

2. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Neurologie,
Linz, März 2004

Östrogen wirkt pro-, Progesteron wirkt antikonvulsiv

Wie bei vielen anderen Erkrankungen spielt bei der Epilepsie das Geschlecht des Patienten eine nicht unwesentliche Rolle. Viele Frauen berichten über eine Häufung ihrer Anfälle in bestimmten Phasen des Zyklus. Aber auch in anderen Lebensabschnitten zeigt sich, dass Hormone offenbar einen erheblichen Einfluss auf das Anfallsgeschehen haben, war während der 2. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Neurologie in Linz zu hören.

Wenn es im Verlauf des Menstruationszyklus zu einer Änderung der Anfallsfrequenz kommt, spricht man von einer katamenialen Epilepsie. Bei wie vielen Frauen die Erkrankung mehr oder weniger zyklusabhängig verläuft, ist allerdings strittig. »In der Literatur findet man Zahlen zwischen 10 % und 72 %«, berichtete Prof. Dr. Christoph Baumgartner, Universitätsklinik für Neurologie, AKH Wien. Eine deutsche Studie zeigte aber, dass nur ein Viertel der Patientinnen, die über katameniale Anfälle berichten, auch tatsächlich die Kriterien dieser Form der Epilepsie (75 % aller Anfälle im Zeitraum vier Tage vor bis sechs Tage nach der Menstruation) erfüllt.

Kompliziert wird das Bild dadurch, dass drei unterschiedliche Arten katamenialer Anfallshäufung unterschieden werden können: Neben einem perimenstruellen und einem periovulatorischen Muster treten bei manchen Patientinnen die Anfälle gehäuft während anovulatorischer Zyklen auf (luteales Muster). »Generell scheint es, dass ein höherer Östrogen/Progesteron-Quotient die Anfallsbereitschaft erhöht«, so Prof. Baumgartner. Einen zusätzlichen Effekt könnten Fluktuationen der Antiepileptika-Serumspiegel durch zyklusabhängige Veränderungen der Clearance haben.



Noch für Hufeland (Ang. 19. Jh.) galt die Mistel als Heilpflanze bei Epilepsie

Die Beobachtung, dass Östrogen pro- und Progesteron antikonvulsiv wirkt, ist natürlich auch für die orale Kontrazeption von Bedeutung. »Eine Einstellung auf orale Verhütungsmittel kann bei Epilepsiepatientinnen zu einer Zunahme der Anfälle führen«, warnte Prof. Baumgartner. »Umgekehrt kann es beim Absetzen der Kontrazeptiva zu einem Anstieg des Blutspiegels von Antiepileptika und zum Auftreten von Nebenwirkungen kommen.«

Wie wirkt sich eine Schwangerschaft auf die Epilepsie aus? Eine Metaanalyse aus 13 Studien zeigt ein recht uneinheitliches Bild: Bei 61 % der Patientinnen

blieb die Anfallsfrequenz unverändert, bei 29 % nahm sie zu und bei 10 % ab. Als Gründe für eine erhöhte Zahl von Anfällen werden neben einer veränderten Pharmakokinetik von Antiepileptika in der Schwangerschaft vor allem Schlafentzug und mangelnde Compliance (Absetzen der Medikation) angeführt. Prof. Baumgartner verwies noch auf einen wichtigen Punkt: »Bei gebärenden Epileptikerinnen muss auch im Kreissaal eine rechtzeitige und ausreichende medikamentöse Versorgung gewährleistet sein. In 1 bis 2 % der Fälle kommt es während der Wehen zu Anfällen und in einem ähnlichen Prozentsatz postpartal.«

Achtung bei Kontrazeption

In der Perimenopause kommt es bei zwei Dritteln der Patientinnen auf Grund des ungünstigen Östrogen/Progesteron-Quotienten zu einer Verschlechterung ihres Anfallsleidens. Dafür überwiegen dann in der Menopause die Verbesserungen die Verschlechterungen (40 % vs. 31 %). Besonders profitieren von der Menopause übrigens Frauen mit katamenialen Anfällen: Bei 60 % von ihnen nimmt mit der Funktion der Ovarien auch die Anfallshäufigkeit ab. HÖ

Nachrichten 188**Kongressbericht**

14th European Congress of Physical and Rehabilitation Medicine, Wien, Mai 2004

**Rehabilitation von Krebspatienten
Achten Sie auf Psyche und Umfeld 189****Inkontinenz**

Frauen leiden doppelt

Schwache Blase ruiniert den Sex 192

Sexualstörungen

**Orgasmushäufigkeit
beeinflusst Lebensqualität 193****Flashlite**

Digestive Disease Week, New Orleans,
15 bis 20 Mai 2004

**»Wir haben ein zweites Gehirn
im Darm« 194****Diabetes**

Schon bald wird Endpunktstudie
Klarheit schaffen

**Kardiovaskulärer Schutz
durch Insulinsensitizer? 197**

VALUE-Studie stellt klar:

Sartan beschirmt Risikoherzen 204**Originalarbeit**

OST (Osteoporosis Self-assessment Tool):
**Ein einfacher Test, um das Osteoporose-
Risiko bei der postmenopausalen Frau
zu beurteilen 198**

Rheumatoide Arthritis

Ein typischer Fall in der Praxis

Der multimorbide RA-Patient 201**Psychologie**

Psychotiker auf internistischem Prüfstand
Prolaktin, QT-Zeit, Bauchumfang 202

Literaturservice

Volkskrankheit GERD

Den Reflux langfristig beherrschen 205**Medizin**

Metastasierender Prostatakrebs

**Nur drei Prozent der Patienten sterben
an ihrem Karzinom 208****Pinboard 209****Pharma-News 210****Kabinett 213****Vorschau 214**

Rehabilitation von Krebspatienten

Die Diagnose Krebs verändert das Leben der Betroffenen radikal. Kein Lebensbereich bleibt unberührt, sei es Essen, Partnerschaft oder Arbeit. Dazu kommen Angst und Schmerzen. Ein Sechstel der Patienten dürfte gar die Kriterien für ein posttraumatisches Stresssyndrom nach der DSM IV erfüllen. Nach erfolgreicher Therapie bleibt die Angst vor einem Rezidiv im Hinterkopf. Umso wichtiger ist ein ganzheitlicher Zugang in der Onkologie und die Unterstützung der Patienten in allen Lebensbereichen. **189**

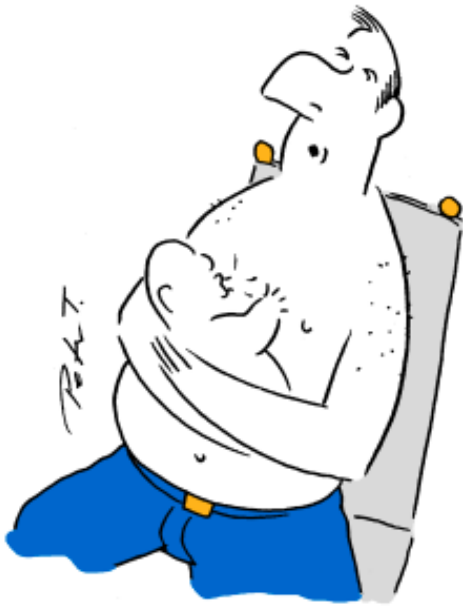
Schwache Blase ruiniert den Sex

Auffällig oft heften sich Urologen in letzter Zeit das Etikett »Männerarzt« an die Brust – sie sollten darüber hinaus aber nicht vergessen, dass sie auch für Frauen Ansprechpartner bei speziellen Problemen sein müssen – und zwar mit mehr Gespür als es in den meisten Praxen üblich ist, ermahnt Dr. Eva Hellmig, Urologin aus Duisburg, die männlichen Kollegen. »Inkontinenz ist ohnehin ein Tabuthema. Von sich aus haben diese Patientinnen in den seltensten Fällen den Mut, einem Urologen ihr Herz bezüglich ihrer sexuellen Probleme auszuschütten.« Obwohl es auf der Hand liegt, dass Erkrankungen der unteren Harnwege auch die Sexualität beeinflussen. **192**

Glaube oder Wahn?

Ein Mensch hält sich allen Ernstes für einen Propheten. Ist er nun irre oder nur auf besondere Art religiös? Auch Psychiater stehen da vor Rätseln. Zwischen Glaubenserleben und religiös gefärbtem Wahnerleben zu unterscheiden, fällt schwer – nicht nur den davon Betroffenen, sondern auch Psychiatern. Soll man einen Propheten, Teufelsaustreiber oder Empfänger göttlicher Botschaften nun in Ruhe lassen, oder braucht er vielleicht doch ein Neuroleptikum? Eine knifflige Sache. Das Konsil eines echten Predigers kann helfen, die Lösung zu finden. **213**





Bier macht Milch

Alkoholfreies Bier stimuliert die Milchsekretion und ist stillenden Müttern durchaus erlaubt. Von Alkohol ist dagegen abzuraten. Denn Alkohol hemmt die Milchabgabe und zudem gelangen etwa 10 % der von der Stillenden konsumierten Menge über die Muttermilch in den Organismus des Säuglings, der im Vergleich zu einem Erwachsenen doppelt so lange braucht, um den Schadstoff zu eliminieren. Im Gegensatz zur Schwangerschaft schädigt mässiger oder gelegentlicher Alkohol-

konsum der Mutter während der Stillzeit das Kind aber nicht, schreiben die Gynäkologen Professor Dr. Renate L. Bergmann und Kollegen von der Charité Berlin in der »Pädiatrischen Praxis«: Auf das einmalige Angebot gering alkoholhaltiger Brustmilch reagiert der Säugling meist mit heftigem Saugen, trinkt aber nur kleinere Mengen und verfällt anschliessend in eine kürzere Schlafphase als sonst. *Rd*

An erster Stelle steht die »Pille«

Das beliebteste Verhütungsmittel ist nach wie vor die »Pille«, zeigt eine europäische Umfrage. Sehr hoch ist allerdings auch die Zahl jener Frauen, die nur unzureichend verhüten und somit das Risiko einer ungewollten Schwangerschaft eingehen. An der repräsentativen Befragung nahmen 12 138 Frauen zwischen 15 und 49 Jahren aus Frankreich, Deutschland, England, Spanien und Italien teil. Die Hochrechnung ergab: Jede dritte Frau in dieser Alters-

gruppe, das sind 22 Million, verhütet mit der Pille – davon 60 % in Frankreich und Deutschland. Von den 20- bis 29-Jährigen nimmt sogar jede zweite Frau die Pille ein, berichtet Studienleiter Professor Dr. Sven Skouby vom Frederiksberg Hospital in Kopenhagen beim Kongress der Europäischen Gesellschaft für Kontrazeption in Edinburgh.

Aus der Umfrage ging auch hervor, dass immer noch sehr viele Frauen erst nach dem ersten Geschlechtsverkehr mit der Pille verhüten. Und sehr hoch ist die Zahl jener Frauen, die unzureichende Verhütungsmethoden anwenden, z.B. Coitus interruptus praktizieren. *Bg*

Videos machen gewalttätig

Kinder, die sich Gewalt verherrlichende Videos, PC-Spiele und Musik reinziehen, neigen vermehrt zu aggressiver Sprache und Gewalthandlungen. Das haben mehrere Studien bewiesen, heisst es im »New Scientist«. Wissenschaftler sind von diesen Ergebnissen nicht überrascht – auch nicht von der Erkenntnis, dass der Konsum solcher Medien bei Kindern die Gewaltbereitschaft im späteren Leben erhöht. Vielleicht beeinflussen diese Ergebnisse das Verhalten von Erziehenden und Gesetzgebern, hoffen die Autoren. *SK*

Im Sommer besser baden

Wer es mit dem Nachwuchs wirklich ernst meint, der geht am besten im Winter oder im Frühling zur Sache und im Sommer zum Baden. Denn im Sommer taugt das Spermium nämlich nicht so viel.

Jeweils etwa 90 Proben von Samenspendern aus den Monaten März, Juni, September und Dezember hatten Forscher aus Tel Aviv analysiert. In Sachen Spermakonzentration und -motilität schnitten die Proben von Winter und Frühjahr am besten ab, die September-Proben am schlechtesten. Zudem verringerte sich die Einfrierbarkeit von März bis September dramatisch. Zur Kryokonservierung empfehlen die Kollegen deshalb, Winter- und Frühlingsspermium zu verwenden. *CG*

Leah Yogev et al., Human Reproduction 2004; 19: 880–885

Gehäuft, wenn's ein Mädchen wird

Frauen, die später von einem Mädchen entbunden werden, haben im ersten Trimenon viel häufiger eine schwere, stationär behandlungsbedürftige Hyperemesis gravidarum als Schwangere, die einen Jungen erwarten.

