

Ausgabe 2/2009

facharzt

DERMATOLOGIE

P.b.b. • 047035829 M • Verlagspostamt: 8020 Graz • 18. Jahrgang

Wundtherapie

verlagdermediziner

COVERSTORY

4 Wundtherapie
OA Dr. med. Thomas Horn



Impressum

Verleger: Verlag der Mediziner gmbh.
Herausgeber und Geschäftsführer: Peter Hübler. **Projektleitung:** Helga Rothenpieler.
Redaktion: Andrea Ballasch, Dr. Csilla Putz-Bankuti, Jutta Gruber, Dr. Birgit Jeschek,
Anschrift von Verlag und Herausgeber: A-9375 Hüttenberg, Steirer Straße 24, Telefon: 04263/200 34. Fax: 04263/200 74. **Redaktion:** A-8020 Graz, Payer-Weyprecht-Straße 33-35, Telefon: 0316/26 29 88, Fax: 0316/26 29 93. **Produktion:** Richard Schmidt. **Druck:** Medienfabrik Graz. **E-Mail:** office@mediziner.at.
Homepage: www.mediziner.at. **Einzelpreis:** € 3,-. **Erscheinungsweise:** periodisch.

Coverfoto: Bayer BEPANTHEN®/Roland Rudolph für AnzenbergPartners.

FORTBILDUNG

Ein interdisziplinäres Kompetenzteam stellt sich vor:
ÄrzteamWundheilung im Ordinationszentrum Döbling 8
Dr. med. univ. Elisabeth Lahnsteiner

Dermatologische Veränderungen von Haaren, Nägeln, Schweißdrüsen & Co 12
Ao. Univ.-Prof. Dr. Daisy Kopera

Herpes simplex labialis und genitalis 18
Priv.-Doz. Dr. Peter Komericki

FORUM MEDICUM

Wundsanierer Suprasorb® X + PHMB 10
Polyhexanidhaltige Wundauflage reduziert Schmerzen schneller und effektiver als Silberwundauflagen

Excipial Deo forte 14

Verödung bei Hämorrhoidalleiden nun auch in Österreich zugelassen 16

Kleine Wunden doppelt gut versorgt 17

Nasonex® – Breiteste Indikation – kassenfrei (IND: Allergische Rhinitis & Behandlung nasaler Polypen) Aeries® – neue Studiendaten 21

Fachkurzinformation 23

Einladung in den Golden Club

und




&



gratis für die Dauer des Abos

Wer für ein Jahres-Abo € 39,- investiert, wird mit „Goodies“ nahezu überschüttet.
Siehe www.dinersclub.at

Nähere Informationen auf Seite 22 und www.mediziner.at

Offenlegung nach § 25 Mediengesetz: Medieninhaber: Verlag der Mediziner gmbh. **Richtung der Zeitschrift:** Medizinisch-pharmazeutisches Informationsjournal für österreichische Ärztinnen und Ärzte. Soweit in diesem Journal eine Dosierung oder eine Applikation erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass Autoren, Herausgeber und Verlag große Sorgfalt darauf verwendet haben, dass diese Ausgabe dem Wissenstand bei Fertigstellung des Journals entspricht. Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. Jeder Benutzer ist angehalten, durch sorgfältige Prüfung der Beipackzettel der verwendeten Präparate und gegebenenfalls nach Konsultation eines Spezialisten festzustellen, ob die dort gegebenen Empfehlungen für Dosierung oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in diesem Heft abweicht. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind. Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers. Autoren und Verlag appellieren an jeden Benutzer, ihm etwa auffallende Ungenauigkeiten dem Verlag mitzuteilen. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht immer besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Die mit FB (Firmenbeitrag) gekennzeichneten bzw. als Produktbeschreibung erkenntlichen Beiträge sind entgeltliche Einschaltungen und geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Es handelt sich somit um „entgeltliche Einschaltungen“ im Sinne § 26 Mediengesetz.

Sehr geehrte Leserinnen und Leser! Auf vielfachen Wunsch verzichten wir für eine bessere Lesbarkeit auf das Binnen-I und auf die gesonderte weibliche und männliche Form bei Begriffen wie Patient oder Arzt. Wir hoffen auf Ihr Verständnis und Ihre Zustimmung!

Wundtherapie



OA Dr. med. Thomas Horn

Wundtherapie ist durch die Entwicklung sogenannter „moderner Wundauflagen“ in den letzten 15 Jahren wieder deutlich in den Vordergrund des Interesses gerückt. Hinzu kommt die enorme volkswirtschaftliche Bedeutung bezüglich immenser Kosten. Exakte Zahlen liegen hierzu nicht vor. In der Bundesrepublik Deutschland wird geschätzt, dass jährlich mindestens zwei Millionen Patienten mit akuten Wunden und zwei bis vier Millionen Patienten mit chronischen Wunden behandelt werden. Eine genaue Erfassung liegt dazu nicht vor.

Winter konnte 1962 an akuten Wunden nachweisen, dass diese unter einer Abdeckung mit Polyurethan-Folie schneller abheilen. Neue Auflagesysteme wurden daraufhin entwickelt. Unter „modernen Wundauflagen“ werden inzwischen Wundprodukte zur sogenannten „feuchten Wundbehandlung“ verstanden. Zurzeit werden ca. 20% aller Wunden mit diesen Wundprodukten behandelt. Den höheren Materialkosten dieser Produkte stehen häufigere Verbands-

wechsel bei konventionellen Verbänden entgegen.

In Tabelle 1 sind die Indikationen zur trockenen bzw. zur feuchten Wundtherapie differenziert dargestellt.

Grundsätzlich gilt, dass jeder „Wundbehandlung“ eine kausale Behandlung der Wundursache vorangehen muss. D. h., die operative Sanierung oder adäquate Kompression einer venösen Stauung, die Beseitigung einer arteriellen Durchblutungsstörung etc. sind essenzieller Bestandteil.

Während akute Wunden in der Regel rasch und komplikationslos unter adäquater Behandlung abheilen, sind bei chronischen Wunden selbst bei optimaler lokaler Versorgung nach Ausschaltung der primären Noxe Abheilungszeiten von mehreren Monaten bis zu zwei Jahren nicht selten.

Ziel der Wundbehandlung

Primäres Ziel einer Wundbehandlung ist die rasche Abheilung. Kann diese insbesondere bei chronischen Wunden nicht unmittelbar erzielt werden, sollten sekundäre Ziele wie schmerzarme Verbandswechsel, adäquate Wundsekretretention, Beseitigung von Dauerschmerzen, Geruchsminderung etc. definiert und ggf. am Therapieerfolg adjustiert werden.

Struktureller Aufbau moderner Wundauflagen

In Tabelle 2 ist der Aufbau moderner Wundauflagen dargestellt.

Wundprodukte, die alle diese Schichten in einem Produkt vereinen, werden als

Wundauflagen mit Abschluss bezeichnet. **Wundauflagen ohne Abschluss** sind dagegen in der Regel Wundfüller, die mit spezifischen Eigenschaften in unmittelbarem Kontakt zur Wundoberfläche stehen. Sie bedürfen dann zusätzlich einer Abdeckung als Schutz gegenüber der Umgebung bzw. als Fixierung des Verbandes.

Typen von Wundauflagen

Inaktive Wundauflagen sind lediglich durch eine Sekretaufnahme gekennzeichnet. Interaktive Wundauflagen beeinflussen das Wundmilieu mit dem Ziel, ein Austrocknen bzw. eine Mazeration durch Überschuss an Sekret zu verhindern. Aktive Wundauflagen wirken spezifisch durch Eingriff in pathophysiologische Vorgänge in der Wundheilung.

Klassifikation von Wundauflagen

Inaktive Wundauflagen

Mullkompressen haben auch in der modernen Wundtherapie weiterhin ihre Indikation als Druckverband bei Sickerblutungen, als Abdeckung zur trockenen Wundbehandlung und auch bei extremer Wundsekretion, die ein mehrmals tägliches Wechseln des Verbandes erfordern. Ohne Adhäsionsschutz verkleben Mullkompressen mit der Wunde.

Saugverbände werden in der Regel aus Zellulose hergestellt. Sie können damit erhebliche Mengen Wundsekret aufnehmen. Eine Modifikation stellen Produkte mit superabsorbierenden Polymeren dar, die hohe Flüssigkeitsmengen auch unter Kompression retinieren können.

Tabelle 1

Indikationen zur trockenen Wundtherapie

- Primärer chirurgischer Verschluss
- Unkomplizierte Bagatellwunde
- Wunde in der abschließenden, unkomplizierten Epithelisierungsphase
- Trockene Nekrose bei hochgradiger arterieller Minderdurchblutung

Indikationen zur feuchten Wundtherapie

- Sekundär heilende Wunden
- Großflächig unverschlossene Granulationsgewebe
- Chronische Wunden
 - Saubere granulierende Wunde
 - Nekrose-bedeckte Wunden
 - Fibrin-bedeckte Wunden

Tabelle 2

Struktureller Aufbau moderner Wundauflagen
Deckschicht Meistens Polyurethanfolie Schutz der Wunde vor Umwelteinflüssen Verhindern des Verklebens mit darüber liegender Kleidung etc.
Adhäsivschicht (meistens Acrykleber) zum Fixieren an der gesunden Wundumgebung
Wundfüller Die eigentliche Auflage interagiert durch unmittelbaren Wundkontakt mit der Wundoberfläche

Gaze sind nichthaftende Verbände aus Gittermaschenstrukturen. Sie werden aus Baumwolle, Viskose, Polyesterfasern etc. hergestellt und mit Paraffin, Vaseline, Wasser in Öl-Emulsion und anderen wirkstoffhaltigen Präparationen getränkt. Sie ermöglichen einen freien Abfluss des Sekrets ohne Verkleben der Wunde mit der darüber liegenden Wundaufgabe. Ihre Indikation sind Schürf- und andere Bagatellwunden sowie die trockene Wundbehandlung, außerdem der Adhäsionsschutz bei Verwendung verklebungsgefährdeter sonstiger Wundaufgaben.

Interaktive Wundaufgaben

Wundaufgaben mit mäßigem Flüssigkeitsaufnahmevermögen

Hydrokolloide sind Wundaufgaben mit Abschluss, sie bestehen aus einer Polyurethan-Folie (Deckschicht) und der eigentlichen hydrokolloidalen Schicht, die sich unter Flüssigkeitskontakt aus einer klebrigen, festen Masse unter dem Begriff der „Phasenumkehr“ in eine sich mit dem Wundsekret vermischende Flüssigkeit umwandelt.

Als Hydrokolloide eignen sich hygroskopische Materialien wie Carboxymethylzellulose, Polysaccharide, Guar, Gelatine, Pektin etc. Da die Ausgangssubstanz selbst klebend ist, erübrigt sich das Anbringen einer zusätzlichen Adhäsivschicht. Die als Platten konfektionierten Wundprodukte werden zwei bis drei Zentimeter überlappend über die Wunde auf fettfreiem Untergrund aufgeklebt. Indikationen für Hydrokolloide sind oberflächliche, gering sezernierende Wunden in gelenkfernen Arealen, da sich das Material in Gelenkbereichen aufgrund der Materialsteifigkeit unter

Bewegung ablösen würde. Kontraindikation sind infizierte Wunden, frei liegende Knochen und arterielle Minderdurchblutung sowie Wunden mit zu starker Sekretion.

Wundaufgaben mit hohem Flüssigkeitsaufnahmevermögen

Hydropolymere: Derzeitiger Standard in der Wundversorgung ist die Anwendung von Hydropolymeren. Am häufigsten kommt geschäumtes Polyurethan zur Anwendung, es ist chemisch und biologisch inert, hydrophil und nimmt Wundsekret, Detritus und Bakterien auf. Im

Gegensatz zu den Hydrokolloiden sind Polyurethane formstabil, d. h. sie verändern ihre Konfiguration unter Beladung mit Feuchtigkeit nicht. Auch Hydropolymere sind als dreischichtiges Komplettsystem mit Polyurethan als Wundfüller (geschäumt, d. h. mit Hohlräumen versehen; Polyurethan-Folie als Deckschicht und zusätzlich Acrykleber als Adhäsivschicht) versehen.

