

85. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN)

Altersmedizin – ohne Neurologie nicht möglich

Die Versorgung der wachsenden Zahl alter Patienten in Deutschland ist inzwischen als gesamtgesellschaftliche Aufgabe erkannt worden. Im medizinischen Bereich wird die Altersmedizin, die Geriatrie, als Lösung für diese Patienten gesehen. Die aktuelle Diskussion dreht sich um die Frage: Welche Fachkompetenzen müssen Geriater überhaupt mitbringen? Obwohl zwei Drittel aller altersbedingten Störungen von Neurologen behandelt werden müssten, ist dieses Fachgebiet noch nicht ausreichend in die Diskussion eingebunden.

Tatsächlich aber arbeiten viele neurologische Kliniken und Abteilungen wegen der vielen hochbetagten Patienten bereits wie geriatrische Einrichtungen, werden als solche jedoch nicht anerkannt. Dabei wäre dies nur ein kleiner Schritt, denn Neurologen arbeiten bereits im interdisziplinären Team ganzheitlich und sozialmedizinisch, wissenschaftlich fundiert und rehabilitativ. »Diese Situation einer Undercover-Geriatrie durch Neurologen ist äußerst unbefriedigend und muss sich grundlegend ändern«, fordert Prof. Dr. Martin Grond (Siegen), der 3. Vorsitzende (ab Januar 2013 1. Vorsitzender) der Deutschen Gesellschaft für Neurologie, auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie in Hamburg. »Eine Geriatrie ohne Neurologie ist nicht vorstellbar!« Sonst sind die Leidtragenden die Patienten, da ihnen die neurologische Fachkompetenz vorenthalten bleibt.

Mehr Lebensqualität und Selbstbestimmung für alte Patienten

Die Menschen werden immer älter, und ihre Versorgung gilt als große Herausforderung für das Gesundheitssystem. In den kommenden 20 Jahren wird der Anteil von Menschen über 65 Jahren von jetzt 20 auf mehr als 30 Prozent steigen. Es gilt, ihre Lebensqualität und Selbstbestimmung zu sichern, etwa bei der Behandlung und Betreuung von Schlaganfall- oder Demenzerkrankungen sowie bei der Sturzprävention.

In der Altersgruppe über 65 liegen die teuersten Krankheiten im neuropsychiatrischen Bereich mit etwa 1.000 Euro pro Einwohner im Jahr,

ab 85 Jahren schnellen diese Ausgaben sogar auf rund 6.000 Euro in die Höhe. Die Hälfte bis zwei Drittel aller geriatrischen Diagnosen sind neurologisch: Schlaganfall oder seine mildere Form, die TIA (Transiente Ischämische Attacke), sowie Schmerzen, Schwindelsyndrome, Schlafstörungen, neurodegenerative Erkrankungen wie Morbus Parkinson oder die Alzheimer-Demenz, vaskuläre Demenz, kognitive Störungen und Polyneuropathien als Folge von Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes. »Einen Geriater ohne neurologische Kompetenzen kann und darf es eigentlich nicht geben«, so Grond. Die Realität sieht aber anders aus: Die meisten geriatrischen Abteilungen werden von Internisten ohne neurologische Weiterbildung geleitet.

»Die meisten Neurologen arbeiten heute schon in der Altersmedizin – ohne dafür anerkannt zu werden«, so Grond. Eine Umfrage der Deutschen Gesellschaft für Neurologie im Februar 2012 unter den leitenden Ärzten aller 468 neurologischen Einrichtungen in Deutschland zeigt, dass mindestens 120 bereits eine geriatrische Zusatzbezeichnung besitzen oder entsprechende Kompetenzen im Team haben. Weitere 60 Befragte waren im Begriff, diese »Zusatzbezeichnung Geriatrie« zu absolvieren. Fast 90 % der antwortenden neurologischen Klinikchefs wünschten sich eine intensivere Weiterbildungsmöglichkeit, die in einen Facharzt für Neurologie und Geriatrie mündet. In einem weiteren Umfrageergebnis sieht Grond den Hinweis, dass die geriatrischen Kompetenzen von Neurologen derzeit noch deutlich unterschätzt werden: Jeder vierte An-

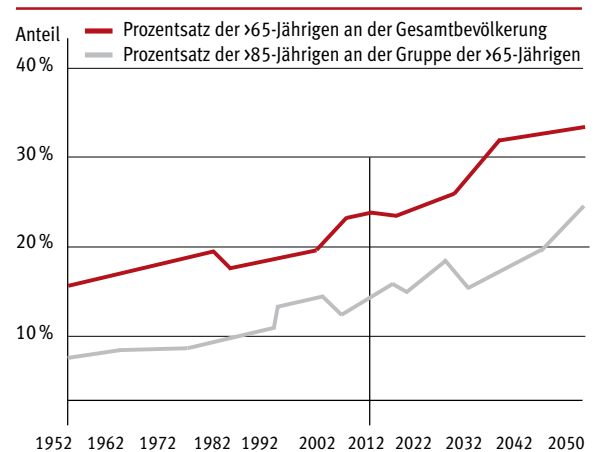


Abb.: Prognose der demographischen Entwicklung in Deutschland (nach Gesundheitsberichterstattung des Bundes)

trag zur Weiterbildungermächtigung – also der Möglichkeit, andere Ärzte in Geriatrie auszubilden – wurde von den zuständigen Ärztekammern abgelehnt. »Das grenzt schon an Diskriminierung«, so Grond.

Die beste Lösung wäre, dass sich die drei Fächer Neurologie, Psychiatrie und Innere Medizin an einen Tisch setzen und sich über eine gemeinsame Lösung für einen Facharzt für Geriatrie verständigen – nicht im Sinne von Standesinteressen, sondern ausschließlich zum Wohl der Patienten, die ein Recht auf das gesamte Spektrum der Altersmedizin haben.

Zwischen Enttäuschung und Hoffnung: Neues zur Akuttherapie des Schlaganfalls

»Auf dem Gebiet der Therapie des akuten Schlaganfalls gibt es zwar viele Forschungsaktivitäten, um Therapien weiterzuentwickeln und zu optimieren«, erklärte Prof. Martin Grond, Siegen, auf dem Kongress der



Prof. Dr. Martin Grond, Siegen, 3. Vorsitzender und ab Januar 2013 1. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Neurologie

Deutschen Gesellschaft für Neurologie in Hamburg. Allerdings seien die großen internationalen Pharmafirmen auf diesem Gebiet derzeit sehr wenig aktiv, kritisierte *Prof. Hacke*, Direktor der Neurologischen Klinik der Universität Heidelberg. Die meisten Studien würden von kleineren Biotech-Firmen oder Herstellern von sogenannten Medizinprodukten (Devices) durchgeführt.

