

Chronischer Schwindel im Alter

Die unterschätzte Gefahr

»Ein bisschen Schwindel ist in Ihrem Alter ganz normal«, bekommen viele ältere Patienten mit Vertigo-Symptomatik im Versorgungsalltag zu hören, wenn sie bei einem Arzt vorstellig werden. Die Prävalenz des Phänomens ist tatsächlich hoch – bei den über 75-Jährigen Patienten gilt Schwindel als häufigstes Symptom überhaupt. Verharmlosen sollten Mediziner das Problem dennoch nicht, denn neben Geh- und Stehunsicherheit drohen den Betroffenen Stürze, Frakturen, die Pflegebedürftigkeit und sogar eine erhöhte Mortalität.

Patienten mit Schwindel gelten in der täglichen Praxis als besonders unliebsame Fälle, konstatierte *Dr. med. Frank Waldfahrer*, Erlangen. Aufgrund der großen Bandbreite an peripher- und zentral-vestibulären Schwindelformen ist die Diagnose komplex und zeitaufwändig, die Ursachen der Beschwerden sind oft multifaktoriell und schwer zu ergründen.

Besonders im Alter ist chronischer Schwindel ein häufiges Phänomen: Einer Online-Umfrage [1] mit mehr als 360 niedergelassenen Hausärzten, Neurologen und HNO-Fachärzten zufolge behandeln über 70 % der befragten Allgemeinmediziner mehr als fünf Schwindelpatienten pro Woche. In den Praxen der Fachärzte für Neurologie bzw. HNO-Heilkunde geben zwei Drittel der Praktizierenden an, wöchentlich sogar mehr als zehn Patienten mit Vertigo zu therapieren. Vorstellig werden dabei vor allem ältere Menschen: Rund jeder dritte über 65-Jährige klagt einer Studie von Neuhauser und Kollegen [2] zufolge über das Symptom –

und die Prävalenz steigt mit zunehmendem Alter. Mit Abstand am häufigsten tritt bei älteren Patienten der chronisch-vestibuläre Schwindel auf, doch auch typische Alterserkrankungen wie ein überstandener Schlaganfall oder eine vaskuläre Enzephalopathie kommen als Auslöser für die Störung infrage (Abb. 1).

Chronisch-vestibulärer Schwindel bei Älteren: nur eine Alterserscheinung?

Dem chronisch-vestibulären Schwindel des älteren Patienten liegen oft verschiedene, voneinander unabhängige Ursachen zugrunde. Erkrankungen diverser Komponenten des Gleichgewichtssystems können dazugehören, vor allem aber auch allgemeine degenerative Alterungsprozesse und Mikrozirkulationsstörungen in den reizverarbeitenden Regionen des Gehirns. Dazu kommen altersbedingte Veränderungen in den reizaufnehmenden Organen, die letztendlich zu einem multisensorischen Defizit führen. Typisch ist ein eher schleichender Beginn über oft mehrere Jahre.

Dass es sich beim Schwindel im Alter nicht nur um ein subjektives Misempfinden, sondern um ein ernstzunehmendes Symptom handelt, verdeutlichte *PD Dr. med. habil. Holger Rambold*, Altötting, anhand eines Zahlenbeispiels. So gehen rund ein Drittel aller Stürze im Alter ursächlich auf das Konto von Schwindel und Gleichgewichtsstörungen. Mit schwerwiegenden Folgen: Verletzungen und teils komplizierte Knochenbrüche zählen dazu, die mit Mobilitätseinschränkungen, Pflegeheimweisungen und einer erhöhten Mortalität einhergehen. Neben dem individuellen Leid der Patienten treffe dies auch das Gesundheitssystem hart, so Rambold: Allein die Folgekosten der Stürze im Alter liegen in Deutschland bei jährlich rund einer Milliarde Euro.

Verharmlosung begünstigt die Chronifizierung!

Für viele ältere Patienten beginnt mit dem Schwindel zudem ein regelrechter Teufelskreis: Aus Angst vor möglichen Stürzen meiden sie körperliche Bewegung, was die sensorischen und motorischen Störungen noch verstärkt und somit die Sturzwahrscheinlichkeit erhöht. Nicht selten mündet diese Abwärtsspirale in völliger Immobilität, sozialer Isolation und Depression der Betroffenen.