Wir unterscheiden „offenporige“ und „geschlossenporige“ Schaumstoffe. Erstere eignen sich zur Ablösung von Fibrinbelägen auf Wunden, dürfen aber nicht länger als zwei bis drei Tage ver-

22 Anzeige Plus 

Transparentverbände (Folien)

Polyurethan-Filme sind luft- und wasserdampfdurchlässig, nicht aber für Wasser und Mikroorganismen. Es werden Produkte mit einer hohen Wasserdampfdurchlässigkeit von 1.100–3.000 ml/m²/24 h von Produkten mit einer entsprechenden Durchlässigkeit von 400–800 ml/m²/24 h unterschieden. Letztere haben ihren Einsatz als „Duschpflaster“, d. h. in der Kurzzeitanwendung. Die Gruppe mit der höheren Durchlässigkeit kann auch bei erhöhter Körpertemperatur oder Schwitzen eingesetzt werden, ohne dass es zur Mazeration und zusätzlichen Flüssigkeitsretention kommt. Transparentverbände eignen sich zur Abdeckung postoperativ primär verschlossener Wunden, bei Anwendung an sonstigen Wunden benötigen sie zusätzlich einen Wundfüller zur Flüssigkeitsaufnahme.

Wundauflagen mit antiseptischen Zusätzen

Antiseptisch wirksam sind Silber, PVP-Jod (mikronisiert) sowie Octenidin- und Polyhexanidlösungen. Die beiden letzteren eignen sich als Spüllösung beim Verbandwechsel, zusätzlich gibt es polyhexanidhaltige Wundgele. Standard antiseptischer wirksamer Wundauflagen ist zurzeit der Einsatz von Silber in Grundlagen wie Hydrokolloiden, Hydropolymeren, Alginaten, Hydrofasern, Aktivkohle etc. Auffällig ist die sehr unterschiedliche Silberfreisetzung, die bei hoher Auslösung von ionischem Silber zu

einer ungefährlichen Grau- bis Schwarzfärbung der Wunde führen kann. Silber wird in der Wunde inkorporiert, dies ist bei kurzfristigem Einsatz unbedeutend. Mehrmonatige Anwendung ist nicht indiziert, da dies zu einer Agyrose (irreversible Silberbelastung) führen könnte.

Aktive Wundauflagen

MMP-Inhibitoren

Eine heterogene Gruppe von Wundprodukten (Suprasorb[®]C, Promogran[®], Promogran Prisma[®], DerMax[®] etc.) binden Matrixmetalloproteinasen. Da diese die Wundheilung hemmen, ist somit eine verbesserte Abheilung mit Induktion der Kollagenneubildung, der Granulation und der Epithelisierung zu erwarten.

In der Regel ist der Einsatz bei chronisch-stagnierenden, vollständig mit Granulationsgewebe bedeckten Wunden ohne ausreichende Heilungstendenz indiziert.

Thrombozytenwachstumsfaktor (PDGF) & Hyaluronsäure

Beide Produkte haben sich aufgrund der hohen Kosten nicht auf dem Markt durchgesetzt.

Fazit

Bei geeigneter Indikation ist mit „modernen Wundauflagen“ unter feuchter Wundbehandlung eine raschere und schmerzärmere Abheilung zu erzielen.

Zahlreiche Produkte mit unterschiedlichen Materialeigenschaften stehen zur Verfügung. Eine „Allround-Wundauflage“ existiert nicht.

Nachwort

Die in diesem Beitrag genannten Produkte sind nur exemplarisch zu sehen. Der Autor erklärt, dass bezüglich dieses Beitrags keine Abhängigkeit zu Herstellerfirmen besteht.

Literatur beim Verfasser

OA Dr. med. Thomas Horn
HELIOS Klinikum Krefeld
Lt. Oberarzt
Dermatologische Klinik
Lutherplatz 40, D-47805 Krefeld
Tel.: +49/2151/32 2880
Fax: +49/2151/32 2005
thomas.horn@helios-kliniken.de
www.helios-kliniken.de/krefeld



„Ich kann Blinde
sehend machen.“

Frau Gertrude Nikischer aus Breitenfurt, Spenderin seit 2006

Mit nur 30 EURO geben Sie einem blinden Menschen in der Dritten Welt das Augenlicht zurück. Spenden Sie Licht für die Welt. PSK 92.011.650. Danke. www.licht-fuer-die-welt.at

Ein interdisziplinäres Kompetenzteam stellt sich vor

Ärzteteam Wundheilung im Ordinationszentrum Döbling



Dr. med. univ. Elisabeth Lahnsteiner

Das Management chronischer Wunden bedarf einer engen interdisziplinären und fachübergreifenden Zusammenarbeit. Die Allgemeinmedizinerin Frau Dr. Elisabeth Lahnsteiner leitet als Initiatorin und Wundspezialistin das Ärzteteam Wundheilung. Ihre WundOrdination ist dabei die Drehscheibe für die optimierte Versorgung der Wundpatienten.

Auf Basis eines ausführlichen Anamnesegesprächs und einer klinischen Untersuchung wird die Wunde von Ihr begutachtet und eine digitale Fotodokumentation angelegt. Die zugrunde liegende Störfaktoren werden evaluiert und ein individuel-

les gesamtheitliches Wundtherapiekonzept festgelegt.

Für die Wundbehandlung im Speziellen werden je nach Wundheilungsphase und Genese die/das individuell geeignete Wundaufgabe/Wundtherapeutikum und Kompressionstherapie ausgewählt.

Bei Wundheilungsstörungen sind spezielle immunmodulatorische Nahrungsergänzungsmittel, eine Lasertherapie sowie das Anlegen eines Unterdrucksystems (Vakkum-Therapie) weitere wichtige Bausteine der erfolgreichen Wundtherapie.

Das Behandlungsspektrum umfasst eine nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen lokalthérapeutische Behandlung von postoperativen Wunden, gefäßbedingten oder durch Diabetes verursachten Hautdefekten an den Beinen, Decubitus oder chronisch schlecht heilende Wunden unterschiedlicher Erkrankungen.

Sind Zusatzuntersuchungen oder –therapien erforderlich, erfolgt eine interdisziplinäre Abstimmung des Behandlungsplans mit den Fachärzten des Ärzteteam Wundheilung.

Was kann der Gefäßchirurg für die Wundheilung tun?

Oberstes Ziel jeder gefäßmedizinischen Behandlung ist es, die Möglichkeiten der lokalen Wundbehandlung bestmöglich zu unterstützen. Funktionsstörungen arterieller und venöser Genes sind zu erkennen und abzuklären. Der Patient wird über die Befunde und deren Bedeutung in Bezug auf die chronische Wunde aufgeklärt und die zur Heilung beitragenden Behandlungsmöglichkeiten besprochen (konservativ, operativ oder Sklerosierungstherapie mittels Schaumverödung/Aethoxysklerol) und durchgeführt.

Was kann der Hautarzt für die Wundheilung tun?

Die Ursachen für die Entstehung chronischer Wunden sind äußerst vielfältig und erfordern daher oft ergänzende differentialdiagnostische Behandlungsstrategien durch den Hautarzt. Immuno-



Im Bild v.l. nach re.: Doz. H. J. Trnka (Orthopädie), OA G.S. Bayer (Plastische Chirurgie), Dr. E. Lahnsteiner AM und Wundspezialistin, Prim. K. Steyrer (Dermatologie), Prof. W. Trubel (Chirurgie/Gefäßchirurgie)

logisch bedingte Hauterkrankungen wie Pyoderma gangränosum, Vaskulitis oder auch tumoröse Hautgeschwüre werden beispielsweise labordiagnostisch sowie durch eine Gewebsprobe histologisch abgeklärt und die therapeutischen Konsequenzen im Wundteam interdisziplinär abgestimmt.

Was kann der plastische Chirurg für die Wundheilung tun?

Stark fibrinös belegte oder nekrotische Wunden erfordern vor Applikation der Lokalthherapie oder operativen Intervention eine sorgfältige mechanische Wundreinigung – instrumentell oder mit einem Hydro-Surgery-System. Große oder therapierefraktäre Wunden werden nach erfolgter phasengerechter Wundbettkonditionierung einer plastisch-chirurgischen Defektdeckung (Hauttransplantation oder Gewebetransfer) zugeführt. Ziel dabei ist nicht nur eine Stabilität des betroffenen Gewebes und somit eine vollständige Abheilung der Wunde, sondern auch ein kosmetisch ansprechendes Ergebnis.

Was kann der Orthopäde für die Wundheilung tun?

Stoffwechselbedingte Erkrankungen wie z.B. Diabetes mellitus führen oft zu ausgeprägten Fußdeformitäten die druckbedingte Hautdefekte zur Folge haben. Das Ziel der orthopädischen Behandlung des Charcot-Fußes ist es, die degenerativen Veränderungen zu erkennen und knöcherne Deformitäten zu stabilisieren oder wieder zu rekonstruieren. Ganganalyse und Pedographie sowie ein orthopädischer Schuhmacher im Team vor Ort optimieren die Behandlungsstrategie.

Neu im Ärzteteam Wundheilung ist eine Anästhesistin mit der Spezialisierung in der Schmerztherapie. Internisten mit unterschiedlichen Spezialgebieten, wie z.B. Kardiologie oder Stoffwechsel und Endokrinologie, bieten Ihre Zusammenarbeit an. Das Kassen-Ambulatorium Döbling im Haus vis a vis bietet modernste radiologische Diagnostik und ein Labor an.

Ist ein Patient nicht mobil, wird er unter ärztlicher Anordnung von einer diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester mit Wunddiplom im Rahmen der medizinischen Hauskrankenpflege betreut.

Die enge Zusammenarbeit in der Wundordination mit den Fachdisziplinen der diagnostischen (z.B. Histopathologie, Labor, Radiologie), konservativen (z.B. Dermatologie, Innere Medizin, Physikalische Therapie) und operativen Fächer (z.B. Gefäßchirurgie, Plastische Chirurgie, Orthopädie) schafft somit eine unabdingbare Voraussetzung für eine erfolgreiche Wundtherapie und ermöglicht den Patienten wieder eine neue Lebensqualität.

Dr. med. univ. Elisabeth Lahnsteiner
 Leitung Ärzteteam Wundheilung
 Ordinationszentrum Döbling
 Heiligenstädterstraße 46–48
 A-1190 Wien
 Mobil: +43/676/72 69 680
 Fax: 01/406 30 39
www.wundheilung-doebling.com
info@wundordination.at

22 Anzeige Plus 

Wundsanierer Suprasorb® X + PHMB

Polyhexanidhaltige Wundaufgabe reduziert Schmerzen schneller und effektiver als Silberwundaufgaben

Patienten mit chronischen, infizierten oder traumatischen Wunden leiden oft unter großen Schmerzen, insbesondere beim Verbandwechsel. Deshalb gilt als wichtiges Therapieziel neben der Heilung die schnelle Schmerzbefreiung. Hierbei ist die Auswahl der Wundaufgabe entscheidend. Der polyhexanidhaltige Zelluloseverband Suprasorb® X + PHMB führt signifikant schneller und nachhaltiger zur Schmerzreduktion als silberhaltige Wundaufgaben. Das bestätigten erste Interimsergebnisse einer randomisierten, multizentrischen, prospektiven und kontrollierten Vergleichsstudie.¹ In dieser wurden die Effekte der Wundaufgaben hinsichtlich Schmerzen und Keimlast bei kritischer Kolonisation oder lokaler Infektion über einen Zeitraum von 28 Tagen vergleichend untersucht. „Es zeigte sich, dass der Zellulose-Feuchtverband unabhängig von antimikrobieller Wirkung und heilungsfördernden Effekten eine stärker schmerzmindernde Wirkung hat als die Standardtherapie mit silberhaltigen Wundaufgaben“, resümierten Prim. Univ.-Doz. Dr. Robert Strohal, Leiter der Abteilung für Dermatologie und Venerologie am universitären Lehr- und Schwerpunkt-Krankenhaus Feldkirch sowie Präsident der Austria Wound Association (AWA) und Dr. Jürg Traber, Ärztlicher Direktor der Klinik Bellevuepark Venenambulanz Kreuzlingen. Die Studie stellte er auf einem L&R-Satelliten-Symposium* vor.

