

# OSTEOLOGIE 2019

28.-30. März 2019

Frankfurt am Main



***Osteologie 2019***

# Leitlinien- Update (Thomasius)

- Risikorechnerentwicklung – Priorisierung der Risikofaktoren (Literaturrecherche zur Evidenzaufarbeitung mit 1.7.18 als Deadline)
- Bestimmung der Frakturinzidenz in D-A-Ch:  
10a **Differenz zwischen Mann/Frau** zu groß, liegt künftig **eher bei 5a**
- App statt Tabelle, da viele neue Risikofaktoren( ca. 20 Fragen)

- Fraktur-Risikoerhöhung nach 1.Fraktur: im 1.Jahr 15%, bis zum 2. Jahr 21%, bis zum 4.Jahr mehr als 40%
- Teriparatid nach neuer LL für Hochrisikopatienten im Konsens auch als Initialtherapie

## Aktuelle Stellungnahme- Beispiel: Beschluß im starken Konsens

Stellungnahme des DVO zur Rücknahme des Therapiehinweises für Teriparatid

Betrifft: Vergleich Teriparatid vs orale Bisphosphonate

Konsentierter Beschluss der LL Kommission basierend auf der Studienlage vom 16.2.19:

Bei OsteoporosepatientInnen mit dokumentiert deutlich erhöhtem Frakturrisiko, zB bei Vorliegen von vertebralem Frakturen, Schenkelhalsfraktur, verringert Teriparatid das Auftreten von Wirbelfrakturen stärker als orale Bisphosphonate. In solchen Fällen ist einer osteoanabolen Therapie mit Teriparatid gegenüber einer oralen Bisphosphonattherapie der Vorzug zu geben.

Gleiches gilt bei erhöhtem Frakturrisiko unter geplanter oder laufender GC Therapie mit  $\geq 7,5$  mg Prednisolon/Tag  $\geq 3$  Monate.

# Local Osteo-Enhancement (LOEP)

- Prozedur: AGN1 (Ca-basiertes triphasisches Osteoprotektivum ), im Körper abbaubar, wird in den Schenkelhals über kanülierte Sonde eingebracht
- Kadaverstudie: Sideway-Fall – 45% Frakturschutz bei vorhandener Osteoporose (Prof. Kurth)
- Perspektive: Versorgungspfad für die simultane Versorgung der Gegenseite bei osteoporotischen Femurfrakturen(PD Carl Neuerbug-München)

# Update Moderne Osteoonkologie

- Historie: Grundlage für ossäre Metastasierung ist der Plexus vertebralis, über den die Tochterzellen ins Stammskelett zirkulieren (Ingo Diel)
- Prämenopausale Frauen mit Tamoxifentherapie – Abfall der BMD
- Postmenopausale Frauen mit Tamoxifentherapie – Anstieg der BMD (Peyman Hadji)

- Parenterale Bisphosphonattherapie (Zoledronat/Denosumab) sorgt für deutliche Verlängerung der Überlebenszeiten und Besserung der Lebensqualität (Ingo Diel)
- Cannabis in Schmerztherapie ineffektiv (Hans-Bernd Sittig)

# Insuffizienzfrakturen Os sacrum

- Bildgebung mit Nativ-Röntgen und CT ineffektiv, daher immer MRT (nur 2 Sequenzen erforderlich= 8 min)
- Therapeutische Optionen bei therapieresistentem Schmerz - Zementauffüllung



# Moderne Basistherapie der Osteoporose

- Konsequente Ernährungsanamnese
- Empfehlung für 150-200 g Milch u- 50-60 g Käse **pro Tag** zur Deckung des Ca-Bedarfs bleibt, ansonsten Supplement
- 1.2-1,5 g EW/kg Körpergewicht
- Obst- u. gemüsereiche Kost wirkt alkalisierend u. hemmt die Knochenresorption
- Vit. D –Substitution nach Labor

## Schnelle Korrektur des 25-OH D3 Blutspiegels

Wie hoch muss Vitamin D<sub>3</sub> dosiert werden,

damit innerhalb von 6-8 Wochen

eine 25-OH-Vitamin D3 Serum-Konzentration

von 75 nmol/l (30ng/ml) erreicht wird?

**Gesamtdosis = 40 x (75 – 25OH D3-Blutspiegel) x KG**

Beispiel (25-OH-Vitamin D Serum-Konzentration = 25 nmol/l(10ng/ml), Körpergewicht = 70 kg)

$$40 \times (75 - 25) \times 70 = 40 \times 50 \times 70 = 140.000 \text{ I.E.}$$

Der betroffene Patienten könnte z.B. 7 x 20.000 I.E. Dekristol (einmal wöchentlich über 7 Wochen) einnehmen und sollte danach eine 25-OH-Vitamin D Serum-Konzentration von 75 nmol/l bzw. 30 ng/ml erreicht haben ...

# Diabetes und Knochenstoffwechsel

- Typ 1 Diab.-lebenslang alle Frakturtypen häufiger als bei Menschen ohne T1DM, 10-fach erhöhtes SH-FX-Risiko
- Typ 2 Diab. - BMD durchschnittl. + 0.5 bis 1.0 falsch zu hoch; trotzdem etwa doppelt so hohes FX-Risiko

# Hypoparathyreoidismus

- Zumeist iatrogen postop. Struma-OP
- Sympt.: Hypocalcämie, Hyperphosphatämie, vermind. Vit.1,25(OH)D
- Erhöhte BMD
- Spätfolgen: Nephrokalzinose, Katarakt, Kalzifik. der Basalganglien
- Therapie: Ca, aktives Vit.D, rekomb. Humanes PTH 1-84 (bei ausbleib. Erfolg mit Ca/Vit.D)

# Hyperparathyreoidismus

- Primär: Ca erhöht, P vermind., PTH deutlich erhöht
- Cave: Vit.D vermind: Substitution
- Kortik. BMD-Verlust , Spongiosa bleibt , daher DXA häufig normal
- Diagn. : Sonographie
- OP bei positiver Klinik