

Wearing-off bei älteren Parkinson-Patienten

Rasagilin »add on« gleicht Fluktuationen aus

Vor allem in mittleren bis fortgeschrittenen Stadien der Parkinson-Erkrankung erschweren Wirkungsschwankungen die Therapie. Bei älteren und/oder multimorbiden Patienten mit Wearing-off, die bislang Levodopa erhielten, empfiehlt die aktuelle DGN-Leitlinie z. B. MAO-B-Hemmer wie Rasagilin (Azilect®) als Add-on-Therapie. Der Vorteil: eine längere Dopaminwirkung, kontinuierlich stimulierte Rezeptoren und weniger Fluktuationen.

Je weiter die Parkinson-Erkrankung fortschreite, desto mehr schwäche der therapeutische Effekt der Dopaminstimulation ab, erklärte PD Dr. Karla Eggert, Marburg, im Rahmen eines Pressegesprächs auf dem diesjährigen DGN-Jahreskongress. Die zentrale Dopaminversorgung werde zunehmend pulsatil. Die Folge: Patienten geraten in ein Wearing-off, welches sich in unterschiedlichsten motorischen Symptomen manifestiert, aber auch mit nichtmotorischen Krankheitszeichen wie Fatigue, kognitiven Einschränkungen oder Depression einhergehen kann.

Leitlinie empfiehlt COMT- oder MAO-B-Hemmer »add on«

Therapieansätze zur Linderung des Wearing-offs versuchen, eine möglichst kontinuierliche dopaminerge Stimulation wiederherzustellen. MAO-B-Hemmer wie Rasagilin erzielen dies, indem sie den Abbau von körpereigenem und aus L-Dopa gebildetem Dopamin blockieren und dessen Wirksamkeit im synaptischen Spalt verlängern. Die DGN-Leitlinie empfehle die Substanz entsprechend neben dem COMT-Hemmer Entacapon als add-on zur Behandlung von älteren und/oder multimorbiden Patienten mit Wearing-off, die mit L-Dopa therapiert werden, berichtete Eggert.

Weniger »Off«-Zeit bei guter Verträglichkeit

Grundlage dieser Empfehlung waren u. a. die Ergebnisse der Studien PRESTO und LARGO. Wie Prof. Dr. Wolfgang Jost, Wolfach, erläuterte, bestätige eine aktuelle Post-Hoc-Analyse der beiden Untersuchungen [1] Rasagilin als wirksamen ersten Kombinationspartner zu L-Dopa: So konnte die Substanz nicht nur die täglichen »Off«-Zeiten signifikant verringern, sondern auch die Motorik im »On« und alltagspraktische Fertigkeiten im »Off« verbessern. Patienten bewerteten zudem die Verträglichkeit zu mehr als 90 % als gut bis sehr gut. Gerade bei älteren, oft polypharmazeutisch behandelten Patienten sei dieser Faktor neben einer guten Wirksamkeit von immenser Bedeutung, schloss Jost. |JS|

1. Elmer LW. Parkinsonism and Related Disorders 2013

Quelle: Pressegespräch »Rasagilin: idealer Partner in der Kombinationstherapie bei Morbus Parkinson« im Rahmen des DGN-Kongresses am 20. September 2013 in Dresden. Veranstalter: Teva Pharma GmbH.

Chronischer Rückenschmerz

Ein Schmerz, viele Ursachen

Rein nozizeptiv oder doch auch neuropathisch? In der Sichtweise der Pathophysiologie chronischer Rückenschmerzen zeichnet sich ein Paradigmenwechsel ab: Diese wird nicht länger nur als nozizeptives Geschehen betrachtet, sondern als Zusammenspiel nozizeptiver und neuropathischer Komponenten gesehen. Zu diesem Schluss kamen PD Dr. Rainer Freynhagen und Prof. Dr. Ralf Baron nach lebhafter Debatte auf dem diesjährigen DGN-Kongress in Dresden.

Zwischen 20 und 35 % aller Rückenschmerzpatienten leiden neben nozizeptiven auch an neuropathischen Schmerzen wie Allodynie oder Hyperalgesie. Solch neuropathische Komponenten entstehen z. B. durch lokale Verletzungen nozizeptiver, in die Bandscheibe einsprossender Nervenfasern oder durch mechanische Kompression der Nervenwurzel. Bei Patienten mit Osteoporose könne es zudem durch Brüche der Wirbelkörper zu Verletzungen an den Nervenfasern im Inneren

der Haversschen Kanälen kommen, erklärte Baron. Dies führe zu den neuropathischen Schmerzanteilen, die bei einigen Patienten mit chronischem Rückenschmerz sogar im Vordergrund stehen.