Die in die Studie eingebundenen Patienten erhielten zur Behandlung ihrer akuten oder chronischen Wunden unterschiedlicher Genese entweder Suprasorb® X + PHMB oder eine silberhaltige Wundaufgabe nach dem Standard des jeweiligen Zentrums (best silver standard care). Bei der Zwischenauswertung der Ergebnisse von 37 Patienten reduzierte sich der Gesamtschmerz in beiden Gruppen über die gesamte Studiendauer. Bereits nach dem ersten Verbandwechsel waren die Schmerzen nach der Anwendung von Suprasorb® X + PHMB deutlich geringer als in der Vergleichsgruppe mit Silberprodukten. Auch in Bezug auf den Gesamtschmerz ergab sich schon ab dem ersten Tag eine signifikante Reduktion und nach vier Wochen lag dieser in der niedrigsten Schmerzkategorie (Mittelwert VAS: 1,78). Die Patienten hatten kaum noch oder gar keine Schmerzen mehr.

„Bereits die Zwischenauswertung zeigt bei dem polyhexanidhaltigen Zellulose-Feuchtverband im Vergleich zur Silbergruppe eine deutlich höhere Schmerzreduktion in allen Schmerzsituationen“, fasste Strohal die Ergebnisse zusammen. „Die Studie lässt außerdem die Vermutung zu, dass damit zusätzliche medikamentöse Maßnahmen sowie analgetische Verbände eingespart werden können,“ führte der Mediziner weiter aus.

Die schmerzlindernden Effekte von Suprasorb® X + PHMB bestätigte auch eine Pilotstudie an 16 Patienten mit Operationswunden.² Sie hatten entweder Abszesse an den Fußsohlen, eine infizierte Wunde oder es lag eine teilweise bzw. vollständige Vorfußamputation vor. Das Wundbett wurde nach der Operation 24 Stunden mit dem polyhexanidhaltigen Zelluloseverband behandelt. Beim anschließenden Verbandwechsel hatten 13 Patienten (rund 81%) keinerlei, zwei Patienten leichte und nur ein Patient mittlere Schmerzen. Die Untersuchung zeigte außerdem, dass der Wundverband ein gutes Exsudatmanagement aufweist, ohne Mazerationen in der Umgebungshaut hervorzurufen. Er ist nicht adhäsiv, einfach in der Wunde zu identifizieren und lässt sich an einem Stück entfernen. Dadurch werden Schmerzen beim Verbandwechsel minimiert.

Einziger Zelluloseverband mit Polyhexanid

Suprasorb® X + PHMB von Lohmann & Rauscher (L&R) ist der einzige polyhexanidhaltige Biozelluloseverband in der feuchten Wundbehandlung. Er beseitigt ein breites Erregerspektrum und überführt selbst hartnäckig MRSA-kontaminierte Wunden in MRSA-freie. Außerdem zeichnet sich der Wundverband durch eine hohe Verträglichkeit aus und verfügt über ein außergewöhnliches Exsudatmanagement: Wo nötig, gibt er

Feuchtigkeit ab und nimmt gleichzeitig an anderer Stelle überschüssiges Exsudat auf. Resistenzbildungen sind bisher nicht aufgetreten. Das HydroBalance-System reduziert den Schmerz und fördert die Wundheilung. Suprasorb® X + PHMB ist für kritisch kolonisierte und lokal infizierte, schwach bis mittel exsudierende Wunden indiziert – insbesondere für die Behandlung chronischer Wunden. Durch das weiche und anschmiegsame Material passt sich der Verband der Wunde an.

Außerdem ist Suprasorb® X + PHMB die einzige feuchte Wundaufgabe, die in der praxisorientierten Expertenempfehlung zur Behandlung kritisch kolonisierter und lokal infizierter Wunden empfohlen wird^{3,4}. Diese wird durch die deutschen und österreichischen Fachgesellschaften im Bereich der Wundversorgung befürwortet: Austria Wound Association (AWA), Deutsche Gesellschaft für Wundheilung (DGfW) und Initiative Chronische Wunden (ICW).

Lohmann & Rauscher ist ein international tätiges Unternehmen mit breitem Produkt-Portfolio. L&R produziert zukunftsorientierte Medizin- und Hygieneprodukte, vom einfachen Verbandstoff bis zu modernen Therapie- und Pflegesystemen. In Fachkreisen zählt Lohmann & Rauscher zu den kompetenten Lösungsanbietern auf dem Gebiet der feuchten Wundbehandlung. Für individuelle Wundzustände lässt sich aus der Suprasorb®-Familie eine nach neuesten medizinischen Erkenntnissen angepasste Wundtherapie zusammenstellen.

FB

Quellen

- Galitz C, Hämmerle G, Signer M, Gruber-Mösenbacher U., Traber J, Eberlein T, Abel M, Strohal R. (2009): Polyhexanide versus silver wound dressings – first interim results of a controlled, randomized, prospective multicentric study, EWMA J 9 (May, Suppl): 171
- Nielsen, A. M., Fremmelevholm A (2009): HydroBalances cellulose based wound dressing with polyhexanide used in surgical wounds, EWMA J 9, (May, Suppl): 105
- Dissemond J, Gerber V, Kramer A, Riepe G, Strohal R, Vassel-Biergans A, Eberlein T (2009): Praxisorientierte Expertenempfehlung zur Behandlung kritisch kolonisierter und lokal infizierter Wunden mit Polihexanid, Wundmanagement 3(2): 62-68
- Dissemond J, Gerber V, Kramer A, Riepe G, Strohal R, Vassel-Biergans A, Eberlein T (2009): Praxisorientierte Expertenempfehlung zur Behandlung kritisch kolonisierter und lokal infizierter Wunden mit Polihexanid, Zeitschrift für Wundbehandlung 14(1): 20-26

* Symposium Lohmann & Rauscher „Antimikrobielle Lokaltherapie bei chronischen Wunden“, 19. Juni 2009, im Rahmen der gemeinsamen Jahrestagung der Schweizerischen und Österreichischen Gesellschaft für Wundbehandlung (SAFW und AWA) in Zürich.



Dermatologische Veränderungen von Haaren, Nägeln, Schweißdrüsen & Co



Ao. Univ.-Prof. Dr. Daisy Kopera

Die folgenden Seiten enthalten praktische Tipps effektiv und mit möglichst wenig Zeitaufwand auch diese „lästigen“ Anliegen zufriedenstellend in den Griff zu bekommen.

Dieser Überblick ist fokussiert auf Symptome und Hautveränderungen ohne nennenswerten Krankheitswert, sogenannte „non-diseases“. Wahrscheinlich sind diese Konditionen unterdiagnostiziert und oft auch gar nicht medizinischer Betreuung unterzogen, dennoch mindern sie die Lebensqualität vieler Betroffener. Die meisten dieser „Un-Erkrankungen“ beeinträchtigen das Erscheinungsbild in ästhetischer Hinsicht oder das subjektive Wohlbefinden und können unter gewissen Voraussetzungen zur psychischen Belastung werden (Disstress).

Vielfach sind die Hautanhangsgebilde unmittelbar mit diesen Symptomen assoziiert und Ursache eines gestörten Selbstwertgefühls.

Nägel

Onychodystrophie

Nagelwachstumsstörungen können unzählige Ursachen haben. Sehr oft sind sie mechanisch bedingt. Zum Beispiel durch enges Schuhwerk oder durch besondere, wiederholte Belastung der Zehenspitzen bei verschiedenen Sportarten können durch Druck Rillen in der Nagelplatte entstehen oder sich der Nagel vom Nagelbett lösen. Nicht immer sind diese Wachstumsstörungen reversibel. Vor allem bei chronischer Einwirkung schädigender Kräfte.

Onychomycosis

Pilzinfektionen der Nägel führen vor allem bei älteren Menschen, Diabetikern zu krümeligen gelblichen Veränderungen der Nagelplatten, besonders an den Zehennägeln, da diese sehr langsam wachsen und daher leichter für Pilze angreifbar sind. Die systemische Behandlung ist mit modernen antimykotischen Präparaten problemlos und effektiv. Manchmal ist die mikrobiologische Diagnostik durch den Befall mit selteneren Pilzspezies oder Mikroorganismen wie *Proteus mirabilis* nicht ganz einfach.

Onychoschisis

Durch mechanische Faktoren (Maniküre) oder bei einseitiger Ernährung, Anämie, Mangel an Kalzium, Eisen und Spurenelementen kann es zu horizontaler Aufsplitterung der Nagelplatte kommen.

Onychogryposis

Besonders bei alten, nicht sehr sorgfältigen gepflegten Mitmenschen beobachtet man mitunter extrem lang gewachsene, in Wuchsrichtung gekrümmte dicke Nagelplatten. Durch regelmäßige Pediküre sind derartige Zustandsbilder vermeidbar.

Ölflecken/Tüpfelnägel

Gelblich-bräunliche Flecken in der Nagelplatte treten mitunter als Ausdruck einer Nagelbeteiligung im Rahmen einer Psoriasis auf. Kleine, wie in die Nagelplatte gehämmerte Grübchen

bezeichnet man als „Tüpfelnägel“, sie werden manchmal als Begleitsymptom bei Psoriasis aber auch bei Alopezia areata beobachtet und sind fakultativ reversibel, wenn der Nagel auswächst.

Leukonychie

Weißer Fleckchen in der Nagelplatte entstehen meist durch übertriebene Maniküre oder habituelle, oft unbewusste Manipulationen an den Nägeln.

Haare

Haarausfall (Diffuses Effluvium)

Diffuser Haarverlust (Effluvium) kann unzählige Gründe haben. Einerseits ist es bis zu einem gewissen Grad physiologisch, täglich Haare zu verlieren (bis zu 100 Haare pro Tag) andererseits können zahlreiche Ursachen zu tatsächlich vermehrtem Haarausfall führen. Die Therapie erschöpft sich meist in der Suche nach dem möglichen Auslöser und gegebenenfalls dessen Sanierung. Abgesehen von den klassischen Formen von Haarausfall (hormonell bedingte Alopeziformen, Alopezia areata, vernarbende Alopezie wie z.B. Folliculitis decalvans und Lichen planopilaris, Pilzkrankungen der Kopfhaut), welche in den Lehrbüchern für Dermatologie oder Trichologie nachzulesen sind^{1,2} gibt es einige Ursachen für vermehrtes Effluvium die mehr oder weniger leicht fassbar und oft auch relativ einfach behebbar sind. Hypermenorrhoe zum Beispiel führt zu einem regelmäßigen Verlust an Eisen und früher oder später zu einem chronischen Eisenmangel der ein aktutes diffu-

ses Effluvium auslöst – Eisensubstitution ist hier die Therapie der Wahl. Hungerkuren, Anorexie oder rasche Reduktion des Körpergewichts aus anderen Gründen ist eine weitere Ursache dafür, dass Haarfollikel aus einer Art natürlichem „Selbstschutz“ länger als normal in der Telogenphase (Ruhephase) bleiben um abzuwarten bis die Wachstumsbedingungen wieder besser sind um dann erst wieder in die Anagenphase (die eigentliche Wachstumsphase) zu treten und ein Haar zu produzieren. An dieser Stelle ist sicher auch das postpartale Effluvium bei Frauen zu erwähnen, welches durch das rasche Sinken des Serumöstrogenspiegels nach einer Geburt bedingt ist und etwa drei bis vier Monate nach dem freudigen Ereignis auffällt. In den meisten Fällen legt sich der übermäßige Haarverlust nach Normalisierung der hormonellen Situation innerhalb weiterer Monate wieder und die Haare erreichen wieder die normale Dichte. Diffuses Effluvium kann aber auch psychische Ursachen haben. Viele Patienten lassen sich aus verschiedenen Gründen in eine Schraube übertriebener Selbstbeobachtung treiben. Sie weisen de facto ein normales, altersentsprechendes Behaarungsmuster auf, fixieren sich aber darauf täglich zu viele Haare zu verlieren. Dieser Zustand, der eine unauffällige Kopfbehaarung aufweist und daher durch den Begriff „subklinischer Haarausfall“ (subklinische Alopezie, Kopera, bislang unveröffentlicht) am besten charakterisiert sein mag, kann in vielen Fällen am besten durch psychosomatische Betreuung gebessert werden. Ein Husarenstück ist es, diesen vordergründig dermatologischen Patienten dies plausibel zu machen. Die Verordnung robrierender Maßnahmen wie Gelatine, Kieselerde, Zink und Vitaminen kommt zumindest dem Behandlungswunsch entgegen.

