

23. Mai 2019

Osteoporose: Hausärzte sollen mehr in die Fraktur-Prophylaxe einbezogen werden

Angesichts der steigenden Fallzahlen für osteoporotische Frakturen ist es im Interesse der Patienten wichtig, dass diese Volkserkrankung im klinischen Alltag mehr Aufmerksamkeit erfährt. Ein Beitrag dazu könnte die Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Osteologen und Unfallchirurgen auf der einen und Hausärzten und Internisten auf der anderen Seite sein.

Disease Management Programm (DMP) Osteoporose

Eine Initiative in diese Richtung stellt das in der Entwicklung befindliche Disease Management Programm (DMP) Osteoporose dar, wie im Rahmen eines Amgen-Symposiums unter Vorsitz von Prof. Dr. med. Cornel Sieber, Erlangen-Nürnberg, anlässlich des diesjährigen Internisten-Kongresses zu hören war. Daneben kamen wichtige Botschaften zur Diagnose und Therapie der Osteoporose zur Sprache. Sie unterstreichen den Stellenwert einer Therapie mit dem RANK-Ligand-Inhibitor Denosumab (Prolia[®]) sowohl in der initialen, als auch der Sequenztherapie. Ein weiteres Plus für die erforderliche Therapieadhärenz der Patienten scheint die subkutane Gabe zu sein.

Steigende Prävalenz

Dass die Osteoporose eine Volkskrankheit ist, die unbehandelt aufgrund von Frakturen zu einer hohen Krankheitslast und oftmals dem Verlust der Selbstständigkeit führt, ist inzwischen vielfach belegt (1). Schon vor 10 Jahren betrug die Ein-Jahres-Prävalenz der Osteoporose-Neuerkrankungen in Deutschland 885.000, wie die BEST-Studie, eine Untersuchung anhand von Krankenkassendaten, gezeigt hat (2). Die aktuelle Schätzung der Internationalen Osteoporose Foundation (IOF) geht für Deutschland von 4,2 Mio. betroffenen Frauen und 1,1 Mio. Männern aus (1). Für 2025 prognostiziert sie eine Zunahme der Frakturen um gut 200.000 gegenüber 2010, d.h. von 724.773 auf 927,737 (1). Das Problem ist also keineswegs kleiner geworden. Frakturierte Patienten müssen zum Großteil in der Klinik behandelt werden, wie Prof. Dr. med. Andreas Kurth, Koblenz, betonte. Wenn sie einmal in der Klinik seien, sei es schwer, die oft älteren Patienten wieder fit für den Alltag zu machen. Viele müssten in Pflegeheime entlassen werden. Daher ist es aus Sicht von Kurth wichtig, sich frühzeitig um diese Patienten zu kümmern und diese zu behandeln. Zumindest die Folgefraktur müsse vermieden werden.

Behandlungslücke in der Versorgung

Obwohl die Fallzahlen also steigen und die Krankheitslast der Betroffenen mit der von Krebserkrankungen vergleichbar ist (3), bleibt die Osteoporose nicht nur in Deutschland deutlich unterdiagnostiziert und untertherapiert. Das belegen diverse Untersuchungen der letzten Jahre (4-6). Die Behandlungslücke beträgt übereinstimmend ca. 50-60%. Dies gilt selbst für Patienten, die bereits eine oder mehrere Fragilitätsfrakturen erlitten haben und damit Hochrisikopatienten für weitere Frakturen sind. Nach der aktuellen Erhebung der IOF wurden ca. 60% aller deutschen Patientinnen >50 Jahre nach einer Fraktur nicht behandelt, um Folgefrakturen zu vermeiden (1). Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen Hadji et al. in ihrer Analyse zu Patienten mit gesicherter Osteoporose und vertebraler bzw. femoraler Fraktur: 54,4% der Frauen > 55 Jahre und 66,5% der Männer > 60 Jahre wurden nicht behandelt (5). Dabei besteht innerhalb des ersten Jahres nach der Indexfraktur ein 5-fach erhöhtes Risiko für eine Folgefraktur. Für die Patienten bedeute dies persönliches Leid, für die Krankenkassen hohe Kosten.

Therapieziel: Vermeidung von (Folge-)Frakturen

Gemäß Leitlinie des DVO ist das Ziel eine optimierte Versorgung der Patienten (7). Im ersten Schritt gelte es, Risikopatienten mit Hilfe der DVO-Risikofaktoren zu erfassen, sagte Kurth. Die Knochenmasse sei nur einer dieser Risikofaktoren für typische Fragilitätsfrakturen, zu denen primär Wirbelkörperfrakturen zählen, zudem die folgenschweren Hüftfrakturen und die oft übersehenen Radiusfrakturen bei Sturz aus dem Stand. Dies betonte auch Prof. Dr. Ralf Schmidmaier, München, der auf 2 entscheidende Hindernisse für eine effektive Osteoporose-Therapie hinwies – die Osteoporose-Diagnose gemäß WHO-Definition, also einem T-Score von $-2,5$, und die „One-size-fits-all“-Mentalität in der Therapie. Wie eine Bevölkerungsstudie zu selbstständig lebenden Menschen ≥ 60 Jahren zeigen konnte, wiesen 54% derjenigen, die eine Fragilitätsfraktur, also eine Niedrig-Trauma-Fraktur, erlitten, eine normale Knochendichte (BMD) auf (8). Das zeigt aus Sicht von Schmidmaier, dass die BMD keine ausreichende Sensitivität für den Ausschluss einer behandlungsbedürftigen Osteoporose aufweist. Dafür sei es erforderlich, die DVO-Risikofaktoren zu erheben, zu denen vor allem hohes Alter, stattgehabte Frakturen und eine auch nur kurzfristige hochdosierte Glukokortikoid-Therapie (9) zählen. In diesen Fällen bestehe fast immer die Indikation für eine spezifische Osteoporose-Therapie.