Als einen möglichen Grund für die Zurückhaltung der pharmazeutischen Industrie nannte Grond einige enttäuschende Nachrichten in diesem Jahr: So wurde in Lissabon beim europäischen Schlaganfallkongress die ICTUS-Studie (International Citicholine Trial on Acute Stroke) vorgestellt, in der über 2.000 Patienten mit dem Neuroprotektivum Citicholin oder Placebo behandelt wurden. In dieser Studie konnte kein Vorteil für die mit Citicholin behandelnden Patienten nachgewiesen werden, was den Ergebnissen einer früheren Metaanalyse widerspricht – und generell Zweifel an der Allgemeingültigkeit von Metaanalysen aufkommen lässt. Auch die AXIS-Studie (AX200 in Akute Ischemic Stroke), in der ein Nervenwachstumsfaktor mit Placebo verglichen wurde, ergab nicht die erwarteten positiven Ergebnisse.

Daneben gibt es eine Reihe von anderen Studien, bei denen die Einschusszeit demnächst beendet sein wird. Dazu gehört unter anderem die Impact-24-Studie (Implant for Augmentation of Cerebral Blood Flow) mit bislang weit über 400 Patienten, bei der durch Stimulation des Ganglion sphenopalatinum an der Schädelbasis

versucht wird, die Durchblutung der durch den Schlaganfall betroffenen Seite zu verbessern. In die NEST-3-Studie (NeuroThera® Efficacy and Safety Trial), die sich mit der transkraniellen Lasertherapie des Schlaganfalls befasst, sind bereits über 600 Patienten involviert. Wie das Akronym der Studie andeutet, gibt es zwei Vorläuferstudien, deren Ergebnisse Anlass zur Hoffnung geben. Derzeit findet eine vordefinierte Zwischenanalyse der Studie statt. Die Studie könnte in wenigen Monaten beendet sein und die Resultate vorgestellt werden.

In Vorbereitung ist ECASS 4 (European Cooperative Acute Stroke Study). Diese vierte europäische Thrombolysestudie wird als akademische Studie durchgeführt und von Boehringer Ingelheim unterstützt. Die Vorbereitungen laufen schon seit weit über einem Jahr und sind noch nicht abgeschlossen. Die bürokratischen Hindernisse, die das Arzneimittelgesetz akademischen Studien auflastet, sind nahezu unüberwindlich und dienen kaum der Sicherheit der Patienten, sondern der Demotivierung von klinischen Forschern.

Seit einigen Jahren werden transvaskuläre Rekanalisationsverfahren mit sogenannten Rekanalisationsinstrumenten als individuelle Therapiemaßnahmen durchgeführt. Zahlreiche Neurologen und Neuroradiologen fordern schon lange, die Wirksamkeit dieser Verfahren in adäquaten klinischen Studien zu beweisen. Dies ist bislang nicht erfolgt. Nun haben sich drei Hersteller bereit erklärt, randomisierte kontrollierte Studien zu diesem Thema durchzuführen. Deutsche Zentren sind an der Planung dieser Studien federführend beteiligt, und es gibt unter den Studienverantwortlichen schon jetzt die Absprache, dass die Daten nach Abschluss der einzelnen Studien zusammengeführt werden, um über die größeren Patientenzahlen zu einer noch zuverlässigeren Aussage zu kommen.

Besonders herauszuheben ist, dass zwei Studien mit deutschen Antragstellern von der EU gefördert werden. In der WAKE-UP Studie (Wirksamkeit und Sicherheit von MRI-basierter Thrombolyse bei Schlaganfallpatienten) werden

Patienten, die mit Schlaganfallsymptomen aufwachen, im Kernspintomogramm untersucht, bei bestimmten MRT-Befunden randomisiert und mit einem Thrombolytikum oder Placebo behandelt. Diese Studie wird federführend von Professor Gerloff und Dr. Thomalla aus Hamburg geleitet. Professor Schwab aus Erlangen ist es gelungen, die EuroHYP-1 (European Stroke Research Network for Hypothermia), die erste große randomisierte Studie zur Kühlbehandlung (Hypothermie) bei Schlaganfallpatienten, zu initiieren.

Hirntumoren bei Älteren – Therapie nach Maß dank Genanalyse

Angesichts steigender Lebenserwartung und einer im Durchschnitt immer älteren Bevölkerung rechnen Neuroonkologen damit, dass bereits in wenigen Jahren mehr als die Hälfte aller Patienten mit bösartigen Hirntumoren (Glioblastomen) über 65 Jahre alt sein werden. Hinweise, wie die nach wie vor schlechte Prognose dieser Patienten verbessert werden könnte, liefert eine Studie deutscher Neuroonkologen mit fast 400 älteren Erkrankten. Strahlen- und Chemotherapie waren dabei unterschiedlich wirksam, je nachdem, welche »Aktivierungseinstellung« das MGMT-Gen hatte. »Damit haben wir einen wichtigen Biomarker gefunden, der uns hilft, die optimale Behandlung auszuwählen und die Nebenwirkungen möglichst gering zu halten«, sagte Studienkoordinator *Prof. Dr. Wolfgang Wick*, Direktor der Abteilung Neuroonkologie am Universitätsklinikum Heidelberg, im Rahmen des Kongresses in Hamburg.

In der von *Prof. Weller* (Neurologische Universitätsklinik Zürich) initiierten Studie NOA-o8¹ der Neuroonkologischen Arbeitsgemeinschaft hatten Wick und Kollegen 373 Patienten im Durchschnittsalter von 71,5 Jahren behandelt. Diese erhielten nach dem Losverfahren an 23 deutschen und einem Schweizer Zentrum entweder die weithin gebräuchliche

¹ Wick W et al: Temozolomide chemotherapy alone versus radiotherapy alone for malignant astrocytoma in the elderly: the NOA-o8 randomised, phase 3 trial. *Lancet Oncol* 2012; 13(7):707-15.

Strahlentherapie oder eine Chemotherapie mit dem Wirkstoff Temozolomid (Temodal®). Außerdem bestimmten die Wissenschaftler den Status des MGMT-Gens, das Aufschluss über das »biologische Alter« des Tumors geben kann. »Die Frage, wann ein Patient alt ist, hängt offenbar nicht nur von den Lebensjahren ab oder davon, wie fit ein Patient ist«, erläutert Wick. Das biologische Alter zeigt sich auch in dem molekularen Profil der Tumoren. »Es gibt 75-Jährige mit jungen Tumoren und wir haben 55-Jährige mit alten Tumoren«, so Wick.

