

Journal für
Mineralstoffwechsel

Zeitschrift für Knochen- und Gelenkerkrankungen
Orthopädie • Osteologie • Rheumatologie

Pharma-News

*Journal für Mineralstoffwechsel &
Muskuloskelettale Erkrankungen*

2010; 17 (2), 94-98

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



Pharma-News

Evidenzbasierte Empfehlungen zum Einsatz von Methotrexat bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen

Eine internationale Gruppe von Rheumatologen hat 10 evidenzbasierte Empfehlungen zum Einsatz von Methotrexat (MTX) bei rheumatoider Arthritis und anderen rheumatischen Erkrankungen für die tägliche klinische Praxis herausgegeben [1].

„MTX ist das Basistherapeutikum der ersten Wahl in der Behandlung der rheumatoiden Arthritis (RA), wird aber auch bei anderen systemischen rheumatischen Erkrankungen verwendet“, schreiben **K. Visser** von der Universität Leiden, Niederlande, und seine Kollegen von der 3E- (Evidence, Expertise, Exchange-) Initiative, „doch trotz seines umfassenden Einsatzes und mehr als 2 Jahrzehnten Erfahrung gibt es noch immer beachtliche Unterschiede, was die Dosierung, die Folsäuresubstitution und das Monitoring anbelangt. Außerdem ist über den optimalen Einsatz von MTX in spezifischen klinischen Situationen wie z. B. vor operativen Eingriffen oder vor/während einer Schwangerschaft wenig bekannt.“

Ziel der 3E-Initiative von 2007–2008 war die Entwicklung von Praxisempfehlungen für den Einsatz von MTX durch die Einbindung von 751 internationalen Rheumatologen aus 17 Ländern (inklusive Österreich). Nach 3 Diskussionsrunden und Delphi-Umfragen wurden 10 Fragen formuliert. Das Panel führte eine Literaturrecherche in Embase, Medline, Cochrane Library und ACR/EULAR 2005–2007 “meeting abstracts” durch und anschließend wurden die jeweiligen Artikel nach den Oxford Levels of Evidence beurteilt.

Nachdem jedes Land die nationalen Empfehlungen aufgesetzt hatte, wurden internationale formuliert und den Teilnehmern zur Beurteilung hinsichtlich Zustimmungsgrad und potenzieller Auswirkung auf die klinische Praxis überlassen. Von 16.979 gefundenen Referenzen wurden 304 Artikel in den Review

übernommen. Von den 10 Empfehlungen zu MTX beziehen sich 9 spezifisch auf rheumatoide Arthritis und eine auf die Einsparung von Steroiden bei anderen rheumatischen Erkrankungen.

Die meisten Empfehlungen sind durch kontrollierte randomisierte Studien oder hochqualitative Kohortenstudien evidenzbasiert. Trotzdem gibt es für einige der Empfehlungen nach wie vor nur begrenzte „Evidenz“.

