Maßnahmen individuell bestimmen

Osteoporose-Check vor und nach Kortisontherapie

Erhalten Patienten für drei Monate oder länger orale Glukokortikoid-De, benötigen sie eine Osteoporose-Prophylaxe – und zwar spezifisch, je nach Dosis und Knochendichte.

Bei Beginn einer Glukokortikoid-Langzeittherapie sollten Patienten zu Osteoporose-Risikofaktoren beraten werden, und es sollte eine Kalzium- und Vitamin-D-Supplementation mit 1 g Kalzium und 1000 IE Vitamin D gestartet werden. Außerdem raten Prof. Uwe Lange von der Kerckhoff-Klinik in Bad Nauheim und seine Kollegen zu einer Knochendichtemessung mittels DXA.¹

Indikation für eine spezifische medikamentöse Therapie gibt es insbesondere bei einer oralen Glukokortikoidmedikation von $\geq 7,5$ mg Prednisolonäquivalent täglich für drei oder mehr Monate unabhängig vom Lebensalter, wenn gleichzeitig ein T-Score $\leq -1,5$ vorliegt.

Für die spezifische Therapie bei postmenopausalen Frauen mit glukokortikoidinduzierter Osteoporose sind derzeit

die Bisphosphonate Alendronat, Risedronat und Zoledronat sowie das Parathormon-Fragment Teriparatid zugelassen. Für prämenopausale Frauen ist Teriparatid eine Option und für Männer ebenfalls Teriparatid sowie Zoledronat.

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

Bei erhöhtem Risiko Therapie fortsetzen

Nach Ende einer Glukokortikoidgabe sollte die osteoprotektive Weiterbehandlung nach den allgemeinen Therapieempfehlungen der Osteoporose erfolgen.

Die fraktursenkende Wirkung einer spezifischen Osteoporosemedikation ist derzeit nur für einen Zeitraum von drei bis fünf Jahren durch Studien gut belegt. Eine fortgesetzte spezifische Therapie

halten die Experten bei weiterhin erhöhtem Risiko aber für gerechtfertigt.

Es empfehle sich, initial alle 3–6 Monate, danach alle 6–12 Monate, patientenspezifische Risikofaktoren, Schmerzen, Funktionalität, Arzneiverträglichkeit, Compliance, Größe und Gewicht zu überprüfen. Eine ausführliche Reevaluation sollte nach zwei Jahren, bei einer Medikation $\geq 7,5$ mg Prednisolonäquivalent täglich schon nach 6–12 Monaten erfolgen. Eine DXA-Kontrolle empfiehlt sich frühestens nach zwei Jahren, bei oben genannter Einnahme von Kortikoiden gegebenenfalls auch früher. Bei Patienten mit auffälligen oder grenz-

Anzeige

Effektiv in der Asthmathherapie

Knochendichtemessung nach der DXA-Methode.

wertigen 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 ($\geq 5\%$) und zwei oder mehr osteoporoseassoziierten Frakturen innerhalb von drei Jahren. (Ingrid Kreutz)

¹ Der Internist 2011, 7: 843