



OSTEOPOROSE-NEWS

Ein Service von Aventis Pharma Deutschland und Procter & Gamble Pharmaceuticals

Das Thema „Osteoporose“ wurde auch im Jahr 2000 bei zahlreichen nationalen und internationalen Kongressen und Tagungen diskutiert, beispielsweise im Rahmen von Satelliten-Symposien auf der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, der Tagung der Rheumatologen, auf dem Deutschen Orthopäden-Kongress und bei zahlreichen weiteren Veranstaltungen. Im Mittelpunkt des Interesses standen in diesem Jahr die aktuellen Strategien zur Prävention und neue Erkenntnisse in der Therapie der Osteoporose, weiterhin diagnostische und ökonomische Aspekte.

Risikoerhöhung durch prävalente Frakturen

Die Reduktion der mit der Osteoporose assoziierten Mortalität und Morbidität muss ein vorrangiges Ziel der Therapie sein, betonte Prof. B. Allolio beim Deutschen Internistenkongress in Wiesbaden.¹ Die gefährdeten Personen sollten bereits vor dem Auftreten einer ersten Fraktur identifiziert werden, um die Folgeerkrankungen der Osteoporose zu vermeiden und auch die enorme sozioökonomische Belastung zu minimieren. Dabei reiche es laut Prof. Allolio nicht aus, die Osteoporosegefährdung allein über eine Knochendichtemessung zu definieren, es muss auch auf weitere Risikofaktoren geachtet werden, wie eine positive Familienanamnese, eine erhöhte Sturzneigung oder aber die Einnahme osteoporosefördernder Medikamente.

Patienten, die bereits eine Fraktur erlitten haben, sollten möglichst rasch intensiv behandelt werden, da im ersten Jahr nach einer neuen Wirbelkörperfraktur das Risiko für weitere Wirbelfrakturen besonders hoch ist. Eine Studie aus den USA hat gezeigt, dass eine von fünf Patientinnen innerhalb eines Jahres nach einer frischen Fraktur eine neue Fraktur erleiden wird (Abb. 1). Liegen bereits zwei Wirbelkörperfrakturen vor, steigt das Risiko, eine weitere Fraktur zu erleiden, auf das 7,5fache, bei 3 Wirbelkörperfrakturen sogar auf das 12fache an, erklärte Dr. Hadji³ aus Marburg.

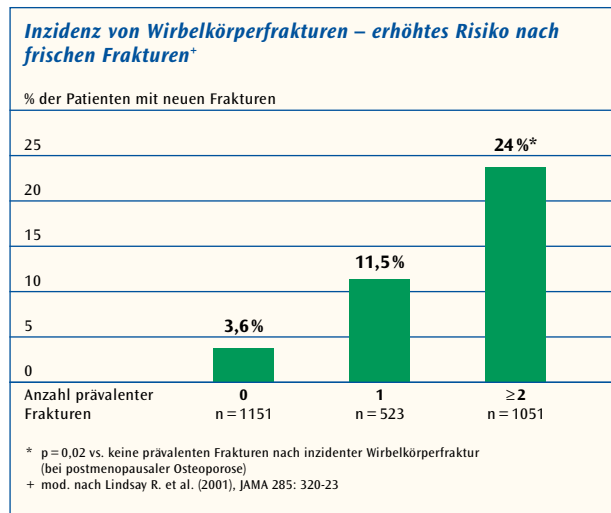


Abbildung 1: Etwa 20% der Patientinnen erleiden innerhalb eines Jahres eine erneute Fraktur

