

# Update neue Leitlinien:

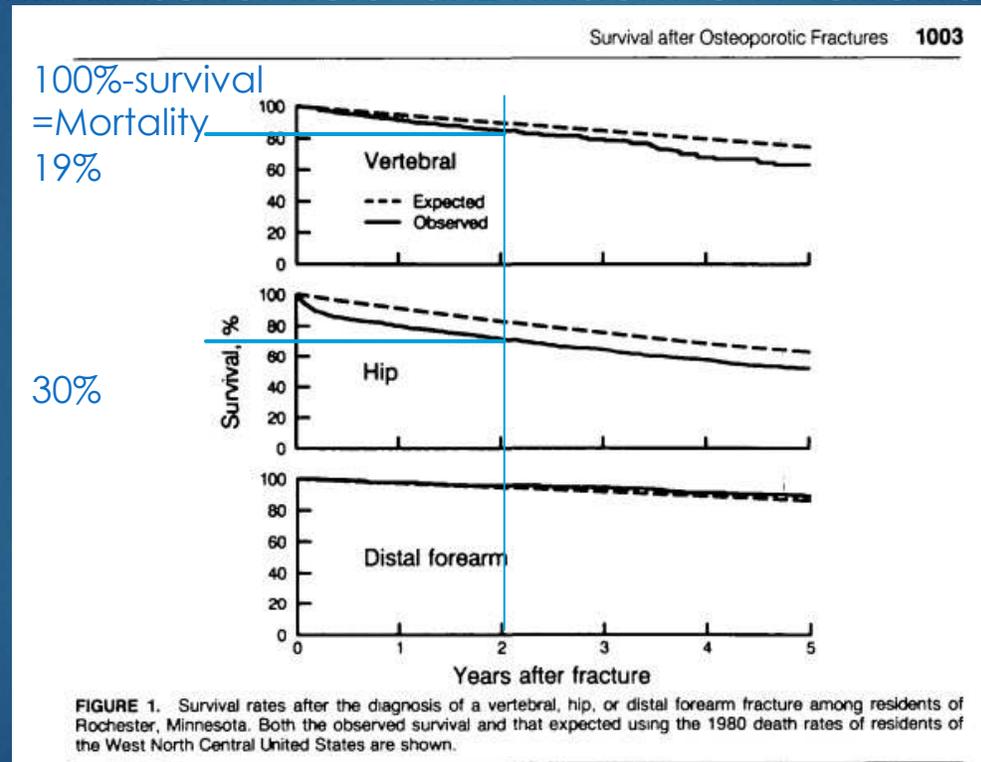
Fokus osteoanabole Therapie mit Teriparatid und Romosozumab

Referentin:

Dr. Friederike Thomasius, Frankfurt a.M.

# DVO Algorithmus-Rationale

- ▶ Bestimmung des Risikos für vertebrale Frakturen und proximale Femurfrakturen
  - ▶ Frakturen mit klinischer Relevanz hinsichtlich Mortalität und Morbidität



Cooper, C., Atkinson, E. J., Jacobsen, S. J., O'Fallon, W. M., & Melton III, L. J. (1993). Population-based study of survival after osteoporotic fractures. *American journal of epidemiology*, 137(9), 1001-1005.

