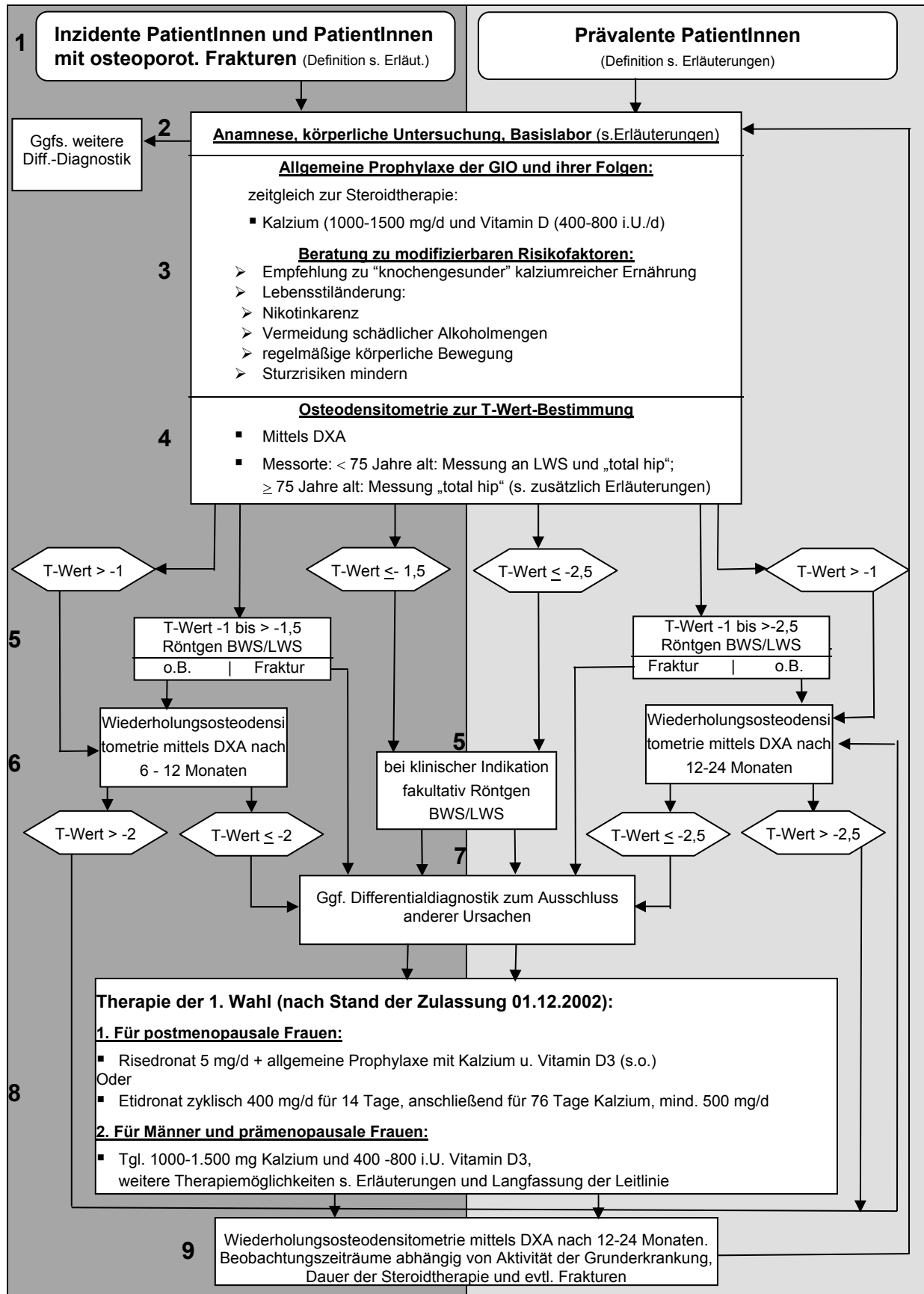


Achtung! Dies ist ein archiviertes Exemplar  
der DVO-Leitlinien 2003 und nicht mehr die  
aktuell gültige Version der Leitlinie.

# Leitlinie „Glukokortikoidinduzierte Osteoporose“

Klinischer Algorithmus

© DVO



## Erläuterungen zum Algorithmus:

### 1. Welche Patienten sollen mit Hilfe dieser Leitlinie behandelt werden?

"Inzidente PatientInnen" mit einer rheumatoiden Arthritis (RA), einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) oder einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung (CED), die erstmals oder nach wenigstens einjähriger Pause erneut eine Steroidtherapie mit wenigstens 7,5 mg/d Prednisolonäquivalent für voraussichtlich wenigstens 6 Monaten erhalten und solche mit neu aufgetretenen klinisch apparenten osteoporotischen Frakturen (unabhängig von Höhe und Dauer einer Steroidtherapie)

"Prävalente PatientInnen" mit einer der o. g. Erkrankungen, die bereits seit mindestens 6 Monaten mit Steroiden in einer Mindestdosierung von 7,5 mg/d Prednisolonäquivalent behandelt werden. Zu dieser Gruppe gehören auch die PatientInnen, die eine wenigstens sechsmontatige Steroidtherapie der o.g. Dosierung vor weniger als 12 Monaten abgeschlossen hatten und vor oder am Anfang einer erneuten Therapie stehen.

