

DER MEDIZINER

Journal für Ärztinnen und Ärzte
Ausgabe 11/2010

P.b.h. • 04Z035830 M • Verlagspostamt: 9300 St. Veit/Glan • 19. Jahrgang



Influenza – Update 2010

COVERSTORY

6 **Influenza – Update 2010**
Univ.-Prof. Dr. Ursula Kunze



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

FORTBILDUNG

Antihypertensive Kombinationstherapie – neue Optionen? 10
Prim. Univ.-Doz. Dr. Johann Auer

Möglichkeiten der hormonellen Kontrazeption 16
Univ.-Prof. Dr. Doris Gruber

Harninkontinenz des Mannes 28
Univ.-Doz. Dr. Günter Primus

Ernährungs- und umweltmedizinische Therapieschwerpunkte bei Psoriasis ... 38
Univ.-Doz. Dr. John G. Ionescu, Dr. med. Dieter Schüle

Anzeige Plus
46

Fachkurzinformation siehe Seite 47

FORUM MEDICUM

Splitter 4
Neu von Bayer:
Bayers A1CNow* – für schnelle und einfache HbA_{1c}-Messungen 22

Contour TS Blutzuckermessgerät von Bayer – für einfache und sichere Blutzuckermessungen! 22

Gräserpollenallergie
Im Herbst die Allergie behandeln 24

Capsaicin 8% (w/w) Pflaster – der scharfe Schmerzkiller 27

Verbesserte Prognose bei koronarer Herzerkrankung mit Nicorandil 42

Glucomen LX von A. Menarini:
Höchste Sicherheit – mit GOD-Technologie falsche Ergebnisse ausschließen .. 44

Zeldox® i.m. 45

Fachkurzinformationen 20, 44, 45, 47

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!

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 46 und www.mediziner.at

Bewegung in Wien



Die Großstadt war bisher nicht gerade vorbildlich: Gemeinsam mit Niederösterreich bloß das Schlusslicht der Bundesländer bei der Häufigkeit der Sportausübung, konstatiert Prof. Peter Zellmann vom IFT-Institut. Beim Radfahren liegen die Wiener sogar weit unter dem Österreich-Schnitt. Auch beim Wandern sind die Wiener gemeinsam mit den dicken Burgenländern ganz hinten. Trotz erstklassiger Krankenhäuser in Wien ist die Lebenserwartung in den westlichen Bundesländern seit Jahren ein gutes Stück

besser. Dabei ist das gesamte Österreich im EU-Vergleich nur im unteren Drittel. 30% der Österreicher geben sogar an, gar keinen Sport zu machen.

Schön, dass die Prävention der Herz-Kreislauf-Erkrankungen im neuen Wiener Regierungsbündnis endlich Priorität erhält. Täglich Sport in der Schule und die pointierte Förderung des Umsteigens vom PKW aufs Fahrrad, solche Ziele machen hoffnungsfroh. Schließlich hat die WHO eben darauf hingewiesen, dass 50% aller Autofahrten höchstens 5 km weit gehen. Nocheinmal so viele Kilometer werden dann wohl bei der Parkplatzsuche verfahren. Und das gerade in den Wohnbezirken. Dort steigt die Feinstaubbelastung – die den urbanen Europäern zumindest ein Jahr ihrer Lebenserwartung kostet.

Immerhin versucht die schöne Stadt Wien jetzt aufzuholen. Eine riesige Chance für die Mobilisation per pedes & per pedales. Möge die ambitionierte Übung gelingen!



Packung um €100?

Zigaretten kosten den Rauchern weit mehr als sie am Automaten bezahlen müssen. Ein spanischer Ökonom errechnet auch das Risiko der Gesundheitsfolgen in Geldwert und damit die realen Kosten: Bei Männern pro Zigarettenspackung € 107,- und bei Frauen € 75,-

Die USA wollen ab 2012 auf den Pakungen schockierende Bilder: schmerzgezeichnete Kinder, Sterbensranke und Tote u.Ä. abbilden. Sie zielen damit auf ältere Menschen mit langer Raucherkarriere. Die Beamten vergessen dabei wohl, dass Drohungen und Verbote die Dinge bei Kindern erst richtig interessant machen. Für viele Teenager, die (alterstypisch) wie ihre Idole lieber kurz und intensiv leben wollen, erzeugt man so aus getrocknetem, parfümiertem Kraut einen schicksalhaften Fetisch.

Neue Sekundärprävention

Funktionelle Beschwerden wie Kopfschmerzen, Rückenprobleme, Nervosität, Unruhe, Schlaflosigkeit etc. können chronifizieren und brauchen eine für den Patienten Kosten sparende Nachbetreuung, um Rezidive hintan zu halten. Für die Sekundärprävention bieten sich nichtärztliche Gesundheitsberufe an. Neben der Psychotherapie ist auch die „Körperarbeit nach Grinberg“ eine Option. Besonders für jene Patienten, die angespannt, verkrampft, in ihren Körperfunktionen blockiert sind, in den Bewegungen (durch Schmerz) gehemmt sind oder nur flach bzw. schwach atmen.

Schritt für Schritt lernt der Klient durch Berührungen auf dem Massage-tisch, seinen Körper und seine Organe wieder wahrzunehmen – und sich zu entspannen. Durch die massageähnlichen Techniken, Anleitungen zum richtigen Atmen und zur besseren Selbstwahrnehmung bleibt er oft schon nach wenigen Monaten nachhaltig gesund. Ziel ist die vollständige Dekonditionierung der unmerklich entstandenen körperlichen Reaktionen.



Marianne Habel (Telefon 0650 – 532 45 12) in 1030 Wien, sieht sich als verlängertes Arm des Hausarztes. Als diplomierte Grinberg-Lehrerin setzt sie geduldig in vielen Stunden das Briefing des Arztes um und vermittelt „body education“. Jede Sitzung dient dem Weg zu einem lockeren und genussvollen Umgang mit dem eigenen Körper.

Sprachen verzögern Alzheimer

Wer zwei Sprachen gleichzeitig spricht, verschiebt damit den möglichen Beginn von Alzheimer und dessen Symptomen nach hinten. Das berichten kanadische Ärzte in der Zeitschrift „Neurology“. Zwar schützt Zweisprachigkeit nicht vor Demenz im Alter, sie erhöht jedoch die kognitiven Reserven des Gehirns. Dadurch wird der Ausbruch der Krankheit deutlich hinausgezögert. Auch Menschen mit langer Bildungszeit sind seltener von Alzheimer betroffen: Training macht das Gehirn offenbar widerstandsfähiger.

„Alles, was das Gehirn in Schwung hält, verzögert Alzheimer“, betont die Neurologin und Psychiaterin Margot Schmitz. Eine zweite Sprache zu verstehen und zu sprechen rege das Gehirn auch an, andere Kulturen bewusster zu erleben. „Ähnlich braucht ein Musiker beim Musik hören doppelt soviel Gehirn wie ein Nichtmusiker, da er die Klänge weit intensiver wahrnimmt.“

„Antibiotikatherapie: Bitte die Nebenwirkungen beachten!“

Die meisten Ärzte haben schon ihre Patienten befragt: Über 30% leiden bei einer Antibiotikabehandlung an Darmproblemen, besonders häufig an Durchfall. Desto häufiger Antibiotika eingenommen werden, desto größer wird die Gruppe der Darmempfindlichen, in der Regel entwickeln sich chronische Darmbeschwerden, die das allgemeine Wohlbefinden ganz erheblich beeinträchtigen (siehe Diagramm).

Antibiotika verändern die Darmflora langfristig, wie eben schwedische Ärzte nachgewiesen haben. Schon bei einer siebentägigen Behandlung können Antibiotika resistente Gene entstehen, die selbst ohne der Einnahme weiterer Antibiotika auch noch zwei Jahre später feststellbar sind.

Darmempfindliche Patienten sollten deshalb zum Antibiotikum ein probiotisches Arzneimittel verordnet bekommen (Antibiophilus®, Bioflorin®, Omnilora®). Die nützlichen, lebensfähigen Bakterien schützen den Darm und för-

dern die Regeneration der Flora. Die Ausbreitung resistenter Keime wird hinten gehalten.

Welche fatalen Folgen chronische Darmbeschwerden auf die Befindlichkeit der Österreicher haben, zeigt eine IMAS-Umfrage. Eine generell schlechte Befindlichkeit (fühle mich gesundheitlich und psychisch nicht wohl) hängt stark von der Anzahl der verschiedenen Darmbeschwerden ab:

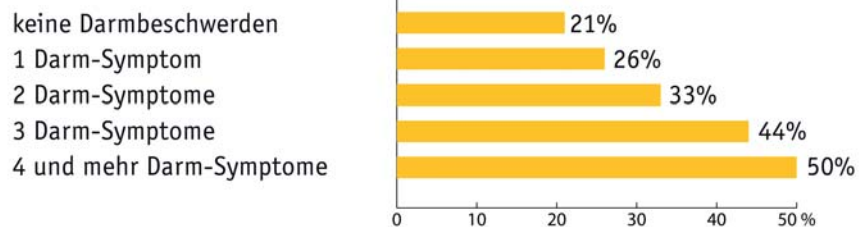


Prim. Michael Häfner



Doz. Christoph Wenisch

Anteil derer, die sich **nicht** wohl fühlen



Ein Reizdarm – oft unterschätzt – vergällt einem die Lebensqualität.

Sauerstoff für Empfindliche



Bei Kopfschmerzen in der Schwangerschaft ist Vorsicht geboten. Migräne kann nur leicht ausgeprägt sein, oder sehr belastend. Wenn die Schmerzen vorübergehend hoch frequent oder fast täglich auftreten, liegt meistens ein „Cluster-Kopfschmerz“ vor, der sehr gut auf Sauerstoff anspricht.

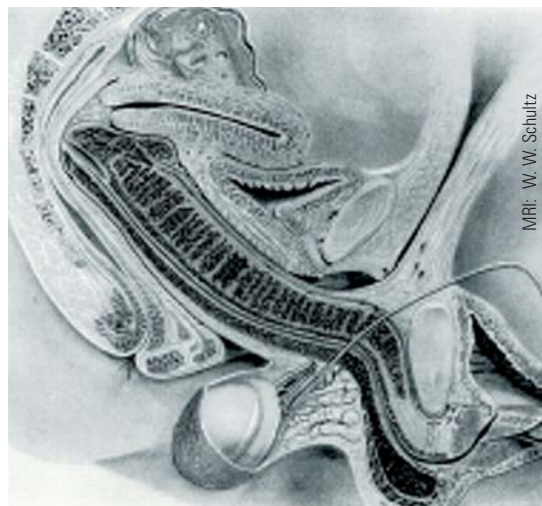
Bei Mischformen und unklarer Symptomatik ist deshalb eine Pro-betherapie mit 100%-igem Sauerstoff (Conoxia®) indiziert; bei Cluster-Kopfschmerz kann die Attacke schon zu Anfang kuptiert werden.

Die gut verträgliche Therapie wird von Neurologen, Kopfschmerz- und Schmerzambulanzen verordnet und von der Krankenkasse vollständig oder (in Wien) zu 80% ersetzt. Für den Erfolg entscheidend ist die richtige Anwendung und die Aufnahme des Sauerstoffs mit einer effektiven Maske ohne Rückatmung. Deshalb schult die weltweit führende Firma Linde Healthcare im Auftrag der Ärzte die Patienten zu Hause und liefert Nachschub, wenn Bedarf besteht. Conoxia ist im Gegensatz zu sonst üblichen Medikamenten in der Gravidität unbedenklich und geht auch nicht (wie Pharmazeutika) in die Muttermilch über.

Weitere Informationen:
Linde Healthcare Tel. 050 – 42 73 – 2200

Guter Sex

Die TU Dresden hat festgestellt, dass eine Psychotherapie auch zu einer Verminderung sexueller Störungen führt, selbst wenn diese gar nicht direkt behandelt wurden. Fast 2/3 der Patienten mit Angst oder Depression hatten vor Behandlungsbeginn über sexuelle Probleme geklagt. Wenn Angst und Depression mit Verhaltenstherapie behandelt wurden, berichtete die Hälfte auch über eine deutliche Besserung sexueller Dysfunktionen (generelles sexuelles Interesse, Erektions- und Orgasmusfähigkeit). Körperliche Ursachen wie Diabetes oder starkes Übergewicht sind trotzdem zu beachten.



MRI: W. W. Schültz

Influenza – Update 2010



Univ.-Prof. Dr. Ursula Kunze

Das Thema Influenza ist in Österreich traditionellerweise geprägt von Ignoranz und Unwissenheit. Sowohl die allgemeine Bevölkerung, aber auch Teile des Gesundheitspersonals und der Ärzteschaft ignorieren und unterschätzen diese gefährliche Viruserkrankung. Der Verlauf der vergleichsweise „milden“ H1N1-Pandemie hat diesen Eindruck nur noch verstärkt. Das Verständnis für die extreme Wandelbarkeit und die daraus resultierende mögliche und nicht vorhersagbare Gefährlichkeit der Influenzaviren ist in den Köpfen der Menschen nicht präsent. Diese besondere Situation in Österreich ist beunruhigend und beschämend.

Man kann es nicht oft genug wiederholen: Zirka 400.000 Menschen erkranken in Österreich während einer durchschnittlichen Influenzasaison, die jährliche Übersterblichkeit liegt bei mindestens 1.000 Personen. Weltweit endet die Erkrankung nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) jährlich für 500.000 bis 1,3 Millionen Menschen

tödlich. Die höchste Inzidenz findet man bei Kindern und Jugendlichen, die Mortalität ist bei Personen über 65 Jahren bzw. mit chronischen Erkrankungen am höchsten. Während des epidemischen Auftretens von Influenzafällen häufen sich Spitalsaufenthalte aus zerebrovaskulären und kardiovaskulären Gründen. Die Influenza zwingt auch junge und gesunde Erwachsene für ein bis zwei Wochen in den Krankenstand – wenn keine Komplikationen hinzukommen. Darauf folgt die für Influenza typische Erholungszeit von mehreren Wochen, gekennzeichnet von körperlicher Schwäche und eingeschränkter Leistungsfähigkeit. Damit ist die Influenza nicht nur eine der häufigsten, sondern auch eine der folgenschwersten Infektionskrankheiten.

Ein abweichendes klinisches Bild wird bei vor allem kleineren Kindern beobachtet, bei denen Appetitlosigkeit, Apathie, Atemprobleme durch nasale Obstruktion, aber auch gastrointestinale Symptome dominieren können. Bei Per-

sonen mit geschwächter Immunlage tritt Fieber als diagnostisches Kriterium in den Hintergrund.

Dies gilt auch für Ältere (ab 65), bei denen allgemeines Krankheitsgefühl, Myalgien und Kopfschmerzen generell seltener bzw. schwächer ausgeprägt sind, Husten aber häufiger auftritt und die Symptomatik insgesamt widersprüchlicher erscheint. Vor allem ältere Menschen, Kleinkinder und Menschen mit Immunschwäche und/oder chronischen Grundkrankheiten sind durch Komplikationen der Influenza gefährdet: Pneumonie, Exazerbationen chronischer Atemwegserkrankungen (Asthma, COPD), Sinusitis, Otitis media, Perikarditis, Myositis, Meningitis oder Enzephalitis.

Groteske Situation: sehr gute Impfeempfehlungen, mangelhafte Umsetzung

Österreich gehört zu den Ländern mit den besten Empfehlungen weltweit. Die Empfehlung der Impfung für ältere Personen bereits ab 50 Jahren gibt es nur in wenigen Ländern (Tab 1). Die entsprechende Umsetzung dieser Empfehlungen allerdings scheitert seit Jahren kläglich: In der vergangenen Saison wurde mit nur 10% Durchimpfungsrate ein neuerlicher Tiefstand erreicht. In der Altersgruppe ab 60 Jahren sind ca. 30% geimpft. Damit nimmt Österreich im europäischen Vergleich einen der letzten Plätze ein und verfehlt haushoch die von der WHO empfohlene Durchimpfungsrate von 75% bei den älteren Personen (Ziel bis 2010).

Wesentlich bessere, zum Teil hohe Durchimpfungsraten in dieser Alter-

Tabelle 1

Influenzaimpfung laut Österreichischem Impfplan 2010 Die Impfung ist jedem, der sich schützen will, zu empfehlen

Besonders empfohlen ist die Impfung für

- Kinder (ab 7. Lebensmonat), Jugendliche und Erwachsene mit erhöhter Gefährdung infolge eines Grundleidens (chronische Lungen-, Herz-, Kreislaufkrankungen, Erkrankungen der Nieren, Stoffwechselkrankheiten und Immundefekte (angeboren oder erworben).
- Ebenso ist die Impfung für Personen > 50 Jahren empfohlen.
- Betreuungspersonen (z.B. in Spitälern, Altersheimen und im Haushalt) von Risikogruppen (kranke Kinder, Altersheim) sollen ebenfalls geimpft werden.
- Personal mit häufigen Publikumskontakten.
- Reiseimpfung: Bei Reisen in Epidemiegebiete für alle Reisenden.

Ärzte und Pflegepersonal haben zudem eine moralische Verpflichtung sich impfen zu lassen, um nicht zur Ansteckungsgefahr für ihre Patienten zu werden.

gruppe werden in den meisten europäischen Ländern erzielt, beispielsweise in Spanien (71%), Großbritannien (70%), Frankreich (68%) oder Italien (66%). Die Durchimpfungsraten bei medizinischen Personal im Gesundheitswesen sind zwar in ganz Europa bescheiden, Österreich nimmt hier leider mit nur 17% Durchimpfungsrate einen der letzten Plätze ein.

Verpflichtung zur „Evidenced based medicine“

Auch das kann man nicht oft genug wiederholen: Ärzte sind zur Fortbildung und Anwendung des Stand des Wissens („State of the art“) bzw. zur „evidenced based medicine“ verpflichtet. Das trifft natürlich auch auf die Influenzaprävention zu. Diese beinhaltet neben Empfehlung und Durchführung der jährlichen saisonalen Impfung selbstverständlich auch die Verschreibung der richtigen Therapie im Krankheitsfall. Der Einsatz der Neuraminidasehemmer – die modernste antivirale Therapie der Influenza – bleibt weit hinter den Möglichkeiten, nur eine kleine Minderheit der Erkrankten erhält die richtige Therapie (Tab. 2).

Vorbild „Hausarzt“

Empfehlungen, Einstellungen und Ratschläge eines über Jahre vertrauten Arztes sind für die Menschen in der Regel überaus wichtig und meist entscheidend, ob sie eine (Präventiv-)Maßnahme durchführen oder eben nicht. Daher kommt der Vorbildfunktion des Arztes eine überaus wichtige Rolle zu, indem eben im Falle der Influenzaprävention die Impfung angeraten und durchgeführt wird.

Hier gibt es große Unterschiede in unserem Land: Auf der einen Seite diejenigen Ärzte, die in großem Umfang die Impfung empfehlen und damit auch hohe Durchimpfungsraten Ihrer Patienten erreichen, auf der anderen Seite jene Kollegen, die schlichtweg gar nichts tun oder sogar aktiv von der Impfung abraten. Persönliche Meinungen und Einstellungen müssen für Ärzte Privatsache bleiben und dürfen in der ärztlichen Tätigkeit keine Rolle spielen. Die Realität sieht, wie wir alle wissen, anders aus.

Uneinigkeit und wiederholt widersprüchliche Aussagen aus der Ärzteschaft müssen zwangsläufig die Bevöl-

Neuraminidasehemmer (NH) – die Fakten
<ul style="list-style-type: none"> • NH sind gegen Influenzaviren der Typen A und B wirksam. • Die Wirkung basiert auf der Blockade der viralen Neuraminidase, die für die Freisetzung und Ausbreitung neu gebildeter Viren im Respirationstrakt zuständig ist. • Die Therapie muss möglichst rasch eingeleitet werden, jedenfalls innerhalb von 48 Stunden nach dem Auftreten der ersten Symptome • Je früher die Therapie begonnen wird, umso effizienter kann sie durch Unterdrückung der Virusreplikation wirken. • Die beiden zugelassenen NH Oseltamivir und Zanamivir bewirken bei rechtzeitiger Einnahme eine Verkürzung der Erkrankungsdauer, eine Reduzierung von Schweregrad und Fieberdauer, zudem können der Antibiotikaverbrauch sowie die Häufigkeit von Hospitalisierungen und Komplikationen deutlich gesenkt werden. • Spontane Mutationen im Genom des Influenzavirus können zu einer reduzierten Empfindlichkeit gegenüber Oseltamivir oder Zanamivir führen. • Nach derzeitigem Wissensstand ist das Auftreten resistenter Stämme nicht die Folge des therapeutischen Einsatzes, sondern das Ergebnis der spontanen genetischen Variabilität des Virus. Durch die weltweite Überwachung werden auftretende Resistenzen genau beobachtet und entsprechend bekannt gegeben.

kerung verunsichern und sind mit Sicherheit ein Hauptgrund für die niedrigen Impfraten. Wenn das medizinische System nicht weitgehend geschlossen dahinter steht, kann es nicht funktionieren. Folgendes darf man in diesem Zusammenhang auch nicht vergessen: Ärzte und Pflegepersonal haben eine moralische Verpflichtung sich impfen zu lassen, um nicht zur Ansteckungsgefahr für ihre Patienten zu werden!

Die Impfung: Sinnvolle Präventionsmaßnahme für alle

Die Influenzaschutzimpfung für die klassischen Risikogruppen sollte mittlerweile eine selbstverständliche präventivmedizinische Handlung sein! Experten empfehlen die Impfung aber nicht nur für bestimmte Gruppen, sondern prinzipiell Jedem, der sich und/oder die Familie schützen will!

Für schwangere Frauen ist die Impfung dringend empfohlen, da vor allem im letzten Trimester eine Influenza zur ernstesten Bedrohung für Mutter und Kind werden kann. Kinder dürfen ebenso nicht vergessen werden, sie erkranken im Rahmen ihrer Erstinfektion in der Regel schwerer als Erwachsene, scheiden das Virus über einen längeren Zeitraum aus und stellen aufgrund des häufig engen Kontakts mit Gleichaltrigen wichtige Streuquellen dar. Kinder gelten somit als die Motoren einer Epidemie.

H1N1-Influenza-Pandemie: eine Bilanz

Mehr als zehn Jahre lang hat sich die Welt auf eine neuerliche Pandemie vor-

bereitet. Vergangenes Jahr hat uns die Realität eingeholt, das neue pandemische H1N1-Virus hat sich binnen kürzester Zeit global verbreitet. Es scheint derzeit so, als wäre die Welt mit einem blauen Auge davon gekommen. Das neue Virus verursacht überwiegend unerwartet „milde“ Krankheitsverläufe. Dennoch war diese Pandemie anders als die saisonale Influenza und gibt Anlass zur Beunruhigung: Untypisch für die Influenza erkranken überwiegend junge Menschen und wesentlich häufiger als bei der saisonalen Influenza kommt es zu lebensbedrohlichen Verläufe mit akutem Lungenversagen.

Die H1N1-Pandemie ist vorerst beendet und es bleibt abzuwarten, was uns in den kommenden Monaten erwartet. Niemand kann eine verlässliche Prognose über die weitere Entwicklung abgeben. Zurücklehnen und Aufatmen ist sicherlich nicht angebracht, schon morgen könnte die Welt mit einem neuen, möglicherweise weitaus gefährlicheren Pandemievirus konfrontiert sein.

Denn eines dürfen wir nie vergessen: Influenzaviren sind und bleiben in ihrer Wandlungsfähigkeit völlig unberechenbar!

*Univ.-Prof. Dr. Ursula Kunze
 Institut für Sozialmedizin
 Zentrum für Public Health
 Medizinische Universität Wien
 Rooseveltplatz 3, A-1090 Wien
 ursula.kunze@meduniwien.ac.at*

Antihypertensive Kombinationstherapie – neue Optionen?



Prim. Univ.-Doz. Dr. Johann Auer

Aktuelle Empfehlungen internationaler Fachgesellschaften haben aufgrund rezenter klinischer Studien den Zielblutdruck für spezielle Patientenkollektive weiter spezifiziert. Für Patienten mit Diabetes mellitus und erhöhtem kardiovaskulären Risiko wurden relativ klare Blutdruckgrenzen eingeführt. Gleiches gilt für Patienten mit Niereninsuffizienz, bei denen eine konsequente Blutdrucksenkung (insbesondere bei Patienten mit Proteinurie) zu einer bedeutsamen Reduktion des kardiovaskulären Risikos führt.

Die aktuellen Richtlinien zur Behandlung der arteriellen Hypertonie sehen vor, dass die antihypertensive Therapie sowohl mit einer Monosubstanz als auch mit einer Kombinationstherapie begonnen werden kann. Bei Patienten mit deutlich erhöhten Blutdruckwerten und/oder deutlich erhöhtem Gesamtrisiko wird einer initialen antihypertensi-

ven Kombinationstherapie der Vorzug gegeben.

Letztendlich müssen für das Erreichen von Zielblutdruckwerten sehr häufig mehrere Medikamente kombiniert verabreicht werden. Bis zu 80% der Hypertoniepatienten benötigen mehrere Medikamente, um die individuellen Blutdruckzielwerte zu erreichen (Dahlof B. et al. Lancet 2005; 366:895-906). Grundsätzlich können alle Substanzen kombiniert werden, vorausgesetzt man wählt dafür Medikamente aus den verschiedenen Wirkstoffklassen. Mehr oder weniger sinnvolle Kombinationstherapien werden von den Richtlinien der nationalen und internationalen Fachgesellschaften explizit formuliert.

Die Wahl des Antihypertensivums oder der entsprechenden Kombination sollte jedoch individuell erfolgen und zusätzliche Erkrankungen oder

Zustände berücksichtigen (z.B. Übergewicht, Diabetes mellitus, koronare Herzkrankheit, Linksherzinsuffizienz, Nierenerkrankungen, zerebrovaskuläre Erkrankungen, höheres Alter, Schwangerschaft).

Durch eine möglichst einfache Kombinationstherapie – so die aktuellen Guidelines – kann die Compliance der Patienten verbessert werden, wobei langwirksamen Medikamenten der Vorzug zu geben ist.

