

Frakturen als Osteoporose-Zeichen unterschätzt

Bei Senioren, die nach nur geringfügigem Trauma eine Fraktur erleiden, muss immer eine verminderte Knochendichte als Ursache in Betracht gezogen und entsprechend behandelt werden. Leider geschieht dies viel zu selten.

Bei Patienten, die Osteoporose-bedingt einen Knochenbruch erleiden, lässt sich das erhöhte Risiko für weitere Frakturen mit einer medikamentösen knochenstabilisierenden Therapie deutlich senken. Das setzt allerdings voraus, dass die erste Fraktur als klinisches Zeichen einer verminderten Knochendichte überhaupt wahrgenommen wird. Doch gerade in diesem Punkt sehen US-amerikanische Endokrinologen Nachholbedarf. Sie hatten anhand der Daten des Miami Veterans Affairs Healthcare Systems retrospektiv untersucht, wie viele Senioren,

die zwischen Oktober 2015 und September 2016 eine nicht traumatische Fraktur erlitten hatten, im Hinblick auf eine Osteoporose untersucht beziehungsweise behandelt worden waren.

Tatsächlich wurde bei weit mehr als der Hälfte (63%) der insgesamt 114 Patienten die Fraktur nicht als klinisches Indiz für eine Osteoporose gewertet, eine entsprechende medikamentöse Therapie unterblieb. Von den insgesamt 40 Patienten, bei denen eine Knochendichtemessung veranlasst worden war, sind alle mit einem T-Score $\leq -2,5$ medika-

mentös behandelt worden, aber nur acht der 23 Patienten mit einem T-Score $> -2,5$.

Fazit: Nicht traumatische Knochenbrüche werden zu selten als klinisches Zeichen einer Osteoporose erkannt und damit werde die Chance auf eine adäquate Therapie und Frakturprävention vertan, so das Resümee der US-amerikanischen Mediziner. Da viele Frakturen ambulant behandelt werden könnten, müssten nach Ansicht der Studienautoren vor allem auch die Ärzte der Grundversorgung für dieses Thema sensibilisiert werden.

Dr. Dagmar Kraus

Lagari V S et al. Under-Recognition of Fractures as Osteoporosis Indicators. *Geriatrics* 2019; 4, 9; <https://doi.org/10.3390/geriatrics4010009>

Kortison-Dauertherapie fördert Infektionen – auch in niedriger Dosis

Die langfristige Einnahme von Kortikosteroiden macht anfällig für teilweise lebensbedrohliche Infektionen. Das Risiko ist bereits bei niedrigen Dosierungen erhöht.

Polymyalgia rheumatica und Riesenzellarteriitis sind in der Primärversorgung die führenden Indikationen für Langzeitbehandlungen mit systemischen Glukokortikoiden. Die meisten Patienten werden mehrere Monate bis Jahre mit mittleren bis hohen Dosierungen behandelt. Durch die immunsuppressive Wirkung der Kortikosteroide haben sie in dieser Zeit ein „stark erhöhtes Infektionsrisiko und eine infektionsbedingte Übersterblichkeit“, wie Mediziner der Universität Leeds feststellten. Gefährdet sind demnach selbst Patienten, die am Tag weniger als 5 mg Prednisolon-Äquivalent erhalten.

Ausgewertet wurden Daten von knapp 40.000 älteren englischen Hausarztpatienten, bei denen eine Polymyalgia rheumatica (82%), eine Riesenzellarteriitis (11%) oder beides (7%) diagnostiziert worden war. Während der Beobachtungszeit von fast fünf Jahren hatten 56% der Patienten eine Infektion, die

ärztlich behandelt wurde; das entsprach einer Quote von 161 Infektionen pro 1.000 Personenjahre. Am häufigsten handelte es sich dabei um Infektionen der unteren Atemwege, Konjunktividen und Herpes zoster. Die Infektionen zogen bei jedem vierten Patienten einen Krankenhausaufenthalt nach sich, 7% starben innerhalb von sieben Tagen nach der Diagnose, an erster Stelle infolge von Pneumonien. Die Wahrscheinlichkeit, sich eine Infektion zuzuziehen, vergrößerte sich mit der täglichen Dosis an Prednisolon-Äquivalenten: Nach einem Jahr lag sie ohne Kortison bei 13%, mit einer Dosis bis 5 mg/Tag bei 18% und bei maximal 36% mit Dosierungen ab 25 mg/Tag.

Damit hatten die Patienten in Phasen mit Kortison-Behandlung ein um 49% höheres Infektionsrisiko als in kortisonfreien Zeiten. Der stärkste Anstieg war bei bakteriellen Infektionen zu verzeichnen (+70%), der geringste bei Pilzinfek-

tionen (+48%). Das Infektionsrisiko insgesamt nahm mit jeder 5-mg-Erhöhung der Prednisolon-Tagesdosis um 13% zu; um 50% stieg es pro 1.000 mg, die jährlich zusätzlich eingenommen wurden. Die Dosis-Wirkungs-Beziehung war weitgehend unabhängig von Alter, Geschlecht sowie Art und Dauer der chronisch entzündlichen Erkrankung.

Der beobachtete Zusammenhang zwischen Kortison-Langzeittherapien selbst in geringer Dosierung und Infektionen „unterstreicht die Notwendigkeit, den Kortikosteroid-Bedarf regelmäßig zu überprüfen“, schreiben die Studienautoren. Bakterielle, virale, parasitäre und Pilzinfektionen nahmen dosisabhängig zu. Das Infektionsrisiko sei aber schon im unteren Dosisbereich (bis 5 mg Prednisolon) erhöht. Außerdem müssten Patienten und Ärzte über das Infektionsrisiko unterrichtet sein. Notwendig sei, einen Infekt rasch zu erkennen und zu behandeln, rechtzeitig zu impfen und chronische Infektionen in der Vorgeschichte wie eine Gürtelrose zu dokumentieren.

Dr. Beate Schumacher

Wu J et al. Incidence of infections associated with oral glucocorticoid dose in people diagnosed with polymyalgia rheumatica or giant cell arteritis: a cohort study in England. *CMAJ* 2019;24(191):E680-8