### 2. Anamnese inkl. Erhebung aller wesentl. Risikofaktoren, körperl. Untersuchung, Basislabor

**Risikofaktoren:** Zusätzlich zu den modifizierbaren Risikofaktoren s. Kurzfassung der Leitlinie

#### Basislabor

- BSG/CRP, Blutbild
- im Serum: Ca, P, Krea, AP, GT,
- basales TSH (Cave: der TSH-Wert kann unter Glukokortikoideinnahme erniedrigt sein.),
- Eiweiss-Immun-Elektrophorese

### 3. Allgemeine medikamentöse und nicht-medikamentöse Prophylaxe und Beratung zu modifizierbaren Risikofaktoren (s. Algorithmus und zusätzlich Kurzfassung der Leitlinie)

### 4. Knochendichtemessung: Osteodensitometrie (DXA) zur T-Wert-Bestimmung

- bei PatientInnen 75 Jahre alt: Messung "total hip" und wenn diese Messung einen T-Wert von  $-2,5$  oder niedriger ergibt, kann eine Messung an der Wirbelsäule entfallen (D). Bei T-Werten zwischen  $-1$  und oberhalb von  $-2,5$  für prävalente Patienten und zwischen  $-1$  und über  $-1,5$  für inzidente Patienten sollte die Messung der LWS jedoch durchgeführt werden, um nicht eine manifeste Osteoporose der LWS zu übersehen.

### 5. Röntgen

Röntgenaufnahme von BWS u. LWS (mindestens seitlich); Indikation s. Algorithmus; zusätzlich bei Patienten mit Knochendichtewerten im therapeutischen Bereich beim Auftreten von akuten schweren Rückenschmerzen, im Falle einer Größenabnahme von mehr als 4 Zentimetern oder beim Vorliegen typischer auf Frakturen hinweisender Skelettdeformitäten (D).

### 6. Wiederholungsmessungen

zusätzlich zu Angaben im Algorithmus Berücksichtigung von Höhe der Glukokortikoiddosen und weiteren Risikofaktoren

### 7. Differentialdiagnostik zum Ausschluß anderer sek. Osteoporosen (s. Kurzfassung der Leitlinie)

### 8. Therapie

#### Indikation zur medikamentösen Prävention und Therapie

Indikation abhängig von Zuordnung zu "inzidenten" Fällen und solchen mit osteoporotischen Frakturen, zu „prävalenten" Fällen und von den gemessenen T-Werten (s. a. Algorithmus und für weitere Erläuterungen die Leitlinienkurzfassung)

#### Therapieempfehlungen

##### Bei vorliegender Indikation (s.o.) für postmenopausale Frauen:

Risedronat: 5 mg/d + allgemeine Prophylaxe mit Kalzium und Vitamin D3

Etidronat: zyklisch 400 mg/d für 14 Tage anschließend für 76 Tage mindestens 500 mg Ca.

Für Bisphosphonate liegen für Männer und prämenopausale Frauen mit glukokortikoidinduzierter Osteoporose bisher keine Zulassungen vor. Alendronat ist zugelassen zur Behandlung der Osteoporose des Mannes ohne weitere Unterscheidungen zur Genese der Osteoporose. Die Zulassungssituation ist hier nicht einheitlich, da bei den postmenopausalen Frauen gesonderte Zulassungen für die glukokortikoidinduzierte Osteoporose bestehen. Bei der Verschreibung von Bisphosphonaten für die o.g. Personengruppen sind die Modalitäten eines so genannten "off-label"-Gebrauchs zu berücksichtigen (s. a. ausführliche Kommentare in der Kurz- und Langfassung dieser Leitlinie.) Als Verordnungszeitraum sind zwei bis drei Jahre vorzusehen. Für längere bzw. kürzere Therapien liegen keine ausreichenden Daten vor. Insgesamt sind die Langzeitwirkungen der Bisphosphonate bisher nicht ausreichend untersucht. Frauen im gebärfähigen Alter sollten nur bei gesicherter Kontrazeption mit Bisphosphonaten behandelt werden.

##### Nicht-medikamentöse Therapiealternativen:

Zu Bewegungstherapie, Physiotherapie und physikalischer Therapie liegen bisher nur Daten auf Expertenebene vor. Diese bestätigen den klinischen Nutzen dieser Maßnahmen (good practice point).

**Therapiealternativen:** s. Kurzfassung der Leitlinie

### 9. Therapiekontrolle

**Abschluss von präventiver Behandlung und Kontrolluntersuchungen** (s. Algorithmus und zusätzlich Kurzfassung der Leitlinie)