Individualisierte Therapie gefragt

Ist der Rückenschmerz z. B. mittels painDETECT®-Fragebogen auf neuropathische Komponenten gescreent, stellt sich die Frage der richtigen Behandlung: Während sich mit Opioiden und Entzündungs-

hemmern bei nozizeptivem Rückenschmerz gute analgetische Effekte erzielen lassen, empfiehlt die European Federation of Neurological Societies bei neuropathischem Schmerz den Einsatz von Pregabalin (Lyrica®) als Mittel der ersten Wahl. Freynhagen zufolge biete die Substanz die Vorteile, dass sie neben ihrer analgetischen Wirkung auch schmerzbedingte Schlafstörungen deutlich reduziert, die Lebensqualität der Betroffenen erhöht und über ein geringes pharmakokinetisches Interaktionspotential verfügt. Damit ließe sich der individuellen Situation von Patienten mit neuropathischem Rückenschmerz besonders gut Rechnung tragen, so der Anästhesist. |JS|

Quelle: Symposium »Der Rückenschmerz nervt?! – Debatte ohne Ende? – Ende der Debatte!« im Rahmen des DGN-Kongresses am 19. September 2013 in Dresden. Veranstalter: Pfizer Deutschland GmbH

Therapie der schmerzhaften diabetischen Polyneuropathie: Hochdosieren oder kombinieren?

Studie liefert neue Erkenntnisse zu Duloxetin und Pregabalin

Etwa jeder fünfte an Diabetes erkrankte Patient entwickelt im Verlauf seiner Krankheit eine schmerzhaft diabetische Polyneuropathie (DPNP) – mit Folgen wie stechenden oder brennenden Schmerzen in den unteren Extremitäten, Taubheitsgefühl, aber auch Schlafstörungen und allgemeinen funktionellen Einschränkungen, die gerade ältere Patienten stark belasten. Sprechen solche Patienten nicht adäquat auf eine medikamentöse Therapie an, stehen Behandler vor der Frage: aufdosieren oder kombinieren? Die aktuelle Studie COMBO-DN* [1] suchte nach Antworten: Sie verglich die analgetische Wirksamkeit der beiden einzigen in den USA und Europa für die DPNP zugelassenen First-line-Therapien Pregabalin und Duloxetin (Cymbalta®) jeweils in Hochdosis-Monotherapie mit einer Kombinationsbehandlung aus beiden Wirkstoffen.

Wie Priv.-Doz. Dr. Rainer Freynhagen, Tutzing, im Rahmen eines Pressegesprächs auf dem diesjährigen Deutschen Schmerzkongress in Hamburg berichtete, schloss die randomisierte doppelblinde Kombinationsstudie insgesamt 804 Patienten mit DPNP ein. Untersucht wurde primär, ob eine Kombinationstherapie aus Duloxetin und Pregabalin in den jeweiligen Standarddosierungen (60 mg/d bzw. 300 mg/d) einen Vorteil gegenüber der Hochdosis-Monotherapie mit Duloxetin (120 mg/d) bzw. Pregabalin (600 mg/d) im Hinblick auf die Schmerzreduktion aufweist. Neben der Schmerzlinderung stand als sekundärer Endpunkt eine Verbesserung der funktionellen Parameter im Vordergrund, die bei DPNP häufig in Mitleidenschaft gezogen werden – z. B. Schlaf, Lebensqualität, Mobilität und Stimmung. Dafür wurden in einer ersten achtwöchigen Studienphase Standarddosierungen von Duloxetin (60 mg/d) und Pregabalin (300 mg/d) in Monotherapie miteinander ver-

glichen. Eine zweite Studienphase schloss ausschließlich Non-Responder mit einer Schmerzreduktion unter 30% ein, die dann entweder eine Hochdosisbehandlung mit Duloxetin (120 mg/d) oder Pregabalin (600 mg/d) oder eine Kombinationstherapie aus beiden Substanzen in den jeweils vorab gegebenen Dosierungen erhielten.

Duloxetin (60mg/d): Überlegene Analgesie bei initialer Therapie über 8 Wochen

Nach Ablauf der initialen Monotherapiephase zeigte sich, dass die Behandlung mit 60 mg/d Duloxetin zu einer signifikant stärkeren Schmerzreduktion führte als eine Therapie mit täglich 300 mg Pregabalin ($p < 0,001$, s. Abb. 1). Auch die Zahl der Responder fiel im Duloxetin-Arm deutlich höher aus (52% vs. 36,9%). Neben der stärkeren analgetischen Wirksamkeit zeigte Duloxetin in der Initialphase auch signifikant ausgeprägtere Verbesserungen funktioneller Parameter wie Gehvermögen, Schlaf und allgemeiner Aktivität im Vergleich zu Pregabalin.