Therapie gemäß DVO-Leitlinie individualisieren

Die Vorstellung, alle Patienten anschließend über 5 Jahre mit oralen Bisphosphonaten zu behandeln, entspricht nicht den Empfehlungen der DVO-Leitlinie von 2017. Vielmehr soll sie anhand von Nebenwirkungen, Kontraindikationen, Komorbiditäten und auch Kosten gewählt werden, betonte Schmidmaier. Ein weiterer Faktor ist aus seiner Sicht die Einnahmemodalität. Hier biete Denosumab aufgrund der subkutanen Applikation gegenüber anderen Medikamenten mit gleicher Empfehlungsstärke Vorteile bei der Adhärenz (10,11). Dies spiele besonders bei älteren Patienten eine Rolle. Vergleicht man sehr alte Patienten mit jüngeren Osteoporosepatienten, dann zeigen sich bzgl. der Risikoreduktion keinerlei Unterschiede (12,13). Oft übersehen werde laut Schmidmaier, dass die Effektivität der Therapie im höheren Alter aufgrund des höheren absoluten Frakturrisikos insgesamt höher ist. Daher sei es sinnvoll, gerade die Hochrisikopopulation der geriatrischen Patienten mit hoch effektiven Medikamenten mit höherer Therapieadhärenz zu behandeln.

Sequenztherapie statt Therapiepausen

Auch beim Thema Therapiedauer besteht oftmals ein Missverständnis: Zwar werde unter der Therapie mit Bisphosphonaten ein Knochendichte-Plateau erreicht. Gleichzeitig führe das Absetzen der Therapie nach 5 Jahren aber zu einer Abnahme der Knochendichte. Außer wenn Patienten gemäß Risikofaktoren keine Hochrisikopatienten mehr seien, werde daher heute eine Fortführung bzw. im Sinne einer Sequenztherapie ein Wechsel auf ein anderes Wirkprinzip empfohlen, sagte Schmidmaier. So profitieren die Patienten beispielsweise von einer über 5 Jahre hinaus fortgeführten Therapie mit Denosumab (14). Für Zoledronat und Alendronat ist ebenfalls eine Wirksamkeit über 5 Jahre hinaus belegt (15,16). Insgesamt sollten Patienten mit sehr hohem Risiko mit sehr effektiven Substanzen mit hoher Therapieadhärenz behandelt werden – so Schmidmaiers Fazit.

DVO-Zertifizierung für Hausärzte

Dieses Wissen können Hausärzte und Internisten schon jetzt vertiefen. Im Rahmen des DMP Osteoporose können sie sich gemäß dem neuen 3-stufigen DVO-Curriculum als Experte für allgemeine Osteologie zertifizieren lassen. Damit können sie intensiver in die Behandlung der Volkskrankheit Osteoporose einbezogen werden. Voraussetzung für das Zertifikat B sind nur die Approbation als Arzt und der Basiskurs Osteologie, der von der Osteologie Akademie (OSTAK) angeboten wird, so Kurth.

Quelle: Amgen

Literatur:

- (1) IOF-Report 2018: http://share.iofbonehealth.org/EU-6-Material/Reports/IOF%20Report_EU.pdf.
- (2) Hadji P et al. Dtsch Arztebl Int 2013; 110 (4): 52-7.
- (3) Hernlund K et al. Arch Osteoporosis 2013; 8: 136.
- (4) Balasubramanian a et al. J Bone Joint Surg am 2014; 96 (7): e52.

- (5) Hadji P et al. *Osteologie* 2019; 28: 77.
- (6) Hadji P et al. *Osteologie* 2019; 28: 75-76.
- (7) Leitlinien des Dachverbands der Osteologen (DVO), 2017, https://www.dv-osteologie.org/dvo_leitlinien/dvo-leitlinie-2017.
- (8) Bliuc D et al. *J Bone Miner Res* 2015; 30 (4): 637-646.
- (9) van Staa TP et al. *Arthritis Rheum* 2003; 48 (11): 3224-3229.
- (10) Hadji P et al. *Osteoporosis Int* 2012; 23 (1): 223-231.
- (11) Freemantle N et al. *Osteoporosis Int* 2012; 23 (1): 317-318.
- (12) Gelen E *Calcif Tissue Int* 2017; 101: 111-131.
- (13) Vanderbroucke A et al. *Clinical Interventions in Aging* 2017; 12: 1065-1077.
- (14) Bone HG et al. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2017; 5 (7): 513-523.
- (15) Schilcher J et al. *Bone* 2013; 52 (1): 389-392.
- (16) Black DM et al. *J Am Med Soc* 2006; 296 (24): 2927-2938.