Hilfe bei der Therapieentscheidung

In der rückblickenden Analyse zeigte sich dies daran, dass ein bestimmter Biomarker ganz klar mit dem Ausgang der Behandlung zusammenhing: Wenn die Startregion des MGMT-Gens durch Methylgruppen verändert war, überlebten die Patienten nicht nur insgesamt länger (11,9 gegenüber 8,2 Monaten). Es zeigten sich auch große Unterschiede zwischen den beiden Therapieformen. Bei Patienten, deren MGMT-Genpromotor methyliert war, konnte die Chemotherapie den Krebs durchschnittlich 8,4 Monate in Schach halten gegenüber nur 4,6 Monaten mit der Strahlentherapie. War der MGMT-Genpromotor dagegen nicht methyliert, erbrachte die Chemotherapie keinen Vorteil. Im Gegenteil war die mittlere Dauer des ereignisfreien Überlebens hier mit 3,3 Monaten sogar geringer als mit der Strahlentherapie (4,6 Monate). »Daraus schließen wir, dass der MGMT-Status nicht nur ein nützlicher Marker zur Vorhersage des Therapieerfolgs ist, sondern dass er uns auch helfen könnte, die optimale Behandlung auszuwählen«, sagte Wick und verwies darauf, dass auch eine skandinavische Arbeitsgruppe in einem vergleichbaren Patientenkollektiv zum gleichen Ergebnis gekommen ist.²

2 Malmström A et al. Temozolomide versus standard 6-week radiotherapy versus hypofractionated radiotherapy in patients older than 60 years with glioblastoma: the Nordic randomised, phase 3 trial. *Lancet Oncol* 2012; 13(9): 916-926.

Gerade bei älteren Patienten gilt die Chemotherapie als belastend und macht sich unter anderem durch Müdigkeit und Abgeschlagenheit bemerkbar. Sie sollte daher denjenigen erspart bleiben, bei denen absehbar ist, dass sie davon nicht profitieren, so Wick. Umgekehrt gelte aber: »Wenn die Patienten die richtige Therapie bekommen, leben sie länger, und es werden ihnen Nebenwirkungen erspart.«

Als nächster Schritt ist eine große europäische Studie geplant, bei der der MGMT-Status vor dem Therapiebeginn ermittelt und darüber entschieden werden soll, ob die Patienten eine Chemotherapie mit Temozolomid bekommen oder eine Strahlentherapie. In diesen beiden Studienarmen soll jeweils die Hälfte der Patienten dann noch zusätzlich eine andere, z. B. antiangiogene Therapie erhalten.

Wick blickt deshalb optimistisch in die Zukunft: »Noch immer betrachten Ärzte bei der Behandlung des Glioblastoms fast ausschließlich das Alter der Patienten und deren Gesundheitszustand. Angesichts einer Vielzahl von Studien aber hoffe ich, dass unser Repertoire an Entscheidungshilfen bald schon erweitert wird.«

REM-Schlaf-Verhaltensstörungen: Gewaltträume als Vorbote der Parkinsonkrankheit?

Wer nachts im Schlaf spricht oder schreit, um sich schlägt, Tritte verteilt und bisweilen seinen Bettpartner verletzt, ist nicht von Natur aus aggressiv: Vielmehr liegt eine REM-Schlaf-Verhaltensstörung (Rapid Eye Movement Sleep Behavior Disorder, RBD) vor, die ein Frühzeichen für ernste neurodegenerative Erkrankungen sein könnte. »60 bis 70 Prozent der Patienten, die an dieser ›REM-Schlaf-Verhaltensstörung‹ leiden, entwickeln nach 10 bis 30 Jahren Morbus Parkinson oder die seltenere neurodegenerative Erkrankung Multisystematrophie (MSA)«, sagte Prof. Wolfgang Oertel, Direktor der Klinik für Neurologie an der Philipps-Universität Marburg, auf dem Kongress. Ärzte und Forscher untersuchen die-

ses Phänomen immer intensiver: Erstens, um eine Therapie für die Betroffenen zu finden. Und zweitens, weil die Wissenschaft derzeit nach geeigneten Frühzeichen für neurodegenerative Erkrankungen wie Parkinson- und Alzheimer-Krankheit sucht.

Gesellschaftliche Bedeutung und ethische Komponente

Die Idee dieser Forschung: Wird die Erkrankungsanlage erkannt, bevor sich die Krankheit vollständig ausprägt, steigt die Chance, dass eine Behandlung den Krankheitsverlauf verzögert oder vielleicht sogar stoppt. »Wir entwickeln derzeit neue Methoden für krankheitsmodifizierende bzw. Neuroprotektions-Studien«, erläuterte Oertel. »Mit der zunehmenden Zahl an älteren Menschen und damit der Zahl der Patienten ist diese Forschung nicht nur von therapeutischer, sondern auch von herausragender gesundheitspolitischer und gesundheitsökonomischer Bedeutung«, so der ehemalige Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Neurologie.

In Deutschland existiert bereits eine RBD-Studiengruppe, die in Marburg gegründet und von dort aus koordiniert wird. Die Gründung einer internationalen RBD-Studiengruppe erfolgte ebenfalls in der Universitätsstadt an der Lahn. Die Studiengruppe sucht noch Patienten, die an diesen Untersuchungen teilnehmen – auch wenn im Fall der Fälle heute noch keine heilenden oder zufriedenstellenden Therapien zur Verfügung stehen. So hat diese Forschung auch eine ethische Komponente: Nicht jeder erträgt es zu wissen, dass er mit hoher Wahrscheinlichkeit eines Tages an der Parkinson-Krankheit leiden wird.

RBD ist eine Männerkrankheit

Die REM-Schlafverhaltensstörung wurde 1986 erstmals beschrieben und beginnt meist jenseits des 50. Lebensjahres. Männer (87,5%) sind wesentlich häufiger betroffen als Frauen. Eine von 200.000 Personen erkrankt daran. Sie tritt im REM-Schlaf und darum vor allem in der zweiten Nachthälfte auf. Bei der RBD ist die Muskel-

Morbus Parkinson ist nach Morbus Alzheimer die zweithäufigste neurodegenerative Erkrankung. In Deutschland sind schätzungsweise rund 250.000 Menschen betroffen. Mit einer steigenden Zahl an Patienten ist zu rechnen: Die Bevölkerung wird insgesamt älter und auch die Patienten leben dank besserer Therapie länger. Die Zahl der Neuerkrankungen wird durch geburtenstarke Jahrgänge in naher Zukunft zunehmen.

