Indikationen für eine Anmeldung an der osteologischen Spezialambulanz im Klinikum Klagenfurt

Prinzipiell keine Anmeldung durch Patienten/innen, sondern nur durch Ärzte/Ärztinnen in der Niederlassung.

Terminvergabe:

Montag – Donnerstag 13.00 -14.30 Uhr – Tel. 0463 538 26034.

Schwerpunkt unserer osteologischen Ambulanz (Kriterien für die Zuweisung):

- **Abklärung** der Ursache einer sekundären Osteoporose (z. B: endokrine Erkrankungen – Hormonstörungen, gastrointestinale Erkrankungen - Zöliakie, rheumatische und entzündliche Erkrankungen, medikamentöse Ursachen –Kortison...) **oder** T- Score Wert schlechter als -3,0 + gesteigerter FRAX
- **Einleiten einer osteoanabolen Therapie bei:**
 - Manifester Osteoporose:**
Frakturen bei Sturz aus dem Stand (Wirbelkörper, Schenkelhals, Radius, Oberarm, Becken), welche nicht älter als ein Jahr sind.
 - Schwerer Osteoporose:**
T-Score schlechter als -3,0 + Risikofaktoren
- **Des Weiteren** die osteologische Abklärung von rezidivierenden oder therapieresistenten Knochenmarksödemen (nach ausgereizter Ilomedinbehandlung).
- Hyperkalzämie-Abklärungen primär über unserer SD-Spezialambulanz, danach Entscheidung über das weitere Procedere.

Erforderliche Unterlagen (sind mitzubringen):

Eine Knochendichtemessung, die nicht älter als 1 Jahr ist, etwaige auch ältere DEXA-Vorbefunde. Wenn vorhanden, schriftlicher Befund eines aktuellen Wirbelsäulenröntgens, welches zur Erfassung von Wirbelkörperfrakturen durchgeführt wurde. Schriftliche Auflistung der laufenden Prämedikation.

Da das Hauptaugenmerk unserer Spezialambulanz auf der Versorgung von Patient/innen liegt, welche die oben angegebenen Kriterien erfüllen, nachfolgend noch ein kurzer Überblick über die therapeutischen Optionen für die Praxis.

Therapeutische Optionen für die Praxis:

Die Auswahl des passenden Medikaments bei Osteoporose hängt ab von:

- Schwere der Erkrankung (T-Score, Frakturen)
- Alter und Geschlecht
- Begleiterkrankungen (z. B. Nierenfunktion)
- Verträglichkeit und Patientenwunsch
- Risiko für Wirbel- oder Hüftfrakturen

Hier ein **schneller Überblick, wann welches Medikament** eingesetzt werden kann:

Alle Substanzgruppen benötigen eine Basismedikation mit Kalzium und Vitamin D.

1. Bisphosphonate (z. B. Alendronat, Risedronat, Ibandronat, Zoledronat - alternativ Evista 60 mg (Raloxifen) bei der postmenopausalen Frau (WS-betonte Osteoporose, Kontraindikation: Thrombose und Schlaganfall)

Wann?

- ✓ Erste Wahl bei postmenopausaler Osteoporose
- ✓ Gute Nierenfunktion (GFR > 30 ml/min)
- ✓ Keine Magen-Darm-Probleme (bei oraler Einnahme)

Ibandronsäure beim Mann nicht zugelassen.

Vorteil: Kostengünstig, langjährig erprobt

Nachteil: Einnahmeregeln beachten, selten Kiefernekrosen oder atypische Frakturen

Spätestens nach 5 Jahren Evaluierung einer Therapieumstellung.

2. Denosumab (Prolia)

Wann?

- ✓ Wenn Bisphosphonate nicht vertragen werden
- ✓ Bei hohem Frakturrisiko und älteren Patienten
- ✓ Auch bei eingeschränkter Nierenfunktion geeignet

Vorteil: Alle 6 Monate als Spritze

Nachteil: Rebound-Effekt beim Absetzen → (unbedingt zumindest 1 jährige Konsolidierung mit einem Bisphosphonat)

Status post chirurgischer (20.03.2017) und aktinischer (1.161 MBq Jod-131 am 21.02.2018) Thyreoidektomie bei papillärem SD-Ca pT1bmN0(0/6) L0 V0 R0.

3. Teriparatid

KI: Hyperparathyreoidismus, Hyperkalzämie, rezente maligne Erkrankung mit Metastasierung ins Skelett oder Radiatio des Skeletts

Wann?

✓ Schwere Osteoporose mit mehreren inadäquaten, rezenten Frakturen (manifeste Osteoporose)

✓ Wenn andere Therapien nicht wirken

Vorteil: Baut Knochen auf (anabol)

Nachteil: Nur max. 2 Jahre zugelassen, tägliche Injektion

4. Romosozumab (Evenity)

KI: Myocardinfarkt oder Apoplex im letzten Jahr

Wann?

✓ Sehr hohes Frakturrisiko, bei Frauen zugelassen

✓ Nach rezenten Wirbelkörperbrüchen

Vorteil: Knochenaufbau + Hemmung des Abbaus

Nachteil: Teuer, mögliche kardiovaskuläre Risiken → sorgfältige Abwägung, 2 Injektionen 1 mal monatlich

Therapie-Optionen (je nach Schweregrad der Osteoporose):

- Falls möglich und keine Kontraindikation, Beginn mit Evista 60 mg 1mal tgl. (Raloxifen) bei der jungen postmenopausalen Frau mit WS-betonter Osteoporose
- Parenterale Bisphosphonate (CAVE: GFR < 40 ml/min.)
- Denosumab bei Unverträglichkeit oder Nierenproblemen,
- Teriparatid/Romosozumab bei schwerer Osteoporose mit rezenten osteoporotischen Frakturen (manifeste Osteoporose)