Lag das Geschlechterverhältnis bei Neugeborenen aus 9783 Kontrollschwangerschaften bei 48,2 Mädchen zu 51,8 Jungen, verschob sich dies in einer US-amerikani-

schen Studie bei 2110 Schwangeren mit schwerer Hyperemesis auf 57,5 % Mädchen und 42,5 % Jungen. Das in der Literatur bei Hyperemesis-Graviditäten dokumentierte deutlich höhere Serumniveau sowohl der freien als auch der Gesamtöstradiol- und SHBG-Spiegel lassen zwar die Pathophysiologie des Phänomens vermuten, klären aber nicht, was Ursache und was Wirkung ist.

14th European Congress of Physical and Rehabilitation Medicine, Wien,
Mai 2004

Rehabilitation von Krebspatienten Achten Sie auf Psyche und Umfeld

Die Diagnose Krebs verändert das Leben der Betroffenen radikal. Kein Lebensbereich bleibt unberührt, sei es Essen, Partnerschaft oder Arbeit. Dazu kommen Angst und Schmerzen. Ein Sechstel der Patienten dürfte gar die Kriterien für ein posttraumatisches Stresssyndrom nach der DSM IV erfüllen. Nach erfolgreicher Therapie bleibt die Angst vor einem Rezidiv im Hinterkopf. Umso wichtiger ist ein ganzheitlicher Zugang in der Onkologie und die Unterstützung der Patienten in allen Lebensbereichen. Das Thema Rehabilitation von Krebspatienten kam daher auch am 14. Kongress für Physikalische Medizin und Rehabilitation zur Sprache.

Diagnose Krebs: Es gibt keine bessere Metapher für Lebensbedrohung. Auch wenn es immer öfter gelingt, die Erkrankung zu besiegen, so hinterlässt sie ihre Spuren immer gleichermassen an Körper und Seele. Dies mag nur allzu banal klingen. Doch das Ausmass der psychosozialen Folgen für die Betroffenen wird erst bei näherer Betrachtung offensichtlich.

Damokles-Schwert Rezidiv

Ein Drittel bis ein Viertel der Menschen werden im Laufe ihres Lebens an Krebs erkranken, sagen aktuelle Prognosen. 50 % der Erkrankten werden daran sterben und 50 % mit Behinderungen unterschiedlichsten Ausmasses überleben. Prof. Dr. Andrew Cole vom Braeside Hospital in Wetherill Park, N.S.W. Australien, nähert sich der Thematik mit grösstem Respekt: »Wenn wir von einer Krebserkrankung sprechen, so sprechen wir von einem Kampf zweier Organismen. Wir müssen uns vor Augen halten, dass den Krebszellen das gelungen ist, wovon die Menschheit schon immer geträumt hat: Sie sind potenziell unsterblich. Nur ein ganzheitli-

cher Zugang, unter Berücksichtigung der physischen, psychologischen, sozialen, aber auch spirituellen Aspekte kann dieser Krankheit gerecht werden.«

Die Diagnose ändert alles. »Werde ich die Krankheit überleben?« »Werde ich die Behandlung überleben?« »In welchem Zustand werde ich überleben?« – dies sind die häufigsten Gedanken zu diesem Zeitpunkt. Kaum jemand glaubt, vollständig geheilt werden zu können. Es folgen meist recht schnell Hospitalisierung und Therapie. Nahrungsaufnahme, Bekleidung, soziale Kontakte, Arbeit – die Kontrolle über die wesentlichen Bereiche des Lebens wird plötzlich an Institutionen abgegeben. Die Anpassung an die neue Situation erfordert in erster Linie Zeit. Weder das Alter, noch das Geschlecht, weder der sozio-ökonomische Status noch der Familienstand spielen dabei eine entscheidende Rolle. Patienten mit bereits bestehenden anderen Erkrankungen oder früheren psychischen Problemen haben besonders grosse Mühe, sich in die neue Situation zu fügen.

Das Ende der Therapie erfüllt nicht die Hoffnung auf Ruhe. Dem

Damoklesschwert gleich, lastet die Angst vor einem Rezidiv auf dem Alltag. Ein Sechstel aller Patienten dürfte gar die Kriterien für ein posttraumatisches Stresssyndrom nach der DSM IV erfüllen: Die Symptome treten nach einer Latenz von mindestens einem Monat auf, das tägliche Leben ist beeinträchtigt, der Schlaf ist gestört, die Patienten legen ein Vermeidungsverhalten an den Tag. Auch eine Reihe von konditionierten Reaktionen wird häufig beobachtet: So können optische und olfaktorische Eindrücke unvorhersehbar zu Übelkeit und Erbrechen führen.

Verändertes Körpergefühl

Die Stigmata der Erkrankung verändern das Körpergefühl. Die Angst vor dem Verlust der Attraktivität bezieht sich auf sichtbare Entstellungen durch den Tumor selbst, aber auch auf Narben oder den möglichen Haarverlust. Für Frauen ist der Verlust der Brust ein besonders niederschmetterndes Ereignis. Patienten mit HNO-Tumoren haben, wie es übereinstimmend in der Literatur beschrieben wird, die grössten Einbussen an Lebensqualität, da diese Tumoren

nicht nur einen ästhetisch besonders sensiblen Bereich bedrohen, sondern auch die wichtigen Funktionen wie Reden, Essen, Schmecken und Riechen.

Wichtiges Thema Sexualität

Keinesfalls darf auf die Sexualität vergessen werden, betont Prof. Dr. Cole: »Nicht nur gonadale Tumore wirken sich in diesem Bereich aus. Erst durch sanftes Explorieren, gemeinsam mit den Partnern der Patienten, erkennt man die wahren Probleme. Sie würden staunen, wie viele Menschen denken, Krebs wäre durch Körperkontakt übertragbar.«

Worauf muss im Speziellen geachtet werden? Gehirntumoren und die eventuell notwendige Strahlentherapie führen zu kognitiven Störungen und Persönlichkeitsveränderungen – da sind partnerschaftliche Probleme nahezu vorprogrammiert. Patienten mit HNO-Tumoren müssen eventuell einen Alkohol- und Nikotinentzug durchstehen. Lymphom-Patienten leiden ganz besonders an der Angst vor Rezidiven. Kolorek-



tale Karzinome machen häufig eine Kolostomie notwendig, doch in unserer „sauberen“ Gesellschaft kann das Hantieren mit den eigenen Exkrementen als ausserordentlich erniedrigend empfunden werden. Brustkrebspatientinnen sind meist in den mittleren Jahren betroffen und bewältigen häufig nicht nur eine vorgezogene Menopause, sondern auch den Verlust einer Partnerschaft.

Finanzielle Sorgen belasten zusätzlich

Finanzielle Probleme durch den Verlust des Arbeitsplatzes, aber auch durch Therapiekosten treten fast regelhaft auf und können existenzbedrohend wirken. Doch auch der Verlust des Führerscheins, das Unvermögen früheren

sportlichen Aktivitäten nachzugehen und die Einschränkung sozialer Kontakte vermindern die Lebensqualität auf drastische Weise.

Mit der psychosozialen Intervention gilt es also zunächst, die praktischen Probleme zu lösen. Danach gilt es, die persönliche Bedeutung des Krebses für den Betroffenen auszumachen, und die psychischen Ressourcen zu evaluieren. Ziel ist es jedenfalls, Gesehenden möglichst bald die verlorene Kontrolle über ihr Leben zurückzugeben.

Prof. Cole hat die Rehabilitation von 143 Krebspatienten untersucht und kam zu dem ermutigenden Schluss, dass diese Patientengruppe ebenso von Reha-Massnahmen profitieren wie Patienten ohne maligner Grunderkrankung: „Krebs-Rehabilitation ist ein komplexes Geschehen, von dem man sich nicht verunsichern lassen darf. Durch intensive Kommunikation und aufmerksames Vorgehen kann die Angst vor dem Unbekannten bei Arzt und Patienten beseitigt werden.“ MAG

Jeder dritte Orgasmus vorgetäuscht

Schon Studentinnen haben Probleme mit der Lust

WIEN – Allzeit bereit sind sie keineswegs. Und ihre Lust mit der Lust haben Frauen wohl überraschend häufig schon in jungen Jahren, wie eine Umfrage bei 600 Studentinnen in Hannover zeigte.

Jede Dritte gab zu, manchmal einen Orgasmus vorzutäuschen, berichtet Dr. Michael Truss von der Medizinischen Hochschule Hannover beim Europäischen Urologenkongress – was spontane Heiterkeit im Saal auslöste. Recht nachdenkliche Gesichter gab es allerdings ob des recht hohen Anteils von Sexualstörungen, die die

600 jungen Damen angaben. Die grosse Zahl konnte eine Doktorandin rekrutieren, indem sie Kommilitoninnen bei der Immatrikulation oder Rückmeldung zum Semester um Mithilfe bei ihrer Fragebogenaktion bat. Als Grundlage dienten – neben den validierten Fragen des *Female Sexual Function Index* nach Rosen (Journal of Sex and Marital Therapy 2000, 26: 191 – 208) – auch zusätzliche Punkte, welche die psychosomatische Abteilung beigesteuert hatte.

Die Auswertung ergab, dass 40 % der Studentinnen – zumindest zeitweilig – Probleme mit ihrer Sexualfunktion haben. Dieser

unerwartet hohe Anteil betraf alle vier Bereiche der Sexualität – sexuelle Lust, Erregbarkeit, Lubrikation, Orgasmusfähigkeit – gleichermaßen, erklärt Dr. Truss.

Grosse Zahlen präsentierte auch Prof. Dr. Alessandra Graziottin aus Mailand; sie stellte eine Untersuchung bei fast 2500 Frauen aus verschiedenen EU-Ländern zu Sexualstörungen vor. Über alle Grenzen hinweg wurde dabei klar, dass eine chirurgische Menopause das sexuelle Verlangen massiv „lahm legt“. Hier sei ein Mangel an Testosteron als Schlüsselfaktor anzusehen, Östrogene wirkten in dieser Situation nur permissiv. Le

Frauen leiden doppelt

Schwache Blase ruiniert den Sex

Inkontinent zu sein, ist für betroffene Frauen peinlich genug. Macht sich das Leiden – naturgegeben – auch während des Geschlechtsverkehrs bemerkbar, ist die Auswirkung auf das Sexuelleben dieser Patientinnen katastrophal. Aus Scham über die vermeintliche »Unsauberkeit« machen die meisten lieber einen weiten Bogen um Lust und Liebe, als ärztliche Hilfe zu suchen.

Auffällig oft heften sich Urologen in letzter Zeit das Etikett »Männerarzt« an die Brust – sie sollten darüber hinaus aber nicht vergessen, dass sie auch für Frauen Ansprechpartner bei speziellen Problemen sein müssen – und zwar mit mehr Gespür als es in den meisten Praxen üblich ist, ermahnt Dr. Eva Hellmig, Urologin aus Duisburg, die männlichen Kollegen. »Inkontinenz ist ohnehin ein Tabuthema. Von sich aus haben diese Patientinnen in den seltensten Fällen den Mut, einem Urologen ihr Herz bezüglich ihrer sexuellen Probleme auszuschütten.« Obwohl es auf der Hand liegt, dass Erkrankungen der unteren Harnwege auch die Sexualität beeinflussen, spielt sich doch beides in der gleichen »Gegend« ab. Doch die bisherige Datenlage zu diesem Thema ist dünn, die Messmethoden unterschiedlich, und die Awareness gering, beklagt Dr. Hellmig. Und es wird die Eigenart der weiblichen Sexualität nicht berücksichtigt.

»Die Sexualität der Frau unterscheidet sich grundlegend von der des Mannes, denn sie ist weniger funktionsbezogen, sondern ganzheitlich. Berührungen, Küsse, Zärtlichkeit, intime Kommunikation, das Gefühl zum Partner ... viele Faktoren sind bei der Frau für eine erfüllte Sexualität entscheidend.«

40 Prozent meiden Sex

So differenziert das sexuelle Empfinden ist, so anfällig und empfindlich ist es auch für Störungen. Der *Female Sexual Function Index* definiert die verschiedenen Störungsebenen, nämlich: Phantasie, Erregung, Orgasmusfähigkeit, Schmerz und Befriedigung. Eine amerikanische Studie zur Prävalenz der sexuellen Funktionsstörungen zeigte, dass 43 % der Frauen daran leiden. Am häufigsten war die Ebene von Libido und Erregbarkeit gestört. Ursachen dafür waren Unzufriedenheit/Probleme in der Partnerschaft, Krankheit und bestimmte Medikamente (SSRI, Trizyklische Antidepressiva, MAO-Hemmer, Neuroleptika). Wie aussagekräftig ein »Index« und solche Studien zur weiblichen Sexualität wirklich sind, sei allerdings dahingestellt. »Denn wie lässt sich beispielsweise die Lubrikations- oder Orgasmusfähigkeit unter klinischen Konditionen messen? Und mit welchen Messmethoden?«, so der berechtigte Einwand von Dr. Hellmig.

