

Im April 2009 Frankfurt am Main © 2009 Govi-Verlag Beitrag erschien in Ausgabe 11/2009 Der Dachverband Osteologie hat einen aktualisierten Leitlinienentwurf zur Osteoporose vorgestellt. Ein Überblick über wichtige Neuerungen und noch immer ungenügend bekannte Fakten zur Osteoporose. mehr.....

Osteoporose

Neuer Leitlinienentwurf veröffentlicht

Von Sven Siebenand, Frankfurt am Main

»Allein in Deutschland leiden der Bone-Eva-Studie zufolge 7,8 Millionen Menschen an Osteoporose«, sagte Dr. Hermann Schwarz, Erster Vorsitzender des Dachverbandes Osteologie (DVO), vergangene Woche bei einer Pressekonferenz anlässlich des Osteologie-Kongresses in Frankfurt am Main. Mehr als ein Viertel aller Über-50-Jährigen sei betroffen, bei den Frauen in diesem Alter seien es sogar fast 40 Prozent. Bundesweit kommt es aufgrund von Osteoporose zu mehr als 330.000 Frakturen pro Jahr, an denen mehr als 30.000 Menschen sterben. Nur gut 5 Prozent der Krankheitskosten werden dem Orthopäden zufolge für die medikamentöse Verhinderung der Osteoporose ausgegeben, mehr als 90 Prozent für die Behandlung von Frakturen. »Ein Missverhältnis, aus dem wir rausmüssen«, fand Schwarz klare Worte. Auch im Vergleich zu anderen europäischen Ländern sei die Versorgungssituation in der Osteoporose-Therapie hierzulande unterdurchschnittlich. Nur etwas mehr als 10 Prozent der zu behandelnden Patienten bekommen tatsächlich eine effiziente Therapie, der europäische Durchschnitt liege bei über 30 Prozent.

1000 I.E. Vitamin D, 1000 mg Calcium

»Für das Leitlinien-Update wurden etwa 2700 relevante, neu publizierte Studien zum Thema Osteoporose ausgewertet«, so der Vorsitzende der DVO-Leitlinienkommission, Professor Dr. Johannes Pfeilschifter. Eine wichtige Neuerung im neuen Entwurf beziehe sich auf die Gabe von Calcium und Vitamin D. Im Vergleich zu Calcium sei die Bedeutung von Vitamin D für die Basistherapie der Osteoporose in der Bevölkerung noch zu wenig bekannt. Das Vitamin reguliert dem Mediziner zufolge nicht nur die Aufnahme von Calcium, sondern verbessert auch die neuromuskuläre Koordination und vermindert damit Stürze. Bei allen Osteoporose-Patienten wird deshalb eine generelle Supplementierung mit 1000 Einheiten empfohlen. Mit den bisher üblichen Dosen von 400 bis 800 Einheiten Vitamin D₃ täglich wird oft keine ausreichende Blutkonzentration von 25-Hydroxy-Vitamin D₃ erreicht. Diese sollte größer als 20 ng/ml sein.

Im Gegensatz zum Vitamin D wird die Bedeutung von Calcium für die Vermeidung und Behandlung einer Osteoporose eher überschätzt, so Pfeilschifter. Bei einer ausreichenden Versorgung mit Vitamin D₃ reiche schon eine Tageszufuhr von 1000 mg Calcium für die Knochenmineralisation und die Vermeidung eines schädlichen hohen Knochenumbaus aus. Dieser Bedarf lasse sich meistens auch durch calciumreiche Nahrungsbestandteile und Mineralwässer decken. Die zusätzliche Einnahme von Calciumtabletten sei dann überflüssig, eventuell sogar schädlich. Einige Studien deuteten nämlich auf ein erhöhtes Risiko für die Entstehung von Nierensteinen beziehungsweise für kardiovaskuläre Ereignisse hin, so Pfeilschifter. Aus diesem Grund wird im Leitlinien-Update bewusst eine Obergrenze der empfohlenen Gesamtcalciumzufuhr von 1500 mg angegeben. Empfohlen wird zudem eine ausreichende Zufuhr von Vitamin B₁₂ und Folsäure mit der Nahrung, da ein hoher Homocystein-Spiegel offenbar ein Risikofaktor für Knochenbrüche ist. Für weitergehende Empfehlungen, zum Beispiel die Supplementierung der beiden Substanzen, gebe es aber bisher nicht ausreichend Belege.

