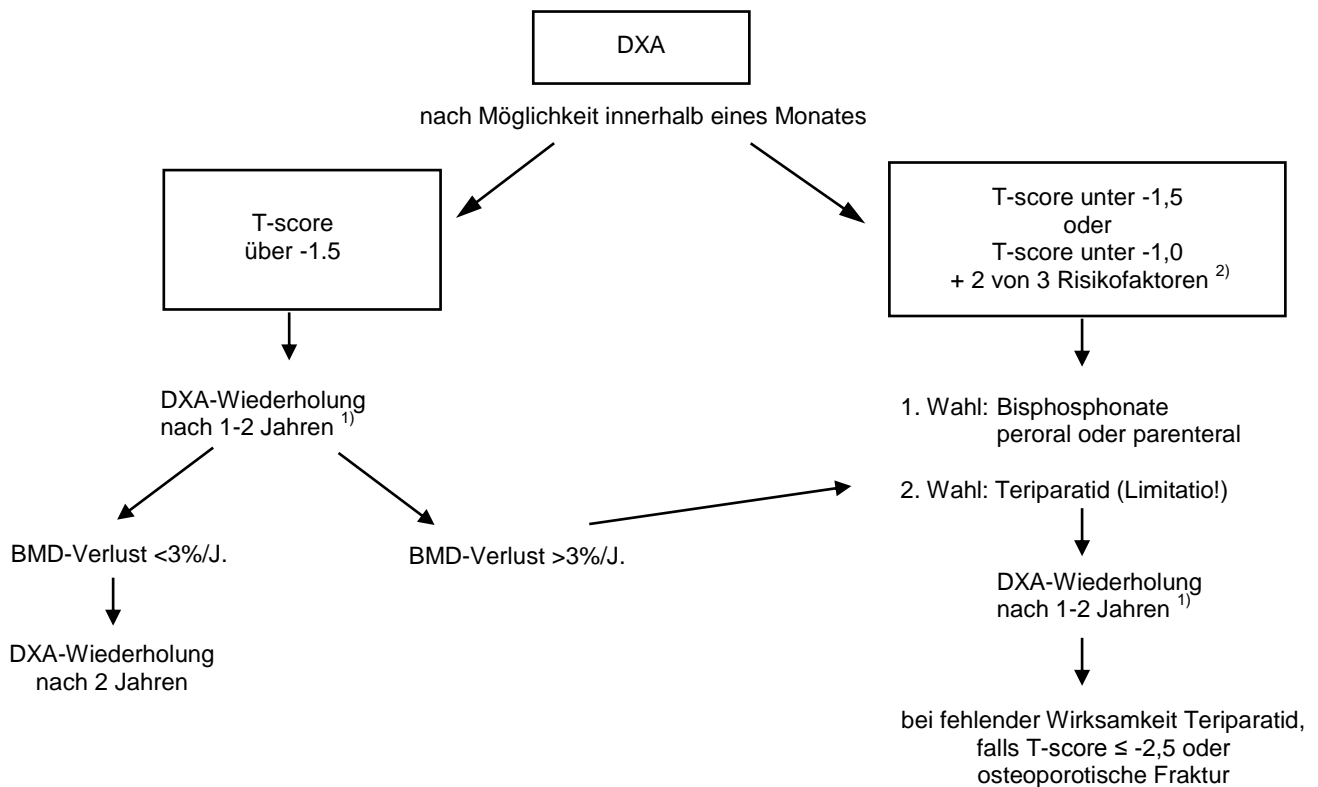


Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie

STEROID-OSTEOPOROSE Vorbeugung und Behandlung

Laufende oder vorgesehene Corticosteroid-Behandlung
≥ 5 mg Prednisolon/d voraussichtlich über 3 Monate

alle Patienten
Calciumaufnahme 1000-1200 mg täglich
Substitution Vit. D3 800-1200 IE täglich
Reduktion der Osteoporose-Risikofaktoren



¹⁾ keine Pflichtleistung der Krankenkasse nach 1 Jahr

²⁾ Alter über 50, postmenopausal, Prednisolondosis ≥ 20 mg/d

WHO-Definition der Osteoporose (basierend auf DXA-Messung):

Normale Knochendichte:	T-score höher als -1 SD (Standardabweichung)
Osteopenie:	T-score -1 SD bis -2,5 SD
Osteoporose:	T-score tiefer als -2,5 SD

MEDIKAMENTE:

Bisphosphonate mit Leistungspflicht der Kassen

- Alendronat (Fosamax® und Generika) 70 mg/Woche
Fosavance nicht kassenpflichtig für Stereoidosteoporose
- Risedronat (Actonel®) 35 mg/Woche
Actonel 35 mg-Tbl. nur bei T-score tiefer als -2,0 kassenpflichtig
- Zoledronat (Aclasta®) Kurzinfusion 5 mg alle 12 Monate
kassenpflichtig bei T-score \leq -2,5 oder Fraktur
- Ibandronat (Bonviva®) 150 mg/Monat oder 3 mg i.v. alle 3 Monate
keine Kassenpflicht für Stereoidosteoporose

➔ **Vorsichtsmassnahmen: Absetzen der Bisphosphonate 6 Monate vor geplanter Schwangerschaft**

Parathormon

- Teriparatid (Forsteo®)
Limitatio: kassenpflichtig für Glukokortikoid-induzierte Osteoporose bei ungenügender Wirksamkeit oder schlechter Verträglichkeit einer Therapie mit einem Bisphosphonat

SERM (selektive Oestrogen-Rezeptor-Modulatoren)

- Raloxifen (Evista®)
Im Einzelfall entscheiden, keine Studien für Stereoidosteoporose

RANK-Ligand-Inhibition

- Denosumab (Prolia®)
keine Kassenpflicht bei Stereoidosteoporose

Hormone

- Oestrogene (bei hysterektomierten Frauen)
- Oestrogen/Gestagen-Präparate
- Testosteron-Präparate für Männer
cave Prostata-Carcinom

MERKPUNKTE:

- jede Dauersteroidtherapie benötigt eine adäquate Osteoporose-Prophylaxe bzw. Therapie, eventuell kombiniert mit Physiotherapie
- bei Beginn einer Dauersteroidtherapie ist eine DXA-Messung indiziert
- eine Substitution von Calcium und Vit. D ist das Minimum
- die am besten dokumentierte und wirksamste Massnahme ist die Behandlung mit Bisphosphonaten und Teriparatid
- **bei hohen Steroiddosen oder hohem Frakturrisiko kann es angebracht sein, schon bei T-score-Werten über -1,5 Bisphosphonate einzusetzen**
- **die wichtigsten Risikofaktoren sind das Alter, die Postmenopause, die Steroiddosis und -dauer, sowie frühere Frakturen**
- **weitere Risikofaktoren unter www.rheuma-net.ch, Clinical Affairs, Osteoporose-Tool der SGR**