In der anschließenden Kombinations-/Hochdosistherapie während der Studie ergaben sich keine signifikanten Unterschiede in der Schmerzlinderung zwischen den gepoolten Daten der beiden Hochdosis-Monotherapiegruppen (120 mg/d Duloxetin bzw. 600 mg/d Pregabalin) und der Kombinationsgruppe (60 mg Duloxetin plus 300 mg Pregabalin). Auch neue Erkenntnisse zur Verträglichkeit der beiden Substanzen ließen sich weder in der maximaldosierten Monotherapie noch in der kombinierten Behandlung verzeichnen.

Konsequenzen für die Praxis

Die Frage, ob eine Hochdosis-Monotherapie oder die kombinierte Behandlung eine bessere Analgesie erzielen, habe in der Studie keine signifikante Antwort erfahren, so Freynhagen: Beide Strategien seien mögliche Alternativen bei initial unzureichender Schmerzlinderung. Zwar wurde in der Kombinationsgruppe eine nominell höhere 50%-Responderrate als bei der Hochdosis-Monotherapie beobachtet (52,1 vs. 39,4%; $p = 0,068$), aber signifikante Unterschiede seien nicht zu verzeichnen gewesen. Bei der Entscheidung für eine der beiden First-line-Therapien könne aufgrund der stärkeren Analgesie in der Initialphase sowie der signifikant ausgeprägteren Verbesserungen von Schlaf, Gehvermögen und Aktivität Duloxetin für DPNP-Patienten eine wirkungsvolle Option zu Therapiebeginn sein, so Freynhagen. Vor allem die Besserung funktioneller Parameter unter Duloxetin entspräche auch den Wünschen vieler Patienten. Von den neuen Daten erhoffte sich Freynhagen abschließend vor allem eines: endlich mehr Awareness für das Krankheitsbild DPNP im Versorgungsalltag und ein Umdenken hin zu einem rascheren Einsatz der bestehenden therapeutischen Möglichkeiten.

||S|

1. Tesfaye S et al. Pain 2013; May 31. pii: S0304-3959(13)00285-6. doi: 10.1016/j.pain.2013.05.043. [Epub ahead of print]

* COMBO-DN = COmbination vs Monotherapy of pregaBalin and dulOxetine in Diabetic Neuropathy

Quelle: Pressegespräch »Schmerzen bei diabetischer Polyneuropathie – helfen neue Daten bei der Optimierung der Behandlung?« auf dem Deutschen Schmerzkongress am 24.10.2013 in Hamburg. Mit freundlicher Unterstützung der Lilly Deutschland GmbH (DECYM00881)

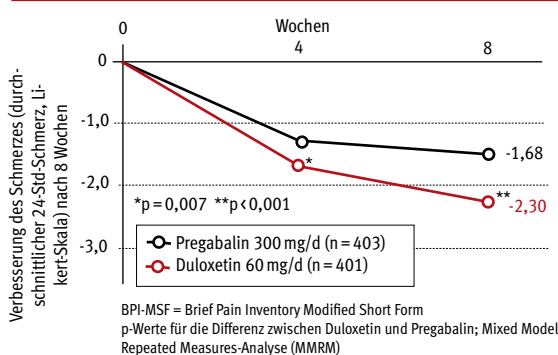


Abb. 1: Signifikant stärkere Schmerzreduktion unter Therapie mit 60 mg/d Duloxetin in der initialen Behandlung (mod. nach [1])

Altersdepression

Das maskierte Leiden

Jeder fünfte Mensch über 65 Jahren leidet unter Depressionen, bei hospitalisierten oder Pflegeheimpatienten ist sogar jeder Zweite von der psychischen Erkrankung betroffen. Trotz der hohen Prävalenz wird die Depression in vielen Fällen noch immer als »normale Alterserscheinung« gedeutet und weder korrekt diagnostiziert noch behandelt. Ein Grund: ihr atypischer Verlauf bei älteren Betroffenen.

Die Depression manifestiert sich im höheren Lebensalter völlig anders als bei jüngeren Patienten, erklärte *Priv.-Doz. Dr. Axel Wollmer*, Hamburg, im Rahmen eines Pressegesprächs auf der diesjährigen Tagung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) in Berlin. Zu ihren Besonderheiten im Alter gehören das Fehlen von Traurigkeit oder gedrückter Stimmung, ein generell eher subsyndromaler Verlauf, körperliche statt affektive Beschwerden sowie Gedächtnis-, Schlaf- und Verhaltensstörungen wie Agitiertheit, Reizbarkeit oder Wahn. Aufgrund ihres atypischen Charakters sprechen Experten bei dieser Form der Erkrankung von einer »larvierten« Depression, so Wollmer.