Klage ein Patient über Schwindel, sollte der behandelnde Arzt dies in Anbetracht der potentiellen Konsequenzen daher stets ernst nehmen, warnte Rambold. Die Beschwerden als »normale Alterserscheinung« abzutun oder schlicht zu ignorieren, belastet das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient und sei keine Lösung für das Problem, so der Neurologe. Im Gegenteil: Bleibt der Schwindel über längere Zeit unbehandelt, kann er

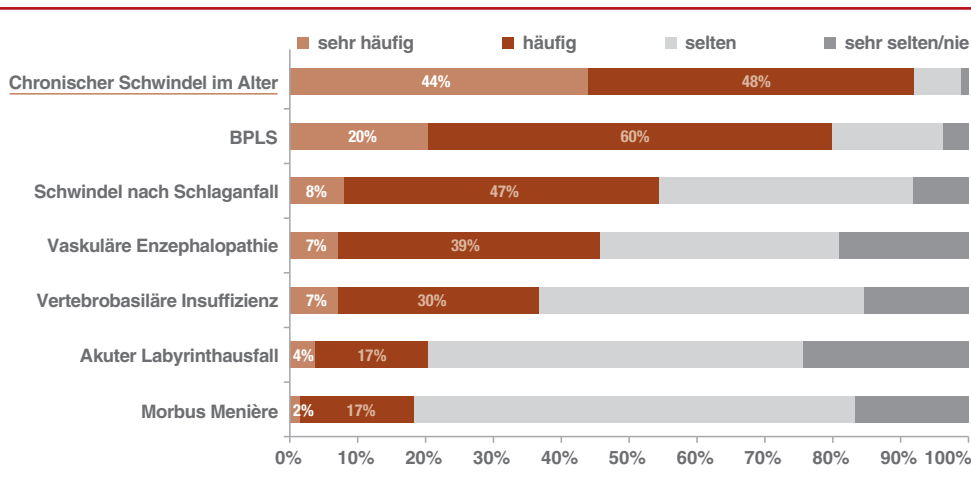


Abb. 1: Häufigkeit der vestibulären Schwindelformen (n=365). Der chronisch-vestibuläre Schwindel im Alter wird mit Abstand am häufigsten diagnostiziert [1].

chronifizieren und den Leidensdruck des Patienten noch erhöhen.

Breite Evidenz für kombiniertes Antivertiginosum

Um eine solche Chronifizierung zu vermeiden, sollte möglichst rasch eine antivertiginöse Behandlung eingeleitet werden. Neben dem vestibulären Training und einer »Entschärfung« des Wohnumfelds bietet sich hier als medikamentöse First-Line-Therapie die Fixkombination aus 20 mg Cinnarizin und 40 mg Dimenhydrinat (Arlevert®) an, erklärte Waldfahrer. Gerade bei Fällen, in denen selbst der Facharzt kein organisches Korrelat identifizieren kann oder sich die altersbedingten Ursachen des Schwindels nicht kausal beheben lassen, sei die Fixkombination aufgrund ihres breiten Wirkspektrums angezeigt.

Die First-Line-Therapie mit dem Kombinationspräparat werde durch eine fundierte Studienlage gestützt, so der HNO-Mediziner. Erst kürzlich erschien eine Metaanalyse von fünf randomisierten Doppelblindstudien, die die Daten von insgesamt 715 teils langjährigen Patienten mit Schwindel verschiedener Genese umfasste [3]. Im Rahmen der betrachteten Untersuchungen erhielten die Verumgruppen die Standarddosierung der Fixkombination mit 3 x 1 Tablette täglich. Als Vergleichsmedikationen dienten die Einzelsubstanzen Cinnarizin (20 bzw. 50 mg) und Dimenhydrinat (40 bzw. 100 mg) sowie der Wirkstoff Betahistindimesilat (12 mg) oder Placebo. Hauptzielkriterium war jeweils die Veränderung bzw. der Rückgang der Vertigosymptome nach vierwöchiger Behandlung, eruiert mittels Vertigo-Summscore, visueller Analogskala und einer verbalen Skala.

