

Diabetische Polyneuropathie: Schmerzen schränken ein

➔ Nach aktuellen Daten liegt bei 28% der Patienten mit einem manifesten Diabetes eine Polyneuropathie vor; etwa 13% leiden dabei an neuropathischen Schmerzen. Prof. Dr. Karlheinz Reiners, Würzburg, verwies darauf, dass die demyelinisierende wie auch die axonale Neuropathie bei Diabetes auftreten kann: Erstere mit der klassischen distalen symmetrischen Verteilung zeigt sich meist spät im Krankheitsverlauf. Die axonale Form tritt in der Regel früh auf und kann proximal asymmetrisch, aber auch distal symmetrisch lokalisiert sein.

Nach Reiners geben speziell folgende Konstellationen Hinweise auf eine nicht-diabetisch verursachte Polyneuropathie: vorwie-

gend motorische Ausfälle, rasche Progredienz, Beginn an den oberen Extremitäten, ausgeprägte Asymmetrie, Mononeuropathie oder Hirnnervenerstörung. Diabetes ist als Ursache ebenfalls eher unwahrscheinlich, wenn die Polyneuropathie trotz optimaler Einstellung der diabetischen Stoffwechsellage schnell weiter fortschreitet.

Prof. Dr. Thomas Tölle, München, machte darauf aufmerksam, dass Patienten mit schweren Neuropathien ihre Lebensqualität mitunter geringer einstufen als Tumorschmerz-Patienten. Für die Therapie der neuropathischen Schmerzen empfiehlt die European Federation of Neurological Societies als Substanzen der ersten Wahl trizyklische

Antidepressiva, SNRI, Pregabalin und Gabapentin. Als Second-Line-Therapie werden Opioide und Lamotrigin genannt. Tölle verwies darauf, dass sich die Auswahl des Medikaments auch an der Komorbidität der Patienten orientieren sollte. Pregabalin (Lyrica®) ist nicht nur zur Behandlung peripherer und zentraler neuropathischer Schmerzen, sondern auch zur Therapie der generalisierteren Angststörung zugelassen. **af**

Symposium: „Die schmerzhafteste diabetische Neuropathie: Update 2008“ anlässlich der 43. Jahrestagung der Deutschen Diabetes-Gesellschaft, München, 30. April 2008
Veranstalter: Pfizer, Karlsruhe

Depression: kostenintensive Rezidive verhindern

➔ Das „Münchener Modell“ der integrierten Versorgung erzielte erstaunliche Verbesserungen in der Versorgung psychiatrischer Erkrankungen: Die Zahl der Krankenhaustage konnte innerhalb von 18 Monaten um 70–75% reduziert werden. Dadurch entstanden jährliche Einsparungen von 6.600 Euro pro Patient. Demgegenüber stehen lediglich 1.250 Euro, die das Programm an Mehrkosten pro Patient verursachte. Hochgerechnet auf Deutschland wären damit Einsparungen von 5 Mrd. Euro pro Jahr allein in den Indikationen Schizophrenie und Depression möglich, berechnete Dr. Werner Kissling, München. Vorrangiger Aspekt, um den sich die teilnehmenden Ärzte gekümmert haben, war die Compliance. „Denn sie ist mit Abstand das größte Versorgungsproblem bei Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen“, erklärte Kissling. Bereits drei Monate nach der Entlassung sind rund 30% der depressiven und schizophrenen Patienten inkompliant. Die Folge ist, dass 41% der Patienten bereits nach einem Jahr erneut in eine Klinik aufgenommen werden müssen, was hohe Kosten verursacht. Gerade deshalb sind eine effektive Langzeitbehandlung und Rezidivprophylaxe bei Patienten mit Schizophrenie und Depressionen so wichtig. Mit Psychoedukation, Bonus- und Remindersystemen sowie Hausbesuchen bis hin zu Freizeitangeboten haben die Ärzte im Rahmen des „Münchener Modells“ viel dafür getan, dass die Patienten ihrer Therapie treu blieben.

