

## Frakturrisiko senken, Adhärenz verbessern

# Intravenöse Therapie als Chance in der Osteoporose-Behandlung

**ST. GALLEN – Parenterale Bisphosphonate wie Ibandronat (Bonviva® i.v.) weiten die therapeutischen Möglichkeiten bei Osteoporose in überzeugender Weise aus und verringern die Risiken einer schlechten Behandlungcompliance, sagte Dr. Hans-Ulrich Mellinghoff, Leitender Arzt Endokrinologie, Diabetologie und Osteologie, Kantonsspital St. Gallen, am Symposium Osteoporose/Rheumatologie – aus der Praxis, für die Praxis, das von Roche Pharma (Schweiz) AG unterstützt wurde.**



Dr. Hans-Ulrich Mellinghoff

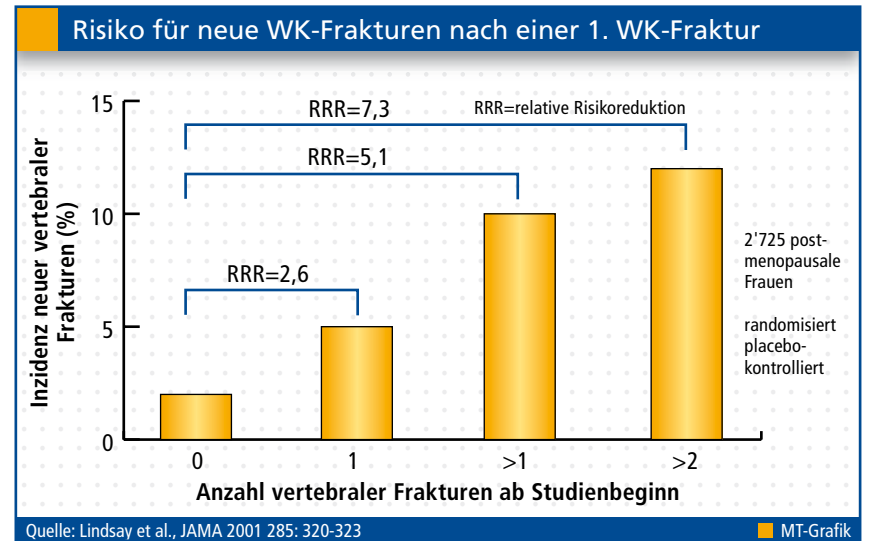
Die Entwicklung der Bisphosphonattherapie bildet eine eindruckliche medizinische Erfolgsgeschichte. Sie bleibt auch weiterhin der Goldstandard, an dem sich neue Osteoporose-Therapien messen müssen; sie hemmen die Funktion der Osteoklasten und

unterbinden dadurch die Knochenresorption.

In randomisierten, kontrollierten Studien wurden mit den verfügbaren Bisphosphonaten für vertebrale Frakturen, je nach Studienpopulation und Ausprägung der Osteoporose, relative Risikoreduktionen von etwa 40 bis 60 % erreicht, sagte Dr. Mellinghoff. Dass sie das Frakturrisiko praktisch halbieren, unterstreicht die hohe therapeutische Wirksamkeit dieser Medikamente. Mit täglicher oraler Ibandronatbehandlung betrug die relative Risikoreduktion bei vertebrale Frakturen nach drei Jahren 62%.<sup>1</sup> Die Verhinderung verte-

braler Frakturen ist so wichtig, weil das relative Risiko neuerlicher Wirbelkörperfrakturen mit jeder Fraktur um 2,5 % zunimmt<sup>2</sup>, wie Dr. Mellinghoff zeigte (s. Abb.). Bei Schenkelhals- und anderen nicht-vertebralen Frakturen reduzieren Bisphosphonate das Risiko nicht in demselben Ausmass. In einer Untergruppe von Patientinnen mit fortgeschrittener Osteoporose (Knochendichte am Schenkelhals, T-Score < -3,0) konnte jedoch mit täglicher peroraler Ibandronateinnahme eine Risikoreduktion von 69 % erzielt werden\*, wie eine post-hoc-Analyse ergab.<sup>1</sup>

Die intravenöse Ibandronat-Therapie senkt die Rate nicht-vertebraler Frakturen im Vergleich zur oralen Therapie\* noch zusätzlich, so der Referent.<sup>3</sup> „Die intravenöse Therapie erbringt also nochmals einen Zugewinn an therapeutischer Wirksamkeit“, sagte er. Damit gibt es eine Reihe guter Gründe, die intravenöse Bisphosphonattherapie zu bevorzugen:



- Wenn die Einnahmenvorschriften nicht eingehalten werden, wird die geringe orale Bioverfügbarkeit beeinträchtigt.<sup>3</sup>
- Gastrointestinale Unverträglichkeit oraler Bisphosphonate spielt eine wichtige Rolle bei der Non-Compliance.
- Orale Bisphosphonate sind kontraindiziert bei Hiatushernie, Refluxösophagitis und Barrett-Ösophagus.<sup>3</sup>

Die Entwicklung parenteraler Bisphosphonatpräparate führt zu einer überzeugenden Erweiterung der ther-

apeutischen Optionen und minimiert die Risiken einer schlechten Therapieadhärenz. Aktuell wird in der Regel empfohlen, während fünf Jahren mit Bisphosphonaten zu behandeln mit anschliessender behandlungsfreier Zeit. Bei besonders ausgeprägter Osteoporose mit multiplen Frakturen in der Vorgeschichte sei es vertretbar, den Therapiezeitraum bis auf acht Jahre auszudehnen, fügte Dr. Mellinghoff hinzu.

\* Bonviva ist nicht registriert für die Therapie nicht-vertebraler Frakturen in der postmenopausalen Osteoporose

## Über die Knochendichtemessung hinaus

# Statt den T-Score, das Frakturrisiko behandeln

**ST. GALLEN – Im Hinblick auf die Osteoporosetherapie ist eine Strategie entscheidend, mit der sich Personen mit hohem Frakturrisiko zuverlässig identifizieren lassen. Neben FRAX steht in der Schweiz ein weiteres Fallfindungs-Instrument zur Verfügung, das sich in der Praxis gut bewährt.**

Zwar ermöglicht die Osteodensitometrie als diagnostisches Hilfsmittel eine Abschätzung des Frakturrisikos, die Behandlung soll aber nicht allein auf den T-Score ausgerichtet sein, sondern auf das individuelle Frakturrisiko, betonte Dr. Peter Wiedersheim, FMH Innere Medizin/Rheumatologie, St. Gallen. Im Rahmen der Osteoporosetherapie gilt es, prioritär das Frakturrisiko (damit verbunden auch das Sturzrisiko) zu reduzieren. Das heisst, Knochenverlust stoppen, Knochenmasse und -architektur aufrechterhalten oder verbessern, Muskelkraft und Balance verbessern.

### Zusätzliche Faktoren berücksichtigen

Viele Frauen mit Hüftfrakturen weisen aufgrund des T-Score-Wertes (-1,0 bis -2,5) lediglich eine Osteopenie auf. Es ist also wichtig, auch Risikofaktoren zu berücksichtigen,

die unabhängig von der Knochendichte sind. Das von einer WHO-Arbeitsgruppe entwickelte Rechenool FRAX schätzt das länderspezifische 10-Jahres-Frakturrisiko ab. Der Verein Osteoporose Plattform der Schweizerischen Gesellschaft für Rheumatologie hat das auf prospektiven Frakturdaten von ca. 1 000 000 Patientenjahren in Europa und Nordamerika basierende FRAX-Tool geprüft und folgendes festgehalten:



Dr. Peter Wiedersheim

- FRAX bezieht die DXA-Werte der Hüftregion ein.
  - Die Daten variieren von Land zu Land erheblich.
  - Das Sturzrisiko und z.B. die Aromatasehemmer werden nicht als klinische Risikofaktoren berücksichtigt.
- FRAX hilft zur Berechnung des Frakturrisikos, gibt aber keine Therapieempfehlung ab. Als zweites Fallfindungs-Instrument steht das Tool der Osteoporose-Plattform SRG zur Verfügung (www.medlink.ch/osteoporose). Es

berücksichtigt das Sturzrisiko, das in der Praxis durch einfache Tests leicht beurteilt werden kann. Ab einem absoluten 10-Jahres-Frakturrisiko von über 25 % wird eine Behandlung empfohlen. Weitere Abklärungen werden bei einem Risiko von 25 % bis 20 % und Präventionsbemühungen bei einem Risiko unter 20 % empfohlen. Das Tool gibt konkrete Abklärungs- und Therapieempfehlungen, wobei alle in der Schweiz gültigen zugelassenen Indikationen und Krankenkassen-Limitationen berücksichtigt werden. Derzeit wird das Tool wissenschaftlich validiert.

