

Bedeutung, Diagnose, Prävention und Therapie

Management der postmenopausalen Osteoporose

Die Volkskrankheit Osteoporose wird immer noch zu wenig diagnostiziert und zu wenig behandelt. Die durchschnittliche Wahrscheinlichkeit, im Laufe des Lebens eine osteoporotische Fraktur zu erleiden ("Lebenszeitrisiko"), beträgt in der Schweiz im Alter von 50 Jahren bei der Frau 51,3% und beim Mann 20,2% (1, 2). Bei jeder Frau muss ohne weitere Abklärung an eine allgemeine Primärprävention gedacht werden. Hingegen setzt jede medikamentöse Frakturprävention eine gezielte Abklärung voraus. In der frühen Postmenopause gehört eine MHT wieder zu den Behandlungen der ersten Wahl (11). In der späteren Postmenopause sind nicht-hormonale Präparate indiziert.



L'ostéoporose, une maladie très répandue, est encore trop peu diagnostiquée et trop peu traitée. La probabilité moyenne de souffrir d'une fracture ostéoporotique au cours de la vie (risque à vie) est en Suisse à l'âge de 50 ans de 51.3% chez les femmes et de 20,2% chez les hommes (1,2). La prévention générale est recommandée sans mesures de diagnostic. Par contre, chaque décision thérapeutique doit être précédée par une investigation appropriée. Dans les premières années après la ménopause, la MHT fait de nouveau partie des traitements de premier choix (11). En postménopause tardive, les médicaments non-hormonaux sont indiqués

Bedeutung der postmenopausalen Osteoporose

Im Jahre 2007 gaben nur 17.5% der postmenopausalen Frauen (alle Altersgruppen zusammen genommen) und 19.1% der Frauen über 65 Jahren an, wegen Osteoporose in Behandlung zu stehen oder deswegen früher behandelt worden zu sein. Diese Zahlen haben sich in den letzten 5 Jahren nicht verbessert (1, 2), so dass die Krankheit "Osteoporose" weiterhin massiv unterschätzt wird.

Ein erhöhtes Osteoporoserisiko besteht einerseits bei Frauen mit zu niedriger maximaler Peak Bone Mass (primäre Amenorrhö, späte Menarche, sekundäre Amenorrhö während Adoleszenz; Abb. 1, violette Linie), und andererseits bei den circa 25-30% der postmenopausalen Frauen mit beschleunigtem Knochenabbau wegen genetischen oder persönlichen Risikofaktoren (3; Abb. 1, rote Linie). Im Mittel weisen ungefähr 15-20% aller Frauen zwischen 56-65 Jahren eine Osteoporose auf, mit 80 Jahren die Hälfte. Jede postmenopausale Osteoporose beinhaltet ein vermehrtes Frakturrisiko mit hoher Mortalität (20-25% bei Schenkelhalsfrakturen).



Prof. Dr. med.
Martin Birkhäuser
Basel

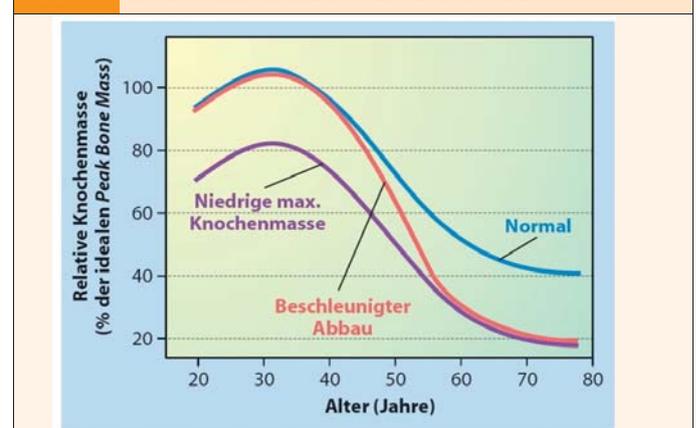
Die vier klinisch bedeutendsten osteoporotischen Frakturen („Major Fractures“) betreffen den distalen Vorderarm (Handgelenk- oder Colles-Frakturen), die Wirbelkörper, den proximalen Femur und den proximalen Humerus. Die Inzidenz von osteoporotischen Frakturen in der Postmenopause beträgt in der Schweiz (1, 2)

- für Wirbelfrakturen:
 - im Alter von 50 J.: 121 pro 100 000 Frauen/Jahr
 - im Alter von 80-85 J.: 1537 pro 100 000 Frauen/Jahr
- für Schenkelhalsfrakturen (global):
 - bei Frauen >50 J. bei 621 pro 100 000 Frauen/Jahr.

