

Bisher existiert nach Angaben der Autoren eine Vergleichsstudie, die weniger Wirbelkörperfrakturen unter einer PTH(1.34)- versus einer Alendronattherapie bei glukokortikoidinduzierter Osteoporose aufzeigt.

Die präventiven und therapeutischen Maßnahmen sollten für die gesamte Dauer der Glukokortikoidtherapie erfolgen und entsprechend auf die individuelle Situation des Patienten abgestimmt werden, so die Experten. Zu bedenken seien etwa neu hinzukommende Risikofaktoren und die Änderung der Glukokortikoidlangzeitdosis.

Nach Beendigung einer Glukokortikoidmedikation sollte die osteoprotektive Weiterbehandlung einer Knochendichteminderung nach den allgemeinen Therapieempfehlungen der Osteoporose erfolgen.

### **Fraktursenkende Medikation von 3 bis 5 Jahren**

Die fraktursenkende Wirkung einer spezifischen Osteoporosemedikation ist derzeit nur für einen Zeitraum von 3 bis 5 Jahren durch Studien gut belegt. Eine fortgesetzte spezifische Therapie halten die Experten bei weiterhin erhöhtem Risiko aber für gerechtfertigt.

Es empfehle sich, initial alle 3 bis 6 Monate und dann alle 6 bis 12 Monate patientenspezifische Risikofaktoren, Schmerzen, Funktionalität, Arzneiverträglichkeit, Compliance, Größe und Gewicht zu überprüfen.

Eine ausführliche Reevaluation sollte nach 2 Jahren, bei einer Medikation  $\geq 7,5$  mg Prednisolonäquivalent täglich schon nach 6 bis 12 Monaten erfolgen. Eine DXA-Kontrolle empfiehlt sich frühestens nach Ablauf von zwei Jahren, bei oben genannter Einnahme von Kortikoiden gegebenenfalls auch früher.

### **Therapieswitch bei starkem Knochendichteverlust**

Bei auffälligen oder grenzwertigen Erstbefunden im Basislabor sowie bei begründetem Verdacht empfiehlt sich eine erneute Laborkontrolle. Akute Rückenschmerzen oder Größenabnahmen  $>2$  cm sind radiomorphologisch abzuklären.

Eine Therapiemodifikation ist anzuraten bei deutlichem Abfall der Knochendichte ( $\geq 5$  Prozent) unter antiresorptiver Therapie und Auftreten von 2 oder mehr osteoporoseassoziierten Frakturen innerhalb von 3 Jahren unter Therapie.

Aktuell gibt es keine ausreichende Evidenz für eine Fortsetzung oder ein Pausieren der spezifischen Therapie nach Ablauf der Zeitdauer, für die in randomisierten Studien eine Fraktursenkung nachgewiesen ist.