

Risikoscore für infektgefährdete Wunden

— Bislang standen verbindliche Definitionen für infektgefährdete Wunden nicht zur Verfügung. Als Folge wurden Antiseptika nicht selten zu häufig oder zu lange verwendet. PD Dr. Robert Strohal, Feldkirchen/Österreich, präsentierte bei einem Symposium die vor kurzem publizierte „praxisorientierte Expertenempfehlung zur Einstufung von Risikowunden (wounds at risk, W.A.R. Score)“. Diese Bewertungsskala hilft bei der Entscheidung über den Einsatz von Antiseptika. Die Indikation für diese Substanzen ergibt sich aus der Addition verschiedener Risikofaktoren, die nach einem Punktesystem gewichtet werden. Exogene Faktoren umfassen die Menge und Pathogenität der Erreger und deren Erreich-

barkeit durch Antiseptika. Gefährdet sind beispielsweise verschmutzte Wunden (nach Schuss, Biss oder Trauma), Wunden mit Fremdkörpern oder postchirurgische Wunden nach Eingriffen mit hoher Keimexposition. Endogene Faktoren betreffen Immundefekte, immunsupprimierende Medikamente, Diabetes mellitus, Verbrennungswunden, Malnutrition sowie sehr niedriges und hohes Lebensalter. Polihexamid wurde in der Publikation wegen seines günstigen Nutzen-Risiko-Profiles als antiseptische Referenzsubstanz gewählt. Der Wirkstoff ist im Biozellulose-Wundverband Suprasorb® enthalten. Die Substanz wirkt bei einem breiten Erregerspektrum und überführt Wunden, die mit Methicillin-resistentem

Staphylococcus aureus (MRSA) kontaminiert sind, in MRSA-freie Wunden.

Der Feuchtverband Suprasorb® X + PHMB zeigte sich bei der Behandlung von Brandwunden gegenüber der Standardtherapie mit Silbersulfadiazin-Creme überlegen. Dies geht aus den aktuellen Studienergebnissen von Dr. Andrej Piatkowski de Grzymala, Aachen, hervor: Je 30 Patienten mit einer Verbrennung der Stufe IIa erhielten eine der beiden Therapien. In der Gruppe, die mit der Polihexamid-basierten Wundaufgabe behandelt wurde, zeigte sich eine signifikant geringere Schmerzintensität. Auch in der Kosten-Nutzen-Analyse war der Feuchtverband mit Polihexamid überlegen. *red*

Nach Informationen von Lohmann & Rauscher

Herpes zoster: rechtzeitiger Therapiebeginn zählt

— Das Ziel der Zostertherapie ist die Verkürzung der akuten Krankheitsphase. Komplikationen, wie der kutanen und viszeralen Disseminierung bei Immunsupprimierten, Augenbeteiligung, Befall des ZNS oder kranialer Nerven bei Patienten mit Herpes zoster im Kopfbereich, können durch eine rechtzeitige virostatistische Therapie vorgebeugt werden. Der Behandlungserfolg ist daher abhängig vom Zeitpunkt des Therapiebeginns, der noch während der Virusreplikation erfolgen muss. Die Behandlung sollte so früh wie möglich begonnen werden, vorzugsweise innerhalb von 72 Stunden nach Auftreten der ersten Hauterscheinungen oder innerhalb von 48 Stunden nach Auftreten der ersten Bläschen.

Dringende Indikationen zur antiviralen Therapie sind: Zoster jeder Lokalisation bei Patienten ab dem 50. Lebensjahr, Zoster im Kopf-Hals-Bereich bei Patienten jeden Alters, schwerer Zoster (häorrhagische Läsionen, mehr als ein Segment befallen, aberrierende Bläschen, Schleimhautbeteiligung) am Stamm und an den Extremitäten, Zoster bei immundefizienten Patienten, Zoster bei Patienten mit schwerer Dermatitis atopica und ausgedehnten Ekzemen sowie Zoster bei Kindern/Jugendlichen mit Salizylat- oder Steroid-Dauertherapie..

Für immunkompetente Erwachsene ist die orale systemische antivirale Therapie mit Aciclovir, Brivudin, Famciclovir oder Valaciclo-

vir indiziert. Aciclovir sollte parenteral nicht nur bei Immunsupprimierten, sondern auch bei Komplikationen wie Zoster ophthalmicus verabreicht werden. Die orale Gabe von Famciclovir ist ebenso möglich. Die Virustatika sind in ihrer Wirksamkeit gegen kutane Zosterläsionen nahezu gleichwertig. Die

Dauer des zosterassoziierten Schmerzes ist bei Brivudin, Famciclovir und Valaciclovir verglichen mit Aciclovir signifikant vermindert. Einen großen Vorteil weist Brivudin (Zostex®) durch die Einmaldosierung pro Tag über sieben Tage gegenüber Aciclovir, Famciclovir oder Valaciclovir auf. *red*

Nach Informationen von Berlin Chemie

Langzeitwirkung bei oraler Immuntherapie belegt

Die sublinguale Immuntherapie (SLIT) in Tablettenform hat sich längst von einem empirischen zu einem evidenzbasierten Verfahren in der Therapie der allergischen Rhinitis entwickelt. Die Wirksamkeit und Sicherheit der Behandlung konnten in den letzten Jahren in klinischen Studien klar belegt werden. Die Fünf-Gräser-Tablette Oralair® hat sich sowohl bei Erwachsenen wie auch bei Kindern mit Pollenallergen-induzierter allergischer Rhinitis als effektiv und verträglich erwiesen. Appliziert werden die Tabletten in drei aufeinanderfolgenden Jahren während der Saison und zwei bis vier Wochen präseasonal.

Wie Prof. Dr. Sabina Rak, Göteborg, ausführte, hat die internationale Phase-III-Studie VO53.06 mit insgesamt 633 erwachsenen Patienten gezeigt, dass sich der Effekt im Laufe der dreijährigen Therapie von Saison zu Saison verstärkt. Bereits in der ersten Sai-

son war ein signifikanter Unterschied im AAdSS (auf Bedarfsmedikation adjustierter Symptomenscore) im Vergleich zu Placebo zu beobachten. Der Wert fiel in der Verumgruppe bei zweiwöchiger präseasonaler und kosaisonalen Therapie um 21% niedriger aus. Im zweiten Jahr konnte eine relative Symptomreduktion von 35% und im dritten Jahr von 38% beobachtet werden.

Eine neue Auswertung des ersten therapiefreien Jahres (vierte Saison) ergab, dass der Effekt auch nach Ende der dreijährigen Therapie anhält. Der AAdSS war hier um 29% geringer als in der Placebogruppe.

Dr. Angelika Bischoff

Pressekonferenz und Symposium „Grass&Mites immunotherapy tablets: Consolidating oft the new therapeutic class“, anlässlich des 30. EAACI-Kongresses. Istanbul, 12. Juni 2011. Veranstalter: Stallergenes