Hypertrichose/konstitutioneller primärer Hirsutismus

Hypertrichose ist das andere Extrem, an dem viele Patienten leiden. Oft ist die Ursache nicht fassbar und auch klinisch lediglich eine ethnisch bedingte, konstitutionelle relative Haarvermehrung vorliegend. Echte Hypertrichosen sind selten. Die Auffassung von „was ist zuwenig, was normal und was ist zuviel“ ist auch hier individuell sehr unterschiedlich und Selbstbeobachtung bzw. Selbstwertgefühl spielen hier eine wesentliche Rolle. Manche junge Männer mit behaartem Rücken nehmen es gelassen, andere trauen

sich nicht mehr ins Schwimmbad, manche junge Frauen mit südländischen Wurzeln akzeptieren ihre Gesichtshaarung wie Generationen vor ihnen auch, andere gehen ohne den notfalls epilierenden Wachsstreifen in der Tasche zu haben nicht einen halben Tag außer Haus. Die Ursache des idiopathischen Hirsutismus (ca. 20% der Betroffenen) ist unbekannt, deshalb ist eine kausale Therapie nicht möglich. Neuerdings gibt es Efflornithin-hältige Cremes, welche das Haarwachstum bei regelmäßiger Anwendung deutlich verlangsamen. Auch Therapieversuche mit Antiandrogenen sind einen Versuch wert. Hirsutismus aufgrund hormoneller und metabolischer Störungen im Rahmen des PCO-Syndroms (70%) ist bis zu einem gewissen Grad besser beeinflussbar, wengleich symptomatische Maßnahmen wie lichtassistierte Haarreduktion – sei es mittels Laser oder IPL – in jedem Fall den besten Erfolg bringen, am besten in Kombination mit topischem Efflornithin.

Haarstrukturschäden

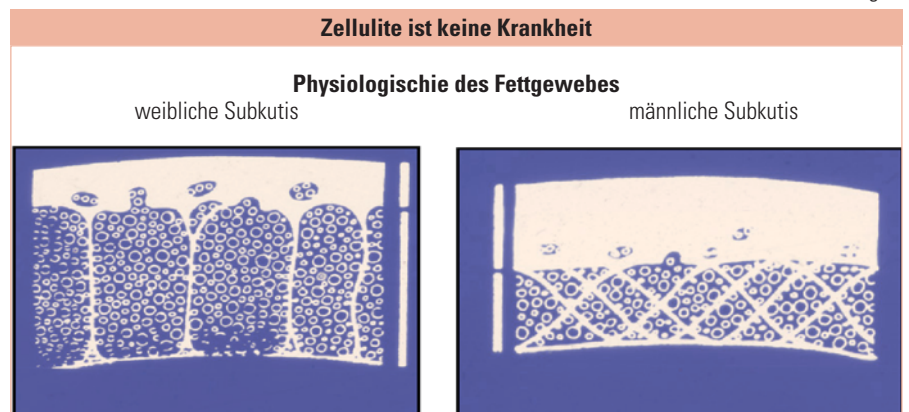
„Spliss“ (= gespaltene Haarspitzen), Trichorhexis nodosa (= brüchige Haare), trockene, nicht gut in Form bring bare,

„struppige“ Haare sind meist durch übertriebene, austrocknende stylistische Maßnahmen bedingt, wie zum Beispiel zu heißes Föhnen, heiße Lockenwickler, Ffrisurstäbe, alkoholhaltige Haarfestiger usw. bedingt und lassen sich durch Änderung der Hairstyling-Gewohnheiten, Schneiden der gespaltenen Spitzen und nährende Haarpackungen wieder beseitigen. Haarshampoos sollten unbedingt pH-neutral sein und die Kopfhaut nicht austrocknen.

Pityriasis capillitii (Kopfschuppen)

Trockene Schuppen entstehen durch Austrocknung der Kopfhaut, zum Beispiel nach langfristiger Anwendung alkoholischer Haartinkturen, fettige Schuppen hingegen bei übermäßiger Seborrhoe der Kopfhaut, getriggert durch die Wirkung von Androgenen (Stress, relative Hyperandrogenämie), wenn die normalerweise abschilfernden Epithelien an der Kopfhaut „kleben bleiben“, bzw. bei Psoriasis capillitii und in der Extremvariante als Tinea amiantacea. Klinisch nicht recht einzuordnende Zustände sind am besten mit Seborrhias capillitii charakterisiert. Das Behandlungsspektrum von Kopfschuppen reicht demnach vom simplen Absetzen der alkoholhaltigen Topika bis zum forcierten Abschuppen mit salicylöl- und/oder schieferöhlhaltigen Okklisivverbänden (Packungen) und nachfolgender Kopfwäsche mit Zink-Shampoos. Bei chronisch geröteter, juckender und schuppender seborrhoischer Kopfhaut hat sich die Anwendung von azolhaltigen Haarshampoos (auch als Dauerprophylaxe/-therapie) bewährt, da das auf seborrhoischer Haut zahlreich vorhandene Pityrosporum ovale damit in die Schranken gewiesen werden kann und sich dadurch sowohl Juckreiz als auch Rötung und Schuppung wesentlich bessern.

Abbildung 1



Schweißdrüsen

Primäre Hyperhidrose

Exzessive Überproduktion von Schweiß generalisiert oder fokal – vor allem im Bereich der Achselhöhlen, der Handflächen und Fußsohlen – führt bei den Betroffenen mitunter zu funktionellen und emotionalen Problemen. Sekundär kann übermäßige Schweißproduktion auch thyreogen, hormonell oder diabetogen bedingt sein. Therapeutisch kommen neben lokalen Maßnahmen wie dem Aufbringen von aluminiumchloridhaltigen Zubereitungen auch die Leitungswasser-Iontophorese und chirurgische Interventionen zur Anwendung. Als besonders effektiv, wenn auch nur für einen Zeitraum von etwa einem Jahr anhaltend, hat sich die intrakutane Injektion von Botulinumtoxin A erwiesen. Die Verordnung von Belladonna-Alkaloiden und Serotonin-

antagonisten wie Paroxetin stellen weitere Behandlungsoptionen dar⁴.

Erythrasma

Rasenartiger Bewuchs mit pigmentproduzierenden Korynebakterien (*Corynebacterium minutissimum*) manifestiert sich klinisch durch axillär oder inguinal auftretende braunrötliche, scharf begrenzte, polyzyklische Areale, die eine pityriasiforme Schuppung aufweisen können. Sie zeigen Rotfluoreszenz im Wood-Licht, da Korynebakterien Porphyrin produzieren. Antibiotische bzw. azolhaltige Lokalthherapie und antiseptische Seifen bringen die Veränderungen meist rasch zur Abheilung.

Hidradenitis

Chronische Entzündungen der Schweißdrüsen treten im Rahmen der

Akne conglobata als chronische Hidradenitis suppurativa durch follikuläre Okklusion auf. Solitäre Schweißdrüsenentzündungen sind meist durch mechanische Trigger (z.B. axilläre Rasur) ausgelöst. Diese meist recht schmerzhaften fokalen Entzündungsherde lassen sich topisch nicht wirklich gut therapieren. Systemische Antibiose ist ratsam, bei schweren Formen lässt sich eine chirurgische Intervention nicht verhindern.

Bromhidrosis

Der Begriff Bromhidrosis⁵ charakterisiert das Auftreten von unangenehmem Geruch im Zusammenspiel mit vermehrter Schweißsekretion der Schweißdrüsen an den Fußsohlen sowie der apokrinen Duftdrüsen axillär und inguinal. An den Füßen kommt es durch vermehrten Schweiß zur Verschiebung des pH-Werts. In diesem alkalischen Milieu findet eine

Excipial® Deo forte

Antitranspirantien wie Excipial® DeoForte reduzieren die (ekkrine) Schweißabgabe und damit die abgesonderte Schweißmenge erheblich. Darüber hinaus wird unangenehmer Körpergeruch durch Hemmung des Bakterienwach-

tums und deodorierende Eigenschaften verhindert.

Excipial® DeoForte ist die lipidarme Deo-Creme vom Typ Öl-in-Wasser zur Anwendung bei normaler bis übermäßiger Schweißbildung (Hyperhidrose). DeoForte wirkt transpirationshemmend, bakteriostatisch, ist dezent parfümiert und beugt unangenehmem Körpergeruch vor. Durch den Verzicht auf Konservierungsmittel ist Excipial® DeoForte bestens hautverträglich.

In einer Anwendungsbeobachtung konnte gezeigt werden, dass die vorhandene Schweißmenge nach einer viertägigen Anwendung um 47% vermindert wurde. Im Geruchstest über acht Stunden wurde dem Produkt ein sehr guter deodorierender Effekt attestiert. Der enthaltene Wirkstoff Aluminiumhydroxychlorid in 15%iger Konzentration entfaltet seine Wirkung am Ausgang des Schweißdrüsenkanals und reduziert dadurch die ekkrine Schweißmenge, wie sie insbesondere in den Achselhöhlen, an den Händen und Füßen vorkommt.

Bevorzugt am Abend auf die gereinigte Haut auftragen, da sich bei inaktiven Schweißdrüsen die Wirkung am Besten entfalten kann. Die Antitranspirationswirkung erreicht bis zu 24 Stunden,

damit ist der Langzeitschutz auch am Tag gegeben. Bei übermäßiger Transpiration kann Excipial DeoForte® morgens und abends angewendet werden. Auch Sportlern bietet die Creme zuverlässigen Schutz.

- Deo-Creme mit optimaler Hautverträglichkeit;
- zuverlässige 24 Stunden Langzeitwirkung;
- bei normaler bis sehr starker Schweißbildung;
- reduziert die Schweißmenge bis zu 47%;
- ohne Konservierungsmittel;
- für Achseln, Hände und Füße geeignet;
- beim Sport: gegen extremes Schwitzen in Traingsschuhen (auch bei Kindern).

