

## Sequenztherapie in der Behandlung der Osteoporose

### „Medikamentöse Therapie immer langfristig anlegen“

*Bei langfristiger medikamentöser Therapie der Osteoporose stellt sich früher oder später immer die Frage nach einem Therapiewechsel, wie **Professor Peyman Hadji**, Leiter Sektion Osteoonkologie, Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin in Frankfurt a.M., im Rahmen seines Workshops „Sequenztherapie in der Behandlung der Osteoporose“ berichtete. Intensiv diskutierte er mit den Teilnehmern mögliche Therapieabfolgen, wann ein Wechsel erfolgen sollte und wie sich das Frakturrisiko langfristig minimieren lässt.*

„Grundsätzlich sollte eine Osteoporose-Therapie langfristig angelegt sein“, empfahl Hadji den Teilnehmern seines Workshops. Schließlich würden die Ärzte die meisten Patienten über zehn Jahre und länger begleiten. Bereits bei der Erstvorstellung sollte sich der behandelnde Arzt fragen, welche Therapieziele er kurz- aber auch langfristig verfolge. „Dass ich verhindern will, dass meine Patientin erneut frakturiert, ist ja klar, aber ich sollte mir auch Gedanken über die funktionelle Zielsetzung machen“, verdeutlichte Hadji. Dazu gehöre z. B. auch, wie sich die Muskelkraft entwickelt und welcher Mobilitätsgrad in zehn Jahren zu erreichen ist. Eine wesentliche Rolle für den Therapieerfolg stellt die Compliance der Patienten dar, waren sich die Workshop-Teilnehmer einig. Hadji appellierte daran, Patienten über die Vorgabe von Etappenzielen zu motivieren: „Ich empfehle, 3 bis 5 Jahre im Blick zu haben und mit den Patienten gemeinsam Ziele zu vereinbaren.“ Dazu gehöre auch, Patienten darüber aufzuklären, dass sich mit einer medikamentösen Therapie zwar das Risiko, eine Fraktur zu erleiden, halbieren ließe, aber Frakturen damit nicht gänzlich ausgeschlossen werden können.

### Beim Auftreten von neuen Frakturen auf osteoanabol umstellen

In der Regel erhielten Patienten zunächst eine antiresorptive Therapie mit oralen Bisphosphonaten, sagte Hadji. Wie lange diese Therapie sinnvoll fortgesetzt werden kann, darüber diskutierten die Workshop-Teilnehmer anhand von Fallbeispielen aus der Praxis. Bei Patienten, die über mehrere Jahre Bisphosphonate bekommen haben, sei der Wechsel auf eine andere antiresorptive Therapie wegen der persistierenden Wirkung der Bisphosphonate (1) nicht immer sinnvoll, so Hadji. Dies gelte auch für eine mögliche Umstellung auf Denosumab, da auch der monoklonale Antikörper dem antiresorptivem Wirkprinzip folge.

Wenn bei solchen Patienten unter der antiresorptiven Therapie neue Frakturen auftreten, empfehle sich die Umstellung auf den osteoanabolen Wirkstoff Teriparatid (Forsteo®) zu prüfen. Mit der osteoanabolen Therapie lasse sich nachweislich neuer

Knochen aufbauen und die Trabekelstruktur verbessern (2,3). „Auf die 24-monatige osteoanabole Therapie muss dann unbedingt eine antiresorptive Erhaltungstherapie folgen“, sagte Hadji. So ließe sich der erreichte Knochenaufbau auch langfristig konservieren (4). Dies könne z. B. mit einmal jährlich verabreichter Zoledronsäure oder auch mit Denosumab erfolgen.

**Quellen:**

- (1) Bone HG et al NEJM 2004;350:1189–1199.
- (2) Arlot A et al. J Bone Miner Res 2005;20:1244-1253.
- (3) Jiang Y et al. J Bone Miner Res 2003;18:1932-1941.
- (4) Lindsay et al. Arch Intern Med. 164:2024; 200.