Nachvollziehbarer sind da schon die Ergebnisse einer breit

angelegten Kölner Studie (1980 – 2001, n = 1749), welche die Beeinträchtigung der weiblichen Sexualität durch Erkrankungen der unteren Harnwege und des Beckens untersuchte. Es zeigte sich eine starke Korrelation zum Lebensalter – so hatten 50-Jährige eine 2,3fach höhere Inzidenz als jüngere Frauen – und eine starke Koinzidenz zu Menopause, Depressionen und Hysterektomie. Die häufigsten Beeinträchtigungen ergaben sich durch Blasenentleerungsstörungen und OAB-Symptomatik, wobei weniger die Stress-, sondern vor allem Drang- und Mischinkontinenz im Vordergrund standen.

Tempel und Moschee versperrt

Weitere Ursachen waren chronisch rezidivierende Infekte, urogenitales Schmerzsyndrom, hormonelle Veränderungen der Schleimhaut (Östrogenmangel), Lageveränderungen von Blase und Gebärmutter (Prolaps), Tumorerkrankungen im Becken sowie postoperative Folgezustände. »Die OAB ruinierte bei 40 Prozent dieser Frauen das Sexuelleben. 34 Prozent blieben deswegen auch Single«, so die Expertin. Der Geruch des Urins, die Nässe und der Kontrollverlust über die eigene Ausscheidung – und das in einer intimen Situation – hemmt das sexuelle Erleben, unterminiert die sexuelle Identität der Frau und kann letztlich die sexuelle Beziehung zerstören. Von den ▶ 193

Tipps für Sex trotz OAB

- Davor nichts trinken.
- Laken unterlegen – es gibt spezielle Inkontinenz-Unterlagen. Ist zwar nicht romantisch, hilft aber bei unerwünschter Nässe.
- Entleeren – vor und nach dem GV die Blase entleeren.
- Stellungen – es gibt Positionen, die Blase oder Gebärmutter »schonen«, z.B. Eindringen des Mannes von hinten.

Anticholinerge Therapie der Instabilen Blase

Weltweit grosse Patientenerfahrung

Seit 1997 sind mehr als fünf Millionen Patienten, die unter den Symptomen der Instabilen Blase leiden, mit dem Anticholinergikum Tolterodin therapiert worden. Bei den Symptomen handelt es sich laut aktueller Definition der International Continence Society (ICS) um erhöhte Miktionsfrequenz, imperativen Harndrang mit oder ohne Inkontinenz und Nykturie. Tolterodin ist nicht nur die weltweit am besten untersuchte Substanz zur Therapie der Instabilen Blase, sondern zeichnet sich auch durch gute Wirksamkeit und Verträglichkeit aus.

Auf einer Pressekonferenz im Rahmen des 19. Kongresses der European Association of Urology (EAU) in Wien erklärte Professor Dr. Christopher Chapple, Urologe am Royal Hallamshire Hospital, Sheffield: »Tolterodin zeigt in Vergleichsstudien mit anderen führenden Substanzen ein vorteilhaftes Verträglichkeitsprofil bei gleichwertiger Wirksamkeit.« Er führte aus, dass Tolterodin mit 32 Studien in 16 Ländern nicht nur das klinisch am besten untersuchte Anticholinergikum ist, sondern durch mehr als 33 Millionen Verschreibungen weltweit inzwischen auch eine umfassende Patientenerfahrung aufweist.

Prof. Chapple wies auch darauf hin, dass die Instabile Blase noch immer eine unterschätzte Krank-

heit ist: »Es leiden mehr Menschen an Instabiler Blase als an Asthma oder Diabetes und die Auswirkungen sind für die Betroffenen mitunter dramatisch. Trotzdem wird diese Krankheit noch immer vernachlässigt.« Tatsächlich sind weltweit über 50 Millionen Menschen an Instabiler Blase erkrankt, doch Untersuchungen zeigen, dass mehr als 40 % der Betroffenen keinen Arzt aufsuchen.

Auswirkungen viel belastender

Dabei sind die Auswirkungen der Instabilen Blase für viele Patienten belastender als bisher bekannt: »Patienten mit Instabiler Blase entwickeln oft Panik, Angst, Verlust des Selbstwertgefühls und Depressionen«, erklärte Dr. Ales-

sandra Graziottin, Gynäkologin am H. San Raffaele Resnati in Mailand und stellte eine Studie vor, die zeigt, dass Patienten mit Inkontinenz signifikant häufiger an Depressionen leiden. Dr. Graziottin machte deutlich, dass sich die Patienten häufig komplett aus dem sozialen Leben zurückziehen: »Viele Betroffene haben ihr Selbstwertgefühl verloren, haben Angst davor, in der Öffentlichkeit Urin zu verlieren, und befürchten, durch unangenehmen Geruch aufzufallen.«

Dass den Betroffenen mit Tolterodin schnell geholfen werden kann, konnte immer wieder bestätigt werden. Nicht nur die belastendsten Symptome der Instabilen Blase, imperativer Harndrang und Nykturie, reduzieren sich unabhängig vom Alter der Patienten schon nach kurzer Zeit deutlich, sondern auch bei der Mischform aus Drang- und Belastungsinkontinenz kann mit Tolterodin erfolgreich therapiert werden. Sowohl in kontrollierten als auch in Praxisstudien zeigte sich eine konsistente Wirksamkeit und gute Verträglichkeit von Tolterodin bezüglich sämtlicher Symptome der Instabilen Blase. Darüber hinaus konnte auch die Lebensqualität der Betroffenen verbessert werden.

Fortsetzung von Seite 192

sozialen Auswirkungen der Inkontinenz ganz zu schweigen.

Die Problematik hat auch ethische und religiöse Aspekte: bei Moslems und Hindus gilt eine inkontinente Frau als »unrein« und darf infolgedessen keine Moschee und keinen Tempel aufsuchen. »Zu mir kommen immer wieder verzweifelte moslemische Frauen

und bitten mich, sie ‚trocken‘ zu machen, weil sie sonst ihre Religion nicht mehr ausüben können«, berichtet Dr. Hellmig aus ihrer Praxis. Sie rät den Kollegen, von sich aus Patientinnen auf die dargestellte Problematik anzusprechen. Nur, wie sind ausführliche Beratungsgespräche mit dem meist knappen Zeitbudget eines

Kassenarztes zu vereinbaren? Dr. Hellmig hat das Problem so gelöst, dass sie für ihre OAB-Patientinnen »Sammeltermine« macht, bei denen sie in Vorträgen die Frauen informiert und berät. SCH

Ödipus – Österreichisch-deutsches Impotenz- und Prostata-Urologie-Symposium, Juni 2004

Digestive Disease Week, New Orleans, 15 bis 20 Mai 2004

»Wir haben ein zweites Gehirn im Darm«

Die Digestive Disease Week (DDW) ist die grösste internationale Versammlung von Ärzten, Forscher und Hochschullehrern auf den Gebieten der Gastroenterologie, Hepatologie, Endoskopie und gastrointestinaler Chirurgie. Gemeinsame von den vier führenden Gesellschaften unterstützt, nämlich der American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD), der American Gastroenterological Association (AGA), der American Society for Gastrointestinal Surgery (ASGE) sowie der Society for Surgery of the Alimentary Tract (SSAT), findet die DDW alle Jahre im Mai in verschiedenen Städten der USA statt. Der diesjährige Kongress wurde in New Orleans durchgeführt.

Therapie des Reizdarmsyndroms

»Wir haben ein zweites Gehirn im Darm«, beschrieb Prof. Michael D. Gershon, Columbia University, New York, das enterische Nervensystem (ENS). Dieses steht mit dem Gehirn in Verbindung, ist aber notfalls in der Lage gastrointestinale Funktionen auch unabhängig vom ZNS zu regulieren.

Beim Reizdarmsyndrom liegt eine neurologische Störung innerhalb des enterischen Nervensystems vor, sowie eine gestörte Interaktion zwischen Verdauungstrakt und Gehirn. Serotonin ist an beiden Prozessen beteiligt.

Reizdarm mit Obstipation

Etwa 95 % des Serotonin im Körper findet sich im Gastrointestinaltrakt. Die Freisetzung von Serotonin im Verdauungstrakt reguliert unter anderem die gastrointestinale Motilität und Sekretion. Über eine Modulation an verschiedenen Serotonin-Rezeptoren lassen sich Schmerzreize oder Nausea ausschalten, die intestinale Transitzeit verlängern (5-HT₃-Antagonisten) oder die Darmmotilität steigern (5-HT₄-Agonisten).

Die Aktivierung des 5HT₄-Rezeptors führt zu einer Verstärkung

der Serotoninantwort. Damit wird die Peristaltik im Magen-Darm-Trakt erhöht und die Kolontransitzeit verkürzt. Tegaserod, ein selektiver partieller 5-Hydroxytryptamin-Agonist ist in der Therapie des Reizdarms vom Obstipationstyp wirksam. Eine an der Digestive Disease Week 2004 vorgestellte Studie untersuchte die Wirksamkeit der Substanz bei Patienten mit chronischer Obstipation. Zusammengelegte Daten aus zwei randomisierten Doppelblindstudien zeigten, dass Tegaserod in einer Dosierung von 2 mg oder 6 mg zweimal täglich zu einem Stuhlgang innerhalb von 24 Stunden verhilft. Von den 2612 eingeschlossenen Patienten hatten etwa 40 % einen kompletten spontanen Stuhlgang unter Tegaserod-Therapie (Plazebo = 25 %).

Als weitere Wirkung des Tegaserod am 5-HT₄-Rezeptor ist eine Stimulation der intestinalen Wasser- und Elektrolytsekretion bekannt. In einer weiteren Metaanalyse dreier randomisierter Doppelblindstudien mit fast 2'500 Patientinnen wurde die Wirksamkeit von 6 mg Tegaserod zweimal täglich auf Blähungssymptome

bei Frauen mit Reizdarm untersucht. Im Vergleich zur Plazebogruppe hatten Patientinnen unter Tegaserod-Therapie signifikant weniger mit Blähungen zu kämpfen.

Wenn Diarrhö dominiert

Zu den 5-HT₃-Rezeptor-Antagonisten gehören Ondansetron, Granisetron, Tropisetron, Dolasetron und Alosetron. Sie werden vor allem als Antiemetika eingesetzt. Neben Alosetron wurde eine neue Substanz, Cilansetron 2 mg dreimal täglich, in der Behandlung des durch Diarrhoe dominierten Reizdarms untersucht. Die Ergebnisse einer sechsmonatigen randomisierten Doppelblindstudie mit 358 Männern und 434 Frauen bestätigten die Wirksamkeit des Cilansetrons auf Symptome wie abdominelle Schmerzen und Diarrhoe: Unter der Studienmedikation verzeichneten 56 % der Patienten eine Schmerzabnahme (Plazebo 42 %) und 61 % der Patienten berichteten über eine Stuhlnormalisierung (Plazebo 42 %).

Low-Carb-Diäten

Als bisheriger Goldstandard zur Gewichtsreduktion galt eine hypokalorische, fettarme Ernährung mit weniger als 30 % der Kalorien aus Fett, wie sie beispielsweise im Diabetes-Präventionsprogramm beschrieben wird. Das könnte sich schlagartig ändern, wenn wir uns an den USA orientieren: Aus Amerika ist eine Atkins-Nation geworden, so Dr. Gary D. Foster, Universität Pennsylvania. Neue Low-Carb-Diät-Bücher überfluten den Markt.

Ungesättigte Fettsäuren verwenden

Sicher kann es jedoch nicht die Lösung sein, alle übergewichtigen Patienten auf Unmengen Butter und Fleisch umzustellen. Statt dessen sollte als Fettquelle eine Kombination aus mehrfach ungesättigten Omega-3- und Omega-6-Fettsäuren, wie sie in Rapsöl oder Nüssen vorkommen, und einer einfach ungesättigten Fettsäure etwa aus Olivenöl verwendet werden. Dadurch werden LDL-Werte gesenkt, die Thrombozytenaggregation gehemmt sowie endotheliale Dysfunktion und Insulinresistenz gebessert. Eine kohlenhydratarme Ernährung ist auch

möglich, indem man auf raffinierte Zucker verzichtet und Gemüse als komplexe Kohlenhydratquelle bevorzugt.

Blutzuckerspitzen vermeiden

In diesem Zusammenhang ist der glykämische Index relevant. Er bezieht sich auf die Erhöhung des Blutzuckers nach Aufnahme eines kohlenhydrathaltigen Nahrungsmittels. Zucker hat einen glykämischen Index von 100, während niedrigglykämische Kohlenhydrate einen Wert unter 55 aufweisen.