Weitere Informationen bei
 Spirig Pharma GmbH
 Mag.^a Sophie Neckam
 Leonfeldner Straße 2-4, A-4040 Linz
 Telefon: +43/732/715 993
 Fax: +43/732/715 993-20
 s.neckam@spirig.at
 Web: www.spirig.at



Reihe von Bakterien (*Bacterium graveolens*, *Bacterium foetidum* u. a.) optimale Lebensbedingungen. Auf die Tätigkeit dieser Bakterien wird die Entstehung des Fußgeruches zurückgeführt. Ähnlich verhält es sich mit dem aus den Duftschweißdrüsen sezernierten apokrinen Schweiß, welcher von Bakterien in mehr oder weniger stark riechende Fettsäuren und Ammoniak gespalten wird. Der so entstehende säuerlich-ranzige Geruch ist für die Betroffenen stark belastend und auch wenn sie sich mehrmals täglich waschen kann die Angst „zu riechen“ psychisch sehr belastend werden. Dies führt in manchen Fällen bis zur Dismorphophobie mit wahnhaften Geruchsvorstellungen. Von Außenstehenden hingegen wird der auftretende Geruch meist als mangelnde Hygiene interpretiert. Die Tatsache, dass die Sekretion der apokrinen Duftdrüsen adrenerg gesteuert ist, erklärt die erhöhte Schweißproduktion in Stresssituationen.

Trichomycosis palmellina

Inkrustierung der Achselhaare durch Schweißresiduen und Hornschichtdebris bei Personen mit starker Schweißneigung und bescheidener Körperhygiene ist ein weitverbreiteter Befund v.a. in der warmen Jahreszeit. Antiseptische Seifen schaffen Abhilfe.

Mit den Hautanhangsgebilden assoziierte Gesichtsdermatosen

Talgdrüsenhyperplasie

Diese typischen Altersveränderungen manifestieren sich als kleine, flach erhabene gelbliche Knötchen mit gelapptem Aufbau und finden sich im Gesicht vor allem bei seborrhöischem Hauttyp. Eine Behandlung erfolgt nur aus kosmetischen Gründen kaustisch oder mittels Laser.

Syngome

Diese häufigen, harmlosen Adnextumore sind Hamartome des ekkrinen Drüsenausführungsgangs und treten vor allem bei Frauen auf. Ihre Entfernung wird meist aus ästhetischen Gründen gewünscht und gelingt am besten mit einem koagulierenden Lasersystem.

Demodex Follikulitis

Bei hartnäckigen, therapieresistenten Gesichtsdermatosen die als periorale Dermatitis oder Rosacea diagnostiziert werden sind die Haarfollikel oft primär

oder sekundär von *Demodex folliculorum* besiedelt. Diese im Haarbalg der Gesichtshaut lebenden Milben können die Ursache für die frustranen Behandlungsergebnisse darstellen. Permethrin-hältige Externa oder die einmalige systemische Gabe von Ivermectin sind Therapieoptionen.

Xanthelasmen

Polsterartige gelbliche Fetteinlagerungen an der Haut der Augenlider stehen zwar nicht unmittelbar mit Hautanhangsgebilden in Zusammenhang, lassen sich aber auch unter die „non-diseases“ reihen. Manchmal findet man familiäre Hypercholesterinämien, oft sind aber auch keine pathologisch veränderten Serumlipidspiegel zu verzeichnen und ein pathogenetischer Konnex ist nicht darzustellen. Laserkoagulation der Fetteinlagerungen ist derzeit die effizienteste Behandlungsmöglichkeit⁶.

Mit der Subkutis assoziierte Symptome

Zellulite (Orangenhaut)

Dieses zur „Krankheit“ hochstilisierte Symptom kommt durch physiologische Gegebenheiten zu Stande⁷. Gluteal zum Beispiel zeigt sich das so verhasste Bild der Zellulite („A girl's nightmare“, Kommentar zu Zellulite aus dem www) sogar bei (gesunden) Babies beider Geschlechter sobald man die Haut über den Gesäßbacken etwas zusammenkneift. Grundsätzlich ist die subkutane Fettschicht bei männlichen Individuen von mehr Bindegewebsfasern durchsetzt (Abb. 1) als bei weiblichen. Durch diese gröbere „Kammerung“ der Fettschicht kann bei entsprechendem Füllungsgrad der Fettkammern oder bei mechanischem Zusammenkniffen der Haut der als unästhetisch empfundene, „orangenhautähnliche“ Aspekt entstehen. Zusätzlich wird diskutiert ob nicht auch Flüssigkeitsretention im Fettgewebe (östrogenabhängig?!) eine gewisse Rolle bei der Entstehung von Zellulite spielt. Besonders betroffene Körperpartien sind die Lateralseiten der Oberschenkel („Reiterhosen“) und die Glutealregion.

Zahlreiche zum Teil absurd anmutende Therapien werden für den Kampf gegen Zellulite angeboten (Endermologie, Thermage, Saugglockentherapie usw.). Letztlich sind jedoch bewusste Ernährung, Normalgewichtigkeit, konsequente

Bewegung und Massagen zur Durchblutungsförderung die am besten wirksamen und preiswertesten Maßnahmen zur Bekämpfung dieses Symptoms.

Zusammenfassung

Haare, Nägel, Schweißdrüsen, Talgdrüsen und subkutanes Fettgewebe weisen mitunter ästhetisch störende Veränderungen auf, die zur psychischen Belastung der Betroffenen werden und deren Selbstwertgefühl mindern.

Viele DermatologInnen erachten die Behandlung dieser Symptome aufgrund des geringen oder fehlenden Krankheitswerts als unnötig. Der Lebensqualität unserer PatientInnen ist es jedoch sehr zuträglich, als gewissenhafte SpezialistInnen auch auf diese „Un-Krankheiten“ einzugehen.

Literatur

1. Braun Falco O, Plewig G, Wolff H. Dermatologie und Venerologie. Springer, Berlin, 2005.
2. Olsen E. Disorders of hair growth. Diagnosis and treatment. Mc Graw Hill, New York, 1994.
3. Kopera D. Systemisch, topisch, physikalisch: Moderne Möglichkeiten zur Haarentfernung. Kosmet Med 2004; 25: 14-17.
4. Praharaj SK, Arora M. Paroxetine useful for palmar-plantar hyperhidrosis. Ann Pharmacother 2006; 40: 1884-6.
5. Kunachak S, Wongwaisayawan S, Leelaudomilipi P. Noninvasive treatment of bromidrosis by frequency doubled q-switched Nd:YAG laser. Aesthetic Plast Surg 2000; 24:198-201.
6. Berger C, Kopera D. KTP-Laser-Koagulation bei Xanthelasma palpebrarum. JDDG 2005; 10: 775-779.
7. Nürnberg F, Müller G. So-called cellulite: an invented disease. J Dermatol Surg Oncol 1978; 4: 221-9.

Ao. Univ.-Prof. Dr. Daisy Kopera
Univ.-Klinik für Dermatologie
Medizinische Universität Graz
Auenbruggerplatz 8, A-8036 Graz
Tel.: +43/316/385 -81 817
Fax-Dw: -2466
daisy.kopera@meduni-graz.at



Einfache und schmerzlose Behandlung – Neben der Verödung von Besenreisern und Krampfadern wird jetzt auch bei Hämorrhoidalleiden verödet – Verödung kann eine Alternative zu aufwändigeren Interventionen sein.

Jeder zweite Erwachsene, Männer wie Frauen, erkrankt im Laufe des Lebens – zumeist zwischen dem 45. und 60. Lebensjahr – an Hämorrhoiden. Für diese Volkskrankheit stehen wirksame Behandlungsmethoden zur Verfügung, die noch zu wenig genutzt werden, weil das Hämorrhoidalleiden immer noch Tabuthema ist. Vor allem in der Anfangszeit des Leidens ist die Behandlung sehr einfach und ohne Operation möglich, nämlich durch eine Verödung (Sklerotherapie). Sie ist effektiv, fast oder überhaupt schmerzlos und kann ambulant durchgeführt werden. Die Methode ist vergleichbar mit der Verödung von Besenreisern oder Krampfadern. Jetzt erteilte das Gesundheitsministerium offiziell die Zulassung für die Verödung bei Hämorrhoidalleiden ersten und zweiten Grades (Aethoxysklerol®/Wirkstoff Polidocanol). Auf Grund der einfachen und kostengünstigen Anwendung rückt die Verödungsmethode bei Hämorrhoidalleiden nunmehr stark in den Vordergrund. Univ.-Prof. Dr. Max Wunderlich (siehe Bild), Leiter der Chirurgie im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern in Wien, ist überzeugt vom wachsenden Stellenwert der Sklerosierungstherapie, weil sie bei Versagen nichtinvasiver konservativer Maßnahmen (orale Medikation, Suppositorien, Salben) eine exzellente Alternative zu oft voreilig eingesetzten aufwändigeren Operationen darstellt.

Wie entsteht das Hämorrhoidalleiden?

Am Übergang vom Mastdarm zum Analkanal befinden sich unter der Schleimhaut ringförmig angelegte, schwammartige, arteriovenöse Gefäßpolster, die im Bereich des inneren Schließmuskels für die Feinabdichtung des Enddarms sorgen. Erst bei Beschwerden von Seiten dieses Gefäßpolsters oder bei seiner krankhaften Vergrößerung spricht

Verödung bei Hämorrhoidalleiden nun auch in Österreich zugelassen

man von Hämorrhoidalleiden. Für die Entstehung der Krankheit werden zahlreiche Faktoren genannt, wie: genetisch bedingte Bindegewebsschwäche, falsche Ernährung, Verstopfung mit Pressen zum Stuhlgang, Bewegungsmangel, Übergewicht. Einzig gesichert ist der Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt.

Das Hämorrhoidalleiden wird in vier Grade eingeteilt: Normal große Hämorrhoidalgefäße, die bluten, entsprechen Grad I. Später vergrößern sie sich, allerdings ohne vorzufallen bzw. von außen sichtbar zu werden (Grad II). Wenn sie vor die Analöffnung fallen (z.B. beim Stuhlgang), aber spontan wieder zurück gleiten spricht man von Grad III. Wenn die Hämorrhoiden auf Dauer vorgelassen sind, handelt es sich um Grad IV.

Das Hauptsymptom beim Hämorrhoidalleiden vom Grad I und II sind hellrote Blutungen beim Stuhlgang. Fallweise bestehen Juckreiz oder ein leichtes Druckgefühl, selten Schmerzen.

Abhilfe mit geringem Aufwand

Zu den kausalen Behandlungsmethoden für das Hämorrhoidalleiden I. und II. Grades (nicht aber für jene von Grad III und IV) zählen zwei minimal invasive Therapien: Veröden oder Abbinden mit Gummibandligatur. Bei der Verödung wird über ein Proktoskop das Sklerosierungsmittel mit einer feinen Nadel unter die Schleimhaut oberhalb der Hämorrhoidalzone injiziert. Das Sklerosierungsmittel bewirkt im Injektionsbereich eine gewünschte Gewebsreaktion, gefolgt von einer Schrumpfung der Hämorrhoiden. Das entstehende Narbengewebe fixiert die Hämorrhoiden am Untergrund und drosselt die Blutzufuhr. Dadurch schwinden die Beschwerden in der Regel. Das Verfahren dauert nur wenige Minuten und ist meist nahezu schmerzlos, weil sich in der Mastdarmschleimhaut keine sensiblen Nervenfasern finden.

Patienteninformation im Internet

Ratgeber zum Thema Hämorrhoidalleiden und Krampfadern gibt es kostenlos auf der Website www.veroedung.at.

Fachliche Fragen beantwortet Ihnen gerne:
Prim. Univ.-Prof. Dr. Max Wunderlich
 Leiter der Chirurgischen Abteilung
 Krankenhaus der Barmherzigen
 Schwestern Wien
 Stumpergasse 13, A-1060 Wien
 Tel.: +43/1/599 88-6201
max.wunderlich@bhs.at

FB



Kleine Wunden doppelt gut versorgt

Kleine Verletzungen gehören zum alltäglichen Leben. In den meisten Fällen handelt es sich um oberflächliche Wunden, wie Schürf-, Schnitt-, oder Kratzwunden, bei denen die oberen Hautschichten lokal geschädigt sind. In der Regel kommt es dabei nur zu einer leichten Blutung mit geringfügigen Schmerzen. Bei offenen Wunden besteht die Gefahr einer Wundinfektion. Infektionen wiederum schwächen den Körper und erschweren den Heilungsprozess. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass auch bei kleineren Verletzungen die Wunde rasch abheilt und die Hautbarriere so schnell wie möglich wieder hergestellt wird.

