

Teriparatid bei Osteoporose

Frühe Therapie für Nutzen in zweifacher Hinsicht

WIEN – Die Osteoporose kann zu starken Beschwerden und schweren Behinderungen führen. Weil sie Ältere betrifft und ihre Inzidenz daher mit der demographischen Entwicklung weiter steigen wird, muss die Therapie auch Kostenfragen berücksichtigen. Der ECCEO*-Kongress thematisiert neben den klinischen auch ökonomische Facetten der Therapie. In beiden Aspekten bringt Teriparatid Vorteile, erläuterte Prof. Dr. Cyrus Cooper von der Universität Southampton.

Gegen die ansteigende Inzidenz osteoporotischer Frakturen muss etwas getan werden – und es kann etwas getan werden. Prof. Cooper betonte nachdrücklich, dass schon heute das geschätzte Risiko für jede Frau, eine osteoporotische Fraktur

zu erleiden, bei 40 bis 50 % liegt. Bei den Männern wird jeder Fünfte betroffen sein.

Die Kosten, die durch derartige Frakturen verursacht werden, entfallen auf die Therapie, aber auch

auf die Einschränkung bei der Arbeit und Lebensbewältigung. Die Pflegebedürftigkeit nach Osteoporose-Frakturen ist hoch. Die gesamten Kosten wurden bislang eher unterschätzt: neue Studien deuten darauf hin, dass eine Kostenlawine auf uns zurollt.

Wirksame Therapien mit guter Evidenz stehen zur Verfügung, so das rekombinante Parathormon Teriparatid. Es wirkt, indem es den Knochenaufbau fördert – im Gegensatz zu den Bisphosphonaten, die bei der Hemmung des Knochenabbaus ansetzen.

Teriparatid (20 µg Forsteo® einmal täglich) senkte bei postmenopausalen Frauen das Risiko einer erneuten Wirbelfraktur um 65 % und das Risiko nichtvertebraler Frakturen um 53 %¹ (Abb. 1). Selbst nach Ende der Therapiephase konnte diese Risikoreduktion über weitere 18 Monate aufrecht erhalten werden².

Der Wirksamkeitsnachweis ist gegeben, aber wie hoch sind die Kosten für diese Effektivität? Hierzu wurden Modelle ausgearbeitet, in die Frakturrisiko, Mortalität, akkumulierte Lebenszeitkosten, Nutzung der medizinischen Ressourcen usw. einfließen. Mit

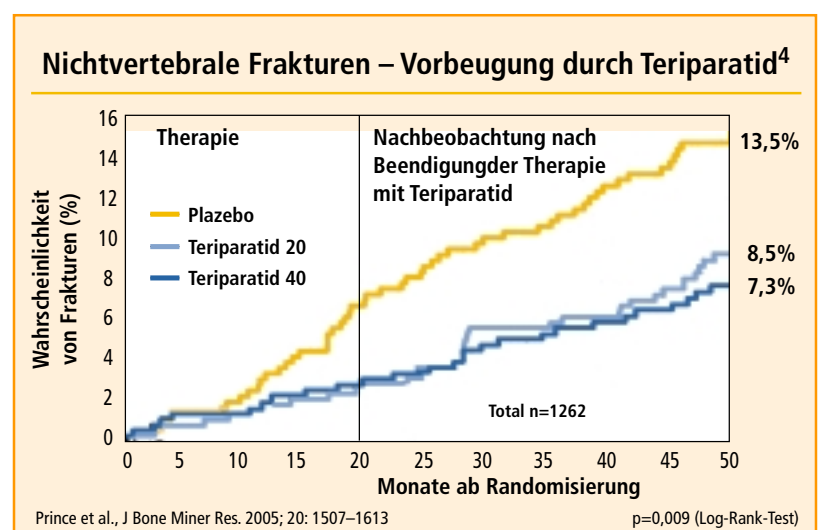


Abb. 2: Kumulative Häufigkeit nichtvertebraler Frakturen in der Nachbeobachtung des Teriparatide Fracture Prevention Trial (i postmenopausale Frauen). Vergleich zwischen Placebo, Teriparatid 20 und 40 µg. Nach Therapieende nimmt der Vorteil der Verumgruppen noch weiter zu.

