

Langzeittherapie der Osteoporose

Zu dem Beitrag „Langzeittherapie der Osteoporose“ von Prof. Dr. med. habil. Hans-Christof Schober (Heft 10/2017, S. 472f.) erreichte uns folgende Zuschrift:

Sehr geehrte Damen und Herren,

es ist erfreulich, im „Ärzteblatt Sachsen“ einen anregenden Artikel über das wichtige Thema der Langzeittherapie der Osteoporose aus der Feder eines renomierten Osteologen zu lesen. Allerdings sind einige Informationen nicht leitlinienkonform und bedürfen deswegen der Kommentierung.

- Die Knochendichtemessung sollte nicht nur am Femur (Hals und gesamt), sondern auch an der Lendenwirbelsäule (Mittelwert LWK 1 – 4 beziehungsweise von mindestens zwei auswertbaren LWK) erfolgen, entscheidend ist

Antwort von Prof. Dr. med. habil. Hans-Christof Schober:

Herzlichen Dank für die Zusendung der Leserschrift zu meinem Artikel „Langzeittherapie der Osteoporose“. Ich bin Dr. med. Krug sehr dankbar für seine Diskussion zu diesem Artikel und möchte dazu Folgendes antworten:

In meinem Artikel wird die Langzeitbehandlung der Osteoporose in den Mittelpunkt gestellt. Eine zentrale Frage einer solchen Therapie ist das Behandlungsziel.

Die Diskussion zu Therapiezielen bei chronischen Krankheiten ist schwierig, in meinem Artikel habe ich mich vielfach auf einen Report der ASBMR NOF Working Group zu Therapiezielen bei Osteoporose bezogen, den Steven Cummings und eine internationale Arbeitsgruppe im Januar 2017 im Journal of Bone and Mineral Research publizierten.

Da auf die im Artikel genannten Messpunkte (Dexa-Femur) Bezug

der niedrigste als T-score ausgedrückte Messwert.

- Die in Deutschland gültigen Leitlinien sehen die Indikation für eine spezifische antiosteoporotische Therapie gegeben, wenn das Frakturrisiko, ermittelt auf der Basis vieler Risikofaktoren, größer als 30 Prozent in zehn Jahren ist. Die Knochendichte sollte dabei in der Regel unterhalb des T-scores von -2,0 liegen. Ein T-score von <-2,5 allein reicht also nicht zur Indikationsstellung aus! Im derzeit diskutierten Entwurf der Leitlinien für 2017 ff geht man auf der Basis eines neuen Modells von einem Frakturrisiko >20 Prozent/10a als Therapieindikation aus, an der Bewertung der einzelnen Knochendichtewerte ändert das aber nichts.
- Das Anheben der Knochendichte an sich oder gar über einen spezifizierten Wert ist kein Therapieziel, es kann damit nicht als eines der Hauptziele der Therapie be-

genommen wird, werden auch die dort beschriebenen Dichtemessungsorte verwendet. Das Anheben der Dichte über einen Grenzwert als Therapieziel wird von dieser Arbeitsgruppe so beschrieben, andere fassbare Parameter werden weniger diskutiert.

Das Thema der osteoanabolen Therapie ist bei stark verminderter Dichte sicher sinnvoll und wird im genannten Artikel in diesem Kontext diskutiert.

Zum Thema der osteoanabolen Therapie gibt es zahlreiche neue Arbeiten, die ein solches Vorgehen: Zuerst anabol dann katabol als deutlich Frakturrisikomindernd beschrieben (zum Beispiel Lancet November 2017).

Ich verweise auch auf zwei große Kongresse dieses Jahres, den ECTS und den ASBMR, wo diese Fragen ausführlich diskutiert wurden.

Die GBA-Therapiehinweise zum Forsteo sind aus dem November

zeichnet werden! Unter einer medikamentösen Therapie verliert die Knochendichte als Risikoindikator erheblich an Bedeutung, da sie einige wesentliche therapeutische Effekte nicht erfasst.

- Eine osteoanabole Therapie, das heißt der Einsatz des Parathormonpräparates Teriparatide (Forsteo) ist in Deutschland durch den Therapiehinweis des GBA im wesentlichen „nur bei manifester Osteoporose mit mindestens zwei neuen Frakturen in den letzten 18 Monaten“ und nicht ausreichendem Ansprechen auf eine direkte und adäquate Vorbehandlung über mindestens ein Jahr möglich. Sie kann also im GKV-Bereich nicht als Erstlinientherapie bei postmenopausaler Osteoporose eingesetzt werden.
- Strontiumranelat (Protelos) steht in Deutschland nicht mehr zur Verfügung.

Dr. med. Jürgen Krug, Leipzig

2006 und ich bin Dr. Krug sehr dankbar, dass er eine unbedingt notwendige Diskussion über unser bisheriges therapeutisches Vorgehen durch seine Hinweise befördert.

Für den Arzt im alltäglichen Vorgehen ist, und ich denke dies wird in meinem Artikel beschrieben, unser vorrangiges Ziel die Verhinderung von Frakturen. Ebenso, dass wir zur Therapieentscheidung neben der Knochendichte viele, viele Risikofaktoren – auch diese sind beschrieben – in unsere diagnostischen Entscheidungen einfließen lassen.

Bei vielen Fragen besteht Forschungsbedarf, eine offene Diskussion wird auch in der Zukunft weiter zu führen sein.

Prof. Dr. med. habil. Hans-Christof Schober, Rostock