Überlegene Wirksamkeit ohne Auswirkungen auf Reaktionsvermögen

Wie Waldfahrer resümierte, ergab der statistische Vergleich des Kombinationspräparats mit den Vergleichsmedikationen sowohl nach einer als auch nach vier Wochen eine signifikante Überlegenheit der Fixkombination gegenüber Betahistin und Placebo sowie gegenüber



Synergistische Wirkung der Fixkombination

Die Fixkombination aus Cinnarizin und Dimenhydrinat (Arlevert®) kommt bei Schwindelformen verschiedenster Genese zum Einsatz. Das Wirkprinzip des Arzneimittels beruht auf einem dualen Ansatz: Während der Wirkstoff Cinnarizin die gestörte periphere Reizaufnahme in den Haarzellen des Gleichgewichtsorgans reguliert, normalisiert der zweite aktive Bestandteil der Kombination, Dimenhydrinat, die zentrale Reizverarbeitung in den Vestibulariskernen der Medulla oblongata und weiteren für das Gleichgewicht zuständigen Zentren. Langfristig kommt es zudem zu durchblutungsfördernden Effekten. Durch seinen breiten Wirkansatz eignet sich das Kombinationspräparat daher insbesondere auch für jene Patienten, deren Schwindel altersbedingte Ursachen hat.

den 2,5-fach höher dosierten Einzelwirkstoffen ($p < 0,001$) (s. Abb. 1). Der Wirksamkeit der Fixkombination bei Schwindel mit peripherer und/oder zentraler Genese attestierte der HNO-Experte daher den höchstmöglichen Evidenzgrad 1a. Dass die Substanz im Vergleich zu den anderen Präparaten bereits nach einer Woche überlegen wirkte, wertete Waldfahrer als Beleg für einen sehr schnellen Wirkeintritt. Vorteile sah der Mediziner darüber hinaus für die Therapie älterer Patienten: So demonstrieren neuere Studien, dass weder die Vigilanz und Reaktionsfähigkeit noch die vestibuläre Kompensation der Probanden unter der Behandlung litten.

Auf individuelle Handhabung und multimodale Therapiekonzepte setzen

In schweren Fällen oder bei Patienten mit akutem Schwindel lohnt der Versuch einer erhöhten Dosierung mit bis zu 5 x 1 Tablette täglich. Solch individuelle Therapieregimes, die das offizielle Zulassungsspektrum des Präparates voll ausschöpfen, können den Behandlungserfolg steigern und das Ansprechen auf die Therapie vor allem bei akutem Schwindel beschleunigen.

Ergänzend zu einer medikamentösen Behandlung sei ein physiotherapeutisches Training zu empfehlen, riet Rambold. Gerade bei dem meist multifaktoriell bedingten Schwindel im Alter könne ein gezieltes vestibuläres Übungsprogramm unter professioneller Anleitung zusätzlich dabei helfen, Motorik und Gleichgewichtssinn der Betroffenen zu trai-

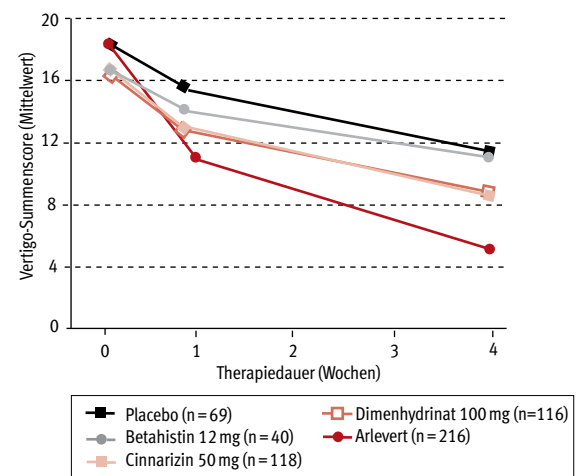


Abb. 1: Signifikante Überlegenheit von Arlevert® bei der Abnahme der Schwindelbeschwerden gegenüber den Vergleichsmedikationen nach einer Therapiedauer von einer und vier Wochen [3]

nieren und verlorene Alltagskompetenzen zurückzuerlangen. Sinnvoller als schriftliche Trainingsanleitungen erachtet er eine Zusammenarbeit mit entsprechend qualifizierten Physiotherapeuten vor Ort. Auf diesem Wege ließe sich dem komplexen Phänomen Schwindel altersgerecht und multimodal begegnen, so der Neurologe. | J. Schmidt, D. Fernholz |

1. Arzt-Online-Umfrage. Medical Tribune Verlagsgesellschaft 2012.
2. Neuhauser et al. Arch Intern Med 2008.
3. Waldfahrer F, Iro H. Springer-Verlag Wien 2011, 197-203.