Kohlenhydrate mit einem hohen glykämischen Index führen zu einem hohen postprandialen Blutzuckeranstieg. In einer kleinen Studie an Jugendlichen konnte gezeigt werden, dass eine Diät, bei der nur Lebensmittel mit niedrigem glykämischen Index verwendet wurden, zu einer signifikanten Gewichtsreduktion führte, während eine fettarm ernährte Kontrollgruppe sogar zunahm, wie Professor Samuel Klein, Universität Washington, St. Louis, berichtete. Mit diesem Ernährungsprinzip vermeidet man Blutzuckerspitzen und die daraus resultierende überschüssige Insulinausschüttung mit anschließenden Hypoglykämien und Heißhungerattacken.

Die gute Nachricht lautet: Es gibt also eine gesunde Variante der Low-Carb-Diät. Die schlechte Nachricht: Nach zwölf Monaten gab es in den verschiedenen Studien, die beide Diätformen verglichen, keinen signifikanten Unterschied in der Gewichtsabnahme der beiden Gruppen. Häufig wurde sogar eine Gewichtszunahme beobachtet. Letztendlich reagieren Patienten individuell, und man muss für jeden Patienten die für ihn langfristig richtige Ernährungsform finden.



French Quarter in New Orleans



Typische Balkone im French Quarter von New Orleans

Impotenzmittel gegen Obstipation

Männer, die den Phosphodiesterasehemmer Sildenafil einnehmen, profitieren in doppelter Hinsicht von der Therapie, vorausgesetzt sie leiden auch an einer Obstipation, so Dr. Mark Milone, Universität Nebraska, Omaha, während einer Posterpräsentation.

Stickstoffmonoxid mischt überall mit

Die Hemmung des Enzyms Phosphodiesterase-5 verlangsamt den Abbau von zyklischem GMP hauptsächlich in den glatten Muskelzellen der Corpora cavernosa. Durch die Freisetzung von Stickstoffmonoxid wird lokal eine Vasodilatation herbeigeführt. Diesen Mechanismus nutzt man in der Therapie der erektilen Dysfunktion.

Stickstoffmonoxid (NO) spielt aber auch eine Schlüsselrolle in der Regulation gastrointestinaler Funktionen.

Weichere Stuhlkonsistenz

In der vorgestellten Studie hatten zehn gesunde Männer über zwei Wochen 50 mg des Phosphodiesterasehemmers Sildenafil täglich eingenommen. Es konnte gezeigt werden, dass die Probanden nach der Einnahme des PDE-5-Hemmers, eine erhöhte Stuhlfrequenz und eine weichere Konsistenz des Stuhls aufwiesen. Die Substanz blieb jedoch überraschenderweise ohne Einfluss auf die Dickdarmtransitzeit, erklärte der Gastroenterologe. Eine Therapie, bei der eine Aktivierung der NO-Freisetzung im Darm erfolgt, wäre eine interessante Option in der Behandlung der Obstipation, folgte Dr. Milone.

Dr. Anka Stegmeier-Petroianu

Schon bald wird Endpunktstudie Klarheit schaffen

Kardiovaskulärer Schutz durch Insulinsensitizer?

Ist die Bekämpfung der Insulinresistenz der richtige Weg um Typ-2-Diabetiker auch vor Herzinfarkt und Schlaganfall zu schützen? Vieles spricht dafür. PROactive (PROspective pioglitAZone Clinical Trial In macroVascular Events), eine große Endpunktstudie mit Pioglitazon, soll im kommenden Jahr den endgültigen Beweis erbringen.

Dass Insulinsensitizer wie Pioglitazon (Actos®) über die Blutzuckersenkung hinaus prognostisch bedeutsame Effekte haben, dafür gibt es derzeit schon zahlreiche Hinweise. So verglich etwa Professor Dr. Mehmood Khan aus Lincolnshire anhand von US-Datenbanken bei jeweils 381 Patienten unter Pioglitazon- bzw. Insulin-Monotherapie die Häufigkeit kardiovaskulärer Ereignisse. Beide Gruppen hatten identische Basisdaten, doch unter Pioglitazon traten im Verlauf von zwei Jahren nur sieben kardiovaskuläre Ereignisse auf, unter Insulin waren es 37, berichtete der Kollege bei einem Satellitensymposium des Unter-

nehmens Takeda während des Deutschen Diabeteskongresses.

Privatdozent Dr. Thomas Konrad vom Institut für Stoffwechselforschung in Frankfurt hat in eigenen Untersuchungen nachgewiesen, dass Pioglitazon verschiedene kardiovaskuläre Risikofaktoren günstig beeinflusst. So wurden z.B. hochatherogene kleine small dense LDL-Partikel verringert, der Blutdruck nahm ab, HDL und Insulinsensitivität nahmen zu. Zudem belegen Studien einen günstigen Effekt von Pioglitazon auf die Intima-Media-Dicke der Karotiden – ein etablierter Surrogatparameter des kardiovaskulären Risikos.

Den endgültigen Beweis für den kardiovaskulären Schutz durch Pioglitazon soll PROactive erbringen, eine Studie mit über 5000 Typ-2-Diabetikern mit hohem kardiovaskulären Risiko. Die Teilnehmer erhalten zusätzlich zur Basistherapie nach IDF (International Diabetes Federation)-Kriterien randomisiert und doppelblind entweder täglich 45 mg Pioglitazon oder Placebo. Nach einem durchschnittlichen Follow-up von 27 Monaten wurden insgesamt 778 schwere Koronarereignisse registriert – noch ist jedoch die Verteilung auf die beiden Behandlungsgruppen unbekannt. Nächstes Jahr soll die Auswertung vorliegen, erklärte Professor Dr. Erland Erdmann von der Universitätsklinik Köln, der zum Steering Committee der Studie gehört. Er selbst, so bekannte er, sei von dem extrem hohen kardiovaskulären Risiko der Patienten, die an der Studie teilnahmen, überrascht gewesen. *bös*

Sieben Ejakulationen pro Woche

Verschleiert Sex Prostata-Krebs?

»Mein 55-jähriger Patient hat bei mehrfachen Messungen einen PSA-Wert zwischen 50 und 80 ng/ml bei unauffälligem Palpations- und Sonographiebefund. Er zögert die notwendige Biopsie mit dem Hinweis auf australische Literatur hinaus, die behauptet, bei einer Ejakulationsfrequenz von über sieben pro Woche seien solche Werte normal. Ist das bekannt?«

Diese Frage stellte Dr. Lothar Dejon, Internist aus Offenbach. Eine Antwort gibt Univ.-Doz. Dr.

Frank Oberpenning, Klinik und Poliklinik für Urologie, Universitätsklinikum Bonn:

Ob sich durch Ejakulationen das Serum-Gesamt-PSA (TPSA) ändert, wird in der Literatur widersprüchlich beurteilt. Der Gesamttenor der Autoren, die einen signifikanten Einfluss finden, ist, dass die PSA-Erhöhung gering ausfällt und kaum von klinischer Bedeutung ist. Die Mehrzahl der Studien findet keinen signifikanten Einfluss. Beim freien PSA (f-PSA) werden ebenfalls Änderun-

gen beschrieben (zeitabhängig sowohl Erhöhung als auch Erniedrigung).

Sicherlich kann ein PSA-Wert von 50 bis 80 ng/ml nicht auf regelmässige Ejakulationen zurückgeführt werden! Eine australische Arbeit, die einen Effekt dieser Größenordnung gefunden haben will, ist mir nicht bekannt. Die Quelle für eine derartige Desinformation (falls existent) sollte recherchiert werden, damit potenzielle Prostatakarzinomträger sich nicht in falscher Sicherheit wiegen.

OST (Osteoporosis Self-assessment Tool):

Ein einfacher Test, um das Osteoporose-Risiko bei der postmenopausalen Frau zu beurteilen

Daniel Uebelhart¹ und Brigitte Uebelhart²

Anlässlich des ECCEO (European Congress on Clinical and Economic Aspects of osteoporosis and Osteoarthritis) im November 2003 in Nizza wurde ein einfacher Test vorgestellt, die sogenannte OST- Methode (Osteoporosis Self-assessment Tool). Diese Beurteilungsform hat sich als schnelle und kostengünstige Methode zur Identifizierung von möglichen Kandidaten für eine Osteoporose-Evaluation herausgestellt. Weitere am ECCEO vorgestellte Studien haben gezeigt, dass OST ebenso gut abschneidet wie die bis anhin zugelassenen Tests, jedoch viel einfacher zu handhaben ist.

In Frankreich, Deutschland, Italien, Spanien und Grossbritannien wird bei weniger als der Hälfte der Frauen mit Osteoporose diese auch diagnostiziert, was die European Parliament Osteoporosis Interest Group (Osteoporose-Interessengruppe des Europäischen Parlaments) dazu veranlasste, einen »Aufruf zum Handeln« zu lancieren. Die Hauptziele des Plans sind ein verbesserter Zugang zu Evaluation und Diagnose der Osteoporose sowie deren Kostenrückerstattung in ganz Europa. Alle dreissig Sekunden erleidet jemand in der EU einen Knochenbruch aufgrund von Osteoporose. Und die Osteoporose verursacht der EU jährlich über € 4,8 Milliarden an Spalkkosten. Wir müssen dringend etwas tun, um Frauen vor dieser Krankheit zu schützen. Und der erste Schritt liegt darin, die betroffenen Personen zu erfassen, bevor sie einen Knochenbruch erleiden.

Beschreibung des OST Tests

Es handelt sich um eine Tabelle, in welcher waagrecht das

Körpergewicht zwischen 50 und > 99 kg und senkrecht das Alter in Abschnitten von 4 Jahren, von 40 bis 99 Jahren eingetragen werden. Dieses System erfasst zwei Risikofaktoren und erlaubt auf einfache und schnelle Weise zu beurteilen, ob das Risiko bei einer postmenopausalen Frau niedrig, mittel oder hoch ist. Aufgrund der Resultate dieser Tabelle wird eine Messung der Knochenmineraldichte mit DXA denjenigen Frauen empfohlen, die ein mittleres bis hohes Risiko aufweisen.

OST ist leicht anzuwenden

Der Erfinder dieses Tests ist Professor Dr.med. Piet Geusens, Studienforscher des Limburg Universitätszentrums, Diepenbeek, Belgien, und der Abteilung für Rheumatologie, Universitätsklinik Maastricht, Niederlande. Gemäss Prof. Geusens ist OST die einfachste Methode für Ärzte um festzustellen, wer zur Osteoporose-Risikogruppe gehört und sich einem Test zur Messung der Knochenmineraldichte unterziehen sollte.

Wie schon erwähnt ist die einfache Anwendung des Tests ein Hauptargument für dessen Einführung als Instrument im klinischen Alltag. Zum Beispiel: Eine postmenopausale 66-jährige Frau, welche 63 kg wiegt, unterliegt einem mittleren Risiko (gelbe Zone). Ihr sollte eine Messung der Knochenmineraldichte (BMD = Bone Mineral Density) empfohlen werden. Zusätzlich sollte die Knochenmineraldichte bei solchen postmenopausalen Frauen gemessen werden, die bereits eine Fraktur erlitten haben oder die andere bedeutende Risikofaktoren aufweisen, auch wenn OST sie als »niedriges Risiko« eingestuft hat.

OST ist in der klinischen Praxis präzise

Professor Geusens und seine Kollegen erhielten die Messdaten der Knochenmineraldichte sowie die entsprechenden T-Werte (Anzahl der Standardabweichungen unterhalb des Mittelwerts für gesunde junge Frauen) für vier bereits untersuchte Studiengruppen in den USA und den Niederlanden für insgesamt mehr als 32.000 Frauen. Der OST-Wert, der anhand von Alter und Gewicht berechnet wird, war konstant verlässlich bei der Stratifizierung der Osteoporoserisiken in sämtlichen vier untersuchten Studiengruppen. Die Häufigkeit von Osteoporose (T-Wert < oder = -2,5) betrug 58 % in den 6 % der Frauen, die laut OST zur Hochrisikogruppe gehörten. Die Häufigkeit von Osteoporose betrug lediglich 4 % innerhalb der 36 % der Frauen, die zur Gruppe mit niedrigem Risiko gehörten, und 18 % bei den 58 % der Frauen, bei denen ein mittleres Risiko festgestellt worden war. Die Autoren gingen

davon aus, dass in einer typischen klinischen Praxis mit 500 postmenopausalen Frauen, 30 von diesen einen OST-Wert im mittleren bis hohen Risikobereich haben würden. Würden diese Frauen einen BMD-Test machen, so würde man ca. 18 Fälle von Osteoporose entdecken, wohingegen bei randomisierter Auswahl 129 Frauen den BMD-Test machen müssten, um 18 Fälle zu identifizieren.