Incompliance ist häufig auch ein Problem der Verträglichkeit. Das Nebenwirkungsprofil muss deshalb bei der Auswahl der antidepressiven Therapie berücksichtigt werden. Außerdem sollte die Wirkung rasch einsetzen und zur Remission führen, damit die Patienten langfristig dabei bleiben. Studien zufolge hat sich hier zum Beispiel der selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer Escitalopram (Cipraxel®) als vorteilhaft erwiesen, weil die Patienten rasch darauf ansprechen und die depressive Symptomatik bereits nach einer Woche signifikant

gebessert ist. Bezüglich der Response- und Remissionsraten war Escitalopram anderen Antidepressiva wie Venlafaxin-XR, Duloxetin oder Citalopram überlegen, und auch die Rate an Therapieabbrüchen war geringer als unter Venlafaxin-XR und Duloxetin. **jn**

Pressekonferenz: „Versorgungsrealität psychisch Kranker: Steht eine optimale Behandlung in den Sternen?“
München, 15. April 2008
Veranstalter: Lundbeck, Hamburg

Parkinson-Therapie: weniger Tabletten sind mehr

Die große Zahl zu schluckender Tabletten belastet Parkinsonpatienten und lässt die Einnahmeverlässlichkeit sinken. Dies bestätigt eine britische Studie, die den Zusammenhang zwischen Tablettenmenge und Compliance unter die Lupe nahm: Bei immerhin einem Fünftel der untersuchten Parkinsonpatienten war die Medikamenteneinnahme unzureichend und lag unter 80%. Diese Gruppe wurde von den Autoren als „Underusers“ eingestuft. Sie nahm während des dreimonatigen Beobachtungszeitraums beispielsweise an weniger als einem Drittel der Studientage die korrekte Anzahl der verordneten Dosen ein, was einer Tagescompliance von nur 27% entspricht. Auch die empfohlenen Zeitintervalle zwischen den einzelnen Dosen beachteten die „Underusers“ nur zu 11%. Nicht zuletzt aufgrund dieser Studienergebnisse muss man eine unzureichende Tabletteneinnahme – und die damit verbundene unbeständige Wirkstoffzufuhr im Gehirn – als potenzielle Ursache für eine pulsatile Stimulation der striatalen Neurone in Betracht ziehen. Stalevo® erhöht den Einnahmekomfort, indem es die drei Wirkstoffe Levodopa, Carbidopa und Entacapon in einer Tablette vereint. Im Vergleich zu einzeln verabreichtem, herkömmlichem Levodopa und Entacapon hilft es, das versehentliche oder absichtliche Weglassen einzelner Dosen zu verhindern. Eine regelmäßige Medikamenteneinnahme wird damit erheblich erleichtert.

Nach Informationen von Orion Pharma, Hamburg

MS-Patienten früh behandeln und effektiv schulen

➔ Die klinisch fassbaren Symptome bei Multipler Sklerose sind nur die „Spitze des Eisberges“, erklärte Dr. Norman Putzki, Essen. Lediglich eine von zehn Läsionen im MRT sei als Schub symptomatisch. Neurologische Ausfälle können bei jungen Patienten durch Aktivierung größerer Gehirnareale kompensiert werden. Mit zunehmendem Alter aber lässt diese neuronale Plastizität nach. Eine höhere Schubrate in den ersten beiden Krankheitsjahren oder infratentorielle Läsionen bergen ein höheres Risiko für Behinderungsprogression. Eine frühzeitige Behandlung mit Interferon-beta 1a (Avonex®) nach einem möglichen ersten Schub senkt die Wahrscheinlichkeit, an einer klinisch gesicherten MS zu erkranken, im Vergleich zu Placebo um 44% [Jacobs LD et al., 2000]. Patienten, die erst