Quelle: Satelliten-Symposium »Vom akuten bis zum chronischen Schwindel – Therapiekonzepte im Spannungsfeld von Neurologie und HNO-Heilkunde« am 11. Mai 2013 in Nürnberg anlässlich der Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde. Veranstalter: Hennig Arzneimittel GmbH & Co. KG

Langzeitbehandlung mit Antiepileptika

Herausforderungen und Hürden der Epilepsie-Therapie

Die medikamentöse Therapie einer Epilepsie ist komplex und stellt den Behandler vor zahlreiche Herausforderungen: Angefangen bei der Frage, wie man die Therapietreue des Patienten langfristig sichert, über Risiken und Mangelerscheinungen infolge einer Pharmakotherapie bis hin zur Möglichkeit des Absetzens der Medikation. Es gilt, eine Vielzahl von kritischen Faktoren zu berücksichtigen, die auch für die Behandlung älterer Patienten relevant sind. Einen Überblick über diese Hürden und mögliche Ansätze, sie zu meistern, boten Experten im Rahmen eines Satellitensymposiums auf der 8. Epilepsie-Dreiländertagung 2013 in Interlaken.

Zwischen einem Drittel und der Hälfte aller Epilepsie-Patienten werden ihrer Therapie im Laufe der langfristigen Behandlung untreu, schätzte *Dr. Ulrich Specht*, Bethel, den Stellenwert der Non-Compliance bei der medikamentösen Epilepsie-Behandlung ein. Damit stelle die fehlende Therapietreue die wichtigste Ursache eines interkurrenten Status epilepticus dar und sei zudem mit einer erhöhten Rate von Verletzungen, Mortalität und krankheitsbezogenen Kosten verbunden. »Risikokandidaten« für Non-Compliance sind vor allem Patienten mit neu diagnostizierter Epilepsie, Anfallsfreie und ältere Betroffene mit kognitiven Beeinträchtigungen. Um die Thera-

pietreue dieser Patienten sicherzustellen, empfahl Specht, einen gemeinschaftlichen Konsens über Therapieziele und Behandlungsfortschritte herzustellen, eine leicht handzuhabende Medikation (2x/d) mit individuellen Einnahmezeitpunkten zu wählen und auf Einnahmehilfen sowie nichtärztliche Beratungsstellen aufmerksam zu machen.

Langzeitbehandlung mit Folgen

Rund zwei Drittel aller Epilepsie-Patienten sind auf eine lebenslange Dauermedikation mit Antiepileptika angewiesen, um anfallsfrei zu bleiben oder ihre Anfallsfrequenz zu reduzieren. Eine solche Langzeitbehandlung geht nicht spurlos an den Patienten vorbei: Da fast alle »klassischen« Antikonvulsiva Enzyminduktoren sind, können sie Stoffwechsel- und Transportvorgänge im Organismus beeinflussen, die bei der Aufnahme und Verwertung von Vitaminen eine Rolle spielen. Dies könne zu Vitaminmangelerscheinungen führen, betonte *Prof. Dr. Christian E. Elger*, Bonn. Betroffen davon sind die bei älteren Patienten ohnehin beeinträchtigten Spiegel von Vitamin D, Folsäure und Vitamin B12, was bei den Behandelten im Verlauf zu einem erhöhten Risiko für Osteoporose, Frakturen, kognitive Einschränkungen und Alzheimer-Demenz führen kann (s. Kasten).

Vitaminsubstitution: sicher und sinnvoll

Elger empfahl daher, bei Epilepsie-Patienten, besonders mit enzyminduzierenden Medikamenten, aufgrund der erheblichen Langzeitkonsequenzen, auf eine Substitution von Folsäure und der Vitamine B12, B1 und D zu setzen (kombiniert z. B. in der ergänzend bilanzierten Diät

EPIVIT®). Dabei stützt er sich auf die Daten einer großen Studie mit über 3.000 Patienten an der Bonner Epilepsieklinik, die die Interaktion von Antiepileptika mit den Folsäure- und Vitamin B12-Spiegeln untersuchte [1]. Die Studie zeigte, dass eine orale Vitaminsubstitution bei Epilepsie-Patienten, die mit Antiepileptika behandelt werden, sinnvoll und gut verträglich ist.