1. Vor Beginn der Behandlung mit MTX sollte eine Abklärung der Risikofaktoren erfolgen. Dies sollte beinhalten: Erfragen des Lebensstils (inkl. Alkoholkonsum), Aufklärung des Patienten, Bestimmung von GOT, GPT, Serumalbumin, komplettes BB sowie ein Thoraxröntgen (wenn nicht innerhalb des vergangenen Jahres durchgeführt). Weiters sind eine HIV- und Hepatitis-B/C-Serologie, Nüchternblutzucker und Lipidprofilbestimmung und ein Schwangerschaftstest zu überlegen.
2. Die orale Einnahme von MTX sollte mit einer Dosis von 10–15 mg pro Woche begonnen und entsprechend dem klinischen Ansprechen und der Verträglichkeit, in 5-mg-Schritten alle 2–4 Wochen bis hin zu einer Dosis von 20–30 mg pro Woche gesteigert werden; im Falle eines ungenügenden klinischen Ansprechens oder des Auftretens einer Unverträglichkeit ist die parenterale Gabe zu überlegen.
3. Die zusätzliche Gabe von mindestens 5 mg Folsäure pro Woche während der MTX-Therapie ist nachdrücklich zu empfehlen.
4. Zu Beginn der MTX-Therapie oder bei einer Dosiserhöhung sollten alle 4–6 Wochen GPT mit oder ohne GOT, Serumkreatinin und komplettes BB überprüft werden, bis eine stabile Dosis erreicht ist, danach alle 1–3 Monate. Bei jeder Visite sollten Nebenwirkungen und Risikofaktoren beachtet werden.
5. MTX sollte pausiert werden, wenn ein bestätigter Anstieg von GPT/GOT über dem 3-fachen Normalwert vorliegt, kann jedoch in einer geringeren Dosierung nach Normalisierung der Werte wieder begonnen werden. Sollten GPT/GOT dauernd erhöht, aber unter dem 3-fachen Normalwert liegen, sollte die MTX-Dosis angepasst werden. Wenn GPT/GOT nach Absetzen von MTX dauerhaft über dem 3-fachen Normalwert bleiben sollten, sind entsprechende diagnostische Maßnahmen zu überdenken.
6. MTX ist aufgrund seines akzeptablen Sicherheitsprofils für die Langzeitanwendung geeignet.
7. Bei DMARD-naiven Patienten ist die MTX-Monotherapie aufgrund des Nutzen/Risiko-Verhältnisses einer Kombinationstherapie mit konventionellen DMARDs vorzuziehen. MTX sollte im Zentrum einer Kombinationstherapie stehen, wenn mit einer MTX-Monotherapie keine ausreichende Krankheitskontrolle erreicht werden kann.
8. MTX kann als Glukokortikoid-sparendes Medikament bei Riesenzellarthritis und Polymyalgia rheumatica empfohlen und bei Patienten mit Systemischem Lupus erythematoses oder (juveniler) Dermatomyositis überlegt werden.
9. Eine MTX-Therapie kann ohne Sicherheitsbedenken bei Patienten mit rheumatoider Arthritis, die sich einem elektiven orthopädisch-chirurgischen Eingriff unterziehen, in der perioperativen Phase fortgesetzt werden.
10. MTX sollte von Frauen und Männern mindestens 3 Monate vor einer geplanten Schwangerschaft nicht angewandt werden. Während einer Schwangerschaft und der Stillperiode sollte MTX ebenfalls nicht eingenommen werden.

MTX = Methotrexat, GOT = Glutamat-Oxalacetat-Transaminase, GPT = Glutamat-Pyruvat-Transaminase, BB = Blutbild, HIV = Human Immunodeficiency Virus, DMARDs = Disease-Modifying Anti-rheumatic Drugs

Bei der Verwendung von Ebetrexat bitte die gültige Fachinformation beachten.

Ebtrexat, das patientenfreundliche MTX

Ebtrexat-Tabletten werden als „Tip Tab“ ausgeliefert. Muss die Tablette geteilt werden, so genügt ein leichter Fingerdruck auf die auf eine harte Unterlage gelegte Tablette (Bruchrille nach unten!). Neben der patientenfreundlichen Dosierung (5 mg und 10 mg) und einer speziellen Verpackung stellt das besonders für den Patienten mit Funktionseinschränkung einen großen Vorteil dar.

Die oralen Darreichungsformen sind in der grünen Box (OP II verschreibbar):

Ebtrexat 5 mg Tabletten 20 Stück
Ebtrexat 10 mg Tabletten 10 Stück

Alle Formen von Ebtrexat Parenterale Lösung – auch die 5er-Packungen – scheinen in der hellgelben Box (RE2) des Erstattungskodex auf und sind somit ohne vorherige Bewilligung verschreibbar. Ebtrexat Parenterale Lösung ist das einzige auch zur subkutanen Anwendung zugelassene MTX, das ohne Bewilligung verordnet werden kann und somit zur Selbstapplikation durch den Patienten zur Verfügung steht.