Diagnose der postmenopausalen Osteoporose

Die Risikofaktoren für Osteoporose sollen mindestens einmal jährlich erfasst werden. Bei gesunden Frauen ohne jährliche Untersuchung durch einen Hausarzt wird die Risikoevaluation am besten zusammen mit der gynäkologischen Jahreskontrolle durchgeführt. Entscheidend ist eine gezielte Anamnese (Tab. 1), zu der auch Fragen zur Ernährung inklusive der geschätzten Vitamin-D- und Kalziumzufuhr und zum subjektiven Beschwerdebild gehören (3, 4).

ABB. 1 Relative Knochenmasse im Altersverlauf



Bei der klinischen Untersuchung ist v.a. auf Körpergrösse und -gewicht (Body-Mass-Index), einen Grössenverlust, Wirbelsäulen-deformitäten ("Witwenbuckel"), das Sturzrisiko und auf Hinweise für eine sekundäre Osteoporose oder Malignome zu achten. Die Diagnose "Osteoporose" wird durch eine Knochendichtemessung mittels Dual-X-Ray-Absorptiometrie (DXA) gestellt oder bestätigt. Die DXA bleibt dazu die beste Methode ("Goldstandard") (3–6). Deren Resultat wird in der Postmenopause als T-Score ausgedrückt (Tab. 2) (3–6). Die DXA ist aber kein Werkzeug zum systematischen Screening auf Osteoporose. Eine weitere Abklärung mittels DXA ist bei folgenden Merkmalen indiziert:

- Abnahme der Körpergrösse um mehr als 3 cm
- bereits erlittene Fraktur
- Schenkelhalsfraktur bei einem Elternteil
- plötzliche Rückenschmerzen
- zunehmender Buckel
- hoher Nikotinkonsum/Alkoholkonsum
- magerer Körperbau (BMI <20)

Die postmenopausale (primäre) Osteoporose ist eine Ausschlussdiagnose: sie setzt voraus, dass nach einer Fragilitätsfraktur Ursachen für andere Osteopathien (z.B. Osteomalazie) oder eine sekundäre Osteoporose ausgeschlossen sind. Für die weiterführende Diagnostik wird auf die bestehenden Empfehlungen verwiesen (3–6).

Erfassung von postmenopausalen Frauen mit erhöhtem Risiko

Das individuelle Risiko wird am besten durch das 10-Jahres-Frakturrisiko erfasst. Dazu existieren in der Schweiz zwei Tools: das FRAX®-Tool (6, www.svggo.ch) und das Tool der Osteoporoseplattform. Da bisher FRAX® als einziges Tool mit Schweizerischen epidemiologischen Daten formell validiert worden ist (7), wird von der SVGO/ASCO das FRAX®-Tool empfohlen (4, 10). Die in FRAX® berücksichtigten klinischen Risikofaktoren (Tab. 3) weisen einen klaren Zusammenhang mit einer Fraktur auf und sind einfach zu erfassen. Zusatzuntersuchungen sind keine erforderlich. Das 10-Jahres-Frakturrisiko nach FRAX® kann ohne DXA berechnet werden. Im Grenzbereich zur Interventionsschwelle ist allerdings die Indikation für eine Densitometrie mittels DXA zu sichern, ebenso vor einem Therapiebeginn.