ACCOMPLISH-Studie

Fragestellung

Welche Kombinationstherapie ist bei Hypertonikern mit erhöhtem kardiovaskulären Risiko in Bezug auf nichttödliche und tödliche kardiovaskuläre Endpunkte günstig?

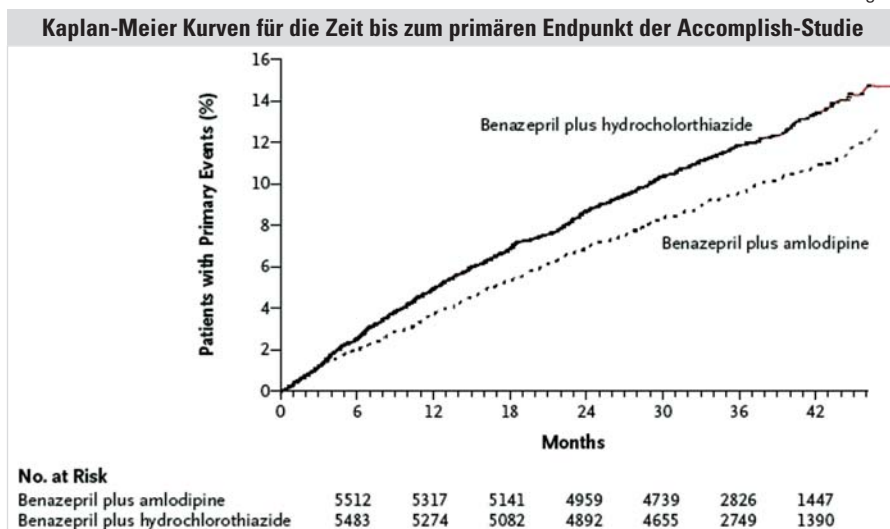
Patienten und Methodik

Die Hypothese der ACCOMPLISH-Studie (Avoiding Cardiovascular Events in COMbination Therapy in Patients Living with Systolic Hypertension) lautete: Eine Kombinationstherapie von Benazepril mit Amlodipin reduziert die kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität um 15% stärker als eine Kombination von Benazepril mit dem Diuretikum Hydrochlorothiazid.

Dies ist die erste Endpunktstudie, in der die initiale Therapie mit zwei antihypertensiv wirksamen Fix-Kombinationen verglichen wird.

Bei der ACCOMPLISH-Studie handelte es sich um eine randomisierte, dop-

Abbildung 1



pelblinde, ereignisgesteuerte („event-driven“), multinationale, multizentrische Studie, an der über 11.506 Patienten in rund 550 Studienzentren in den USA und Skandinavien teilnahmen.

Der primäre Endpunkt war kardiovaskuläre Mortalität und Morbidität, definiert als kardiovaskulärer Tod, nichttödlicher Myokardinfarkt, nichttödlicher Schlaganfall, Hospitalisierung wegen instabiler Angina, koronare Revaskularisierung und plötzlicher Herztod mit Reanimation¹. Die Zielpopulation bestand aus Männern und Frauen über 55 Jahren, mit systolischem Blutdruck ≥ 160 mmHg oder antihypertensiver Therapie, Nachweis von Herz-Kreislauf- oder Nierenerkrankungen oder sonstiger Endorganschädigung.

Insgesamt wurden 11.506 Hypertoniker mit hohem kardiovaskulären Risiko aufgenommen; 60% waren Diabetiker, 46% der Patienten hatten bereits bei Studienbeginn ein akutes Koronarsyndrom, eine Bypass-Operation oder eine Angioplastie in der Anamnese. Bei 13% war ein Schlaganfall vorausgegangen.

38% der Patienten waren vor der Randomisierung mit drei oder mehr Antihypertensiva behandelt und nur bei 37% lag der Blutdruck vor Studienbeginn unter 140/90 mmHg. Daraus kann abgeleitet werden, dass die meisten Studienpatienten wahrscheinlich an einer schweren arteriellen Hypertonie litten.

Die beiden Behandlungsarme bestanden entweder aus ACE-Hemmer und Diuretikum (Benazepril 20–40 mg und Hydrochlorothiazid (HCT) 12,5–25 mg) oder ACE-Hemmer und Kalziumantagonist (Benazepril 20–40 mg und Amlodipin, [AMLO; 5–10 mg]). Die Blutdruckzielwerte waren $< 140/90$, bzw. $< 130/80$ mmHg für Diabetiker oder Nierenkranke. Bei Bedarf konnten weitere Antihypertensiva einer anderen Substanzklasse gegeben werden. Nach einer Dosistitration über drei Monate war die Studie auf eine Beobachtungszeit von fünf Jahren angelegt.

Alter (68,3 vs. 68,4 Jahre) und Geschlechtsverteilung (Männer 61,1 vs. 60,1%) waren in beiden Studienarmen (HCT/ACE-H vs. Amlodipin/ACE-H) vergleichbar.

Ergebnisse

Die systolischen Blutdruckwerte wurden durch beide Kombinationen in gleicher Weise gesenkt (131,6/73,3 mmHg in der Amlodipin/ACE-H-Gruppe versus 132,5/74,4 mmHg in der HCT/ACE-H-Gruppe; Abb.1). In der Amlodipin-Gruppe erreichten 75,4% der Patienten ihr Blutdruckziel und in der HCT-Gruppe waren 72,4% gut eingestellt. Der präspezifizierte Grenzwert für einen Unterschied im primären Endpunkt wurde bei Vorliegen von 60% der erwarteten Endpunkte überschritten. Die Studie wurde deshalb zu diesem Zeitpunkt abgebrochen.

Trotz vergleichbarer Blutdrucksenkung in beiden Studienarmen erzielte die fixe Kombination Benazepril und Amlodipin eine Verminderung der kardiovaskulären Morbidität und Mortalität um 19,6% im Vergleich zur ACE-Hemmer/Diuretikum-Kombination ($p < 0,001$, Abb. 2). Die kardiovaskuläre Mortalität allein lag um 19% und die Rate nichttödlicher Herzinfarkte ebenfalls um 19% niedriger mit der Kombination ACE-Hemmer/Kalziumantagonist. Der harte Endpunkt kardiovaskulärer Tod, Schlaganfall und Myokardinfarkt lag um 20% niedriger unter ACE-Hemmer/Kalziumantagonist ($p < 0,01$; Abb. 3).

Beide Kombinationen wurden gut vertragen. Die Häufigkeit des Auftretens unerwünschter Ereignisse, die zum Studienabbruch geführt haben, war niedrig und lag bei 17,6% (ACE-Hemmer/Kalziumantagonist) und 18,4% (ACE-Hemmer/Diuretikum-Kombination), wobei bei nur 0,5 % (HCT-Kombination) bzw. 0,4 % (Amlodipin-Kombination) eine Hypotonie als schweres unerwünschtes Ereignis auftrat.

Kommentar – potentielle Auswirkungen der ACCOMPLISH-Studie auf die Praxis

ACCOMPLISH ist die erste Studie, die kardiovaskuläre Endpunkte in einer Population von älteren Hypertonikern (mittleres Alter 68 Jahre) mit erhöhtem kardiovaskulären Risiko untersucht, bei der nach ihrer individuellen Vortherapie bereits zu Beginn der Studie alle Patienten mit einer Kombinationsbehandlung behandelt wurden (im Gegensatz zu einer stufenweisen Titration – Monotherapie/Dosissteigerung/Kombinationstherapie). Die Patienten erhielten eine Kombination aus Benazepril und Amlodipinbesilat bzw. aus Benazepril und HCT. Während der ersten zwei Monate der Studie wurde die Dosis des Prüfpräparats erhöht: Benazepril wurde bis 40 mg auftitriert und dann wurde bei Patienten, die den Zielblutdruck nicht erreicht hatten, HCT bis auf 25 mg bzw. Amlodipin bis auf 10 mg auftitriert.

Es kann festgehalten werden, dass in der ACCOMPLISH-Studie zwei zeitgemäße Behandlungsschemata miteinander verglichen wurden.

Bemerkenswert ist, dass erstmals in einer großen Outcome-Studie zur Hypertoniebehandlung ein so niedriger mittlerer systolischer Blutdruckwert erreicht

Abbildung 2

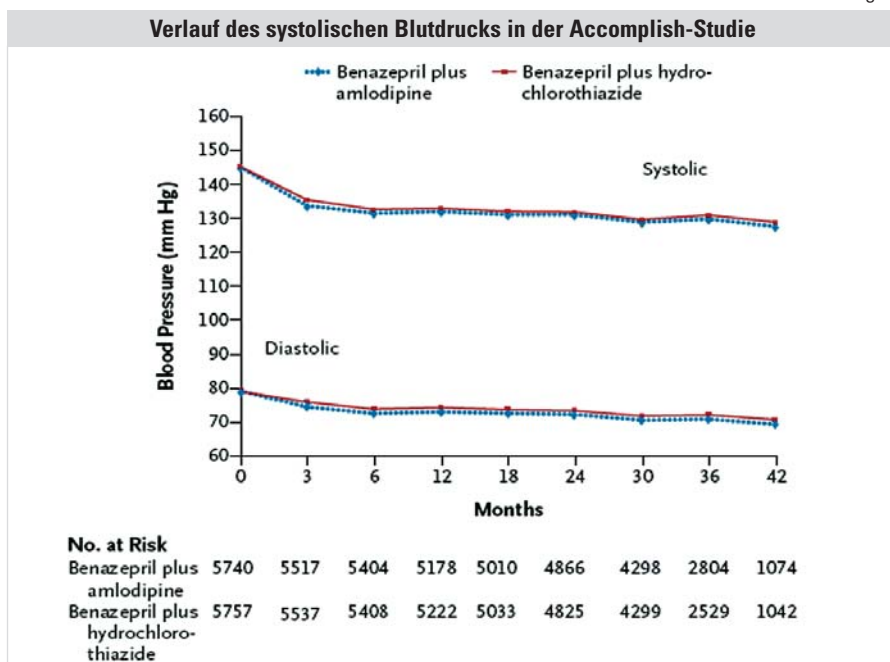
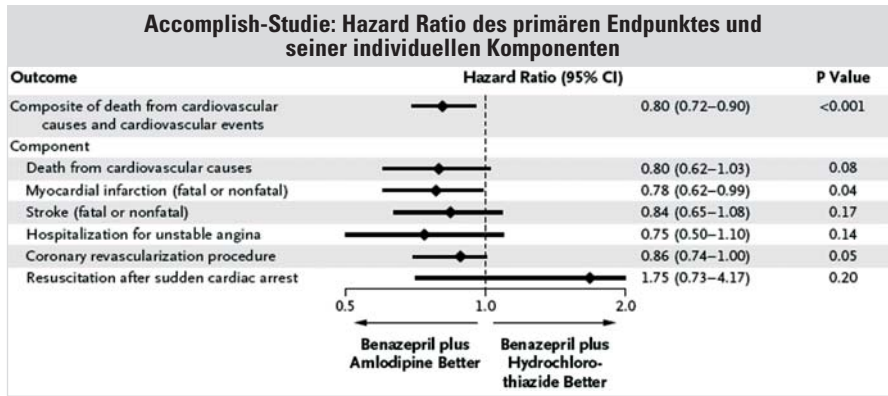


Abbildung 3



werden konnte. Das unterstreicht die hohe Effektivität der verwendeten Kombinationen und kommt der Forderung der Richtlinien nach strenger Blutdruckeinstellung für kardiovaskuläre Risikopatienten sehr entgegen. In diesem Zusammenhang muss festgehalten werden, dass die Amlodipin-Kombination in der ACCOMPLISH-Studie zu einer stärkeren Blutdrucksenkung geführt hat (0,9 mmHg systolisch und 1,1 mmHg diastolisch). Es muss vermutet werden, dass diese Blutdruckdifferenz in der punktuellen Ordinationsmessung die tatsächlichen Unterschiede im 24-Stunden-Verlauf aufgrund der kurzen Wirksamkeit von Hydrochlorothiazid und der relativ niedrigen Dosis (im Durchschnitt 19 mg in ACCOMPLISH) deutlich unterschätzt. Daten zur 24-Stunden-Blutdruckkontrolle aus der ACCOMPLISH-Studie werden zukünftig diesbezüglich weitere Klarheit bringen (wurden bislang aber noch nicht publiziert).

Aus den Daten der CAFE-Studie (Substudie der ASCOT-Studie – Vergleich einer Atenolol-basierten [+ Thiazid] mit einer Amlodipin-basierten Therapie [+ Perindopril]) kann abgeleitet werden, dass der Kombination aus Amlodipin und RAS-Hemmer günstige Effekte auf die Pulswellengeschwindigkeit und den zentralen Blutdruck (Blutdruck in den herznahen Gefäßen) zuzuschreiben sind.

In der ACCOMPLISH-Studie konnte eine signifikante Reduktion der kardiovaskulären Ereignisse in der mit der Amlodipin-Kombination behandelten Patienten dokumentiert werden. Die kann zum Teil auf eine stärkere Blutdrucksenkung in der Amlodipin/ACE-Hemmer-Gruppe zurückzuführen sein (siehe auch nächster Absatz – unterschiedliche Effektivität und Wirkdauer verschiedener Diuretika). Allerdings kommen Zusatzeffekte wie Stoffwech-

seleigenschaften, direkte vasoprotektive Effekte und Einflüsse auf Pulswellengeschwindigkeit und den zentralen Blutdruck (RAS-Hemmer, Amlodipin) der verwendeten Substanzen als potentielle Erklärung für dieses Studienergebnis in Betracht.

Die Ergebnisse der ACCOMPLISH-Studie bestätigten die von vielen Fachgesellschaften bereits weit verbreitete Haltung, dass Diuretika keine Vormachtstellung, weder in der initialen Monotherapie noch in der Kombinationstherapie der arteriellen Hypertonie, einnehmen sollten. Diese aktuellen Daten der ACCOMPLISH-Studie stehen damit im Gegensatz zu den aktuellen US-amerikanischen Empfehlungen (JNC VII, 2003), die in erster Linie die Ergebnisse der ALLHAT-Studie als Grundlage für ihre diesbezüglich sehr dogmatische Haltung (zugunsten der Diuretika als „First-line“-Therapie – insofern keine zwingende Indikation für eine andere Substanz besteht) – verwendet hat. Es muss einschränkend allerdings festgehalten werden, dass man die in ACCOMPLISH und in ALLHAT verwendeten Diuretika nicht direkt vergleichen kann, da Chlorthalidon (ALLHAT) etwa doppelt so stark und viel länger wirkt, als HCT (ACCOMPLISH). Die verwendeten Dosen der beiden unterschiedlichen Diuretika lagen aber in den beiden Studien in einem vergleichbaren Bereich (zwischen 25 mg und 50 mg). Es sind daher unterschiedliche Blutdruckwerte im 24-Stunden-Verlauf zu erwarten.

Die ACCOMPLISH-Studie liefert die Grundlage dafür, dem verordnenden Arzt eine höhere Flexibilität in der Auswahl der initialen Pharmakotherapie einzuräumen.

Zahlreiche Daten weisen darauf hin, dass eine Verbesserung der Therapie-

compliance dann erreicht werden kann, wenn eine Tablette anstelle von zwei getrennten Tabletten eingenommen werden muss (Arshad S et al. J Human Hypertens 2008;22:S1-S12.).

Die Ergebnisse weisen stark darauf hin, dass die frühzeitige (möglichst schon initiale) Verwendung eines Kombinationspräparats in der Behandlung der arteriellen Hypertonie bei älteren Patienten mit erhöhtem kardiovaskulären Risiko und deutlich über die Norm erhöhten Blutdruckwerten eine neue bevorzugte Strategie sein könnte.

Für einen großen Anteil der Hypertoniker mit erhöhtem kardiovaskulären Risiko ist für das Erreichen von Blutdruckzielwerten die Verwendung aller in der ACCOMPLISH-Studie getesteten Substanzen (RAS-Hemmer plus Kalzium-Antagonist plus niedrig-dosiertes Diuretikum) erforderlich. Für diese Patientengruppe ist Verbesserung der Compliance sogar eine Strategie mit einer Single-Pill-Kombination aus allen drei Substanzen zu diskutieren.

Abschließend soll darauf hingewiesen werden, dass aus meiner Sicht die wesentlichste Botschaft der ACCOMPLISH-Studie (ähnlich wie die der HYVET-Studie) ist, die beeindruckende Evidenz dafür zu erhärten, dass eine adäquate Blutdruckkontrolle (Absenken auf individuelle Zielwerte) den wichtigsten Aspekt der pharmakologischen Blutdrucktherapie im Hinblick auf eine Reduktion des kardiovaskulären Risikos darstellt. Es bleibt zu hoffen, dass diese Studie dazu beitragen wird, dass der Anteil an effektiv therapierten Hypertoniepatienten mit tatsächlich im Normbereich befindlichen Blutdruckwerten zunehmen wird.

Literatur beim Verfasser

Prim. Univ.-Doz. Dr. Johann Auer
 Europaklinikum Braunau/Simbach
 Akademisches Lehrkrankenhaus der
 Paracelsus Medizinischen Universität
 Salzburg
 1. Interne Abteilung mit Kardiologie,
 Internistische Intensivmedizin, Stoff-
 wechselkrankheiten und Akutgeriatrie
 Ringstraße 60, A-5280 Braunau
 Tel.: +43/7722/804
 johann.auer@khbr.at
 johann.auer@khsim.de

Möglichkeiten der hormonellen Kontrazeption



Univ.-Prof. Dr. Doris Gruber

Verhüten und mehr...

Vor 50 Jahren ist es erstmalig gelungen ein „Medikament“ auf dem Markt zu bringen, das nicht im eigentlichen Sinne eine Krankheit heilt oder lindert, sondern bei gesunden Frauen zum Einsatz kommt, um nur ein Ziel zu verfolgen, die Empfängnis zu verhindern.

Die oberste Prämisse an das Produkt war, effizient eine Schwangerschaft zu verhüten. Dass dies mit der „Pille“ auch wirklich möglich ist, steht außer Zweifel, und wird bei jedem neu auf den Markt kommenden Präparat vorausgesetzt. Ein niedriger Pearl-Index ist selbstverständlich. Doch was „kann“ die „Pille“ noch? Welche Vorteile und möglichen Nachteile „erkaufe“ ich mir als Anwenderin um den Preis des Empfängnissschutzes? Mit diesen Fragen sehen sich Ärztinnen und Ärzte immer öfter konfrontiert. Die Information diesbezüglich ist wichtig und muss sachgerecht erfolgen. Doch sollten auch, wenn es das Gesprächsklima zulässt, weitere Dimensionen der Sexualität, vor allem bei jungen Anwenderinnen besprochen werden. Verhüten ist nur ein Aspekt, wenn man eine Partnerschaft eingeht.

Glücklicherweise ist die Palette der hormonellen Möglichkeiten groß und es bedarf mittlerweile eines längeren Gespräches mit den Mädchen und Frauen, um auch wirklich alle diesbezüglichen Frage ausführlich zu erörtern.

Allgemeines zur Pille

Es ist in den letzten 40 Jahren gelungen, die Hormonkonzentration der Pille

immer mehr zu verringern und neue Gestagenkomponenten zu entwickeln, was jedoch nicht zu einer kritiklosen Verordnung und Anwendung verleiten soll. Die Pille ist als ein hochwirksames, pharmakologisches Produkt, als Medikament und nicht als Lifestyle-Präparat einzustufen. Dementsprechend muss auch über Nebenwirkungen und Interaktionen mit der Anwenderin gesprochen werden.

Bei der Erstverschreibung einer Pille ist eine genaue Anamnese zu erheben, sodass man daraus resultierend ein geeignetes Präparat verordnen kann. Grundsätzlich sollte mit einem möglichst niedrigen Gesamtsteroidanteil begonnen werden. Das Postulat „so niedrig wie möglich“ gilt auch für die orale Kontrazeption.

In den letzten Jahren wurde aber nicht nur die Dosis reduziert, auch die Applikationsmöglichkeiten wurden deutlich erweitert. So kamen neben dem hormonhaltigen Implantat der Intra vaginalring, die Hormonspirale und zuletzt das Kontrazeptionspflaster auf den Markt. Das bedeutet, man muss die zukünftige Anwenderin auch über diese neuen Möglichkeiten informieren, denn der Applikationsmodus ist ein wichtiges Kriterium für eine zuverlässige Anwendung. Zumeist ist es so, dass junge Mädchen und Frauen schon sehr gut über die unterschiedlichen Möglichkeiten der hormonellen Kontrazeption Bescheid wissen, sodass es schließlich die Aufgabe des verschreibenden Arztes/der Ärztin ist, den medizinischen „Hintergrund“ gemeinsam mit der Frau zu prüfen, um eine optimale Verträglichkeit möglichst sicherzustellen.

Zu Beginn der Pillenanwendung verunsichern vor allem Zwischenblutungen und Zyklusinstabilitäten die Anwenderinnen. Dies ist aber meist ein kurzes, sich rasch wieder von selbst lösendes Problem, meist ohne dass eine ärztliche Intervention notwendig ist. Manchmal, wenn auch nach drei bis vier Monaten die Zwischenblutungen nicht aufgehört haben, ist eine Modifizierung der Pillenverordnung notwendig. Prinzipiell kann man bei Blutungsstörungen, die unter monophasischen Ovulationshemmern auftreten, auf ein Dreistufen- bzw. auf ein Zweiphasenpräparat ausweichen (Tabelle 1). Damit gelingt es, in vielen Fällen Metrorrhagie und Spottings zu beenden. Die Verkürzung der Pillenpause aber auch das Verwenden höher dosierter Präparate ist ein weiterer Schritt im Management von Zyklusstörungen unter der Pille.

Patientinnen mit Endometriose, welche die Pilleneinnahme wünschen, wird man eine östrogenarme und gleichzeitig gestagenbetonte Pille oder auch eine reine Gestagenverhütung empfehlen.

Frauen, die unter der Pillenanwendung eine trockene Scheide oder eine Conjunctivitis sicca entwickeln, sollten eher eine östrogendominierte Pille wählen. Aber auch für Kopfschmerz und Migräne in der Pillenpause, für Libidoverlust und Zelluliteentwicklung unter der Pilleneinnahme sowie gegen hyperandrogenämische Stigmata stehen besonders vorteilhafte Präparate zur Verfügung.

Mit der Kenntnis der differenzierten Verordnung hormoneller Kontrazeptiva wird auf dem Gebiet der Empfängnisverhütung auch das möglich, was man in der

Hormonersatztherapie bereits seit Jahren praktiziert: Nämlich die individuelle, der entsprechenden Frau angepasste Pillenverschreibung. Man erreicht nebst der effektiven Verhütung auch therapeutische Effekte.

Pille und Haut

Auch die Haut ist ein Erfolgsorgan steroidaler Hormone. Aus diesem Grund wird oft schon sehr jungen Mädchen, die womöglich noch nicht die Menarche hatten, aus therapeutischen Gründen gegen Pubertätsakne die Pille verordnet. In diesem Fall sollte man allerdings besondere Zurückhaltung in der Verordnung walten lassen. Einerseits behandelt man mit der Pille sehr effektiv Akne, allerdings stört man durch die plötzliche Hormonüberflutung den gerade in der Pubertät befindlichen Organismus und die weitere Etablierung eines physiologischen zyklischen, ovariell gesteuerten Systems. Dies kann nachhaltige Folgen haben.

Zu den häufigsten dermatologischen Veränderungen, die unter der Pilleneinnahme entstehen, gehören Chloasmen. Man versteht darunter gelblich-braune Flecken, die vor allem im Gesicht auftreten. Sonneneinstrahlung hat bei prädisponierten Frauen, die gleichzeitig die Pille einnehmen einen verstärkenden Einfluss auf die Manifestation von Chloasmen. Aus diesem Grund empfiehlt man diesen Frauen die Pilleneinnahme auf den Abend zu verlegen, da unmittelbar nach Pilleneinnahme die Steroidkonzentration im Serum am höchsten ist und direkte UV-Strahlung möglichst zu meiden oder zumindest sich gut davor zu schützen. Einmal entstandene Chloasmen wieder völlig zu entfernen ist eine große dermatologische Herausforderung.

Pille und depressive Verstimmung

Müdigkeit, Reizbarkeit, Depression und Nervosität werden gehäuft bei Pilleneinnahmerinnen beobachtet. Die Beeinflussung von Neurotransmittern durch Steroide gilt als gesichert und es scheint einen engen Konnex zum GABA-Rezeptor zu geben. Da Progesteron am GABA-Rezeptor bindet und die Wirkung der Gamma-Aminobuttersäure verändern kann, kommt dem Progesteron ein zentral sedierender Effekt zu. Man kann dem Auftreten dieser unangenehmen Nebenwirkungen durch

Die häufigsten in Österreich verwendeten hormonellen Kontrazeptiva

Monophasenpräparate:

Balanca®, Belara®, Cileste®, Gynovin®, Harmonette®, Libelrel®, Lenea®, Libelrel® mite, Loette®, Mado-nella®, Marvelon®, Meliane®, Mercilon®, Microgynon® 30, Minesse®, Minulet®, Mirelle®, Wave®, Yasmin®, Yasminelle®, Yris®, Yris® mite,

Zweiphasenpräparate:

Gracial®

Dreistufenpräparate:

Tricileste®, Trinovum®, Vivelle®

„Akne“-Pillen:

Bellgyn ratiopharm®, Diane® mite, Loette®, Midane®, Minerva®, Vivelle®, Xylia®

„Gestagen-only“-Präparate:

Cerazette®, Micronovum®

Pille mit Östradiovalerat:

Qlaira®

Andere Applikationsformen hormoneller Kontrazeptiva:

Sayana® (gestagenhaltige Dreimonatsspritze), Depocon® (gestagenhaltige Dreimonatsspritze), Evra® (Hormonpflaster), Implanon NXT68® (gestagenhaltiges Implantat), Mirena® (intrauterines, gestagenhaltiges System), NuvaRing® (Vaginalring).

Diese Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit

Verordnung einer östrogenbetonten Pille in vielen Fällen Abhilfe schaffen.