später Interferon erhalten, haben ein größeres Risiko, an definitiver Multipler Sklerose zu erkranken als Patienten, die bereits unmittelbar nach dem ersten möglichen Schub therapiert werden. Eine Behandlung mit dem wöchentlich nur einmal intramuskulär zu applizierenden Interferon-beta 1a zeigte in einer aktuellen Auswertung, dass nach acht Jahren 71% der Patienten noch einen EDSS-Wert von unter sechs aufwiesen und damit noch ohne Gehilfe mobil waren [Rudick RA et al., 2008]. Wie wichtig professionelle Patientenbegleitung ist, betonten Maria Knauer und Natalie Nunez Gomez, die Leiterinnen des Therapiebegleitprogramms von Biogen: Fehlendes Wissen über die Erkrankung, mangelnde Einweisung in die Selbstinjektion und fehlende Informationen zu Ne-

benwirkungen führen bei immunmodulatorischen Therapien zu Abbruchraten von bis zu 50%. Das MS-CARE-Therapiebegleitprogramm bietet einen Schwesternservice mit speziell ausgebildeten Krankenschwestern, die Patienten zu Hause ausführlich und kompetent zu Injektionen schulen und als Ansprechpartner zur Verfügung stehen. Auch ein Servicecenter mit telefonischer Beratungsmöglichkeit (inklusive sozial- und arbeitsrechtlicher Beratung) trägt zur hohen Therapietreue der Patienten von etwa 95% bei. **af**

Presseworkshop: „MS-Therapie mit Avonex® – Robuster Schutz auf lange Sicht“

München, 2. Juli 2008

Veranstalter: Biogen Idec, Ismaning

Atypikum in Depotform halbiert Rezidivrate

➔ Bis zu 50% der Schizophrenie-Patienten nehmen ihre Medikation nicht regelmäßig ein oder brechen die Therapie ab. Mangelnde Compliance ist jedoch der zentrale Risikofaktor für ein Rezidiv. Prof. Dr. Wolfgang Gaebel, Düsseldorf, unterstrich, dass ein Rezidiv auch häufig einen Einbruch in der sozialen Funktion bedeutet. Er stellte die Ergebnisse der CONSTATRE-Studie vor, bei der 710 klinisch stabile Patienten randomisiert auf eine Depotbehandlung mit Risperidon (Risperdal® Consta®, Injektionen in zweiwöchigen Abständen) oder Quetiapin mit mehrmals täglicher Einnahme umgestellt wurden.

Im Beobachtungszeitraum von zwei Jahren hatten 16,5% der Patienten mit dem Risperidon-Depot ein Rezidiv, unter Quetiapin dagegen 31,3%. Die durchschnittliche Zeit bis zum Rezidiv betrug bei Depotbehandlung 607 Tage unter Therapie mit dem oralen Atypikum 533 Tage. Auch die psychopathologischen Befunde zeigten einen signifikanten Unterschied: Nach 24 Monaten wiesen die Patienten bei Depotbehandlung in der Positive and Negative Syndrome Scale einen Wert von 66,4 Punkten auf, Studienteilnehmer unter dem oralen Atypikum lagen mit 72,1 Punkten deutlich höher. Prof. Dr. Dieter Naber, Hamburg, betonte, dass

mit der Depotbehandlung die Non-Compliance sofort transparent wird; entsprechende Maßnahmen können sofort eingeleitet werden. Derzeit erhalten nur bis zu 15% der Patienten unter Neuroleptika eine Depotbehandlung. Laut Naber ist die zu große Zurückhaltung der Ärzte gegenüber Depotneuroleptika nicht berechtigt. Vielfach stehen Patienten dieser Therapie weniger kritisch gegenüber als Psychiater. Dr. Gabriele Schleuning, München, bestätigte die Vorteile des atypischen Neuroleptikums auch in der Praxis. Die Patienten berichten über eine bessere Verträglichkeit. Gerade viele junge Patienten nehmen das Angebot einer Depotbehandlung an. Stefan Kusserow, Stralsund, machte darauf aufmerksam, dass der First-Peak-Effekt mit initialen hohen Spitzenkonzentrationen des Wirkstoffs bei Risperdal® Consta® nicht auftritt. Die Plasmakonzentrationen steigen während der ersten Injektionen langsam an. Wichtig ist daher auch, bei Therapiebeginn orales Risperidon zuzugeben. **af**