# Definitionen sehr hohen Frakturrisikos

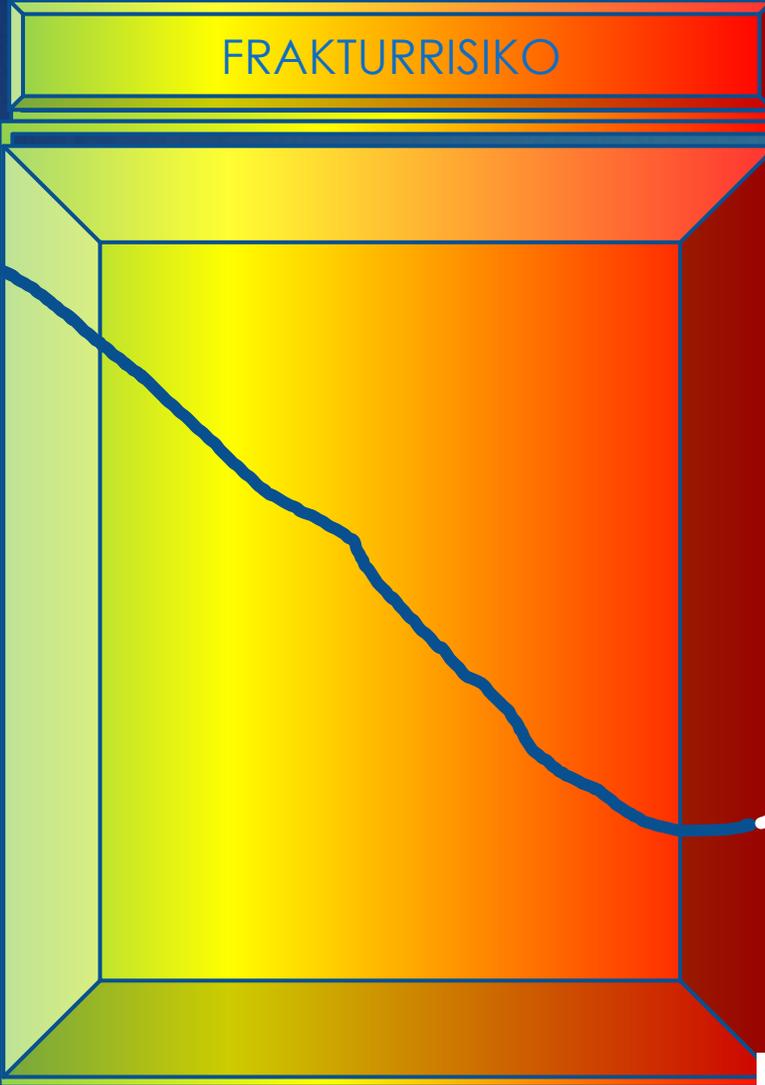
Shoback, Dolores, et al. "Pharmacological management of osteoporosis in postmenopausal women: an endocrine society guideline update." *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 105.3 (2020): 587-594.

Ferrari, Serge, et al. "2020 recommendations for osteoporosis treatment according to fracture risk from the Swiss Association against Osteoporosis (SVGO)." *Swiss medical weekly* 150.3940 (2020): w20352-w20352.

	DXA	Frakturstatus	Oder unabhängig
US Endocrine Society (Shoback et al)	T-Score $\leq -2,5$ SD	Mehrere vertebrale Frakturen	
UK Schottische SIGN Leitlinie (SIGN Guideline)	T-Score $\leq -1,5$ SD	1 schwere oder 2 oder mehr moderate vertebrale Frakturen	LWS T-Score $\leq -4$ SD unabhängig vom Frakturstatus
SVGO (Schweizer Vereinigung gegen die Osteoporose) (Ferrari et al)		65 Jahre oder älter, und vorherige Major osteoporotic fracture (MOF) (Hüfte, klinisch vertebrale Fraktur, Humerus, Radius)	FRAX Score für MOF 20% (1.2 ×) über der absoluten Interventionsschwelle

# Differenzialtherapie

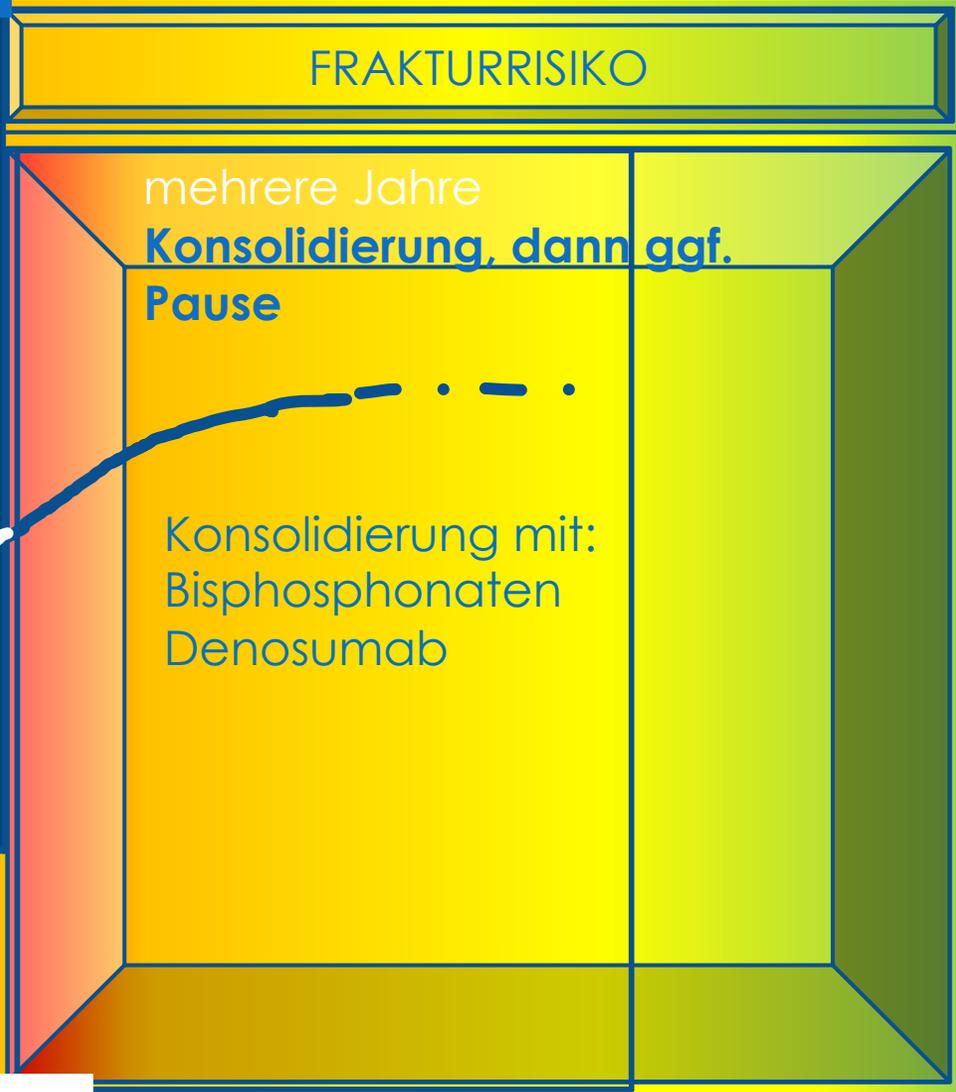
Knochenstärke  
(Masse + Qualität)