Pille und PMS

Es gibt nur wenige Mädchen und Frauen, die nicht schon mit dem Prämenstruellen Syndrom Bekanntschaft gemacht haben. Eine pathophysiologische Erklärung dafür liegt im endokrinen Geschehen während der zweiten Zyklushälfte. Das Beschwerdebild kann monosymptomatisch oder polysymptomatisch sein. Bei stark die Lebensqualität beeinträchtigendem PMS und gleichzeitig erforderlichem Empfängnischutz stellen die oralen, hormonellen Kontrazeptiva ein sehr gute therapeutische Option dar.

Pille und Thrombose

Einzelne Thrombosefälle, die unter der Pille aufgetreten sind, sind in den letzten Jahren so intensiv in den Medien diskutiert worden, dass der Eindruck entstanden ist, dass jede Frau, die die Pille nimmt, thrombosegefährdet wäre. Tatsächlich findet man eine derartige Thromboseinzidenz, wie sie zuletzt den Präparaten der dritten Gestagengeneration angelastet wird, bei jedem neuen hormonellen Präparat, das auf den Markt kommt. Auch die Pillen der zweiten Gestagengeneration wiesen die gleiche Thromboseinzidenz auf, wie zuletzt die Pillen der dritten Generation. Dies unterstreicht, dass es nicht die Pillebestandteile sind, die für die Thrombose verantwortlich gemacht werden können, sondern die Art und

Weise der Pillenverschreibung und die interindividuelle Verträglichkeit. Frauen mit Risikofaktoren, vor allem aber Raucherinnen, dürfen nur mit größter Zurückhaltung und exakter Information orale Kontrazeptiva verordnet bekommen. Sollte nach genauestem Überlegen doch die Entscheidung für ein hormonelles Kontrazeptivum fallen, ist ein „Gestagen-only-Präparat“ vorzuziehen.

Die Anamnese ist auch bei der Fragestellung nach dem individuellen Thromboserisiko sehr hilfreich: Berichtet die betroffene Frau, dass sie bereits in jungen Jahren an einer Thrombose litt, dass ein Elternteil vor dem 30. Lebensjahr ebenfalls eine Thrombose hatte, so kann dies als sicherer Hinweis dafür gelten, dass die Frau thrombosegefährdet ist und auf eine andere Art der Empfängnisverhütung umsteigen sollte.

Die APC-Resistenz-Bestimmung ist in solchen Fällen eine zusätzliche Information, die dem Arzt nebst der Anamnese eine Entscheidungshilfe sein kann, ob er die Pille verschreiben soll oder nicht. Liegt ein pathologischer APC-Resistenz-Wert vor, d.h. ist die Ratio kleiner als 2,35, so sollte einerseits eine weitere hämatologische Abklärung erfolgen (Verdacht auf Mutation des Gerinnungsfaktors-V Leiden) und andererseits sollte auf eine Pillenverschreibung verzichtet werden.

Es darf noch einmal unterstrichen werden, dass es nicht unbedingt die Pille selbst ist, die Probleme, Nebenwirkun-

gen und Interaktionen verursacht, sondern die unsachgemäße und sorglose Verschreibung sowie Verabreichung! Auch die Kombination oraler Kontrazeptiva mit den Risikofaktoren Rauchen, Alkohol und Übergewicht stellt eine sehr kritische Konstellation dar und gefährdet letztendlich die Gesundheit der Anwenderin.

Pille und Brustkrebs

Obwohl der Zusammenhang zwischen Pille und Brustkrebs nicht als erwiesen angesehen werden kann, sollte man aus Sicherheitsgründen behutsam vorgehen. Dies heißt, dass auch die Frage nach einem hereditären Mammakarzinom in die Anamnese vor der Pillenverschreibung einfließen sollte. Liegt eine diesbezügliche Belastung vor, so sollte man vermeiden, der betroffenen Frau vor dem 18. Lebensjahr bzw. über eine Dauer von zehn Jahren, die Pille zu verordnen. Mit diesen beiden Maßnahmen verringert man ein mögliches Risiko, das aber noch nicht als gegeben angesehen werden kann. Trotzdem ist es sinnvoll, aus Sicherheitsgründen restriktiv vorzugehen. Studien diesbezüglich lassen noch keine einheitliche und eindeutige Empfehlung zu.

Pille und Effluvium

Nicht selten klagen Frauen, dass es während der Pilleneinnahme zu Haarausfall kommt. Obwohl Ethinylöstradiol positiv auf die Anaphase des Haarzyklus wirkt, kann durch ein völliges Absinken des ovariellen 17- β -Östradiols lokal ein relativer E2-Mangel entstehen, der durch das Ethinylöstradiol nicht ausgeglichen werden kann. Als kausale Therapie wäre das Absetzen der Pille zu überlegen. Es ist außerdem bekannt, dass es während der Pilleneinnahme zu einer Verarmung an Folsäure und Cobalamin kommen kann. Beide Substanzen sind für den Haarzyklus notwendig, so dass eine Substitution therapeutisch zu empfehlen wäre. In der Pipeline der Firmen befinden sich bereits hormonelle Kontrazeptiva die auch Folsäure enthalten.



Pille und Körpergewicht

Für viele Frauen ist die Zunahme des Körpergewichtes, das bei den niedrig dosierten Pillen kaum zu registrieren ist, ein großes Problem. Vereinzelt findet man tatsächlich Pilleneinnahmenden, bei denen entweder der Appetit steigt, oder die Verwertung der Nahrung so verstärkt ist, dass es tatsächlich zu einer merklichen Gewichtszunahme kommt. Es empfiehlt sich, diesen Frauen zu raten, während der ersten sechs Wochen der Pilleneinnahme auf das Abendessen zu verzichten. Das bedeutet nicht zu fasten, sondern zu frühstücken und normal Mittag zu essen aber dafür das Abendessen zu streichen. Die Anwendung von hormonellen Kontrazeptiva, die der vermehrten Wassereinlagerung entgegenwirken, führt bei

den Betroffenen oftmals zu einer Verbesserung.

Pille, Körpergewicht und Wirksamkeit

Übergewicht ist weltweit ein zunehmendes Problem. Ob das erhöhte Verteilungsvolumen und die dadurch veränderte Stoffwechselsituation zu einer verringerten Wirksamkeit von hormonellen Kontrazeptiva und in weitere Folge zu ungewollten Schwangerschaften führen kann, wurde nun analysiert (Cochrane Database of Systemic Reviews, 2010). Der Analyse liegen sieben Berichte zu Grunde, die Daten aus elf Studien mit über 39.500 Frauen enthielten. Eine von drei Studien mit Angabe des Body-Mass-Index (BMI) ergab ein erhöhtes Schwangerschaftsrisiko für Frauen mit Übergewicht und Fettleibigkeit (BMI > 25) im Vergleich zu normalgewichtigen Frauen. In dieser Studie hatten die Frauen entweder Hormonpflaster oder orale Kontrazeptiva verwendet. Diese Daten untermauern das oft in der Praxis vermutete Problem und unterstreichen erneut die notwendige Aufklärung, die basierend auf dieser Datenlage nun erfolgen kann.

Pille und Cervixkarzinom

Eine groß angelegte Reanalyse epidemiologischer Daten zur Klärung der Frage, ob hormonelle Kontrazeptiva einen Einfluss auf die Entstehung der Cervixkarzinoms haben, kommt zur Erkenntnis, dass grundsätzlich ein Zusammenhang zwischen der langjährigen Anwendung von hormonellen Kontrazeptiva und der Cervixkarzinomsinzidenz besteht. Es geht dabei um einen Anwendungszeitraum von zehn Jahren und mehr. Für die Praxis der Patientenbetreuung wichtiger ist das individuelle Risiko. Dies variiert stark mit der Inanspruchnahme der Vorsorgemaßnahmen und hängt zusätzlich von zahlreichen an-

deren Faktoren ab. Unzweifelhaft ist der kausale Zusammenhang von High-risk-HPV-Infektionen, Promiskuität und Parität. Wobei HPV-Infektion und Promiskuität in einem Atemzug zu nennen sind. Die wissenschaftlich offenen Fragen, wo etwa der Angriffspunkt der Hormone im Verlauf der viralen Onkogenese zu suchen ist, bedürfen noch der Klärung. In Kenntnis dieser Information, sollte bei der Verordnung hormoneller Kontrazeptiva die individuelle Lebenssituation der Anwenderin genau beleuchtet werden, damit die Verunsicherung klein gehalten wird. Die Anwenderinnen mögen zunehmendes Augenmerk auf die Durchführung der Vorsorgeuntersuchung legen und die Möglichkeit der HPV-Impfung als präventive Maßnahme sollte jeder Frau bekannt sein.

Notfallkontrazeption mit Hormonen

Die Methode der Notfallkontrazeption („Pille danach“) kommt dann zur Anwendung, wenn zum Zeitpunkt des Eisprungs ungeschützt Geschlechtsverkehr stattgefunden hat und der Eintritt einer Schwangerschaft verhindert werden soll. Die millionenfachen Zugriffe auf die Internetseite für die „Pille danach“ (www.pille-danach.at) repräsentieren einerseits das enorme Interesse an der Materie und andererseits den sich dahinter verbergenden Bedarf an Information, welcher schließlich zur Anwendung dieses Präparates bei tausenden Frauen führt.

Ein Notfallkontrazeptivum, wie es das Präparat Vikela® 1,5-mg-Tablette darstellt, verhindert den Eintritt einer Schwangerschaft durch Verzögerung des LH-Peaks und einer damit einhergehenden Arretierung des Leitfollikels, induziert aber nach derzeitigem Wissensstand keinen Schwangerschaftsabbruch gemäß jener Definition, dass eine Schwangerschaft mit der

Implantation einer befruchteten Eizelle beginnt (Definitionen laut US Food and Drug Administration, US National Institute of Health, American Medical Women’s Association, American College of Obstetricians and Gynecologists).

Die Nebenwirkungen sind gering bis moderat und äußern sich in erster Linie in Blutungsunregelmäßigkeiten sowie leichter Übelkeit und Brustspannen. Mit dem Eintritt der nächsten Menstruation ist nach Einnahme einer Notfallkontrazeption mit bis zu sieben Tagen Verspätung zu rechnen.

Die Methode der Notfallkontrazeption zeichnet sich durch folgende Charakteristika aus:

- Hohe Effizienz durch Applikation vor der Ovulation.
- Niedrige Effizienz durch Applikation nach stattgehabter Ovulation mit einem Zeitfenster von +/- zwei Tagen.
- Im Falle einer Befruchtung ungehinderter Eintritt einer intakten Schwangerschaft, da weitere „Postfertilisation-Events“ nicht gestört werden.

Seit Dezember 2009 ist die Notfallpille Vikela® (Wirksubstanz Levonorgestrel) rezeptfrei erhältlich.

Mit ellaOne® (seit 1. 1. 2010 rezeptpflichtig erhältlich) wurde eine neue Substanz zur Notfallkontrazeption eingeführt. Die Wirksubstanz Ulipristalacetat ist der Klasse der selektiven Progesteron-Rezeptor-Modulatoren zuzuordnen und ermöglicht eine längere und annähernd gleichbleibende Wirksamkeit bis zum fünften Tag nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr.

Wie der Name sagt, sollten die Methoden der Notfallkontrazeption dem „Notfall“ vorbehalten sein und nicht die Norm der Empfängnisregelung für eine Frau darstellen.

Liberel®-Filmtabletten, Liberel® mite-Filmtabletten. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: 1 Filmtablette enthält: Desogestrel 0,15 mg, Ethinylestradiol 0,03 mg. 1 Filmtablette enthält: Desogestrel 0,15 mg, Ethinylestradiol 0,02 mg. Anwendungsgebiete: Orale Konzeptionsverhütung. Gegenanzeigen: Kombinierte orale Kontrazeptiva (KÖK) dürfen nicht bei Vorliegen einer der unten angeführten Bedingungen angewandt werden. Sollte eine der aufgelisteten Bedingungen zum ersten Mal während der Einnahme eines KÖK auftreten, muss die Einnahme sofort beendet werden. Überempfindlichkeit gegenüber den Wirkstoffen oder einen der sonstigen Bestandteile; Bestehende oder vermutete Schwangerschaft; Bestehende oder vermutete maligne Erkrankungen (z.B. der Genitalien oder der Mammae), die Sexualhormon-abhängig sind; Nicht abgeklärte vaginale Blutungen; Bestehende oder vorausgegangene Prodrome einer Thrombose (z. B. transitorische ischämische Attacken, Angina pectoris); Angeborene oder erworbene Prädisposition für venöse oder arterielle Thrombosen, wie z.B. APC-Resistenz, Antithrombin-III-Mangel, Protein C- und Protein S-Mangel, Hyperhomocysteinämie und Antiphospholipidantikörper (Antikardiolipinantikörper, Lupus koagulans); Angeborene oder bestehende Fettstoffwechselstörungen; Schwere Hypertonie; Diabetes mellitus mit Gefäßveränderungen; Bestehende oder vorausgegangene venöse oder arterielle thrombotische/thrombo-embolische Ereignisse (z. B. tiefe Venenthrombose, Lungenembolie, Myokardinfarkt) oder zerebrovaskuläre Ereignisse; das Vorliegen eines schweren oder mehrerer Risikofaktoren für eine venöse oder arterielle Thrombose (siehe Abschnitt 4.4, Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung“) kann ebenfalls eine Gegenanzeige darstellen; Bestehende oder vorausgegangene Pankreatitis im Zusammenhang mit schwerer Hypertriglyzeridämie; Gelbsucht oder anhaltendem Juckreiz während einer früheren Schwangerschaft, Dubin-Johnson- und Rotor-Syndrom; Bestehende oder vorausgegangene schwere Lebererkrankung, solange sich die Leberfunktionswerte noch nicht normalisiert haben; Bestehende oder vorausgegangene benigne oder maligne Lebertumore; Migräne mit fokalen neurologischen Symptomen in der Anamnese; Porphyrie; Herpes gestationis; Otosklerose mit Verschlechterung des Hörvermögens in vorangegangenen Schwangerschaften. Liste der sonstigen Bestandteile: Tablettenkern: Lactose-Monohydrat, Kartoffelstärke, Povidon K30, Stearinsäure, Siliciumdioxid, α-Locopherol, Magnesiumstearat (Liberel mite); zusätzlich: Chinolingelb E104). Tablettenfilm: Hypromellose, Macrogol 6000, Propylenglycol. Name oder Firma und Anschrift des pharmazeutischen Unternehmers: Kwizda Pharma GmbH, 1160 Wien. Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht: Rezept- und apothekenpflichtig. Wirkstoffgruppe: Gestagene und Estrogene, fixe Kombinationen Die Informationen zu den Abschnitten Warnhinweise, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. Stand: 10/2007

Yris / Yris mite-Dragees. Zusammensetzung (arzneilich wirksame Bestandteile nach Art und Menge): 1 Dragee enthält 0,075 mg Gestoden und 0,03 mg / 0,02 mg Ethinylestradiol. Anwendungsgebiete: Hormonale Konzeptionsverhütung. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen einen der Bestandteile; Schwangerschaft; hormonabhängige Tumore (wie z. B. Mamma- oder Endometriumkarzinom bestehend, behandelt oder klinisch vermutet); nicht geklärte Genitalblutungen; bestehende oder vorausgegangene arterielle oder venöse thrombotische oder embolische Prozesse sowie prädisponierende Erkrankungen, z.B. Gerinnungsstörungen, Herzklappenerkrankungen oder Vorhofflimmern; Thrombophlebitis; Antithrombin-III-Mangel; Sichelzellenanämie; Zustand nach Herzinfarkt; schwerer Diabetes mellitus mit Gefäßveränderungen; Hyperlipoproteinämie; Fettstoffwechselstörungen; schwere Leberfunktionsstörungen; Gelbsucht oder anhaltender Juckreiz während einer früheren Schwangerschaft; Dubin-Johnson-Syndrom. Rotor-Syndrom; vorausgegangene oder bestehende Lebertumore; Herpes gestationis in der Anamnese; Otosklerose mit Verschlechterung in vorausgegangenen Schwangerschaften. Hilfsstoffe: Kern: Natriumcalciumedetat, Magnesiumstearat, Siliziumdioxid, Povidon, Maisstärke, 37,16 mg / 37,17 mg Lactose-Monohydrat. Hülle: Chinolingelb E 104, Povidon, Titandioxid E171, Macrogol 6000, Talk, Calciumcarbonat, Saccharose. Name oder Firma und Anschrift des pharmazeutischen Unternehmers: Kwizda Pharma GmbH, 1160 Wien Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht: Rezept- und apothekenpflichtig. Wirkstoffgruppe: Hormonelle Kontrazeptiva. Die Informationen zu den Abschnitten Warnhinweise, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. Stand: 04/2007

Langzeitzyklusgabe oraler Kontrazeptiva

Seit längerer Zeit befindet sich ein Präparat zur durchgehenden, nichtunterbrochenen Hormonzufuhr am Markt. Dadurch ahmt man eine Situation nach, die bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts aufgrund der häufigen Schwangerschaften ganz allgemein bestand. Dementsprechend hatten die Frauen vor 100 Jahren nur ca. 140 Menstruationszyklen während ihres gesamten Lebens, heute sind es rund 450.

Für den Langzeitzyklus spricht z.B. die geringere Anzahl beschwerlicher Phasen im Leben einer Frau, wenn ihr zu dieser Zeit Dysmenorrhoe, zyklusabhängige Migräne und andere Zyklusbeschwerden zu schaffen machen.

Orale Kontrazeption mit naturidentem Östrogen

Das – nennen wir es – „Anforderungsprofil“ an die Pille hat sich, wie beschrieben, in den letzten Jahre sehr verändert. Die Frauen sind den „Hormonen in der Pille“ gegenüber zunehmend kritischer geworden, und aus Umfragen weiß man, dass als oberster Wunsch an ein Pillen-Präparat immer wieder die „Natürlichkeit“ steht.

Was soviel bedeutet wie: mit Hormonen verhüten JA, aber dann bitte mit den körpereigenen. Diesen „Wunsch“ kennt auch die Industrie seit Jahren und alle Forschungsanstrengungen auf diesem Gebiet haben im Mai 2009 zur Marktreife des innovativen Produktes Qlaira® der Firma Bayer Schering geführt. Die neue Pille beinhaltet in einem ausgefeilten Dosierungsschema Östradiolvalerat und Dienogest. Das neue Produkt steht für das, was sich Frauen besonders von „Ihrer“ Pille wünschen: der Natur am nächsten zu sein. Das besondere Dosierungsschema, wurde nach aufwendigen Studien ermittelt und stellt neben einer guten Verträglichkeit, Zyklusstabilität und einer hohen kontrazeptiven Sicherheit das Charakteristikum der neuen Pille dar.

Conclusio

Die Möglichkeit der hormonellen Kontrazeption stellt nach wie vor eine der einfachsten und sichersten Formen der Empfängnisverhütung für die Frau dar.

*Univ.-Prof. Dr. Doris Gruber
Univ.-Klinik für Frauenheilkunde
Klin. Abt. für Gynäkologische Endokrinologie
und Reproduktionsmedizin
Währinger Gürtel 18–20, A-1090 Wien
Tel.: +4371/40 400-28 16, Fax: DW -28 17
doris.gruber@meduniwien.ac.at*

Neu von Bayer

Bayers A1CNow⁺ – für schnelle und einfache HbA_{1c}-Messungen

Das vor kurzem in Österreich eingeführte A1CNow⁺ von Bayer bietet schnellste HbA_{1c} Messungen für verbesserte Patientenkommunikation am Point-of-Care. Durch den minimalen Trainingsaufwand, dem Wegfall jeglicher Art von Codierung und routinemäßigen Kontrollen ist mit dem A1CNow⁺ die HbA_{1c} Messung jetzt einfach, schnell und

genau in der Praxis möglich. Studien bestätigen die Genauigkeit des A1CNow⁺ – darüber hinaus wird dieses neuartige Messsystem jährlich nach NGSP¹ und IFCC rezertifiziert und unterliegt somit strengsten Qualitätskriterien.

Für die Messung sind nur 5 µl Blut notwendig (Blut von der Fingerbeere ausreichend), das Messergebnis wird nach fünf Minuten auf dem Display angezeigt.

Mit A1CNow⁺ ist es jetzt möglich, Messergebnisse sofort mit dem Patienten besprechen zu können. Dies kann zu

einer Reduktion des HbA_{1c} Wertes um bis zu 1 Prozentpunkt im Zeitverlauf führen².

A1CNow⁺ von Bayer im Überblick

- Zertifiziert nach NGSP¹ und IFCC
- Keine Kühlung bei Verwendung innerhalb von vier Monaten notwendig
- Messergebnisse in nur fünf Minuten – für effiziente Patientenkommunikation
- Tragbares, platzsparendes System
- Einfacher Messvorgang

Das A1CNow⁺ ist in Kits zu 10 oder 20 Tests / Kit erhältlich und kann ab sofort direkt bei Bayer Austria angefordert werden.

Gerne stehen wir für Fragen unter der kostenlosen Bayer Diabetes Care Infohotline 0800/ 220 110 zur Verfügung.

FB

**Literatur**

1. NGSP = National Glycohemoglobin Standardization Program // www.ngsp.org
2. Ferenczi, Reddy, Lorber (2001). Effect of Immediate Hemoglobin A1C Results on Treatment Decisions in Office Practice. Endocrine Practice, 7(2).

Contour TS Blutzuckermessgerät von Bayer – für einfache und sichere Blutzuckermessungen!

Bayer gilt seit jeher als Innovationsführer und hat mit der Einführung der „No Coding“ Technologie die Blutzuckermessung revolutioniert! Der innovative Contour TS Teststreifen verfügt neben der „No Coding“ Technologie über verschiedenste zusätzliche Sicherheitsfunktionen wie zB der breitesten Hämatokritkorrektur von 0 bis 70%. Durch das chemische Testverfahren unter Verwendung des hoch glukosespezifischen Enzyms FAD-GDH wird der Contour TS Teststreifen nicht durch eventuell im Blut vorhandene Maltose oder Galaktose beeinflusst. Ebenfalls besteht keine Beeinflussungsgefahr des Messergebnisses

durch den im Blut gelösten Sauerstoff. Weiters verfügt das Contour TS über einen automatischen Ausgleich beeinflussender Substanzen wie z.B. Harnsäure, Paracetamol oder Vitamin C in normalen therapeutischen Konzentrationen.

Einfach zu bedienen, einfach zu erklären – das Contour TS im Kurzüberblick:

- Blutprobenvolumen von nur 0,6 µl
- Gut sichtbarer, orangefarbener Teststreifenschlitz
- Großes, leicht abzulesendes LCD Display
- Einfache 2-Tastenbedienung
- No Coding Technologie

Bayer bietet für die Messungen in Ihrer Ordination sowie zur einfachen Ver-

sorgung Ihrer Patienten die Möglichkeit kostenlos Contour TS Messgeräte anzufordern.

Nähere Informationen und Bestellmöglichkeit unter der kostenlosen Diabetes Care Hotline 0800 / 220 110.

FB

**Ansprechpartner:**

Bayer Austria Ges.m.b.H.
Diabetes Care
Mag. (FH) Yuri Vlasak
Marketing Manager
Tel.: +43/1/711 46-24 20
yuri.vlasak@bayer.at



Gräserpollenallergie Im Herbst die Allergie behandeln

Wenn keine Pollen fliegen, ist der beste Zeitpunkt mit der Behandlung einer Pollenallergie zu starten. Mithilfe der spezifischen Immuntherapie kann der Körper über die belastungsfreien Herbst- und Wintermonate langsam und schonend einen anhaltenden Schutz aufbauen. Gräserpollenallergikern steht mit Grazax® diese Behandlung, die auch die Ursache der Allergie ins Visier nimmt, als praktische Lyophilisat-Tablette zur Verfügung. Seit Einführung vor über drei Jahren konnten tausende Österreicher erfolgreich behandelt werden. Im Rahmen einer österreichischen Anwenderbeobachtung beschrieben 90% der Allergiker eine deutliche Besserung ihrer Symptome im Vergleich zu vorausgegangen Gräserpollensaisonen¹.

Die häufigste allergische Diagnose ist der Heuschnupfen (med. allergische Rhinitis), ausgelöst durch den Blütenpollen von windbestäubenden Pflanzen. Über eine Million Österreicher leiden in den

Frühlings- und Sommermonaten unter den grippeähnlichen Symptomen. Bei mehr als einem Drittel kommen zu den äußerst unangenehmen Beschwerden an Augen und Nase auch Nahrungsmittelallergien, entzündliche Hautreaktionen und im schlechtesten Fall allergisches Asthma dazu. „Die Bezeichnung Heuschnupfen klingt harmlos. Er ist aber der Beginn einer ernst zu nehmenden Erkrankung des Immunsystems“, bringt Prim. Dr. Peter Ostertag, Leiter der HNO-Abteilung am Bezirkskrankenhaus Kufstein die Problematik auf den Punkt.

Aggressive Gräser- und Roggenpollen

Am stärksten betroffen sind Gräserpollen-Allergiker, denn Gräser und Roggenpflanzen setzen Pollen am massivsten frei. Eine einzige Roggenähre beispielsweise kann bis zu vier Millionen Pollenkörner verstreuen – nur wenige reichen aus, um heftige Allergiesymptome auszu-

lösen. „Durch die wachsende Schadstoffbelastung der Luft produzieren die Pflanzen immer aggressivere und größere Mengen Pollen“, beschreibt Ostertag. Dazu kommt, dass die Saison aufgrund der Artenvielfalt über viele Wochen im Jahr andauert. Damit nicht genug: „Da diese Allergene besonders klein sind, gelangen sie rasch in Bronchien und Lunge. Ist die Lunge einmal betroffen, kann es zu Asthma und schweren, bleibenden Schäden in den Atemwegen kommen, die auch mit der besten Therapie nicht mehr umkehrbar sind.“

Spezifische Immuntherapie schützt vor schweren, chronischen Schäden

Es gibt zahlreiche gute Medikamente, die allergische Symptome abschwächen und so erträglich machen. Allerdings wirken sie nur in der Zeit, in der sie eingenommen werden. Die Krankheitsursache bleibt unbehandelt und die Beschwerden treten beim nächsten Pollenflug in gleicher Intensität wieder auf. Einen Ausweg bietet die spezifische Immuntherapie, die direkt in den Krankheitsprozess eingreift und damit auch gezielt die Ursache einer Allergie behandelt. Entscheidet sich der Patient frühzeitig für eine spezifische Immuntherapie, kann ein Übergreifen der allergischen Entzündung auf die unteren Atemwege verhindert werden. Ostertag: „Zahlreiche Untersuchungen weisen nach, dass mit der spezifischen Immuntherapie die Entstehung von Asthma verhindert werden kann.“

Therapiestart im Herbst ideal

Die Immuntherapie sollte am besten rechtzeitig vor Blühbeginn begonnen werden, um zu wirken. Die Patienten sollten mindestens acht Wochen vor der erwarteten Gräserpollensaison mit der täglichen Einnahme der Gräser-Tablette starten. Das beste Ergebnis erzielt man, wenn in der belastungsfreien Zeit – also jetzt im Herbst – mit der Therapie begonnen wird. Bis zur nächsten Pollensaison hat der Körper somit genug Zeit, ausreichenden Schutz gegen die Allergieauslöser aufzubauen.

