

Osteoporose am Arlberg

Im Rahmen der 9. Österreichischen Tagung für Allgemeinmedizin fanden sich im Jänner wieder knapp 100 Ärzte zum Erfahrungsaustausch am Arlberg ein.

Neben Themen wie Reizdarm, Influenza, Depression oder auch Notfälle im Kindesalter widmete sich die Gesellschaft auch der Osteoporose. Im Vordergrund des Themenblocks Osteoporose stand die integrierte Versorgung in der Praxis.

Den Vorsitz der Sitzung übernahm Dr. Christoph Dachs aus Hallein.

Osteoporosebedingte Kosten werden sich bis 2050 verdoppeln

Ernste Worte zur Situation der Osteoporose in Europa fand Dr. Wolfgang Zillig, Allgemeinmediziner aus Linz. Bis zum Jahr 2050 muss mit einer Verdoppelung der osteoporosebedingten Kosten gerechnet werden. Dr. Zillig präsentierte den Kolleginnen und Kollegen spannende Fälle aus der Praxis und bot mit seinen Fragestellungen die ideale Grundlage für die Ausführungen der Osteoporose-Expertin Univ.-Doz. Dr. Astrid Fahrleitner-Pammer von der Med. Universitätsklinik Graz.

Rechtzeitige Einleitung von Maßnahmen

70% der Wirbelkörperbrüche sind asymptomatisch, die Schenkelhalsfrakturen werden sich in den nächsten Jahren vervielfachen, sie zählen bereits jetzt zu den kostenintensivsten Erkrankungen. Alle 30 Sekunden passiert in der EU ein Knochenbruch aufgrund von Osteoporose. Allein diese Fakten sollten

Anlass genug für die rechtzeitige Prävention und Therapie der Osteoporose sein.

Österreich wächst und wird immer älter!

Fahrleitner zeigte auf, dass viele PatientInnen aus Altenheimen, die an der Klinik vorgestellt werden, zwar oft zahlreiche Knochenbrüche erleiden mussten, aber keinerlei Therapie erhalten, obwohl sie ein extrem hohes Risiko für eine erneute osteoporose-induzierte Fraktur haben. Häufig enden diese Fälle fatal.

Die Abklärung von Laborparametern wie z.B. Kalzium und Vitamin D ist ein erster Schritt in die richtige Richtung. Im Rahmen des OASE Projekts (Osteoporose Awareness Safer Environment), das in Zusammenarbeit vom Dachverband der Alten- und Pflegeheime (Lebensweltheim), der ÖGEKM (Österreichische Gesellschaft zur Erforschung des Knochens und Mineralstoffwechsels) und der AKE (Arbeitsgemeinschaft Klinische Ernährung) ins Leben gerufen wurde, „tourte“ eine Gruppe Experten 2008/2009 durch ganz Österreich, um ein Bewusstsein für Osteoporose in den Alten- und Pflegeheimen zu schaffen. Hier wurde klar, dass gerade im Hinblick auf die Vitamin D-Versorgung und die spezifische medikamentöse Therapie der Osteoporose noch großer Handlungsbedarf besteht. Eine Aufzeichnung auf DVD kann kostenlos bei Lebensweltheim (office@lebensweltheim.at) angefordert werden.

Diagnose und FRAX

Zur besseren Vorhersagbarkeit hinsichtlich eines Osteoporoserisikos emp-

fehlt Fahrleitner die Verwendung des FRAX™-Tools zusätzlich zur DXA-Messung. Ein 10-Jahres-Frakturrisiko kann mittels FRAX™ (www.shef.ac.uk/FRAX/) kostenlos ermittelt werden. Ideal ist FRAX™ auch gerade für jüngere Patienten vor der Knochendichtemessung. In dem „Calculation Tool“ wurden bereits Daten für Österreich eingespeist um so eine länderspezifische Berechnung zu ermöglichen. Berücksichtigt werden Alter, Geschlecht und Risikofaktoren wie BMI, Fraktur, Glukocorticoid-Therapie, Rauchen, Alkohol, rheumatoide Arthritis und Knochendichte an der Hüfte (fakultativ).

FRAX™-Richtwerte für einen Behandlungsbeginn mit z.B. antiresorptiven Therapien sind bisher noch nicht festgelegt worden, jedoch in Diskussion in den Expertengremien. Wer behandelt werden muss, bleibt derzeit Gegenstand der klinischen Beurteilung.

Das Wirbelsäulenröntgen bietet häufig die Grundlage für eine Erstdiagnose, die Anlass zu einer weiteren Maßnahme darstellt. Eine Kontrolle empfiehlt sich gerade bei Patienten, die an Körpergröße eingebüßt haben und/oder über Schmerzen klagen – Wirbelsäuleneinbrüche sind häufig die Ursache. Das Wirbelsäulenröntgen empfiehlt sich als Basisuntersuchung vor jeder DXA-Messung.