FRAKTURRISIKO

**Rescue:**  
Knochen  
aufbau

1 Jahr  
Romosozumab  
oder  
2 Jahre  
Teriparatid



FRAKTURRISIKO

mehrere Jahre  
**Konsolidierung, dann ggf.  
Pause**

Konsolidierung mit:  
Bisphosphonaten  
Denosumab

nach

REVIEW  
Management of patients at very high risk of osteoporotic fractures through sequential treatments  
Elizabeth M. Curtis<sup>1</sup>, Jean-Yves Reginster<sup>2,3</sup>, Hasser Al-Daghri<sup>4</sup>, Emmanuel Rivier<sup>5</sup>, Maria Luísa Brand<sup>6</sup>, Etienne Cavalier<sup>7</sup>, Peyman Hadji<sup>8,9</sup>, Philippe Halbout<sup>10</sup>, Nicholas C. Harvey<sup>11,12</sup>, Mikael Hilgemark<sup>13</sup>, M. Kasim Javidi<sup>14</sup>, John A. Kanis<sup>15,16</sup>, Jean-Marc Kaufman<sup>17</sup>, Olivier Lamy<sup>17</sup>, Radmila Matijević<sup>18,19</sup>, Adolfo Diaz Perez<sup>20</sup>, Bégin Pierre Radermecker<sup>21</sup>, Mário Miguel Rosa<sup>22</sup>, Thierry Thomas<sup>23,24</sup>, Friederike Thomasius<sup>25</sup>, Mila Vlasovska<sup>26</sup>, René Rizzoli<sup>27</sup>, Cyrus Cooper<sup>13,28</sup>

# Osteoanabol vs orale Bisphosphonate:

## Statements der Leitlinienkommission zu Teriparatid und Romosozumab

### **18.06.2020: Konsentiertes Statement der Leitlinienkommission des DVO zu Romosozumab basierend auf der Studienlage vom 28. Mai 2020**

Nach Einschätzung der Leitlinienkommission erweitert Romosozumab die Therapiemöglichkeiten bei der manifesten postmenopausalen Osteoporose in besonderen Fällen von Hochrisikopatientinnen unter Berücksichtigung der Hinweise der Fachinformation.

Die Leitlinienkommission des DVO wird eine umfassende Beurteilung der Daten zum Einsatz und zu den Nebenwirkungen von Romosozumab vornehmen und diese in der nächsten Aktualisierung der Leitlinien veröffentlichen.

### **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 vertebrealen 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 > 7,5 mg Prednisolon/Tag > 3 Monate.

# Hohes Frakturrisiko- Berücksichtigung in Diagnostik und Therapie

- ▶ Berücksichtigung in Diagnostik:
  - ▶ In Diskussion: Hohes Frakturrisiko-Abbildung im Risikorechner
  - ▶ In Diagnostik vertebraler Frakturen, zB durch VFA DXA
- ▶ Berücksichtigung in Basistherapie:
  - ▶ Sturzrisikoerhebung und Therapieziel Senkung des Sturzrisikos
- ▶ Berücksichtigung in medikamentöser Therapie:
  - ▶ Rasche Therapieeinleitung nach Frakturereignis
  - ▶ Differenzialtherapie mit Hervorhebung der osteoanabolen Therapieansätze Teriparatid und Romosozumab
  - ▶ ...mit Hervorhebung der parenteralen Therapieansätze