

## **Nachlese zum Rheumaworkshop vom 14.12.2023 – Osteoporose**

Ist Risiko von ONJ bei Wurzelbehandlungen auch erhöht (unter Antiresorptiva)?

Gemäss PD Dr. P. Schumann: nein

Zahlt die Krankenkasse dann diese indizierten Herdabklärungen vor Bisphosphonattherapie?

Gemäss PD Dr. Schumann: nein

Antiresorptive Therapie bei prämenopausalen Frauen?

Keine gute Evidenz, da randomisierte Studien praktisch nie mit prämenopausalen Frauen gemacht werden. Oft nur Fallberichte oder open-label-Studien oder Studien bei Patientinnen mit speziellen Erkrankungen (Osteogenesis imperfecta, Anorexie, Mamma-Ca unter endokriner Therapie)

Deshalb grundsätzlich zurückhaltend mit Therapie (Frakturrisiko auch eher gering bei jungen Frauen)

Bei jungen Patientinnen (Anorexie) würde ich eher osteoanabol behandeln (Teriparatid), da hier oft das Problem in der fehlenden Peak Bone Mass liegt und weniger im erhöhten Abbau – cave, Epiphysenfugen müssen geschlossen sein, wegen Risiko für Osteosarkome. Anschliessend möglichst kurzwirksames Bisphosphonat (bei Kinderwunsch) für einige Monate, zB Risedronat oder Ibandronat

Bei Patientinnen mit endokriner Therapie bei Mamma-Ca – besser Bisphosphonat als Denosumab, wegen Problem des Rebounds nach Absetzen

Osteogenesis etc: klassischerweise Bisphosphonate parenteral

Patientenfall: Absetzen von Prolia, Nachbehandlung mit Bisphosphonat, trotzdem Frakturen – wie weiter?

Am schnellsten wird der überhöhte Knochenumbau durch erneute Gabe von Prolia reduziert. Wenn Pat noch mitten im Rebound ist, wäre eine gute Möglichkeit Kombination Prolia + Teriparatid für zwei Jahre, dann Prolia alleine weiterführen - allerdings dann in ein paar Jahren evt wieder gleiches Problem mit Absetzen von Prolia und Rebound.

Weitere Möglichkeit, sofern Rebound abgeschlossen (ca. 18 Monate nach Proliastop): Teriparatid oder Romosozumab, gefolgt von Zoledronat

Wenn wegen deg. Veränderungen nur L1 und L2 ausgewertet werden können: gilt dies auch für die Auswertung des TBS?

Eine Eigenschaft des TBS wäre eigentlich, dass er unabhängig von degenerativen Veränderungen sein sollte – deshalb müsste/könnte man wohl trotzdem L1-L4 nehmen. Meine persönliche Erfahrung ist jedoch, dass die degenerativen Wirbel dann auch einen deutlich besseren TBS aufweisen als die nicht-degenerativen, deshalb schaue ich in solchen Fällen auch eher nur auf L1 und L2

Anschlussbehandlung nach Romo:

Denosumab oder Bisphosphonate (wenn möglich iv) möglich, Dauer der Therapie richtet sich nach Schwere der Osteoporose, ich würde aber mindestens 2 Jahre nachbehandeln, oft braucht es wohl eine längere Therapie

Stellenwert der Knochenmarker im klinischen Alltag

Marker unterliegen täglichen Schwankungen, sind beeinflusst von Begleiterkrankungen (HRT, Nierenfunktion etc) sowie der Nahrungsaufnahme, deshalb Präanalytik wichtig und die Präzision der Marker eher gering. Ich benütze sie deshalb nicht im klinischen Alltag, ausser:

Monitoring nach Stoppen von Prolia

Evt. in Einzelfällen als Entscheidungshilfe für Therapie

Selten zur Compliance- oder Resorptionskontrolle

MGUS – Kontraindikation für Teriparatid?

Nein

### DVO-Leitlinie sinnvoll? – ist so kompliziert...:

Unterscheidet sich von den schweizerischen, bzw internationalen Leitlinien – ich würde die Leitlinie der SVGO benützen [2020\\_recommandations\\_6039.pdf \(svgo.ch\)](https://www.svggo.ch/2020-recommandations-6039.pdf)

### Warum keine Dauertherapie bei Osteoporose? – die Patienten werden ja nicht jünger...

Wirkungsverlust unter antiresorptiver Therapie mit Bisphosphonaten nach 6 – 10 Jahren

Zunahme der Nebenwirkungen nach Langzeittherapie mit Antiresorptiva (ONJ, AFF)

Eingeschränkte Therapiedauer aufgrund Limitatio (Teriparatide, Romosozumab)

### Bisphosphonate und Niereninsuffizienz

Bisphosphonate bis 30-35 ml/min möglich

Teriparatid und Romo und Denosumab auch bei schwerer Niereninsuffizienz möglich (cave Hypokalzämien bei Dmab und Romo), Cave Hyperkalzämie bei nephrologisch bedingtem Hyperpara bei Teriparatid)

Evt Ibandronat in reduzierter Dosis (zB nur 1 oder 2 mg statt 3 mg) alle 3 – 4 Monate – Krea-Kontrolle

Falls an Dialyse: Bisphosphonat vor der Dialyse geben, da diese weg dialysiert werden

Grundsätzlich Therapieentscheidung schwierig, da Niereninsuffizienz mit adynamen Knochen einhergehen kann (= Antiresorptiva nicht geeignet) oder mit einem erhöhten Knochenstoffwechsel (=Osteoanabolika nicht geeignet)

### Bisphosphonat-Pause – wie lange?

Nach einem Jahr bereits deutlicher Rückgang des Risikos für atypische Frakturen und ONJ, hängt allerdings von der Art des Bisphosphonats ab. Zoledronat und Alendronat lange T/2, Ibandronat und Risedronat kurze T/2)

### Knochenumbauparameter nach Fraktur – wann wieder verwertbar?

Abhängig von der Schwere der Fraktur bis zu mehreren Wochen noch erhöht