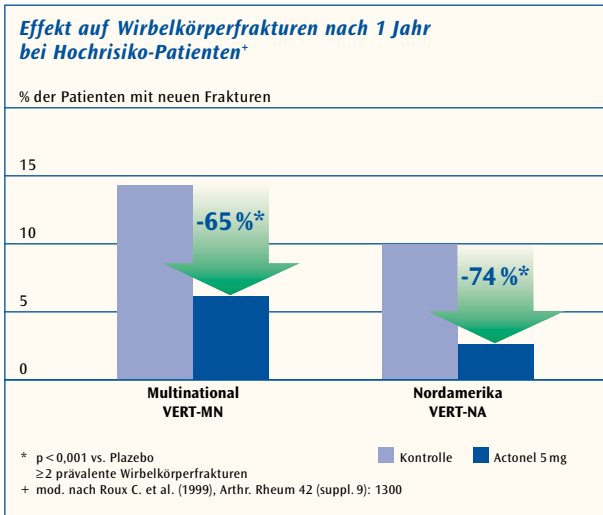


Abbildung 2

Dies unterstreicht, wie wichtig eine frühzeitige Diagnostik und eine rasche therapeutische Intervention zur Prävention von Wirbelkörperfrakturen ist. Die Basistherapie beinhaltet die ausreichende Versorgung mit Kalzium und Vitamin D. Doch wenn sich bereits eine Wirbelkörperfraktur röntgenologisch nachweisen lässt, reicht eine Nahrungsergänzung nicht mehr aus. Bei postmenopausalen Frauen mit prävalenter Fraktur konnte in einer nordamerikanischen Studie nachgewiesen werden, dass das Risiko für neue Wirbelkörperfrakturen unter Therapie mit 5 mg Risedronat (Actonel®) bereits nach einem Jahr um 65 % sinkt, erklärten Prof. H.-P. Kruse² aus Hamburg und PD Dr. M. Seibel¹ aus Heidelberg. Bei Patientinnen, die vor Therapiebeginn bereits zwei oder mehr osteoporosebedingte Frakturen aufwiesen, traten nach einem Jahr Behandlung mit Risedronat sogar 74 % weniger Frakturen auf, wie Prof. Stracke² aus Gießen erläuterte (Abb. 2). Das Risiko, während der Studiendauer zwei oder mehrere neue Wirbelkörperfrakturen zu erleiden, konnte sogar um bis zu 96 % gesenkt werden.

Oft unterschätzt – die Corticoid-induzierte Osteoporose

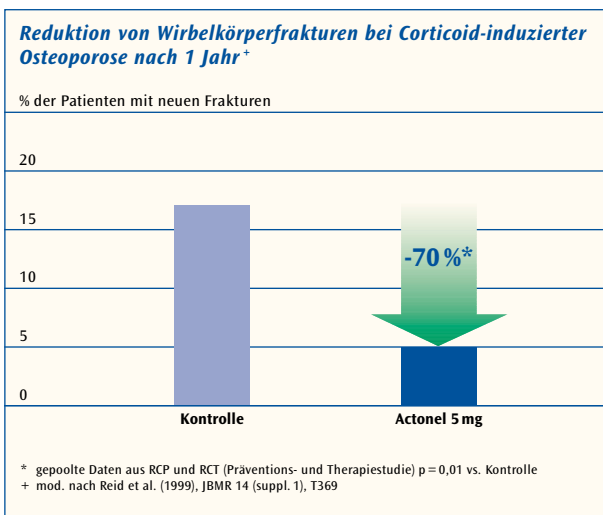


Abbildung 3

Die Corticoid-induzierte Osteoporose (CIO) ist die häufigste sekundäre Osteoporoseform (Dr. A. Wittenborg³, Herne), die entweder gar nicht oder erst viel zu spät diagnostiziert und dementsprechend selten auch adäquat behandelt wird. „Erschreckend ist, dass nur etwa 10-15 % der Patienten, die Corticosteroide einnehmen müssen, auch eine osteoprotektive Therapie erhalten“, so Prof. Ringe¹, Leverkusen. Nach Angaben von Prof. R. Dreher⁵, Bad Kreuznach, sind dies vor allem Patienten mit rheumatoider Arthritis und Asthma bronchiale sowie Post-Transplantations-Patienten. Dabei können 7,5 mg Prednisolon pro Tag in nur drei Monaten eine Osteoporose induzieren! Darüber hinaus erleiden 50 % der Patienten unter Dauertherapie mit Corticosteroiden eine Fraktur.

Ein therapeutischer Nihilismus ist allerdings nicht angebracht, frühzeitige präventive Maßnahmen sind anzuraten, betonte Dr. A. Stein³ aus München. Mittlerweile wurde in verschiedenen klinischen Studien belegt, dass sich Bisphosphonate wie Risedronat sehr gut zur Prävention der Corticoid-induzierten Osteoporose eignen, wie Prof. Raue⁵ aus Heidelberg erläuterte. Die Wirksamkeit von Risedronat wurde in zwei Studien an Frauen und Männern unter Langzeittherapie mit Glukocorticoiden gezeigt. Eine Behandlung mit täglich 5 mg Risedronat über ein Jahr konnte das Risiko für Wirbelkörperfrakturen um 70 % reduzieren (Abb. 3).



H.I.P.-Studie zur Publikation angenommen

Das H.I.P. Intervention Program, das erste klinische Prüfungsprogramm, in dem die Wirkung von Risedronat zur Verhinderung von Schenkelhalsfrakturen als primäres Zielkriterium untersucht wurde, ist im New England Journal of Medicine am 1. Februar 2001 veröffentlicht worden. Die Originalpublikation kann schriftlich angefordert werden.

NEU

Aktuelle Aspekte zur Verträglichkeit

Neben der hohen Effektivität dieses neuen Bisphosphonats konnte in den klinischen Studien auch seine gute Verträglichkeit gezeigt werden. Die Häufigkeit der aufgetretenen Nebenwirkungen von Risedronat liegt im Bereich von Placebo. Dabei wurden in die Studien bewusst auch Patienten aufgenommen, die auf eine

Komedikation mit nicht-steroidalen Antirheumatika, H₂-Antagonisten oder Protonenpumpenhemmern angewiesen waren. Die für die langfristige Compliance so wichtige gute Verträglichkeit zeigte sich außerdem auch bei Patienten, die bereits eine gastrointestinale Erkrankung in der Vorgeschichte aufwiesen.