### Die sechs Säulen der Osteoporose-Therapie

Die Behandlung der Osteoporose beruht auf sechs Säulen: Ernährung, Bewegung, Selbsthilfe, Medikamente, Sturzprophylaxe und Rehabilitation. Bei korrekter Anwendung ist mit Bisphosphonaten in über 90 % der Fälle eine Wirkung zu erwarten, sagte Dr. Wiedersheim. Und er fügte hinzu, dass aber bei der generell sehr geringen gastrointestinalen Bisphosphonatresorption oft parenterale Formen wie die Quartalspritze (Ibandronat i.v.) den oralen Formen überlegen sind, speziell bei Patientinnen mit chronischer Diarrhö und dadurch zusätzlich gestörter Resorption. „Osteoporosetherapie ist aber nicht nur die Rezeptierung eines Bisphosphonats“, betonte er. Nicht

in Vergessenheit darf das Vitamin D geraten, das in letzter Zeit gegenüber dem Kalzium wieder vermehrt in den Vordergrund gerückt ist und nicht nur für die Knochengesundheit eine wichtige Rolle spielt, sondern auch die Muskelfunktion verbessert und das Sturzrisiko reduziert. Aktuell werden 800 bis 1 000 IE Vitamin D täglich empfohlen, so der Experte.

### Therapieerfolg hängt von Patientenführung ab

Die Osteoporosebehandlung ist eine typische Langzeittherapie, bei der sich der Arzt als Therapiecoach engagieren sollte, um die Patientinnen nicht zu verlieren und ein optimales Therapieergebnis zu erzielen. Der Therapieerfolg steht und fällt mit der Führung der Patientinnen, betonte Dr. Wiedersheim.

#### Referenzen:

- Chesnut CH et al., Effects of oral ibandronate administered daily or intermittently on fracture risk in postmenopausal osteoporosis. J Bone Miner Res 2004; 19: 1241-1249
- Lindsay R et al., Risk of new vertebral fracture in the year following a fracture. JAMA 2001 285: 320-323
- Sambrook PN et al., Risk reduction of non-vertebral fractures with intravenous ibandronate: post-hoc analysis from DIVA. CMRO 2010; 26(3): 599-604
- Bianchi G et al., Efficacy of iv ibandronate is maintained over 5 years: the DIVA LTE study. EULAR 2009. Poster FR10422; www.eular.org
- Sinaki M et al., Postmenopausal spinal osteoporosis: flexion versus extension exercises. Arch Phys Med Rehabil 1984; 65: 593-596
- Huntoon E et al., Significantly fewer refractures after vertebroplasty in patients who engage in back-extensor-strengthening exercises. Mayo Clin Proc 2008; 83: 54-57

Die gekürzte Fachinformation finden Sie auf Seite 6 in dieser Ausgabe.

### Physiotherapie bei Osteoporose nützlich

Bei Osteoporosepatienten mit Rückenschmerzen, bei denen Wirbelfrakturen aufgetreten sind, ist initial eine detonisierende Physiotherapie geeignet. „Sehr wertvoll ist Mobilisation im Wasser“, sagte Dr. Adrian Forster, Klinik St. Katharinental, Diessenhofen. Längerfristig ist ein Kräftigungstraining der Rückenextensoren wichtig, das ergänzt wird durch ein Balance- und Koordinationstraining zur Vorbeugung weiterer Stürze. Gezielte Kräftigung der Rückenextensoren scheint das Risiko für weitere Wirbelfrakturen markant zu reduzieren (im Vergleich zu fehlendem Training).<sup>5</sup> Wenn jedoch isoliert die Flexoren trainiert werden, muss im Gegenteil mit einer Zunahme des Risikos für Brustwirbelfrakturen gerechnet werden.<sup>5</sup> Auch nach Vertebroplastie, bei der Zement mit Druck in den zusammengesenkten osteoporotischen Wirbelkörper eingebracht wird, kann konsequentes Extensorentraining die Frakturrezidivrate senken; in einer retrospektiven Arbeit war ein alleiniges Extensorentraining der Vertebroplastie hinsichtlich Frakturrezidiven sogar überlegen.<sup>6</sup>

Mit freundlicher Unterstützung von: Roche Pharma (Schweiz) AG Schönmattdorferstrasse 2, CH-4153 Reinach

### IMPRESSUM

Idee und Konzeption: INTER MEDICAL, Grosspeterstrasse 23, Postfach, 4002 Basel  
 Information: Roche Pharma (Schweiz) AG  
 Objektleitung: Dr. med. Christine Mücke  
 Redaktion: Alfred Lienhard, Winfried Powollik  
 Layout: Patrik Brunner  
 Produktion: Patrik Brunner  
 © Nachdruck – auch auszugsweise – nur mit schriftlicher Genehmigung des Verlages