Nicht selten brechen Schizophrenie-Patienten ihre Therapie ab und nehmen das Risiko eines Rezidivs in Kauf.

Depot-Gipfel: „CONSTATRE-Studie: Risperdal CONSTA überzeugt erneut“

Kiel, 15. Mai 2008

Veranstalter: Janssen-Cilag, Neuss

Demenz: Donepezil bessert neuropsychiatrische Symptome

↳ Unter einer Behandlung mit Donepezil können sich bei Patienten mit Alzheimer-Demenz nicht nur kognitive, sondern auch neuropsychiatrische Symptome bessern. Außerdem brauchen weniger Patienten Psychopharmaka, wie Prof. Dr. Lutz Frölich aus Mannheim berichtete. Das belegen Daten von Patienten, die zwölf Wochen mit Donepezil (Aricept®, Aricept® Evess) behandelt wurden. Der Cholinesterase-Hemmer ist zur symptomatischen Behandlung bei leichter bis mittelschwerer Alzheimer-Demenz zugelassen. Unter der Therapie verbesserten sich neuropsychiatrische Symptome wie Agitiertheit, Depression, Angst, Apathie, Wahnphänomene, Enthemmung, Halluzinationen, Reizbarkeit und motorische Aktivität signifikant. Anschließend erhielten die Probanden für weitere zwölf Wochen Donepezil oder Placebo. Nach Umstellung auf Placebo verschlechterten sich die Resultate im Vergleich zur Behandlungsführung schon nach sechs Wo-

chen signifikant. Wie eine weitere Studie mit rund 2.000 Patienten kürzlich zeigte, kann Donepezil zudem eine Reduzierung der Psychopharmaka ermöglichen. Demnach sank der Anteil der Patienten, die Neuroleptika, Antidepressiva oder Sedativa erhielten, innerhalb von sechs Monaten um ein Viertel.

Nicht-kognitive Störungen wie Angst, aggressives Verhalten, Agitation, sozialer Rückzug, Halluzinationen oder Wahn entwickeln rund 80% der Demenzpatienten. Frölich empfahl deshalb, bei derartigen Störungen älterer Patienten immer an die Möglichkeit einer Demenz als Grunderkrankung zu denken. Denn solche Auffälligkeiten stellen bei jedem Dritten sogar das Erstsymptom dar. Daten der Frankfurter Memory Clinic zufolge litt jeder zweite von 99 Patienten unter Depressivität, ebenso viele unter Angst, 43% hatten Wahnvorstellungen, 39% litten unter Aggressivität und 28% Schlafstörungen. Das betrifft auch

Alzheimer-Patienten. „Neuropsychiatrische Störungen gehören zur Krankheit dazu“, stellte Frölich fest. Weil sie den sozialen Kontakt stark beeinträchtigen können, belasten sie die Patienten und ihre Angehörigen oft stärker als die Gedächtnisprobleme. **hbr**

Pressekonferenz: „Alzheimer-Demenz: Chancen erkennen, Chancen nutzen!“
Frankfurt am Main, 1. Juli 2008
Veranstalter: Eisai, Frankfurt und Pfizer, Karlsruhe

Schmerzen bei Depression erkennen und mitbehandeln

↳ Depressive Menschen leiden bis zu viermal häufiger unter Schmerzen und anderen körperlichen Symptomen als die gesunde Bevölkerung. In der Sprechstunde präsentieren sie primär somatische statt emotionale Beschwerden: am häufigsten Rücken- und Gelenkschmerzen, gefolgt von Kopf-, Schulter- und Nackenschmerzen sowie Brust- oder Bauchschmerzen. Dazu kommen gastroenterale Beschwerden, Leistungsmin- derung, Angst oder Schlafstörungen – Symptome, die auf der Hamilton Depressionsskala zu finden sind, wie Prof. Dr. Michael Linden aus Berlin erklärte.

