



<http://www.aerztezeitung.de/>

**Ärzte Zeitung, 04.11.2009**

### **Osteoporose: Fokus auf die Risiken verstärkt**

Die gerade aktualisierte DVO-Leitlinie zu Osteoporose bietet zwar keine grundlegenden Änderungen, aber doch einige für den Praxisalltag wichtige Neuerungen. So werden jetzt höhere Dosierungen für Vitamin D empfohlen, und es sind neue Arzneien bei den Therapieempfehlungen hinzugekommen. Außerdem sind sekundäre Osteoporose-Formen nun stärker berücksichtigt.

Von Ingrid Kreutz

Die Empfehlungen des Dachverbands Osteologie (DVO) zur Basisdiagnostik richten sich auch in der neuen Osteoporose-Leitlinie primär nach Alter und Geschlecht sowie nach weiteren Risikofaktoren für die Knochenkrankheit. Wie gehabt wird für alle Frauen über 70 Jahre und für alle Männer über 80 Jahre eine Basisdiagnostik einschließlich Knochendichtemessung empfohlen, weil solche Menschen allein aufgrund ihres Alters ein hohes Frakturrisiko haben.

Bei Jüngeren soll auch nach der neuen Leitlinie nur dann ein Check auf Osteoporose und Frakturrisiko erfolgen, wenn sie Risikofaktoren haben wie Frakturen in der Anamnese oder Rauchen. Die Liste dieser Faktoren ist jedoch erweitert worden. Explizit werden jetzt auch Risiken für eine sekundäre Osteoporose als Kriterien für die Basisdiagnostik genannt. Bei Patienten etwa mit primärem Hyperparathyreoidismus oder Cushing-Syndrom ist unabhängig von Alter und Geschlecht eine Basisdiagnostik indiziert. Dasselbe gilt bei mindestens dreimonatiger oraler Kortikoidtherapie (mindestens 7,5 mg Prednisolonäquivalent). Auch Frauen über 50 Jahre, die Glitazone erhalten, sollten auf Osteoporose untersucht werden sowie Frauen über 60 Jahre, die mit einem Aromatasehemmer behandelt werden.

Und noch etwas hat sich geändert: Zur generellen Osteoporose- und Frakturprophylaxe wird jetzt eine höhere Zufuhr von Vitamin D 3 über Supplemente empfohlen: 800 bis 2000 IE oral täglich statt wie bisher 400 bis 1200 IE. Außerdem wird die tägliche Zufuhr von 1000 mg Kalzium über die Nahrung oder Supplemente empfohlen.

Ob bei Patienten mit zu niedriger Knochendichte eine spezifische medikamentöse Therapie, etwa mit Bisphosphonaten, erforderlich ist, richtet sich weiterhin vor allem nach Alter, Geschlecht und Knochendichte. Bei zusätzlichen Risikofaktoren wie periphere Frakturen oder Nikotinkonsum kann eine spezifische Therapie früher indiziert sein, zum Beispiel bei einer 65-jährigen Frau bereits bei einem T-Wert von minus 2,5 statt minus 3,5. Die Liste der Risikofaktoren ist länger geworden. Hierzu gehören jetzt etwa auch ein subklinischer Hyperkortisolismus, primärer Hyperparathyreoidismus sowie Typ-1-Diabetes und Hypogonadismus.

Zu den spezifischen Osteoporose-Medikamenten, deren fraktursenkende Wirkung bei Frauen in der Postmenopause am besten belegt ist, gehören der neuen Leitlinie zufolge jetzt auch PTH 1-84 und Zoledronat. Zur Therapie bei Männern werden außer Alendronat und Risedronat auch Teriparatid und Zoledronat empfohlen. Dasselbe gilt für Patienten mit einer Kortikosteroid-induzierten Osteoporose.