Der Begriff **Multisystematrophie (MSA)** bezeichnet eine rasch fortschreitende neurodegenerative Erkrankung, bei der mehrere Systeme im Gehirn betroffen sind. Es ist eine Kombination von Symptomen und Krankheitszeichen, wie sie bei Morbus Parkinson und bei Störungen des vegetativen Nervensystems und des Kleinhirns auftreten. Die Prävalenz beträgt etwa 4,4 pro 100.000 Einwohner. MSA tritt in der Regel zwischen dem vierzigsten und sechzigsten Lebensjahr auf, der Erkrankungsgipfel liegt bei 57 Jahren. Die Erkrankung ist rasch fortschreitend und führt innerhalb von 3 bis 5 Jahren zum Verlust der Gehfähigkeit und im Mittel nach 8 bis 10 Jahren zum Tod. Insbesondere für diese sehr seltene, aber schwerwiegende neurologische Erkrankung ruht die Hoffnung auf einer mildernden Therapie in der sehr frühen Diagnose. Damit erhält die Früherkennung der RBD eine besondere Bedeutung, um neue Therapieverfahren gegen die MSA entwickeln zu können.

erschaffung im Schlaf aufgehoben, gleichzeitig kommt es zu aggressiven, oft gewalttätigen Traumgehalten. Die Patienten erleben diese Träume regelrecht und führen zielgerichtete, typischerweise schlagende und tretende Bewegungen aus. Häufig kommt es während der Schlafstörung zu Selbst- oder Fremdverletzungen. Die Patienten haben zwar in der Regel kein Bewusstsein für ihre Bewegungen, berichten aber beispielsweise davon, dass sie geträumt haben, dass sie angegriffen wurden und sich zur Wehr setzen mussten. Oft attackieren sie aus dem Schlaf heraus den Bettpartner oder verletzen sich selbst durch einen Sturz aus dem Bett oder schlagen gegen die Bettkante.

Diagnose und Therapie

Typische Anzeichen sind die Bewegungen in der zweiten Nachthälfte und das potenziell selbst- oder fremdgefährdende Verhalten. Auch Medikamente wie trizyklische Antidepressiva können Auslöser sein. Bei Verdacht auf RBD liefert den Beweis die Video-Polysomnographie, eine kaum belastende Ableitung von Gehirnaktivität und Muskelaktivität im Schlaf, die mittlerweile zur Standardausstattung jedes Schlaflabors gehört. Zur Behandlung werden das Benzodiazepin Clonazepam oder Melatonin eingesetzt, wobei für beide Substanzen noch große Therapiestudien fehlen.

»Wird die Diagnose RBD gestellt, sollten eventuelle Anzeichen von



Prof. Dr. Wolfgang Oertel, Marburg, 1. Vorsitzender der DGN

neurodegenerativen Erkrankungen unbedingt abgeklärt werden«, empfiehlt Professor Oertel. Patienten sollten darüber hinaus hinreichend über die typischen Warnzeichen und Symptome von Parkinson, MSA, Demenz und verwandte Krankheiten informiert werden.

Aktualisierte Leitlinien der DGN: was ist neu – was ist wichtig?

Pünktlich zum 85. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) ist die 5. Auflage der »Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie« erschienen. Dies berichtete Prof. Hans-Christian Diener, Essen, Vorsitzender der Leitlinien-Kommission, in Hamburg. Die klinische Neurologie ist ein sehr komplexes Fach mit inzwischen 97 Leitlinien geworden. Es existiert eine fast unübersehbare Zahl von prospektiven Studien zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren. Nicht jeder klinisch arbeitende Neurologe kann dieses gesamte Wissen speichern und in sein tägliches ärztliches Handeln integrieren. »Der rasche medizinische Fortschritt machte es deshalb notwendig, diese Leitlinien zu überarbeiten«, so der Mitherausgeber. Das fast 1.200 Seiten umfassende Buch ist seit September 2012 erhältlich. Parallel hierzu gibt es alle Leitlinien im App Store einzeln oder als Gesamtpaket für iPhone, iPod und iPad. Anfang 2013 werden die Leitlinien auch auf der Webseite der DGN aktualisiert.

Leitlinien sind Handlungsempfehlungen

Die Deutsche Gesellschaft für Neurologie entschloss sich erstmalig im Jahr 2000, Leitlinien zur Diagnostik und Therapie in der Neurologie in

Auftrag zu geben. Zuletzt waren die Leitlinien 2008 aktualisiert worden. Die Leitlinien ersetzen unter keinen Umständen die kritische Berücksichtigung der individuellen Umstände eines Patienten und eines Krankheitsbildes. Sie sind nicht juristisch verpflichtend, sondern geben nur Empfehlungen ab.

Neueste Erkenntnisse auf über 1.000 Seiten

Die Leitlinien wurden für die letzte Überarbeitung innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Neurologie ausgeschrieben, und es wurden die Mitglieder der DGN aufgefordert, sich an der Erstellung von Leitlinien zu beteiligen. Insgesamt haben 87 federführende Autoren und 836 Koautoren mitgearbeitet.

Jede Leitlinie beginnt mit dem Abschnitt »Was gibt es Neues?«, gefolgt von den wichtigsten Therapie-Empfehlungen auf einen Blick. Die Leitlinien wurden nach den Vorgaben der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich-medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) erstellt und anschließend von Mitgliedern der Leitlinien-Kommission gegengelesen und korrigiert. Für zwei besonders wichtige Krankheitsbilder, nämlich Demenz und Prävention des Schlaganfalls, wurden S3-Leitlinien mit den höchsten methodischen Ansprüchen verfasst.

Folgende Leitlinien wurden ebenfalls evidenzbasiert nach den Ansprüchen der AWMF verfasst: die Leitlinien zu Multipler Sklerose, der Therapie von akuten Neuropathien und Neuritiden, Insomnie, den intrazerebralen Blutungen sowie die Reha-Leitlinien zu Aufmerksamkeitsstörungen, Gedächtnisstörungen und exekutiven Dysfunktionen.