Eine weitere Studie stellte die Validität von OST bei der Erkennung von postmenopausalen Frauen mit Osteoporoserisiko in Schweden unter Beweis. Die Resultate zeigten, dass die mittleren bis hohen Risikokategorien der OST-Methode 91 % der schwedischen Frauen mit Osteoporose identifizierten.

OST im Vergleich zu anderen existierenden Tests und Instrumenten:

Eine andere Studie verglich die Validität von OST mit drei anderen anerkannten Methoden: Osteoporosis Risk Assessment Instrument (ORAI), Simple Calculated Osteoporosis Risk Estimation (SCORE) sowie Osteoporosis Index of Risk (OSIRIS). Diese Methoden ziehen Körpergewicht, Alter und bis zu vier weitere Faktoren zur Risikobestimmung heran. Von mehr als 4.000 postmenopausalen Frauen, die ein ambulantes Osteoporose-Zentrum in Belgien besuchten, wurden die Messwerte und Daten der Knochenmineraldichte herangezogen, um die Beurteilungen abzuschliessen.

Die Resultate ergaben, dass OST eine sehr effektive Methode zur Klassifizierung des Osteoporoserisikos oder schwerwiegender Osteopenie im Hüft- und Wirbelsäulenbereich ist (85 – 97 % Sensitivität). OST erwies sich ebenfalls als effektiv bei der Identifizierung von PatientInnen mit normaler Knochenmineraldichte, die keinen BMD-Test benötigten (negativer Prädiktivwert 89 – 99 %).

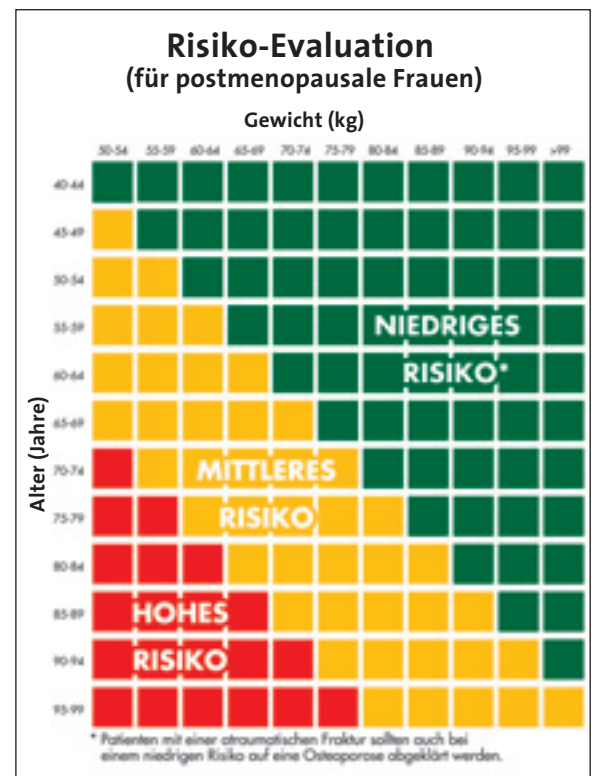
Die verschiedenen OST-Studien, die beim ECCEO Kongress in Nizza vorgestellt wurden, zeigten übereinstimmend, dass das Instrument zuverlässig, genau und sensitiv ist, und dass es ohne weiteres in verschiedenen Ländern angewendet werden kann, da sprachliche und kulturelle Aspekte für dessen Anwendung und Interpretation keine Rolle spielen.

Zusammenfassung:

1. In den meisten entwickelten Ländern werden weniger als die Hälfte der Frauen mit Osteoporose diagnostiziert.
2. Eine von drei Frauen wird mindestens einmal im Leben eine osteoporotische Fraktur erleiden.
3. Die jährlichen Kosten, die durch die Behandlung von osteoporotischen Frakturen in der EU verursacht werden, werden auf € 25 Milliarden geschätzt. Die Anzahl der osteoporotischen Frakturen und deren Kosten werden sich in den kommenden 50 Jahren mindestens verdoppeln, wenn nicht effektive Präventivmassnahmen entwickelt werden.
4. Die OST Tabelle sollte eine einfache, genaue, kostengünstige und wirksame Methode darstellen, postmenopausale Frauen mit erhöhtem Osteoporose-Risiko zu identifizieren.
5. Diejenigen Frauen, deren Osteoporose-Risiko durch die OST Tabelle als erhöht eingestuft wurde, sollten eine Knochendichtemessung vornehmen lassen und bei pathologischem Befund eine optimale Behandlung erhalten.

Nicht zuletzt hilft OST, die Kosten für unnötige DXA-Messungen einzusparen.

- 1 Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, UniversitätsSpital, CH-8091 Zürich
- 2 Leitende Ärztin, Abteilung der Knochenkrankheiten, Departement für Rehabilitation und Geriatrie, Universitätsspital, CH-1211 Genf 14



Referenzen:

Geusens P, Hochberg MC, van der Voort DJ et al. Performance of risk indices for identifying low bone density in postmenopausal women. *Mayo Clin Proc* 2002;77:629-637.

International Osteoporosis Foundation.
<http://www.osteofound.org>

Danksagung:

Die Autoren danken der Firma Merck Sharp & Dohme Chibret AG, Glattbrugg, für deren Unterstützung bei der Verfassung dieses Artikels.

Korrespondenz:

PD Dr. med. Daniel Uebelhart,
LA, Rheumaklinik und Institut
für Physikalische Medizin,
Universitätsspital Zürich,
Gloriastrasse 25, 8091 Zürich
Phone: +41/ 1.255.29.12
Fax: +41/ 1.255.43.88
E-mail: daniel.uebelhart@usz.ch

Ein typischer Fall in der Praxis

Der multimorbide RA-Patient

Patienten mit muskuloskeletalen Erkrankungen leiden in der Regel an verschiedenen weiteren, insbesondere an kardiovaskulären Erkrankungen. COX-2-Inhibitoren, die den NSAR im Hinblick auf die gastrointestinale Sicherheit überlegen sind, scheinen auch bei kardiovaskulärer Komorbidität von Vorteil zu sein.

Die hohe gastrointestinale Sicherheit der Coxibe müsse nicht mit einem erhöhten kardiovaskulären Risiko erkaufte werden, so Dr. Frank Ruschitzka, Zürich, auf einem Symposium im Rahmen des diesjährigen EULAR in Berlin. In einer grossen plazebokontrollierten Doppelblindstudie wurde untersucht, ob der selektive COX-2-Inhibitor Celecoxib (Celebrex®) die endotheliale Funktion von Patienten mit koronarer Herzkrankheit verändert.

Die Patienten erhielten zur kardiovaskulären Prophylaxe niedrigdosierte Acetylsalicylsäure

(ASS) und Statine. Die Studie ergab, dass bei diesen Risikopatienten Celecoxib – zusätzlich zur Standardtherapie – die endotheliale Funktion verbessert und die biochemischen Entzündungsmarker reduziert (Chenevard, R. et al., 2003). Das deutet auf einen spezifischen antiarteriosklerotischen Effekt des Coxibs im Endothel hin.

In einer präklinischen Untersuchung verglich die Arbeitsgruppe von Ruschitzka die Wirkungen von Celecoxib, Valdecoxib und Diclofenac. Dabei zeigte sich, dass nur Celecoxib die endotheliale Funktion verbessert und die Ent-

zündungsmarker reduziert, nicht aber das andere Coxib und das NSAR (Hermann, M. et al., 2003). Diese Unterschiede müssen nun in grösseren klinischen Studien genauer untersucht werden.

Der Nutzen von Coxiben wird in Zukunft über die Behandlung von Schmerzen hinausgehen, glaubt Prof. Dr. Roland Moskowitz, Cleveland (Ohio/USA). Ein potenzieller Benefit kündigt sich neben der Kardiologie auch in der Onkologie an. Die Cyclooxygenase-2 spielt eine wesentliche Rolle in der Tumorgenese. Sie ist beteiligt an Zellproliferation und Angiogenese. Präklinische Befunde sprechen dafür, dass Celecoxib in der Prävention und Therapie verschiedener Krebsarten wirksam sein könnte. *am*

Satellitensymposium „Exploring new frontiers in musculoskeletal disease and beyond“ (unterstützt von Pfizer) im Rahmen des EULAR, Berlin 10. Juni 2004

Rheumakranke Frauen

Muskelschwund – ein regelhaftes Begleitphänomen

Eine wichtige metabolische Veränderung im Verlauf einer rheumatoiden Arthritis ist ein Schwund der Körperzellmasse, der in erster Linie die Muskulatur betrifft. Obwohl nicht lebensbedrohlich, dürfte dies doch einiges zu der erhöhten Morbidität und Mortalität von Rheumakranken beitragen.

Aus Untersuchungen am Tier und am Menschen weiss man, dass TNF-alpha und IL-1b wichtige Mediatoren darstellen, die die AIDS- und Tumorkachexie vermitteln. Diese Beobachtungen brachten Walsmith und Kollegen auf den Gedanken, die Rolle der beiden Cytokine bei der Rheuma-Kachexie genauer unter die Lupe zu nehmen.

20 Frauen mit medikamentös gut kontrollierter rheumatoider Arthritis und leichten bis mässig-gradigen Funktionseinbussen stand ein gleich grosses vergleichbares Kollektiv gesunder Frauen gegenüber. Die gesamte Körperzellmasse wurde nun mit Hilfe der Kalium-40-Isotopen-Methoden bestimmt. Der Gehalt des natürlicherweise auf der Erde vorkommenden Gammastrahlers im Körper lässt recht genaue Rückschlüsse auf den Gesamtkaliumbestand und damit auf die Zellmasse zu. Die für die Rheumakranken ermittelten Werte lagen um durchschnittlich 14 % niedriger als die der Gesunden.

Die mit Endotoxin stimulierten peripheren mononukleären Zellen der Betroffenen setzten signifikant grössere Mengen an TNF-alpha frei. IL-1b wurde ebenfalls vermehrt ausgeschüttet. Weiter fand sich eine negative Korrelation zwischen der gemessenen TNF-alpha-Produktion und der Körperzellmasse.

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass der Zellbestand des Körpers in Phasen einer vermehrten Krankheitsaktivität schwindet. Der Verlust kann offenbar selbst bei einer erfolgreichen medikamentösen Behandlung nicht mehr ausgeglichen werden. *mk*

J.Rheumatol. 31, 23 – 29, 2004

Psychotiker auf internistischem Prüfstand

Prolaktin, QT-Zeit, Bauchumfang

Psychotische Patienten sind anders und werden anders behandelt. Eine Konsequenz daraus ist, dass es meist keine Vorbefunde gibt, und Krankheitsbilder, die durch den Einsatz von Neuroleptika entstanden sind, nicht richtig diagnostiziert werden. Was müssen Sie für die Therapiesicherheit beachten?

»Aha, ein Psychotiker. Na, den schicken wir gleich weiter zur Psychiatrie« – so die gängige Reaktion in Krankenhausambulanzen, wenn ein psychotischer Patient überwiesen bzw. eingeliefert wird. Krankheiten werden oft als psychosomatisch eingestuft. „Oft haben solche Patienten schon zwei bis drei Krankenhäuser hinter sich. Wenn sie dann bei uns landen, gibt es in den meisten Fällen keine Vorbefunde bezüglich somatischer Krankheiten“, berichtet Dr. Gert Kolleger, Facharzt für Innere Medizin, Landesnervenklinik Sigmund Freud, Graz. Eine weitere

Besonderheit bei dieser Patientengruppe ist die Neigung zu alimentär bedingten Krankheiten und oft extremem Nikotinabusus. »Drei Schachteln am Tag sind keine Seltenheit«, so Dr. Kolleger.

Achtung Neuroleptika

Achten sollte man auf jeden Fall auf Krankheitsbilder, die durch Neuroleptika bedingt sein können, nämlich:

- **Erhöhter Prolaktinspiegel:** Prolaktin wird im Hypophysenvorderlappen produziert, die Steuerung erfolgt hauptsächlich über das PIH (= prolactin inhibiting hormone), welches ident mit Dopamin ist. Die Normwerte sind bei der Frau 20-500 ng/ml, beim Mann 20-400 ng/ml. Ursachen für einen erhöhten Wert sind entweder physiologisch bedingt (Schwangerschaft, Stress) oder pathologisch durch ein Prolaktinom, eine Störung des PIH oder eine Medikation mit Dopamin-Antagonisten.