Aber obwohl körperliche Symptome integraler Bestandteil der Depression seien, werde ihre Bedeutung im Rahmen der Erkrankung noch immer unterschätzt. Internisten nehmen internistische Ursachen an und stellen keinen Zusammenhang zwischen Symptompräsentation und psychischer Erkrankung her; oder eine eingeleitete antidepressive Therapie lässt die körperlichen Symptome außer Acht. Persistiert die somatische Symptomatik, verschlechtert sich jedoch die Prognose, betonte Linden: Depressive Patienten mit Schmerzen erreichen seltener eine Remissi-

on beziehungsweise brauchen länger bis zur Remission als Patienten mit einer „reinen“ Depression.

Die PADRE-Studie (Painful Physical Symptoms in Depressed Patients: Relation to Treatment Outcomes in Clinical Practice) hat nun gezeigt, dass die frühzeitige Behandlung der schmerzhaften körperlichen Symptome durch den selektiven Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSNRI) Duloxetine (Cymbalta®) den Erfolg der antidepressiven Therapie verbessert wird. Eingeschlossen in die prospektive, nicht-interventionelle Anwendungsbeobachtung waren über 4.500 ambulante Patienten mit moderater bis schwerer Depression, 72% waren weiblich, das mittlere Alter betrug 52 Jahre. Neun von zehn Patienten hatten eine relevante Schmerzsymptomatik, die mehrheitlich nicht internistisch erklärbar war. Während der ersten vier Wochen der Behandlung mit dem dual wirkenden SSNRI verbesserten sich bei ihnen die körperlichen und die emotionalen Symptome gleichermaßen: Bei 53% beziehungsweise 39% der Patienten wurde eine klinisch relevante Schmerzreduktion um mehr als 30% beziehungsweise um mehr

als 50% erreicht; diese korrelierte mit einer Verbesserung der depressiven Symptome auf der Kurzskala Stimmung. Die Verbesserung war unabhängig von Geschlecht und Schwere der Schmerzsymptomatik. **koc**

Pressegespräch „Physischer und psychischer Schmerz sind gleichermaßen leidvoll! Schmerzen – vernachlässigte Symptome einer Depression?“
Berlin, 21. Mai 2008
Veranstalter: Boehringer Ingelheim und Lilly Deutschland, Bad Homburg

Therapie manischer Episoden: Nebenwirkungen im Blick

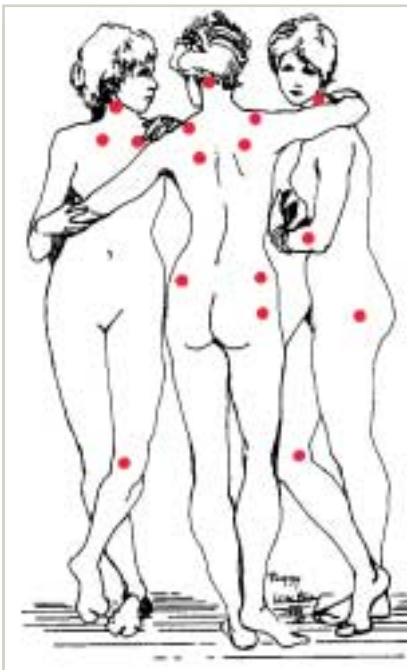
➔ Etwa ein Drittel der Patienten mit bipolaren Störungen unternimmt im Verlauf der Erkrankung einen Suizidversuch, etwa 15% davon enden tödlich. Darauf wies Prof. Dr. Dr. Michael Bauer aus Dresden hin. Die Erkrankung ist in bis zu 40% der Fälle mit Alkohol- oder Substanzmissbrauch sowie mit Angststörungen assoziiert. Umso bedenklicher ist es, dass beispielsweise in den USA nur 20% der Patienten korrekt diagnostiziert werden. In der britischen NICE Clinical Guideline 38 (Bipolar Disorder) werden atypische Antipsychotika für Patienten mit schweren manischen Symptomen oder Verhaltensstörungen empfohlen. Bei Einnahme von Lithium, Valproat oder einer anderen antimanisch wirkenden Substanz weisen die Autoren auf den verstärkten Effekt der Kombination mit einem Antipsychotikum hin.

