Osteoporose

Wissen umsetzen – Chancen nutzen

— Wir haben heute das Wissen und die Mittel, fast allen Osteoporosepatienten zu friedensstellend zu helfen. Es mangelt allerdings an der Umsetzung in die tägliche Praxis. Auch die – bei gut dokumentierter Begründung unnötige – Angst vor Regressen sollte richtige Entscheidungen nicht in Frage stellen. Diese Take-Home-Message haben alle an der Pressekonferenz teilnehmenden Experten unterstützt.

Die Osteoporose ist eine überwiegend geriatrische Erkrankung, deren Prävention schon in der Kindheit beginnen sollte, stellte Prof. Johann-Diederich Ringe, Leverkusen, klar. Bereits Pädiater sollten sich für Lebensbedingungen stark machen, die dafür sorgen, dass in der Wachstumsphase das Knochenkonto gut gefüllt wird: gesunde kalziumreiche Ernährung und viel Bewegung im Freien.

Während Sonnenlicht in jüngeren Jahren ein starker Induktor der endogenen Vitamin-D-Synthese ist, verliert die Haut ab dem 50. Lebensjahr zunehmend ihre hierfür wichtige Funktion. Nicht nur ans Haus gefesselte ältere Menschen haben oft viel zu niedrige Vitamin-D-Spiegel mit 25-OH-D-Werten von deutlich unter 20 ng/ml, so Ringe. Da Osteoporosemedikamente für ihre optimale Wirkung ausreichende Vitamin-D-Spiegel voraussetzen, ist vor jeder antiresorptiven Therapie ein Vitamin-D-Mangel auszuschließen bzw. zu beheben, betonte Prof. Lorenz Hofbauer, Dresden.

Bei Niereninsuffizienz: Denosumab

Die Behandlung von Patienten mit Osteoporose kann sich über Jahrzehnte erstrecken, und oft ändern sich in dieser Zeit die individuellen Therapieerfordernisse, erin-

nete Prof. Franz Jakob, Würzburg. Entwickeln Patienten etwa eine Niereninsuffizienz mit einer glomerulären Filtrationsrate von weniger als 30 ml/min, sind Bisphosphonate und die meisten anderen Osteoporosemedikamente kontraindiziert, so Ringe. Lediglich für Denosumab (Prolia®) gibt es eine solche Einschränkung nicht. Wer eine entsprechend begründete Verordnung gut dokumentiert hat, braucht Regressforderungen nicht zu fürchten, versicherte Priv.-Doz. Dr. Christopher Niedhart, Heinsberg. Selbst die Off-label-Verordnung von Denosumab an Männer mit Osteoporose sei bei gleichzeitig bestehender schwerer Niereninsuffizienz unangreifbar.

■ Werner Stingl

Quelle: Pressekonferenz zum „Frühlingsforum Osteoporose aktuell“, München, April 2012 (Veranstalter: AMGEN und GlaxoSmithKline)

Typ-2-Diabetes

Neue Kombinationstherapie zwingt HbA_{1c}-Wert in die Knie

— Seit Herbst vergangenen Jahres ist das lang wirksame Insulinanalogon Insulin detemir (Levemir®) als Zusatzmedikation zu dem GLP-1-Analogon Liraglutid zugelassen. Basis für die Zulassungserweiterung war eine Studie bei 988 Typ-2-Diabetikern mit unzureichender Blutzuckereinstellung unter Metformin mit/ohne Sulfonylharnstoff. Zunächst wurden alle Patienten in einer zwölfwöchigen Run-in-Phase auf Metformin plus Liraglutid (Victoza®, 1 x täglich 1,8 mg s.c.) umgestellt. 498

Patienten (61%) erreichten damit einen HbA_{1c}-Wert unter 7%. Die erzielte HbA_{1c}-Reduktion betrug im Mittel 1,3%, berichtete Dr. Jörg Steindorf, Schkeuditz.

Bei 323 Patienten (39%) lag der HbA_{1c}-Wert am Ende der Run-in-Phase im Schnitt noch bei 7,7%. Die erzielte HbA_{1c}-Reduktion betrug im Mittel 0,6%. Diese Patienten

erhielten randomisiert entweder weiterhin Metformin plus Liraglutid oder zusätzlich Insulin detemir.

Bei 43% der zusätzlich mit dem Insulinanalogon Behandelten sank der HbA_{1c}-Wert innerhalb von 26 Wochen auf unter 7%. Mit Metformin/Liraglutid war das bei 17% der Fall. „Die zusätzliche Gabe von Insulin detemir hat den HbA_{1c} noch einmal um im Mittel 0,5 Prozentpunkte gesenkt, sodass diese Gruppe 1,1 Prozentpunkte

HbA_{1c}-Verbesserung von Beginn der Run-in-Phase bis zum Ende der Studie nach 26 Wochen hatte“, betonte Steindorf (Abb. 1).

In allen drei Gruppen traten keine schweren Hypoglykämien auf. In der Insulingruppe wurden 0,29 leichte Hypoglykämien pro Patientenjahr registriert (vs. 0,029 in der Vergleichsgruppe).

Die Zusatztherapie mit Insulin detemir führte zu keiner Gewichtszunahme. Die mit Liraglutid während der Run-in-Phase erzielte Gewichtsabnahme von im Mittel 3,5 kg konnte während des Studienzeitraums um im Schnitt weitere 0,16 kg gesteigert werden. Auch nach einem Jahr ist es mit der Insulin-detemir-Zusatztherapie zu keiner signifikanten Gewichtszunahme gekommen, berichtete Steindorf.

■ Dr. Ulrike Maronde

Quelle: Presseworkshop „Ein Fall für zwei starke Partner – Herausforderungen und Chancen der Kombinationstherapie von GLP-1-Analogon und Basalinsulin“, Frankfurt am Main, Februar 2012 (Veranstalter: Novo Nordisk)

Abb. 1 Die Studie zeigte eine weitere Reduktion des HbA_{1c}-Wertes.