

10-valenter Pneumokokken-Impfstoff schließt gefährliche Lücke

— Die Aufnahme der Pneumokokken-Impfung als Standardimpfung in den STIKO-Impfkalender vor drei Jahren zeigt bereits erste Erfolge: Die Inzidenz invasiver Pneumokokken-Erkrankungen konnte mit dem derzeit eingesetzten 7-valenten Impfstoff signifikant reduziert werden, wobei der wesentliche Rückgang mit einer Halbierung der Fälle in der Gruppe der unter Zweijährigen stattfand.

Seit kurzem ist ein neuer Pneumokokken-Konjugatimpfstoff (Synflorix®) erhältlich. Er ist zur Immunisierung von Säuglingen und Kleinkindern gegen invasive Erkrankungen und Mittelohrentzündungen durch *Streptococcus pneumoniae* im Alter zwischen sechs Wochen und zwei Jahren zugelassen. Diese 10-valente Vakzine deckt einen größeren Teil der in Europa verbreiteten Serotypen ab. Zudem wurde ein innovatives Konjugatsystem verwendet. Acht der zehn Pneumokokken-Serotypen sind an Protein D des nicht typisierbaren *Haemophilus influenzae* konjugiert.

Neben den in der bisherigen Vakzine enthaltenen Serotypen sind in dem neuen Impfstoff zusätzlich die Serotypen 1, 5 und 7F enthalten. Gerade 7F ist nach Daten des Robert-Koch-Instituts („PneumoWeb“) der häufigste Serotyp bei Kindern unter zwei Jahren in Deutschland und zudem hoch invasiv. Infektionen mit 7F weisen eine besonders hohe Mortalitätsrate von knapp 15% auf, wie Dr. Kerstin Ludwig, Hamburg, betonte. Damit ist zu erwarten, dass dieser neue Impfstoff eine wichtige Lücke schließt.

In einer tschechischen Studie mit dem 11-valenten Prototyp der Vakzine und dem Endpunkt laborbestätigte akute Mittelohrentzündung bot die Immunisierung Schutz vor den beiden wichtigsten otopathogenen Erregern. Insgesamt wurde im Vergleich mit dem Kontrollarm ein Drittel aller Otitis-media-Fälle verhindert.

Es sei auch zu hoffen, so Ludwig, dass durch die Prävention akuter Mittelohrentzün-

dungen der hohe Antibiotikaeinsatz zurückgeht: Die zunehmende Penicillin- und Makrolidresistenz habe dazu geführt, dass heute schon bei kleineren Infektionen öfters auf Breitspektrumantibiotika ausgewichen wird, und macht bei invasiven Infektionen häufiger den Griff zu Reserveantibiotika notwendig als früher. **wpa**

Symposium „Wichtige Aspekte der Pneumokokkenimpfung“ im Rahmen der 105. Jahrestagung der DGKJ. Mannheim, 4. September 2009. Veranstalter: Glaxo-SmithKline, München

Asthmakontrolltest auch für Kinder

Bei häufigen Atemwegsinfekten und mehrfacher Antibiotikabehandlung im Jahr sollte immer auch an ein mögliches Asthma gedacht werden, gab Dr. Hans-Georg Bresser, Bielefeld, zu bedenken. Eine an den Leitlinien orientierte Therapie eines diagnostizierten Asthmas besteht in der Kombination aus langwirksamem β -Mimetikum, z. B. Salmeterol, und inhalativem Kortikosteroid, z. B. Fluticasonpropionat. Dabei sollte die Therapie möglichst einfach, verlässlich und unkompliziert sein, damit sie auch tatsächlich durchgeführt wird. Bresser präferiert deshalb die Fixkombination aus Salmeterol und Fluticasonpropionat Viani® mite Diskus®. Denn die einfache Handhabung könne die Compliance verbessern – und Non-Compliance ist seinen Ausführungen nach der häufigste Grund für eine unzureichende Asthmakontrolle bei Kindern und Jugendlichen.