FRAX® stützt sich allein auf die Knochenmineraldichte des Schenkelhalses, da für die Lendenwirbelsäule (LWS) keine ausreichenden epidemiologischen Frakturdaten vorliegen. Für Fälle mit grosser Diskrepanz zwischen den T-Scores am Schenkelhals und an der LWS wurde ein Korrekturfaktor errechnet (8, 9). Jede Einheit einer T-Score-Diskordanz entspricht ungefähr einer Veränderung des Frakturrisikos um 10%. Somit kann das nach FRAX® errechnete Risiko bei einer grösseren Diskrepanz für eine Major Fracture für jede gerundete T-Score-Differenz zwischen LWS und Schenkelhals um 1/10 erhöht oder gesenkt werden (6, 8, 9). FRAX® berücksichtigt bestimmte Risikofaktoren wie Sturzneigung, Knochenumbau oder Dosisseffekte nicht (z. Bsp. Anzahl Frakturen, die konsumierte Menge von Tabak und Alkohol, die Glukokortikoiddosis). Doch liegen auch hier zum Teil Korrekturfaktoren vor (6, 9)

Allgemeine präventive Massnahmen

Das Ziel ist immer die Prävention einer Fraktur. An erster Stelle steht dabei die allgemeine primäre Prävention, die auch ohne Diagnostik immer zu empfehlen ist.

TAB. 1 Risikoevaluation: gezielte Anamnese			
Frauen	<50 J	50–60 J	>60 J
Wirbelfraktur(en)	+ (D)	+ (A)	+ (A)
Orale Glukokortikoide ≥5,0 mg/d Prednisolonäquivalent ≥3 Monate	+ (A)	+ (A)	+ (A)
Cushing-Syndrom	+ (B)	+ (B)	+ (A)
Primärer Hyperparathyreoidismus	+ (B)	+ (B)	+ (B)
Hypogonadismus (auch vorzeitige Menopause <42 Jahre)	+ (D)	+ (B)	+ (B)
Therapie mit Glitazonen bei Frauen		+ (D)	+ (A)
Nichtvertebrale Fraktur(en) nach dem 50. Lebensjahr		**	+ (A)
Therapie mit Aromatasehemmern		**	+ (A)
Antiandrogene Therapie		**	+ (A)
Rheumatoide Arthritis		**	+ (A)
Proximale Femurfraktur eines Elternteils			+ (A)
Untergewicht (BMI <20)			+ (A)
Nikotinkonsum			+ (A)
Multiple Stürze (>1 x in letzten 12 Monaten)			+ (A)
Immobilität (kann ohne fremde Hilfe nicht ins Freie)			+ (A-B)
Diabetes mellitus Typ 1			+ (A)
TSH-Werte <0,3 mU/l			+ (B)

TAB. 2 Densitometrische Klassifikation	
Densitometrische Klassifikation der Osteoporose nach WHO (gilt nur für die DXA an Wirbelsäule oder proximalem Femur) (21):	
➤ Normal: Knochendichtewerte (BMD) innerhalb 1 Standardabweichung (SD) vom Mittelwert junger Erwachsener (T-Score >-1)	
➤ Osteopenie (niedrige Knochenmasse): Knochendichtewerte (BMD) innerhalb 1 SD unter dem Mittelwert junger Erwachsener, aber weniger als 2.5 SD unterhalb des Wertes (T-Score -1 bis -2.5)	
➤ Osteoporose: Knochendichtewerte (BMD) 2,5 SD oder mehr unterhalb des Mittelwerts für junge Erwachsene (T-Score niedriger als <2,5)	

TAB. 3 In FRAX® berücksichtigte klinische Risikofaktoren	
Relatives Risiko	
1. Alter	*
2. Vorhandene Fraktur	2,1*
3. Schenkelhalsfraktur bei einem Elternteil	2,3*
4. Kortikoid-Therapie	2,3*
5. Alkohol-/Tabakabusus	1,6*
6. Rheumatoide Arthritis	1,7*
7. Verminderter BMI	2,0**
* Unabhängig von der Knochenmineraldichte	
** Risiko verschwindet nach Korrektur für die Knochenmineraldichte	

Zu den allgemeinen präventiven Massnahmen gehören (3–6):