- **EKG-Veränderungen:** Eine Verlängerung der QT-Zeit wird häufig in Zusammenhang mit einer Neuroleptikatherapie gebracht. Dabei ist die ventrikuläre vulnerable Phase verlängert, es kommt leichter zur Ausbildung von Rhythmusstörungen oder plötzlichem Herztod. Neben Ursachen wie beispielsweise Elektrolytstörungen

oder Antiarrhythmika, kommen auch Phenothiazine und trizyklische Antidepressiva in Frage. Obwohl die QTc-Verlängerung sehr selten auftritt, sollte eine EKG-Untersuchung vor und während einer Neuroleptikatherapie in jeder psychiatrischen Praxis Standard sein, empfiehlt Dr. Kolleger.

- **Gewichtszunahme:** Ist ein eigenes Thema bei Psychotikern. Zum einen sind die oft extremen Ernährungsgewohnheiten gerade dieser Patienten nicht figur- und gesundheitsfördernd. Und zum anderen kommt es unter fast allen neuroleptischen Substanzen zu einer ordentlichen Gewichtszunahme (oft bis zu 20 kg), da sie jene Rezeptoren blockieren, welche die Energiebilanz regulieren. Die Triglyzeride und Cholesterin steigen meist an, und die Hyperlipidämie in Kombination mit dem Übergewicht sind ideale Voraussetzungen für das metabolische Syndrom. Und natürlich auch für eine vorzeitige Arteriosklerose.

Genauere Anamnese erforderlich

Das A und O einer optimalen Therapiesicherheit ist eine genaue Anamnese, so Dr. Kolleger. Und zwar mit Vorerkrankungen, hereditären Verhältnissen und Sexualanamnese. BMI und Bauchumfang sind wichtige Parameter: Beim Mann sollte die Leibesmitte ein Maß von 102 cm nicht überschreiten, bei der Frau 88 cm. Auch der Fettverteilungstyp sollte dokumentiert werden, am besten mit Taille: Hüft-Ratio (Mann bis 0,95, Frau bis 0,80). SCH

Update Psychiatrie 2004, Schloss Wilhelminenberg, Mai 2004

Therapiesicherheit auf einen Blick

- Gewicht und BMI in der Erstuntersuchung, dann Gewicht bei jeder Visite, nach sechs Monaten dann halbjährliche Kontrolle
- Cholesterin und Triglyzeride am Beginn, dann jährlich
- Nüchternblutzucker bei jedem, HbA1c bei einem Übergewicht von 7 % oder positiver Familienanamnese – die ersten vier Monate monatlich, dann jährlich
- Prolaktin bei Klinik (gezielt danach fragen!)
- EKG am Beginn, dann jährlich. Cave: Vor allem Kombinationen von Antipsychotika mit manchen Antidepressiva, Antiarrhythmika oder Herz-Kreislauf-Medikamenten können die QTc-Zeit gefährlich verlängern!

VALUE-Studie stellt klar:

Sartan beschirmt Risikoherzen

In der aktuell präsentierten VALUE (Valsartan Antihypertensive Long-term Use Evaluation Trial)-Studie reduzierten der AT₁-Antagonist Valsartan und der Kalziumantagonist Amlodipin die kardiale Mortalität und Morbidität vergleichbar gut. Eine Diabetes-Neuerkrankung müssen Hochrisikopatienten unter dem Sartan aber offenbar weniger befürchten als unter dem Kalziumantagonisten.

Wirksamkeit eines AT₁-Antagonisten wurden über 15 000 Hypertoniker mit weiteren kardiovaskulären Risikofaktoren und/oder bestehender Gefässerkrankung einbezogen. Sie erhielten im Mittel 4,2 Jahre lang entweder Valsartan (Diovan®) oder Amlodipin. Die Anfangsdosis lag bei 80 mg Valsartan bzw. 5 mg Amlodipin. Um den Zielblutdruck (< 140/90 mmHg) zu erreichen, konnte auf bis zu 160 mg Valsartan bzw. 10 mg Amlodipin auftitriert werden, bei Bedarf erhielten die Patienten zusätzlich Hydrochlorothiazid bzw. andere Blutdrucksenker.

Beide Therapieregime minderten den Blutdruck effektiv. Lagen zu Studienbeginn nur 22 % der Teilnehmer im Zielbereich, so erreichten schliesslich 57 % (Valsartan) bzw. 62 % (Amlodipin) den anvisierten Wert. Zwar sank der Blutdruck unter dem Kalziumantagonisten etwas stärker, vor allem in den ersten Studienmonaten, dennoch fand sich beim kombinierten primären Endpunkt – kardiale Mortalität und Morbidität – kein signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungskollektiven, hiess es auf einer Veranstaltung von Novartis auf

dem Europäischen Hypertoniekongress.

Vor allem in der zweiten Studiehälfte kam es in der Valsartan-Gruppe seltener zu Klinikeinweisungen auf Grund von Herzinsuffizienz. Ein hochsignifikanter Effekt wurde hinsichtlich der Diabetes-Inzidenz verbucht: Unter Valsartan entwickelten 23 % weniger Patienten einen Diabetes mellitus als unter dem als stoffwechselneutral geltenden Kalziumantagonisten. Wie Professor Dr. Roland Erich Schmieder von der Medizinischen Klinik in Erlangen erklärte, würde er deshalb bei Patienten mit hohem Diabetes-Risiko das Sartan vorziehen.

Der Kollege gab zu bedenken, dass im Praxisalltag bei Hochrisikopatienten abweichend von der Studie ein Zielblutdruck von 130/80 mmHg anzustreben sei. VALUE habe erneut die Notwendigkeit einer frühen und offensiven Blutdrucksenkung unterstrichen. *Bk*

Böses Erwachen

Traum zerlegte Gedächtnis

»Seit gestern stellt er ständig die gleichen Fragen und kann sich nichts mehr merken.« So brachte die verzweifelte Ehefrau den 61-Jährigen in die Notaufnahme. Schuld an der Misere war nur ein böser Traum...

»Habe ich einen Schlaganfall?«, fragte der verängstigte Patient immer wieder. Doch schon Minuten später konnte er sich weder an die Antwort noch daran erinnern, den behandelnden Arzt jemals zuvor gesehen zu haben. Die Kollegen klärten den Mann sorgfältig ab: körperliche Untersuchung, Neurologischer Status, CT, Röntgen-Thorax, EKG, Blut- und Urin-

analysen einschliesslich Drogen-Screening – alles unauffällig.

Am nächsten Morgen funktionierte zwar das anterograde Gedächtnis des Mannes wieder, doch die letzten zwei Tage blieben unergründlich. Das letzte, an was er sich erinnern konnte, war, dass er einschlief und träumte, sein Sohn hätte sich freiwillig zum Militär gemeldet und sei im Irakkrieg ums Leben gekommen. Den Sarg des geliebten Kindes eingewickelt in die amerikanische Flagge sehend war er aus dem Alptraum aufgewacht. Meist liegen einer vorübergehenden globalen Amnesie Funktionsstörungen in Temporal-

lappen oder Dienzephalon zu Grunde, schreibt Dr. Mark A. Marinella aus Dayton im »New England Journal of Medicine«. Ausgelöst werden diese durch Husten, Bewegung, Sex, medizinische Massnahmen oder durch schweren emotionalen Stress. Dr. Marinella empfiehlt, Patienten mit unklaren neuropsychiatrischen Beschwerden immer auch nach ihren Träumen zu fragen. Schon durch das Erkennen des auslösenden Ereignisses bessern sich die Symptome meist deutlich. *Rd*

M. A. Marinella, N Engl J Med 2004; 350: 843–844

Volkskrankheit GERD

Den Reflux langfristig beherrschen

Die gastro-ösophageale Refluxkrankheit (GERD) ist häufig, manchmal schwer zu diagnostizieren und neigt auch nach erfolgreicher Therapie zu Rezidiven. Bei zahlreichen Patienten empfiehlt sich daher auch nach Abklingen der akuten Beschwerden eine fortgesetzte Erhaltungstherapie. Diese stellt sowohl hinsichtlich Wirkung als auch Neben- und Wechselwirkungen eigene Anforderungen an das eingesetzte Medikament.

Bei der gastro-ösophagealen Refluxkrankheit führt ein anormaler Reflux von gastro-duodenalem Inhalt in den Ösophagus zu einer Reihe oft wenig spezifischer Beschwerden. Aufstossen und »Sodbrennen« werden von den Betroffenen häufig angegeben und gelten als Leitsymptome, das Problem kann sich aber beispielsweise auch in Heiserkeit, Husten oder asthmaartigen Zuständen äussern. In schwereren Fällen und nach längerem Bestehen können Ösophagitis und erhebliche Schäden an der Ösophagus-Schleimhaut mit einem erhöhten Risiko maligner Entartung auftreten.

Protonenpumpenhemmer Mittel der Wahl

Viele Patienten haben vor der Diagnosestellung bereits jahrelange Selbstmedikationsversuche mit frei verkäuflichen Antazida hinter sich. Besonders in solchen Fällen besteht auf Grund der ungenügenden Wirksamkeit dieser OTC-Produkte häufig schon eine ausgeprägte Schädigung des Ösophagus.

Als Therapie der Wahl sind Protonenpumpeninhibitoren (PPIs) heute weitgehend akzeptiert. Die PPIs haben sich gegenüber den H₂-Rezeptor-Antagonisten in mehreren Studien sowohl hinsichtlich der Wirksamkeit als auch der Kosteneffektivität als überlegen erwiesen.

Die PPIs werden sowohl bei kurzer als auch bei längerer Anwendung generell gut vertragen. Die publizierten Daten zeigen sehr ähnliche Nebenwirkungsraten für alle auf dem Markt befindlichen Substanzen. Van Rensburg et al. zeigten, dass unter Pantoprazol (Pantozol®, Zurcal®) auch in einem zweijährigen Follow-up nur 7 % der Patienten Nebenwirkungen berichten.

Da GERD eine chronische Erkrankung mit einer hohen Rezidivrate ist, wird bei vielen Patienten auch nach Abklingen der akuten Beschwerden eine dauernde Erhaltungstherapie erforderlich. Hier kommen nun sehr wohl Unterschiede zwischen den einzelnen Substanzen ins Spiel, da sich diese hinsichtlich ihres Interaktions-Potenzials von anderen Medikamenten unterscheiden. Dies kann bei multimorbiden Patienten von grosser praktischer Bedeutung sein.

Pantoprazol ohne Interaktionen

Pantoprazol hat den Vorteil, nicht mit dem Cytochrom-450-System zu interferieren, so Prof. Dr. Vincenzo Stanghellini, Universität Bologna, und interagiert daher nicht mit anderen Substanzen, die über dieses System abgebaut werden. Dies betrifft unter anderem die Co-Medikation mit War-

farin, Carbamazepin, Digoxin oder Diazepam. Bisher konnten für Pantoprazol überhaupt keine Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten nachgewiesen werden, was diese Substanz für den Experten zum PPI der Wahl für multimorbide GERD-Patienten macht.

Vergleichsdaten zur Wirksamkeit

Auch Vergleichsdaten zur Wirksamkeit der einzelnen Substanzen der PPI-Gruppe liegen vor. Dabei konnten keine nennenswerten Unterschiede festgestellt werden. Koerner et al. verglichen Pantoprazol mit Omeprazol und fanden bei gleicher Dosierung gleiche Heilungsraten für die Ösophagitis. Auch für Pantoprazol und Esomeprazol wurde gleiche klinische Wirksamkeit nachgewiesen, allerdings wurde in den Per-Protokoll-Gruppen ein um 5 % besseres Ansprechen auf Pantoprazol gefunden.

Klare Dosis-Wirkungs-Relation

Nachgewiesen wurde auch eine klare Dosis-Wirkungs-Relation für die PPIs, wobei die höchsten Dosierungen das beste Ansprechen sowohl hinsichtlich einer Erhöhung des Magen pH-Wertes über 3 als auch der Abheilung von Magenulzera zeigten. Auch die interindividuelle Variabilität der Wirkung war bei hohen Dosierungen weniger ausgeprägt. *REB*

V. Stanghellini, Drugs of Today 2003, 39 (Suppl. A): 15-20



Agenda

Internationaler Kongress für Chinesische Medizin
»Das TAO des Immunsystems«
23. – 25. September 2004, Graz
 Information:

Tel.: +43 (0)316-374959 9
 Fax: +43 (0)316-374959 55
 @ E-Mail: office@ogka.at

3. Länderkongress 2004
»Der Mann als Patient«
8. – 9. Oktober 2004, Wien
 Information:

Tel.: +43 (0)1-486 40 40 44
 Fax: +43 (0)1-486 40 40 46
 @ E-Mail: 3lk@wcmh.info

Humanismus in der Medizin
»Heilung im Dialog«
8. – 9. Oktober 2004, Alpbach
 Information:

Tel.: +43 (0)-5336 600 0
 Fax: +43(0)-5336 600 200
 @ E-Mail: info@alpbach.at

11. Frauenfelder Seminar
Gynäkologische Urologie
Tagung der AUG
22. Oktober 2004, Frauenfeld

Information:

Tel.: 052 723 72 53

Fax: 052 723 73 64

@ E-Mail: info@frauenklinik-frauenfeld.ch

IFAS 2004 – 28. Fachmesse für Arzt- und Spitalbedarf
26. – 29. Oktober 2004, Zürich

Messe Zürich, Zürich-Oerlikon, Hallen 1 bis 7

Dienstag bis Donnerstag:

9 – 18 Uhr

Freitag: 9 – 16

UhrKatalog CHF 16,-,

Katalogbestellung möglich ab September 2004.

