ess 2016 +++ Osteologie-Kongress 2016 +++ Oste

Knochenschutz bei Mammakarzinom

Noch immer wird die Wichtigkeit der Knochenprotektion bei hormonablativen Therapien, wie sie in der adjuvanten Behandlung des Mammakarzinoms eingesetzt werden, unterschätzt. Ohne adäquate Prophylaxe komme es zu einem raschen und intensiven Verlust an Knochenmasse, warnte Prof. Peyman Hadji, Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Krankenhaus Nordwest, Frankfurt am Main. Immerhin 10–20 % der Mammakarzinom-Patientinnen würden innerhalb von fünf Jahren unter

hormonablativer Therapie eine Fraktur erleiden – ein Grund, die Hormonablation als Risikofaktor in die aktuelle DVO-Leitlinie aufzunehmen.

Eine europäische Leitlinie empfiehlt in der Situation des frühen Brustkrebses daher die Gabe eines Bisphosphonats (Zoledronat intravenös oder Clodronat oral) bei allen Patientinnen mit einem T-Score von $\leq -2,0$ und mehr als zwei Risikofaktoren für eine Fraktur [Hadji P et al. Ann Oncol 2016; 27: 379–90]. Hintergrund sind einerseits Daten zur Kno-

chendichtesteigerung, andererseits zu positiven Effekten auf die Tumorerkrankung im Sinne einer niedrigeren Brustkrebs-Mortalität und einer geringeren Rate an Knochenmetastasen.

Denosumab könnte bei Brustkrebspatientinnen unter Aromatase-Hemmer-Therapie sogar noch effektiver sein. In der österreichischen ABCSG-18-Studie wurde erstmals eine Reduktion des Frakturrisikos nachgewiesen, berichtete Hadji. Zudem reduzierte sich das Risiko für ein Tumorrezidiv unabhängig vom Alter und der Ausgangsknochendichte der Patientinnen. wk

Therapie der renalen Osteopathie

Schon ab einem Abfall der glomerulären Filtrationsrate auf Werte unter 60 ml/min wird der der Mineral- und Knochenstoffwechsel gestört. Darauf verwies Prof. Peter Jehle, Klinik für Innere Medizin I, Evangelisches Krankenhaus Paul Gerhardt Stift, Lutherstadt Wittenberg. Wird der renale Hyperparathyreoidismus nicht rechtzeitig behandelt, resultiert eine relevante Entkalkung des Skeletts. Für die Abschätzung des Frakturrisikos wird laut Jehle bei Prädialysepatienten und Nierentransplantierten die Knochendichtemessung (DXA) empfohlen. Goldstandard bleibe aber die Knochenbiopsie, die eine Unterscheidung zwischen den

Verlaufsformen (zum Beispiel low [LTO] versus high Turnover-Osteopathie [HTO]) erlaubt.

Therapeutisch ist es wichtig, den bei fast 100 % der chronisch Niereninsuffizienten vorliegenden Vitamin-D-Mangel auszugleichen. Bei HTO hat sich eine Senkung des Parathormonspiegels (PTH) durch Gabe aktiver Vitamin-D-Metaboliten (Alfacalcidol, Calcitriol, Paricalcitol) und/oder Cinacalcet als sinnvoll erwiesen. Dabei ist unbedingt auf die Kalzium-Bilanz und die Kontrolle der Hyperphosphatämie zu achten. „Ziel ist es, das PTH so weit zu senken, dass der Knochenstoffwechsel in einem leicht gesteigerten Bereich gehalten, die Ent-

stehung einer LTO aber vermieden wird“, erläuterte Jehle. Dies gleiche insbesondere bei Diabetikern einer Gratwanderung, da ihr Risiko für eine LTO erhöht sei.

Jehle gab noch drei Tipps mit auf den Weg: 1. Ein adynamer Knochen lässt sich durch Erniedrigung des Dialysat-Kalziums reaktivieren. 2. Kalziumhaltige Phosphatbinder sollten vermieden werden. 3. Eine metabolische Azidose von Dialysepatienten, und hier wiederum insbesondere von Diabetikern, sollte optimal ausgeglichen werden, um den Bisphosphonat-Puffer des Knochens zu erhalten; dann sei das Ansprechen des Knochens auf anabole Wachstumsfaktoren und Knochenstoffwechsel-regulierende Hormone wie PTH besser. wk