- Ausreichende Zufuhr von Kalzium, Vitamin D und Proteinen:
 - Kalzium 1000–1200 mg/Tag (Ernährung + (nur wenn nötig) Supplemente)
 - Vitamin D \geq 800 IE Vitamin D/Tag (Risikopatientinnen und ältere Menschen bis 2000 IE/Tag); Ziel: Serum-25-OHD-Werte \geq 75 nmol/l (30 ng/ml); Vit D senkt gleichzeitig die Sturzneigung durch Verbesserung der Muskelkraft
 - Protein 1 g/kg Körpergewicht/Tag (ausgeglichene Ernährung)
- Weitere Massnahmen:
 - Regelmässige körperliche Aktivität, Krafttraining
 - Sturzprophylaxe (Vermeiden von Tranquillizern und Sedativa, Ausmerzen von „Stolpersteinen“ zu Hause, Gleichgewichtsübungen)
 - Vermeidung von Risikofaktoren wie Rauchen und übermässigem Alkoholkonsum;
 - Vermeiden (wo möglich) der Einnahme von Medikamenten, welche den Knochenstoffwechsel ungünstig beeinflussen (Glukokortikoide, Antiepileptika, suppressive Schilddrüsenhormontherapie u.a.m.).

Medikamentöse Behandlung, Sekundärprävention

Behandlungsindikation, Interventionsschwelle

Die Behandlungs- oder Interventionsschwelle hängt vom jeweiligen nationalen Gesundheitssystem sowie den verfügbaren Ressourcen ab und ist daher länderspezifisch.

In der Schweiz ist die Behandlungs-Indikation traditionell durch das Vorliegen einer Fragilitätsfraktur oder durch einen T-Score $<$ 2,5 (Osteoporose) an LWS oder Femur gegeben. Diese starre Limite berücksichtigt aber das Alter als massgeblichen Risikofaktor nicht.

Deshalb wird von der SVGO/ASCO alternativ bei Frauen ohne vorbestehende Frakturen eine medikamentöse Therapie nur dann empfohlen, wenn das geschätzte absolute 10-Jahresrisiko für eine osteoporotische Fraktur dem absoluten Risiko einer Person gleichen Alters mit prävalenter Fraktur entspricht (Frakturschwelle; 4). Abb. 2 zeigt die von der SVGO/ASCO vorgeschlagene Interventionsschwelle, die im Gegensatz zur DXA-basierten Indikation das altersabhängige Risiko mit berücksichtigt. Damit kann vor allem eine Ueberbehandlung von älteren Patientinnen verhindert werden, bei denen beim Nachweis einer densitometrisch definierten Osteoporose (T-Score $<$ -2.5 SD) nicht zwingend eine pharmakologische Intervention notwendig ist. Andererseits wird die Behandlungsnotwendigkeit einer jüngeren postmenopausalen Frau mit deutlich erhöhtem Frakturrisiko (aber „lediglich“ osteopener Mineralgehaltswerte) miterfasst.

Empfohlene medikamentöse Behandlungen (Empfehlungsgrad A)

Tabelle 4 zeigt die Behandlungsmethoden mit Empfehlungsgrad A. Bei Frauen in der Peri- oder frühen Postmenopause ohne erhöhtes Frakturrisiko ist eine signifikante Senkung der Frakturinzidenz einzig für die Menopausale Hormon-Therapie (MHT, früher HRT/ERT) gesichert. Die Internationale Menopausengesellschaft (IMS; 11) zählt daher die klassisch dosierte MHT zur Prävention

TAB. 4 Empfohlene medikamentöse Behandlungen (Empfehlungsgrad A)			
	Wirbelfrakturen	Nicht-vertebrale Frakturen	Hüftfrakturen
Alendronat	A	A	A
Ibandronat	A	A***	
Risedronat	A	A	A
Zoledronat	A	A	A
Calcitonin	A	**	**
Raloxifen/Bazedoxifen	A	**	**
Strontiumranelat	A	**	**
Teriparatid	A	A	**
Denosumab	A	A	A
HRT*	A	A	A

