

Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der glukokortikoidinduzierten /-assoziierten

OSTEOPOROSE

Langfassung: www.lutherhaus.de/dvo-leitlinien



Copyright © DVO

0. ZIELGRUPPE

Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren, die mit Glukokortikoiden (z.B. aufgrund einer rheumatoiden Arthritis, chronisch entzündlichen Darmerkrankung oder chronisch obstruktiven Atemwegkrankung) behandelt werden (sollen)

I. ALLGEMEINE OSTEOPOROSE- UND FRAKTURPROPHYLAXE

1. Koordination, Muskelkraft, Stürze

- regelmäßige körperliche Aktivität mit der Zielsetzung, Muskelkraft und Koordination zu fördern (C-D)
- Vermeidung von Immobilisation (C-D)
- bei Alter > 70 Jahre → jährliche Sturzanamnese (D)
- bei hohem Sturzrisiko → Ursachen- und Risikoabklärung → Therapie vermeidbarer Sturzursachen, Kraft- und Koordinationstraining, Medikamentenrevision, ggf. adaptierte Hilfsmittel (C-D)
- Vermeidung eines sturzfördernden Vitamin D Mangels (B-D)

2. Ernährung und Lebensstil

- ausreichende Ernährung (Body Mass Index > 20), Abklärung der Ursache eines Untergewichts (B-D)
- kalziumreiche Ernährung (Empfehlung: 1200-1500 mg Kalzium pro Tag) (D)
ggf. Supplementierung (z.B. bei Alter > 70 J., Malassimilation, besonders niedriger Kalziumzufuhr) (B-D)
- ausreichende (mind. 30 Minuten täglich) Sonnenlichtexposition zur Bildung von Vitamin D (D)
- kein Nikotin (A-D)

3. Therapie der Grundkrankheit

- Suffiziente Kontrolle der Krankheitsaktivität mit der geringstmöglichen Glukokortikoid-Dosis (D)
- Einsparung von systemischen Glukokortikoiden durch Einsatz von topischen Präparaten oder Glukokortikoid-einsparenden Immunsuppressiva (z.B. Methotrexat, wenn indiziert) (D)

II. SITUATIONEN, IN DENEN DER DVO EINE DIAGNOSTIK EMPFIEHLT

1. **systemische Glukokortikoidtherapie** über mind. **3 Monate** (A-B)
(Neubeginn oder bereits laufend)
(Ausnahme: Substitutionstherapie bei Steroidmangel)

2. Neu aufgetretene osteoporosetypische **periphere- / Wirbelkörperfraktur** (B)
(klinisch oder als radiologischer Zufallsbefund)

Basisdiagnostik
(siehe III.)

3. Weitere zu berücksichtigende Risikofaktoren (B-D)

- Hohe Krankheitsaktivität
- Sehr niedriges Körpergewicht (BMI <20) oder Gewichtsabnahme von >10% seit letzter Messung
- Hohes Sturzrisiko
- Alter >70 Jahre
- Stark eingeschränkte Mobilität
- Postmenopausenstatus / sekundäre Amenorrhoe bei Frauen bzw. Hypogonadismus bei Männern

III. BASISDIAGNOSTIK BEI ERHÖHTEM FRAKTURRISIKO NACH II.1-II.3

1. Anamnese + Befund

- Vorgeschichte, Anamnese der Grundkrankheit einschließl. Steroidmedikation, Fraktur- + Sturzanamnese
- Aktuelle Beschwerden: Neuer Rückenschmerz? Allgemeinzustand? Funktionsbeeinträchtigungen?
- Maßnahmen unter I. zur Prophylaxe?
- Körperliche Untersuchung, Messen von Körpergröße + -gewicht (BMI)

2. Labor

- Blutbild, BSG/CRP
- im Serum: Calcium, Phosphat, Kreatinin, AP, γ GT, TSH; Eiweiß-Elektrophorese (B-D)

3. Knochendichte-Messung

- Empfohlene Methode: DXA
- Meßorte LWS und „total hip“. Für die Beurteilung ist der niedrigste Messwert der Gesamtareale ausschlaggebend.

IV. VORGEHEN IN ABHÄNGIGKEIT VOM ERGEBNIS DER BASISDIAGNOSTIK

1. Allgemeine Prophylaxe zeitgleich zur Steroidtherapie:

Kalzium 1000-1500 mg/d und Vitamin D₃ 400-1200 IU/d (bei Malassimilation evtl. Vitamin D i.m.) (A/C)

Steroidtherapie **über 3 Monate**
oder
osteoporotische **Fraktur**

DXA-T-Wert < -1,5
(B)

**Medikamentöse
Therapie**

Med. Therapie postmenop. Frauen

während der Dauer der Steroidmedikation (A/B)

- Alendronat p.o.
- Risedronat p.o.
- Etidronat zyklisch p.o.

(Reservemedikamente siehe Langfassung)

Med. Therapie prämenop. Frauen

Allgemeine Prophylaxe mit
Kalzium und Vitamin D₃ (A/C)
(Weitere Therapiemöglichkeiten siehe Langfassung)

Med. Therapie Männer

während der Dauer der Steroidmedikation (A/B)

Alendronat p.o.
(Weitere Therapiemöglichkeiten siehe Langfassung)

4. Individuelle Optimierung der unter I. genannten Maßnahmen

5. Schmerztherapie, funktionelle Verbesserung

- Medikamentöse Schmerztherapie (WHO-Schema), schnellstmögliche Mobilisierung (B)
- ambulante/stationäre Rehabilitation (Physiotherapie; Bewegungstraining; ggf. psychologische Betreuung) (B)

6. Ggf. Differentialdiagnostik zum Ausschluß anderer Ursachen

V. KONTROLLEN

- **Anamnese und Befund:** 3- bis 6-monatlich (entspricht Basisdiagnostik III.1 und Medikamentenverträglichkeit)
- **Labor:** bei Auffälligkeiten im Basallabor und bei begründetem Verdacht auf Änderungen
- **Knochendichtemessung:**
 - zur Beurteilung der Indikation für Therapiebeginn nach 6 - 12 Monaten (abhängig von der Aktivität der Grunderkrankung, Dauer und Höhe der Steroidtherapie und evtl. Frakturen)
 - zur Abschätzung des med. Therapieerfolgs ist die Osteodensitometrie nur bedingt tauglich, daher nur in Grenzfällen nach frühestens 12 - 24 Mon.
- **Röntgen:** bei V.a. neue Frakturen (Größenabnahme, neue akute Rückenschmerzen) (alle D)