@ E-Mail an: info@ifas-messe.ch

7. forum für eros, sexualität und transzendenz
30. Oktober 2004
Kongresshaus Zürich

Detail-Broschüre erhältlich bei:

Schröter+Christinger

Persönlichkeitstraining

Langgrütstr. 178,

CH-8047 Zürich

Tel. 01 261 01 60

Fax 01 261 02 60

16. Kongress der Deutschen Kontinenzgesellschaft
»Kontinenzprobleme für die Zukunft«
12. – 13. November 2004, Hamburg

Information:

Tel.: +49 (0)561-780604

Fax: +49 (0)561-776770

@ www.gih.de

International Conference on Contraceptive Benefits to Women,s Health
12. – 14. November 2004, Budapest

Tel.: 022-908 0488

Fax: 022-732 2850

@ E-Mail: contraception@kenes.com

Psyche und Soma

Sexualmedizin

26. Jahrgang, Nr. 9, September 2004

Verlag und Herausgeber:
 Medical Tribune AG

Adresse:

Medical Tribune AG
 Urs Graf-Strasse 8, Postfach 368
 CH-4020 Basel
 Telefon (0041) 61 - 312 55 66
 Telefax (0041) 61 - 312 55 60

Internet: www.medical-tribune.ch

E-Mail: sexualmedizin@medical-tribune.de

Redaktion: Dr. phil. Alexander Schulz
 (Verantwortlich für die Ausgabe)

Redaktionsassistent:
 Silvia Isliker

Layout und Herstellung:

Hannelore Schell (Leitung)
 Layout: Susanne Rahn, Christoph Detmer,
 Richard Kosowski

Titelbild: B. D. Schmerl

Wissenschaftliche Beratung:

Prof. Dr. med. Johannes Bitzer, Basel
 Prof. Dr. med. Dr. phil. Siegf. Borelli, Davos
 Prof. Dr. med. Wolf Eicher, Mannheim
 PD Dr. rer. nat. et jur. habil.
 Hans-H. Fröhlich, Berlin
 Prof. Dr. med. Georges André Hauser, Luzern
 Prof. Dr. med. Mario Litschgi, Schaffhausen
 Prof. Dr. rer. nat.
 Elisabeth Müller-Luckmann, Braunschweig
 Prof. Dr. med. Willy Pasini, Genf

Abonnentendienst: Peter Müller

Tel (0041) 61 - 317 96 19

Fax (0041) 61 - 317 96 29

Verkaufsleitung: Brigitte Niederberger
 (0041) 61 - 317 96 23

Anzeigenmarketing: Antonino Diaco
 (0041) 61 - 317 96 17

Anzeigenverwaltung: Patricia Hunziker
 (0041) 61 - 317 96 02
 Anzeigenpreisliste vom 1. 1. 2004

Verlagsleitung: Inge Schmidt
 (0041) 61 - 317 96 14

Geschäftsleitung: Oliver Kramer

Druck: Druckhaus Dierichs Akzidenz
 GmbH, Frankfurter Straße 168,
 D-34121 Kassel

Erscheinungsweise: monatlich

Abonnementspreise:

Schweiz: Einzelheft: Fr. 12,-
 jährlich: Fr. 96,-
 Medizinstudenten: Fr. 67,-
 Deutschland: € 6,-, jährlich: € 51,-
 Medizinstudenten: € 35,-
 Österreich: siehe Deutschland

Bankverbindung:

Postcheck Basel, Kto.-Nr. 40-27 104-5
 Deutschland:
 Postbank Frankfurt, BLZ 500 100 60
 Kto.-Nr. 6179 67-607

Mit der Einsendung eines Manuskriptes erklärt sich der Urheber damit einverstanden, dass sein Beitrag ganz oder teilweise in allen Ausgaben und Sonderproduktionen der Medical Tribune International B.V. veröffentlicht werden kann. Eine Überarbeitung behält sich die Redaktion vor.

ISSN 0170-1908

Weiterbildungsveranstaltung der Abteilung für Sexualforschung und Forensik der Universität Hamburg, von Juli 2003 bis Januar 2005
Weiterbildungsgang gemäss den Kriterien des Curriculum II

"Diagnostik, Beratung und Psychotherapie bei sexuellen Störungen"

Das 200-Stunden Curriculum umfasst:

- Einen dreiwöchigen Intensivkurs Paartherapie
- Sechs praktisch-therapeutisch ausgerichtete Wochenendseminare
- Regionale Supervisionsgruppen

Information:

Universitätsklinikum Eppendorf,
Frau Dr. H. Richter-Appelt,
Martinistr. 52, 20246 Hamburg
Tel.: +49/ 40 42803 2225,
Fax: +49/ 40 42803 6406

Metastasierender Prostatakrebs

Nur drei Prozent der Patienten sterben an ihrem Karzinom

Durch PSA-Screening und aggressive Biopsietechnik hat sich das Erscheinungsbild des Prostatakarzinoms in den letzten 15 Jahren stark verändert. Waren früher 70 bis 80 % der Karzinome zum Zeitpunkt der Erstdiagnose schon metastasiert, so dominieren heute die gut behandelbaren lokoregionalen Stadien. Dennoch bleibt immer noch eine nicht unbeträchtliche Zahl von Patienten, bei denen das im Rahmen des Screenings gefundene Karzinom bereits Metastasen gebildet hat, war auf dem 34. Kongress für Allgemeinmedizin in Graz zu hören.

Den wohl eindrucksvollsten Beleg für den diagnostischen und therapeutischen Fortschritt liefern die Mortalitätszahlen für den Prostatakrebs: Nur noch drei Prozent der Karzinome, die heute diagnostiziert werden, führen auch zum Tod. Eine der Ursachen für diese Entwicklung ist die grosse Zahl von lokalen Tumoren, die in höheren Lebensaltern entdeckt werden.

Die meisten der Betroffenen sterben an etwas anderem als an ihrem langsam wachsenden Prostatakarzinom. Oder wie es Prof. Dr. Johann Michael Marberger, Universitätsklinik für Urologie, AKH Wien, ausdrückte: »Unser Problem ist derzeit, dass wir wahrscheinlich bei sehr alten Männern Karzinome entdecken, die wir nicht entdecken müssten.«

PSA-Wert immer beobachten

Weniger gut fällt die Bilanz aus, wenn man nur die disseminierten Prostatakarzinome betrachtet. Es ist wenig befriedigend, Patienten, die bei Diagnosestellung noch völlig beschwerdefrei sind, nur noch palliativ behandeln

zu können. Die Therapie der Wahl ist hier der Androgenentzug, der sofort begonnen werden sollte und kontinuierlich fortgeführt werden muss. »Die Hormontherapie mit LHRH-Analoga ist nie kurativ«, warnte Prof. Marberger. »Wenn Sie ein kurables Prostatakarzinom primär hormonell und nicht kurativ behandeln, nehmen sie dem Patienten unter Umständen seine einzige Heilungschance.« Antiandrogene sollten beim metastasierenden Prostatakarzinom nur in der initialen Phase gegeben werden, um ein Flare-Phänomen (paradoxe Reaktion, die nach der ersten Gabe eines LHRH-Analogons auftreten kann) zu vermeiden.

Schlüssel der Therapie bleiben regelmässige PSA-Kontrollen. Wenn nach mitunter jahrelanger Remission und Beschwerdefreiheit unter Hormontherapie der PSA-Spiegel wieder deutlich ansteigt - auch als biochemischer Progress bezeichnet - nähert sich die Erkrankung ihrem Endstadium. Es dauert in der Regel nur wenige Monate, bis Symptome (vor allem Schmerzen durch die Knochenmetastasen) auftreten. Als palliativ-

ve Massnahme zur Senkung der Komplikationsrate hat sich die regelmässige Verabreichung von Bisphosphonaten bewährt. »In dieser Phase ist der Ablauf kaum mehr beeinflussbar«, so Prof. Marberger. »Nach maximal 15 Monaten ist der Patient tot.«

Neue Therapieansätze in den Kinderschuhen

Neue Therapieansätze, wie Chemotherapie, Immuntherapie oder Differenzierungstherapie, stecken derzeit noch in den Kinderschuhen. »Für keine dieser Optionen ist eine Verlängerung des Lebens nachgewiesen«, fasst Prof. Marberger den derzeitigen Stand des Wissens zusammen. Gleichwohl weiss er über eigene vielversprechende Studienergebnisse mit der Kombination Estramustinphosphat und Vinorelbin zu berichten. »Eine der Schwierigkeiten bei all diesen Studien ist aber, dass wir im Grunde genommen nur den Surrogatmarker PSA behandeln und nicht die Krankheit. Terminale Prostatakarzinome verlieren jedoch manchmal die Fähigkeit, PSA zu bilden.«

Neue Marker dringend gesucht

Eine bessere Überprüfung der Effizienz von Therapien könnte die Einführung neuer Marker, wie Zellteilungs-, Apoptose oder Nekrosemarker, ermöglichen. Alles in allem fällt das Resümee des Urologen jedoch ernüchternd aus: »Vergleicht man die aktuellen mit den Zahlen aus den 80er Jahren, sieht man beim metastasierenden Prostatakarzinom kaum Fortschritte in der Überlebensrate.«

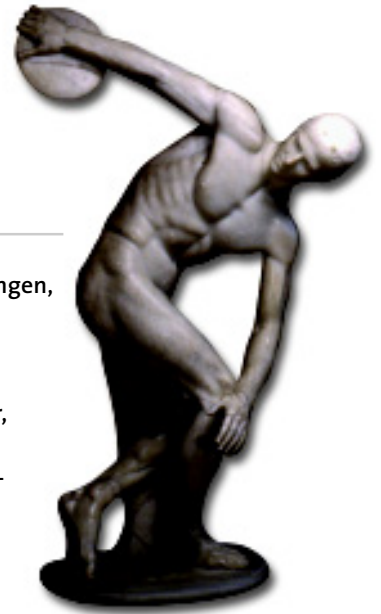
HÖ

Lockender Lorbeer

Olympische Spiele in Athen, da überrascht nicht, dass die Staatlichen Antikensammlungen in München eine Ausstellung über Sport und Spiel in der Antike zeigen. Der Sport hatte in der griechischen Kultur eine hohe Bedeutung. Die Griechen liebten es, sich ständig und in allem miteinander zu messen und »Sieger« zu sein: Es lockte sie der Lorbeer.

In der Ausstellung werden über 120 Vasen mit Bildern zu diesem umfangreichen Thema gezeigt, die zum grössten Teil aus den Beständen des Museums stammen. Darunter befinden sich einige Amphoren, die als originale Preise bei den Spielen in Athen verliehen wurden. Einige wertvolle Leihgaben, unter anderem aus dem Olympischen Museum in Lausanne, runden die Auswahl der Vasenbilder ab.

Staatliche
Antikensammlungen,
München
21. Juli 2004
bis 31. Mai 2005
Di - So 10 - 17 Uhr,
Mi 10 - 20 Uhr
info@antike-am-
koenigsplatz.
mwn.de



La tête des nôtres

Vom 10. September 2004 bis zum 9. Januar 2005 präsentiert das Museum für Kunst und Geschichte Freiburg über 150 Porträts von Menschen, die in den letzten 150 Jahren im Kanton gelebt haben. Aus Gemälden und Fotografien, aus Skulpturen und Zeichnungen treten uns Frauen aus dem Volk,

elegante Damen, Wissenschaftler und Geschäftsleute, Bettler und Beamte, Kleriker, Militärs, Literaten, Kinder armer und reicher Leute entgegen. Ihre Bildnisse liefern ein Muster unserer Gesellschaft und lassen deren tiefgreifende Veränderung zwischen 1850 und 2000 erahnen.