Grazax®: erfolgreicher Einsatz seit mehr als drei Jahren

Das dänische Pharmaunternehmen ALK-Abelló ist führender Anbieter in der Diagnostik und Therapie allergischer Erkrankungen. Mit der Gräser-Tablette



stellte das Unternehmen vor mehr als drei Jahren die spezifische Immuntherapie in Tablettenform zur Verfügung. „Als erstes Unternehmen konnten wir den Patienten eine innovative Immuntherapie gegen alle Gräser- und Roggenallergien in Form einer schnell löslichen Lyophilisat-Tablette anbieten. Damit haben wir eine sehr patientenfreundliche, da bequeme, Alternative zur Spritzenkur entwickelt, die genauso wirksam und sicher ist“, so DI Thomas Horn, Geschäftsführer der österreichischen Niederlassung. „In der Zukunft werden wir für alle häufigen Allergene eine entsprechende Therapie anbieten können.“

Die Wirksamkeit und Sicherheit der Gräser-Tablette Grazax® von ALK-Abelló wurde im weltweit größten klinischen Studienprogramm erforscht, das je im Bereich der spezifischen Immuntherapie durchgeführt wurde. „Die Ergebnisse dieser Studien sind die überzeugendsten, die wir je gesehen haben. Auch noch zwei Jahre nach Ende der empfohlenen dreijährigen Behandlungsdauer sind sämtliche Beschwerden an Nase und Augen über den Placeboeffekt hinaus (der allein schon eine Verbesserung von etwa 30% ausmacht) um zusätzliche rund 30% verringert. Der Bedarf an symptomlindernden Medikamenten (z.B. Kortison und Antihistaminika) ist um die Hälfte reduziert und das Risiko für eine Verschlechterung des Krankheitsverlaufes deutlich gesenkt“, so Allergie-Experte Ostertag.

Zufriedene Patienten

Für Heuschnupfengeplagte steht die rasche Linderung ihrer Beschwerden im Vordergrund. Ostertag: „Allergische Beschwerden beeinträchtigen das tägliche Leben massiv: Schlafstörungen, die bis hin zu nächtlichen Atemstillständen reichen, dadurch Abgeschlagenheit und Tagesmüdigkeit, schlechte Schulnoten, vermehrte Krankenstände etc. sind abgesehen von den unmittelbar spürbaren Beeinträchtigungen der Atemwege unangenehme Folgen einer allergischen Erkrankung.“ Die Ergebnisse von Patientenbefragungen bestätigen die Studienergebnisse: Über 80% aller Patienten gaben bereits im ersten Behandlungsjahr an, dass sie sich im Vergleich zu früheren Pollensaisonen mithilfe der Gräser-Tablette „besser“ oder „viel besser“ fühlten². Auch österreichische Patienten und Ärzte wurden im letzten Jahr befragt³. Fast alle (88% Patienten bzw. 90% Ärzte) waren mit

der Grazax-Behandlung „sehr zufrieden“ oder „zufrieden“. 90% der Allergiker beschrieben eine deutliche Besserung ihrer saisonalen Symptome im Vergleich zu vorausgegangenen Gräserpollensaisonen und 98% gaben an, dass die Anwendung „einfach und komfortabel“ bzw. „angenehm“ ist.

Bequem in der Anwendung

Die praktische Lyophilisat-Tablette wird einmal täglich unter die Zunge gelegt, wo sie sich innerhalb von Sekunden auflöst und von der Mundschleimhaut aufgenommen wird. Damit braucht man für die Einnahme kein Wasser. Ostertag: „Die erste Einnahme erfolgt unter Aufsicht beim Facharzt. Da keine Aufdosierphase nötig ist, die Tablette ab dem zweiten Tag zuhause eingenommen und der Zeitpunkt der Einnahme selbst bestimmt werden kann, ist diese Behandlungsform sehr gut für die Heimanwendung geeignet und lässt sich gut in den Alltag integrieren.“

Die Diagnose einer Allergie und die Erstverschreibung von Grazax® werden vom Facharzt (Kinderfacharzt bzw. Facharzt für Haut-, HNO- oder Lungenkrankungen) durchgeführt, die Folgeschreibung der spezifischen Immuntherapie in Tablettenform kann auch der Hausarzt übernehmen. Die Therapiekosten werden von der Krankenkasse übernommen. Die empfohlene Therapiedauer beträgt drei Jahre.

Das Fazit des HNO-Facharztes: „Die Gräser-Tablette Grazax® ist ein hoch wirksames und sehr sicheres sowie gut verträgliches Präparat. Fast alle Gräserpollenallergiker (mit Ausnahme der Patienten mit schwerem allergischem Asthma oder mit immunologischen Erkrankungen) können nachhaltig von einer Behandlung mit Grazax® profitieren. Und zwar vom ersten Tag der ersten Gräserpollensaison an.“

Grazax® auf einen Blick

- Gegen alle Formen der Gräser- und Roggenallergie (Inhaltsstoff: Wiesenschnittgras);
- Lyophilisat-Tablette, löst sich innerhalb von Sekunden auf;
- Wirkt bereits am ersten Tag der Pollensaison und anhaltend auch nach Ende der 3-jährigen Therapie¹;
- Einnahme zu jeder Tageszeit möglich;
- Keine Kühlung nötig;



©ALK-Abelló, Abdruck honorarfrei

- Keine Aufdosierungsphase, erste Einnahme beim Facharzt;
- Laktosefrei;
- Für Allergiker zwischen 5 und 65 Jahren (in klinischen Studien erprobt);
- Auch für Menschen geeignet, die Beta-Blocker einnehmen müssen.

Information & Service

Mehr Infos unter www.alk-abello.at & www.grazax.com

Früherkennung durch Online-Selbsttest unter www.allergiefragebogen.at

Kostenlose Infobroschüren bei ALK-Abelló, Telefon 0732/38 53 72,

Mail: office_at@alk-abello.com

Kostenlose Ratgeber, eine Liste spezialisierter Ambulanzen und Ambulatorien etc. gibt's bei der Patientenorganisation IGAV (Interessensgemeinschaft Allergenvermeidung) www.allergenvermeidung.org, Telefon 01/212 60 60.

FB

Literatur

1. Durham SR et al., Allergy 2010; 65 (Suppl 92): 1875
2. Dahl R. et al.; J Allergy Clin Immunol 2006; 118: 434-440
3. Anwendungsbeobachtung 2009, Sonderdruck Clinicum Pneumo 5/2009

Kontakt für Rückfragen:

Prim. Dr. Peter Ostertag

Bezirkskrankenhaus Kufstein,

Abteilung für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde

Telefon: 05372/69 66-39 17

Mail: peter.ostertag@bkh-kufstein.at

Iveta Naller, MBA

ALK-Abelló Österreich

Produktmanagerin

Telefon: 0732/385372-617

Mail: iveta.naller@alk-abello.com

Capsaicin 8% (w/w) Pflaster – der scharfe Schmerzkiller

Chilischärfe kann das Leben von Schmerzpatienten erträglicher machen. Ein neues Schmerzpflaster mit dem Wirkstoff Capsaicin, wie er auch in der Chilischote vorkommt, bringt Menschen, die mit neuropathischen Schmerzen leben müssen, bis zu drei Monate lang Erleichterung. Qutenza™ – das neue 8% (w/w) Capsaicin Pflaster – kommt nun seit kurzem österreichweit im Klinikbetrieb zur Anwendung.

Schlaflosigkeit, Angst, Depressionen, Berufsunfähigkeit. Chronische Schmerzen können das Leben zur Qual machen. In Österreich leiden mindestens 262.000 Menschen (3,3% der Gesamtbevölkerung) an sogenannten peripheren neuropathischen Schmerzen. Das sind Schmerzen, die durch Verletzungen oder länger andauernde Nervenreizungen hervorgerufen werden und nur bedingt medikamentös behandelbar sind.

Chili als Schmerzötter

Astellas Pharma Österreich bringt nun mit der Einführung des Hochdosis Capsaicin Schmerzpfisters Qutenza™ erstmals ein bis zu drei Monate lang wirkendes kutanes Mittel gegen periphere neuropathische Schmerzen auf den

Markt. Capsaicin, ein Wirkstoff aus der Chilischote, wird dabei mittels Pflaster 30 oder 60 Minuten lang auf die schmerzende Hautstelle aufgetragen. „Die hohe Dosis an Capsaicin im Pflaster führt dabei zu einer Überstimulation bestimmter Schmerzrezeptoren (TRPV1-Rezeptoren) und damit zu einer reversiblen, sogenannten Defunktionalisierung“, erklärte Dr. Botond Ponner, Medical Director Astellas Pharma, die Wirkungsweise des neuen Schmerzpfisters. Der Patient erfährt eine Schmerzlinderung, die bis zu drei Monate andauern kann. Während dieser Zeit muss die Anwendung des Pflasters nicht wiederholt werden.

Einfache Anwendung

Der Patient erfährt eine Schmerzlinderung, die bis zu drei Monate andauern kann. Während dieser Zeit muss die Anwendung des Pflasters nicht wiederholt werden. Aufgrund der hohen Capsaicin-Konzentration von 8% (w/w) wird die Anwendung des Pflasters ausschließlich von medizinischem Fachpersonal vorgenommen.

Österreich und Deutschland sind die ersten Länder weltweit, die seit dem Frühjahr im Klinikalltag Erfahrungen mit dem Hochdosis Capsaicin Pflaster sammeln. Das medizinische Personal ausgesuchter Krankenhäuser ist bereits in allen Bundesländern – mit Ausnahme von Burgenland – in der Anwendung des Pflasters geschult. Qutenza™ wird stufenweise in den Markt eingeführt.

Ausführliche Informationen und Details über Wirkung und Anwendung finden Sie im Internet unter http://www.bettertogether.com/Pressekonferenz_Astellas_Pharm a.890.0.html

FB



Harninkontinenz des Mannes

Univ.-Doz. Dr. Günter Primus



Bei der gesamten männlichen Bevölkerung muss man mit einer Harninkontinenzrate von etwa 10 % rechnen. Betroffen sind einerseits die Knaben, bei denen bis zum 14. Lebensjahr etwa 7 % an Enuresis (Bettnässen) leiden, andererseits Männer jenseits des 55. Lebensjahres mit benigner Prostatahyperplasie (BPH), bei denen es sowohl zu einer irritativen Symptomatik bis hin zur Dranginkontinenz, als auch zu obstruktiven Beschwerden bis zur chronischen Harnretention mit Inkontinenz (=Überlaufinkontinenz) kommen kann.

Mit einer genauen präoperativen Abklärung kann man die Rate an postoperativ beschwerdefreien und zufriedenen Patienten von etwa 66% auf 85%–95% erhöhen. Dies geschieht durch genaue Evaluierung des Obstruktionsgrades. Die Post-Prostatektomie-Inkontinenz nach transurethraler Prostataresektion kommt heute relativ selten vor (0,5%–1,2%).

In den letzten Jahren zeigt sich ein gehäuftes Auftreten von Belastungsinkontinenz beim Mann bedingt durch die zunehmenden radikalen Prostataoperationen im Zuge eines Prostatakarzinoms. Diese Post-Prostatektomie-Inkontinenz tritt bei der radikalen Prostatektomie in Folge eines Prostatakarzinoms mit etwa 5%–10% (starker Harnverlust) bis zu 50% (leichter Harnverlust) deutlich häufiger auf.

Im höheren Alter kann es bei zerebraltropen Prozessen (Hirnleistungsstörungen) mit verminderter zentraler Hemmung des Miktionsreflexes zur Dranginkontinenz – besonders bei der vielfach zusätzlich eingeschränkten Mo-

bilität der Patienten – kommen. Eine zusätzliche Rolle spielen Polymedikation und neurologische Erkrankungen wie Morbus Parkinson, Schlaganfall und Multiple Sklerose.

Beim Mann finden wir vor allem 3 Formen der Harninkontinenz:

1. Dranginkontinenz
2. Belastungsinkontinenz (nach radikalen Prostataoperationen)
3. Chronische Harnretention mit Inkontinenz (=Überlaufinkontinenz).

Von der Ätiologie her gibt es drei mögliche Ursachen für die männliche Inkontinenz:

- Fehlfunktion des Detrusors
- Chronische Harnretention mit Inkontinenz (=Überlaufinkontinenz) Sphinkterinkompetenz.

Fehlfunktion des Detrusors

Detrusorkontraktionen mit zwingend zur Blasenentleerung führendem Drang bewirken eine Dranginkontinenz. Ursachen können lokale Reizzustände (BPH/Obstruktion, Steine, Blasen-tumore, Entzündungen) sein, aber auch neurologische Erkrankungen können eine solche, neurogene Detrusorhyperaktivität genannt, bewirken.

Chronische Harnretention mit Inkontinenz (= Überlaufinkontinenz)

Bei großen Restharmengen nach Dekompensation des Blasenmuskels (Detrusor) kann es zum ständigen Überlaufen der Blase kommen. Oft besteht zu-

sätzlich, bei vorhandener Blasensensorik, eine Pollakisurie.

Sphinkterinkompetenz (fast ausschließlich postoperativ)

Die Anwesenheit zumindest eines intakten Sphinktermechanismus (interner oder externer Sphinkter) ist unbedingt für die Aufrechterhaltung der Kontinenz notwendig. Nach transurethraler oder offener Prostataoperation wird die Kontinenz praktisch nur durch den externen Sphinkter gewährleistet. Jede Läsion führt dann fast sicher zur Inkontinenz.

Die Läsion des Sphinkters externus bei der transurethralen Resektion der gutartigen Prostatahyperplasie ist in geübter Hand sehr unwahrscheinlich, jedoch kann es bei der palliativen Resektion eines Prostatakarzinoms oder bei vorbestrahltem Gewebe zu unübersichtlichen Situationen mit Sphinkterläsionen kommen. Bei der totalen Prostatektomie ist die Gefahr einer Sphinkterläsion bedeutend höher.

Aufgabe der Diagnostik ist es nun herauszufinden, ob der Blasenmuskel überaktiv ist, ob ein Abflusshindernis (Obstruktion) besteht oder ob eine Schließmuskellinkompetenz vorliegt.

Üblicherweise erfolgt die Abklärung der Harninkontinenz in Form einer Stufendiagnostik.

Besonderheiten beim alten Mann

Die typische geriatrische Blasenfunktionsstörung ist die zerebral enthemmte Blase, die klinisch zu befehlhaftem Harn-

drang mit/ohne Inkontinenz führt. Bei der zerebral enthemmten Harnblase kommt es zum Drangsyndrom bzw. zur Dranginkontinenz, einerseits aufgrund einer verspäteten Perzeption des Harnranges und andererseits durch eine mangelhafte zentral motorische Hemmung des Miktionsreflexes. Bei der zerebral enthemmten Harnblase findet man, da es sich um suprapontine Läsionen handelt, eine koordinierte Miktion d.h. dass es zu einer Erschlaffung der Beckenbodenmuskulatur kommt, während sich die Harnblasenmuskulatur kontrahiert. Manchen Patienten gelingt es bei Auftreten der ungehemmten Harnblasenmuskelkontraktionen durch aktive Kontraktion des Beckenbodens einen drohenden Harnabgang zu verhindern bis sie die Toilette erreichen.

Pathophysiologie und Ätiologie

Das Drangsyndrom und die Dranginkontinenz im Alter kommen im Allgemeinen dann zustande, wenn das Gleichgewicht zwischen der Stärke des sensorischen Inputs, also der Summe der afferenten Impulse, und der Fähigkeit des Kortex diese zu kontrollieren und zu modulieren, gestört ist.

Pathophysiologisch ist eine Dranginkontinenz bedingt entweder:

- 1 durch eine Hypersensitivität der Harnblase/Harnröhre
- 2 durch eine verminderte Hemmung des Miktionsreflexes
- 3 durch myogene/neurogene Veränderungen im Harnblasenmuskel.

Ätiologisch gibt es im Alter drei Ursachen:

- Eine verstärkte Afferentierung durch Irritation und Obstruktion im unteren Harntrakt.
- Eine Beeinträchtigung der kortikalen Hemmung auf den Miktionsreflex aufgrund degenerativer und krankhafter zerebraler Veränderungen.
- Altersbedingte Veränderungen im Blasenmuskel selbst, durch die der Detrusor leichter erregbar wird.

Ätiologisch findet man daher die Überaktivität des Harnblasenmuskels bei neurologischen Erkrankungen mit Störung der für die Blasensteuerung verantwortlichen Strukturen, bei Abflussbehinderungen aus der Blase funktioneller oder morphologischer Struktur und bei Reizzuständen der Harnblase.

1. Drangbedingtes Harnverlieren durch Hypersensitivität der Harnblase/Harnröhre.

Häufig finden sich beim alten Menschen Harnwegsinfekte und infravesikale Obstruktionen, die zu einer pathologischen Verstärkung des afferenten Einströmens von sensorischen Impulsen in das zentrale Nervensystem führen und dadurch eine Überforderung der Hemmfunktion des Gehirns mit drangbedingtem Einnässen bedingen.

Verminderte zentralmotorische Hemmung des Miktionsreflexes (zerebral enthemmte Blase)

Klinisch ist die Harninkontinenz bei herabgesetzter zentralmotorischer Hemmung des Miktionsreflexes gekennzeichnet durch befehlhaften und oft willkürlich nicht kontrollierbaren Harndrang mit in der Folge drangbedingtem Harnverlust, sowie durch eine deutlich erhöhte Miktionsfrequenz und Nykturie. Diese Drangsymptomatik kommt dann zustande, wenn das normalerweise vorhandene Gleichgewicht zwischen der Stärke der afferenten Impulse aus der Peripherie (sensorische Inputs aus Harnblase, Harnröhre und Beckenboden) und der Fähigkeit des Gehirns diese Informationen zu regulieren und zu modulieren gestört ist. Bei älteren Menschen führen in erster Linie degenerative und krankheitsbedingte Veränderungen im zentralen Nervensystem, vor allem im Gehirn, dazu, dass die Kontrolle über den Harnblasenentleerungsreflex abgeschwächt ist oder überhaupt ausfällt. Diese drangbedingte Harninkontinenz, die typisch für den älteren Menschen ist, wird als zerebral enthemmte Harnblase bezeichnet und tritt vorwiegend bei Hirnleistungsstörungen unterschiedlichster Ursache auf.

Myogene/Neurogene Veränderungen als Ursache für die Harndranginkontinenz

Alter alleine ist nicht für eine Inkontinenz verantwortlich, aber verschiedene physiologische Veränderungen im Alter können an der Entwicklung einer Inkontinenz beteiligt sein. Wie alle unsere Organe macht auch die Harnblase einen degenerativen Alterungsprozess durch, in dessen Folge Funktionsstörungen mit Harnretention und Harninkontinenz auftreten können. Elbadawi und Mitarbeiter haben dies in ihrer Arbeit gezeigt. Zunächst verändert die Lamina propria der glatten Muskelzellen ihre Struktur

(„Dense band pattern“). Später erfahren dann die Abstände zwischen den Muskelzellen Variationen („Dysjunktion pattern“). Dieses Stadium der „Dysjunktion pattern“ ist charakterisiert durch neugebildete Zellprotrusionen, die für die Kalziumionen einen reduzierten Widerstand darstellen. Dadurch kommt es an Stelle der normalen mechanischen Reizübertragung zu elektrischen Kurzschlussverbindungen, so dass der Harnblasenmuskel die Eigenschaft eines Syncytiums mit rascher Übertragung der Kontraktionspotentiale von einer Zelle zur anderen erhält und ganze Muskelareale nahezu synchron stimuliert werden. Daraus resultiert eine myogene Detrusorhyperaktivität. Mit diesen Untersuchungen von Elbadawi konnte die alte Hypothese widerlegt werden, dass Miktionsstörungen alter Männer und Frauen wie Pollakisurie, Nykturie und imperativer Harndrang mit oder ohne Harninkontinenz stets Folge einer Blasenauslassobstruktion sind. Es sind hier also physiologische, alterstypische Veränderungen an einer Auslösung einer Harninkontinenz beteiligt. Mit zunehmendem Alter nimmt die Blasenkapazität und die Drangzeit ab, häufige Miktionen und ungewollte Harnblasenmuskelkontraktionen nehmen in gleicher Art und Weise zu.

Häufig ist beim älteren Menschen aber eine Kombination aller drei Faktoren, nämlich eine verstärkte Afferentierung, altersbedingte Veränderungen im Harnblasenmuskel und ein Defekt in der Schaltzentrale des Gehirns dafür verantwortlich, dass ältere Menschen gehäuft an einem Drangsyndrom mit oder ohne drangbedingtem Einnässen leiden.

Die Harninkontinenz im Alter ist jedoch nicht alleine ein Problem der Harnblase, sondern Immobilität und ungünstige Lebensumstände können zur Harninkontinenz wesentlich beitragen, aber auch Multimorbidität und Polymedikation älterer Menschen begünstigen in erheblichem Ausmaß das Auftreten einer Harninkontinenz.

Was kann der niedergelassene Arzt diagnostizieren?

Die Abklärung und Behandlung der Harninkontinenz ist ein interdisziplinäre Aufgabe. Im Allgemeinen ist es der Hausarzt, an den sich der Betroffene zuerst wendet und von dem er beraten

wird. Erst danach erfolgt die Konsultation beim Facharzt. Allein die große Zahl älterer inkontinenter Menschen – in Alten- und Pflegeheimen sind bis zu 65 % der Bewohner davon betroffen – macht verständlich, dass spezielle diagnostische Maßnahmen wie z.B. eine urodynamische Untersuchung, nicht bei allen Betroffenen durchführbar und wohl auch nicht notwendig sind. Aus den angeführten Gründen wird verständlich, dass die Abklärung der Harninkontinenz stufenweise erfolgen sollte.

Die Diagnostik sollte rasch und konsequent durchgeführt werden. Leider wissen wir, dass sich nur etwa 15% der Betroffenen in ärztliche Behandlung begeben. Die Abklärung der Harninkontinenz sollte stufenweise erfolgen.

Sie umfasst die Basisdiagnostik, die durch den Hausarzt erfolgen kann und eine vertiefte Diagnostik im spezialisierten Bereich.

Die Basisdiagnostik, die von jedem Hausarzt rasch durchgeführt werden kann, besteht aus fünf Säulen.

- a) Gezielte Befragung
- b) Gezielte körperliche Untersuchung
- c) Harnuntersuchung
- d) Restharnbestimmung
- f) Miktionsprotokoll

Eine weiterführende Diagnostik durch den Spezialisten ist nur dann notwendig, wenn die Basisdiagnostik pathologische Befunde ergibt, wenn die Inkontinenzform nicht sicher festgestellt werden kann, wenn eine neurogene Ursache wahrscheinlich ist, wenn die eingeleitete Therapie nach vier Wochen keinen ausreichenden Erfolg bringt oder falls eine Operation einer obstruktiven oder irritativen Ursache in Erwägung gezogen werden muss.

Ziele der Abklärung

Zunächst gilt es, die Harninkontinenz zu objektivieren und zu quantifizieren, sowie Faktoren zu erfassen, die sie verursachen bzw. dazu beitragen.

Aufgrund der Abklärung sollte eine Unterscheidung zwischen Belastungsinkontinenz, Dranginkontinenz, chronischer Harnretention mit Inkontinenz (=Überlaufinkontinenz), neurogen bedingter Inkontinenz und extrasphinkterer Harninkontinenz möglich sein.

Es sollten jene Betroffenen identifiziert werden können, bei denen aufgrund der Ergebnisse der Basisdiagnostik eine im Allgemeinen konservative Behandlung erfolgen kann.

Patienten zu erkennen, bei denen vor Einsetzen einer Therapie eine spezialisierte Diagnostik notwendig ist.

Die Basisdiagnostik kann von jedem Arzt, ob Allgemeinmediziner oder Facharzt, in der Praxis durchgeführt werden.

a) Die gezielte Befragung, Miktionsprotokoll

Vor allem bei älteren Menschen sollte gezielt nach unfreiwilligem Harnabgang gefragt werden. Viele Betroffene meinen, dass es sich bei ihrer Harninkontinenz um eine „natürliche“ Alterserscheinung handelt, gegen die man sowieso nichts unternehmen kann. Deshalb sehen sie auch keinen Grund den Arzt darüber zu informieren.

Fragen, seit wann unfreiwilliger Harnabgang besteht und bei welcher Gelegenheit die Harninkontinenz auftritt – bei zwanghaftem Harndrang, ohne Harndrang, bei Belastungssituationen für den Beckenboden wie Husten, Niesen, Lachen etc. – stehen am Anfang der Anamnese ebenso wie Informationen über die Blasenentleerungssituation, wie z.B. Häufigkeit der Blasenentleerung, Schmerzhaftigkeit etc.