Literatur:

1. Visser K, Katchamart W, Loza E, et al. Multinational evidence-based recommendations for the use of methotrexate in rheumatic disorders with a focus on rheumatoid arthritis: integrating systematic literature research and expert opinion of a broad international panel of rheumatologists in the 3E Initiative. *Ann Rheum Dis* 2008; doi: 10.1136/ard.2008.094474.

Ebtrexat 10 mg/ml – Parenterale Lösung 1x 10 mg/1 ml
Ebtrexat 10 mg/ml – Parenterale Lösung 5x 10 mg/1 ml
Ebtrexat 10 mg/ml – Parenterale Lösung 1x 20 mg/2 ml
Ebtrexat 10 mg/ml – Parenterale Lösung 5x 20 mg/2 ml
Ebtrexat (Wirkstoff: Methotrexat),
ein Produkt der EBEWE Pharma.

Neue Steckkarte

Actiopharm hat die 10 evidenzbasierten Empfehlungen auf einer praktischen Kistelsteckkarte zusammengefasst, die kostenlos bestellt werden kann.

Weitere Informationen und kostenlose Bestellung der Steckkarte unter:

Actiopharm GmbH
Herr Lutz Boshamer
Tel.: 01/879 1676-418
E-Mail: lutz.boshamer@actiopharm.com



Enbrel® – 10-jähriges Jubiläum!

Das Rundum-Versorgt-Paket in der Rheumatologie

Enbrel® wurde erstmals im Jahr 2000 für die Behandlung der rheumatoiden Arthritis sowie der juvenilen idiopathischen Arthritis zugelassen und feiert daher heuer sein 10-jähriges Jubiläum [1]. In den darauf folgenden Jahren wurde Enbrel® auch für die Behandlung von Psoriasis-Arthritis und Morbus Bechterew zugelassen [1].

Rechtzeitig zum Jubiläum wurde auch der neue Auftritt von Enbrel® fertig gestellt. Enbrel® bietet sowohl für Ärzte als auch Patienten ein Rundum-Versorgt-Paket mit folgenden Vorteilen:

Enbrel® wirkt anders: Enbrel®, der vollständig humane TNF- α -Rezeptor zeichnet sich durch ein einzigartiges Wirkprofil aus [2]. Enbrel® weist aufgrund seiner kurzen Halbwertszeit von ca. 3 Tagen eine sehr gute Steuerbarkeit auf und es kommt unter Enbrel® zu keiner Bildung von neutralisierenden Antikörpern [2].

Enbrel® wirkt stark und zuverlässig: Durch seine starke, lang anhaltende Wirkung und seine bewährte Verträglichkeit besticht Enbrel® bereits seit 10 Jahren [3, 4]. Im Jahr 2000 war Enbrel® das erste Biologikum, welches für die Behandlung der JIA (bei Kindern ab 4 Jahren) zugelassen wurde [1].

■ COMET – 2-Jahres-Ergebnisse: Remission schon bei früher rheumatoider Arthritis möglich

Die 2-Jahres-Ergebnisse [5] der COMET-Studie (Combination of Methotrexate and Etanercept in Active Early Rheumatoid Arthritis) wurden vor Kurzem im Journal *Arthritis and Rheumatism* publiziert.

Studienmethodik und -design

An der doppelblinden COMET-Studie nahmen 542 RA-Patienten aus 22 Ländern teil. Einschlusskriterien waren unter anderem eine kurze Krankheitsdauer (im Durchschnitt 9 Monate) sowie keine vorangegangene Methotrexat-Therapie. Der primäre Endpunkt war definiert als Anteil der Patienten, die eine Remission, definiert als DAS28 < 2,6 (Mean Dis-

ease Activity Score in 28 Gelenken), erreichten. Als radiologische Remission galt ein modifizierter „Total Sharp Score“ (mTSS) $\leq 0,5$.