Museum
für Kunst
und
Geschichte,
Freiburg
10. Sept.
2004 bis
9. Jan. 2005
www.fr.ch/
mahf

Menschen im Musäum

Momentan zeigt das »Musäum« einen Rückblick auf 45 Jahre Valentinsmusäum von 1959 bis 2005. Die Schau ist so hinter sinnig-originell wie die Münchner Komiker Karl Valentin und Liesl Karlstadt, deren Andenken hier bewahrt wird. Mit vielen Fotos, humoristischen Dokumenten und Kuriositäten – etwa dem pelzverbrämten Winterzahnstocher – erinnert die Sammlung im Isartor an den Schauspieler und seine Partnerin. Zum Musäum gehören auch eine sehenswerte Ausstellung über die Münchener Volkssänger und ein gemütliches Künstlercafé. Roda-Roda formulierte sehr treffend: »Karl Valentin (spricht: Falentin), ein Freudenfest des Auges und des Ohres. Gebt ihm den Nobelpreis der Komik, des Humors!«

Valentin-Karlstadt-Musäum, bis 31.10.2004
Im Isartorturm, München
Tel.: 0049-81-223266



COX-1/COX-2 Hemmer vs. COX-2 Inhibitor

Klassisches NSAR wirksamer und allgemein besser verträglich

Das nichtsteroidale Antirheumatikum (NSAR) Lornoxicam (Xefo®, Nycomed) verfügt bei guter Verträglichkeit über starke schmerzlindernde und entzündungshemmende Eigenschaften, die auf eine ausgewogene Hemmung der Cyclooxygenase (COX)-1 und -2 zurückzuführen sind. Nun gelten COX-2 Hemmer als besonders magenfreundlich bei ähnlicher Wirksamkeit wie klassische NSAR. Eine vergleichende klinische Studie, die diese Annahme belegt, hat jedoch bisher gefehlt. Diese Lücke hat nun die COLOR-Studie (Comparison of Lornoxicam and Rofecoxib in Patients with Activated Osteoarthritis) von Peter Rose

und Christina Steinhauser aus Ulm (Clin Drug Invest 2004) zu schliessen versucht.

In ihrer Studie nahmen 2520 Patienten teil. Die meisten von ihnen litten an einer Osteoarthritis. Gemessen wurden die Schmerzen bei Bewegung und Ruhe und Morgensteifigkeit. In all diesen Parametern war das klassische NSAR dem COX-2 Hemmer überlegen ($p < 0.001$). In Zahlen: Lornoxicam erwies sich bei 49.6 % der Patienten in seiner Wirkung als exzellent, der COX-2 Hemmer bei 20.1 % ($p < 0.001$). Ernste Nebenwirkungen traten in beiden Behandlungsgruppen nicht auf. Nebenwirkungen überhaupt waren nur bei 5.4 %

aller Lornoxicam-Patienten zu beobachten, während es bei den Empfängern des COX-2 Hemmers 12.0 % waren. Erwartungsgemäss war bei den gastrointestinalen Nebenwirkungen ein Trend für weniger Nebenwirkungen unter der Rofecoxib-Therapie zu beobachten.

Fazit: Die Ergebnisse der COLOR-Studie haben die Wirksamkeit sowohl des klassischen NSAR Lornoxicam als auch des COX-2 Hemmers Rofecoxib bewiesen. Allerdings waren die analgetischen und entzündungshemmenden Wirkungen von Lornoxicam denen des COX-2 Hemmers überlegen, ohne dass das klassische NSAR weniger verträglich war.

Hormon-refraktäres metastasierendes Prostatakarzinom

Überlebensvorteil durch Taxan

Auf dem ASCO 2004 in New Orleans wurde anhand zweier Studien mit Docetaxel beim metastasierenden hormonrefraktären Prostatakarzinom (HRPC) durch die Behandlung mit dem Taxan ein signifikanter Überlebensvorteil nachgewiesen.

In der randomisierten Phase III-Studie TAX 327 (1006 HRPC-Patienten) wurde die Wirksamkeit von Docetaxel (Taxotere®, Aventis) in Kombination mit Prednison vs. einer Standard-Mitoxantron/Prednison-Therapie analysiert (Eisenberger MA et al. ASCO 2004, Abstract#4). Die Auswertung zeigte, dass das Gesamtüberleben unter der Docetaxel/Prednison-Therapie gegenüber der Standardtherapie signifikant verlängert werden konnte (18,3 Monate vs. 16,5 Monate; $p = 0,0398$). Das Risiko zu sterben wurde unter Docetaxel im Vergleich zu Mitoxantron signifikant um 24% reduziert. Die PSA-

Ansprechrate konnte unter Docetaxel signifikant um 43% ($p = 0,0005$) und die Schmerzlinderung signifikant um 59% ($p = 0,0107$) verbessert werden.

In der randomisierten Phase III-Studie SWOG 9916 (770 HRPC-Patienten) wurde Docetaxel kombiniert mit Estramustin mit der Standard-Mitoxantron/Prednison-Therapie verglichen (Petrylak DP et al. ASCO 2004, Abstract#3). Das Gesamtüberleben wurde unter Docetaxel/Estramustin signifikant verlängert (18 vs. 15 Monate; $p < 0,01$). Das Risiko zu sterben reduzierte sich unter Docetaxel vs. Mitoxantron signifikant um 20%. Der Zeitraum des progressionsfreien Überlebens konnte unter Docetaxel um 27% verlängert sowie die PSA-Ansprechrate um 85% gesteigert werden. Docetaxel war in beiden Studien gut verträglich.

»Dies sind die ersten Studien, die zeigen, dass ein Chemothera-

peutikum – Docetaxel – einen signifikanten Überlebensvorteil für Patienten mit androgenunabhängigem (hormonrefraktärem) metastasierendem Prostatakrebs bringen kann. Damit geben sie Tausenden von Männern weltweit neue Hoffnung«, sagte Daniel Petrylak, MD, Direktor des Genitourinary Oncology Program am Columbia Presbyterian Medical Center. »Diese Daten unterstützen den Einsatz von Docetaxel als wichtige neue Behandlungsoption für Männer mit Prostatakrebs, die dazu beitragen wird, dass Patienten länger leben.«

Fazit: Ein Paradigmenwechsel bei der Behandlung des hormonrefraktären Prostatakarzinoms ist in Sicht. In den USA wurde Docetaxel zur Behandlung von HRPC-Patienten bereits zugelassen. Bei der Swissmedic wurde der Zulassungsantrag im Februar 2004 eingereicht.

Prophet würgt Dämonen aus

Glaube oder Wahn? Das ist die Frage

Ein Mensch hält sich allen Ernstes für einen Propheten. Ist er nun irre oder nur auf besondere Art religiös? Auch Psychiater stehen da vor Rätseln. Das Konsil eines echten Predigers kann helfen, die Lösung zu finden.

Zwischen Glaubenserleben und religiös gefärbtem Wahnerleben zu unterscheiden, fällt schwer – nicht nur den davon Betroffenen, sondern auch Psychiatern. Soll man einen Propheten, Teufelsausstreiber oder Empfänger göttlicher Botschaften nun in Ruhe lassen, oder braucht er vielleicht doch ein Neuroleptikum? Eine knifflige Sache.

Erst Depression klärte Diagnose

Da ist zum Beispiel ein 43-jähriger Mann, Mitglied einer evangelischen Gemeinde, der nach den Terroranschlägen auf die Twin-Towers plötzlich lauthals die Endzeit zu predigen beginnt, spuckend Dämonen auswürgt und beim Hinunterschlucken Jesus wieder aufnimmt. Als das Zustandsbild in eine Depression kippt, gewinnt er jedoch Distanz zu seinem Verhalten. Diagnose nach ICD 10: bipolare affektive Störung. An Eingebungen und prophetische Aufträge glaubt der Kranke nach der Entlassung allerdings weiterhin, berichtet Dr. Christian Schäfer von der Psychiatrischen Klinik Sonnenhalde in Riehen.

Vom Antichrist besessen

Der Psychiater stellt noch einen weiteren Fall eines »Propheeten« vor. Zunächst fuhr der Antichrist in ihn ein. Danach begann der mal stark Verängstigte, mal ekstatisch Glückliche mit Verkündigungen und dem dauernden Aufschreiben von Bibelversen. Er

hörte erst auf, als er Neuroleptika bekam: akute polymorph-psycho-tische Störung.

Ist eine so extreme Art von Glaubenserleben also stets mit Wahn zu erklären? So einfach ist es nicht, meint Dr. Schäfer. Zwar gebe es Gemeinsamkeiten von Glaube und Wahn. Dazu zählt der Psychiater den Charakter der Einmaligkeit und der Veränderung des Ichs, die absolute Gewissheit ohne Nachprüfbarkeit und eventuellen Kommunikationsverlust. Auch seien sowohl Glaube als auch Wahn »als besondere Form der Lebensbewältigung und Sinnstiftung in einer scheinbar sinnentleerten Welt zu betrachten«.

Im Zweifel Prediger fragen

Aber es gibt auch Unterscheidungsmerkmale. So sind Religionen in Gruppen oder Traditionen verankert, Wahn dagegen ist singular und individuell – abgesehen von der folie à deux und Massenpsychosen. Auch kann ein gläubiger Mensch zweifeln, er kann korrigiert werden und lässt auch Kritik zu. Bei Wahnsinnigen jedoch ist das nicht der Fall.

Auch fehlt ihnen jenes Urvertrauen, das den wahren Gläubigen ausmacht. »Die scheinbar einfache Lösung, dass jede Form von Religiosität mit Wahn in Verbindung gebracht werden kann, lässt sich klinisch nicht aufrecht erhalten«, meint Dr. Schäfer folgerichtig. Er rät, bei Verdacht auf religiös gefärbten Wahn stets das »Hintergrundsystem« des Betroffenen in die Diagnostik einzubeziehen.



Eine Hexe mit Geldbörse und Krückstock trägt ihren Familiar (Hilfsgeist) auf den Schultern. Detail aus einem Blatt des »Weisskunig«. Holzschnitt von Hans Burgkmair, um 1512.

Und in dieser Hinsicht könne am besten ein Prediger der jeweiligen Religionsgemeinschaft Veränderungen im Denken eines Hyperreligiösen wahrnehmen. *uka*

Lesen Sie in *Psyche und Soma* 10 / 2004



AIDS-Prävention

Während in der Therapie der HIV-Infektion nur schrittweise Fortschritte zu beobachten sind, wäre in der Prävention eigentlich alles klar: Kondome für geschützten Geschlechtsverkehr, saubere Injektionsnadeln für intravenösen Drogenkonsum und eine funktio-

nierende Qualitätskontrolle bei Blut- und Blutprodukten. Doch selbst an Kondomen fehlt es. So haben weltweit nur rund ein Viertel der Menschen, die Kondome benötigen würden, auch einen (finanzierbaren) Zugang zu diesen.

Diabetes-Leitlinien

Ungeachtet der Schreckensmeldungen über immer jünger werdende Typ-2-Diabetiker erkrankt der überwiegende Teil der Betroffenen noch immer im höheren Lebensalter, und das dafür umso häufiger. »Diabetes mellitus ist mit Abstand die häufigste Komorbidität im Alter«, sagt dazu Dr. Gerald Kolb von der Abteilung für innere Medizin, Fachbereich Geriatrie am St. Bonifazius Hospital in Lingen, Deutschland. Daher sei die Beschäftigung mit dieser Erkrankung für den Geriater unverzichtbar. Allerdings fehle es nach wie vor am fachlichen Austausch zwischen Diabetologen und Geriatern.

Alkoholismus-Therapie

Selbst der Volksmund unterscheidet – etwas abfällig – zwischen »Quartalsäufern«, »Spiegel-« und »Gesellschaftstrinkern«. Doch in der Therapie Alkoholkranker werden zumeist alle über einen Kamm geschoren. Mit einer auf den Trinkertypus abgestimmten Behandlung könnten allerdings bessere Erfolge erzielt werden, meint Dr. Katrin Ramskogler von der Universitätsklinik für Psychiatrie in Wien. Sie empfiehlt bei der Einteilung von Alkoholkranken die Typologie nach Prof. Dr. Otto M. Lesch von 1982, welche Ursachen, Verlauf und prognostische Aspekte des Alkoholismus berücksichtigt. Die Grundzüge der Therapie

sind bei Prof. Lesch in vier Stufen gegliedert: Entgiftung, Motivation und Therapieplanung in jeweils 14 Tagen sowie die Langzeitbehandlung, welche sich über ein bis zwei Jahre erstreckt.



26. Jahrgang September 2004

Psyche und Soma

Sexualmedizin

Inkontinenz

Frauen leiden doppelt

Sexualstörungen

**Einfluss auf
Lebensqualität**

Digestive Disease Week 2004

**Ein zweites Gehirn
im Darm**

Osteoporosis Self-assessment

**Einfacher Test zur
Risikobeurteilung**

Typischer Fall in der Praxis

**Der multimorbide
RA-Patient**

9

Medical Tribune Verlagsgesellschaft mbH
Unter den Eichen 5, 65195 Wiesbaden
Postfach 42 40, 65032 Wiesbaden
PVSt, Deutsche Post AG, Entgelt bezahlt
Y30496

