Harninkontinenz individuell diagnostizieren und interdisziplinär behandeln

— Harninkontinenz gehört zu den Volkskrankheiten mit steigender Prävalenz im Alter, berichtete Prof. Hubertus Riedmüller, Würzburg. Mit 20 % versus 10 % klagen mehr Frauen als Männer jenseits von 60 Jahren über eine Harninkontinenz – laut Riedmüller ein Ausdruck dafür, dass die Tabuisierung der Problematik in der männlichen Bevölkerung deutlich stärker ausgeprägt ist. Bisher werden nur 10 % der Hilfesuchenden behandelt, kritisierte Riedmüller.

Angesichts der Komplexität der Harninkontinenz plädierte er für ein individuelles diagnostisches Vorgehen in den verschiedenen Altersgruppen mit einer umfassend und sorgfältig durchgeführten Blasenfunktionsprüfung als wesentlichem Bestandteil. Die unterschiedlichen Kontinenzformen sind am ehesten Erfolg versprechend zu behandeln,

wenn – je nach Einzelfall – Gynäkologen, Urologen, Chirurgen, Neurologen, Physiotherapeuten, Ernährungsmediziner, Sexualmediziner und Experten aus der rehabilitativen Medizin nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen zusammenarbeiten.

Bei überaktiver Blase sollte zum Beispiel grundsätzlich mit konservativen Methoden wie Beckenbodentraining begonnen werden. Erst bei Versagen dieser Verfahren seien blasendämpfende Medikamente oder eine Injektion von Botulinumtoxin in die Blasenwand indiziert.

Ute Ayazpoor

Pressekonferenz im Rahmen des 24. Jahreskongresses der Deutschen Kontinenz Gesellschaft 2012, Würzburg, 9. November 2012, Veranstalter: Deutsche Kontinenz Gesellschaft

VEGFR-Inhibitor in der Zweitlinientherapie des mRCC

— Seit Einführung der Tyrosinkinase-Inhibitoren (TKI) beim metastasierten Nierenzellkarzinom (mRCC) hat sich die Therapiesituation deutlich verbessert. „Einen wesentlichen Anteil daran hat der Multikinase-Inhibitor Sunitinib, der mit einer objektiven Ansprechrate von 47 % und einem medianen Gesamtüberleben von mehr als zwei Jahren ein Standard in der mRCC-Erstlinie ist“, sagte Prof. Jochen Casper, Oldenburg, anlässlich der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie e. V. (DGHO) 2012. Sunitinib (Sutent®) wird in den aktuellen Leitlinien der European Society for Medical Oncology (ESMO) als einziges Präparat bei Patienten mit geringem bis mittlerem Progressionsrisiko mit dem höchsten Evidenzgrad für die mRCC-Erstlinientherapie empfohlen. „In der mRCC-Erstlinie ist Wirksamkeit das zentrale Kriterium. Und wenn ein Medikament Wirksamkeit zeigt, ist es wichtig, die Patienten so lange wie möglich unter dieser Therapie zu halten“, betonte Casper. Kommt es unter Sunitinib oder einem Zytokin zum Progress, ist mit Axitinib (Inlyta®) seit September 2012 eine neue Folgetherapie zugelassen, die in den ESMO-Leitlinien ebenfalls den höchsten Evidenzgrad erhielt. Axitinib ist

ein hochselektiver Inhibitor der VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor)-Rezeptoren 1, 2 und 3, die an Tumorwachstum, Neoangiogenese und Metastasenbildung beteiligt sein können. Er entfaltet seine Wirksamkeit bereits im picomolaren Bereich und somit in deutlich geringerer Konzentration als bereits zugelassene TKI. Die randomisierte Phase-III-Zulassungsstudie AXIS schloss 723 Patienten mit klarzelligem mRCC ein, die in der Erstlinie mit Sunitinib (53,8 %), einem Zytokin (34,7 %), einer Bevacizumab-basierten Therapie (8,2 %) oder Temsirolimus (3,3 %) behandelt worden waren [Rini BI et al. Lancet 2011; 378: 1931–9]. Sie erhielten zweimal täglich 5 mg Axitinib oder 400 mg Sorafenib bis zur Tumorprogression oder dem Auftreten einer intolerablen Toxizität. Axitinib verlängerte das mediane progressionsfreie Überleben sowohl nach einer Vorbehandlung mit Sunitinib (4,8 vs. 3,4 Monate) als auch nach einer vorherigen Zytokintherapie (12,0 vs. 6,6 Monate) im Vergleich zu Sorafenib. Eine signifikante Verbesserung um mehr als zwei Monate (6,8 vs. 4,7 Monate) zeigte sich auch in der Gesamtpopulation.

Nach Informationen von Pfizer, Berlin

Änderung bei Finasterid-Filtabletten

Die ursprünglich blauen Filtabletten Finasterid Winthrop® 5 mg mit der Prägung „F5“ und einem Durchmesser von 7 mm, die zur Behandlung der benignen Prostatahyperplasie eingesetzt werden, sind nun gelb und haben einen Durchmesser von 7,1 mm. Das blaue Indigocarmine wurde dabei durch gelbes Eisenhydroxid ersetzt und auch andere nicht wirksame Bestandteile der Filtabletten haben sich geringfügig geändert. Die galenischen Eigenschaften der Filtabletten sowie Wirkstoffgehalt, Wirkstoffstabilität und Wirkstofffreisetzung bleiben durch diese Änderungen unbeeinflusst, ebenso bleiben die Packungen und Pharmazentralnummern unverändert.

Während des Abverkaufs der restlichen Chargen mit alter Farbe und Größe werden die beiden Formen parallel im Handel sein.

Nach Informationen von Winthrop, Mülheim-Kärlich

Exakte Biopsie für sichere Diagnose

Die Qualität der Tumordiagnostik kann für die Wahl der individuell bestmöglichen Therapie des Patienten entscheidend sein. Das neue CORAZOR-Schussgerät, das auf die CORAZOR-Stanzbiopsiekanüle abgestimmt ist, optimiert das Diagnoseverfahren und liefert exakte Ergebnisse für die histologische Untersuchung auf Tumoren der Prostata.

Aufgrund der speziellen Geräteform ist sowohl das Spannen als auch das Auslösen ohne Umgreifen möglich, eine Führungsschiene sorgt für eine besonders stabile Lage der Kanüle im Gerät. Eine Deckelsicherung verhindert das versehentliche Öffnen. Als einziges Mehrfach-Schussgerät auf dem Markt ist das CORAZOR-Schussgerät halbautomatisch. Dies ermöglicht es, zunächst die Innenkanüle und im zweiten Schritt die Außenkanüle vorzuschießen, die das Biopsat schneidet. Dadurch drückt sich das kurzzeitig verdrängte Gewebe in die freiliegende Kerbe und die Ausbeute des zu untersuchenden Materials kann verbessert werden.

Nach Informationen von UROMED, Oststeinbek