Wichtig ist die Frage nach dem Leidensdruck durch die Harninkontinenz. Für manche Betroffene bedeuten einige Tropfen Harnverlust eine Katastrophe, für manch andere ist auch der unfreiwillige Abgang größerer Harnmengen kein besonders bedrückendes Faktum. Wurden Selbstmaßnahmen eingeleitet, wenn ja, welche? Wichtig ist auch die Frage nach den Medikamenten. Sympathikolytisch wirkende Antihypertensiva verringern den Blausauslasswiderstand und erleichtern dadurch unfreiwilligen Harnabgang, Psychopharmaka schwächen den Detrusor und verstärken eine bestehende Blasenentleerungsstörung, Diuretika können zur Dekompensation eines vorher gerade noch kompensierten Detrusor führen.

Auch Fragen nach den Stuhlgewohnheiten sollten nicht fehlen. So muss eine chronische Obstipation behandelt werden, will man bei bestehender Belas-

tungsinkontinenz ein zielführendes Beckenbodentraining durchführen.

Eine besondere Bedeutung kommt dem Miktionsprotokoll zu. Der Betroffene, die Angehörigen oder die Pflegeperson sollten durch zwei Tage hindurch registrieren, wann die Blase und welche Harnmenge dabei jeweils entleert werden, ob der Betroffene zum Zeitpunkt der Miktion bereits nass oder noch trocken war, ob besondere Umstände (nicht beherrschbarer Harndrang, Husten, Niesen etc.) Anlass für den unfreiwilligen Harnabgang waren. Das Miktionsprotokoll gibt eine Fülle von Informationen über die Blasenentleerungsverhältnisse, die im Rahmen einer kurzen Anamnese in der Praxis nicht erfasst werden können. Das Miktionsprotokoll definiert somit die Ausgangslage, bestimmt im Rahmen des Miktionstrainings die Entleerungsintervalle, dient in der Folge dem Arzt zur Therapiekontrolle und ist gleichzeitig für den Patienten ein wertvoller Feedback, kann er doch aus dem Miktionsprotokoll den Fortschritt seiner Bemühungen im Rahmen einer oft langwierigen Behandlung erkennen und ihn zur Fortführung der Therapie motivieren. Außerdem kann im Miktionsprotokoll auch die Art, Menge und Zeitpunkt der Flüssigkeitsaufnahme sowie eventuelle Verwendung von Hilfsmitteln (Vorlagen, Tröpfchenfänger) vermerkt werden.

b) Die gezielte klinische Untersuchung

Sie beginnt mit der Beurteilung der Mobilität (eine eingeschränkte Mobilität ist mitunter Mitursache der Harninkontinenz) und des geistigen Zustandes (limitiert die Therapiemaßnahmen), umfasst die Inspektion des äußeren Genitales (Meatus- und/oder Vorhautenge) und die rektal-digitale Untersuchung, bei der nicht nur die Prostata beurteilt, sondern auch der Tonus und die Fähigkeit zum Willkürkneifen des Sphinkters an geprüft werden muss. So ist bei Patienten mit einer zerebral enthemmten Blase die Chance für eine Blasenrehabilitation bzw. eine Wiedererlangung der Harnkontinenz bei erhaltenem Willkürkneifen des Sphinkters an wesentlich besser. Weiters sollte auf große Stuhlmassen als Zeichen einer chronischen Obstipation geachtet, Schmerz und Berührungsempfindung im Reithosenbereich geprüft werden. Der Hustentest (Stresstest) gibt Auskunft darüber, ob es bei gefüllter Blase während des Hustens

oder Pressens synchron zum unfreiwilligen Harnabgang kommt. Fehlendes Willkürkneifen oder herabgesetzter Tonus des Sphinkters an sowie gestörte Sensibilität im Reithosenbereich sind Hinweise für eine mögliche neurogene Ursache der Harninkontinenz (Band-scheibenvorfall, Diabetes mellitus).

c) Harnuntersuchung

Die Harnanalyse sollte in erster Linie einen Infekt erfassen sowie Hinweise auf einen Diabetes mellitus als Ursache einer diabetischen Zystopathie geben. Eine bestehende isolierte Mikrohämaturie muss Anlass zur Überweisung an den Facharzt (Urologe) sein, der die weiterführende Diagnostik durchführt (Sonographie, Urethrozystoskopie).

d) Die Restharnbestimmung

Die Bestimmung des Restharnes ist nicht nur zum Ausschluss einer chronischen Harnretention mit Inkontinenz (= Überlaufinkontinenz) wichtig, sondern vor allem auch im Hinblick auf die Gabe von Antimuskarinergika bei bestehender Dranginkontinenz, da diese Substanzen bei bereits bestehender Obstruktion oder Blasenmuskelschwäche die Blasenentleerungssituation verschlechtern und deshalb solche Patienten engmaschig kontrolliert werden müssen.

Harnuntersuchung und Restharnbestimmung können sinnvoll kombiniert werden. Beim Mann genügt der Mittelstrahlharn. Die Restharnbestimmung sollte, um eine Instrumentation zu vermeiden, sonographisch durchgeführt werden.

Die sorgfältige Basisdiagnostik erlaubt bei einem Großteil der Inkontinenten eine ausreichende Beurteilung, um gezielt eine konservative Therapie einzuleiten. Dies gilt in erster Linie für das geriatrische Krankengut. Die sorgfältige Basisdiagnostik ist aber auch Voraussetzung dafür, eine weiterführende Diagnostik in die richtigen Bahnen zu lenken.

Die vertiefte Diagnostik im spezialisierten Bereich (Urologe, Urodynamische Ambulanz)

Die speziellen Untersuchungen umfassen die (Video-)Urodynamik, die Endoskopie, das Röntgen und die Sonographie. Dadurch kann die Ursache der

Harninkontinenz erfasst, eine sichere Differenzierung zwischen Harndrang- und Belastungsinkontinenz durchgeführt, irritative und obstruktive Ursachen einer Dranginkontinenz aufgedeckt und eine neurogene Harninkontinenz klassifiziert werden.

Weiterführende diagnostische Maßnahmen sind dann notwendig, wenn

- die Diagnose nach der Basisdiagnostik unsicher bleibt;
- neurologische Erkrankungen oder Stoffwechselleiden mit bekannter Auswirkung auf die Blasenentleerung bestehen;
- zur Behebung der Harninkontinenz ein operativer Eingriff geplant ist;
- eine begonnene konservative Therapie zu keiner Besserung führte.

Unfreiwilliger Harnabgang ist keine Krankheit sui generis, sondern ein Krankheitsbild, das durch unterschiedliche Ursachen zustande kommen kann. Ziel der Abklärung ist es, die vorliegende Harninkontinenz zu definieren und entsprechend der zugrundeliegenden Pathophysiologie zu behandeln.

Die Abklärung der Harninkontinenz erfolgt stufenweise und umfasst eine Basisdiagnostik und eine vertiefte Diagnostik im spezialisierten Bereich.

Diese Stufendiagnostik ist nicht nur sinnvoll, sondern auch in Anbetracht der großen Zahl inkontinenter Menschen, vor allem in den höheren Altersgruppen, notwendig. Vertiefte Diagnostik durch den Spezialisten ist nur dann erforderlich, wenn die Basisdiagnostik zu keiner klaren Diagnose führt, die erhobenen Befunde z.B. bei einem Reizblasensyndrom die weitere Abklärung des unteren Harntraktes erfordern, der Verdacht auf eine neurogene Störung vorliegt und, wenn operative Eingriffe zur Behebung der Harninkontinenz geplant sind. In solchen Fällen sind Urethrozystoskopie, Zystographie, Urodynamik (Videourodynamik) sowie ggfs. auch die Abklärung des oberen Harntraktes notwendig.

Therapie

Die Behandlung bei der Harndranginkontinenz des Mannes besteht zunächst darin, fassbare Ursachen zu erkennen und diese zu beseitigen. (Beseitigung einer infravesikalen Obstruktion, Therapie eines Harnwegsinfektes etc.).

Ist eine offensichtliche Ursache nicht feststellbar oder zu beseitigen, so beruht die Therapie der Harndranginkontinenz auf fünf Säulen.

1. Miktionstraining
2. Pharmakotherapie
3. Elektrostimulation/ Neuromodulation
4. Kombinationsmöglichkeiten
5. Operation

Medikamentöse Behandlungsstrategien bei Harninkontinenz

Unter den Harninkontinenzformen, die einer medikamentösen Therapie zugänglich sind, stehen die Dranginkontinenz und die neurogen bedingte Harninkontinenz an erster Stelle. Sie stellen eine Domäne der Pharmakotherapie dar. Weitaus weniger Bedeutung hat die medikamentöse Therapie bei der Belastungsinkontinenz. Bei der chronischen Harnretention mit Inkontinenz (=Überlaufinkontinenz) sind Medikamente nur bei einem kleinen Prozentsatz von Patienten sinnvoll und erfolgreich.

Die Dranginkontinenz kann entweder durch eine Hyperaktivität oder eine Hypersensitivität des Blasenmuskels bedingt sein. Eine besonders gute Wirksamkeit zeigen Medikamente bei der Detrusorhyperaktivität, sowohl bei der nicht-neurogenen als auch ganz besonders bei der neurogen bedingten Form. Bei der neurogen bedingten hyperaktiven Blase kann durch Medikamente die funktionelle Blasenkapazität um rund ein Drittel erhöht und die Detrusorkontraktilität um ein Drittel abgesenkt werden.

Wenn auch bei der neurogenen und nicht neurogenen Form das Behandlungsziel, nämlich die Beseitigung bzw. Besserung der Detrusorhyperaktivität dasselbe ist, so sind die klinischen Zielsetzungen, die damit erreicht werden sollen, unterschiedlich. Bei Patienten mit nicht kompensierter neurogener Harnblase und trotz intermittierendem Katheterismus anhaltender Harninkontinenz besteht das Behandlungsziel darin, die hyperaktiven Detrusorkontraktionen soweit zu unterdrücken, dass es zwischen den Katheterisierungen zu keinem unfreiwilligen Harnabgang kommt. Die mit der Schwächung des Detrusors einhergehende Erhöhung des Restharnes ist bei diesem Krankengut erwünscht und trägt zum Behandlungsziel bei.

Bei Patienten mit nicht neurogener Detrusorhyperaktivität soll der Blasenmuskel so weit gedämpft werden, dass die Blase besser steuerbar wird und durch die Erhöhung ihrer Kapazität die Miktionsintervalle adäquat werden, wobei eine klinisch relevante Erhöhung des Restharns unerwünscht ist. Bei der hyperaktiven Blase unterstützt die Pharmakotherapie das Miktionstraining, bei dem der Betroffene angehalten wird, bei auftretendem Harndrang diesen wenn möglich zu unterdrücken, ohne inkontinent zu werden. Medikamente, die die glatte Muskulatur der Harnblase entspannen sind in dieser Situation hilfreich.

Sowohl zur Behandlung der neurogenen Detrusorhyperaktivität als auch der nicht neurogenen Detrusorhyperaktivität stehen heute eine Reihe von Substanzen zur Verfügung, die vor allem über die Blockierung der muskarinergen Rezeptoren, also anticholinerg, sowie durch direkte Erschlaffung der glatten Muskulatur wirken: Oxybutinin, Trosipium, Tolterodine, Darifenacin, Solifenacin, Fesoterodin sind wirksame Substanzen, die sich in ihrer Effektivität, wenn überhaupt, nur marginal unterscheiden, wobei die Verträglichkeit aufgrund anticholinergischer Nebenwirkungen ein limitierender Faktor ist. Tolterodine (Detrusitol) ist, vor allem was Mundtrockenheit als Nebenwirkung anlangt, deutlich besser verträglich als Oxybutinin (Ditropan®). Vergleichende Studien mit Trosipium (Spasmolyt, Inkontan, Urivesc) liegen nicht vor. Wenn es bei bestehender infravesikaler Obstruktion (Prostatahyperplasie) durch derartige Medikamente aufgrund der gleichzeitigen Schwächung des Harnblasenmuskels vermehrt zu Restharn kommt, kann die Kombination von blasenrelaxierenden Medikamenten mit Alphablockern die Blasenentleerung verbessern.

Prinzipiell ist bei bestehender Detrusorhyperaktivität allerdings zunächst nach Ursachen zu suchen und diese, wenn möglich, zu beseitigen. Ein Harnwegsinfekt muss entsprechend behandelt und prophylaktische Maßnahmen ggfs. auch eine niedrigdosierte Infektophylaxe eingeleitet werden. Auch die infravesikale Obstruktion kann über verstärkte Afferentierung zu imperativem Harndrang und zu Dranginkontinenz führen. In dieser Situation kann allein die Senkung des Blasenauflasswiderstandes, entweder operativ oder medikamentös, zur Beseitigung der Reizblasensymptomatik führen.

Beim geriatrischen Patienten sind es meist mehrere Faktoren, die zur Dranginkontinenz führen: verstärkte Afferentierung, vor allem durch chronisch rezidivierende Infektionen und infravesikale Obstruktion, degenerative und krankhafte Veränderungen in der Schaltzentrale Gehirn, sowie degenerative Veränderungen im Harnblasenmuskel. Einschränkung der Mobilität sowie ein für rasche Blasenentleerung ungünstiges Umfeld verschärfen häufig die Situation. Dementsprechend multifaktoriell ist auch die Behandlung, die sich deshalb auch nicht allein auf die medikamentöse Dämpfung der hyperaktiven Blase und die medikamentöse Therapie von anderen Ursachen beschränken darf, sondern die allgemeine Situation und die Umgebungsfaktoren sind zu berücksichtigen und ein für die Kontinenz günstiges Umfeld zu schaffen.

Weit weniger wirkungsvoll ist die medikamentöse Therapie bei der Harnbelastungsinkontinenz. Findet sich jedoch als Hauptgrund der Belastungsinkontinenz eine hypotone Urethra, so erscheint eine medikamentöse Therapie durch alpha-adrenerge Stimulation möglich. Substanzen wie Midodrine, Norepinephrine, Ephedrin und Norephedrin werden diesbezüglich angewandt. Nur wenig kontrollierte Studien beweisen ihre Effektivität. Als Nebenwirkung führen sie zu Blutdruckerhöhung. Auch Yentreve kann durch Hemmung des Reuptakes über eine Anreicherung von Noradrenalin zu einer Erhöhung des Blasenauflasswiderstandes (Blasenhals, Harnröhre) und damit zu einer Verbesserung der Belastungsinkontinenz führen.

Die chronische Harnretention mit Inkontinenz (= Überlaufinkontinenz) ist nach der Definition der International Continence Society durch einen unfreiwilligen Harnabgang bei übervoller Blase charakterisiert, wobei die ungenügende Blasenentleerung entweder durch eine Detrusorschwäche oder durch einen erhöhten Blasenauflasswiderstand, mitunter auch durch eine Kombination von beiden, verursacht ist. Nach Beseitigung der akuten Situation durch Dauerharnableitung oder aseptischen Einmalkatheterismus muss aufgrund der Urodynamik entschieden werden, ob und inwieweit eine medikamentöse Therapie sinnvoll ist. Die bei Detrusorschwäche traditionell gegebenen cholinerg wirkenden Substanzen wie Acetylcholin-Analoga oder Acetylcholinesterasehem-

mer haben keinen bewiesenen Effekt auf die Detrusorkontraktilität. Sie können aber den Tonus der glatten Muskulatur verbessern und auf diesem Wege bewirken, dass das Harndranggefühl bei einem Füllungsvolumen auftritt, bei dem eine bessere Kontraktionsleistung des Detrusors zu erwarten ist.

Steht die infravesikale Obstruktion (Prostatavergrößerung) im Vordergrund, so können Alphablocker den Blasenauflasswiderstand senken und auf diesem Wege die Miktionsleistung verbessern.

Zusammenfassend liegt der Schwerpunkt der medikamentösen Therapie bei der Dranginkontinenz und neurogen bedingten Harninkontinenz in der Gabe von antimuskarinerg wirkenden Medikamenten, die bei Detrusorinstabilität in Kombination mit Miktionstraining und bei der neurogenen Detrusorhyperaktivität, meist in Kombination mit intermittierendem Katheterismus, äußerst effektiv ist. Medikamente kommen bei der Dranginkontinenz auch dann zum Einsatz, wenn es gilt, Ursachen für die Detrusorhyperaktivität, wie chronischer Harnwegsinfekt oder infravesikale Obstruktion zu beseitigen. Bei der Harnbelastungsinkontinenz sind Medikamente nur indiziert, wenn diese durch eine hypotone Urethra zustande kommt. Bei Vorliegen ausgeprägter anatomischer Veränderungen sind Medikamente wirkungslos. Bei der chronischen Harnretention mit Inkontinenz (=Überlaufinkontinenz) hängt es in erster Linie von der Urodynamik ab, ob bei erhöhtem Blasenauflasswiderstand eine Senkung durch Alphablocker oder bei Detrusorschwäche eine bessere Tonisierung des Harnblasenmuskels durch Cholinergika indiziert ist. Häufig wird aber eine Entfernung der Prostata (dadurch infravesikale Widerstandsabsenkung) oder der aseptische Einmalkatheterismus zur restharnfreien Blasenentleerung erforderlich sein.

Nichtmedikamentöse, konservative Therapie der Harninkontinenz

Dranginkontinenz

Elektrostimulation des N. Pudendus (FES, TENS-P).

Der Wirkmechanismus hat einen spinalen Ansatz (Hemmung des Detrusors über die N. hypogastricii in der frühen Blasenfüllphase und direkte Hemmung

der Kerngruppe des N. pelvici in der späten Blasenfüllphase) und andererseits einen bewiesenen, im Detail aber noch nicht dargestellten, supraspinalen Wirkmechanismus. Die Stimulation kann anal, über Penisstreifenelektroden oder transkutan erfolgen. Je nervennäher die Stimulation erfolgt und je mehr die spezifischen afferenten Fasern des N. Pudendus stimuliert werden können, desto besser sind auch die Erfolgsraten. Die dabei verwendete Stromfrequenz sollte möglichst niedrig sein, d.h. <20 Hz, optimal <10 Hz. Bei der TENS-P Methode wird der N. Pudendus über rein sensible Fasern des N. dorsalis penis aktiviert. Dabei kommen spezielle Klebe-Elektroden zur Anwendung.

Vorteil: Einfache Handhabung, als Heimbehandlung durchführbar.

Nachteil: Abhängig von der Patientencompliance, Stimulation tägl. 1-2 x 20 Minuten.

Periphere, transkutane Neuromodulation (SANS)

Bei dieser Methode wird mittels einer Akupunkturnadel eine periphere Punktion des N. tibialis posterior im Bereich des Innenknöchels durchgeführt. Durch die unterschwellige Stimulation dieses Nerven, der auf den Sakralnerven S2-S4 umgeschaltet wird, soll eine Herabsetzung der Blasenreizschwelle bewirkt werden, da die Umschaltung der Afferenzen dieser beiden Bahnen über dieselben Zentren im Rückenmark erfolgen und gehemmt werden. Der sogenannte Stoller Afferent-Nerve-Stimulator (= SANS) nützt daher einen einfacheren peripheren Zugangsweg anstelle eines direkten sakralen Zuganges.

Vorteil: Einfacher peripherer Zugang, ökonomisch

Nachteil: Unspezifische Stimulation, sehr zeitintensiv, Bindung an ein spezialisiertes Zentrum.

Sakrale Neuromodulation (Medtronic InterStim)

Wenn die vorher genannten Methoden nicht zum Ziel führen, dann kann mittels der sakralen Neuromodulation der direkteste Weg zum Nerven beschritten werden. Dabei handelt es sich aber schon um eine invasive operative Methode, die aber der Vollständigkeit halber doch erwähnt werden soll. Primär erfolgt bei jedem Patienten eine perkutane Austestung (PNE) über transkutan in das Foramen sakrale (v.a. S3) eingestochene Drahtelektroden. Über diese

Elektroden wird eine Probestimulation für einige Tage durchgeführt. Bei einem positiven Resultat kann dann die Implantation eines permanenten Schrittmachers erfolgen. Die Elektrode wird an der selektierten Sakralwurzel (-n) implantiert und über einen implantierten Stimulator aktiviert. Die Ergebnisse zeigen eine Ansprechrate von 40 % bei der Detrusorhyperaktivität.

Vorteil: Einfache Bedienung des Stimulators

Nachteil: Teuer, aufwendige Voruntersuchungen, Bindung an spezialisiertes Zentrum

Belastungsinkontinenz

Ano-genitale Elektrostimulation des Beckenbodens.

Bei dieser Methode werden über eine anale Elektrode afferente und efferente Nervenbahnen des Beckenbodens stimuliert. Bei Patienten mit verlorengem Gefühl für den Beckenboden kann dieser im Rahmen eines Biofeedback dem Betroffenen wieder bewusst gemacht werden. Dies erleichtert oft die Lernphase bei Beckenboden-Trainingsprogrammen. Weiters wird durch die Aktivierung der Muskulatur eine Tonicierung des Beckenbodens und eine verbesserte willkürliche Aktivierbarkeit bei Belastungsmanövern ermöglicht. Diese Methode hat auch einen gewissen Stellenwert in der Behandlung der Dranginkontinenz, da die Funktion des Beckenbodenkniefens auf das Miktionsstraining einen positiven Einfluss hat.

Vorteil: Einfache Handhabung, wenig Nebenwirkungen

Chronische Harnretention mit Inkontinenz (= Überlaufkontinenz)

Intravesikale Elektrostimulation (IVES) der Blase.

Eine chronische Harnretention mit Inkontinenz (=Überlaufinkontinenz) kann durch eine Blasenmuskelschwäche (Detrusorhypokontraktilität) und/oder einen erhöhten Blasenauflastwiderstand ausgelöst werden. Bei einer Detrusorschwäche kann es durch die IVES über eine Stimulation der Mechanorezeptoren zu einer verstärkten Afferentierung mit nachfolgender Verstärkung des Miktionsreflexes

(Detrusorreflexes) kommen. Voraussetzung ist eine noch vorhandene Blaseninnervation, zumindest von Teilen

derselben. Damit werden das Blasengefühl und der Miktionsreflex verbessert, eine Willkürsteuerung der Blase kann dadurch wieder induziert werden. Dabei wird über eine in die Blase eingeführte Katheterelektrode 1-2x täglich über mehrere Wochen eine Elektrostimulation durchgeführt.

Vorteil: Verbesserung der Blasenkontrolle, evtl. Vermeidung von operativen Eingriffen.

Nachteil: Lange Therapiedauer, nur an speziellen Zentren verfügbar.

Intermittierender aseptischer Einmalkatheterismus (ISK, CISC).

Bei großen Restharmengen und bei Blasenmuskelschwäche (Detrusorhypokontraktilität, Detrusorakontraktilität) erlernt der Patient die Blasenentleerung mittels eines aseptischen Einmalkatheterismus durchzuführen. Die prinzipielle Technik wurde als sterile Technik von Sir Ludwig Guttmann 1940 und als sauberer Einmalkatheterismus (CISC) von J. Lapides eingeführt. Neben diesen verschiedenen Techniken können verschiedene Kathetersysteme (Katheter mit Gleitmittel, beschichtete Katheter) für den Patienten individuell ausgewählt werden. Der intermittierende Katheterismus ist eine außerordentlich wichtige und effektive Technik. Insbesondere, wenn die Blase noch erhaltene myogene Restfunktionen besitzt, kann damit eine Blasenrehabilitation bewirkt werden.

Damit kann eine günstige Voraussetzung für eine spätere IVES Therapie geschaffen werden, da durch einen technisch korrekt durchgeführten Katheterismus mit Blasenvolumina von max. 400 ml, Sekundärschaden durch Überdehnung der Blase wirksam vermieden werden können.

Vorteil: Infektprophylaxe, Schutz des oberen Harntraktes, soziale Rehabilitation, Kontinenz, Selbständigkeit und die Mobilität des Patienten.

Nachteil: aufwendig, relativ teuer.

Toiletten-Miktionsstraining

Das Ziel sollte die Wiedererlangung einer Kontinenz sein. Wenn dies nicht gelingt, sollte die sogenannte „soziale Kontinenz“ unter Einsatz von Hilfsmitteln das Ziel sein. Auf keinen Fall sollte unnötigerweise ein Dauerkatheter gelegt werden, wenn dafür keine unbedingte Notwendigkeit besteht.

Folgende Verhaltenstherapien werden eingesetzt:

1. Toilettentraining
2. Miktionstraining
3. Beckenbodentraining

Voraussetzung für erfolgreiches Verhaltenstraining sind eine richtige Diagnose, Aufklärung des Betroffenen, bei Bedarf der Angehörigen, entsprechend geschultes und motiviertes Personal, Einsatz der richtigen Hilfsmittel und der richtigen Hautpflege, der Inkontinenz angepassten Kleidung sowie Anpassung der Umgebung und als Grundlage für alle Trainingsprogramme ein Miktionsprotokoll als Voraussetzung für das zu empfehlende Miktionsschema.

Toilettentraining

Ziel des Toilettentrainings ist es, die Blasenentleerungsintervalle der individuellen Blasenkapazität anzupassen. Dazu müssen die Betroffenen angehalten werden, regelmäßig ihre Blase zu entleeren, bevor ein nicht unterdrückbarer Harndrang zu unfreiwilligem Harnabgang führt. Voraussetzung für das Erstellen eines Toilettentrainingsprogrammes ist das Miktionsprotokoll, in dem über zwei bis drei Tage – bei dieser Patientengruppe wohl von der betreuenden Person – aufgezeichnet wird, wann die Blase entleert wird, wie groß das dabei entleerte Harnvolumen ist und ob der Betroffene zum Zeitpunkt der Blasenentleerung noch trocken oder bereits nass war und ob ein erkennbarer Anlass für das Einnässen gegeben ist. Dieser imperative Harndrang kann bereits bei relativ kleinen Füllungsvolumina, aber auch bei hoher Füllungsstärke zustande kommen. Manche ältere Menschen „vergessen“ auf ihre Blase, die sich erst bei großer Füllung, aber dann imperativ meldet und zur sofortigen Miktion zwingt. Aufgrund des Miktionsprotokoll werden nun die Zeiten des Toilettenganges gewählt und zwar zu einem Zeitpunkt, bei dem noch kein Harndrang vorhanden. Bei kleiner Blasenkapazität sollte das Toilettentraining durch Medikamente, die die Blasenmuskulatur entspannen, unterstützt werden.