* HRT: Hormonersatztherapie, ** nicht adäquat evaluiert, *** nur in Untergruppen von Patienten (Post-hoc-Analyse)

und Therapie der postmenopausalen Osteoporose bei Frauen unter 60 Jahren oder innerhalb der ersten 10 Jahre nach der Menopause (sog. „günstiges Fenster“) zu den Behandlungsmethoden der ersten Wahl. Dies gilt nicht für den Beginn einer MHT nach dem Alter von 60 Jahren. Aeltere Guidelines (4-6) empfahlen eine MHT nur, wenn gleichzeitig klimakterische Beschwerden vorliegen wie Hitzewallungen, Schweissausbrüche, Herzbeschwerden, Schlafstörungen, Gelenk- und Muskelschmerzen, Stimmungsschwankungen/depressive Verstimmung, Aengstlichkeit, Reizbarkeit, Antriebslosigkeit, körperliche oder geistige Erschöpfung, Sexualprobleme und urogenitale Beschwerden. Da in der frühen Postmenopause meist eines oder mehrere dieser Symptome vorliegt, waren die Anforderungen für eine MHT in der Regel auch bei den älteren Guidelines erfüllt. Es gibt keinen Hinweis darauf, dass Bisphosphonate oder andere antiresorptive Behandlungen einer MHT in Bezug auf Wirkung und Risikoprofil überlegen wären. Obwohl auch niedrig und ultra-niedrig dosierte MHT-Präparate den Knochenmineralgehalt und -stoffwechsel im Mittel günstig beeinflussen, kann das Ausmass des Schutzes im Einzelfall nicht ausreichen, so dass hier Therapiekontrollen indiziert sind.

Ab 12–24 Monaten nach der Menopause eignen sich SERMs (Raloxifen, Bazedoxifen) oder Tibolon (11) zur Prävention und Behandlung von Fragilitätsfrakturen. SERMs senken bei erhöhtem Frakturrisiko die Inzidenz von vertebralem Frakturen signifikant, doch wurde bisher der Schutz vor nicht-vertebralen und Schenkelhalsfrakturen für Raloxifen und Bazedoxifen nicht adäquat evaluiert (Tab. 4). Ein wichtiger zusätzlicher Nutzen von SERMs ist die signifikante Verminderung des Risikos für invasiven Brustkrebs.

Bei älteren Frauen jenseits des „günstigen Fensters“ werden primär Bisphosphonate oder Denosumab eingesetzt. Deren Wirksamkeit ist allerdings formell nur bei Frauen mit erhöhtem Frakturrisiko im Alter um 70 Jahre oder mehr gesichert. Strontium Ranelat ist in der Schweiz nicht zugelassen.

Alle Bisphosphonate sind zur Senkung des vertebralem Frakturrisikos geeignet. Hingegen wurde der Nachweis der Wirksamkeit für nicht-vertebrale und Hüftfrakturen nicht für alle Bisphosphonate erbracht (Tab. 4). Für Denosumab ist die signifikante Senkung des Risikos für osteoporotische Wirbelfrakturen, nicht-vertebrale Frakturen und Hüftfrakturen nachgewiesen. Beide Therapieprinzipien sind sicher und weisen wenig subjektive Nebenwirkungen auf

(12). Schwere Nebenwirkungen wie Kieferosteonekrose, atypische subtrochanterische Femurfraktur, Hautinfektionen oder DRESS-Syndrom sind sehr selten (Inzidenz meist weniger als 1:10000), müssen aber rechtzeitig erkannt und bei Risikopatientinnen bei der individuellen Indikation berücksichtigt werden (12).

In der Regel soll die Patientin mitentscheiden können, welche Therapieform (peroral, subkutan oder intravenös, intramuskuläres Depot) und welches Präparat sie erhält. Ausser beim Fehlen des Wirksamkeitsnachweises einer Therapie für die gegebene Indikation sollte dieser Wunsch respektiert werden, damit die für den Therapiererfolg essentielle Voraussetzung einer guten Compliance erreicht wird.

Behandlung der schweren Osteoporose

Die Behandlung der schweren Osteoporose mit Parathormon-Analogen bleibt dem Spezialisten vorbehalten (4-6).