einem solchen Modell wurden Frauen mit einem mittleren T-Score von -2,34 am Femurhals untersucht. Sie hatten im Mittel bereits 2,6 Frakturen erlitten^{1,3}; ihr durchschnittliches Alter betrug 69 Jahre. Die Kosten hingen klar davon ab, wie rasch eine Osteoporose-Therapie nach einer Fraktur einsetzt: Wenn Frauen unmittelbar nach dem Ereignis eine Behandlung bekamen, war dies deutlich kosteneffektiver als bei einer später begonnenen Therapie³. Auch das Risiko für eine wei-

tere Fraktur beeinflusste die Kosteneffektivität – je höher das Risiko, desto niedriger lagen die Kosten für ein zusätzlich gewonnenes Jahr guter Lebensqualität. Dass man früh beginnt, ist auch durch die klinische Evidenz gut begründet, denn in der unmittelbar an die Fraktur angrenzenden Periode ist das Risiko für eine neue Fraktur oder den Tod am höchsten.

*6. European Congress on Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis
Quelle: Satellitensymposium der Firma Eli Lilly

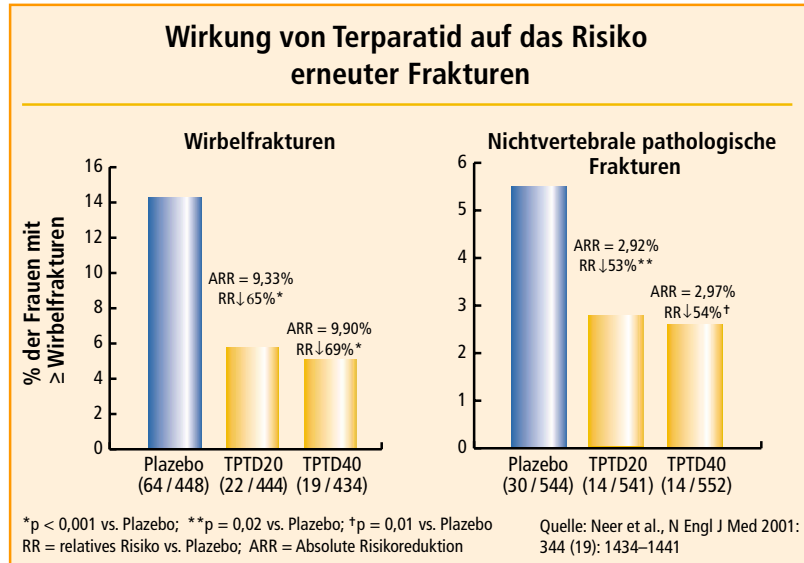


Abb. 1: Deutliche Senkung des relativen Risikos unter Teriparatid.

Osteoporose-Patienten zur Mitarbeit gewinnen

Das erleichtert die Compliance

WIEN – Wie bei anderen chronischen Krankheiten ohne hohen Leidensdruck hängt auch bei der Osteoporose der Behandlungserfolg sehr von der zuverlässigen Anwendung der Medikamente ab. Deshalb sollte der Arzt alle Hebel in Bewegung setzen, um den Patienten zur Therapiefortführung zu motivieren. Professor Dr. Jonathan Adachi, McMaster Universität in Hamilton/Kanada, gab beim Symposium „Multidimensional Impact of Postmenopausal Osteoporosis“ Rat, wie man die Patienten bei der Stange hält.

Eine grundlegende Voraussetzung für eine gute Compliance: Der Patient muss verstehen, dass die verordnete Therapie sein Risiko

nennenswert senken kann. Die Zahlen für Osteoporose-Therapien sollten für sich sprechen: Teriparatid (Forsteo®) beispielsweise senkt das Risiko für eine Wirbelfraktur um bis zu 65 % und für eine nichtvertebrale Fraktur um bis zu 53 %¹. Wenn die Patienten aber die Medikamente nicht wie verordnet einnehmen – entweder seltener oder nicht so lange wie geplant – reduziert sich dieser Gewinn. Die Knochenmineraldichte wird weniger stark anstei-

gen, das Frakturrisiko bleibt stärker erhöht, das Risiko für eine Spitaleinweisung ist höher – wie auch die medizinischen Kosten.