Wichtig ist das Fortführen des Miktionsprotokolls, das zur Kontrolle der Therapie und auch bei auftretendem Erfolg als positives Feedback für den Betroffenen, vor allem aber auch der betreuenden Person dient. Eine hohe Motivation seitens der betreuenden Person,

aber auch eine vorhandene Kooperationsbereitschaft seitens des Betroffenen ist die Voraussetzung für den Erfolg.

Das Toilettentraining ist in erster Linie bei Patienten mit Dranginkontinenz indiziert und wird vor allem bei älteren, hirneleistungsschwachen Patienten unter Aufsicht einer betreuenden Person durchgeführt. Der Patient sollte mobil bzw. zumindest in der Lage sein, einen nahegelegenen Toilettstuhl aufzusuchen. Nicht mehr kooperative und überwiegend bettlägerige Patienten sind für dieses Trainingsprogramm nicht geeignet.

Einige Untersuchungen (Burgio, 1985; Fantel 1991) sprechen dafür, dass das Toilettentraining nicht nur bei der Dranginkontinenz, sondern auch bei der Belastungsincontinenz des älteren hirneleistungsschwachen Patienten wirksam ist. Fantel et al., 1991, konnten zeigen, dass allein durch Toilettentraining bei 50 % der Patienten eine Besserung der Inkontinenz möglich war.

Zusammenfassend ist es das Ziel des Toilettentrainings durch zeitlich festgelegte Toilettengänge bei kontrollierter, vor allem regelmäßiger Flüssigkeitszufuhr, zumindest untertags Kontinenz zu erreichen bzw. das Ausmaß des Einnässens zu reduzieren. In der Nacht werden diese Patienten mit Einlagen versorgt.

Vom Dauerkatheter zum Toilettentraining

Das Toilettentraining ist anfänglich aufwendig und beginnt damit, dass bei Patienten mit Dauerkatheter zunächst der meist bestehende Harnwegsinfekt behandelt und überprüft werden soll, ob und bei welchem Füllungsvolumen der Betroffene Harndrang spürt. Dazu sollte der Dauerkatheter mehrmals hintereinander abgeklemmt und gewartet werden, bis der Patient Harndrang meldet. Dann wird der Harn abgelassen und die entleerte Menge bestimmt, um damit die individuelle Blasenkapazität zu erfassen. Als nächster Schritt wird nach Entfernung des Katheters ein Miktionsprotokoll erstellt und basierend darauf das Trainingsprogramm erstellt. Toilettentraining bedeutet z.B. in einem Pflegeheim, dass sich eine pflegende Person im Besonderen um diese Person kümmern muss, dass es zunächst zeitlich aufwendiger ist als die Versorgung mit Inkontinenzhilfen. Letztlich aber, wenn das Toilettentraining greift, das ständige Wechseln

der Vorlagen wegfällt oder erheblich reduziert wird, steigt die Lebensqualität des Betroffenen. Nicht zuletzt reduzieren sich auch die Kosten für die Inkontinenzhilfsmittelversorgung erheblich.

Die lokalen Umstände, vor allem Personalmangel, mitunter aber auch mangelndes Wissen sind die Gründe dafür, dass das Toilettentraining noch nicht in gewünschtem Ausmaß durchgeführt wird.

Wie kann man beim Toilettentraining die Einleitung einer Blasenentleerung erleichtern?

Gerade beim Toilettentraining ist es oft wichtig, „Startschwierigkeiten“ zu überwinden. Zu den bewährten pflegerischen Kniffen gehört z. B. das Trinken eines Schluck Wassers. Vielfach löst auch das Geräusch fließenden Wassers den gewünschten Effekt aus. Bestehen Schwierigkeiten den Schließmuskel zu entspannen, genügt oft das Sitzen über einem mit warmem Wasser gefüllten Becken. Noch nützlicher ist die Anwendung von Kamillendämpfen. Eine andere Möglichkeit ist die Anwendung von Eukalyptusöl-Kompressen mit Wärmeflasche. Auch die alleinige Anwendung von Wärmeflaschen erleichtert den Miktionsstart. Auch die Massage des Unterbauches fördert die Auslösung des Miktionsreflexes. Bewährt haben sich auch für Blasenranke die Anwendung von bestimmten Teesorten, wie Beerentraubenblätterttee und Preiselbeerblätterttee.

Miktionstraining

Beim Miktionstraining werden betroffene inkontinente Menschen angehalten, aktiv zu kurze Miktionsintervalle zu verlängern bzw. zu große Intervalle zu verkürzen, mit dem Ziel, Inkontinenz zu verhindern, ein altersentsprechendes Blasenentleerungsvolumen zu erreichen und damit auch die Effektivität der Blasenentleerung zu erhöhen.

Grundlage für das Erstellen eines Miktionstrainingsprogrammes ist wiederum das Miktionsprotokoll, das über die Miktionsfrequenz, die Entleerungsmenge, Häufigkeit und Auftreten der Inkontinenz informiert. Die Miktionszeiten werden nun so festgelegt, dass die Blasenentleerung vor Auftreten des imperativen, nicht mehr steuerbaren Harndrangs erfolgt. Häufig sind die Miktionsintervalle zu kurz. In diesem Fall wird das Miktions-

training effektiv durch Medikamente, die die Blasenmuskulatur entspannen, unterstützt.

Die Zeiten der Blasenentleerung werden so festgelegt, dass die Blasenentleerung vor Auftreten des imperativen Drangs erfolgt. Dies bedeutet, dass anfänglich mitunter eine hohe Entleerungsfrequenz gegeben ist, wobei jedoch die Intervalle alle drei bis vier Tage um etwa 20 Minuten verlängert werden. Allein die Tatsache, dass der Patient, unterstützt durch Medikamente, feststellt, dass er wieder in der Lage ist, seine Blase zu kontrollieren und die Toilette aufzusuchen, bevor es zum Einnässen kommt, ist für den Betroffenen Motivation das Miktionstraining fortzusetzen bis bei ausreichend langen Phasen zwischen den einzelnen Blasenentleerungen Kontinenz erreicht ist. Die Patienten sind angehalten weiterhin ein Miktionsprotokoll zu führen, das dazu benutzt wird, den Fortschritt zu dokumentieren und die Motivation des Patienten zu fördern.

Ein Miktionstraining setzt voraus, dass der Betroffene geistig und körperlich in der Lage ist, diese aktive Therapiemaßnahme selbst durchzuführen und über die Möglichkeit verfügt, im vorgegebenen Rahmen selbständig nach Wunsch die Toilette aufzusuchen bzw. zurückzuhalten, solange dies möglich ist. Diese letztere Maßnahme wird durch Beckenbodentraining effizient unterstützt.

Dieses Miktionstraining wurde vom englischen Frauenarzt Frewen (1979) unter dem Begriff „bladder-drill“ in die Therapie der Dranginkontinenz eingeführt und damals nur unter stationären Bedingungen durchgeführt. Heute ist es eine weitverbreitete Methode, die vor allem ambulant zur Anwendung gelangt. Wichtig ist, dass der Betroffene über die Art seiner Harninkontinenz und über die möglichen Ursachen aufgeklärt ist, den Sinn des Trainingsprogrammes versteht und motiviert ist, Inkontinenz zu vermeiden.

Maßnahmen, wenn die Inkontinenz mit unvollständiger Blasenentleerung (Restharn) kombiniert ist:

Bei älteren Menschen führen degenerative Veränderungen des Blasenmuskels dazu, dass Inkontinenz mit unvollständiger Blasenentleerung kombiniert ist, dass also Restharn besteht. Eine Besserung der Situation kann dadurch erzielt werden, dass der Betroffenen etwa

20 Minuten nach der ersten Blasenentleerung, bei der Restharn zurückbleibt, nochmals aufgefordert wird, seine Blase zu entleeren. Durch Double-Voiding, auch ein Triple-Voiding ist möglich, versucht der Patient etwa 20 Minuten nach der Blasenentleerung nochmals seine Blase zu entleeren. Dadurch kann der Restharn mitunter nicht unerheblich abgesenkt werden. Im Übrigen trägt auch das Toiletten- und Miktionstraining dazu bei Restharn zu senken, wenn die Blase bei ausreichendem Füllungsvolumen entleert wird. Es ist bekannt, dass sowohl die wenig als auch die überfüllte Blase schwieriger entleert werden kann als eine normal gefüllte Harnblase. Dadurch kann es auch im Rahmen des Miktions-, ebenso wie beim Toilettentraining, wenn die Blase bei einigermaßen adäquatem Füllungsvolumen entleert wird, zu einer Verbesserung der Blasenkontraktionsleistung und damit zu einer Absenkung des Restharns kommen.

Beckenbodentraining

Die Bedeutung des Beckenbodens bei der Dranginkontinenz liegt darin, dass durch festes Kneifen des Beckenbodens reflektorisch die Detrusorhyperaktivität beeinflusst bzw. eine Detrusorkontraktion zum Abklingen zu bringen ist. Wenn ein Patient mit Drangsymptomatik bzw. Dranginkontinenz in der Lage ist seinen Beckenboden zu kneifen, kann man ihn auffordern bei Auftreten des Dranggefühls nicht zur Toilette zu laufen, sondern entweder im Gehen anzuhalten oder ruhig Sitzen zu bleiben, dabei seinen Beckenboden anzuspannen und zu warten bis der Drang abklingt. Das Kneifen des Beckenbodens bewirkt also nicht nur mechanisch ein Abdrücken der Harnröhre, sondern führt auch zum Abklingen der Blasenkontraktion und damit auch zum Abklingen des Harnranges. Erst danach sollte er die Toilette zügig aufsuchen und seine Blase entleeren.

Operative Maßnahmen

Der artifizielle hydraulische Blasenosphinkter (Scott-Sphinkter)

1973 entwickelte SCOTT den ersten hydraulischen artifiziellen Sphinkter (Schließmuskel) zur Behandlung schwerster Formen von Belastungsinkontinenz. Diese Silikonprothese bestand aus einer aufblasbaren Druckmanschette (Cuff), 2 Pumpen für das Füllen

und Entleeren der Druckmanschette und aus einem Flüssigkeitsreservoir in Form eines Ballons. Die Druckmanschette wird entweder um den Blasen Hals oder um die bulbäre Harnröhre platziert.

Diese Sphinkterprothese mit der Bezeichnung AS-721 wurde in der Folgezeit mehrfach verbessert. Die technische Entwicklung des artifiziellen Blasen-schließmuskels war mit dem Modell AMS-800 1982 abgeschlossen. Dieses Modell ist seither in einer großen Fallzahl weltweit erfolgreich implantiert worden (90% Kontinenz, 30% Reparaturrate).

Indikation:

- Neurogene Sphinkterinsuffizienz (z.B. nach Operationen einer Myelomeningocoele).
- Schwere Formen einer iatrogenen Belastungsinkontinenz (z.B. nach radikaler Prostatektomie).

Kontraindikationen:

- Mangelnde Intelligenz, Kooperationsfähigkeit oder manuelle Geschicklichkeit zur Bedienung der Sphinkterprothese.
- Stauung des oberen Harntraktes, vesicoureteraler Reflux
- Medikamentös nicht beherrschbare Detrusorhyperaktivität
- Nicht behandelte subvesikale Obstruktion.

Bei einer medikamentös nicht beherrschbaren Detrusorhyperaktivität kann entweder vor der Implantation des artifiziellen Sphinkters oder simultan eine Blasenaugmentation mit Darm zur Schaffung eines Niederdruckreservoirs durchgeführt werden. In solchen Fällen ist allerdings nicht selten mit der Notwendigkeit eines intermittierenden aseptischen Selbstkatheterismus zu rechnen (z.B. St.p. Myelomeningocoele mit neurogener Sphinkterinsuffizienz und Low-Compliance-Blase mit Detrusorhyperaktivität).

Nach radikaler Prostatektomie oder nach traumatischer Sphinkterinsuffizienz (Beckenfraktur mit Harnröhrenabriss) wird die Verschlussmanschette (Cuff) an der bulbären Harnröhre platziert. Der druckregulierende Ballon wird über einen Wechselschnitt intraperitoneal oder paravesikal implantiert. Die Kontrollpumpe wird beim Mann in das Skrotum implantiert.

Komplikation:

Infektion des Systems, vor allem Staphylokokken; Cuff-Arosion der Harnröhre oder des Blasenhalses – die Verschlussmanschette arrodiiert infolge Druckatrophie die Wand der Harnröhre oder des Blasenhalses. Hat die Verschlussmanschette die Wand der Harnröhre oder des Blasenhalses arrodiiert, so ist eine Infektion des gesamten Systems meist mit gramnegativen Bakterien die Folge. In solchen Fällen muss meist das gesamte System ausgebaut werden.

Spätkomplikationen sind die Diskonnection der Schlauchverbindung des Systems und das Auftreten von Defekten vor allem im Bereich der Kontrollpumpe.

Der Druck der Verschlussmanschette kann mit der Zeit zu einer Gewebeatrophie führen, so dass die Verschlussmanschette relativ zu weit wird. In solchen Fällen muss entweder eine engere Verschlussmanschette eingebaut werden oder an der bulbären Harnröhre eine zweite Verschlussmanschette implantiert werden.

Bulking-Agents

Es handelt sich dabei um verschiedene Substanzen, die transurethral mit Hilfe einer speziellen Injektionsnadel im Schließmuskelbereich (Sphinkterbereich) unter die Harnröhrenschleimhaut injiziert werden, um den urethralen Widerstand zu erhöhen. Wenngleich die Injektion von Bulking-Agents in vielen Fällen eine kurzfristige Besserung der Symptomatik bewirkt, haben sie sich doch langfristig nicht durchsetzen können. Die Ergebnisse sind insgesamt enttäuschend, sodass wir heute Bulking-Agents nur noch ausnahmsweise bei Patienten zur Anwendung bringen, die aufgrund internistischer oder neurologischer Begleiterkrankungen für andere operative Methoden nicht in Frage kommen.

Pro-ACT-Verfahren

Das Pro-ACT-Verfahren ist eine seit Jahren angewandte Methode, bei der

zwei kontrastmittelgefüllte Silikonballons über einen perinealen Zugangsweg am Blasenhalss implantiert werden. Die Methode zeichnet sich dadurch aus, dass die Ballons über einen subkutan im Skrotum befindlichen Port-a-cath postoperativ im Volumen verändert werden können. Dies bietet die Möglichkeit, jederzeit die Obstruktion den spezifischen Gegebenheiten bei jedem Patienten anzupassen. Die Implantation von Pro-ACT-Ballons, die in geübter Hand als minimal invasiver Eingriff 15 bis 25 Minuten dauert, führt in über 2/3 der Fälle zu einer signifikanten Verbesserung der Kontinenzsituation. Dieses Verfahren ist bei bestrahlten Patienten kontraindiziert.

Operative Verfahren zur Behandlung einer Dranginkontinenz werden in erster Linie bei lokalen Ursachen, wie infravesikaler Obstruktion, Blasentumoren, Blasensteine oder Fremdkörper angewandt (transurethrale Prostataresektion, Blasentumorresektion, Blasensteinzertrümmerung).

Harnblasenvergrößerung unter Verwendung von Darmteilen oder kompletter Harnblasenersatz werden selten angewandt und bedürfen einer strengen Indikation und Patientenselektion. Dasselbe gilt für eine Deafferentierung mit Einbau eines Blasenschrittmachers (Vorderwurzelstimulator, Brindley Stimulator) im Zuge einer neurogen bedingten Harninkontinenz, welche medikamentös nicht beherrschbar ist.

Harninkontinenz ist im Allgemeinen eine wenig attraktive Erkrankung bei der man nicht durch spektakuläre Operationen in kurzer Zeit sichtbare Erfolge erzielen kann. Katheterableitung oder nur Windelversorgung sind zwar einfache, rasch durchzuführende Maßnahmen, sie machen aber jedes Kontinenztraining zunichte und reduzieren die Chance zur Blasenrehabilitation und machen eine soziale Reintegration der Betroffenen unmöglich. Diese Maßnahmen erscheinen am Anfang nicht nur einfach durchführbar, sondern auch kostengünstig zu sein,

wobei aber die Komplikationen des Dauerkatheters diese Therapieform letztendlich deutlich verteuern als eine Behandlung mittels Kontinenz-

training mit oder ohne Pharmakotherapie. In gleicher Art und Weise wird mit der zunehmenden Zahl der älteren Mitbürger die Versorgung mit Inkontinenzhilfsmitteln nicht mehr finanzierbar sein.

Die Wiedererlangung von Harnkontinenz wird nur dann möglich sein, wenn neben blasenspezifischen Maßnahmen auch andere Faktoren, wie die Morbidität des Betroffenen, sein Umfeld und seine Lebensgewohnheiten beachtet und eine Umgebung geschaffen wird, die die Durchführung dieser Behandlungsmaßnahmen möglich und sinnvoll machen. Die aktivierende Pflege ist ein wesentlicher Bestandteil der urologischen Therapie. Nur bei immobilen, geistig stark abgebauten Patienten sind aktive Behandlungsmaßnahmen nicht möglich und man ist hierbei ausschließlich auf die Versorgung mit Inkontinenzhilfsmitteln angewiesen. Ausgedehnte Forschungen in den letzten Jahren betreffend der Pathophysiologie, Ätiologie, Diagnostik und Therapie der Harninkontinenz beim Manne haben letztendlich dazu geführt, dass Behandlungsergebnisse erzielt werden können, die noch vor wenigen Jahren nicht vorstellbar gewesen wären.

Abschließend kann festgestellt werden, dass beim sogenannten „trockenen Mann“ es mit fortschreitendem Alter zum gehäuftem Auftreten einer Dranginkontinenz und chronischen Harnretention mit Inkontinenz (= Überlaufinkontinenz) kommt und, dass durch die dramatisch zunehmende Anzahl von radikalen Prostataoperationen wegen eines Prostatakarzinoms, die Belastungsinkontinenz auch beim Mann ein zunehmendes therapeutisches Problem darstellt.

*Univ.Doz.Dr. Günter Primus FEBU
Universitätsklinik für Urologie
Leiter der Urodynamik
Medizinische Universität Graz
Fachreferent für „Blasenfunktionsstörungen im Alter“ des Arbeitskreises für „Blasenfunktionsstörungen“ der österreichischen Gesellschaft für Urologie.
Auenbruggerplatz 7, A-8036 Graz
gunter.primus@medunigraz.at*



Ernährungs- und umweltmedizinische Therapieschwerpunkte bei Psoriasis



Univ.-Doz. Dr. John G. Ionescu (Foto), Dr. med. Dieter Schüle

Psoriasispatienten gehören zu den häufigsten Besuchern dermatologischer Ambulanzen und Fachkliniken. Die Krankheit gilt als unheilbar und wird meistens symptomatisch behandelt. Die chronisch entzündliche Hautkomponente einhergehend mit einem stark beschleunigten Wachstum der Epidermis ist sowohl den Betroffenen als auch den Therapeuten bekannt. Die Einteilung in mehrere klinische Phänotypen (Psoriasis vulgaris, Psoriasis pustulosa, Psoriasis arthropathica, psoriatische Erythrodermie) ist einstimmig anerkannt, bringt allerdings wenig Einblick in die Pathogenese dieser Erkrankung.

Klassische Therapieverfahren bei Psoriasis

Die Analyse des Therapiespektrums bei Psoriasis in den Industrieländern in den letzten 30 Jahren zeigt immer wieder dieselben Verfahren wie:

Die Bestrahlungstherapie: UV-Behandlung unter stationären oder ambulatorischen Bedingungen, oft kombiniert mit Chemotherapeutika wie Psoralen (PUVA-Therapie).

Klimatherapie in hohen Gebirgen oder am Meer kombiniert die positive Wirkung der Sonne (UV-Bestrahlung) mit der Mineral- und Spurenelementeinwirkung des Meerwassers. Auf dieser natürlichen Therapieform basieren auch klinische oder ambulatorische Ansätze mit UV-Strahlen und Soletherapie, die in Kliniken und Kurorten angeboten werden.

Lokale symptomatische Behandlung mit verschiedenen Salben, Cremes und

Emulsionen, meistens basierend auf Kortison-, Retinoid-, Salicylsäure-, Cignolin- und Teerformulierungen.

Innere Behandlung schwerster Psoriasisformen mit Vitamin-A-Derivaten (Tigason, Roaccutan) oder mit Zytostatika (Methotrexat, Cyclosporin).

Die oben erwähnten Therapieformen sind mit Sicherheit allen Psoriasis-Betroffenen längst bekannt, haben jedoch leider drei Gemeinsamkeiten:

- Keines dieser Verfahren berücksichtigt wichtige Provokationsfaktoren psoriatischer Erscheinungen.
- Alle diese Verfahren richten sich lediglich auf die psoriatischen Symptome (Entzündung und hohe Vermehrungsrate der Epidermalzellen, verbunden mit Schuppung), daher ist die beschwerdefreie Zeit begrenzt und die Rezidive kommen nach wiederholter Behandlung immer schneller wieder.
- Alle dieser Verfahren haben verschiedene Nebenwirkungen, die bei langfristiger Anwendung für den Patienten leichter oder gravierender sein können, von Hemmung der zellulären Immunreaktion mit steigender Infektanfälligkeit über Hautatrophie, Ödeme, Haarverlust und innere Organschäden bis hin zu Hautkrebs.

Anhand dieser Tatsachen konzentriert sich die Aufmerksamkeit der Betroffenen in den letzten Jahren verstärkt auf neue, biologische, nebenwirkungsarme Therapieansätze, die unter Umständen

auch eine längere Beschwerdefreiheit sichern können.

Aktuelle Therapieansätze

Von verschiedenen Therapiezentren hört man in den letzten Jahren von dem Einsatz der einen oder anderen biologischen Mittel, meistens als Ergänzung zu den klassischen Therapieformen. Hierzu gehören z. B. die Anwendung von

- Vitamin-D3-Derivaten (Calcipotriol etc.) zur Lokalbehandlung psoriatischer Effloreszenzen;
- Fumarsäurepräparaten für den inneren und äußerlichen Gebrauch;
- mehrfach ungesättigte Fettsäuren wie z. B. aus Nachtkerzen- und Fischöl;
- gentechnologisch hergestellten Biologics zur Hemmung der aktivierten T-Zellen und deren Zytokinen (Calcineurin-Inhibitoren, etc.) sowie
- verschiedene Diätempfehlungen, die ebenfalls eine Linderung der Beschwerden bringen sollen.

Auch werden sind die Ansätze und die Therapieerfolge kontrovers diskutiert, da bisher keines dieser neuen Mittel im Alleingang eine dauerhafte Beschwerdefreiheit für sich verbuchen konnte.

Damit wird immer deutlicher, dass es nicht darum geht, die Diagnose Psoriasis pauschal, sondern vielmehr darum, den einzelnen Patienten mit seinem eigenen biologischen Muster zu behandeln.

Das Neukirchener Modell

Seit 1986 werden in der Spezialklinik Neukirchen die verschiedenen klinischen Formen der Psoriasis anhand eines integrativen, komplexen Therapie-modells behandelt. Die Ärzte und Wissenschaftler der Klinik waren vorher mehrere Jahre mit der Problematik der verursachenden Faktoren psoriatischer Erscheinungen beschäftigt.

Die heute zur Verfügung stehenden Daten aus der Fachliteratur zeigen eindeutig, dass in 50–65% der Psoriasis-Fälle (Typ 1) eine genetische Disposition vorliegt, die man mit den sogenannten genetischen Blutmarkersystemen (Antigene der Lewis-Blutgruppen, der HLA- und MHC-Systeme) feststellen kann. Interessant ist aber die Tatsache, dass sowohl in diesen Fällen, als auch bei einer Vielzahl von Patienten, bei denen weder eine familiäre Veranlagung noch genetische Merkmale erkennbar waren (Psoriasis Typ 2), die Krankheit erst relativ spät (meist im zweiten Lebensjahrzehnt oder später) zum Ausbruch kam.

Das zeigt hiermit, dass hier neben der erwähnten genetischen Disposition zusätzliche Provokationsfaktoren eintreten müssen, um eine latente, genetisch verankerte Psoriasis in eine klinisch definierte, sichtbare Erkrankung umzuwandeln.

Provokationsfaktoren psoriatischer Schübe

Nach den uns zur Verfügung stehenden Daten gelten als wichtige somatische Auslöser für psoriatischer Schübe:

- Hautreize chemischer oder physikalischer Natur – Verletzungen (Köbner-Phänomen);[∞]
- negative Klimaeinflüsse (nasskalte Witterung, Sonnenbrand);
- rezidivierende bakterielle, virale oder mykotische Infektionen der Haut, der Schleimhäute und des Darmes;
- Abweichungen in der zellulären Immunfunktion durch klonal expandierte T-Zell-Subpopulationen, die durch bestimmte Antigene aktiviert wurden;
- die langfristige Einnahme verschiedener Medikamente wie Anti-Malaria-

Mittel, β -Blocker, Lithium, Penizilline, Sulfonamide, Cimetidin, β -Interferon u. a.;

- der Konsum von Alkohol und bestimmten Nahrungsmitteln bzw. Zusatzstoffen, die durch pseudoallergische Reaktionen den Reizzustand der Haut deutlich steigern;
- Schadstoffe wie Nikotin, Pestizide, Düngemittel, Holzschutzmittel, Lösungsmittel, Kosmetikbestandteile oder Schwermetalle aus Dentallegierungen, Schmuck, Konservendosen, die als potentielle Aktivatoren der T-Zellen gelten;
- Abweichungen im Purin-, Eiweiß- und Fettstoffwechsel, meist durch falsche Ernährung;
- eine mangelnde antitoxische Funktion der Leber und des Blutes (eigene Untersuchungen zeigen erniedrigte MAO-, DAO- und GST-Werte);
- die erhöhte Produktion von Neuropeptiden aus Nerven- und Hautzellen mit Einfluss auf die epidermale Hyperproliferation und T-Zellen-Funktion;
- neurohormonelle Störungen, verbunden mit signifikanten Katecholamin-Abweichungen und Blockaden der β -Rezeptoren (neuere Ergebnisse aus unserem Labor zeigen in diesem Zusammenhang signifikant erhöhte Noradrenalinwerte im Plasma, welche auf eine chronisch veränderte Reaktionslage in der neurohormonellen Regulation beim Psoriater hinweisen. Über Abweichungen in der Hypophysenfunktion, verbunden mit signifikant erhöhten STH-Werten sowie über die negativen Stresseinflüsse auf die zelluläre Immunfunktion wurde ebenfalls in der Literatur berichtet);
- die Hemmung des Energiestoffwechsels, verbunden mit niedrigen Werten energiereicher Stoffe (ATP) und zyklischer Nukleotide (cAMP) in den Hautzellen und Leukozyten;
- die negative Wirkung verschiedener psychogener Faktoren wie z. B. Konfliktsituationen, Prüfungsangst, Verlust des Arbeitsplatzes, Unfälle, Operationen, Scheidung, Tod von Angehörigen u. a. konnte ebenfalls bei über 40% der Psoriater statistisch dokumentiert werden.