Desinfizieren und Heilen – das duale Wirkprinzip im neuen Bepanthen® Plus Spray

Der neue Bepanthen® Plus Spray ergänzt die Bepanthen® Plus-Reihe jetzt in idealer Weise. Dieser farblose Wundspray bietet die einzigartige Kombination eines Desinfektionssprays (Wirkstoff Chlorhexidin) mit Dexpanthenol. Durch die praktische, saubere Anwendung, die weder einen direkten Wundkontakt, noch nachfolgendes Händewaschen notwendig macht, ist der neue Bepanthen® Plus Spray vor allem zur Erstversorgung von oberflächlichen Wunden perfekt geeignet. Seine handliche, auslaufsichere Verpackung macht ihn darüber hinaus zum idealen Wegbegleiter auf Ausflügen und Reisen.

Bepanthen® Plus Creme – Schutz & Pflege

Die bewährte Bepanthen® Plus Creme vereint die Wirkstoffe Dexpanthenol (5%) und Chlorhexidin (0,5%) in einer Creme. Darüber hinaus enthält sie zusätzlich Lanolin, welches die Haut atmen lässt, das Austrocknen der Wunde verhindert und die Wundränder elastisch hält. Indiziert ist Bepanthen® Plus Creme bei oberflächlichen Wunden aller Art, wenn das Risiko einer Infektion besteht.

Über Bepanthen® Plus Creme

Bepanthen® Plus Creme ist ein Arzneimittel und rezeptfrei in der Apotheke erhältlich. Eine Packung ent-

hält 30 g und kostet Euro 6,60. Über Wirkung und mögliche unerwünschte Wirkungen informieren Gebrauchsinformation, Arzt oder Apotheker.

Dexpanthenol – unterstützt die Wundheilung

Dexpanthenol ist die stabile Vorstufe der Pantothersäure (Vitamin B5). Nach rascher Aufnahme in die Epidermis wird das Provitamin zu Pantothersäure umgewandelt und steigert damit den Pantothersäuregehalt der Haut. Diese wiederum ist ein Bestandteil des Koenzyms A, welches eine Schlüsselposition im Energie liefernden Stoffwechsel einnimmt und darum in jeder Zelle vorkommt. Ohne Koenzym A können sich die Zellen weder teilen, noch können sie die Stoffe bilden, die für den Verschluss der Wunde nötig sind (z.B. Kollagen). Dexpanthenol liefert demnach die notwendige Energie für eine beschleunigte Wundheilung.

Chlorhexidin desinfiziert die Wunde

Chlorhexidin ist ein bekanntes und gut verträgliches Desinfektionsmittel. Es tötet jene Bakterien ab, die hauptsächlich für Infektionen der Haut verantwortlich sind. Chlorhexidin lysiert die bakterielle Zellmembran und führt gleichzeitig zur Koagulation von Proteinen und damit zu irreversiblen Enzymhemmungen.

Über Bepanthen® Plus Spray

Bepanthen® Plus Spray ist ein Arzneimittel und rezeptfrei in der Apotheke erhältlich. Eine Packung enthält 30 ml und kostet Euro 6,95. Über Wirkung und mögliche unerwünschte Wirkungen informie-

ren Gebrauchsinformation, Arzt oder Apotheker.

Bepanthen® Plus Spray auf einen Blick

Bewährte Wirkung:

- desinfiziert und heilt
- Dexpanthenol unterstützt die Wundheilung
- Chlorhexidin desinfiziert die Wunde

Praktische Anwendung:

- kein direkter Wundkontakt beim Auftragen
- farblos
- in allen Lagen sprühbar
- brennt praktisch nicht

Ideal für Unterwegs:

- handliches, hochwertiges Spray
- keine Auslaufgefahr
- kein Händewaschen nach dem Auftragen.

FB

Weitere Informationen unter www.bepanthen.at

Fachkurzinformation siehe Seite 23



Herpes simplex labialis und genitalis



Priv.-Doz. Dr. Peter Komericki

Von den acht humanpathogenen Herpesvirenstämmen sind die Herpes-simplex-Viren Typ 1 (HSV-1) und Typ 2 (HSV-2) von besonderer Bedeutung. Beide sind weltweit verbreitet und hoch kontagiös. HSV-1 und HSV-2 sind morphologisch identisch und die von ihnen hervorgerufenen Krankheitsbilder klinisch kaum zu unterscheiden. Herpesviren infizieren in erster Linie ektodermale Zellen, wohin sie von der Eintrittspforte über axonale Migration gelangen. In den dorsalen Ganglien (trigeminale, vagale, sakrale) sensibler Nerven treten sie in eine Latenzphase, in der keine Replikation stattfindet. Die befallenen Neuronen dienen als lebenslanges Virusreservoir. Als Auslöser für Rezidive durch erneute Virussynthese kommen Hautreizungen durch Sonnenexposition oder Verletzungen, fieberhafte Infekte, Menstruation, Stress, aber auch Reizungen des Ganglions, z.B. durch Zahnbehandlungen oder lokale Entzündungen, in Frage. Rezidive sind meist milder ausgeprägt als die Primärinfektion.

Abbildung 1

Gruppierte Vesikel auf gerötetem und geschwellenem Oberlid



Etwa 80% der Bevölkerung haben bis zur Pubertät bereits Kontakt mit dem HSV-1. Zu einer ausgeprägten Manifestation kommt es allerdings nur bei 5% der Virusträger, bei weiteren 10% zu einer milden Symptomatik. Der weitaus größte Teil der Infektionen verläuft somit subklinisch.

Die Übertragung erfolgt durch Tröpfchen- und Schmierinfektion auf Haut und Schleimhaut bei nicht intaktem Epithel. Die typische Lokalisation für HSV-1-Eruptionen ist der Lippenrand, aber auch weitere Stellen im Gesicht wie Nase oder Wangen können betroffen sein. Nach einer Inkubationszeit von zwei bis vier Tagen bilden sich gruppierte, intradermale Vesikel auf geröteter Haut (Abb. 1). Sie trocknen rasch krustös ein und heilen nach etwa einer Woche narbenlos ab. Epidemiologisch bedeutsam sind sogenannte Virusausscheider, die auch im symptomfreien Intervall Viren freisetzen können. Durch oralen Geschlechtsverkehr ist auch die Übertragung von Lippenherpes auf den Genitalbereich und umgekehrt möglich.

Unangenehm ist die Ausprägung einer Gingivostomatitis herpetica, üblicherweise durch HSV-1 ausgelöst, bei der sich an der gesamten Mundschleimhaut und am Pharynx schmerzhafte Bläschen und Erosionen mit entzündlichem Randwall und einer Fibrinschicht bilden. Vor allem bei Kleinkindern kann die Infektion mit akutem Fieber und regionaler Lymphknotenschwellung kombiniert sein. Nach spätestens zwei Wochen klingen die Symptome ab. Als Differentialdiagnosen kommen Hand-, Foot- and Mouth-Disease (Coxsackie-, Echo-, En-

teroviren) sowie Herpangina (Coxsackie-Viren), Aphthen, Erythema exsudativum multiforme, traumatische Ulcera, Neoplasien und bullöse Dermatosen in Frage.

Komplikationen

Problematisch ist die Herpes-Infektion von Binde- und Hornhaut des Auges. Die Keratokonjunktivitis herpetica zeigt sich mit Lidödem, purulenter Sekretion und Bläschenbildung an den Lidern, die auf der Hornhaut in eine Keratitis superficialis punctata bzw. Keratitis dendritica übergeht. In der Folge kann es zu Narben und Trübungen der Hornhaut kommen, die bis zur Erblindung führen können. Betroffene Kontaktlinienträger sollten bis zur Ausheilung unbedingt auf eine Brille umsteigen.

Eine weitere, gar nicht so seltene Manifestation des HSV-1 ist das Ekzema herpeticatum (Abb. 2) bei Neurodermitis-Patienten, das auch mit einer bakteriellen Superinfektion vergesellschaftet sein und die gesamte Hautoberfläche betreffen kann. Es stellt eine absolute Indikation für eine Spitalsbehandlung mit mehrtägiger Infusionstherapie mit Virostatika dar. Gefürchtete Komplikationen sind Enzephalitis, Keratokonjunktivitis und Pneumonien mit einer Letalitätsrate von 5%.

Herpes genitalis

Herpes genitalis wird zu ca. 70–90% von HSV-2 verursacht und ist, zumindest in den USA, die häufigste STD (sexually transmitted disease). Durch orogenitale Infektion gelangt das HSV-1 auch in die

Intimregion. Dieser Typ ist weniger aggressiv und löst seltener Rezidive aus als HSV-2. Prädilektionsstellen des Herpes genitalis sind Labien und Vagina bei der äußerst schmerzhaften Vulvovaginitis herpetica bzw. Glans und Präputium bei der Balanitis bzw. Balanoposthitis herpetica mit einerseits gruppierten Bläschen, andererseits auch einzelstehenden Läsionen (Abb. 3). Auch perigenitale Formen, Zervizitis, Urethritis und Proktitis sind möglich. Differentialdiagnostisch sind Hefepilz-Infektionen (meist auch juckend), Läsionen der Frühsyphilis, das Ulcus vulvae acutum und Neoplasien (Plattenepithelkarzinome) zu unterscheiden.

Bei nahezu 70% der HSV-2-Seropositiven verläuft die Primärinfektion asymptomatisch. Ebenso können Rezidive mit Virusscheidung unbemerkt verlaufen. Primärinfektionen während der Schwangerschaft gefährden den Fetus in utero, in 50% kommt es zum Abort. Rezidive stellen keine Gefahr dar.

Eine weitere heikle Konsequenz des floriden Herpes genitalis ist die Infektion von Neugeborenen bei der Geburt, wobei es zwei bis drei Wochen post partum zu einem generalisierten Herpes neonatorum kommt. Die Letalitätsrate

Eczema herpeticum; Vesikel und wie ausgestanzt wirkende Erosionen auf lichenifizierter Ekzemhaut



Abbildung 3

Fibrinös belegte konfluierende Erosionen mit hochrotem Randsaum am Präputium und periorifizial



bei Herpes-Sepsis beträgt bis zu 50%, Herpes-Enzephalitiden ziehen häufig bleibende Schäden nach sich. Ein zum Zeitpunkt der Geburt manifester Herpes genitalis stellt eine Indikation zur Sectio dar.

Diagnose

In den meisten Fällen sind die Anamnese und klinische Symptomatik wegweisend. Für schwierige Fälle stehen verschiedene Diagnosewerkzeuge zur Verfügung. Der Tzancktest stellt ein gefärbtes Ausstrichpräparat von Herpesbläschen dar, der die typischen virusgefallenen Riesenzellen zeigt. Der Nachteil dieses Tests ist seine geringe Sensitivität. In dieser Hinsicht deutlich besser ist die direkte Immunfluoreszenz, wobei monoklonale Antikörper an Ausstrichpräparaten vom Bläschen-Wundgrund zum Einsatz kommen. Vor allem bei frischen Läsionen sind damit gute Ergebnisse zu erzielen. Das beste Verfahren hinsichtlich Sensitivität und Spezifität stellt die Polymerase-Kettenreaktion dar. Der Nachteil besteht in den höheren Kosten. Die Serologie spielt keine Rolle, da die Durchseuchung der Bevölkerung sehr hoch ist, eine Serokonversion nur bei der Primärinfektion stattfindet und Titeranstiege bei Rezidiven nur sehr inkonstant vorkommen.

