



UNIVERSITÄT
REGENSBURG

KLINIKUM



KLINIK UND POLIKLINIK FÜR INNERE MEDIZIN I

Osteoporose, Spondylarthropathien

Dr. med. Nadine Schneider

Teriparatid oder Alendronat bei Glukokortikoid-induzierter Osteoporose? (Saag et al. *NEJM* 2007; 357:2028-39)

STUDIENDESIGN

- **18 Monate, randomisiert, doppelblind**
- **428 Frauen und Männer (22 – 89 Jahre)**
- **Glukokortikoide für mindestens drei Monate (Prednisolonäquivalent 5 mg pro die oder mehr)**
- **214 erhielten Teriparatid 20 µg pro die, 214 erhielten Alendronat 10 mg pro die.**
- **Zusätzlich Kalzium 1000 mg pro die und Vitamin D 800 IU pro die**

Teriparatid oder Alendronat bei Glukokortikoid-induzierter Osteoporose? (Saag et al. *NEJM* 2007; 357:2028-39)

BEWERTUNGSKRITERIEN

- **Knochendichte im Bereich der LWS**
- **Knochendichte im Bereich der Hüfte**
- **Marker des Knochenstoffwechsels**
- **Zeitintervall bis zur Veränderung der Knochendichte**
- **Frakturinzidenz**
- **Sicherheit**

- **Follow-up-Zeitpunkte 1, 3, 6, 12 und 18 Monate**

Teriparatid oder Alendronat bei Glukokortikoid-induzierter Osteoporose? (Saag et al. *NEJM* 2007; 357:2028-39)

ERGEBNISSE

- **Signifikant größere Zunahme der Knochendichte im Bereich der LWS und der Hüfte in der Teriparatid-Gruppe**
- **Signifikant weniger vertebrale Frakturen in der Teriparatid-Gruppe, kein signifikanter Unterschied für nicht vertebrale Frakturen**
- **Sporadische Hyperkalzämie trat häufiger in der Teriparatid-Gruppe auf**

Zolendronsäure nach Hüftfraktur – HORIZON-Studie

(Lyles et al. *NEJM* 2007; 357:1799-1809)

STUDIENDESIGN

- **Randomisiert, doppelblind, Plazebo-kontrolliert**
- **1065 Männer und Frauen**
- **Älter als 50 Jahre**
- **Erste Infusion innerhalb 90 Tage nach chirurgischer Sanierung einer Hüftfraktur nach einem Minimaltrauma, dann jährlich**
- **Placebo oder Zolendronsäure 5 mg i.v.**
- **Medianer Nachverfolgungszeitraum 1,9 Jahre**
- **Vitamin-D- und Kalziumsubstitution**

Zolendronsäure nach Hüftfraktur – HORIZON-Studie

(Lyles et al. *NEJM* 2007; 357:1799-1809)

BEWERTUNGSKRITERIEN

- **Erneute Fraktur**
 - **Knochendichte in der nicht frakturierten Hüfte (jährliche Messung mit DXA)**
 - **Sicherheit**
-

Zolendronsäure nach Hüftfraktur – HORIZON-Studie

(Lyles et al. *NEJM* 2007; 357:1799-1809)

ERGEBNISSE

Unter einer Therapie mit Zolendronsäure:

- **Signifikant weniger neue Frakturen**
 - **Signifikant höhere Zunahme der Knochendichte im Bereich der Hüfte und des Schenkelhalses**
 - **Signifikant weniger Todesfälle**
 - **Kein signifikanter Unterschied im Auftreten schwerer Nebenwirkungen verglichen mit Placebo**
-

Teriparatid nach Risendronat oder Alendronat – OPTAMISE-Studie (Bilezikian et al. *Arthritis&Rheum.* 2007; 56 Supp.)

- **Postmenopausale Frauen**
 - **Vorbehandelt mit Risendronat oder Alendronat für wenigstens zwei Jahre**
 - **Über 12 Monate Gabe von Teriparatid 20 µg/d**
 - **Messung von Markern des Knochenstoffwechsels zum Zeitpunkt 0,5, 1, 2, 3, 4, 5, 6, und 12 Monate**
 - **DXA nach 6 und 12 Monaten, QCT nach 12 Monaten**
- Größere Zunahme des Knochenstoffwechsels und der Knochendichte bei Vorbehandlung mit Risendronat.**

Monatliches orales Ibandronat vs wöchentliches orales Alendronat – MOTION-Studie (Lewiecki et al. *Arthritis&Rheum.* 2007; 56 Supp.)