Seit April 2008 ist das atypische Neuroleptikum Aripiprazol (Abilify®) auch zur Therapie manischer Episoden bei der Bipolar-I-Störung zugelassen. Die Substanz ist in der Monotherapie vergleichbar effektiv wie Haloperidol oder Lithium. In einer Langzeitbeobachtung reduzierte Aripiprazol signifikant die Zeit bis zum Auftreten manischer Episoden [Keck et al. 2007]. Aripiprazol ist deshalb auch zur Prävention bei Patienten mit überwiegend manischen Episoden zugelassen. Prof. Dr. Michael Deuschle aus Mannheim machte auf das günstige Nebenwirkungsprofil dieses Antipsychotikums aufmerksam. Insbesondere metabolische Parameter wie Körpergewicht oder Glukosekonzentration blieben unverändert. Es komme sogar zu einer Reduktion der Triglyceride. Extrapyramidale Symptome treten im Vergleich zu Placebo kaum ver-

mehrt auf. Aripiprazol wirkt im Vergleich zu Haloperidol oder Olanzapin deutlich weniger sedierend. Bei Behandlungsbeginn könne eventuell auftretende Unruhe mit Sedativa therapiert werden. Der gelegentlich zu beobachtenden Insomnie könne man mit morgendlicher Einnahme der Medikation und vorübergehender Gabe von beispielsweise Zolpidem begegnen. **af**

Pressekonferenz: „Individuelle und effektive Therapie mit Aripiprazol – Neue Therapieoption bei bipolaren Störungen“ München, 30. Mai 2008
Veranstalter: Bristol-Myers Squibb, München, und Otsuka Pharma, Frankfurt

Therapie des Fibromyalgie-Syndroms: Zulassungsantrag eingereicht



Zur Diagnose des Fibromyalgie-Syndroms werden die „tender points“ (18 Druckpunkte, von denen 11 auffällig reagieren sollten) zur Hilfe genommen (ACR [American College of Rheumatology]-Klassifikationskriterien 1990).

➔ Fibromyalgie-Patienten dürfen hoffen: Für einen neuen Wirkstoff aus der Gruppe der Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (Milnacipran) wurde kürzlich ein Antrag zur Therapie des Fibromyalgie-Syndroms bei der Europäischen Arzneimittelbehörde eingereicht. Bis heute gibt es in Deutschland kein zugelassenes Arzneimittel gegen diese Erkrankung, die zu gravierenden Beeinträchtigungen bis hin zur Berufsunfähigkeit führen kann. Im Rahmen des EULAR-Kongresses wurden nun Daten einer Phase-III-Studie zu Wirksamkeit und Verträglichkeit der neuen Substanz vorgestellt.