Einfach und effektiv – die Therapie mit parenteralen Bisphosphonaten

Die Therapie der Osteoporose stellt eine der Säulen des Osteoporose-Managements dar. Neben Prävention, Ernährung und Bewegung ist die medi-

kamentöse Therapie ein wesentlicher Bestandteil zur Vermeidung von osteoporosebedingten Frakturen.

Ca. 95% aller Osteoporosetherapien werden heute mit anti-resorptiven Medikamenten erfolgreich durchgeführt. Hier ist bei den so genannten Bisphosphonaten zwischen den oralen und parenteralen Formen zu unterscheiden. Die Therapieadhärenz, hier sowohl die richtige Einnahme der Medikamente als auch die Therapiedauer, ist wesentlich für den Erfolg einer Osteoporosetherapie, weshalb es in der Aufgabe des Arztes liegt, hinsichtlich Compliance und Persistenz den Patienten zu beobachten. Aus klinischen Untersuchungen wissen wir, dass mehr als 70% aller Patienten, die orale Bisphosphonate erhalten, die Therapie innerhalb der ersten zwölf Monate wieder absetzen bzw. die umständlichen Einnahmerichtlinien nicht einhalten. Dies geschieht zumeist aufgrund von Unverträglichkeiten oder auch allein aufgrund der Tatsache, dass das Weglassen des Osteoporose-Medikaments keine unmittelbare spürbare Folge hat. Die Spätfolge, nämlich die Fraktur, trifft die Patienten dafür umso härter.

Um das Problem der Therapieadhärenz in den Griff zu bekommen und eine 100% Bioverfügbarkeit zu erlangen, empfehlen sich die parenteralen Bisphosphonate, die in Form einer Quartalspritze (Bonviva®) oder einer Infusion (Aclasta®) verabreicht werden, sofern orale Bisphosphonate nicht verwendet werden können.

Der Vorteil der Quartalspritze liegt dabei in der besseren Verträglichkeit im Hinblick auf die grippeähnlichen Nebenwirkungen, die nach Verabreichung auftreten können (in 4,5% der Fälle bei Bonviva®, in über 40% der Fälle bei Aclasta®). Zudem wird die Arzt-Patienten-Beziehung, die wesentlich für den Erfolg einer Therapie ist, durch die Quartals-Betreuung gestärkt. Hinsichtlich des Sicherheitsprofils gibt es seitens der Expertin keine Bedenken. Daten aus einer Studie der Grazer Klinik mit 400 Transplant-Patienten unter Bonviva® bestätigen dieses.

Kalzium und Vitamin D

Vitamin D spielt eine wichtige Rolle im Knochenstoffwechsel. Das Hormon ist notwendig um Kalzium aufnehmen zu können. Kalzium und Vitamin D bilden somit einen wesentlichen Bestand-



teil einer Osteoporosetherapie. Nachdem in unseren Breitengraden die Sonneneinstrahlung von Oktober bis Mai uns nicht ausreichend Vitamin D produzieren lässt, ist speziell in dieser Zeit eine Substitution notwendig.

Eine Erhebung in Alten- und Pflegeheimen in ganz Österreich zeigte eine 100%-ige Vitamin D Defizienz. Diese führt zu proximaler Muskelschwäche, diffusen Knochen- und Gelenkschmerzen, Skoliosen und auch Frakturen.

Aufgrund der ungenügenden Sonneneinstrahlung sollte auch bei anderen speziellen Risikogruppen wie beispielsweise Kopftuch tragenden Frauen auf den Vitamin D Spiegel geachtet werden.

Osteoporosepatienten benötigen pro Tag 1.000–1.500 mg Kalzium und 2.000 Einheiten Vitamin D. Kalzium kann unter Umständen mit der Nahrung aufgenommen werden, für das Vitamin D empfiehlt sich eine Substitution in Form

von Tropfen, z.B. Oleovit® 1x wöchentlich.

Kooperationsmodelle in der Praxis

Trotz der optimalen Therapiemöglichkeiten und des vereinfachten Zugangs zu wirksamen Osteoporosetherapien in Österreich liegen wir in der Therapierate noch immer unter Deutschland. Kooperationsmodelle in der Praxis sollen in Österreich zu einer besseren Versorgung der Osteoporose in Österreich führen. Unfallchirurgen zum Beispiel haben die einzigartige Chance Patienten aufzuklären und zu einem langfristigen Osteoporosemanagement zu führen.

Im niedergelassenen Bereich ist das Bewusstsein für die Osteoporose groß, adäquate Therapien müssen eine Selbstverständlichkeit sein.

FB

D.S.