Versorgungslücke trotz hohem Suizidrisiko

Als Folge der ungewöhnlichen Manifestationsweise wird die Depres-

sion beim älteren Patienten oft nicht erkannt. Vielfach führen Mediziner ihre Symptome auf scheinbar alterstypische Entwicklungen zurück und verzichten auf eine Behandlung. Angesichts einer Suizidrate, die die mittlere Altersgruppe um das Zwei- bis Vierfache übertrifft [1], riet Wollmer bei älteren Patienten jedoch zu erhöhter Wachsamkeit: Vor allem für männliche Senioren sei das Selbstmordrisiko ein zentrales Problem der Depression.

Auf wirksame und altersgerechte Therapie setzen

Die Unterversorgung älterer Depressiver ist laut Wollmer keine Folge mangelnder Evidenz: Die Wirksamkeit von medikamentösen oder psychotherapeutischen Interventionen ist auch im Alter gut belegt. In der medikamentösen Behandlung beachtet werden sollten dem Gerontopsychiater zufolge die beim älteren Patienten veränderte Phar-

makinetik und -dynamik, psychische oder körperliche Begleiterkrankungen sowie das Interaktionsrisiko bei Polypharmazie. Für eine möglichst altersgerechte Therapie riet Wollmer dazu, Trizyklika zu vermeiden, bei der Gabe von SSRIs auf das Auftreten einer Hyponatriämie zu achten und niedrigere Einstiegsdosen als bei jüngeren Patienten zu wählen und diese langsamer aufzudosieren. Erwogen werden könne beispielsweise auch ein interaktionsarmer Ansatz wie die Elektrokrampftherapie, die bei schwer betroffenen älteren Patienten gute Erfolge verzeichnen konnte. Bei Patienten mit kognitiven Defiziten und Schmerzsymptomatik riet der Experte zum Einsatz des SSNRI Duloxetine (Cymbalta®): Die gut verträgliche Substanz hatte in Studien analgetische und kognitionsverbessernde Effekte gezeigt und wirkte sich neutral auf die QT-Zeit der Behandelten aus [2].

|JS|

1. Hell D, Böker H. Schweiz Med Forum 2005; 5: 1147-1153.
2. Raskin J et al. Am J Psychiatry 2007; 164: 900-909.

Quelle: Pressegespräch »Herausforderung Depression im Alter – worauf es bei der Behandlung ankommt« auf dem DGPPN-Kongress am 27. November 2013 in Berlin. Veranstalter: Lilly Deutschland GmbH

Früh behandeln lohnt sich

Langzeitdaten zeigen verzögerten geistigen Abbau unter Ginkgo biloba

Ginkgo-biloba-Spezialextrakt EGb761® (Tebonin®) kann dem Nachlassen der Hirnleistung bei Menschen ab 65 Jahren entgegenwirken. Dies zeigen die 20-Jahres-Daten der unabhängigen Kohortenstudie PAQUID [1], die an der Universität Bordeaux durchgeführt wurde.

Die explorative prospektive populationsbasierte Kohortenstudie erforscht seit 1988 die Hirnalterung bei mehr als 3.700 Menschen ab 65 Jahren. Im Laufe des 20-jährigen Studienzeitraums wurden die Teilnehmer alle zwei bis drei Jahre zur Einnahme von Medikamenten befragt und ihr Gesundheitszustand untersucht. 589 Probanden gaben an, EGb 761® in einer Dosierung von 240mg eingenommen zu haben. Das Ergebnis: Bei Teilnehmern, die EGb 761® eingenommen hatten, verlangsamte sich der Abbau der regelmäßig mit dem Mini-Mental-Status-Test (MMST) erhobenen kognitiven Leistungsfähigkeit signifikant gegenüber Probanden ohne Präparat. Im MMST ließ sich ein Unterschied von bis zu 5 Punkten zwischen den beiden Gruppen ermitteln. Weiterhin benötigten in der EGb 761®-Gruppe deutlich weniger Probanden Psychopharmaka wie Antidepressiva oder Neuroleptika. Studienautorin Dr. Catherine Helmer, Bordeaux, wertete diese Ergebnisse als Signal, dass das Spezialextrakt bei geeigneter Dosierung und frühzeitigem kontinuierlichen Einsatz über längere Zeit dazu beitragen könne, das Gedächtnis vor degenerativen Prozessen zu schützen.

