

Journal für
Mineralstoffwechsel

Zeitschrift für Knochen- und Gelenkserkrankungen

Orthopädie • Osteologie • Rheumatologie

**Interview: Verlängerte
Therapiedauer mit Biphosphonaten
bei hohem Osteoporoserisiko**

*Journal für Mineralstoffwechsel &
Muskuloskelettale Erkrankungen*

2012; 19 (2), 84

Homepage:

**[www.kup.at/
mineralstoffwechsel](http://www.kup.at/mineralstoffwechsel)**

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Member of the



Indexed in SCOPUS/EMBASE/Excerpta Medica
www.kup.at/mineralstoffwechsel



Offizielles Organ der
Österreichischen Gesellschaft
zur Erforschung des Knochens
und Mineralstoffwechsels



Österreichische Gesellschaft
für Orthopädie und
Orthopädische Chirurgie



Österreichische
Gesellschaft
für Rheumatologie

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P.b.b. GZ02Z031108M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate, Kräuter und auch Ihr Gemüse ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



Verlängerte Therapiedauer mit Bisphosphonaten bei hohem Osteoporoserisiko

Interview mit Univ.-Doz. Dr. Peter Mikosch, geführt von L. Rohrmoser

Derzeit wird eine Osteoporosetherapie mit Bisphosphonaten für 3 Jahre angesetzt. Über die Frage, wann eine längere Therapie sinnvoll sein kann, sprach Univ.-Doz. Dr. Peter Mikosch.

Unter welchen Voraussetzungen ist eine Fortführung der Therapie sinnvoll und wie lange soll die Therapie jeweils fortgesetzt werden?

Mit der aktuellen Extension-Study des „HORIZON-Pivotal Fracture Trials“ (PFT) konnte gezeigt werden, dass jene Patienten, die eine Therapiepause nach 3 Jahren Zoledronat ein-



Univ.-Doz. Dr. Peter Mikosch

legten, nur einen geringen Abfall der BMD und einen geringen Anstieg der Knochenstoffwechsellparameter im Vergleich zu jenen Patienten ohne Therapiepause von Zoledronat aufwiesen. Lediglich morphometrische vertebrale Frakturen traten in der Therapiegruppe in geringerem Umfang als in der Placebogruppe auf. Bei einer Studiengruppe von 1233 postmenopausalen Frauen müssen jedoch auch die Anzahl der nach 3 Jahren Therapie mit Zoledronat nachfolgend aufgetretenen Frakturen, sprich 14 weitere Wirbelkörperfrakturen in der Gruppe, die Zoledronat für weitere 3 Jahre erhielten, zu den weiteren 30 Frakturen in der Placebogruppe gesehen werden. Anders ausgedrückt: Die meisten der über 1000 Patienten erlitten keine weiteren Frakturen, auch wenn eine Pause der Bisphosphonattherapie eingelegt wurde.

Diese Ergebnisse weisen auf einen anhaltenden Therapieeffekt nach 3 Jahren Therapie mit Zoledronat hin, ein Effekt, der auch bei anderen Bisphosphonaten beobachtet wurde. All dies zusammengekommen rechtfertigt somit bei den meisten Patienten ein Absetzen von Zoledronat bzw. anderen Bisphosphonaten nach 3 Jahren. Jedoch bei Patienten mit einem nachweislich hohen Frakturrisiko, zum Beispiel bei Patienten unter einer laufenden Kortisontherapie, multiplen Risikofaktoren für Osteoporose oder jenen, die schon mehrere osteoporotische Frakturen

erlitten haben, würde ich dennoch die Fortsetzung einer Bisphosphonattherapie für weitere 3 Jahre empfehlen. Dies ist auch die Empfehlung, die die Autoren der aktuellen Extension-Study des HORIZON-PFT abgeben.

Wie beurteilen Sie den Wert der „Knochenmarker“ (PINP, Osteocalcin) in der Beurteilung der Frage der Therapiefortsetzung?