Nicht vergessen werden dürfe zudem, dass Antikonvulsiva auch in anderen Indikationen wie psychiatrischen Erkrankungen und Schmerzsyndromen zum Einsatz kämen, gab Elger zu bedenken. Auch diese Patientengruppe zähle folglich mit zu den Risikokandidaten für Folgeerscheinungen.

Absetzen im Alter erwägen

Um kritische Konsequenzen einer Pharmakotherapie zu umgehen, könne im höheren Lebensalter zudem ein Absetzen der Medikation erwogen werden, ergänzte *Prof. Dr. Martin Holtkamp*, Berlin. So zeigen neuere Langzeitdaten entgegen früheren Befunden, dass bei idiopathisch generalisierten Epilepsien mit zunehmendem Lebensalter eine Anfallsfreiheit auch ohne Antiepileptika immer wahrscheinlicher wird. Der Neurologe riet dabei aber insbesondere bei GABAergen Therapeutika wie Barbituraten zu einem langsamen Ausschleichen über mehrere Monate: Dies sei prognostisch günstiger als das rasche Absetzen über einige Wochen. | DF |

1. Linnebank M et al. Ann Neurol 2011; 69:352-359.

Quelle: Satellitensymposium »Kritische Faktoren in der Epilepsie-Therapie« am 10. Mai 2013 im Rahmen der 8. Epilepsie-Dreiländertagung 2013 in Interlaken. Veranstalter: DESITIN Arzneimittel GmbH

Welche Antiepileptika nehmen Einfluss auf den Vitamin- und Folsäurehaushalt?

Enzyminduzierende Antiepileptika wie Phenobarbital, Primidon, Carbamazepin, Phenytoin, aber auch die enzyminhibierende Valproinsäure können unter einer Langzeittherapie einen Vitamin D3-Mangel hervorrufen, der bei den Patienten zu einer Osteoporose mit verminderter Knochendichte und erhöhter Frakturrate führen kann. Eine Unterversorgung mit Vitamin D wird bei 50 % der mit Antikonvulsiva behandelten Patienten beobachtet. Verschärft wird die Problematik zudem bei älteren Patienten, deren Knochendichte ohnehin altersbedingt abnimmt.

Auch der Methionin- und Homocysteinstoffwechsel leidet unter enzyminduzierenden Antiepileptika: Diese Stoffwechselvorgänge benötigen Folsäure und Vitamin B12 in ausreichender Menge, um störungsfrei ablaufen zu können. Fehlen diese Substanzen, kann es zu einer Hyperhomocysteinämie kommen, was neben dem Risiko der Entwicklung von Gefäßerkrankungen auch mit neurodegenerativen Krankheiten wie der Alzheimer-Demenz, einem schnelleren kognitiven Abbau und einem erhöhten Frakturrisiko assoziiert ist. Besonders ungünstig wirkte sich in einer Untersuchung die Gabe des Enzyminhibitors Valproinsäure auf den Homocysteinspiegel aus: So traten unter der Substanz selbst dann erhöhtes Homocystein auf, wenn die Patienten ansonsten normale oder sogar erhöhte Vitamin-B12-Serumspiegel aufwiesen. Zu einer Reduktion der Folsäure- und Vitamin B12-Spiegel können auch Antiepileptika wie Gabapentin, Pregabalin und Topiramal führen. Für Levetiracetam zeigte sich hingegen kein Einfluss auf den Vitaminstoffwechsel.

Risiken und Nebenwirkungen der Generika-Therapie bei Morbus Parkinson

Wie gleich ist gleich?