In der dreimonatigen, doppelblinden, placebokontrollierten Studie waren europaweit 884 Patienten eingeschlossen. Diese erhielten randomisiert täglich entweder 2 x 100 mg Milnacipran oder Placebo. Der primäre Wirksamkeitsendpunkt war eine kombinierte Responderrate aus den Einzelkomponenten Schmerz (Schmerzreduktion um $\geq 30\%$ gegenüber dem Ausgangswert im 24-Stunden-Score für den erinnerten Schmerz, dokumentiert in einem elektronischen Tagebuch) und „Patienten-Gesamtschätzung der Veränderung“ (PGIC, mit den Kategorien 1 = „sehr stark gebessert“

und 2 = „stark gebessert“). Die Änderung des Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)-Gesamtscores gegenüber dem Ausgangswert fungierte als sekundäres Kriterium. Am Ende der zwölfwöchigen Phase besserten sich das kombinierte primäre Wirksamkeitskriterium ($p=0,0003$) und das sekundäre Schlüsselkriterium ($p=0,015$) signifikant im Vergleich zu Placebo. Die Wirkung auf den Schmerz wurde auch durch die statistische Besserung sekundärer Parameter belegt (Schmerzen über 24 Stunden und wöchentliche Schmerzeinstufung). Milnacipran wurde im Allgemeinen gut vertragen. Die häufigsten unerwünschten Ereignisse umfassten Übelkeit, Hyperhidrosis, Kopfschmerzen und Anstieg der Herzfrequenz und traten jeweils bei weniger als 5% auf. Das Körpergewicht wurde nicht beeinflusst.

Nach Informationen von Pierre Fabre Pharma, Freiburg

Parkinson: Therapiebeginn mit Dopaminagonisten nicht verzögern

↳ Typische Erstsymptome eines Parkinson-Syndroms können Probleme beim Schreiben, ein diskreter Ruhetremor, mangelnde Stressresistenz, Verlangsamung beim Sport oder auch Nackensteifigkeit und Schmerzen in der Schulter durch die mangelnde Mitbeweglichkeit des Armes sein, sagte PD Dr. Georg Ebersbach aus Beelitz-Heilstätten. Nicht selten landen die Patienten mit solchen Symptomen zuerst beim Orthopäden, so die Erfahrung des Neurologen. In diesen Fällen gilt es genau hinzuschauen und die Patienten sorgfältig auf die typischen Bewegungsstörungen wie Akinese, Bradykinese, Tremor, Rigor, Störung der Halte- und Stellreflexe zu untersuchen. Sobald die Diagnose eines Parkinson-Syndroms klinisch bestätigt wird, sollte bei (biologisch) unter 70-Jährigen eine Monotherapie mit Dopaminagonisten eingeleitet werden, empfahl Ebersbach. Vieles weist darauf hin, dass ein frühzeitiger Ausgleich des Dopamindefizits mit diesen Substanzen den Verlauf der Erkrankung positiv

beeinflusst. Wegen der regelhaft auftretenden Langzeitkomplikationen unter L-Dopa sollte diese Therapie dagegen so lange wie möglich hinausgezögert werden. Durch die initiale Therapie mit Dopaminagonisten wie Pramipexol (Sifrol®) lässt sich das Risiko für Wirkstoff-Fluktuationen und Dyskinesien signifikant reduzieren. Auch wenn das Fortschreiten der neuronalen Degeneration die Kombination mit L-Dopa irgendwann notwendig macht, profitierten die Patienten noch von der zusätzlichen kontinuierlichen Stimulation der Dopaminrezeptoren durch die Dopaminagonisten. So konnte für Pramipexol eine signifikante Reduktion der L-Dopa-bedingten „Off-Zeiten“ um durchschnittlich 1,9 Stunden/Tag gezeigt werden. **mw**

Journalisten-Workshop: „Marathon der Parkinson-Therapie: Wie bleibt der Patient langfristig in Bewegung?“
8. Mai 2008, Beelitz-Heilstätten
Veranstalter: Boehringer Ingelheim