1. Amieva H et al. PLoS ONE 8 (1): e52755. Doi:10.1371/journal.pone.0052755

Quelle: Pressekonferenz »Einzigartige 20-Jahres-Daten: Verlangsamt Ginkgo-Spezialextrakt EGb 761 den geistigen Abbau?« am 18. Juni 2013 in Hamburg. Veranstalter: Schwabe Pharma Deutschland

Fit für die Röhre

Neues Neurostimulationssystem erlaubt MRT-Diagnostik

Mit Neurostimulator ins MRT – bislang undenkbar für Patienten mit schweren chronischen Schmerzen, die zur Abklärung weiterer Erkrankungen auf bildgebende Diagnostik zurückgreifen wollten. Eine neue Technologie soll dies nun ändern: Der Ganzkörper-MRT-fähige Rückenmarkstimulator SureScan® verfügt über eine abgeschirmte Elektrode und kann während der Aufnahme in einen Ruhemodus gesetzt werden.

Schwerwiegende gesundheitliche Probleme wie Schlaganfälle, Tumoren oder Entzündungen, aber auch akute und chronische Schmerzen von Kopf und Rücken werden heute regelhaft mittels MRT abgeklärt. Was aber, wenn ein Patient mit chronischem Rücken- oder Beinschmerz, komplexem regionalen Schmerzsyndrom oder refraktärer Angina pectoris ein elektrisches und magnetisierbares Implantat im Körper trägt? Radiolo-

gen stelle dies vor eine Herausforderung, erklärte *Dr. med. Christian Mohr*, Lübeck, bei einer Pressekonferenz auf dem Deutschen Schmerzkongress in Hamburg.

Kein höherer Zeitaufwand bei guter Bildqualität

Viele Systeme seien nicht für eine MRT-Untersuchung zugelassen, weil es während des Scans zu Verletzungen des Patienten durch Überhitzung der Elektrode oder Überstimulation kommen kann oder das Gerät möglicherweise verlagert oder beschädigt wird. Für Patienten mit solchen Stimulatoren stellte ein MRT bislang ein Ausschlusskriterium dar. Ein neuer Ganzkörper-MRT-fähiger Rückenmarkstimulator (SureScan®) erweitert jetzt die Diagnosemöglichkeiten für diese Patientengruppe. Durch eine spezielle Ummante-

lung der Stimulationselektrode und einen eingebauten Ruhemodus ermöglicht er eine Untersuchung mit normalen MRT-Einstellungen, ohne besondere Spulen und Niedrigenergiesequenzen. Die Bildqualität gebe Mohr zufolge zudem keinen Hinweis auf Schatten im Wirbelsäulenbereich, die eine Diagnostik beeinträchtigen würden.

Ein neuer Baustein im multimodalen Therapiekonzept

Rund 70% aller Patienten mit Rückenmarkstimulation benötigen während der Lebensdauer ihres Gerätes mindestens einmal eine MRT-Untersuchung, erklärte *Professor Dr. med. Volker Tronnier*, Lübeck. Für diese Patienten stelle der neue Stimulator eine gute analgetische Strategie dar, die ihnen die Diagnoseoption eines MRT-Scans erhalte. Der Neurochirurg empfahl, solche Stimulationssysteme stets eingebettet in ein multimodales Schmerzkonzept einzusetzen: Der Schmerzschrittmacher zähle dazu ebenso wie Medikamente, Physiotherapie und psychologische Beratung. |JS|

Quelle: Pressegespräch »Schmerztherapie aktuell: Jetzt auch mit Neurostimulation ins MRT« am 25. Oktober 2013 auf dem Deutschen Schmerzkongress in Hamburg. Veranstalter: Medtronic GmbH.

Gute Wirksamkeit, mehr Lebensqualität

Botulinumtoxin Typ A erhält Zulassung bei überaktiver Blase

Seit Anfang 2013 steht für Patienten mit den Symptomen Harninkontinenz, imperativer Harndrang und Pollakisurie eine neue Therapieoption zur Verfügung: Botulinumtoxin Typ A (BOTOX®) erhielt die Zulassung zur Behandlung der idiopathisch überaktiven Blase bei erwachsenen Patienten, die auf Anticholinergika nur unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben.

