

Empfehlungen zur Vorbeugung und Behandlung von Osteoporose bei Geistig- und Mehrfachbehinderten

Arbeitsgruppe SAGB (Schweizerische Arbeitsgemeinschaft von Aerzten für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung) Nordwestschweiz

Einleitung

Dass eine beträchtliche Zahl von, vor allem in Institutionen lebenden, Mehrfachbehinderten, die vor allem im Rollstuhl mobilisiert werden und zudem an einer Epilepsie leiden, osteoporosegefährdet sind oder an Osteoporose leiden, kam in den letzten Jahren zunehmend ins Bewusstsein der behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Was tun: Wie abklären, welche Therapie oder Prophylaxe? Da es keine Leitlinien und kaum Studien zum Thema gibt und damit auch keine Evidenz versuchten wir anhand der vorhandenen Datenlage, unserer Erfahrung und der Kenntnis der Risikofaktoren Empfehlungen zusammenzustellen. Wichtigstes Ziel war neben der grösstmöglichen Begründbarkeit der Massnahmen die Praktikabilität im Alltag. Dieser ist gekennzeichnet durch die Schwierigkeit, Abklärungen, Untersuchungen und Therapien adaequat durchzuführen (Blutentnahmen, Dexamessungen, Infusionen oder Tabletteneinnahme).

Unsere Empfehlungen sind daher nicht evidenzbasiert, sie sind pragmatisch und möglichst einfach gehalten. Es ist uns bewusst, dass die empfohlenen Medikamente meist off label angewendet werden.

Osteoporose bei Behinderten

Häufig!

Risikofaktoren: Immobilisierung (häufig); Malnutrition (selten); Medikamente, insb. Antiepileptika (häufig); mangelnde Sonnenlichtexposition (häufig), Trisomie 21.

Diagnostik und Prophylaxe

Empfehlenswert Basisblutentnahme (auch in jungen Jahren):

- Serum-Calcium

- Alkalische Phosphatase gesamt (Knochen und Leber)

- 25-OH-Cholecalciferol (Vit. D)

Sofern Calcium und Alkalische Phosphatase normal => Vit. D substituieren.

Beurteilung der Calciumzufuhr aus Nahrung durch Fragebogen. Falls zu tief, zusätzliche Verabreichung von Calcium (selten mehr als 500 mg / Tag notwendig).

Evaluation der Risikofaktoren und allenfalls Evaluation des absoluten Frakturrisikos.

Bei Dauertherapie mit Antiepileptika DEXA-Messung im Alter von 50 Jahren (auch ohne körperliche Behinderungen!).

Bei klinischen V.a. Wirbelfrakturen: Röntgen BWS und LWS ap.und seitlich.

Therapie der Osteoporose

Indikation: nachgewiesene Fraktur (Berücksichtigung der genauen Umstände, die zur Fraktur führten!)

Vor Therapiebeginn Ausgangswerte bestimmen: Pyridinoline im 2. Morgenspoturin oder Messung des C-terminalen Telopeptids (CTX) nüchtern. Gleiche Bestimmungen im Verlauf zur Beurteilung des Therapieerfolgs.

Mitglieder der Arbeitsgruppe: Dr. Roman Fischer, Dr. Magdalena Gantenbein, Dr. Daniel Gelzer, Dr. Christian Kätterer, Dr. Wilburg Keller, Prof. Dr. Marius Kränzlin, Dr. Christoph Krause, Dr. Bettina Lohn, Dr. Erdmut Schädel, Dr. Florian Suter, Dr. Silvia Torriani, Dr. Markus Vögelin, Dr. Barbara Wälti

Mögliche Substanzen für die Osteoporosetherapie:

Aclasta® (Zoledronsäure): 1 Infusion/Jahr, Dauer 30 – 45 Min.

Fosamax® (Alendronat): 1 Tbl. / Woche per os.

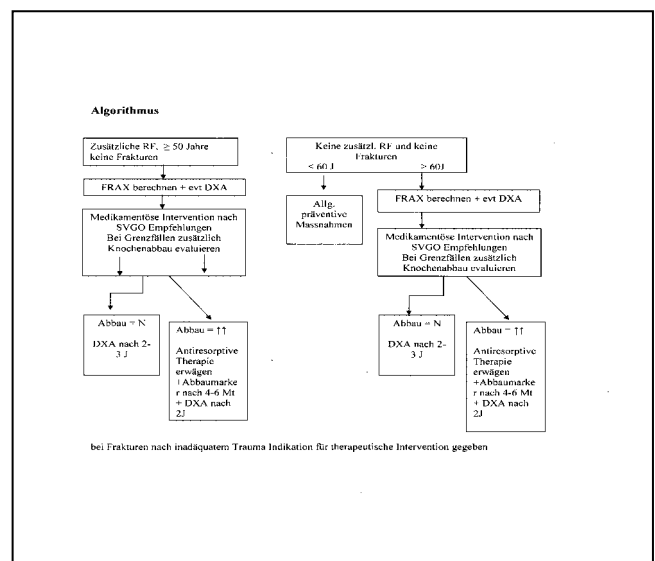
Prolia® (Denosumab): 1 Amp. alle 6 Mt. s.c. (ACHTUNG: Zulassung nur für Frauen, bei Männern Gesuch an den Krankenversicherer, z.B. bei Verhaltens- oder Compliance-problemen, die eine korrekte intravenöse oder perorale Medikation verunmöglichen).

Überwachung der Therapie

CTX-Messung (zus. auch Calcium, Alkalische Phosphatase und Kreatinin) nach 6 Monaten (Ziel: Reduktion CTX um mindestens 50%). wird dieses Ziel nicht erreicht oder treten unter Therapie weitere Frakturen auf sind Abklärungen betreffend sekundären Ursachen angezeigt (siehe Empfehlungen SVGO).

Besonderes

Zahnextraktionen oder Behandlungen des Zahnbettes sollen erst 2 – 3 Monate nach Prolia- oder Aclastatherapie durchgeführt werden, ev. unter Antibiotikaschutz (CAVE Kiefer-Osteonekrose).



Abschliessende Bemerkungen

Viele der empfohlenen Medikamente sind für die Indikation Behandlung der Osteoporose bei (oft jüngeren) Behinderten nicht zugelassen. Sie werden off label angewendet (z.B. gibt es kein Bisphosphonat, das für Frauen vor der Menopause zugelassen ist). Mit einer Ablehnung der Kostenübernahme durch den Krankenversicherer ist zu rechnen. Es ist darum sinnvoll, vor einer aufwändigen, länger dauernden Therapie eine Kostengutsprache beim Versicherer einzuholen. Zudem ist es empfehlenswert, den gesetzlichen Vertreter des Patienten darüber zu orientieren, dass ein in Analogie zu existierenden Richtlinien bei erwachsenen und nicht behinderten Personen eingesetztes Medikament indiziert ist, das aber offiziell nicht zugelassen ist. Referenzen bei der Arbeitsgruppe: dgelzer@balcab.

Kontakt: sagb.ch