Die innere Uhr resynchronisieren

↳ Seit etwa einem Viertel Jahrhundert sind selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) und selektive Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI) als Monosubstanzen oder Kombinationspartner in der Pharmakotherapie der Depression etabliert. Diese nach dem Postulat der klassischen Monoaminhypothese entwickelten Medikamente sind wirksam – jedoch mit Einschränkungen: Dazu zählen unter anderem der relativ späte Wirkeintritt nach drei bis vier Wochen, eine Ansprechrate von nur 60–70% sowie das ungünstige Nebenwirkungsprofil. Diese unbefriedigende Situation führte zur Entwicklung des ersten melatonergen Antidepressivums Agomelatin, das im Gegensatz zu den traditionellen Substanzen die unter Depression gestörte zirkadiane Rhythmik als wichtigen Ansatzpunkt der antidepressiven Therapie nimmt.

Wie Prof. Göran Hajak aus Regensburg darstellte, geht eine Major-Depression meist mit Störungen der zirkadianen Funktionen wie einem abnormalen Schlaf-Wach-Rhyth-

mus einher. Die Resynchronisation der endogenen und durch äußere Faktoren beeinflussten zirkadianen Rhythmik stellt somit eine vielversprechende Therapieoption zur Behandlung der Depression dar, so Hajak. Agomelatin wirkt agonistisch auf die Melatonin 1 (MT1)- und 2 (MT2)-Rezeptoren und verhält sich gleichzeitig antagonistisch auf Serotonin-Rezeptoren. Während die agonistische Wirkung des MT1-Rezeptors zu einer Erhöhung der Amplitude biologischer Rhythmen führt, bewirkt sie am MT2-Rezeptor eine Phasenverschiebung, erklärte Hajak. Die Resynchronisation der inneren Uhr ist nach seinen Worten ein effizienter Ansatz zur Behandlung depressiver Erkrankungen. **zi**

Satellitensymposium: „The melatonergic approach: a breakthrough in the management of depressed patients“ im Rahmen des XXVI. CINP-Kongresses
München, 13. Juli 2008
Veranstalter: Servier Deutschland, München

US-Zulassung: Concerta® für Erwachsene mit ADHS

— Erwachsenen Patienten mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) steht in den USA eine neue Behandlungsoption zur Verfügung: Die amerikanische Arzneimittelbehörde hat der Zulassungserweiterung von Concerta® (Wirkstoff: Methylphenidat) für die ADHS-Behandlung bei 18–65-Jährigen zugestimmt. Der Hintergrund: 30–70% der Patienten behielten die ADHS-Symptome bis ins Erwachsenenalter, was den persönlichen und auch den beruflichen Werdegang belastet.

Nach Informationen von Janssen-Cilag, Neuss

Neueinführung: Jatrosom® 20 mg

— Ab sofort steht der Monoaminoxidase (MAO)-Hemmer Tranylcypromin (Jatrosom®) auch in der Dosierung 20 mg zur Verfügung. Damit sind höhere Dosierungen leichter zu erzielen; die Reduktion der einzunehmenden Tablettenzahl trägt zu einer verbesserten Patientenführung und -compliance bei. Entsprechende wissenschaftliche Literatur unter www.jatrosom.de (Benutzername/Passwort: jatrosom).

Nach Informationen von esparma, Magdeburg

Duloxetine bei DPNP: neuer Handelsname

— Duloxetine steht ab sofort für die Behandlung der schmerzhaften diabetischen Polyneuropathie (DPNP) zusätzlich unter dem Handelsnamen Ariclam® zur Verfügung. Dies soll die Beratung von Schmerzpatienten erleichtern und die Akzeptanz der Medikation verbessern. Unter dem Handelsnamen Cymbalta® soll der selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer künftig hauptsächlich zur Depressionsbehandlung eingesetzt werden, er ist aber auch weiterhin zur DPNP-Therapie bei Erwachsenen zugelassen.

Nach Informationen von Lilly Deutschland, Bad Homburg und Boehringer Ingelheim