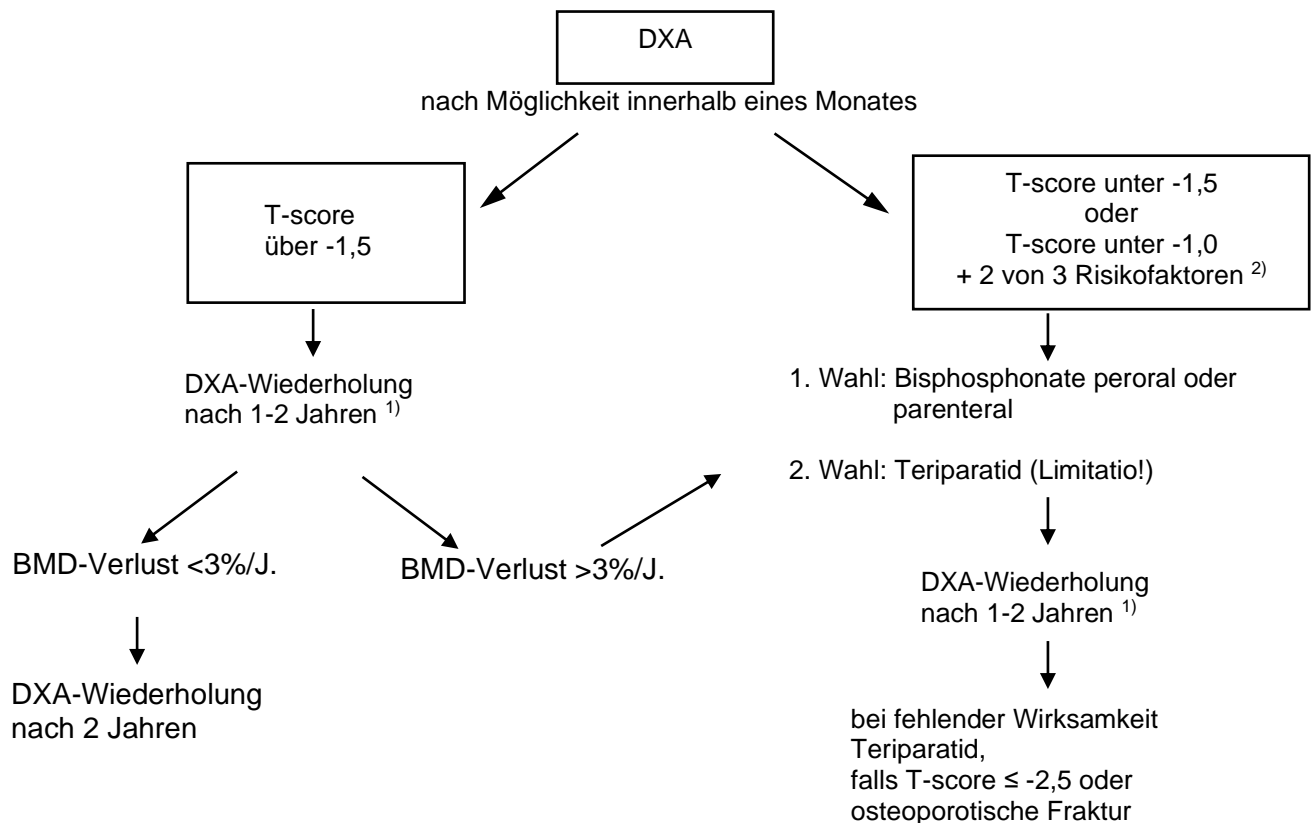


## STEROID-OSTEOPOROSE Vorbeugung und Behandlung

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



<sup>1)</sup> keine Pflichtleistung der Krankenkasse nach 1 Jahr

<sup>2)</sup> 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
- 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

→ **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 Steroidosteoporose

### RANK-Ligand-Inhibition

- Denosumab (Prolia®)  
cave Rebound! (Folgebehandlung mit Bisphosphonaten nötig)  
keine Kassenpflicht zur Prävention der Steroidosteoporose

### Hormone

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

### Merkmale:

- 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](http://www.rheuma-net.ch) Osteoporose-Tool der SGR
- **Im Anschluss an eine Prolia-Behandlung muss wegen häufiger starker Knochendichte-Verluste eine Bisphosphonat-Therapie über 1-2 Jahre erfolgen (in erster Linie mit Zoledronat oder Alendronat)**