Integrative, individuelle Therapieformen

Bei der o.g. multifaktoriellen Determinierung psoriatischer Schübe ist es leicht verständlich, dass nur eine individuelle Integrativtherapie, die die o. g. Provokationsfaktoren berücksichtigt, langfristig Erfolg haben kann.

Ziel dieser Therapie ist es, die manifeste Psoriasis in eine erscheinungsfreie Form umzuwandeln und diesen Zustand langfristig zu stabilisieren. Da die genetische Prädisposition der Psoriater nicht zu beeinflussen ist und jeder Patient seine eigene Krankheit hat, wird versucht, in erster Linie möglichst genau die individuellen Provokationsfaktoren exogener und endogener Natur herauszufinden und diese gezielt auszuschalten.

In der Spezialklinik Neukirchen wird dies zuerst im Rahmen eines umfassenden Diagnoseprogramms anhand klinischer und spezieller biochemischer, mikrobiologischer, immunologischer und umweltmedizinischer Untersuchungen gewährleistet.

Die nachfolgenden individuellen Therapiemaßnahmen orientieren sich strikt an den im Diagnoseprogramm gewonnenen Ergebnissen und beinhalten vor allem:

Innere Behandlungskomponente

Hierzu gehören Maßnahmen wie

- Sanierung mikrobieller Herde, die die Haut, die Schleimhäute, die Luft- und Harnwege, den Darm oder den Genitalbereich befallen haben;
- Wiederherstellung einer gesunden Darmflora und Darmfunktion, z. B. anhand von milchsäureproduzierenden Bakterien und gesunden E.-coli-Stämmen.
- Identifizierung und Ausleitung relevanter Schadstoffe wie Pestizide, Holzschutzmittel, Schwermetalle aus Dentallegierungen u. a.;
- Aktivierung der Phase-I- und -II-De-toxmechanismen der Leber und des Blutes (Alkohol/Aldehyddehydrogenasen, Phenoloxidasen, Mono- und Diaminoxidasen, Glutathion-S-Transferasen und andere). Hier kom-

men biologische Leberschutzstoffe, ausgewählte Nahrungsmittel und B-Vitamine mit Co-Enzym-Funktion sowie die drastische Reduzierung von Nikotin und Alkohol zum Einsatz;

- Eliminierung erhöhter Konzentrationen von krankheitsfördernden Stoffen im Blut (Endotoxine, biogene Amine und zirkulierende Immunkomplexe) durch Ausschlussdiät, Enzymgaben und Darmsanierung;
- Abbau erhöhter Harnsäure- und Fettwerte im Blut anhand diätetischer und phytotherapeutischer Maßnahmen;
- Aktivierung der humoralen und zellulären Abwehrfunktion mittels Immunglobulingaben, Autovakzine und biologisch-pflanzlicher Präparate wie Echinacea, Thuja, Baptisia;
- Ersatz fehlender Vitamine, Spurenelemente, ungesättigter Fettsäuren (Omega 3, 6 und 9) und energetisch wirksamer Stoffe (Fumarsäure, ATP). Die Verordnung solcher Mittel hat ebenfalls individuellen Charakter und orientiert sich strikt an den Untersuchungsergebnissen (ATP-Werte, Fettsäurenprofil in Erythrozytenmembranen, Vitaminstatus etc.)

Diätetische Maßnahmen

Erfahrungsgemäß müssen die meisten Psoriatiker auf die Aufnahme bestimmter Nahrungsmittel verzichten, die allergische oder pseudoallergische Reaktionen auslösen können oder eine ungünstige Wirkung auf den intermediären Stoffwechsel entfalten. Hier kommen Nahrungsmittel in Frage

- mit steigender Wirkung auf die Harnsäure- und Blutfettwerte (Schweinefleisch, Innereien, Spargel, Fettspeisen);
- mit ungünstiger Wirkung für die Unterhaltung bakterieller oder mykotischer Herde (Zucker- und Mehlprodukte, Alkohol);
- mit reizender Wirkung auf das Nerven- und Gefäßsystem (biogene Amine, Kaffee, Konservierungsstoffe, Farbstoffe sowie bestimmte vasoaktive Gewürze wie Pfeffer, Paprika, Curry, Chili);
- die mit IgE-Antikörpern allergische Reaktionen hervorrufen oder ohne Immunglobulinbeteiligung zu der Entstehung pseudoallergischer Reaktionen beitragen (verschiedene Nahrungsmittelbestandteile und/oder Zusatzstoffe).

Lokale, äußerliche Behandlung

Wird in der Regel mit keratolytischen, wachstums- und entzündungshemmenden oder antimikrobiellen Präparaten (Harnstoff, Milchsäure, Teer, Dithranol, Zink, ATP, Antimykotika) durchgeführt, welche regelmäßig unter nassen oder trockenen Umschlägen – je nach Hautzustand und den Ergebnissen der mikrobiologischen Untersuchungen – zur Anwendung kommen.

Die so erzielte Herd sanierende, antiinflammatorische und Haut aufbauende Wirkung wird durch medizinische Bäder (Teer, Milchsäure, Ölbäder) unterstützt. In der Nachbehandlungsphase werden in der Regel vitaminhaltige sowie energie- und Feuchtigkeit spendende Präparate angewandt.

Psychologische Betreuung

Die konsequente, individuelle psychologische Betreuung der Patienten wird in Neukirchen durch einen sehr engen Kontakt zu unseren Ärzten und Psychologen sowie durch zusätzliche Entspannungstherapien wie autogenes Training, Yoga und Biofeedback gewährleistet. Hierzu kommen auch regelmäßige Einzel- und Gruppengespräche zur Erläuterung der Therapieprinzipien und verhaltenstherapeutische Einweisungen (z. B. Selbstsicherheitstraining) für die Nachbehandlungsphase.

Nachbehandlungsphase

Obwohl die meisten Psoriasispatienten die Spezialklinik Neukirchen erscheinungsfrei verlassen, ist es nötig, in den folgenden sechs bis acht Monaten der Nachbehandlungsphase weitere diätetische, Stoffwechsel unterstützende und immunstimulierende Maßnahmen zu veranlassen, um eine dauerhafte Beschwerdefreiheit zu sichern. Dabei wird die Therapie anhand der Ergebnisse wiederholter klinisch-biologischer Kontrolluntersuchungen schrittweise abgebaut. Eine enge Zusammenarbeit mit dem behandelnden Hausarzt ist während dieser Zeit von wesentlicher Bedeutung.

Eine im Jahr 1990 abgeschlossene Studie des Deutschen Psoriasisbundes dokumentiert, dass über 80% aller in Neukirchen behandelten Patienten mit ihrem Therapieergebnis langfristig zufrieden oder sehr zufrieden sind (Abb. 1).

Wir denken, dass dieses Ergebnis von Bedeutung ist, gerade wenn bekanntlich in diesem Therapiemodell weder Kortisonpräparate (extern oder intern) noch Immunsuppressiva noch Retinoide noch Photochemotherapie (PUVA) einen Platz finden.

Literatur beim Verfasser

*Univ.-Doz. Dr. John G. Ionescu
Dr. med. Dieter Schüle
Spezialklinik Neukirchen
Krankenhausstraße 9
D-93453 Neukirchen
Tel.: 0049/99 47/280
Fax: 0049/9947/281-09
www.spezialklinikneukirchen.de
sekretariat-dr.ionescu@freenet.de*

Abbildung 1



Psoriasisfall vor und einem Monat nach der Integrativbehandlung in der Spezialklinik Neukirchen.

Verbesserte Prognose bei koronarer Herzerkrankung mit Nicorandil

Der Wirkstoff Nicorandil hat einen Kalium-Kanal-öffnenden Effekt, der die K-ATP-Kanäle aktiviert und eine ähnliche Stickstoffmonoxid-freisetzende Potenz aufweist wie Nitrate, woraus eine erhöhte intrazelluläre zyklische GMP resultiert. Nicorandil verfügt auch über kardioprotektive Wirkungen auf das ischämische Myokard, indem es die myokardiale Nekrose vermindert und die koronare arterielle Reperfusion verbessert, also eine ischämische Präkonditionierung nachgeahmt wird. Diese Eigenschaften lassen eine verbesserte Prognose bei ischämischen Herzerkrankungen erwarten.

Die IONA (Impact of Nicorandil in Angina)-Studie, eine randomisierte Placebo-kontrollierte Studie, zeigte nach Verabreichung von Nicorandil an Patienten mit stabiler Angina signifikante Reduktionen bezüglich des kombinierten primären Endpunktes Tod durch koronare Herzerkrankungen, Myokardinfarkt oder ungeplanter Spitalsaufenthalt aufgrund kardiogenen Thoraxschmerzes.

Bisher wurde nicht geklärt, ob Nicorandil den Krankheitsverlauf auch Patienten mit instabiler Angina pectoris oder akutem Myokardinfarkt günstig beeinflussen kann. Die JCAD (Japanese Coronary Artery Disease)-Studie, die über einen längeren Beobachtungszeitraum als IONA gelaufen war, war eine

Abbildung 2

Prognoseverbesserung unter Nicorandil (JCAD-Studie)		
Primärer Endpunkt	Risikoreduktion	Signifikanz
Gesamt mortalität	-35%	p = 0,0008
Sekundärer Endpunkt		
Kardialer Tod	-56%	p = 0,0001
Zerebraler oder vaskulärer Tod	-71%	p = 0,0299
Weitere Endpunkte		
Kardiale Events	-11%	p = 0,1375
Herzinsuffizienz	-33%	p = 0,0140
Herzstillstand	-64%	p = 0,0042

multizentrische kollaborative prospektive Beobachtungsstudie mit einer großen Anzahl an Patienten mit koronaren Herzerkrankungen, die durchgeführt wurde, um die Unterschiede im Outcome der koronaren Herzerkrankung durch Erhebung von Risikofaktoren und aktueller Medikation herauszufinden.

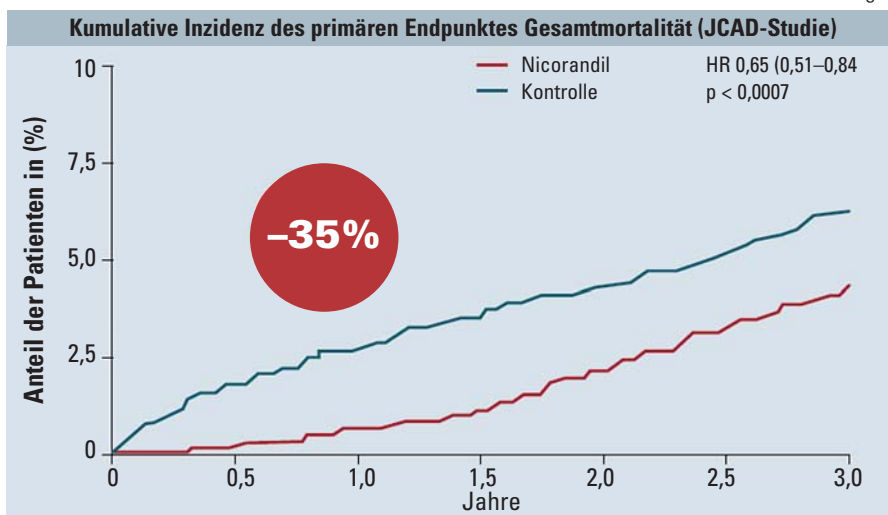
In die JCAD wurden Patienten, die in der Koronarangiographie eine 75%ige Stenose in einer der Hauptkoronarien aufwiesen, eingeschlossen. Im durchschnittlichen Beobachtungszeitraum von 2,7 Jahren wurden 13.812 Patienten mit stabiler Angina pectoris, instabiler Angina pectoris und Myokardinfarkt begleitet und deren Daten analysiert. Eine Gruppe von 2.558 Patienten erhielt eine Nicorandil-Behandlung und wurde einer Kontrollgruppe von 2.558 Patienten ohne Nicorandil-Therapie gegenübergestellt. Als primärer Endpunkt galt die Gesamt-

mortalität, sekundäre Endpunkte waren kardialer Tod, tödlicher Myokardinfarkt, nicht-tödlicher Myokardinfarkt, zerebrale und vaskuläre Todesursachen, andere Todesursachen, schwere Ereignisse, Herzinsuffizienz und Herz-Kreislauf-Stillstand.

Der primäre Endpunkt war in der Nicorandil-Gruppe um 35% signifikant geringer als in der Placebo-Gruppe (Hazard Ratio 0,65; p = 0,0008). Auch hinsichtlich der sekundären Endpunkte konnte im Vergleich zur Kontrollgruppe eine signifikante Reduktion nachgewiesen werden, kardialer Tod -56%, tödlicher Myokardinfarkt -56%, zerebraler und vaskulärer Tod -71%, Herzinsuffizienz -33% und Herzstillstand -64%.

Nicorandil führt einerseits zur Vasodilatation von großen und kleinen Koronargefäßen, wodurch eine Verbesserung der Symptomatik eintritt. Andererseits unterdrückt Nicorandil mittels Kaliumkanalöffnung die myokardiale Nekrose in der Phase der Ischämie bzw. ischämischen Reperfusion, wodurch es kardioprotektiv wirkt. Durch die hybride Wirkung von Nicorandil kommt diesem Wirkstoff eine große Bedeutung in der Behandlung der koronaren Herzerkrankung zu. *FB*

Abbildung 1



Quellen

ad IONA: The IONA Study Group, Effect of Nicorandil on Coronary Events in Patients with Stable Angina: the Impact Of Nicorandil in Angina (IONA) randomised trial. The Lancet 2002; Vol 359:1269–1275

ad JCAD: Horinaka S et al., Effects of Nicorandil in Cardiovascular Events in Patients With Coronary Artery Disease in The Japanese Coronary Artery Disease (JCAD) Study. Circ J 2010; 47:503–509

GlucoMen LX von A. Menarini: Höchste Sicherheit – mit GOD-Technologie falsche Ergebnisse ausschließen

Eine vor einigen Monaten veröffentlichte Sicherheitswarnung der amerikanischen Zulassungsbehörde FDA (Food and Drug Administration) verweist auf die hohen Risiken, die eine Blutzuckermessung mit bestimmten Messsystemen bergen kann. Laut FDA kam es dabei in den USA zu mehreren Fällen, in denen nachweislich der angezeigte falsch-hohe Blutglukosewert zu falscher Medikation und damit zu fatalen Folgen für die Patienten geführt hatte.

Problematisch: Die GDH-PQQ-Technologie

Arbeitet ein Blutzuckermesssystem mit der genannten Technologie, kann es



zu falsch-erhöhten Glukosewerten kommen. Die Gefahr liegt in der enzymatischen Analyse, genauer gesagt in

der Enzym-Co-Enzym-Kombination: Reagiert sie nicht nur auf Glukose, sondern auch auf verwandte Kohlenhydrate wie zum Beispiel Maltose, Xylose oder Galaktose, besteht die Gefahr falscher (in manchen Fällen bis zu 15 mal höherer!) Messwerte.

Risiko nicht komplett einschätzbar

Zwar verweisen die Hersteller der betroffenen Messgeräte darauf, dass nur eine bestimmte Patientengruppe ein erhöhtes Risiko für eine Falschmessung mit der GDH-PQQ-Technologie trägt. Dazu gehören beispielsweise Peritonealdialyse-Patienten oder Patienten, die Interferenz-Produkte mit Fremdzuckern oder Immunglobuline erhalten. Tatsächlich aber kann z.B. auch ein erblich bedingter Mangel des Enzyms GALT (Galaktose-1-Phosphat-Uridyltransferase) dazu führen, dass es zu einer Anreicherung von Galaktose im

Blut kommt. Kompletzt ausschließen lässt sich das Risiko eines falschen Blutzuckermessergebnisses mit der GDH-PQQ-Technologie also nie.

Auf Nummer sicher mit GlucoMen LX

Größtmögliche Sicherheit – nicht nur in der Risikogruppe, sondern bei jedem Patienten – bietet die Messung mit der Methode GOD (Glukose-Oxidase), die das Blutzuckermesssystem GlucoMen LX von A. Menarini für die Bestimmung des Blutzuckergehaltes nutzt. Damit ist ausgeschlossen, dass das Messergebnis durch Maltose, Xylose oder Galaktose verfälscht wird – nur einer von vielen unschätzbaren Vorteilen, den das modernste Blutzuckermessgerät im Markt bietet!

FB

Mehr Information unter:

A. Menarini GmbH,
Pottendorfer Str. 25–27/ 3/1,
A-1120 Wien
Service-Telefon 01/804 15 76
diabetes@menarini-diagnostics.at

Aglandin®. Anwendungsgebiete: Behandlung von Symptomen des unteren Harntraktes (LUTS) bei der benignen Prostatahyperplasie (BPH). **Zusammensetzung:** 1 Kapsel enthält 0,4 mg Tamsulosin hydrochlorid. **Sonstige Bestandteile:** Kapselinhalt: Mikrokristalline Cellulose; Methacrylsäure-Ethylacrylat-Copolymer; Polysorbat 80; Natriumdodecylsulfat; Triethylcitrat; Talkum. Kapselhülle: Gelatine; Indigotin (E 132); Titanoxid (E 171); Gelbes Eisenoxid (E 172); Rotes Eisenoxid (E 172); Schwarzes Eisenoxid (E 172). Drucktinte: Schellack; Schwarzes Eisenoxid (E 172); Propylenglycol. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Tamsulosin, einschließlich Arzneimittel-induziertes Angioödem oder einen der sonstigen Bestandteile; Anamnestisch bekannte orthostatische Hypotonie; Schwere Leberinsuffizienz. **Wirkstoffe: Pharmakotherapeutische Gruppe:** Tamsulosin ist ein Alpha1A-Adrenorezeptorantagonist und wird nur zur Behandlung von Prostatabeschwerden angewendet. **ATC-Code:** G04CA02 **Abgabe:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Packungsgrößen:** 10 und 30 Stück. **Pharmazeutischer Unternehmer:** Lannacher Heilmittel Ges.m.b.H., 8502 Lannach. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie Angaben über Gewöhnungseffekte entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation!

Amlodilan®. Anwendungsgebiete: Arterielle Hypertonie; Koronare Herzkrankheit (chronisch-stabile Angina pectoris, vasospastische Angina pectoris). Amlodipin kann als Monotherapie oder Kombinationstherapie angewendet werden. In klinischen Studien wurde Amlodipin in Kombination mit Thiazid-Diuretika, Betablockern, ACE-Hemmern und Nitraten angewendet. **Sonstige Bestandteile:** Mikrokristalline Cellulose, Calciumhydrogenphosphat, Carboxymethylstärke-Natrium, Magnesiumstearat. **Zusammensetzung:** 1 Tablette enthält 5 mg bzw. 10 mg Amlodipin als Mesilat. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Dihydropyridine, Amlodipin oder einen anderen Bestandteil des Präparates; Herz-Kreislauf-Schock; Instabile Angina pectoris (Ausweitung der myokardialen Ischämie und Linksherzinsuffizienz möglich); Schwere Leberfunktionsstörungen; Anwendung bei Kindern (aufgrund fehlender Untersuchungen). Vorsicht bei Hypotonie (< 90 mmHg systolisch), schwerer Aortenstenose und dekompensierter Herzinsuffizienz. **Wirkstoffgruppe: Pharmakotherapeutische Gruppe:** Selektive Kalziumkanalblocker mit vorwiegender Gefäßwirkung. **ATC-Code:** C08CA01 **Abgabe:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Packungsgrößen:** 30 Stück. **Pharmazeutischer Unternehmer:** G.L. Pharma GmbH, 8502 Lannach. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie Angaben über Gewöhnungseffekte entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation!

Amlodipin Genericon 10 mg-Tabletten. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: 1 Tablette enthält 10 mg Amlodipin als Mesilat. Die vollständige Auflistung der sonstigen Bestandteile siehe Abschnitt 6.1. **Anwendungsgebiete:** Arterielle Hypertonie, Koronare Herzkrankheit (chronisch-stabile Angina pectoris, vasospastische Angina pectoris). Amlodipin kann als Monotherapie oder Kombinationstherapie angewendet werden. In klinischen Studien wurde Amlodipin in Kombination mit Thiazid-Diuretika, Betablockern, ACE-Hemmern und Nitraten angewendet. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Amlodipin, Dihydropyridine oder einen der sonstigen Bestandteile des Arzneimittels. Herz-Kreislauf-Schock. Instabile Angina pectoris (Ausweitung der myokardialen Ischämie und Linksherzinsuffizienz möglich). Herzinsuffizienz nach akutem Myokardinfarkt (innerhalb der ersten 4 Wochen). Höhergradige Aortenstenose. Schwere Leberfunktionsstörungen. Schwangerschaft und Stillzeit (siehe Abschnitt 4.6). **Schwangerschaft und Stillzeit:** Es liegen keine hinreichenden Daten für die Verwendung von Amlodipin bei Schwangeren vor. Tierexperimentelle Studien zeigten Reproduktionstoxizität bei hohen Dosen (siehe Abschnitt 5.3). Da das potenzielle Risiko für Menschen nicht bekannt ist, darf Amlodipin während der Schwangerschaft aus Sicherheitsgründen nicht eingesetzt werden. Bei Frauen im gebärfähigen Alter sollte eine sichere Kontrazeptionsmethode angewendet werden. Amlodipin darf in der Stillzeit nicht eingenommen werden, da keine Daten zum Übertritt in die Muttermilch vorliegen. **Amlodipin Genericon 10 mg-Tabletten, OP zu 30 Stück, Rezept- und apothekenpflichtig. Pharmazeutischer Unternehmer:** Genericon Pharma Gesellschaft m.b.H., A-8054 Graz, genericon@genericon.at. Weitere Angaben zu Nebenwirkungen, Wechselwirkungen, Gewöhnungseffekten und zu den besonderen Warnhinweisen zur sicheren Anwendung sind der „Austria Codex-Fachinformation“ zu entnehmen.

Androfin 5 mg-Filmtabletten. Zusammensetzung: Eine Filmtablette enthält 5 mg Finasterid, Lactose Monohydrat. **Anwendungsgebiete:** Benigne Prostatahyperplasie (BPH). **Art der Anwendung:** Die Filmtabletten werden unabhängig von Mahlzeiten mit Flüssigkeit eingenommen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Frauen. Kinder. **Schwangerschaft und Stillzeit:** Finasterid ist bei Frauen kontraindiziert. **Abgabe:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Packungsgröße:** 30 Stück. **Inhaber der Zulassung:** Gerot Pharmazeutika Ges.m.b.H., 8502 Lannach. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie Angaben über Gewöhnungseffekte entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation!

Zeldox® i.m.

Mit drei Darreichungsformen und einem einzigartigen Rezeptorprofil stellt Zeldox® ein wertvolles Instrument für eine moderne, maßgeschneiderte antipsychotische Therapie dar. Zeldox® steht als Hartkapseln, orale Suspension und Injektionslösung zur Verfügung.

Die Ziprasidon Injektionslösung ist indiziert für die Akuttherapie von Erregungszuständen bei Patienten mit Schizophrenie für die Dauer von bis zu höchstens drei aufeinander folgenden Tagen, wenn eine orale Therapie nicht geeignet ist.

Die empfohlene Dosis beträgt 10 mg, nach Bedarf bis zu einer Maximaldosis von 40 mg täglich. Dosen von 10 mg können alle zwei Stunden verabreicht werden. Bei manchen Patienten kann eine Anfangsdosis von 20 mg erforderlich sein; eine weitere Dosis von 10 mg

kann dann nach vier Stunden gegeben werden. Die Bioverfügbarkeit von Ziprasidon nach intramuskulärer Gabe beträgt 100%. Nach intramuskulären Einzeldosen werden maximale Serumspiegel typischerweise etwa 30 bis 60 Minuten nach Applikation erreicht.¹

Ziprasidon 20mg/ml reduziert bereits 15 Minuten nach intramuskulärer Applikation die Agitiertheit. 30 Minuten nach der Injektion zeigt sich bereits eine signifikante Wirksamkeit. Die Wirkung einer einzelnen Dosis von Ziprasidon 20 mg/ml i.m. hält mindestens vier Stunden lang an.²

Für die effektive Umstellung von Zeldox® i.m. auf oral, starten Sie bitte die orale Therapie ein bis zwei Stunden nach der letzten Dosis von Zeldox® i.m.³



Bitte beachten Sie, dass die orale Gabe von Zeldox® stets mit ausreichend Nahrung erfolgen muss!¹

FB

Quellenangaben

1. Zeldox® veröffentlichte Fachinformation.
2. Daniel DG, et al. Intramuscular (IM) ziprasidone 20 mg is effective in reducing acute agitation associated with psychosis: a double-blind, randomized trial. *Psychopharmacology* (2001) 155:128–134.
3. Zimbroff DL, et al. Best clinical practice with ziprasidone IM: update after 2 years of experience. *CNS Spectr.* 2005 Sep;10(9):1–15. Zel-030-10/1/6.10.10

ab sofort auch bei ACS
(Akute Koronarsyndrom)

Clopidogrel Genericon 75 mg Filmtabletten. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jede Filmtablette enthält 75 mg Clopidogrel (als Clopidogrel-Besilat).
 Sonstige Bestandteile: Jede Tablette enthält 2,80 mg Lactose-Monohydrat. Kern: Vorverkleisterte Maisstärke, Mikrokristalline Cellulose, Crospovidon Typ A, Hochdisperses Siliciumdioxid, Stearinsäure Typ 50. Überzug: Lactose-Monohydrat, Hypromellose (E464), Titandioxid (E171), Triacetin (E1518), Eisenoxid rot (E172).
 Pollermitte: Carnaubawachs. Anwendungsgebiete: Clopidogrel ist bei Erwachsenen indiziert zur Prävention atherothrombotischer Ereignisse bei: Patienten mit Herzinfarkt (wenige Tage bis 35 Tage zurückliegend), mit ischämischem Schlaganfall (7 Tage bis 6 Monate zurückliegend) oder mit nachgewiesener peripherer arterieller Verschlusskrankheit. Patienten mit akutem Koronarsyndrom: Akutes Koronarsyndrom ohne ST-Strecken-Hebung (instabile Angina Pectoris oder Non-Q-Wave-Myokardinfarkt), einschließlich Patienten, denen bei einer perkutanen Koronarintervention ein Stent implantiert wurde, in Kombination mit Acetylsalicylsäure (ASS). Akuter Myokardinfarkt mit ST-Strecken-Hebung, in Kombination mit ASS bei medizinisch behandelten Patienten, für die eine thrombolytische Therapie in Frage kommt. Weitere Informationen sind im Abschnitt 5.1 enthalten. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Schwere Leberfunktionsstörungen. Akute pathologische Blutung, wie bei Magen-Darm-Geschwüren oder intrakraniellen Blutungen. Pharmakodynamische Eigenschaften: Pharmakotherapeutische Gruppe: Thrombozytenaggregationshemmer, exd. Heparin. ATC-Code: B01AC04.
 A-8054 Graz, genericon@genericon.at. Weitere Angaben zu Nebenwirkungen, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Gewöhnungseffekten und zu den Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung sind der „Austria Codex-Fachinformation“ zu entnehmen.