Wer Patienten mit Morbus Parkinson zufriedenstellend behandeln möchte, bewegt sich auf einem schmalen Grat: Das therapeutische Fenster der neurodegenerativen Erkrankung ist eng, und gerade mit zunehmender Progression wird eine Symptomkontrolle durch immer schwerer zu beherrschende Fluktuationen erschwert. Präparate mit langsamer Wirkstofffreisetzung wie retardierte Dopaminagonisten (z. B. Sifrol® Retard) können aufgrund ihrer Galenik über 24 Stunden gleichmäßige Plasmaspiegel erzielen und motorische wie nicht motorische Symptome ausreichend kontrollieren. »Was aber, wenn im Praxisalltag aus Gründen der Wirtschaftlichkeit auf einmal Generika zum Einsatz kommen sollen?«, fragte Prof. Dr. Wolfgang Jost, Wiesbaden, im Rahmen einer Presseveranstaltung in Ingelheim.

Die Behandlung des Morbus Parkinson ist sensibel und störanfällig: Aufgrund der geringen therapeutischen Breite können bereits leichte Veränderungen der Wirkspiegel Dyskinesien und klinische »Off«-Phasen auslösen. Patienten erleben diese z. B. als deutliche Zunahme ihrer motorischen Symptome, schmerzhafte Verkrampfungen und massive Einschränkung während ihres Alltags und in der Nacht. Retardformulierungen bieten hier neben der nur einmal täglichen Einnahme den Vorteil gleichmäßiger Wirkspiegel ohne Spitzenkonzentrationen, erklärte Jost. Sie ermöglichen eine sichere Symptomkontrolle über 24 Stunden. Nebenwirkungen könnten auf diese Weise minimiert, die Schlafqualität sowie die Compliance der Patienten verbessert werden. Retardiertes Pramipexol etwa erreiche solch physiologische Wirkspiegel, indem es seinen Wirkstoff während der Passagezeit stetig über den gesamten Verdauungstrakt freisetzt, so Jost. Relevante Food-Effekte oder ein »dose dumping« treten dabei nicht auf.

80 – 125 % Variationsbreite in Bioverfügbarkeit von Generika

Was passiert jedoch, wenn der bis dato gut eingestellte Parkinson-Patienten auf einmal auf ein kostengünstigeres Generikum umsteigen soll? Für Jost geht diese Rechnung nicht auf: Er warnte vor allem vor der zulässigen Schwankungsbreite von Generika. So darf die Bioverfügbarkeit des Wirkstoffs bei Generika im Vergleich zum Originalpräparat zwischen 80 und 125 %

variieren. Bei Abweichungen in dieser Größenordnung kann das Einhalten des therapeutischen Fensters kaum möglich sein. Hinzu komme das erleichterte Zulassungsverfahren für Generika. Die Bioäquivalenz wird im Rahmen einer Zulassungsprüfung nur einmalig und lediglich in ein bis zwei Dosisstärken an mindestens zwölf Probanden – nicht Patienten – erprobt. Zudem sehen die Zulassungsbedingungen für Generika nur eine Untersuchung der Bioverfügbarkeit des Wirkstoffs im Blut vor – kumulative Effekte, Interaktionen mit anderen Arzneimitteln oder Nahrung sowie der Einfluss auf die Darmmotilität bleiben dabei außen vor.

Leitlinie rät zu Vorsicht bei Medikamententausch

Aus dem Bereich der Antiepileptika, Antikoagulanzen, Antiarrhythmika oder bei L-Thyroxin sei bekannt, dass der Wechsel auf Generika aufgrund der unterschiedlichen therapeutischen Breite und nichtlinearen Pharmakokinetik nicht empfehlenswert ist und mit einer erhöhten Hospitalisations- und z. B. Anfallsrate einhergeht, erinnerte Jost. Auch bei Antiparkinsonmitteln bewertet die Leitlinie »Gute Substitutionspraxis« einen Präparatetausch als kritisch [1]. Zudem gilt es zu bedenken, dass Parkinson-Patienten oft kognitiv eingeschränkt sind und Veränderungen in Form, Farbe, Größe oder Geschmack von Tabletten ebenso zu Einnahmefehlern oder Nocebo-Effekten führen können wie neue Verpackungen. Generika seien hinsichtlich Galenik und Qualität eben nicht identisch mit dem Originalpräparat, so Jost. Die erlaubte Abweichung in der

