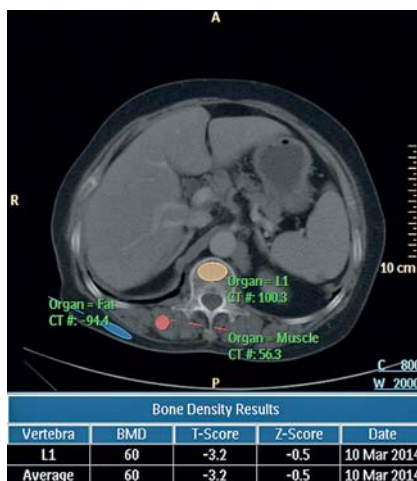


## Psoriasis: Einfluss auf Frakturrisiko und Knochendichte untersucht

Modalsli EH et al. Psoriasis, fracture risk and bone mineral density: the HUNT Study, Norway. *Br J Dermatol* 2017; 176: 1162 – 1169

**Kleinere Querschnittstudien haben auf eine Assoziation zwischen Psoriasis und Osteoporose hingewiesen. Postuliert wurde ein Einfluss der chronischen Entzündung auf die Knochendichte. Eine prospektive populationsbasierte Studie ging jetzt der Frage nach, ob eine Psoriasis mit einem erhöhten Frakturrisiko als typische Folge einer Osteoporose einhergeht und ob sich eine Assoziation von Psoriasis und verminderter Knochendichte (BMD) bestätigen lässt.**

Ellen H. Modalsli von der Norwegian University of Science and Technology in Trondheim und Kollegen aus Norwegen und Italien glichen dazu Klinikdaten zu Frakturen in der Region Nord-Trøndelag von 1995 bis 2013 mit der Information zu Psoriasis-Erkrankungen, Knochendichte (BMD-T-Score) und Lebensstilfaktoren nach der 3. Umfrage der Nord-Trøndelag Health Study 2006–08 (HUNT3) ab. Außerdem standen sozioökonomische Daten aus der National Education Database und Angaben zur Medikamentenverordnung aus der Norwegian Prescription Database zur Verfügung. Insgesamt umfasste die untersuchte Kohorte 45 390 Personen ohne und 2804 mit einer selbst berichteten Psoriasis. Für die Auswertung der Assoziation von Psoriasis mit der BMD standen Daten von 10 144 Personen ohne und 640 mit Psoriasis zur Verfügung.



► In der populationsbasierten Studie von Modalsli et al. zeigte sich keine Assoziation zwischen Psoriasis und Frakturrisiko oder Knochendichtereduktion. Damit wären regelmäßige Messungen der Knochendichte verzichtbar, so die Autoren. Quelle: Toelly A et al. Influence of Contrast Media on Bone Mineral Density (BMD) Measurements from Routine Contrast-Enhanced MDCT Datasets using a Phantom-less BMD Measurement Tool. *Fortschr Röntgenstr* 2017; 189: 537 – 543

### Ergebnisse

In der HUNT3-Gesamtkohorte fanden die Autoren kein erhöhtes Risiko für Radius- oder Hüftfrakturen bei Patienten mit selbst berichteter Psoriasis. Insgesamt lag die Hazard Ratio (HR) unter Berücksichtigung der Faktoren Alter und Geschlecht bei 1,03 mit einem 95% Konfidenzintervall (KI) von 0,82 bis 1,31. Auch für eine Assoziation von Psoriasis und mittlerem BMD-T-score fand sich kein klarer Hinweis. Die Unterschiede in den T-Scores von Personen ohne und mit Psoriasis waren unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht gering (Hüfte gesamt: 0,02; 95% KI –0,11 bis 0,14; Femorhals 0,05; 95% KI –0,06 bis 0,17; lumbal 0,07; 95% KI –0,09 bis 0,24). Es

fand sich auch keine eindeutige Assoziation zwischen Psoriasis und prävalenter Osteoporose an Hüfte, Femorhals oder Wirbelsäule. Die alters- und geschlechtsangepasste Odds Ratio lag bei 0,77 mit einem 95% KI von 0,54 bis 1,10. Auch der Einbezug von Bildungsgrad, Rauchstatus, Anwendung systemischer Kortikoide oder dem Body Mass Index in die Analysen änderte nichts daran, dass eine Assoziation zwischen Psoriasis und Frakturrisiko bzw. Osteoporose nicht nachzuweisen war.

### FAZIT

Im Gegensatz zu verschiedenen anderen, häufig kleineren Studien ist in dieser populationsbasierten Studie keine Assoziation zwischen Psoriasis und Frakturrisiko oder Knochendichtereduktion festzustellen. Damit entfallen nach Meinung der Autoren auch besondere Vorsichtsmaßnahmen wie regelmäßige Kontrollen der Knochendichte bei allen Patienten mit Psoriasis. Das schließt nicht aus, dass es bestimmte Subgruppen der Psoriasis-Patienten geben könnte, die ein erhöhtes Osteoporoserisiko haben.

Friederike Klein, München