Die Teilnehmer wurden bei Baseline für die gesamte Studiendauer randomisiert und für die ersten 52 Wochen in 2 Gruppen geteilt, wo sie entweder Methotrexat (M) in Monotherapie oder Methotrexat kombiniert mit dem TNF- α -Blocker Etanercept (E) erhielten. Nach 52 Wochen wurden die 2 Gruppen erneut aufgespalten (ohne neuerliche Randomisierung). Patienten aus der Methotrexat-Monotherapiegruppe erhielten weiter die Monotherapie (M/M) oder additiv Etanercept (M/EM). Patienten, die von Anfang an zusätzlich zu Methotrexat mit Etanercept behandelt worden waren, setzten diese Kombinationstherapie fort (EM/EM) oder wurden nur mit Etanercept weiterbehandelt (EM/E).

Anhaltender Therapieerfolg unter Etanercept

Nun liegen erste Ergebnisse der 4 Kombinationsarme vor (LOCF-Population). Hinsichtlich des primären Endpunktes DAS28-Remission schnitten die Patienten aus der EM/EM-Gruppe signifikant besser ab. Nach 104 Wochen waren 57 % der Patienten in Remission, im Vergleich zu M/M mit nur 35 % der Patienten. Auch die Funktionalität, bewertet mit dem HAQ (Health Assessment Questionnaire), war über den gesamten Beobachtungszeitraum besser, wenn zusätzlich zu Methotrexat Etanercept verabreicht wurde. Die Auswertung der radiologischen Progression ergibt ein ähnliches Bild. Unter EM/EM verblieben 90 % der Patienten in radiologischer Remission (mTSS $\leq 0,5$), unter M/M hingegen nur 68 %. Auffällig war zudem, dass unter Methotrexat-Monotherapie die Progression über den gesamten Beobachtungszeitraum stetig und dauerhaft anstieg, während es unter der Kombinationstherapie beim Großteil der Patienten zum Stopp des radiologischen Fortschreitens kam.

Enbrel® – je früher, desto besser: Auch aus ökonomischer Sicht rechnet sich dieses Rundum-Versorgt-Paket. Enbrel® ist der einzige TNF- α -Blocker, der bereits nach Versagen von nur 1 DMARD erstattet wird [6]. Durch eine frühzeitig initiierte Biologikatherapie können RA-bedingte Krankenstände reduziert und Verluste der Produktivität vermindert



bzw. eventuell sogar verhindert werden [7].

Enbrel® – die flexible Therapieoption für Ihre Patienten: Ein wichtiger Punkt ist heutzutage die Patient compliance. Enbrel® ist als 25 mg Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektionslösung, als 25 mg- und 50 mg-Fertigspritze sowie jetzt neu, auch als 50 mg MYCLIC® Fertigen erhältlich [2]. Dieser stellt eine patientenfreundliche Weiterentwicklung der in der gleichen Dosierung erhältlichen Fertigspritze dar und ermöglicht Betroffenen eine noch einfachere Applikation des Wirkstoffes.

Enbrel® – Ihr Informationspaket: Umfangreiches Patientenmaterial sowie nützliche Tipps und Tricks finden Sie auf der Homepage www.comebackinsleben.at.

**Viele Vorteile aus einer Hand –
Enbrel® – Wenn Sie mehr erwarten!**

Literatur:

1. Europäische Zulassung am 3. Feb. 2000; PSUR (Periodic Safety Update Report), 3. Feb. 2008 – 2. Feb. 2009.
2. Enbrel® Fachinformation, Stand Februar 2010.
3. Weinblatt ME, et al. Poster presented at ACR 2006.
4. Wyeth DOF/HHS Letter/1/1/1, K/1-3, Wyeth DOF/CSR 9125/Title page.
5. Emery P, et al. Two-year clinical and radiographic results with combination etanercept-methotrexate therapy versus monotherapy in early rheumatoid arthritis: a two year, double-blind, randomized study. *Arthritis Rheum* 2010; 62: 674–82.
6. 52. Änderung des Erstattungskodex, Verlautbarung Nr. 42, Jahr 2009.
7. Anis A, Zhang W, Emery P, et al. Work-related outcomes in early active rheumatoid arthritis: results from the COMET trial. *Rheumatology* 2009; 48: 1283–9.