Die Zulassung gilt ausschließlich für dieses Botulinumtoxin Typ A und basiert auf erfolgreichen internationalen Phase-III-Studien. Diese hatten zeigen können, dass eine lokale Injektion der Substanz (100 Allergan-Einheiten) in den Blasenmuskel bei Patienten mit überaktiver Blase zu einer im Vergleich zu Placebo signifikanten Reduktion der Harninkontinenz-Episoden, des Harndrangs, der Miktionsfrequenz und in der Folge zur Steigerung der Lebensqualität führte. Nach der ersten Injektion waren mehr als ein Viertel der mit dem Wirkstoff behandelten Patienten und etwa dreimal mehr Patienten im Vergleich zur Placebo-Gruppe vollständig kontinent. Bei mehr als der Hälfte der Verum-Patienten konnte mindestens eine Halbierung der Harninkontinenz-Episoden erreicht werden. Die Verbesserung der Symptome trat in den Studien bereits zwei Wochen nach Behandlungsbeginn ein und hielt durchschnittlich etwa 24 Wochen an. |DF|

Quelle: Pressegespräch »Zulassung BOTOX bei überaktiver Blase« am 17. April 2013 in Hamburg. Veranstalter: Pharm Allergan GmbH

kurz berichtet...

Studien bestätigen Wirksamkeit des Online-Programms deprexis® bei Depression

Drei klinische Studien zeigen aktuell, dass das Online-Programm deprexis® in der Behandlung von Patienten mit unipolarer Depression oder depressiver Verstimmung eine sinnvolle Ergänzung zur Pharmakotherapie darstellt. Das CE-zertifizierte Programm bewirkte in den Untersuchungen nicht nur eine Verbesserung der depressiven Symptome, sondern auch eine Steigerung von Lebensqualität und Selbstwertgefühl sowie eine Linderung depressiver Denkverzerrungen und interpersoneller Konflikte. deprexis® basiert auf psychotherapeutischen Verfahren wie der kognitiven Verhaltenstherapie, der Akzeptanz- und Commitment-Therapie und der positiven Psychologie und wurde speziell für Menschen mit Depressionen entwickelt. Das 12-wöchige dialogbasierte Online-Programm führt durch individuelle psychotherapeutische Übungen und zeigt leicht anzuwendende Techniken. Empfohlen wird eine 1- bis 2-mal wöchentliche Nutzung für jeweils mindestens 30 Minuten. Weitere Informationen rund um das Programm bietet die Website www.deprexis.de. |DF|

Quelle: Satelliten-Symposium »Computer-gestützte Patientenprogramme bei Depression – Chancen und Herausforderungen« am 27. November 2013 auf dem DGPPN-Kongress in Berlin. Veranstalter: Merz Pharmaceuticals GmbH

Moderne Antikoagulation mit Faktor-Xa-Inhibitor

Gute Alternative bei Risikopatienten und im Klinikalltag

Neue Antikoagulanzen zur Schlaganfall-Prophylaxe bei Patienten mit Vorhofflimmern (VHF) wie der Faktor-Xa-Inhibitor Rivaroxaban (Xarelto®) lassen sich auch bei Risikogruppen wie älteren oder komorbiden Patienten wirksam und sicher einsetzen. Dies belegen aktuelle Subgruppenanalysen der Phase-III-Studie ROCKET-AF.

Die Studie verglich Wirksamkeit und Sicherheit des Faktor-Xa-Inhibitors in der Schlaganfall-Prophylaxe bei nicht valvulärem VHF gegenüber dem Vitamin-K-Antagonisten (VKA) Warfarin. Patienten, die aufgrund ihres Alters (> 75 Jahre), einer Herz- oder Niereninsuffizienz, Diabetes mellitus oder einem bereits erlittenen Schlaganfall ein erhöhtes Schlaganfallrisiko trugen, wiesen – konsistent mit dem Gesamtstudienkollektiv – unter dem

neuen direkten oralen Antikoagulans seltener Blutungen in ein kritisches Organ auf. Auch zu intrakraniellen oder tödlichen Blutungen kam es weniger oft als unter Warfarin.

Neben den Ergebnissen aus klinischen Studien liefern Registerdaten wichtige Erkenntnisse über die Anwendung der neuen oralen Antikoagulanzen (NOAK) im klinischen Alltag. Ein Beispiel stellt das Dresdener NOAC-Register dar, welches Patienten

ein schließt, bei denen für mindestens drei Monate eine NOAK-Therapie indiziert ist. Über mehrere Jahre hinweg sammelte und evaluierte das Register Daten zu Verträglichkeit, Wirksamkeit, Sicherheit und dem Handling der Substanzen in Problemsituationen. Das Ergebnis: Die Daten von insgesamt 2.192 Patienten belegen eine gute Verträglichkeit und niedrigere Abbruchraten unter NOAK im Vergleich zu VKA. Zudem erwies sich die Umstellung von VKA auf NOAK als gut praktikabel und effektiv. Auch im perioperativen Management zeichneten sich Vorteile ab: So entfällt die für Patienten unangenehme Heparin-Gabe (»Bridging«) – und damit ein potentielles Blutungsrisiko. | DF |

Quelle: Meet-the-Expert »Antikoagulation im Wandel« am 20.9.2013 auf dem DGN-Kongress in Dresden. Veranstalter: Bayer Vital GmbH

Therapie des Morbus Parkinson

Kontinuierlich währt am längsten

Besonders in fortgeschrittenen Krankheitsstadien erfordert die Therapie des Morbus Parkinson eine kontinuierliche Aufrechterhaltung stabiler Wirkspiegel, um motorische und nichtmotorische Symptome kontrollieren zu können. Retardiertes Pramipexol (Sifrol® Retard) ermöglicht eine stabile Symptomkontrolle über 24 Stunden – ein Therapieerfolg, der durch eine generische Substitution möglicherweise auf dem Spiel steht.

