

# Mit knochenschützender Therapie nicht warten

Ein Gespräch mit dem Rheumatologen Hans Jörg Häuselmann zu Diagnose und Therapie der glukokortikoidinduzierten Osteoporose

**Behandlungen mit hochdosierten Steroiden gehen zu oft mit einer iatrogenen Knochenschädigung einher, die durch ein geeignetes Risikoassessment und anschliessende Prophylaxe zu vermeiden wäre, erläuterte Prof. Dr. med. Hans Jörg Häuselmann, Klinik Im Park, Zürich, in einem Gespräch am Rande des Jahreskongresses der Schweizerischen Gesellschaft für Rheumatologie (SGR) in Interlaken.**

**C**ongressSelection: Die glukokortikoidinduzierte Osteoporose – gemeinhin abgekürzt mit GIOP – dürfte die häufigste sekundäre Osteoporoseform sein. Wird sie auch am häufigsten diagnostiziert?

**Hans Jörg Häuselmann:** Eben nicht. Wir wissen aus der Canadian Early Arthritis Cohort, der sogenannten CATCH-Studie – und diese stimmt überein mit allen Studien der letzten Jahre –, dass die GIOP unterdiagnostiziert und unterbehandelt wird. Zur Unterbehandlung wissen wir es genauer, nur die Hälfte erhält Kalzium/Vitamin D, und nur ein Viertel bekommt eine spezifische antiosteoporotische Therapie. Diese Patientinnen und Patienten sind also eindeutig untertherapiert.



Hans Jörg Häuselmann

**Weshalb wird GIOP denn so schlecht erkannt?**

Wir wissen die Gründe nicht genau. Man hat sie untersucht, auch bei verschiedenen Fachrichtungen. Die Rheumatologen verpassen sie wahrscheinlich noch am wenigsten, weil sie am häufigsten damit zu tun haben. Man denkt einfach nicht daran, dass mit einer ärztlichen Therapie mit Kortikosteroiden den Patienten nicht nur geholfen, sondern auch iatrogen an-

**Was empfehlen Sie zur Abschätzung des Frakturrisikos? Es gibt ja verschiedene Tools, soll man FRAX® benützen oder eher das Tool der Osteoporose Plattform SGR (TOP)?**

Wir propagieren von Seiten der Schweizerischen Gesellschaft für Rheumatologie und von der Osteoporose Plattform SGR primär nicht die Tools, sondern wir fordern zu einem individuellen Risikoassessment auf. Bei diesem individuellen Frakturrisikoassessment hilft das TOP am meisten, weil es sehr detailliert ist und dem Unerfahrenen die zusätzlichen Risikofaktoren aufzeigt und weil wir im TOP auch nach der Steroiddosierung – tiefe Dosierung, hohe Dosierung – fragen.

**Wo liegt da die Grenze?**

Bei ca. 20 mg pro Tag. TOP hilft dem Ungeübten, das Frakturrisiko, auch bei GIOP, besser abzuschätzen. FRAX ist nicht zu empfehlen, vor allem nicht für Ungeübte, weil es die Frakturgefahr systematisch unterschätzt. Dies, weil die GIOP viel weniger DXA-abhängig ist als die postmenopausale Osteoporose. Man muss das Frakturrisiko also individuell bestimmen. Das Alter spielt eine sehr grosse Rolle, dies ist bei TOP und auch in den schweizerischen GIOP-Guidelines berücksichtigt, indem wir früher behandeln, wenn die Patienten zusätzliche Risikofaktoren haben wie Alter über 50 Jahre – nicht nur bei Frauen, sondern auch bei Männern –, hohe Steroiddosis und bestehende Frakturen. Zusammen mit den GIOP-Guidelines der SGR und dem TOP kann der ungeübte Rheumatologe, Hausarzt oder andere Facharzt einen Weg zur rechtzeitigen Behandlung finden.

**Wann soll man diese Risikoabschätzung vornehmen?**

Früh. Wenn Sie mit einer Steroidbehandlung beginnen, sollten Sie eine DXA-Abklärung und Risikoabschätzung machen. Obwohl DXA nicht optimal ist, brauchen wir es dennoch, um einen Risikofaktor unter vielen genauer zu erfassen.

**Wann soll dann eine knochenschützende Behandlung beginnen?**

Man soll nicht warten! Am besten schon innerhalb des ersten Monats. Patienten unter Steroidbehandlung verlieren schon innerhalb der ersten 6 bis 12 Monate bis zu 10 Prozent Kno-

«FRAX ist nicht zu empfehlen, vor allem nicht für Ungeübte, weil es die Frakturgefahr bei der GIOP systematisch unterschätzt.»

dere Krankheiten ausgelöst und damit Frakturen verursacht werden. Was sicher auch zur Unterbehandlung beiträgt, ist das Fehlen von exzellenten, evidenzbasierten Daten zur Frakturverhinderung. Wir haben für die Frakturprophylaxe zwar nur mässig gute Daten, aber diese zeigen immer wieder in die gleiche Richtung.