Mit Knochenstoffwechselmarkern kann sehr rasch der Einfluss einer Osteoporosetherapie festgestellt werden. Unter Bisphosphonattherapie kommt es zu einem raschen Absinken der Knochenabbaumarker, durch das Coupling von Knochenresorption und Knochenformation auch der Knochenanbaumarker. Sind die Marker nach 3 Jahren Bisphosphonattherapie relevant erniedrigt, könnte man in Betracht der anhaltenden Bisphosphonatewirkung auf den Knochenstoffwechsel eine Therapiepause auch aus metabolischer Sicht rechtfertigen. Durch weitere, ehestens jährliche Kontrollen der Knochenstoffwechselmarker könnte dann auch die Frage nach einem erneuten Beginn einer Bisphosphonattherapie gut beantwortet werden. Bleiben die Marker konstant erniedrigt: Fortsetzung der Therapiepause. Steigen die Marker an, insbesondere die Knochenresorptionsmarker, ergäbe sich die Indikation für eine neu-erliche Bisphosphonattherapie.

Sind generell parenterale Bisphosphonate gegenüber oralen vorzuziehen und wenn ja, warum?

Eine generelle Bevorzugung von parenteralen gegenüber oralen Bisphosphonaten sehe ich nicht. Bei vielen Patienten ist die orale Zufuhr von Bisphosphonaten problemlos. Bei all jenen Patienten, die nachweislich gastrointestinale Vorerkrankungen aufweisen, insbesondere Refluxerkrankung, die orale Medikamente erschwert einnehmen können und die die Einnahmebedingungen oraler Bisphosphonate wie das nachfolgende Aufstehen nicht mehr erfüllen können, würde ich auch schon bei der initialen Verordnung parenterale Bisphosphonate bevorzugen. Ebenso bei Patienten mit Complianceproblemen, da hierbei die Medikamen-

tenapplikation nachweislich durch den Arzt erfolgt.

Wann sollte eine parenterale Bisphosphonattherapie fortgesetzt, wann stattdessen anabole Substanzen (rhPTH bzw. Teriparatid) eingesetzt werden?

Die Überlegungen zu einer langfristigen Gabe von Bisphosphonaten habe ich zu Beginn des Interviews bereits dargestellt. Natürlich muss sich der behandelnde Arzt bei der Frage einer Therapiefortsetzung auch mit den möglichen Alternativen auseinandersetzen. Neben einer fortgesetzten antiresorptiven Therapie mit Bisphosphonaten besteht auch die Möglichkeit einer osteoanabolen Therapie, wie z. B. mit rHPTH oder Teriparatid. Voraussetzungen für eine osteoanabole Therapiealternative sind eine vorausgegangene antiresorptive Therapie für zumindest 2 Jahre, die korrekt eingenommen wurde, und dokumentierte osteoporotische Frakturen, die während der antiresorptiven Therapie eingetreten sind. Erhält ein Patient eine Therapie mit rHPTH oder Teriparatid verordnet, so sind regelmäßige Kontrollen des Kalziumspiegels einzuplanen, um mögliche, durch diese anabolen Substanzen ausgelöste Hyperkalzämien rechtzeitig zu erkennen.

Wie entscheidend ist in der Praxis die Einstufung eines Präparats im EKO (grüne, gelbe, rote Box) für Arzt und Patient? Für den Arzt ist die Zuordnung eines Präparates in eine bestimmte Box im EKO täglich von hoher Wichtigkeit und sehr entscheidend. Primär sollten Präparate aus der grünen Box verschrieben werden. Erst wenn diese aus verschiedenen Gründen nicht anwendbar sind, sollten Präparate aus dem gelben oder roten Bereich zur Anwendung kommen. Mit dem Boxensystem ist auch eine unterschiedliche Dokumentationspflicht durch den behandelnden Arzt verbunden. Dem Patienten ist es wohl primär wichtig, dass ein wirksames und auf seine Bedürfnisse gut abgestimmtes Medikament zur Anwendung kommt. Die einzige Relevanz der Boxenzuordnung eines Medikamentes für den Patienten sehe ich bei Bewilligungen abseits der grünen Box, die den Patienten mit eventuell zusätzlichen Wegen zum bewilligenden Chefarzt konfrontieren.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ [Bilddatenbank](#)

☒ [Artikeldatenbank](#)

☒ [Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ [Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)