Akinese, Rigor und Tremor, dazu vegetative, psychische und kognitive Störungen – die Symptomatik des idiopathischen Parkinson-Syndroms ist komplex und das therapeutische Fenster wird mit zunehmender Erkrankungsdauer immer enger. Bei der medikamentösen Einstellung von Patienten in fortgeschrittenen Stadien sei daher besondere Umsicht gefragt, erläuterte Prof. Dr. Wolfgang Jost, Wolfach, im Rahmen einer Expertendiskussion auf dem DGN-Kongress.

Stabiler Wirkspiegel hält Symptome in Schach

Neben einer guten Wirksamkeit und Verträglichkeit erfordere die Pharmakotherapie aufgrund der über 24 Stunden anhaltenden Symptoma-

tik möglichst langfristig konstante Wirkspiegel. Für die Monotherapie oder als Add-on zu L-Dopa empfahl Jost retardiertes Pramipexol, das aufgrund seiner Galenik eine 24-stündige Symptomkontrolle mit gutem Verträglichkeitsprofil gewährleistet. Der retardierte Dopaminagonist liegt zudem in sieben Dosisstärken vor, was eine individuelle Dosis-einstellung von Parkinson-Patienten ermöglicht.

»Aut idem« schützt vor Fallstricken eines Präparatwechsels

Kritisch stand der Experte dem Thema Medikamentenwechsel gegenüber: So darf die Bioverfügbarkeit eines Generikums im Vergleich zum Originalpräparat zwischen 80 und 125% variieren. Solche Schwankungen des Wirkspiegels könnten mitunter aus-

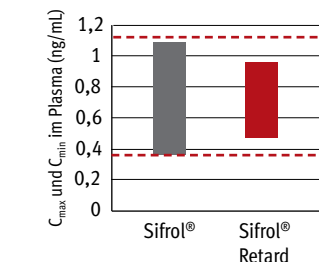


Abb. 1: Peak/Trough-Fluktuation bei Sifrol® und Sifrol Retard®

reichen, um den Therapieerfolg zu beeinträchtigen und Dyskinesien, Off-Zustände oder Nebenwirkungen auszulösen, warnte Jost. Auch mögliche Folgen des veränderten Aussehens der Tabletten auf die Adhärenz der Patienten seien nicht zu unterschätzen. Um negative Konsequenzen einer generischen Substitution zu umgehen, riet Jost daher dazu, bei der Verordnung an das »aut idem«-Kreuz zu denken. | DF |

Quelle: Expertendiskussion »Bioäquivalenz bei retardiertem Pramipexol« im Rahmen des DGN-Kongresses am 19. September 2013 in Dresden. Veranstalter: Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG

Therapie der Depression

Die Kognition nicht vergessen!

Über die Hälfte aller Patienten mit einer Depression sind während einer Episode von kognitiven Symptomen betroffen – jeder zweite Patient auch zwischen den Episoden. Die geistigen Leistungsdefizite tragen erheblich zur Krankheitslast bei und sind mit höheren Rezidivraten, einem schlechteren Therapieansprechen und eingeschränkter Arbeitsfähigkeit assoziiert.

Zu den Hauptzielen der Depressionsbehandlung sollte daher auch die Besserung der Symptome in den Bereichen Gedächtnis, Lernen, Konzentration und Exekutivfunktionen gehören, befand *Prof. Dr. med. Christian Otte*, Berlin, im Rahmen eines Symposiums auf dem diesjährigen DGPPN-Kongress. Die kognitive Dysfunktion bessere sich zwar im Verlauf der Remission, sei jedoch auch bei remittierten Patienten oft noch nachweisbar, so der Experte. Neurobiologische Korrelate der Leistungsminderung finden sich z. B. im Kortisolspiegel, dem Hippocampusvolumen oder der Neurokonnektivität.