Weitere Informationen:

Wyeth Lederle Pharma GmbH –
ein Unternehmen der Pfizer-Gruppe
Mag. Maria Häuslmayer
A-1150 Wien, Storchengasse 1
Tel.: 01/89 114 317, Fax: 01/89 114 399
E-Mail: maria.haueslmayer@pfizer.com

Strontiumranelat – eine effektive Langzeitoption bei postmenopausaler Osteoporose

Strontiumranelat (PROTELOS) ist ein Osteoporosemedikament mit einem dualen Wirkmechanismus [1]. Der Wirkstoff bremst die Knochenresorption und aktiviert gleichzeitig den Knochenaufbau. Dies führt zu einer signifikanten Reduktion vertebraler und nicht vertebraler Frakturen einschließlich von Hüftfrakturen (Patientinnen > 74a; T-Score ≤ -3). Die Verlängerung kontrollierter Studien hat die Langzeitwirkung von Strontiumranelat bestätigt.

Strontiumranelat hat gleichzeitig antiresorptive und osteoanabole Eigenschaften, indem es die Osteoklasten hemmt und die Osteoblasten stimuliert. So kommt es unter Strontiumranelat zu einer signifikanten Zunahme der Trabekel und Kortikalisdicke [2]. Klinisch resultiert daraus eine umfassende Risikoreduktion für Frakturen bei postmenopausalen Frauen. Für Strontiumranelat ist eine altersunabhängige Reduktion von vertebralen und nicht vertebralen Frakturen über 5 Jahre mit kontrollierten Studien belegt [3, 4], wobei das Risiko für Hüftfrakturen (Patientinnen > 74a; durchschnittlicher T-Score Schenkelhals: $-3,0$) im Vergleich zu Placebo um bis zu 43 % gesenkt werden konnte.

Langjährige Frakturrisikoreduktion

Patientinnen der placebokontrollierten Studien wurden im Rahmen einer offenen Verlängerungsstudie für insgesamt 8 Jahre mit oralem Strontiumranelat in der Standarddosierung von 2 g/Tag weiterbehandelt [5]. Die Inzidenz vertebraler und nicht-vertebraler Frakturen war in den letzten 3 Therapie Jahren ebenso niedrig wie in den ersten 3 Jahren, obwohl die Frauen älter geworden waren.

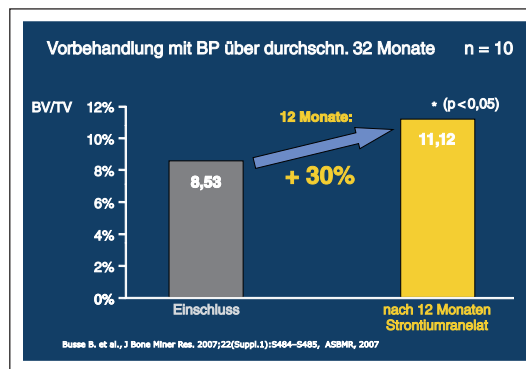


Abbildung 1: Zunahme des Knochenvolumens unter Strontiumranelat nach Vorbehandlung mit Bisphosphonaten. © Servier.

Die Effektivität der Therapie mit Strontiumranelat zeigt sich auch in im Vergleich der sehr niedrigen NNT (Number Needed to Treat) von 9 bei vertebralen Frakturen und 48 bei Hüftfrakturen [6].