All inclusive - Clopidogrel Genericon

Dancor 10 mg-Tabletten, Dancor 20 mg-Tabletten. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Dancor 10 mg – Tabletten: 1 Tablette enthält 10 mg Nicorandil. Dancor 20 mg - Tabletten: 1 Tablette enthält 20 mg Nicorandil. Die vollständige Auflistung siehe Liste der sonstigen Bestandteile. Anwendungsgebiete: Zur Dauerbehandlung der koronaren Herzkrankheit, insbesondere wenn Calciumantagonisten und Betablocker nicht gegeben werden dürfen. Gegenanzeigen: • Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff Nicorandil oder einen der sonstigen Bestandteile; • Kardiogener Schock; • Schwere Hypotonie (systolischer Blutdruck unter 100 mm Hg); • akute Linksherzinsuffizienz mit niedrigem Füllungsdruck, z.B. bei akutem Myokardinfarkt; • Hypovolämie; • Akutes Lungenödem; • Glucose-6-phosphat-Dehydrogenasemangel; • Patienten, die Phosphodiesterase-5-Hemmer, wie z.B. Sildenafil, Tadalafil, Vardenafil (Potenzmittel), einnehmen, da die gleichzeitige Anwendung von Nicorandil zu einer gefährlichen Blutdrucksenkung führen kann. Pharmakotherapeutische Gruppe: Vasodilatoren bei Herzerkrankungen, ATC – Code: C01D16. Liste der sonstigen Bestandteile: Maisstärke, Croscarmellose-Natrium, Stearinsäure, Mannit. Inhaber der Zulassung: Merck GmbH, Zimbaggasse 5, 1147 Wien. Verschreibungspflicht / Apothekenpflicht: Rezept- und apothekenpflichtig. Weitere Informationen zu den Abschnitten Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. Stand der Information: März 2009

Inkontan Filmtabletten: Zulassungsinhaber: Pharm. Fabrik Montavit Ges.m.b.H., 6060 Absam/Tirol, Zusammensetzung: 1 Filmtablette enthält 15 mg Trosipiumchlorid, (1 Filmtablette enthält 30 mg Trosipiumchlorid). Hilfsstoffe: Titandioxid, mikrokristalline Zellulose, Methylhydroxypropylcellulose, Lactose, Maisstärke, Natrium-Stärkeglykolat, Polyvidon K25, hochdisperses Siliciumdioxid, Stearinsäure. Anwendungsgebiete: Zur Behandlung der Detrusorinstabilität oder Detrusorhyperreflexie mit den Symptomen häufiges Harmlassen, Harndrang und unfreiwilliger Harnabgang mit oder ohne Harndrang. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen einen Bestandteil des Präparates, Harnverhaltung, Engwinkelglaukom, Tachyarrhythmien, Myasthenia gravis, schwere Colitis ulcerosa, toxisches Megacolon, dialysepflichtige Niereninsuffizienz (Kreatinin-clearance unter 10 ml/min/1,73 m²), Kinder unter 12 Jahre Abgabe: Rezept- und apothekenpflichtig. ATC-Code: G04BD Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

Offenlegung nach § 25 Mediengesetz

Medieninhaber: Verlag der Mediziner. **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 verwandt 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 erkennliche Beiträge sind entgeltliche Einschaltungen und geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Es handelt sich somit um „entgeltliche Einschaltungen“ im Sinne § 26 Mediengesetz.

ABONNEMENT

- Ich bestelle den **MEDIZINER** zum 1-Jahres-Abonnement-Preis von € 39,- inkl. Porto.
- Ich bestelle den **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 **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

DER MEDIZINER

11/2010



Durch Ankreuzen des gewünschten Produktes können Sie bequem 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
Aglandin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amlodipin Genericon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amlodilan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Androfin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clopidogrel Genericon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contour TS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dancor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GlucoMen LX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grazax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inkontan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lannapril	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liberel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nebilan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stelara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Simvatin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tamiflu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thrombo ASS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zanipril	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wichtig!

Bei Literaturanforderung bitte unbedingt hier (Absender) signieren!

Titel, Name, Vorname

Straße, PLZ/Ort

Datum

Fax: 04263/200 74

verlagdermediziner gmbh Steirer Straße 24, A-9375 Hüttenberg

Lannapril®. Anwendungsgebiete: Essentielle Hypertonie. Bei Vorliegen einer schweren, malignen Hypertonie sollte die Behandlung mit Ramipril nur unter stationärer Überwachung begonnen werden. **Zusammensetzung:** 1 Tablette enthält 2,5 mg, 5 mg bzw. 10 mg Ramipril. 1 Kapsel enthält 2,5 mg, 5 mg bzw. 10 mg Ramipril. **Sonstige Bestandteile:** Tabletten: Natriumhydrogencarbonat, Croscarmellose-Natrium, prägelatinisierte Stärke, Natriumstearylfumarat. 2,5 mg: Lactose-Monohydrat (158,8 mg), Eisenoxid gelb (E 172). 5 mg: Lactose-Monohydrat (94 mg), Eisenoxid rot (E 172), Eisenoxid gelb (E 172). 10 mg: Lactose-Monohydrat (193,2 mg), Kapseln: vorverkleisterte Stärke, Gelatine, Eisenoxid schwarz (E 172), Titandioxid (E 171), Eisenoxid gelb (E 172), Indigocarmin (E 132), Wasser. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Ramipril oder andere Bestandteile des Präparates; Hypotonie (insbesondere mit klinischen Symptomen wie Schwindelgefühl, Schläfrigkeit) oder hämodynamisch instabile Patienten; anamnestisch bekanntes angioneurotisches Ödem (z.B. während einer früheren ACE-Hemmer-Therapie oder aufgrund eines hereditären Defekts im Komplement-System); Hämodynamisch relevante Nierenarterienstenose (beidseitig oder bei einer Einzelniere); Zustand nach Nierentransplantation; hämodynamisch relevante Aorten- oder Mitralklappenstenose bzw. obstruktive hypertrophe Kardiomyopathie; primärer Hyperaldosteronismus; Kinder, da keine Erfahrungen vorliegen; hochgradige Herzinsuffizienz (NYHA IV), da keine ausreichenden Erfahrungen vorliegen; zweites und drittes Trimester der Schwangerschaft; Stillzeit; LDL-Apheresen mit Dextranulfat zur Therapie einer schweren Hypercholesterinämie dürfen unter der Behandlung mit ACE-Hemmern oder deren Kombinationen nicht durchgeführt werden. **Wirkstoffgruppe:** Pharmakotherapeutische Gruppe: ACE-Hemmer. **ATC-Code:** C09AA05. **Abgabe:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Packungsgrößen:** Tabletten: 30 Stück. Kapseln: 30 Stück. **Pharmazeutischer Unternehmer:** G.L. Pharma GmbH, 8502 Lannach. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie Angaben über Gewöhnungseffekte entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation!

Nebilan. Anwendungsgebiete: Behandlung von essentieller Hypertonie. Behandlung von chronischer Herzinsuffizienz zusätzlich zu Standardtherapien bei älteren Patienten ≥ 70 Jahre. **Zusammensetzung:** 1 Tablette enthält 5 mg Nebivolol entsprechend 5,45 mg Nebivololhydrochlorid. **Sonstige Bestandteile:** 143,48 mg Lactose-Monohydrat/Tablette, Maisstärke, Croscarmellose-Natrium, Hypromellose, mikrokristalline Cellulose, hochdisperses Siliciumdioxid, wasserfreie Magnesiumstearat. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile; Leberinsuffizienz oder Leberfunktionsstörungen; akute Herzinsuffizienz, kardiogener Schock oder Episoden von dekompensierter Herzinsuffizienz, die einer i.v. inotropen Therapie bedürfen; Sick Sinus-Syndrom, einschließlich sinuatrialer Block; kardialer Block 2. und 3. Grades; Bronchospasmen und Asthma bronchiale in der Anamnese; unbehandeltes Phäochromozytom; metabolische Azidose; Bradykardie (Herzfrequenz unter 60/Minute vor Beginn der Therapie); Hypotonie (systemischer Blutdruck unter 90 mmHg); schwere periphere Durchblutungsstörungen. **Wirkstoffgruppe:** Pharmakotherapeutische Gruppe: Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten, selektiv. **ATC-Code:** C07AB12. **Abgabe:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Packungsgrößen:** 10, 30 Stück. **Pharmazeutischer Unternehmer:** Lannacher Heilmittel Ges.m.b.H., 8502 Lannach. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie Angaben über Gewöhnungseffekte entnehmen Sie bitte den veröffentlichten Fachinformationen!

Simvatin®. Anwendungsgebiete: Hypercholesterinämie: Behandlung der primären Hypercholesterinämie oder der gemischten Dyslipidämie begleitend zu Diät, wenn Diät und andere nicht pharmakologische Maßnahmen (z. B. körperliches Training und Gewichtsabnahme) allein nicht ausreichen. Behandlung der homozygoten familiären Hypercholesterinämie begleitend zu Diät und anderen lipidsenkenden Maßnahmen (z. B. LDL-Apheresen), oder wenn solche Maßnahmen nicht geeignet sind. Kardiovaskuläre Prävention: Senkung kardiovaskulärer Mortalität und Morbidität bei Patienten mit manifeste atherosklerotischer Herzkrankung oder Diabetes mellitus, deren Cholesterinwerte normal oder erhöht sind. Begleitend zur Korrektur anderer Risikofaktoren und anderer kardioprotektiver Therapie. **Zusammensetzung:** 1 Filmtablette enthält 20 mg, 40 mg bzw. 80 mg Simvastatin. **Sonstige Bestandteile:** Wasserfreie Lactose, mikrokristalline Cellulose, vorverkleisterte Maisstärke, Butylhydroxyanisol, Magnesiumstearat, Talkum, Hydroxypropylcellulose, Hypromellose und Titandioxid E 171. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Simvastatin oder einen der sonstigen Bestandteile; aktive Lebererkrankung oder unklare andauernde Erhöhung der Serum-Transaminasen; Schwangerschaft und Stillzeit; Gleichzeitige Anwendung von hochwirksamen CYP3A4-Inhibitoren (z. B. Itraconazol, Ketokonazol, HIV-Protease-Inhibitoren, Erythromycin, Clarithromycin, Telithromycin und Nefazodon). **Wirkstoffgruppe:** Pharmakotherapeutische Gruppe: HMG-CoA-Reduktasehemmer. **ATC-Code:** C10AA01. **Abgabe:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Packungsgrößen:** 30 Stück. **Pharmazeutischer Unternehmer:** G.L. Pharma GmbH, 8502 Lannach. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie Angaben über Gewöhnungseffekte entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation!

STELARA®. Bezeichnung des Arzneimittels: STELARA® 45 mg bzw. 90 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Jede Fertigspritze für den Einmalgebrauch enthält 45 mg Ustekinumab in 0,5 ml bzw. 90 mg Ustekinumab in 1 ml. Ustekinumab ist ein rein humaner monoklonaler IgG1k-Antikörper gegen Interleukin (IL)-23/23, der unter Verwendung rekombinanter DNA-Technologie in einer murinen Myelomzelllinie produziert wird. **Sonstige Bestandteile:** Sucrose, Histidin, Histidinhydrochlorid-Monohydrat, Polysorbitat 80, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** STELARA® ist für die Behandlung erwachsener Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis indiziert, bei denen andere systemische Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat und PUVA nicht angesprochen haben, kontraindiziert sind oder nicht vertragen wurden. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Klinisch relevante, aktive Infektion (z. B. aktive Tuberkulose). **Inhaber der Zulassung:** Janssen-Cilag International NV, Turnhoutseweg 30, 2340 Beerse, Belgien. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **ATC-Code:** L04AC05. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit sowie Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.

Tamiflu® 30 / 45 / 75 mg Hartkapseln. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jede Hartkapsel enthält Osetamivir-phosphat, entsprechend 30 / 45 / 75 mg Osetamivir. Tamiflu® 12 mg/ml Pulver zur Herstellung einer Suspension zum Einnehmen. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** 1 g Pulver zur Herstellung einer Suspension zum Einnehmen enthält Osetamivirphosphat, entsprechend 30 mg Osetamivir. Nach der Zubereitung enthält jeder ml der Suspension 12 mg Osetamivir. Eine Flasche der zubereiteten Suspension (75 ml) enthält 900 mg Wirkstoff (Osetamivir). Eine Flasche mit 30 g Tamiflu Pulver zur Herstellung einer Suspension zum Einnehmen enthält 26 g Sorbitol. Eine Dosis von 45 mg Osetamivir, zweimal täglich gegeben, liefert 2,6 g Sorbitol. **Anwendungsgebiete:** Therapie der Influenza. Bei Patienten ab einem Jahr mit influenzaartigen Symptomen, wenn das Influenzavirus in der Bevölkerung auftritt. Die Wirksamkeit konnte nachgewiesen werden, wenn die Behandlung innerhalb von zwei Tagen nach erstmaligem Auftreten der Symptome begonnen wurde. Diese Indikation basiert auf klinischen Studien an natürlich vorkommender Influenza, bei welcher die vorherrschende Infektion Influenza A war (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 5.1 "Pharmakodynamische Eigenschaften"). Tamiflu ist während eines pandemischen Influenzaausbruchs für die Behandlung von Säuglingen unter 12 Monaten indiziert (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 5.2 "Pharmakokinetische Eigenschaften"). Prophylaxe der Influenza. • Postexpositionen-Prophylaxe bei Personen im Alter von einem Jahr oder älter nach Kontakt mit einem klinisch diagnostizierten Influenzafall, wenn das Influenzavirus in der Bevölkerung zirkuliert. • Die angemessene Anwendung von Tamiflu zur Prophylaxe einer Influenza sollte von Fall zu Fall auf Basis der Umstände und der Populationen, welche einen Schutz benötigen, beurteilt werden. In Ausnahmesituationen (z.B. in Fällen einer Diskrepanz zwischen den zirkulierenden und den im Impfstoff enthaltenen Virusstämmen, und einer pandemischen Situation) kann eine saisonale Prophylaxe bei Personen im Alter von einem Jahr oder älter erwogen werden. • Tamiflu ist während eines pandemischen Influenzaausbruchs bei Säuglingen unter 12 Monaten zur Postexpositionen-Prophylaxe indiziert (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 5.2 "Pharmakokinetische Eigenschaften"). Tamiflu ist kein Ersatz für eine Grippeimpfung. Über die Anwendung von antiviralen Arzneimitteln für die Behandlung und Prophylaxe von Influenza sollte auf der Basis offizieller Empfehlungen entschieden werden. Die Entscheidung hinsichtlich des Einsatzes von Osetamivir zur Behandlung und Prophylaxe sollte die Erkenntnisse über die Eigenschaften der zirkulierenden Influenzaviren, die in der jeweiligen Saison verfügbaren Informationen über die Empfindlichkeit gegenüber Arzneimitteln gegen Influenza und das Ausmaß der Krankheit in verschiedenen geographischen Gebieten und Patientengruppen berücksichtigen (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 5.1 "Pharmakodynamische Eigenschaften"). Tamiflu kann, auf der Basis begrenzter Pharmakokinetik- und Sicherheitsdaten, während eines pandemischen Influenzaausbruchs zur Behandlung von Säuglingen unter 12 Monaten eingesetzt werden. Der behandelnde Arzt sollte die Pathogenität des zirkulierenden Stammes und den zugrundeliegenden Gesundheitszustand des Patienten berücksichtigen, um sicherzustellen, dass es einen potenziellen Nutzen für das Kind gibt. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Tamiflu 30 / 45 / 75 mg Hartkapseln: Kapselhülle: Vorverkleisterte Stärke (Mais), Talk, Povidon, Croscarmellose-Natrium, Natriumstearylfumarat. Tamiflu 30 mg Hartkapseln: Kapselhülle: Gelatine, Eisenoxidhydrat (E 172), Eisen(III)-oxid (E 172), Titandioxid (E 171). Tamiflu 45 mg Hartkapseln: Kapselhülle: Gelatine, Eisen(II,III)-oxid (E 172), Titandioxid (E 171). Tamiflu 75 mg Hartkapseln: Kapselhülle: Gelatine, Eisenoxidhydrat (E 172), Eisen(III)-oxid (E 172), Eisen(II,III)-oxid (E 172), Titandioxid (E 171). Tamiflu 30 / 45 / 75 mg Hartkapseln: Druckrinne: Schellack, Titandioxid (E 171), FD und C Blau 2 (Indigocarmin, E 132). Tamiflu 12 mg/ml Pulver zur Herstellung einer Suspension zum Einnehmen: Sorbitol (E 420), Natriumdihydrogencitrat (E 331(a)), Xanthan Gummi (E 415), Natriumbenzoat (E 211), Saccharin-Natrium (E 954), Titandioxid (E 171), Tutti-Frutti-Aroma (enthält Maltoextrin [Mais], Propylenglycol, Arabisches Gummi [E 414]) und naturidentische Aromastoffe [hauptsächlich bestehend aus Bananen-, Ananas- und Pfirsich-Aroma]. **Inhaber der Zulassung:** Roche Registration Limited, 6 Falcon Way, Shire Park, Welwyn Garden City, AL7 1TW, Vereinigtes Königreich. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antivirales Arzneimittel. **ATC-Code:** J05AH02. Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen sowie Informationen zu Schwangerschaft und Stillzeit und zu Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

Thrombo ASS®. Zusammensetzung: Thrombo ASS 30, 50, 75, 100 und 300 mg-Filmtabletten: 1 Filmtablette enthält 30, 50, 75, 100 bzw. 300 mg Acetylsalicylsäure (ASS). **Sonstige Bestandteile:** Thrombo ASS 30, 50, 75 und 100 mg Filmtabletten: Lactose monohydrat, mikrokristalline Cellulose, hochdisperses Siliciumdioxid, Kartoffelstärke, Talkum, Glycerintriacetat, Eudragit L30D. Thrombo ASS 300 mg Filmtabletten: Lactose monohydrat, Kartoffelstärke, hochdisperses Siliciumdioxid, Talkum, Glycerintriacetat, Eudragit L155. **Anwendungsgebiete:** 30 mg, 50 mg, 75 mg, 100 mg und 300 mg: Verminderung des Herzinfarktrisikos bei Patienten mit Angina pectoris. Zur Rezidivprophylaxe nach Herzinfarkt. Zur Sekundärprophylaxe nach transitorischen ischämischen Attacken (TIA) und Apoplexie. 50 mg, 75 mg, 100 mg und 300 mg: Zur Thromboseprophylaxe nach gefäßchirurgischen Eingriffen wie z.B. koronaren Bypassoperationen. 100 und 300 mg: Akuter Myokardinfarkt. Zur Intervalltherapie von Migräne. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Acetylsalicylsäure, andere Salicylate oder verwandte Stoffe, Magen- und Darmulcera, hämorrhagische Diathese, Thrombozytopenie, Hämophilie, Niereninsuffizienz und Oxalurie. **Wirkstoffgruppe:** Pharmakotherapeutische Gruppe: Salicylsäure und Derivate. **ATC-Code:** B01 AC 06. **Abgabe:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Packungsgrößen:** Thrombo ASS 30, 75, 300 mg: 30 und 100 Stück. Thrombo ASS 50, 100 mg: 30, 50 und 100 Stück. **Pharmazeutisches Unternehmen:** G.L. Pharma GmbH, 8502 Lannach. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie Angaben über Gewöhnungseffekte entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation!

- 1) Omboni S. et al.; Antihypertensive efficacy of lercanidipine at 2.5, 5 and 10 mg. in mild to moderate essential hypertension assessed by clinic and ambulatory blood pressure measurements; Journal of Hypertension; Vol. 16: 1831-1938; 1998
- 2) The European Agency for the Evaluation of Medicinal Products. Committee for Proprietary Medicinal Products (CPMP): summary information on referral opinion pursuant to Article 30 of Council Directive 2001/83/EC for Renitec and associated names [see Annex I] [online]. Available from URL: <http://www.emea.eu.int> [Accessed 2005 Oct 5]
- 3) Bang IM Lercanidipine. A review of its efficacy in the management of hypertension. Drug 2003; 63: 2449-2472
- 4) Todd PA, Goa KL. Enalapril: a reappraisal of its pharmacology and therapeutic use in hypertension. Drugs 1992; 43: 346-381
- 5) Barrios V. et al.; Lercanidipine: experience in the daily clinical practice. Elypse study; Journal of Hypertension; Vol. 18 (Suppl. 2): 22; 2000
- 6) Sica DA. Rationale for fixed-dose combinations in the treatment of hypertension: the cycle repeats. Drugs 2002; 62 (3): 443-62

Fachkurzinformation

Bezeichnung des Arzneimittels: Zanipril 10 mg/10 mg Filmtabletten, Zanipril 20 mg/10 mg Filmtabletten. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Zanipril 10 mg/10 mg Filmtabletten: 1 Filmtablette enthält 10 mg Enalaprilmaleat (entspricht 7,64 mg Enalapril) und 10 mg Lercanidipinhydrochlorid (entspricht 9,44 mg Lercanidipin). Sonstiger Bestandteil: eine Filmtablette enthält 102,0 mg Lactose-Monohydrat. Zanipril 20 mg/10 mg Filmtabletten: 1 Filmtablette enthält 20 mg Enalaprilmaleat (entspricht 15,29 mg Enalapril) und 10 mg Lercanidipinhydrochlorid (entspricht 9,44 mg Lercanidipin). Sonstiger Bestandteil: eine Filmtablette enthält 92,0 mg Lactose-Monohydrat. **Anwendungsgebiete:** Zanipril 10 mg/10 mg Filmtabletten: Behandlung der essentiellen Hypertonie bei Patienten, bei denen unter Lercanidipin-Monotherapie (10 mg) keine angemessene Blutdruckkontrolle erzielt werden kann. Die Fixkombination Zanipril 10 mg/10 mg sollte nicht für die initiale Therapie von Bluthochdruck verwendet werden. Zanipril 20 mg/10 mg Filmtabletten: Behandlung der essentiellen Hypertonie bei Patienten, bei denen unter Enalapril-Monotherapie (20 mg) keine angemessene Blutdruckkontrolle erzielt werden kann. Die Fixkombination Zanipril 20 mg/10 mg sollte nicht für die initiale Therapie von Bluthochdruck verwendet werden. **Gegenanzeigen:** Zanipril 10 mg/10 mg Filmtabletten: • Überempfindlichkeit gegen einen arzneilich wirksamen Bestandteil (Enalapril oder Lercanidipin), irgend einen Dihydropyridin-Calcium-Kanal-Blocker oder ACE-Hemmer oder einen der sonstigen Bestandteile dieses Arzneimittels • Schwangerschaft im zweiten und dritten Trimenon • Linksventrikuläre Ausflussbehinderung (inklusive Aortenstenose) • Nicht behandelte Stauungsinsuffizienz • Instabile Angina pectoris • Innerhalb von 1 Monat nach Auftreten eines Myokardinfarktes • Schwere Nierenfunktionsstörungen (Kreatinin-Clearance < 30 ml/min) inklusive Patienten unter Dialyse • Schwere Leberfunktionsstörung • Gleichzeitige Anwendung von: starken CYP3A4-Inhibitoren, Cyclosporin, Grapefruitsaft • Bei anamnestisch bekanntem, durch vorhergehende Therapie mit einem ACE-Hemmer ausgelöstem Angioödem • Hereditäres oder idiopathisches Angioödem. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Kern: Lactose-Monohydrat, Mikrokristalline Cellulose, Carboxymethylstärke-Natrium, Povidon, Natriumhydrogencarbonat, Magnesiumstearat. Filmüberzug: Hypromellose, Titandioxid (E 171), Talk, Macrogol 6000, Chinolingelb, Lack (E 104; Zanipril 20 mg/10 mg Filmtabletten), Eisenoxid gelb (E 172; (Zanipril 20 mg/10 mg Filmtabletten))

Inhaber der Zulassung: Recordati Ireland Limited, Raheens East, Ringaskiddy Co. Cork, Irland. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Wirkstoffgruppe:** ACE-Hemmer und Calciumkanalblocker: Enalapril und Lercanidipin. **ATC-Code:** C09BB02

Die Informationen zu den Abschnitten Warnhinweise, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

Stand: 03/2008