Therapiekontrolle

Eine Therapiekontrolle durch DXA sollte in der Regel nicht vor 2 Jahren erfolgen (4). Eine Überprüfung der biochemischen Marker des Knochenstoffwechsels wird heute für Routinekontrollen nicht empfohlen. Sie ist hingegen bei konkretem Verdacht auf fehlende Compliance oder Wirksamkeit 3 bis 6 Monate nach Therapiebeginn angebracht (4).

Prof. Dr. med. Martin Birkhäuser

Gartenstrasse 67, 4052 Basel
martin.birkhaeuser@balcab.ch

Literatur:

1. Schwenkglenks M, Lippuner K, Häuselmann HJ, Szucs TD. A model of osteoporosis impact in Switzerland 2000-2020. *Osteoporos Int.* 2005; 16: 659-671
2. Lippuner K. Epidemiologie und Stellenwert der Osteoporose in der Schweiz. *Therapeutische Umschau* 2012; 69 (3): 137 – 144
3. Birkhäuser M. Prävention der postmenopausalen Osteoporose. Teil 1: Erkennung von Risikopatientinnen und nichthormonelle präventive Massnahmen. *Gynäkologische Endokrinologie* 2013 . 11:129-136
4. Empfehlungen 2010 der Schweiz. Vereinigung gegen die Osteoporose (SVGO/ ASCO) zu Prävention, Diagnostik und Therapie der Osteoporose, www.svgo.ch
5. Dachverband Osteologie. DVO-Leitlinie 2009 zur Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei Erwachsenen. 2009. www.dvosteologie.org
6. Kanis JA, McCloskey EV, Johannsson H et al. European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. *Osteoporos Int* (2013) 24:23-57
7. Lippuner K, Johannsson H, Kanis JA, Rizzoli R. Remaining lifetime and absolute 10-year probabilities of osteoporotic fracture in Swiss men and women (FRAX® assessment of osteoporotic fracture probability in Switzerland). *Osteoporos Int.* 2009; 20: 1131-1140
8. Leslie WD, Lix LM, Johannsson H et al. Spine-hip discordance and fracture risk assessment: a physician-friendly FRAX enhancement. *Osteoporos Int* (2011) 22:839-84
9. Kanis JA, Hans D, Cooper C, Baim S, Bilezikian JP, Binkley N, Cauley JA, Compston JE, Dawson-Hughes B, El-Hajj Fuleihan G, Johannsson H, Leslie WD, Lewiecki EM, Luckey M, Oden A, Papapoulos SE, Poiana C, Rizzoli R, Wahl DA, McCloskey EV; Task Force of the FRAX Initiative. Interpretation and use of FRAX in clinical practice. *Osteoporos Int.* 2011; 22: 2395-2411
10. Rizzoli R, Ammann P, Birkhäuser M, Ferrari S, Häuselmann HH, Kraenzlin ME, Krieg M-A, Lippuner K, Meier C, Theiler R, Uebelhart D, Wimpfheimer C. Au nom de l'Association Suisse Contre l'Ostéoporose (Schweizerische Vereinigung gegen die Osteoporose) Ostéoporose: du diagnostic ostéodensitométrique à l'évaluation du risque absolu de fracture. *Schweiz Med Forum* 2009; 9: 633-635
11. de Villiers TJ, Pines A, Panay N et al. Updated 2013 International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health. *CLIMACTERIC* 2013; 16: 316-337
12. Rizzoli R, Reginster, J-Y, Steven Boonen St et al. Adverse Reactions and Drug-Drug Interactions in the Management of Women with Postmenopausal Osteoporosis. *Calcif Tissue Int* 2011; 89: 91-104