Umfassende Frakturrisikoreduktion

Strontiumranelat reduziert das Risiko für Frakturen unabhängig vom Vorliegen von Risikofaktoren wie z. B. vorbestehende Frakturen, Rauchen oder Alter. Das gilt für jüngere Patientinnen von 55–65 Jahren [7] sowie auch für betagte Frauen > 80 Jahre [8].

Die Gruppe der älteren Patienten ist bekanntlich besonders sturzgefährdet und braucht eine wirksame Osteoporosetherapie mit dem Ziel, Pflegebedürftigkeit zu verhindern und Mobilität zu erhalten. In placebokontrollierten Studien ist die Frakturrisikoreduktion mit Strontiumranelat auch in der Patientengruppe der > 80-Jährigen überzeugend ausgefallen.

Effektiv auch nach Bisphosphonat

Wichtig ist, dass Strontiumranelat auch nach einer langjährigen Bisphosphonattherapie den Knochenstoffwechsel aktiviert und einen positiven Einfluss auf die Knochenarchitektur zeigt. Nach 12 Monaten war das trabekuläre Knochenvolumen unter Strontiumranelat um 30 % erhöht (Abb. 1).

Klinische Positionierung

Das in Studien belegte gute Wirksamkeits- und Verträglichkeitsprofil macht Strontiumranelat aus wissenschaftlicher Sicht zu einer First-line-Option in der Osteoporosetherapie [9]. Eine rezente Arbeit zeigte, dass Strontiumranelat auch effektiv ist, wenn Frauen lange Zeit Bisphosphonate eingenommen hatten.

Literatur:

1. PROTELOS Summary of Produkt Characteristics.
2. Arlot ME, Jiang Y, Genant HK, et al. Histomorphometric and microCT analysis of bone biopsies from postmenopausal osteoporotic women treated with strontium ranelate. *J Bone Miner Res* 2008; 23: 215–22.
3. Meunier PJ, Roux C, Seeman E, et al. The effects of strontium ranelate on the risk of vertebral fracture in women with postmenopausal osteoporosis. *N Engl J Med* 2004; 350: 459–68.
4. Reginster JY, Felsenberg D, Boonen S, et al. Effects of long-term strontium ranelate treatment on the risk of nonvertebral and vertebral fractures in postmenopausal osteoporosis: Results of a five-year, randomized, placebo-controlled trial. *Arthritis Rheum* 2008; 58: 1687–95.
5. Reginster JY, Sawicki A, Roces-Varela A, et al. Strontiumranelat: Achtjährige Wirkung auf nicht-vertebrale und vertebrale Frakturen bei postmenopausaler Osteoporose. *Osteoporos Int* 2008; 19 (Suppl 1): 131–2.
6. Ringe JD, Doherty JG. Absolute risk reduction in osteoporosis: assessing treatment efficacy by number needed to treat. *Rheumatol Int* 2009; DOI 10.1007/s00296-009-1311-y.
7. Roux C, Fechtenbaum J, Kolta S, Isaia G, Andia JB, Devogelaer JP. Strontium ranelate reduces the risk of vertebral fracture in young postmenopausal women with severe osteoporosis. *Ann Rheum Dis* 2008; 67: 1736–8.
8. Seeman E, Vellas B, Benhamou C, et al. Strontium ranelate reduces the risk of vertebral and nonvertebral fractures in women eighty years of age and older. *J Bone Miner Res* 2006; 21: 1113–20.
9. Kanis JA, Burlet N, Cooper C, et al. European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. *Osteoporos Int* 2008; 19: 399–428.