H. C. Diener / Christian Weimar Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie

Herausgegeben von der Kommission »Leitlinien« der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN)
Georg Thieme Verlag, Stuttgart. 2012, 5., vollständig überarbeitete Auflage. 1190 Seiten, 46 Abbildungen, gebunden. EUR [D] 149,99 | ISBN 978-3-13-132415-3

Quelle: Nach Pressemitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN)

Deutscher Schmerzkongress 2012

Schmerz im Alter: Wie erfassen? Wie behandeln?

Die Prävalenz von Schmerzsyndromen im Alter ist hoch – sie manifestieren sich in akuter oder chronischer Form und treten z. B. als Komorbidität neurologischer Bewegungsstörungen auf. Besonders anspruchsvoll gestalten sich Diagnose und Behandlung für Behandler und Pflegende, wenn die Betroffenen z. B. aufgrund einer Demenz kommunikativ und kognitiv beeinträchtigt sind. Wie ein Schmerzassessment bei geriatrischen Patienten aussehen sollte, welche Schmerzformen begleitend zu neurologischen Krankheitsbildern auftreten können und welche Therapieoptionen sich hier bieten, thematisierte unlängst der Deutsche Schmerzkongress 2012 in Mannheim.

Vor allem Pflegeheiminsassen, aber auch ältere Patienten in der ambulanten Versorgung weisen internationalen Studien zufolge eine hohe Schmerzprävalenz auf. *Dr. Corinna Drebenstedt*, Nürnberg, präsentierte ein neues Konzept zur Behandlung von geriatrischen Patienten mit chronifiziertem Schmerz, das an der geriatrischen Tagesklinik des Klinikums Nürnberg entwickelt wurde [1]. Es zielt im Wesentlichen darauf ab, den Patienten Kenntnisse und Fähigkeiten zu vermitteln, die einen aktiven Umgang mit Schmerzen erlauben. Darüber hinaus findet im Rahmen des Aufenthalts eine internistische Therapieoptimierung unter geriatrischen Gesichtspunkten statt. Insbesondere alterstypische Syndrome wie Sturzneigung, depressive oder dementielle Entwicklungen werden dabei zusätzlich zum Schmerzassessment erfasst und mitbehandelt. Um eine möglichst hohe Akzeptanz auf Seiten der Patienten zu erreichen, passe man das Programm an die individuellen Möglichkeiten der geriatrischen Patienten an, erklärte Drebenstedt.

Bei Demenz auf nonverbale Signale achten!

Sind ältere Pflegeheimbewohner kommunikativ oder kognitiv eingeschränkt – z. B. infolge einer Demenz – gestaltet sich die Schmerzerfassung und -reduktion für Angehörige und Pfleger besonders schwierig. Pflegende müssen dann versuchen, auch nonverbale Symptome des Schmerzes zu erkennen und richtig zu deuten. Wie das praktisch gelingen kann, war Gegenstand einer em-

Besonderheiten des älteren Schmerzpatienten

- Verändertes Sensorium
- »Underreporting of pain« (Schmerz im Alter wird als Normalzustand erfahren)
- Multimorbidität
- Symptomenwandel
- Veränderung des Organschmerzes
- Störung der Kommunikation und Lernfähigkeit durch kognitive Einschränkungen (z. B. MCI, Demenz)
- Protrahiertes Schmerzerleben durch Depression und Vereinsamung

pirischen Studie des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen e. V. (DZNE) in Witten [2]. Erste Ergebnisse der Untersuchung auf einer chirurgischen, einer internistischen und einer Spezialstation für Demenz deuten darauf hin, dass Pflegende und Patienten scheinbar unterschiedliche Sprachcodes zum Schmerzassessment nutzen: Während die Demenzkranken Schmerz vorwiegend bei pflegerischen Handlungen durch Grimassieren, Veränderung der Körperhaltung oder verbal (»es tut weh«, »aua«) äußerten, führten Pflegende das Assessment durch, indem sie während der Kontrollgänge – losgelöst von pflegerischen Tätigkeiten – explizit nach »Schmerzen« fragten. Da dieses Wort von den Patienten selbst jedoch nicht benutzt wurde, befürchtete die Forschergruppe um *Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik*, Witten, dass Schmerzäußerungen der Patienten unentdeckt bleiben könnten, wenn das Assessment unabhängig von Pflegehandlungen durchgeführt wird.

Reine »Nervensache«? Schmerz als Komorbidität

Nicht nur bei Demenzbetroffenen, sondern auch im Rahmen von neurologischen Bewegungsstörungen im höheren Lebensalter treten häufig vielfältige Schmerzsyndrome auf, die muskuloskelettalen Schmerz, periphere und zentrale neuropathische Schmerzformen umfassen können, berichtete die Studiengruppe um *Prof. Dr. Guy Arnold*, Sindelfingen, im Rahmen eines Symposiums [3]. Da therapeutisch zunächst die neurologische Grunderkrankung im Vordergrund stehe, werde der begleitenden Schmerzsymptomatik im Praxisalltag oft nicht genügend Rechnung getragen, bemängelten die Experten.

Parkinson: Jeder dritte Patient leidet unter Schmerz

Beispielhaft für die Häufigkeit von komorbiden Schmerzphänomenen führten die Referenten Parkinson-Patienten an: Hier leiden rund ein Drittel der Betroffenen unter chronischen Schmerzen, wobei regelhaft unterschiedliche Schmerzformen auftreten. Wer diese Schmerzformen erfolgreich therapieren wolle, müsse sie zunächst korrekt identifizieren und differentialdiagnostisch abgrenzen, so die Mediziner. Dabei spielt eine Rolle, welche peripheren Mechanismen der Schmerzentstehung

Pathophysiologie der Schmerzentstehung bei M. Parkinson

- zentrale Sensibilisierung
- defekte inhibitorische Kontrolle der Basalganglien über afferente Inputs
- verminderte ZNS-Kontrolle der Schmerzeinflüsse
- Dysfunktion von Zentren für autonome Funktionen

beim Patienten zu Tragen kommen, welche Bedeutung die motorischen Störungen für die Entstehung und Intensität der Schmerzen haben und inwieweit die Pathophysiologie der Grunderkrankung an den Schmerzen beteiligt ist. Unter Berücksichtigung dieser Aspekte lasse sich der Schmerz klassifizieren und in nozizeptive, neuropathische und sonstige Schmerzsyndrome einteilen, erklärten die Wissenschaftler. Daran anschließend wird in unterschiedliche Subkategorien des Schmerzes untergliedert (nozizeptive muskuloskeletale Schmerzen, nozizeptive viszerale Schmerzen usw.). Therapeutisch bedeutsam ist vor allem, ob der Schmerz auf eine dopaminerge Medikation anspricht. Dies lasse sich mittels eines standardisierten L-Dopa-Tests untersuchen.