Lokaltherapie

Die Behandlung einer Herpes-simplex-Infektion richtet sich nach der klinischen Symptomatik. Ein begrenzter Befall der Haut kann bei einem immunkompetenten Patienten erfahrungsgemäß lokal behandelt werden. Bei Herpes labialis eignen sich weiche Zinkpasten, alternativ eventuell auch Zahnpasta, um die Bläschen auszutrocknen. Der an-

tivirale und abheilende Effekt von Zink konnte in offenen Studien gezeigt werden. Auch die Wirksamkeit einer Kombination von Zink und Heparin (0,5% Zink + 125 IE Heparin pro ml Gelgrundlage) wurde bestätigt. Antiseptische Salben können zusätzlich in der Abheilungsphase zur Vermeidung von Superinfektionen eingesetzt werden, während die topische Anwendung eines Virostatikums wirkungslos ist. Bei starken Schmerzen zeigt sich die Anwendung von lokalanästhetischen Präparaten hilfreich.

Virostatika bei höhergradiger Symptomatik

Beim Einsatz von Virostatika ist zu beachten, dass diese weder eine latente Virusinfektion beseitigen, noch das Risiko, die Frequenz und die Schwere von Rezidiven nach der Therapie beeinflussen können.

Systemische Therapien sind in schweren Fällen und bei psychischer Beeinträchtigung des Patienten notwendig, wobei sie mit Analgetika und fiebersenkenden Maßnahmen kombiniert werden können.

Tabelle 1

Herpestherapie bei immunkompetenten Patienten

Primärinfektion

- Aciclovir 5 x 200 mg/d p.o. über 5 d
- Famciclovir 3 x 250 mg/d p.o. über 5 d (Zulassung nur für Herpes genitalis)
- Valaciclovir 2 x 500 mg/d p.o. über 5 d

Herpes rezidivans

Bei einem Rezidiv mit geringer Symptomatik ist eine indifferente Lokaltherapie meist ausreichend.

- Aciclovir 200 mg/d p.o. über 5 d
- Famciclovir 2 x 125 mg/d p.o. über 5 d (Zulassung nur für Herpes genitalis)
- Valaciclovir 2 x 500 mg/d p.o. über 5 d

Suppressive Dauertherapie bei sechs oder mehr Rezidiven/Jahr

- Aciclovir 2 x 400 mg/d p.o.
- Famciclovir 2 x 250 mg/d p.o. (laut Fachinformation, Zulassung nur für Herpes genitalis)
- Valaciclovir 1 x 500 mg/d p.o.

Infusionstherapie bei schwerer Symptomatik

Aciclovir 5 mg/kg KG i.v. 3 x tgl. über 5–7 Tage

Herpes-Therapie bei immunsupprimierten Patienten

- Aciclovir 10 mg/kg KG i.v. 3 x tgl. bis zur Rückbildung

Bei Aciclovir-Resistenz

- Foscarnet 40–60 mg/kg KG i.v. 3 x tgl. bis zur Rückbildung

Eine Infusionstherapie, die eine bessere Bioverfügbarkeit aufweist, ist notwendig bei immunsupprimierten Patienten, bei schweren Verlaufsformen mit starken Schmerzen und einer hochgradigen Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens, wie immer wieder bei Erstmanifestation des Herpes genitalis gesehen, bei Ekzema herpeticum und bei Herpes-Enzephalitis, bei der ein früher Therapiebeginn eine Überlebensfrage darstellen kann.

Orale Virostatika (Aciclovir, Valaciclovir, Famciclovir) werden vorzugsweise bei Herpes ophthalmicus, Gingivostomatitis, bei rezidivierendem Herpes genitalis und als Herpes-Prophylaxe bei sechs und mehr Schüben pro Jahr verabreicht. Die Suppressionsbehandlung kann in manchen Fällen die Rezidivneigung verringern.

Bei der Behandlung schwerer Herpes-Erkrankungen durch Aciclovir-resistente HSV spielt Foscarnet vor allem bei immundefizienten Patienten eine Rolle.

*Priv.-Doz. Dr. Peter Komericki
Leiter der Ambulanz für STD und HIV, Klin. Abt. für Umweltdermatologie und Venerologie
Medizinische Universität Graz
Auenbruggerplatz 8, A-8036 Graz
Tel.: +43/316/385/80 311
peter.komericki@medunigraz.at*

Nasonex® – Breiteste Indikation – kassenfrei (IND: Allergische Rhinitis & Behandlung nasaler Polypen) Aeries® – neue Studiendaten

Nasal verabreichbare Glukokortikoide zählen zu den wirksamsten Medikamenten in der Behandlung der Allergischen Rhinitis (ganzjährig) und nasaler Polypen^{1,2}. Aktuelle Therapieleitlinien empfehlen u.a. topische Glukokortikoide mit einem Empfehlungsgrad A bei der Behandlung nasaler Polypen².

Nasonex® bietet neben dem breitesten Indikationspektrum - frei verschreibbar (IND) bei Allergischer Rhinitis und bei der Behandlung nasaler Polypen auch die geringsten Tagestherapiekosten (140 Hübe)³. Das Glukokortikoid Mometasonfuroat weist eine starke, schnelle sowie antientzündliche Wirksamkeit bei Nasen- und Augensymptomatik auf. Die Zugabe von pflegendem Glycerin, sowie die geringste Systemgängigkeit (< 0,1%) von Mometasonfuroat machen Nasonex langzeitverträglich und sicher⁴⁻¹⁰.



Dem Wirkstoff Mometason wurde eine klinische Ia Evidenz bei der Therapie der Allergischen Rhinitis verliehen¹¹. Aufgrund der einfachen Handhabung wurde der Nasenspray mit dem „Ease-of-Use“-Preis der „Arthritis Foundation“ (USA) prämiert¹².

Die ARIA-Guidelines (= Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma), eine Initiative der WHO, empfehlen – neben Allergenkarrenz und Immuntherapie – eine medikamentöse Kombinationstherapie der Allergischen Rhinitis mit einem nicht sedierenden Antihistaminikum und einem intranasalen Steroid¹. Die aktuellen Studiendaten über Desloratadin (Aeries®) (ACCEPT-Studien; AERIUS Control: Clinical and Evaluative Profile of Treatment, n = 1.263) – in Zusammenarbeit mit GA²LEN* – zeigen erstmals neben den klassischen Endpunkten Wirksamkeit und Verträglichkeit signifikante positive Effekte auf die Lebensqualität und die Produktivität (Arbeitsproduktivität, tägliche Aktivität, etc.) der PatientInnen. Diese positiven Effekte zeigten sich sowohl bei Patienten mit intermittierender Allergischer Rhinitis als auch mit persistierender Allergischer Rhinitis¹³⁻¹⁶.

FB

* europäisches Allergie-Netzwerk

Literatur beim Verfasser

Fachkurzinformation siehe Seite 23

ABONNEMENT

- Ich bestelle den **facharzt Dermatologie** zusammen mit **DER MEDIZINER** zum 1-Jahres-Abonnement-Preis von € 39,- inkl. Porto.
- Ich bestelle den **facharzt Dermatologie** zusammen mit **DER MEDIZINER** zum 2-Jahres-Abonnement-Preis von € 76,- inkl. Porto.

Falls ich mein Abonnement nicht verlängern will, werde ich dies bis spätestens sechs Wochen vor Auslaufen des Abos per Einschreiben oder E-Mail mitteilen. Erhalten Sie keine Nachricht von mir, verlängert sich mein Abonnement automatisch um ein Jahr.

Um die DINERS CLUB GOLD CARD zu erhalten, ist es erforderlich, dem MEDIZINER-Club (s.u.) beizutreten (Beitritt und Mitgliedschaft sind kostenlos).

Titel, Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Datum _____

Unterschrift und Stempel (falls vorhanden) _____

CLUB-ANMELDUNG

- Ja, ich möchte dem MEDIZINER-Club beitreten. Es entstehen für mich dabei keine Kosten.

Als Abonnent des **facharzt** und des **MEDIZINERs** erhalte ich nach Einsendung dieser Karte ein spezielles Antragsformular auf Ausstellung einer DINERS CLUB GOLD CARD von AIRPLUS, Rainerstraße 1, A-1040 Wien.

- Ich möchte für die Dauer meines Abonnements kostenlos die **Diners Club Gold Card** beziehen.

Mir ist klar, dass mein Antrag den üblichen Kriterien für Privatkarten entsprechen muss und gegebenenfalls auch abgelehnt werden kann.

Datum _____

Unterschrift _____

facharzt

Dermatologie

2/2009



Durch Ankreuzen des gewünschten Produktes können Sie bequem Muster, Literatur bzw. ein Informationsgespräch bestellen. Das ausgefüllte und unterschriebene Blatt schicken oder faxen Sie einfach an die untenstehende Adresse. Wir leiten Ihre Anfrage sofort weiter.

Anzeige +	Literatur	Informationsgespräch
Aerius	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aethoxysklerol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bepanthen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DerMel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Excipial Deo Forte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kelosoft Narbensalbe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NasuMel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parfenac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suprasorb + PHMD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wichtig!

Bei Musteranforderung bitte unbedingt hier (Absender) signieren!

LAUT 2. NOVELLE DES AMG:
NEUFASSUNG DES § 58
ZUR ABGABE VON ÄRZTEMUSTERN

.....
UNTERSCHRIFT

Fax: 04263/200 74

verlagdermediziner gmbh Steirer Straße 24, A-9375 Hüttenberg

facharzt

Aerius 5 mg Filmtabletten. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jede Tablette enthält 5 mg Desloratadin. **Sonstige Bestandteile:** Tablettenkern: Calciumhydrogenphosphat-Dihydrat, mikrokristalline Cellulose, Maisstärke, Talkum, Tablettenüberzug: Farbiges Film (enthält Lactose-Monohydrat, Hypromellose, Titandioxid, Macrogol 400, Indigocarmin [E 132]), farblos Film (enthält Hypromellose, Macrogol 400), Car-naubawachs, gebleichtes Wachs. **Anwendungsgebiete:** Aerius ist angezeigt für die Besserung der Symptomatik bei: • allergischer Rhinitis; • Urtikaria. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile oder gegen Loratadin. **Schwangerschaft und Stillzeit:** Im Tierversuch war Desloratadin nicht teratogen. Die Unbedenklichkeit der Anwendung dieses Arzneimittels während der Schwangerschaft ist nicht gesichert. Daher wird die Anwendung von Aerius während der Schwangerschaft nicht empfohlen. Desloratadin wird in die Muttermilch ausgeschieden, daher wird die Anwendung von Aerius bei stillenden Müttern nicht empfohlen. **Zulassungsinhaber:** SP Europe, Rue de Stalle 73, B-1180 Bruxelles, Belgien. Stand der Information: 3. Februar 2009. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antihistaminika - H1-Antagonist; ATC-Code: R06A X27. Weitere Angaben zu Dosierung, Art und Dauer der Anwendung, Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln, Auswirkungen auf die Verkehrstüchtigkeit und das Bedienen von Maschinen, Nebenwirkungen, Überdosierung, pharmakologischen Eigenschaften und pharmazeutische Angaben sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

Aerius 0,5 mg/ml Lösung zum Einnehmen. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Ein Milliliter Lösung zum Einnehmen enthält 0,5 mg Desloratadin. Dieses Arzneimittel enthält 150 mg/ml Sorbitol. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Sorbitol, Propylenglycol, Saccharose E 955, Hypromellose E 2910, Natriumcitrat 2 H₂O, natürliche und künstliche Aromen (Bubble-Gum), wasserfreie Citronensäure, Natriumedetat (Ph.Eur.), gereinigtes Wasser. **Anwendungsgebiete:** Aerius ist angezeigt zur Besserung der Symptomatik bei: • allergischer Rhinitis; • Urtikaria. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile oder gegen Loratadin. **Inhaber der Zulassung:** SP Europe, Rue de Stalle 73, B-1180 Bruxelles, Belgien. **Abgabe:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antihistaminika - H1-Antagonist; ATC-Code: R06A X27. Stand der Information: 3. Februar 2009. Weitere Angaben zu Dosierung, Art und Dauer der Anwendung, Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln, Schwangerschaft und Stillzeit, Auswirkungen auf die Verkehrstüchtigkeit und das Bedienen von Maschinen, Nebenwirkungen, Überdosierung, pharmakologischen Eigenschaften und pharmazeutische Angaben sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. **Quellen:** Baena-Cagnani et al, Int Arch Allergy Immunol 2003;130:307-13, Monroe et al.; J Am Acad Dermatol, April 2003; 535-41; Horak et al.; J Allergy Clin Immunol June 2002; 956-6, Devillier P. et al. Clinical Pharmacokinetics and Pharmacodynamics of Desloratadine, Fexofenadine and Levocetirizine. Clin Pharmacokinet 2008; 47 (4): 217-230.

