Bisphosphonate, Östrogen-Modulatoren & Co. Viele Wege führen zur Fraktur-Prophylaxe

Alle Patienten mit niedriger Knochendichte benötigen eine Basistherapie mit ausreichend Kalzium- und Vitamin-D-Zufuhr. Ob zusätzlich eine spezifische Osteoporose-Medikation erforderlich ist, hängt von Alter, Geschlecht und weiteren Risikofaktoren ab.

Für alle Patienten mit zu niedriger Knochendichte empfiehlt die aktuelle S3-Leitlinie des Dachverbands Osteologie (DVO) eine Basistherapie. Das sind Patienten, bei denen der niedrigste T-Wert bei der Knochendichtemessung

Anzeige

So schreibt sich die Zukunft
der Asthmatheapie.

unterhalb von -1 liegt. Zur Basistherapie gehört die Zufuhr von 1 g Kalzium täglich sowie die orale Einnahme von 800 bis 2000 IE Vitamin D3 pro Tag. „Es muss mindestens eine Blutkonzentration von 70 nmol/l (27 bis 40 ng/ml) vorliegen und ich schaffe niemals ausreichend Vitamin D über die Nahrung zu mir zu nehmen, Vitamin D muss ich tatsächlich zuführen“, sagt Dr. Jutta Semler, erste Vorsitzende des Kuratoriums Knochengesundheit.

„Ich habe bei meinen über 60-jährigen Patienten zu 82% einen Vitamin-D-Mangel im Winter festgestellt, bei 48% auch im Sommer. Die Problematik scheint sogar zuzunehmen. Wir wissen, dass Altershaut vergleichsweise weniger UV-B-Licht aufnimmt.“, so Semler.

Spezifische Therapie nach Alter, Geschlecht und Knochendichte

Auch Patienten mit bereits vorhandenen Frakturen, Sturzgefährdung und/oder Glukokortikoid-Therapie von mehr als drei Monaten benötigen eine Basistherapie. Patienten mit Wirbelfrakturen sollten zusätzlich eine spezifische Osteoporose-Therapie erhalten. Empfohlen wird eine spezifische Therapie je nach Alter, Geschlecht und Knochendichte auch für Patienten ohne Frakturen. Das gilt zum Beispiel für Frauen zwischen 65 und 70 Jahren und Männer zwischen 75 und 80 Jahren, wenn der T-Wert < -3 ist.

Bei zusätzlichen Risikofaktoren für Frakturen wie multiplen Stürzen ist eine solche Therapie bereits bei einem T-Wert von -2,5 oder -2 indiziert. Indiziert ist diese auch bei Patienten, die für drei Monate oder länger orale Kortikoide ($\geq 7,5$ mg Prednisolonäquivalent täglich) erhalten und einen T-Wert von $\leq -1,5$ haben.

Zu den Mitteln der ersten Wahl für Frauen in der Postmenopause mit Osteoporose gehören nach der DVO-Leitlinie die Bisphosphonate Alendronat, Risedronat, Ibandronat und Zoledronat.

Primär empfohlen werden auch der selektive Östrogenrezeptor-Modulator Raloxifen, Strontiumranelat, das Parathormonfragment Teriparatid und das rekombinante, naturidentische Parathyroidhormon (PTH 1-84).

Alendronat (z. B. Fosamax®) und Risedronat (z. B. Actonel®) schützen vor Wirbel- und Hüftfrakturen und sind zur einmal täglichen oralen Therapie sowie als Wochentablette erhältlich. Ibandronat (z. B. Bonviva®) als Monatstablette oder als Quartalspritze (i.v.) schützt vor Wirbel- und nicht-vertebralen Frakturen. Zoledronat (Aclasta®) – einmal jährlich i.v. – reduziert die Wirbel- und Hüftfrakturrate.

Raloxifen (Evista®) einmal täglich bremst ebenfalls den Knochenabbau. Es senkt die Wirbelfrakturnrate und das Brustkrebsrisiko. Strontiumranelat (Protelos®) hemmt nicht nur die Knochenresorption, sondern regt auch die Knochenneubildung an. Teriparatid (Forteo®), täglich s.c. injiziert, fördert den Knochenaufbau und reduziert bei Frauen mit manifester Osteoporose die Wirbel- und extravertebralen Frakturen. PTH 1-84 (Preotact®) schützt, täglich s.c. injiziert, vor Wirbelbrüchen. Bei Frauen in der Prämenopause können all diese Substanzen „off-the-label“ verordnet werden.

Östrogene bei vasomotorischen Beschwerden eine Option

Auch Östrogene sind weiterhin eine Option zur Frakturprophylaxe bei Frauen, aber nur, wenn vasomotorische Beschwerden der Haupteinnahmegrund sind.

Eine neue Option bei postmenopausaler Osteoporose, aber noch nicht in der DVO-Leitlinie berücksichtigt ist der Antikörper Denosumab (Prolia®), der in Studien – alle sechs Monate s.c. – die Wirbel- und Hüftfrakturrate reduzierte. Alendronat, Risedronat, Zoledronat und Teriparatid sind auch für Männer sowie bei Glukokortikoid-induzierter Osteoporose zugelassen. (Ingrid Kreutz)