Differentielle Behandlung bei Spastik und Dystonie gefordert

Ähnlich häufig wie Parkinsonbetroffene klagen auch Patienten mit dystonen Bewegungsstörungen oder Spastik nach Schlaganfall oder in Folge einer Multiplen Sklerose über

Schmerzen. Zwischen einem Drittel und der Hälfte dieser Patienten sind Schätzungen zufolge von begleitenden Schmerzen betroffen. In der betroffenen Muskulatur auftretende Schmerzen durch verstärkte oder überdauernde spontane oder durch Dehnreiz ausgelöste Muskelkontraktionen können anamnestisch und klinisch von anderen nozizeptiven oder peripheren bzw. zentralen neuropathischen Schmerzen bei begleitenden Schädigungen wie z.B. Arthro-, Neuro-, Radikulo- oder Myelopathie differenziert werden und bedürfen einer differentiellen Behandlung, riet das Team um Arnold. Gegen begleitende lokalisierte Muskelschmerzen oder einschließende Spasmen empfahlen die Neurologen Injektionen mit Botulinumneurotoxin A (BoNT A), die sich bereits in kontrollierten Studien als wirksam erwiesen haben. Canabinoide (z.B. Nabiximols) gelten bei segmentaler und generalisierter Ausbreitung von begleitenden Schmerzen bei Spasmen und Spastik bei MS als effektive Therapieform – anekdotisch sind auch po-

sitive Auswirkungen auf begleitende Schmerzen bei Dystonien beschrieben. Bei generalisierter oder ausgedehnter segmentaler Verteilung von schmerzhaften Spasmen und Spastik habe sich die intrathekale Baclofengabe als Behandlung etabliert, alternativ verdichteten sich jedoch auch die Hinweise auf den analgetischen Nutzen einer tiefen Hirnstimulation im Bereich des Globus pallidum internus, berichteten die Referenten abschließend.

| Julia Schmidt |

Quellen:

1. Leonhardt C, Laekeman M, Drebenstedt C, Kuss K, Schuler M. Im Alter bewegt sich viel... - Neues zur Schmerzerfassung und Schmerztherapie bei den über 65-Jährigen. SYS1 im Rahmen des Deutschen Schmerzkongresses, Mannheim 2012.
2. Sirsch E, Panke-Kochinke B, Bartholomeyczik S. Wie nehmen Pflegende ein Schmerzassessment bei Menschen mit Demenz vor? Erste Ergebnisse einer empirischen Studie. P13.6 im Rahmen des Deutschen Schmerzkongresses, Mannheim 2012..
3. Arnold G, Bachmann C, Wasner G. Schmerz bei neurologischen Bewegungsstörungen. SY09 im Rahmen des Deutschen Schmerzkongresses, Mannheim 2012.

Forscherteam der Universität Jena erhält Förderpreis für Schmerzforschung 2012

Bereits zum dritten Mal geht der diesjährige Förderpreis für Schmerzforschung in der Kategorie »Klinische Forschung« an das Team des Lehrstuhls für Biologische und Klinische Psychologie der Universität Jena. Stellvertretend für das gesamte Team nahmen Dr. Sandra Preißler und Dipl.-Psych. Johanna Feiler die mit 3.500 € dotierte Auszeichnung am 18. Oktober im Rahmen des Deutschen Schmerzkongresses in Mannheim in Empfang. Den Förderpreis erhielt die Forschungsgruppe für ihre Studien zu Phantomschmerz: Sie konnten mittels moderner Hirnuntersuchungen nachweisen, dass sich nach dem Verlust von Gliedmaßen das Volumen von Hirnstrukturen, die zuvor für die Empfindung und Bewegung der amputierten Extremität zuständig waren, verändert.

Gleichzeitig belegten die Wissenschaftler, dass Hirnareale, die für Greifbewegungen mit einer elektrisch steuerbaren Prothesenhand verantwortlich sind, deutlich an Volumen zunehmen. Die Zunahme des Volumens spiegelt diese erhöhte visuelle Kontrolle und Aufmerksamkeit beim Greifen mit der Prothesenhand wider. Bei gesunden Menschen laufen solche Greifbewegungen hingegen meist automatisiert und ohne erhöhten Kontroll- und Aufmerksamkeitsaufwand ab. Daraus leiteten die Forscher ab, dass die visuellen Kontrollareale im Gehirn bei Prothesenträgern offensichtlich durch die stärkere Beanspruchung wachsen. Ein ähnliches Phänomen lässt sich z. B. auch im Gehirn von Musikern für Kontrollareale von Fingern beobachten, mit denen Saiten einer Geige oder Gitarre gezupft werden.

Diese Erkenntnisse sind für die Schmerzforschung interessant, weil Patienten mit starken Phantomschmerzen eine geringere Volumenzunahme aufweisen. Bei Prothesenträgern dagegen zeichnen sich ähnliche Vorgänge ab wie in den Gehirnen der Musiker: Werden Prothesen häufig genutzt, so wachsen zugleich die visuellen Kontrollareale im Gehirn und der Phantomschmerz lässt nach.

Die Freude der Jenaer Wissenschaftler ist in diesem Jahr besonders groß, denn parallel zu der Arbeitsgruppe Phantomschmerz erhielt auch ein Forscherteam des Universitätsklinikums und des Instituts für Spezielle Zoologie und Evolutionsbiologie den Förderpreis für Schmerzforschung im Bereich Grundlagenforschung. Die Gruppe um PD Dr. Michael K. Boettger, Johannes Leuchtweis, Prof. Dr. Hans-Georg Schaible und PD Dr. Manuela Schmidt erforschten entzündliche Gelenke. Dabei kombinierten sie Methoden aus der Schmerz- mit solchen aus der Bewegungsforschung.

Quelle: Friedrich-Schiller-Universität Jena

Schmerztherapie

»Sorgenkind« Senior

Der ältere Patient braucht in Bezug auf eine effektive Schmerztherapie eine »besondere Behandlung«. Anstelle am Stufenschema zu kleben, ist es besser, eine mechanismenorientierte medikamentöse Schmerztherapie für ihn maßzuschneidern. Dabei können die zugrundeliegenden Schmerzmechanismen nozizeptiv, neuropathisch oder gemischt sein. Wichtige Organfunktionen verringern sich mit zunehmendem Alter, Medikamente werden deshalb schlechter eliminiert. Senioren sind oft multimorbide und zeigen kognitive Defizite, was eine schlechtere Compliance zur Folge haben kann.