Aethoxysklerol 0,5/ 1 / 2 / 3 / 4 % - Ampullen, Zusammensetzung: 1 Ampulle zu 2 ml enthält: Polidocanol 10 mg, bzw. 20 mg, bzw. 40 mg, bzw. 60 mg, bzw. 80 mg. Hilfsstoffe: Ethanol 96%, Natriummonohydrogenphosphat-Dihydrat, Kaliumdihydrogenphosphat, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Verödung von Besenreiser-, sehr kleinen bis mittelgroßen Varizen, Verödung oder Wandsklerosierung von endoskopisch diagnostizierten gastroösophagealen Varizen. Weitere Informationen für die einzelnen Konzentrationen von Aethoxysklerol entnehmen Sie bitte der vollständigen Fachinformation. **Gegenanzeigen:** Absolut kontraindiziert ist die Anwendung bei Patienten im Schockzustand, bei Bettlägerigkeit (Beinvarizen), bei arterieller Verschlusskrankheit Grad III und IV sowie bekannter Allergie gegen Polidocanol. **Zulassungsinhaber:** NYCOMED Austria GmbH, Linz, Hersteller: Chem. Fabrik Kreussler & Co. GmbH., D-65203 Wiesbaden, Deutschland, Rezept- und apothekenpflichtig. Informationen zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, relative Kontraindikation, Wechselwirkungen, Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der vollständigen Fachinformation.

Bepanthen Plus-Spray. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: 1 ml Bepanthen Plus-Spray enthält als Wirkstoffe 50 mg (= 5%) Dexpanthenol und Chlorhexidindigluconat-Lösung 20% entsprechend 5 mg (= 0,5%) Chlorhexidindigluconat. **Liste der sonstigen Bestandteile:** DL-Pantolacton, Macrogol-Laurylether, Ethanol, gereinigtes Wasser. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Andere Wundbehandlungsmittel, Dexpanthenol, ATC Code: D03AX03. **Anwendungsgebiete:** Oberflächliche Wunden aller Art, wenn das Risiko einer Infektion besteht: z.B. bei Schürf-, Schnitt-, Kratz- und Brandwunden. **Gegenanzeigen:** • Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile. • Wegen des Gehalts an Chlorhexidin darf Bepanthen Plus-Spray nicht auf ein perforiertes Trommelfell aufgebracht werden. **Inhaber der Zulassung:** Bayer Austria Gesellschaft m.b.H., Herbststrasse 6-10, 1160 Wien. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht** Rezeptfrei und apothekenpflichtig. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen und Gewöhnungseffekten sind den veröffentlichten Fachinformationen zu entnehmen. Stand der Information: Februar 2009

Bepanthen Plus-Creme. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: 1 g Bepanthen Plus-Creme enthält als Wirkstoffe 50 mg (= 5%) Dexpanthenol und 5 mg (= 0,5%) Chlorhexidin-Dihydrochlorid. **Sonstige Bestandteile:** 36 mg Cetylalkohol 24 mg Stearylalkohol 30 mg Wollwachs. Die vollständige Auflistung der sonstigen Bestandteile siehe Abschnitt 6.1. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Andere Wundbehandlungsmittel, Dexpanthenol, ATC Code: D03AX03. **Anwendungsgebiete:** Oberflächliche Wunden aller Art, wenn das Risiko einer Infektion besteht: z.B. Schürf-, Schnitt-, Kratz- und Brandwunden. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile. Wegen des Gehalts an Chlorhexidin darf Bepanthen Plus-Creme nicht auf ein perforiertes Trommelfell aufgebracht werden. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Vaseline, weiß, Paraffin, flüssig, Wollwachs (E 913), Macrogolstearat-1800, Cetylalkohol, Stearylalkohol, DL-Pantolacton, Wasser, gereinigt. **Inhaber der Zulassung:** Bayer Austria Gesellschaft m.b.H. Herbststrasse 6-10 1160 Wien. **Apothekenpflichtig.** Weitere Angaben zu Nebenwirkungen, Wechselwirkungen und zu den besonderen Warnhinweisen zur sicheren Anwendung sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

Kelosoft – Narbensalbe. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: 1 g Salbe enthält 500 mg Oleum Hyoscyami (Grünöl). **Sonstige Bestandteile:** 2 mg Methylparaben. **Anwendungsgebiete:** Kelosoft- Narbensalbe dient zur kosmetischen Behandlung von hypertrophen Narben, Narben nach Operationen, Verbrennungen, Unfällen und Hauttransplantationen. Ist die operative Korrektur einer Narbe vorgesehen, bewirkt die vorherige Anwendung von Kelosoft – Narbensalbe eine günstige Ausgangslage für den Eingriff. Kelosoft – Narbensalbe wird in der kosmetischen Chirurgie zur unmittelbaren Nachbehandlung von Narben eingesetzt um ein rascheres Erreichen der normalen Hautfarbe zu erwirken. **Gegenanzeigen:** Kelosoft - Narbensalbe darf nicht verwendet werden bei Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile, bei bekannter Überempfindlichkeit gegen Parabene (Paragruppenallergie), an frischen, offenen oder schlecht verheilten Wunden, an Schleimhäuten. **Wirkstoffgruppe:** Pharmakotherapeutische Gruppe: Andere Dermatika, ATC-Code: D11AX. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Destilliertes Wasser, Gebleichtes Wachs, Kollagen, Polyethylenglycol 400, Triglyceroldisostearat (Lameform TGI), hydroxyliertes Lanolin, Parfum, Methylparaben. **Inhaber der Zulassung:** Chemomedia, Medizintechnik und Arzneimittel Vertriebsges.m.b.H., Wipplingerstraße 19, 1013 Wien, e-mail: office@chemomedia.at. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezeptfrei, apothekenpflichtig. **Weitere Informationen zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.** Stand der Information: Jänner 2009

Parfenac Creme, Parfenac dermatologische Emulsion, Parfenac Fettsalbe, Parfenac Salbe. Zusammensetzung: 1 g Creme enthält 50 mg Bufexamac, sonstige Bestandteile: Benzylalkohol, Macrogolstearat, Cetylstearylalkohol, Isopropylpalmitat, Glycerolmonostearat, Polyethylenglykol-(100)-(Mono, Di) Stearat, Glycerol, Sorbitollösung 70%, Milchsäure, gereinigtes Wasser, 1 g dermatologische Emulsion enthält 50 mg Bufexamac, sonstige Bestandteile: Benzylalkohol, Macrogolstearat-1000 / Cetylstearylalkohol 2,8, Isopropylpalmitat, Glycerol, Sorbitollösung 70%, Milchsäure, gereinigtes Wasser, 1 g Fettsalbe enthält 50 mg Bufexamac, **sonstige Bestandteile:** Macrogolstearat-1000 / Cetylstearylalkohol 2,8, Propylenglycol, weißes Vaselin, 1 g Salbe enthält 50 mg Bufexamac, **sonstige Bestandteile:** Aluminiumtristearat, dünnflüssiges Paraffin, Hartparaffin, Wollwachsalkohole, mikrokristalline Kohlenwasserstoffe, weißes Vaselin, Glycerinmono- und dioleat, Isopropylmyristat, Magnesiumsulfat 7H₂O, gereinigtes Wasser. **Anwendungsgebiete:** Creme/Fettsalbe/Salbe: Nach sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung zur Milderung von Entzündungssymptomen der Haut, die aufgrund einer bestehenden Neurodermitis oder eines chronischen Ekzems aufgetreten sind. Dermatologische Emulsion: Nach sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung zur Milderung von Entzündungssymptomen der Haut, die aufgrund einer bestehenden Neurodermitis bei Erwachsenen aufgetreten sind. **Creme/Fettsalbe/Salbe/dermatologische Emulsion:** Wird die Therapie in einer hochakuten Phase begonnen, sollte zunächst ein Corticoid zur Anwendung kommen. Das Gleiche gilt für einen akuten Schub. Der jeweilige Beginn der Anwendung ist individuell zu handhaben. **Gegenanzeigen:** Creme/Fettsalbe/Salbe/dermatologische Emulsion: Parfenac darf nicht angewendet werden bei bekannter Überempfindlichkeit gegen Bufexamac oder einen der sonstigen Bestandteile des Präparats. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln und Nebenwirkungen sind der „Austria-Codex-Fachinformation“ zu entnehmen.

NASONEX® aquosum - Nasenspray. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: 50 Mikrogramm Mometason Furoat (als Monohydrat/ Sprühstoß. Dieses Arzneimittel enthält 0,2 Milligramm Benzalkoniumchlorid pro Gramm. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Dispersible Cellulose BP 65 cps (Mikrokristalline Cellulose, Carmellose-Natrium), Glycerol, Natriumcitrat, Citronensäure-Monohydrat, Polysorbat 80, Benzalkoniumchlorid und gereinigtes Wasser. **Anwendungsgebiete:** Nasonex® aquosum – Nasenspray ist zur Anwendung bei Erwachsenen und bei Kindern ab 12 Jahren zur symptomatischen Behandlung einer saisonalen allergischen oder perennialen Rhinitis bestimmt. Nasonex® aquosum – Nasenspray ist auch zur Anwendung bei Kindern von 6 bis 11 Jahren zur symptomatischen Behandlung einer saisonalen allergischen oder perennialen allergischen Rhinitis bestimmt. Bei Patienten mit mäßigen bis schweren Symptomen einer saisonalen allergischen Rhinitis in der Anamnese wird eine prophylaktische Behandlung mit Nasonex® aquosum – Nasenspray bis zu vier Wochen vor dem voraussichtlichen Beginn der Allergiesaison empfohlen. Nasonex® aquosum – Nasenspray ist zur Behandlung nasaler Polypen bei erwachsenen Patienten ab 18 Jahren bestimmt. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Mometason Furoat oder einen der sonstigen Bestandteile. Nasonex® aquosum – Nasenspray sollte bei Vorhandensein einer unbehandelten auf die Nasenschleimhäute lokalisierten Infektion nicht angewendet werden. Auf Grund der Hemmwirkung von Kortikosteroiden auf die Wundheilung sollten Patienten nach Nasenoperationen oder -verletzungen bis zur Aushilung keine nasalen Kortikosteroide anwenden. **Pharmazeutischer Unternehmer:** AESCA Pharma GmbH., Am Euro Platz 2, 1120 Wien. Stand der Information: Jänner 2009. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Dekongestionsmittel und andere topische nasale Zubereitungen, Kortikosteroide, ATC-Code: R01 A D09. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. Weitere Angaben zu Dosierung, Art und Dauer der Anwendung, besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Auswirkungen auf die Verkehrstüchtigkeit und die Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen, Nebenwirkungen, Überdosierung, pharmakologischen Eigenschaften und pharmazeutische Angaben sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.