Vorsicht bei Glitazonen

Gemäß Leitlinienentwurf ist eine Therapie mit Glitazonen ein starker Risikofaktor für Frakturen bei Frauen (für Männer wurde dies in den bisherigen Studien nicht nachgewiesen). Der Arzt sollte das Bruchrisiko von Patientinnen bei der Einnahme dieser Antidiabetika deshalb kritisch prüfen und bei einer hohen Gefährdung auf andere blutzuckersenkende Präparate umstellen. Eine zunehmende Evidenz, dass die Präparate das Risiko für Knochenbrüche erhöhen, gibt es Pfeilschifter zufolge auch für Protonenpumpenhemmer. Daher wird im Update 2009 vor der Langzeitanwendung dieser Stoffklasse gewarnt.

Erstmals werden in den DVO-Empfehlungen auch wichtige spezielle Risiken einer Osteoporosegefährdung miteinbezogen, zum Beispiel das Risiko einer Frau mit einer Estrogen-hemmenden Aromatasehemmer-Therapie nach Brustkrebs oder das Risiko bei einer rheumatoiden Arthritis, einen Bruch zu bekommen. Auch beim Typ-1-Diabetes, bei einer Therapie mit Antiandrogenen beim Prostatakarzinom, bei einer Überfunktion der Nebenschilddrüsen und bei einer Epilepsie ermöglicht die aktualisierte Leitlinie eine Abschätzung des damit verbundenen Bruchrisikos. Ausschlaggebend dafür ist die Gesamtsumme der einzelnen Risiken. Die Leitlinie enthält eine Tabelle, mit der sich das 10-Jahres-Risiko für Brüche unter Einbeziehung der

wichtigsten Risikofaktoren abschätzen lässt. »Darüber hinaus wird der DVO auch einen anwenderfreundlichen Kalkulator zur Berechnung des Bruchrisikos zur Verfügung stellen«, informierte Pfeilschifter.

Labor ist essenziell

Nicht neu, aber häufig noch unbekannt ist, dass bei den meisten Osteoporose-Medikamenten ein Anstieg der Knochendichte weder für den Therapieerfolg erforderlich ist, noch die Prognose des Patienten verbessert. Daher wird empfohlen, die Dauer der medikamentösen Therapie an der Höhe des Bruchrisikos auszurichten und nicht an der Änderung der Knochendichte oder einem starren Behandlungszeitraum. Fallen bei einem Patienten im Behandlungszeitraum Risiken weg, zum Beispiel durch das Ende einer Corticoid-Therapie, Rauchverzicht oder ist er nicht mehr untergewichtig, vermindert sich das Bruchrisiko des Patienten entsprechend. Bei der Mehrzahl der Patienten, bei denen das Bruchrisiko im Verlauf der Therapie dagegen hoch bleibt oder durch das zunehmende Alter eher ansteigt, ist eine fortgesetzte Therapie gerechtfertigt. Vor jeder medikamentösen Behandlung sollte Pfeilschifter zufolge die Bestimmung der Nierenfunktion stehen. Hier wird statt der Kreatinin-Bestimmung neuerdings die Kreatinin-Clearance gefordert, da diese die Nierenfunktion wesentlich besser widerspiegelt.

Abschließend räumte Pfeilschifter noch mit einem häufigen Missverständnis auf. Er betonte, dass sich Muskeltraining und gute Ernährung zwar günstig auf den Knochenstoffwechsel auswirken, die Wirkung dieser Maßnahmen sei aber auf die Dauer der Durchführung begrenzt. »Man kann einer Osteoporose im Alter nicht dadurch vorbeugen, dass man in jüngeren Jahren sportlich ist und sich gesund ernährt«, so Pfeilschifter.

Bis Ende Mai 2009 besteht unter www.dv-osteologie.de die Möglichkeit der Online-Komentierung des Leitlinienentwurfs. Die Arbeitsgruppe diskutiert die Kommentare und erstellt daraufhin die Endversion der Leitlinie. Diese soll im Herbst 2009 verabschiedet werden.

© 2009 Govi-Verlag Beitrag erschien in Ausgabe 11/2009

■ [Weitere Themen im Ressort Pharmazie...](#)