Der Status der vorhandenen Asthmakontrolle kann inzwischen mit einem validierten und zuverlässigen Instrument – dem Asthmakontrolltest für Kinder und Jugendliche (Kinder-ACTTM) – auf einfache Weise überprüft werden. Mit vier Fragen an die betroffenen Kinder und drei Fragen an die Eltern können Ärzte zu jeder Zeit den aktuellen Behandlungserfolg und den Grad der vorhandenen Asthmakontrolle realistisch einschätzen. Ein Wert von 20 und darüber bei maximal 27 erreichbaren Punkten bedeutet ein gut kontrolliertes Asthma, ein Punktwert darunter zeigt, dass Handlungsbedarf besteht und eine Therapieoptimierung erforderlich ist. **fk**

Sommorgespräch „Auf und davon – langfristig Urlaub vom Asthma“. Niederpöcking, 8. Juli 2009. Veranstalter: GlaxoSmithKline, München

Kinder-JIA-Register zeigt Erfolge der Etanercept-Behandlung

— Ein früher Therapiebeginn mit Etanercept verbessert die Chance auf den Erfolg der Behandlung von Kindern mit juveniler idiopathischer Arthritis deutlich“, erklärte Dr. Annette Ebert aus St. Augustin. Das demonstrieren aktuelle Analysen der Daten des Kinder-Enbrel®-Registers. Das Register dokumentiert seit 2000 die Therapieverläufe von Patienten, die an juveniler idiopathischer Arthritis (JIA) leiden und mit dem

Tumor-Nekrose-Faktor- α -Blocker Etanercept (Enbrel®) behandelt werden. Enbrel® ist für die Therapie der JIA ab einem Alter von vier Jahren bei Methotrexat-Versagen oder -Unverträglichkeit zugelassen. Aktuell sind mit Stand Juli 2009 die Daten von 1.148 Kindern und Jugendlichen in 58 Zentren – das entspricht 2.185 Patientenjahren – erfasst.

Die aktuellen Studiendaten zeigen, dass die Therapie mit Enbrel® bei 56% der Pa-

tienten innerhalb von drei Monaten die JIA-Symptomatik um 70% verbesserte (PedACR 70), wenn die Therapie innerhalb von 3,2 Jahren nach Symptombeginn eingesetzt hatte. Nach sechs beziehungsweise zwölf Monaten waren es 60% bzw. 69%. „Es profitieren deutlich mehr Patienten als noch im Jahr 2002“, kommentierte Ebert den Vergleich mit früheren Daten des Registers. In den Anfangsjahren der Biologikum-Therapie erreichten nur 39% ein PedACR-70-Ansprechen bei einem Therapiebeginn nach durchschnittlich 5,4 Jahren. Die heute deutlich früher im

Krankheitsverlauf begonnene Behandlung bei deutlich geringerer Schwere der Erkrankung führe also zu einem signifikant gesteigerten Therapieerfolg, fasste Ebert zusammen.

Auch hinsichtlich Sicherheit und Verträglichkeit der TNF- α -Blockade liefert das Re-

gister positive Daten: Die Therapie senkt den Verbrauch an Steroiden und anderen Basistherapeutika. Unter der Behandlung mit Etanercept kommt es zwar häufiger zu Infektionen vor allem der oberen Atemwege, schwere Infektionen wurden unter Etanercept-Monotherapie nicht beobach-

tet. Bei Kombination mit Methotrexat oder Steroiden steigt das Risiko. **koc**

Kinderrheumatologischer Fortbildungsabend im Rahmen des 37. Kongresses der DGRh. Köln, 24. September 2009. Veranstalter: Wyeth Pharma, Münster

Wenn ADHS-Patienten älter werden ...

— Es wird immer klarer erkannt, dass ADHS ein (bleibendes) Problem auch der Adoleszenz und des Erwachsenenalters ist. Das konstatiert auch das aktuelle Sondergutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (www.svr-gesundheit.de), das der Aufmerksamkeitsstörung ein eigenes Kapitel widmet. Zwar bemängelte Dr. Klaus Skrodzki, Forchheim, dass das Papier ohne einen einzigen ADHS-Experten erstellt wurde, denn viele Punkte entsprechen nicht der Versorgungsrealität. Jedoch habe man immerhin dringenden Handlungsbedarf erkannt, was die Versorgung älterer Patienten angeht.