Take-Home Message

- ◆ Die Osteoporose der postmenopausalen Frau wird immer noch häufig übersehen. Deshalb soll jährlich eine in jeder Praxis durchführbare Evaluation des absoluten 10-Jahres-Frakturrisikos mit FRAX® vorgenommen werden. Dazu ist zunächst keine Knochendensitometrie mittels DXA nötig
- ◆ Die allgemeine Prävention beinhaltet eine ausreichende Calcium- (1000-1200mg/Tag total) und Vit-D-Zufuhr (≥ 800 IE/Tag, bei hohem Frakturrisiko und niedrigem Serum-25-OHD-Werte bis 2000 IE/Tag; Zielwert Serum-25-OHD-Werte ≥ 75 nmol/l (30 ng/ml)) sowie eine tägliche Eiweiss-Aufnahme von 1g Protein/kg Körpergewicht pro Tag). Zur allgemeinen Prävention gehört eine regelmässige körperliche Aktivität, eine zuverlässige Sturzprophylaxe und das Vermeiden von bekannten Risikofaktoren
- ◆ Die Primärprävention soll auch ohne weiterführende Diagnostik durchgeführt werden
- ◆ Jeder therapeutischen Entscheidung muss hingegen eine gezielte Abklärung vorausgehen. Heute gilt in der Schweiz für die Kostenübernahme noch eine starre Behandlungsschwelle (Vorliegen einer Fragilitätsfraktur oder eines T-Scores < 2,5 (Osteoporose) an LWS oder Femur). Sinnvoller ist aber eine dynamische auf das 10-Jahres-Frakturrisiko nach FRAX® gestützte Interventionsschwelle
- ◆ Bei der Wahl der optimalen Behandlung muss für jedes Präparat die gesicherte Evidenz (Empfehlungsgrad) an der am meisten gefährdeten Skelettllokalisierung, allfällige Synergien für den Gesamtorganismus (z.Bsp. MHT bei Oestrogenmangelsymptomen, SERMs bei erhöhtem Risiko für Mammakarzinom), die Compliance und nach Möglichkeit der Wunsch der Patientin berücksichtigt werden. In der frühen Postmenopause gehört eine MHT wieder zu den Behandlungen der ersten Wahl (11), in der späteren Postmenopause werden präferentiell Bisphosphonate (Langzeiteffekt im Knochen) oder Denosumab (Reversibilität) eingesetzt. Analoge des Parathormons bleiben in jeder Altersgruppe der Behandlung der schweren Osteoporose durch den Spezialisten vorbehalten

Message à retenir

- ◆ Chez la femme postmenopausée, le diagnostic d'une ostéoporose est trop souvent manqué. C'est pourquoi le risque de fracture ostéoporotique sur 10 ans selon FRAX® doit être évalué chaque année. Cette évaluation peut se faire dans chaque cabinet et ne nécessite pas d'emblée une densitometrie par DXA
- ◆ La prévention générale comprend un apport calcique suffisant (1000-1200mg/jour au total) et une prise de Vit. D appropriée (≥ 800 UI/jour, en présence d'un risque fracturaire élevé et/ou de taux sériques de 25-OHD bas jusqu'à 2000 UI/jour; taux visés du 25-OHD sérique ≥ 75 nmol/l (30 ng/ml)) ainsi qu' un apport journalier de 1g protéines/kg poids corporel
- ◆ La prévention générale est recommandée sans mesures de diagnostic
- ◆ Par contre, chaque décision thérapeutique doit être précédée par une investigation appropriée. Aujourd'hui, la Suisse ne connaît encore qu'un seuil thérapeutique rigide pour le remboursement par les caisses maladie (présence d'une fracture ostéoporotique ou d'un T-score vertébral ou fémoral < 2,5 [ostéoporose]). Plus judicieux serait un seuil d'intervention basé sur le risque absolu de fracture ostéoporotique sur 10 ans selon FRAX® en fonction de l'âge
- ◆ Le choix du traitement optimal doit considérer pour chaque médicament le degré d'évidence pour le site squelettique le plus menacé, des synergies potentielles pour l'organisme (p.ex. MHT en présence de symptômes d'un déficit estrogénique, SERMs en cas d'un risque augmenté pour un cancer du sein), la compliance et, si possible, la préférence de la patiente. Dans les premières années après la ménopause, la MHT fait de nouveau partie des traitements du premier choix (11). En postménopause tardive, la préférence est donnée aux bisphosphonés (effet osseux à long terme) ou au denosumab (réversibilité). L'administration des analogues de l'hormone parathyroïdienne est réservée dans chaque groupe d'âge au traitement d' une ostéoporose sévère par le spécialiste