„Die Zukunft der Osteoporose-Behandlung liegt meiner Meinung nach gar nicht in erster Linie in neuen Therapien, sondern in der besseren Anwendung der vorhandenen Therapien“, betonte Prof. Adachi. Hieran kann jeder Einzelne mitwirken.

- Referenzen:**
- Neer R, et al.: Effect of parathyroid hormone (1-34) on fractures and bone mineral density in postmenopausal women with osteoporosis. N Engl J Med 344:1434–1441
 - Lindsay R et al.: Sustained vertebral fracture risk reduction after withdrawal of teriparatide in postmenopausal women with osteoporosis. Arch Intern Med 2004; 164:2024–2030.
 - Lundkvist J, et al.: Economic evaluation of parathyroid hormone (pth) in the treatment of osteoporosis in postmenopausal women. Osteoporosis Int. 2006; 17: 201–211
 - Prince R et al.: Sustained nonvertebral fragility fracture risk reduction after discontinuation of teriparatide treatment. J Bone Miner Res. 2005; 20: 1507–1513

FORSTEO® Teriparatid (rhPTH) – Liste B. Indikation: Behandlung postmenopausaler Frauen mit manifester Osteoporose und hohem Frakturrisiko. Bei Männern mit primärer oder hypogonadaler Osteoporose mit hohem Frakturrisiko. **Dosierung:** 1 subkutane Injektion in Oberschenkel oder Abdomen von 20 Mikrogramm Forsteo® pro Tag. **Kontraindikationen:** Vorbestehende Hyperkalzämie, schwere Beeinträchtigungen der Nierenfunktion, andere Knochenstoffwechselerkrankungen ausser einer primären Osteoporose (einschliesslich Hyperparathyreoidismus und Paget-Syndrom), ungeklärter Erhöhung der alkalischen Phosphatase und Strahlentherapie des Skeletts in der Vorgeschichte. Bei Kindern und jungen Erwachsenen mit offenen Epiphysen. Patienten mit Knochenmetastasen oder malignen Knochentumoren in der Vorgeschichte. **Warnhinweise und Vorsichtsmassnahmen:** Bei Ratten kam es dosisabhängig und abhängig von der Behandlungsdauer zu einer erhöhten Inzidenz von Osteosarkomen (malignen Knochentumoren). Patienten mit erhöhtem Risiko zur Entwicklung von Osteosarkomen sollten von einer Forsteo®-Behandlung ausgeschlossen werden (unter „Kontraindikationen“ genannte Patientengruppen). **Interaktionen:** Forsteo® wurde in pharmakodynamischen Studien bezüglich Wechselwirkungen mit Hydrochlorothiazid, Furosemid, Atenolol sowie Retardformen von Diltiazem, Nifedipin, Felodipin und Nisoldipin untersucht. Es wurden keine klinisch signifikanten Wechselwirkungen beobachtet. Schwangerschaftskategorie: X **Unerwünschte Wirkungen:** Schwindel, Beinkrämpfe, Übelkeit, Synkope. **Packungen:** Patrone mit 3ml (250 Mikrogramm/ml) in vorgefülltem Injektor: 1* Lim. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Arzneimittelkompendium der Schweiz. V25-10-2005

Rückerstattung: Nur zur second line Behandlung von postmenopausalen Frauen und Männern mit neuen radiologisch dokumentierten osteoporosebedingten Wirbelkörperfrakturen, die nach einer mindestens 6-monatigen Therapie mit Calcitonin, SERM (selektiver Oestrogen-Rezeptor-Modulator) oder einem Bisphosphonat auftraten. Maximale Therapiezeitdauer 18 Monate. Die Indikationsstellung darf nur durch Fachärzte (Endokrinologen, Rheumatologen) erfolgen.

Idee und Konzeption:
INTER MEDICAL, Urs Graf-Strasse 8,
Postfach 368, 4020 Basel
Information: Eli Lilly (Schweiz) AG
Redaktion: Dr. Ulrike Novotny, Winfried Powollik
Layout: Patrik Brunner
Produktion: Patrik Brunner
© Nachdruck – auch auszugsweise – nur mit schriftlicher Genehmigung des Verlages.

MT 18/2006