Frühzeitig sollte man beide Schmerzkomponenten – die nozizeptive und neuropathische – in der Therapie berücksichtigen. Nur so kann man irreversiblen Chronifizierungen entgegensteuern. Bei nozizeptiven Schmerzen (Arthrose oder Osteoporose) kommen zunächst Nichtopioide wie z. B. Paracetamol, nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) und Muskelrelaxantien zum Einsatz. Liegen entzündliche Schmerzkomponenten z. B. als aktivierte Arthrose vor, greift man in der Regel zu NSAR/Coxiben und Glukokortikoiden, während man bei neuropathischen Schmerzen (Zoster oder diabetische Polyneuropathie) Antikonvulsiva und Antidepressiva einsetzen kann.

Opioide kommen ins Spiel, wenn die mechanismenorientierte Therapie nicht ausreicht oder nicht durchführbar ist. Das ist gerade bei älteren Patienten oft der Fall. Bei der Auswahl von Opioiden sollte man ihnen eher Substanzen verordnen, die bei eingeschränkter Nierenfunktion nicht kumulieren, sich niedrig dosieren lassen und ein im Morphin-Vergleich geringeres Risiko für Opioidtypische Nebenwirkungen haben, wie z. B. Buprenorphin. Seit zwei Jahren ist auch Tapentadol (Palexia® retard) in Deutschland verfügbar. Der Wirkstoff wird nach oraler Gabe rasch resorbiert und ist sofort aktiv. Im Gegensatz zu den meisten anderen Opioiden erfolgt die Ausscheidung hauptsächlich durch Inaktivierung über Glukuronidierung, also nicht wesentlich über Cytochrom-P450-Enzyme, sondern über einen Stoffwechselweg, der kaum relevante Interaktionen zeigt. Dadurch ist Tapentadol nach Prof. Walter E. Haefeli, Heidel-

berg, eine gute Option für multimorbide Patienten, die mehrere Medikamente gleichzeitig einnehmen müssen.

Tapentadol individuell dosieren

Zum Therapiestart sollte sich die Dosierung von Tapentadol an den individuellen Patientenbedürfnissen orientieren und die Vormedikation berücksichtigt werden. Bei opioidnaiven Patienten ist zu Anfang eine niedrige Dosierung mit 2 x 50 mg/d zu empfehlen, die innerhalb von drei Tagen gesteigert werden kann. Nach Ansicht von Dr. med. Kai-Uwe Kern, Wiesbaden, ist es sinnvoll, wenn als Vormedikation bereits ein starkes Schmerzmittel genutzt wurde, gleich höher zu dosieren. Die zugelassene Höchstdosierung von Palexia® retard ist 2 x 250 mg/d.

Prof. Ralf Baron, Kiel, erläuterte die Ergebnisse einer aktuellen Phase-IIIb-Studie bei Patienten mit Rückenschmerzen mit und ohne neuropathische Komponente. Die Studienteilnehmer profitierten alle von Tapentadol und wurden mit einem validierten Screening-Tool (painDETECT®) auf neuropathische Schmerzen untersucht. Bei 49 Rückenschmerzpatienten ohne neuropathische Komponente und 126 Patienten mit möglichem oder wahrscheinlichem neuropathischen Ursprung verringerte sich die durchschnittliche Schmerzintensität von Beginn der Studie bis zu Woche sechs signifikant ($p < 0,0001$). In beiden Patientengruppen wurden in den Wochen sechs, acht und zwölf eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität gegenüber Baseline beobachtet. Das heißt also, dass μ -Opioid-Rezeptor-Agonismus und

Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmung, die Tapentadol in einem Molekül vereint, neuropathische und gemischte Schmerzzustände effektiv bekämpfen kann. Es ist wirksam bei nozizeptiven und neuropathischen Rückenschmerzen, beeinflusst neuropathische Symptome jedoch besonders gut. Eine Rotation von starken Opioiden zu Tapentadol bewirkt eine zusätzliche Reduktion neuropathischer Symptome. Baron erläuterte, dass Tapentadol PR (500 mg) – als Hochdosistherapie – ähnlich wirksam ist wie die Kombination aus Tapentadol 300 mg mit Pregabalin 300 mg (Lyrica®) mit weniger Nebenwirkungen im ZNS-Bereich.

Unter Tapentadol kommt es nicht zu Gewichtszunahme oder Sedierung. Als Nebenwirkungen können Kopfschmerzen und Obstipation auftreten. Zugleich verbessert die Substanz den Nachtschlaf. Hierzu ergänzte Kern als niedergelassener Schmerztherapeut, dass jeder Patient, der nicht ausreichend Schlaf erhält, noch mehr Schmerzen hat. Er sagte wörtlich: »Tapentadol-Patienten schlafen besser.« Nach der Fachinformation der Grünenthal GmbH »ist bei Personen ab 65 Jahre eine Dosisanpassung nicht erforderlich. Da bei älteren Patienten jedoch eher eine eingeschränkte Nieren- und Leberfunktion vorliegt, sollte die Dosis vorsichtig gewählt werden.«

Verspannungen lösen

Schmerzen des Halte- und Bewegungsapparates sind auch im Alter häufig. Ein Großteil der Qualen kann muskulär bedingt sein. Um das festzustellen, dauert nach Dr. med. Cordelia Schott, Essen, eine manuelle Untersuchung bei akutem Rücken-

schmerz nur fünf bis sieben Minuten. Heute werden radiologische Befunde, so Schott, überinterpretiert. Zu schnell wird sich auf die Bandscheibe als Ursache von Schmerzen fixiert, obwohl dafür noch die Muskulatur in Frage kommt, meint sie.

In der Pharmakotherapie wird leider in Deutschland traditionell immer noch zuerst an NSAR gedacht. Ergebnisse einer Umfrage bei 43.587 Schmerzpatienten im Alter über 70 Jahre zeigen, dass 78 % von ihnen allein NSAR erhielten. Dabei hat dieses Kollektiv nach *Dr. med. Gerhard Müller-Schwefe*, Göppingen, längst kardiovaskuläre Probleme. Die (unkritische) Anwendung von NSAR geht zudem mit einem erhöhten Risiko für ein Magen-Ulkus einher. Jedes Jahr sterben 3.000 Deutsche daran. Renovaskulär kann es zu Nierenfunktionseinschränkungen, Blutdruckanstieg und Ödemen kommen. 112 Mio. Analgetika-Packungen gehen jährlich als »Selbstmedikation« über den Ladentisch. Davon weiß der Arzt oft nichts, fragt er nicht gezielt danach, stellte Müller-Schwefe fest.