Die Osteoporose aus ökonomischer Sicht

Die Osteoporose ist die häufigste Knochenerkrankung weltweit. Die WHO rechnet mit mehr als einer Verdreifachung der Anzahl der Hüftfrakturen von 1,7 Millionen im Jahr 1990 auf 6,3 Millionen im Jahr 2050 weltweit. Allein in der EU wird die Zahl von Hüftfrakturen in den nächsten 50 Jahren von 414 000 auf 972 000 jährlich ansteigen. Jede dritte Frau und jeder siebente Mann über 50 wird im weiteren Leben eine osteoporosebedingte Fraktur erleiden.⁷

Die direkten und indirekten Kosten, die im Zusammenhang mit der Osteoporose entstehen, sind beachtlich,

so Dr. Jutta Semler³ aus Berlin: „Allein die direkten Kosten einer einzigen Hüftfraktur liegen im ersten Jahr in Deutschland bei etwa 27 000 DM. Zählt man die indirekten Kosten hinzu, belaufen sich die Gesamtkosten pro Fall dann schon auf 53 000 DM.“ Alarmierend ist darüber hinaus auch, dass etwa 25% der Patienten noch innerhalb des ersten Jahres versterben und weitere 25% nachhaltig behindert und pflegebedürftig sind. Selbst wenn diese Zahlen das Problem der Osteoporose nur ausschnittsweise beleuchten, unterstreichen sie den hohen Stellenwert frühzeitiger diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen.

Sinn und Unsinn der Osteoporose-Diagnostik

Die Osteoporose kann bei frühzeitiger Diagnostik verhindert werden und ist als Krankheit im Frühstadium auch therapierbar (PD Dr. D. Banzer³, Berlin). Dies bedeutet aber, dass die Diagnose vor der ersten Fraktur gestellt werden sollte, wie z. B. Prof. M. Fischer³ aus Kassel betonte. „Mit den heute zur Verfügung stehenden Verfahren der Osteodensitometrie wird eine Aussage über den Knochenmineralgehalt gemacht. Wenn auch die Frakturentstehung durch viele Faktoren beeinflusst wird, so besteht doch eine hohe Korrelation zwischen Knochenfestigkeit und Knochenmineralgehalt. Um eine Entscheidung zwischen Prävention und Therapie zu fällen, erscheint es günstig, sich an der

Frakturrisikogrenze zu orientieren.“ Nach Definition der WHO liegt eine Osteoporose dann vor, wenn der Normwert des Knochenmineralgehaltes einer jugendlichen Vergleichsgruppe um mehr als 2,5 Standardabweichungen unterschritten wird. Dies signalisiert ein statistisch erhöhtes Bruchrisiko, auch wenn ein Frakturereignis nicht eingetreten ist bzw. nicht zwangsläufig eintreten muss.

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat im Dezember 1999 der Bundesgesundheitsministerin empfohlen, die Knochendichte nur noch als erstattungsfähig anzuerkennen, wenn bereits eine Fraktur eingetreten ist. Dieser Empfehlung lag ein Gutachten



zugrunde, welches zeigt, dass die Knochendichtemessung nur bei bereits eingetretenen Frakturen eine Aussage zum Frakturrisiko relevant erscheinen lässt. Der Wert der Knochendichtemessung wird nur dadurch neu evaluiert werden können, indem neue Literatur und andere Risikofaktoren in ihrer Wertigkeit neu klassifiziert und gewichtet werden.

An neuen Risikodefinitionen und -scores wird derzeit intensiv gearbeitet, nicht zuletzt, um die aktuellen Empfehlungen des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, nur die bereits eingetretene Fraktur als relevantes Risiko anzuerkennen, im Interesse der Patienten zu modifizieren, wie PD Dr. Felsenberg⁴ betonte.

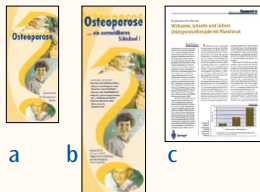
Literatur

- 1 DGI, Wiesbaden 2000
- 2 Einführungs-Presskonferenz Pisa 2000
- 3 PIAA-Veranstaltungen 2000
- 4 Falkensteiner Fachpressegespräche 2000
- 5 Orthopädenkongress Wiesbaden 2000
- 6 Brown et al., 22nd Annual Meeting of the American Society for Bone and Mineral Research, Toronto 2000
- 7 WHO-Report 1994

Besuchen Sie uns im Internet

www.osteoporose.com und www.actonel.de

Bitte senden Sie mir folgende Service-Artikel:



- (a) 100 Osteoporose-Risikofragebögen
- (b) Praxisposter Osteoporose
- (c) Sonderdruck „Der Hausarzt“

Faxantwort: 069/305-83321

Name

Straße

PLZ, Ort

Praxisstempel

- **Informieren Sie sich rund um das Thema Osteoporose.**
- **Kontaktieren Sie unsere Experten zu Ihren spezifischen Fragen zum Thema Osteoporose.**
- **Diskutieren Sie Osteoporose-Kasuistiken mit Ihren Kollegen.**
- **Holen Sie sich bei uns speziell abgestimmte Rezepte für Osteoporose-Patienten, machen Sie den Download und geben Sie diese an Ihre Patienten weiter.**