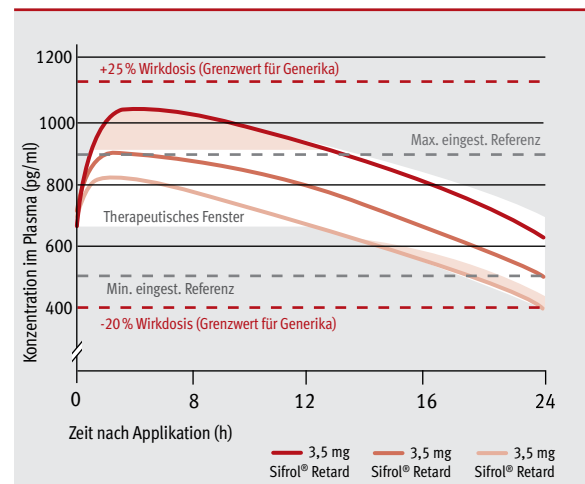


Abb. 1: Theoretische Überlegung zu Änderungen der Wirkdosis: Die Veränderung der Wirkdosis durch Substitution kann höher ausfallen als durch den Wechsel zu einer anderen Dosisstärke des Originators (Sifrol® Retard) (Quelle: Jost W. Ingelheim 2013; Vortrag)

Wirkdosis ist teils höher als bei einem Wechsel zwischen Dosisstärken des Originators (s. Abb. 1).

Der Neurologe warnte daher davon, bei einer so diffizilen und sensiblen Therapie wie der des Morbus Parkinson allein aus Kostengründen Generika zu verordnen. Im Zweifelsfall sei man mit den Originalpräparaten besser beraten, denn »gleich ist eben nicht immer gleich«, fasste Jost abschließend zusammen.

| Julia Schmidt |

1. Deutsche Pharmazeutische Gesellschaft e. V. »Gute Substitutionspraxis« (GSP), 2002.

Quelle: Meet-the-Expert »Bioäquivalenz bei Therapieoptionen mit engem therapeutischen Fenster: Bedeutung der Galenik und ausreichender Präparate-Charakterisierung« am 7. März 2013 in Ingelheim. Veranstalter: Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG

Frühstadium der Alzheimer-Demenz

Medizinische Ernährung als neues Therapiekonzept

Seit kurzem steht Patienten mit Alzheimer-Krankheit im Frühstadium ein grundlegend neues Therapiekonzept zur Verfügung: Souvenaid® von Nutricia ist eine medizinische Ernährung, für die in zwei randomisierten, kontrollierten klinischen Studien [1, 2] ein positiver Effekt auf die Gedächtnisleistung bei Patienten mit Alzheimer-Krankheit im Frühstadium gezeigt werden konnte. Souvenaid® enthält eine patentierte Nährstoffkombination, die speziell zur Unterstützung der Synapsenbildung entwickelt wurde und damit ein Hauptmerkmal der Alzheimer-Krankheit, den Synapsenverlust, im Fokus hat.

Die Alzheimer-Krankheit ist eine fortschreitende, neurodegenerative und unheilbare Erkrankung des Gehirns. Schätzungsweise 1,4 Millionen Menschen sind derzeit allein in Deutschland von der Demenz betroffen, deren häufigste Ursache die Alzheimer-Krankheit darstellt. Es wird erwartet, dass sich bis zum Jahr 2050 die Zahl der Patienten mehr als verdoppelt haben wird. Da in den letzten Jahren der Alzheimer-Forschung keine neuen medikamentösen Therapien zur Zulassungsreife gelangt sind, sei es umso interessanter, dass mit dem Souvenaid®-Forschungsprogramm jetzt valide Daten für einen vielversprechenden ernährungstherapeutischen Ansatz vorliegen, so Prof. Dr. med. Dipl.-Phys. Matthias W. Riepe, Ulm.

Klinisch nachgewiesene Verbesserung des Gedächtnisses

Für Souvenaid® wurde bei Patienten mit Alzheimer-Krankheit im Frühstadium in zwei doppelblinden, randomisierten, kontrollierten Studien eine Verbesserung der Gedächtnis-

leistung klinisch nachgewiesen (s. Kasten). Besonders beachtenswert sei, dass Nutricia für solch ein innovatives Produktkonzept nicht nur ein umfangreiches klinisches Studienprogramm umgesetzt habe, sondern es auch weiter entwickelt und intensiviert werde, erklärte Prof. Dr. med. Christine A. F. von Arnim, Ulm. Das klinische Studienprogramm bescheinigt Souvenaid® eine sehr gute Verträglichkeit, sowohl als Monotherapie als auch in Kombination mit einer Standard-Alzheimer-Medikation [1, 2].