Die Probleme der Betroffenen setzen sich oft bis ins Erwachsenenalter fort: Viele

schaffen z. B. keinen Berufsabschluss, finden keine Anstellung, haben seltener eine feste Partnerschaft und es kommt öfter zu ungewollten Schwangerschaften. Kompetente ärztliche Betreuung ist weiterhin notwendig, ebenso wie Begleithilfen im psychosozialen Bereich.

Nach Daten, die Skrodzki gemeinsam mit der Universität Mainz an über 100 ehemaligen pädiatrischen Patienten erhoben hat, hat jeder zweite junge Erwachsene weiterhin die Diagnose „ADHS“. Bei vielen belastet die Krankheit den Alltag mehr oder weniger schwer. 30% der Befragten nehmen weiterhin ihre Medikation, nun in etwas höherer Dosierung (im Mittel 40 mg Methylphenidat/d) – mangels Zulassung off Label. „Es kann nicht sein, dass die Medikation

mit dem 18. Geburtstag enden muss, weil die Kassen es nicht übernehmen!“ ärgerte sich Skrodzki.

Befürchtungen, wonach sich die Behandlung mit dem Stimulans negativ auf das Wachstum der behandelten Kinder auswirkt, wurden übrigens durch die Erhebung nicht bestätigt. Zwar sieht man unter der Therapie in den ersten Jahren tatsächlich eine messbare Wachstumsverzögerung, aber die Endgröße – nach weiteren Jahren gemessen – weicht kaum von der Körpergröße von Kontrollen ab. Wie inzwischen in mehreren Kohorten beobachtet, kommt es zu einem Aufholwachstum. **wpa**

Symposium „ADHS-Therapie“ im Rahmen der 105. Jahrestagung der DGKJ. Mannheim, 5. September 2009. Veranstalter: Shire Deutschland, Köln

Kopflausmittel: Resistenz ist nicht gleich Therapieversagen!

— Über die Frage, ob Kopfläuse resistent gegen Läusemittel sind, wird spekuliert, seit das Universitätsklinikum Kiel im September die Ergebnisse einer Laboruntersuchung vorgelegt hat: Alle dort untersuchten Läuse wiesen eine Genmutation auf, die sie möglicherweise unempfindlicher gegen insektizide Wirkstoffe (Pyrethrum, Permethrin, Allethrin) machen könnte. Dass der aus Chrysanthenenblüten gewonnene Pyrethrumextrakt auch bei bestehenden, durch Genmutation hervorgerufenen Resistenzen klinisch wirksam ist, belegen indes Daten aus einer aktuellen französischen Studie mit resistenten Anophelesmücken. Zwar trat der sogenannte Kill-Effekt zeitverzögert ein, erreichte aber mit 90% ein klinisch relevantes Ausmaß. Durch die Genmutation bleiben die Parasiten länger als üblich bewegungsfähig.

Diese sogenannte Knock-Down-Resistenz muss jedoch die klinische Wirksamkeit von Läusemitteln nicht zwingend beeinträchtigen.

Wirkungslücken aufgrund spezifischer Pyrethrum-Resistenzen sind kaum verbreitet. Einer der Gründe ist das von synthetischen Insektiziden abweichende Wirkstoffprofil von Pyrethrumextrakt. Pyrethrum besteht aus sechs wirksamen Bestandteilen mit unterschiedlicher chemischer Struktur, die unabhängig voneinander die Laus schädigen. Betrifft die Mutation lediglich die paralyisierenden Wirkstoffkomponenten (Knock-Down-Effekt), beeinflusst dies nicht zwangsläufig die Aktivität anderer Bestandteile, die primär für den Kill-Effekt verantwortlich sind. Ferner wird Pyrethrum in Arzneimittelform (Goldgeist® forte) mit dem Synergisten Piperonylbutoxid kombi-



Foto: Stelios Filippou – Fotolia

Wenn's weiter juckt: Nicht immer muss es eine Resistenz sein.

nirt. Piperonylbutoxid gilt als verlässlicher Resistenzbrecher, auch bei bereits vorliegenden Resistenzen.

Nach Informationen von Gerlach, Lübbecke