- **1760 postmenopausale Frauen mit Osteoporose**
- **Monatlich orales Ibandronat 150 mg und wöchentliches Placebo oder wöchentlich orales Alendronat 70 mg und monatliches Placebo**
- **Vitamin-D- und Kalziumsubstitution**
- **Knochendichtemessung nach 12 Monaten**

→ Kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Therapieformen.

Risendronat in der Therapie der postmenopausalen Osteoporose – MERIT-OP-Studie (Delmas et al. *Arthritis&Rheum.* 2007; 56 Supp.)

- **Vergleich zwischen täglicher Gabe von 5 mg und monatlicher Gabe von 150 mg Risendronat**
- **1292 postmenopausale Frauen aus 47 Studienzentren in 13 Länder**
- **Vitamin-D- und Calciumsubstitution**
- **Knochendichtemessung nach 6 und 12 Monaten**

→ Kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Therapieformen in Bezug auf die Knochendichtemessung. Die monatliche Gabe wurde vergleichbar gut vertragen wie die wöchentliche.

Spondylitis ankylosans – SNP-Untersuchungen (Brown et al. *Arthritis&Rheum.* 2007; 56 Supp.)

Untersuchung in 922 britisch kaukasischen Spondylitis ankylosans Patienten und 1468 Kontrollpersonen

SNP = Single Nucleotide Polymorphisms assoziiert mit Spondylitis Ankylosans

- **Zwei SNPs im Gen ARTS-1 auf Chromosom 5**
- **SNP im Calsyntenin-3-Gen**
- **SNP im Il23-Rezeptor-Gen**

→ Möglicherweise spielen mehrere MHC- und Nicht-MHC-Gene eine Rolle in der Entstehung der Spondylitis ankylosans.

Adalimumab bei präradiographischer axialer Spondyloarthritis (Haibel et al. *Arthritis&Rheum.* 2007; 56 Supp.)

- **46 Patienten mit NSAID-refraktärer präradiographischer axialer SpA**
- **Placebo oder Adalimumab 40 mg s.c. einmal wöchentlich für 12 Wochen und anschließend 52 Wochen open-label**
- **Primärer Endpunkt war eine Verbesserung um 40 % im ASA-Score (Assesment in Anyklosing Spondylitis)**

→ Adalimumab ist der erste TNF-Inhibitor, der in einer kontrollierten Studie klinische Effektivität und Sicherheit zeigt.

Psoriasis und Psoriasis-Arthritis – Nurses` Health Study II

(Setty et al. *Arthritis&Rheum.* 2007; 56 Supp.)

- **14 Jahre Beobachtungszeitraum (1991- 2005)**
- **78.626 Frauen**
- **Relation zwischen Adipositas und Rauchen und dem Risiko des Auftretens einer Psoriasis**

→ Adipositas und Gewichtszunahme sind große Risikofaktoren für das Auftreten einer Psoriasis. Assoziation von Rauchen und Risiko einer Psoriasis, Risiko abnehmend mit rauchfreien Jahren.

Psoriasis-Arthritis und Risiko eines Myokardinfarktes

(Choi et al. *Arthritis&Rheum.* 2007; 56 Supp.)

- **Assoziation zwischen Psoriasis und erhöhter Gefahr eines Myokardinfarktes (Studie basierend auf der General Practice Research Database in UK)**
- **9 Jahre Beobachtungszeitraum**
- **5616 Patienten mit PsA und 28.080 Patienten ohne Ps oder PsA**

- ➔ **Patienten mit PsA haben ein moderat erhöhtes Risiko für einen AMI.**
- ➔ **Das relative Risiko ist bei jüngeren Patienten höher.**
- ➔ **Notwendigkeit einer konsequenten Therapie kardiovaskulärer Risikofaktoren bei Patienten mit PsA.**