**Die Zunahme der Frakturen bei steroidbehandelten Patienten ist also iatrogen bedingt?**

Ja, eindeutig, das ist iatrogen bedingt.

chen, und auch die Frakturen lassen nicht lang auf sich warten. Man darf sich also nicht zurücklehnen, einfach mit Steroiden behandeln und die Frakturrisiko-Abklärung auf einen späteren Zeitpunkt verschieben, sondern muss innert der ersten Wochen handeln.

#### **Wie soll die Behandlung gegen GIOP aussehen?**

Sicher soll sie Kalzium und Vitamin D umfassen, und es soll, wegen der potenziell möglichen Steroidmyopathie, ein – vorsichtiger – Kraftaufbau erfolgen, ferner kommen spezifische Medikamente zum Einsatz. Hier haben wir zwei Wirkprinzipien, in erster Linie die Bisphosphonate.

#### **Von denen aber nicht alle bei GIOP eingesetzt werden können.**

Ja, hier hilft TOP, dort sind die Limitationen der verschiedenen Bisphosphonate aufgeführt. Wenn Bisphosphonate wegen Nebenwirkungen nicht vertragen werden oder nicht ausreichend wirken, kann man auf Teriparatid umstellen.

«Zusammen mit den GIOP-Guidelines der SGR und dem TOP kann der ungeübte Rheumatologe, Hausarzt oder andere Facharzt einen Weg zur rechtzeitigen Behandlung finden.»

#### **Woran erkennt man eine nicht ausreichende Wirkung?**

Bei einer DXA-Kontrolle nach einem Jahr ist das im Vergleich zur Basisbestimmung schnell klar. Aus pathophysiologischer Sicht ist Teriparatid übrigens sinnvoller, denn Bisphosphonate

wirken wahrscheinlich nur am Anfang, wenn es um die Osteoklastenhemmung geht. Später hemmen sie aber auch die Osteoblasten, ihre Wirkung geht also in die gleiche Richtung wie diejenige der Steroide am Knochen. Das heisst, der Knochenumbau wird verlangsamt, der Knochen altert, und wir wissen nicht genau, was nach 3, 4 oder 5 Jahren passiert. Teriparatid hingegen stimuliert die Osteoblasten, ist also ein einleuchtendes «Gegenmittel» gegen die Steroide. Es hat sich auch in den entsprechenden Studien gezeigt, dass Teriparatid gegenüber den Bisphosphonaten besser abschnitt. Wir plädieren also dafür, mit Bisphosphonaten zu beginnen und dann auf Teriparatid umzustellen.

#### **Spielen die Krankenkassen da mit?**

Ja, im Rahmen der Limitatio, also wenn Nebenwirkungen auftreten oder wenn das Bisphosphonat nicht wirksam ist, auch wenn es bis heute keine allgemein akzeptierte Definition für einen Misserfolg einer Bisphosphonatbehandlung gibt. Wenn wir aber bereits nach 12 Monaten eine erneute DXA-Messung vornehmen – die unter Umständen von Krankenkassen nicht übernommen wird – und diese eine Abnahme der Knochendichte zeigt, ist es intuitiv naheliegend, dass das Bisphosphonat nicht optimal wirksam ist und deshalb Teriparatid eingesetzt werden soll. Die Krankenkassen in der Schweiz sind relativ grosszügig in der Kostengutsprache. Patienten unter chronischer Steroidbehandlung, vor allem diejenigen mit Zusatzversicherung, erhalten häufig Teriparatid bewilligt, wenn man darlegt, dass Bisphosphonate bereits mehrere Jahre gegeben wurden. Ich selber habe sehr wenige Ablehnungen.

#### **Gibt es noch einen bisher nicht angesprochenen Aspekt, den Sie gerne aufgreifen würden?**

Die Frage ist, ob man alle Patienten mit spezifischen Medikamenten behandeln soll. Ich habe eben in meinem Vortrag eine Frau vorgestellt, 28-jährig mit Osteopenie (T-Score -1,4) und 20–25 mg Prednison pro Tag. Da denke ich, dass man auch warten und nach 12 Monaten die Knochendichte mit DXA kontrollieren und sie erst behandeln muss, wenn sie Knochendichte verliert. Die Zuhörer hätten auf meine Frage hin tendenziell auch diese Patientin von Beginn an behandelt. Es ist mir lieber, wenn die Kollegen tendenziell in diese Richtung antworten, weil wir wie erwähnt insgesamt zu wenig behandeln. Aber es wäre auch nicht richtig, gleich alle unter Steroiden zu behandeln. Es braucht eben immer eine individuelle Risikoabschätzung.

#### **Herr Professor Häuselmann, vielen Dank für das Gespräch.**

Das Interview führte Halid Bas.

#### **Links zum Thema:**

- [www.osteorheuma.ch](http://www.osteorheuma.ch): Osteoporose Plattform SGR, unter anderem mit Tool Osteoporose Plattform (TOP)



- [www.svgo.ch](http://www.svgo.ch): Schweizerische Vereinigung gegen Osteoporose, unter anderem mit dem WHO Fracture Risk Assessment Tool (FRAX)



- [www.rheuma-net.ch](http://www.rheuma-net.ch): Unter «Behandlungsempfehlungen»: Guideline der SGR «Steroid-Osteoporose – Vorbeugung und Behandlung»



Die QR-Codes führen Sie direkt zu den angegebenen Tools beziehungsweise zu der Guideline.