Neuropsychologische Tests in der Diagnostik nutzen

Patienten beschreiben ihre kognitiven Symptome oft als Gefühl von Lähmung oder gedanklicher Leere, ergänzte *Prof. Dr. med. Friedel Reischies*, Berlin. Er riet in der Diagnostik zu neuropsychologischen Untersuchungsverfahren wie dem Stroop-Test, dem Zahlensymboltest oder Wortflüssigkeitests, warnte aber gleichzeitig vor möglicherweise auftretenden Insuffizienzgefühlen bei teilremittierten Patienten während der Testdurchführung.

Moderne Substanzen als Hoffnungsträger

In der Therapie ließen sich bislang nur für die modernen Antidepressi-

va Duloxetine und Vortioxetin kognitionsverbessernde Effekte nachweisen. *Prof. Dr. med. Hans-Peter Volz*, Werneck, stellte die Substanz Vortioxetin vor, für die günstige präklinische Befunde vorliegen: Der Wirkstoff setzt multimodal an sechs verschiedenen Zielstrukturen an, kombiniert Rezeptoraktivität und Wiederaufnahmehemmung und moduliert dadurch die Neurotransmission von GABA und Glutamat. Er verstärkt zudem die Synaptogenese, steigert die Zellproliferation im Hippocampus und zeigt Effekte auf Verhaltensmuster kognitiver Performanz. Zwei laufende klinische Studien an 600 erwachsenen Patienten mit einer Depression sollen die positiven Eigenschaften der Substanz bei der Steigerung von Kognitionsparametern jetzt placebokontrolliert untermauern, schloss Volz. |JS|

Quelle: Satelliten-Symposium »Denken, Fühlen, Handeln: Wichtige Ziele in der Depressionstherapie« am 28. November 2013 auf dem DGPPN-Kongress in Berlin. Veranstalter: Lundbeck GmbH

Diagnose und Therapie von Schwindel im Alter

Neue Helfer bei Vertigo

Obwohl Schwindel zu den am häufigsten geäußerten Beschwerden in der hausärztlichen Praxis zählt, gibt das Störungsbild Ärzten und Patienten noch immer Rätsel auf. Welche Mechanismen zu Schwindel führen und welche Diagnose- und Therapiemöglichkeiten bestehen, erläutert ein neuer Film für Betroffene und ihre Behandler. Darin thematisiert werden auch neue Behandlungsformen wie das homöopathische Komplexmittel Vertigo Hennig®, das seit Anfang dieses Jahres rezeptfrei in der Apotheke erhältlich ist.

Schwindel ist ein erklärungsbedürftiges Symptom, das betroffene Patienten stark verunsichert. Nicht unterschätzt werden dürfen auch die Risiken, die mit dem Störungsbild einhergehen: So drohen gerade älteren Patienten Stürze, die mit schweren Verletzungen, Pflegeheimweisungen und sogar erhöhten Mortalitätsraten einhergehen können.

Film macht komplexes Thema verständlich

Aufklärung tut daher Not: Wie Schwindel entsteht, was es bei der Diagnosestellung zu beachten gilt und welche Therapien zur Verfügung ste-

hen, erklärt ein kürzlich veröffentlichter Film. Der Film entstand in Zusammenarbeit mit *Prof. Dr. med. Arne-Wulf Scholtz* von der Neurootologie der Medizinischen Universität Innsbruck und richtet sich primär an Patienten, aber auch an Ärzte. Der von der medizinischen Mediathek »Vielgesundheit.at« realisierte und dort veröffentlichte Film kann auch auf der Internetseite von Hennig Arzneimittel unter www.hennig-am.de/schwindelfilm.html angesehen werden.

Natürlich gegen Schwindel angehen

Auch therapeutisch hat sich das Angebot für Patienten mit Schwindel-Sym-

ptomen erweitert: Seit Februar 2013 ist das homöopathische Komplexmittel Hennig Vertigo® rezeptfrei in der Apotheke verfügbar. Die Kombination aus Anamirta cocculus D4, Conium maculatum D3, Ambra grisea D6 und Petroleum rectificatum D8 findet in der Behandlung leichter Schwindelgefühle Anwendung, die durch zentrale Durchblutungsstörungen im Alter hervorgerufen werden. Die Komplexbehandlung fördert die Durchblutung der Gefäße im Gehirn und verbessert so die Verarbeitung der für ein stabiles Gleichgewicht verantwortlichen Sinnesindrücke.

Angeboten wird die homöopathische Arznei als Packung mit 100 Tabletten im Blister sowie als Packung mit 180 Tabletten in der Dose.

Quelle: Hennig Arzneimittel GmbH & Co. KG

TIPP

Vertigo Hennig® eignet sich insbesondere für die Empfehlung auf Grünem Rezept für Patienten, die ein natürliches Medikament wünschen oder nach einer preisgünstigen Selbstmedikation fragen.