Unterstützung der Synapsenbildung

Souvenaid® enthält eine Kombination von Nährstoffen, die synergistisch wirken und die Ausgangssubstanzen für den »Kennedy-Pathway« substituieren, einen Stoffwechselweg zur Bildung neuronaler Membranen und Synapsen im Gehirn. Synapsen spielen eine entscheidende Rolle bei der Alzheimer-Krankheit; der Synapsenverlust korreliert mit der gestörten Gedächtnisfunktion. Damit einhergehend zeigen Studien, dass Patienten

mit Alzheimer-Krankheit im Frühstadium spezielle Nährstoffbedürfnisse haben. Dazu gehört, dass

- Patienten mit Alzheimer-Krankheit im Vergleich zu Gleichaltrigen ohne diese Erkrankung niedrigere Plasmaspiegel von Omega-3-Fettsäuren (DHA und EPA), Folsäure, Vitamin B12, C, E und Uridin aufweisen;
- die Kapazität, bestimmte Nährstoffe zu metabolisieren und damit dem krankheitsbedingten Synapsenverlust entgegenzuwirken, signifikant vermindert ist.

Souvenaid® adressiert diese besonderen Nährstoffbedürfnisse von Patienten mit Alzheimer-Krankheit im Frühstadium und enthält eine Nährstoffkombination aus ungesättigten Omega-3-Fettsäuren (Docosahexaensäure, Eicosapentaensäure), Uridin (Uridin-Monophosphat), Cholin und als Kofaktoren Phospholipide, B-Vitamine, Vitamine C und E sowie Selen.

Neuer Bestandteil im Alzheimer-Management

Für Souvenaid®, ein diätetisches Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke, ist die Verbesserung des Gedächtnisses bei Patienten mit Alzheimer-Krankheit im Frühstadium klinisch nachgewiesen. Souvenaid® ist erhältlich in 125 ml-Flaschen in den Geschmacksrichtungen Erdbeere und Vanille und sollte zusätzlich zur normalen Ernährung einmal täglich in den Tagesablauf integriert getrunken werden. Unter ärztlicher Aufsicht ist Souvenaid® für die Langzeitanwendung vorgesehen. |JS|

1. Scheltens P et al. Alzheimers Dement 2010.
 2. Scheltens P et al. J Alzheimers Dis 2012.
 3. Shah R et al. J Nut, Health Aging 2011; 15 (Suppl. 1)

Quelle: Nutricia GmbH

Umfangreiches Studienprogramm belegt Wirksamkeit

Studie	n	MMST (mean)	Alzheimer-Medikation	Dauer	Primärer Endpunkt	Ergebnis
Souvenir I [1]	225	23,9	Nein	12 Wochen	WMS-r, ADAS-Cog-13	signifikante Verbesserung (p=0,021)
Souvenir II [2]	259	25,0	Nein	24 Wochen	NTB Memory Domain (z-Score)	signifikante Verbesserung (p=0,023)
S-Connect [3]	527	19,4	Ja	24 Wochen	ADAS-Cog (11 Items)	ADAS-Cog 11 nicht verbessert
LipiDiDiet	300	-	Nein	24 Monate	NTB Memory Domain z-Score	Studie läuft, Rekrutierung abgeschlossen

In der klinischen Studie Souvenir I erhielten Patienten mit einem mittleren Mini-Mental-Status-Testwert (MMST) von 23,9 Punkten über 12 Wochen einmal täglich Souvenaid® (125 ml) zusätzlich zur normalen Ernährung. Primärer Endpunkt war die Gedächtnisleistung, die nach 12 Wochen erreicht wurde. Sie verbesserte sich signifikant (p=0,021). Die multizentrische, internationale Souvenir-II-Studie (mittlerer MMST: 25) bestätigte das Ergebnis von Souvenir I und baute es weiter aus: Souvenaid® verbesserte die Gedächtnisleistung signifikant nach 24 Wochen, gemessen mit dem Memory Domain Score einer neurophysiologischen Testbatterie (NTB, signifikante Verbesserung im z-Score, p=0,023).