Flupirtin ist ein Nicht-Opioid-Analgetikum, das nur einmal täglich in

retardierter Form eingenommen werden muss und verspannte Muskulatur lösen kann. Katadolon® long ist ein selektiver neuronaler Kaliumkanalöffner, stabilisiert Membranen zuverlässig, reduziert Schmerzen, beugt effektiv der Chronifizierung vor und erreicht eine schnelle Mobilisierung des Patienten. Es hat kein Abhängigkeitspotential.

Aktuelle Daten der SUPREME-Studie, die *PD Dr. med. Michael Überall*, Nürnberg, präsentierte, belegen höchste Evidenz für retardiertes Flupirtin zur Therapie muskulär bedingter Rückenschmerzen. In der doppelblind randomisierten placebokontrollierten Studie wurden insgesamt 355 Patienten im medianen Alter von 60 Jahren mit Kreuzschmerzen (Erkrankungsdauer im Schnitt sechs Jahre) mittlerer bis starker Intensität über vier Wochen mit Placebo (n = 110), retardiertem Flupirtin (400 mg 1 x täglich, n = 109) oder retardiertem Tramadol (T-long®, 200 mg 1 x täglich, n = 107) behandelt. Flupirtin retard (Katadolon® S long) war im Vergleich zu Tramadol mindestens gleich stark wirksam, doch signifikant besser verträglich (Placebo-Niveau). Tramadol

zeigte deutlich mehr unerwünschte gastrointestinale Wirkungen.

Prof. Hartmut Göbel, Kiel, ergänzte Daten einer Studie mit 626 Patienten. Diese belegen, dass Flupirtin retard einmal täglich über zwölf Wochen verspannungsbedingte Schmerzen an Schulter, Nacken und Kopf nachhaltig lindert. 219 Patienten waren über 60 Jahre alt. Die Anzahl der Schmerztage ging zum Ende der Studie gegen Null.

Die sorgfältige Analyse von Schmerzqualität(en) und das Maßschneidern eines schmerztherapeutischen Konzepts sind wichtige Arbeitsschritte für den erfolgreichen Therapeuten. Mit einem multimodalen Ansatz, zu dem neben der Pharmakotherapie auch aktivierende Maßnahmen wie Gruppen-Training oder das Erlernen von Entspannungstechniken gehören, erzielt man noch die besten Ergebnisse.

| Dr. med. Nana Mosler |

Quelle: Symposium »Tapentadol – Welchen Unterschied kann eine Substanz machen?« am 18. Oktober 2012, Veranstalter: Grünenthal GmbH und Pressekonferenz »Muskuläre Schmerzen: Neueste Studiendaten – SUPREME – rationale Therapieoptionen« am 19. Oktober 2012 anlässlich des Deutschen Schmerzkongress 2012 in Mannheim, Veranstalter: TEVA CT Arzneimittel GmbH

Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster

Eine Stadt sagt »nein« zu Schmerz

Über zwei Jahre untersucht das Forschungsprojekt Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster weltweit erstmals die komplexen Zusammenhänge in der Versorgung von Schmerzpatienten innerhalb eines städtischen Gesundheitssystems.

Ziel des Projekts ist es, Wissens- und Versorgungslücken an den Schnittstellen von Krankenhäusern, Alten- und Pflegeeinrichtungen, Hausarzt- und Schmerzpraxen sowie Hospizen zu erkennen und zu schließen. Haus- und Fachärzte sowie Apotheker werden ebenfalls im Rahmen des Projekts über Befragungen und Schulungen aktiv eingebunden. So soll zukünftig über Institutionsgrenzen hinweg eine umfassende und vernetzte Schmerzbetreuung für Patienten erleichtert werden.

In die Studie eingeschlossen sind sechs Krankenhäuser, 15 ambulante Pflegedienste, 14 Altenheime, 77 Hausärzte, alle Hospize sowie zwei Schmerzpraxen der Stadt Münster. Die medizinisch-wissenschaftliche Projektgruppe umfasst ärztliche Experten aus Schmerztherapie, Geriatrie, Palliativmedizin, Pflege und anderen Bezugswissenschaften und untersteht der Leitung von Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Jürgen Osterbrink, Salzburg. Weitere Informationen finden sich unter: www.schmerzfreie-stadt.de.

| DF |

Quelle: Symposium »Sektorenübergreifende Versorgungsforschung – eine Stadt verbannt den Schmerz« am 18. Oktober 2012 beim Deutschen Schmerzkongress 2012 in Mannheim. Veranstalter: Mundipharma Vertriebsgesellschaft mbH & Co. KG

Schmerzhafte diabetische Polyneuropathie (DPNP)

Neue Vergleichsstudie zu Duloxetin und Pregabalin

Im Rahmen des Deutschen Schmerzkongresses 2012 diskutierten Experten die Ergebnisse der neuen COMBO-DN-Studie, der bislang größten randomisierten, doppelblinden Kombinationsstudie mit Duloxetin und Pregabalin bei DPNP.

Die Untersuchung sollte klären, ob bei unzureichender Analgesie nach achtwöchiger Therapie mit Duloxetin (60 mg/d) bzw. Pregabalin (300 mg/d) (Schmerzreduktion < 30 %, numerische Ratingskala von 0 – 10) eine Kombinationstherapie mit beiden Substanzen in den jeweiligen Dosierungen zu einem besseren Therapieergebnis führt als eine Hochdosis-Monotherapie.

Das Ergebnis: Der Vergleich zeigte nach weiteren acht Wochen keine Unterschiede hinsichtlich der Schmerzreduktion zwischen der Kombinationstherapie der beiden Wirkstoffe

und einer Hochdosis-Monotherapie. Infolge des Head-to-Head-Vergleichs der beiden Substanzen an über 800 Patienten ergaben sich jedoch Hinweise darauf, dass hochdosiertes Duloxetin (60 mg/d) in Bezug auf seine analgetische Wirkung dem Antikonvulsivum in der Dosis 300 mg/d nach acht Wochen signifikant überlegen ist.

| DF |

Quelle: Pressegespräch »Sind zwei wirklich besser als eins? Neue Daten aus der bisher größten randomisierten, doppelblinden Kombinationsstudie mit Duloxetin und Pregabalin bei DPNP« auf dem Deutschen Schmerzkongress am 18. Oktober 2012 in Mannheim. Veranstalter: Lilly Deutschland GmbH