Weitere Informationen:

SERVIER AUSTRIA GmbH
Mag. Reingard Sand
A-1070 Wien,
Mariahilfer Straße 20/5
E-Mail: office@netgrs.com

Kurzfachinformation:

Bezeichnung: PROTELOS 2 g Granulat zur Herstellung einer Suspension zum Einnehmen. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Jeder Beutel enthält 2 g Ranelicsäure, Distrontiumsalz. Sonstiger Bestandteil: enthält ebenfalls 20 mg Aspartam (E951). **Hilfsstoffe:** Aspartam (E951), Maltodextrin, Mannitol (Ph.Eur.) (E 421). **Anwendungsgebiete:** Behandlung der postmenopausalen Osteoporose zur Reduktion des Risikos von Wirbelsäulen- und Hüftfrakturen (siehe Abschnitt 5.1). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Wirkstoffgruppe:** Pharmakotherapeutische Gruppe: Mittel zur Behandlung von Knochenkrankungen – Andere Mittel mit Einfluss auf die Knochenstruktur und Mineralisation, ATC-Code: M05BX03. **Name oder Firma und Anschrift des pharmazeutischen Unternehmers:** LES LABORATOIRES SERVIER, 22, rue Garnier, 92200 Neuilly-sur-Seine, Frankreich. **Rezeptpflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Weitere Informationen zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln und Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

Osteopenie: Risikofaktoren frühzeitig erkennen

Eine adäquate Kalzium/Vitamin-D-Substitution kann nicht nur das erhöhte Frakturrisiko im höheren Alter signifikant vermindern [1], sondern auch das ebenfalls mit zunehmendem Alter erhöhte Sturzrisiko positiv beeinflussen [2]. Ein Blick in den aktuellen österreichischen Ernährungsbericht (2008) zeigt aber, dass die Versorgung gerade mit Kalzium und Vitamin D quer durch die Bevölkerung defizitär ist.

Risikofaktoren frühzeitig erkennen

Nicht erst Osteoporose, auch schon Osteopenie (T-Wert von -1 bis -2,5) kann mit einem erhöhten Frakturrisiko einhergehen. Es ist daher besonders wichtig, entsprechende Risikofaktoren wie familiäre Vorbelastung, bestimmte Medikamente oder kalziumarme Ernährung frühzeitig zu erkennen, um ein Fortschreiten der Erkrankung zu verhindern.

Versorgung mit Kalzium und Vitamin D

Die regelmäßige Zufuhr ausreichender Mengen an Kalzium und Vitamin D hat bekanntermaßen großen Einfluss auf die Knochenmasse. Umso alarmierender sind vor diesem Hintergrund die Ergebnisse des aktuellen Ernährungsberichts, der in jeder untersuchten Altersklasse teilweise extreme Defizite bei der Zufuhr von Kalzium und Vitamin D aufzeigt. Besonders dramatisch ist die Situation bei den Menschen, die diese Vitalstoffe am dringendsten brauchen: Frauen und Männer zwischen 65–85 Jahren. Das durchschnittliche Defizit betrug bei diesen Menschen beinahe 80 % bezüglich der DGE-Empfehlung. Ein weiteres Warnsignal ist darüber hinaus die Verschlechterung der Versorgung seit dem letzten Ernährungsbericht aus dem Jahr 2003.

Cal-D-Vita® enthält in der Tagesdosis von 2 Kautabletten 1200 mg Kalzium

und 800 IE Vitamin D und entspricht damit exakt der in der Chapuy-Studie nach EBM-Kriterien geprüften Substitution. Die einfache Einnahme und nicht zuletzt der angenehme Geschmack der Kautablette unterstützen darüber hinaus die wichtige Patienten-Compliance.

Auf einem Rezept können OP II à 60 Kautabletten kassenfrei verordnet werden.

Literatur:

1. Chapuy M, et al. Vitamin D₃ and Calcium to prevent hip fractures in elderly women. *New Eng J Med* 1992; 327; 23: 1637–42.
2. Pfeifer M, et al. Effects of a short-term Vitamin D and calcium supplementation on body sway and secondary hyperparathyroidism in elderly women. *J Bone Miner Res* 2000; 15: 1113–8.

Weitere Informationen:

Bayer Austria Ges.m.b.H
A-1160 Wien
Herbststraße 6–10
Tel.: 01/711 46-0

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](#)