

Therapie der GAD

Kostenfrei Punkte sammeln: In dem neuen Angebot www.springermedizin.de/Pfizer-Fortbildung ist aktuell die Fortbildung „Generalisierte Angststörung“ (GAD) von Professor David Baldwin, Southampton, UK, erschienen. Die GAD ist mit erheblichen Komorbiditäten verbunden und geht für die Betroffenen mit großen persönlichen und wirtschaftlichen Belastungen einher. Zu den Therapieoptionen gehören der maßvolle Einsatz von Psychopharmaka sowie die Anwendung evidenzbasierter psychotherapeutischer Interventionen. Ziel der Therapie ist die Verbesserung der Lebensqualität und Verringerung des Auftretens von Komorbiditäten. Zur First-Line-Behandlung der GAD empfiehlt die World Federation of Societies of Biological Psychiatry SSRI (Escitalopram und Paroxetin), SNRI (Venlafaxin, Duloxetin) und den Kalziumkanalmodulator Pregabalin. Zusätzlich zur medikamentösen Therapie oder auch als einzige Behandlung können psychotherapeutische Verfahren zu Anwendung kommen – vorzugsweise eine kognitive Verhaltenstherapie. Der Kurs informiert sehr ausführlich über die zur medikamentösen Therapie infrage kommenden Substanzen und deren spezifische Wirkungen, Neben- und Wechselwirkungen.

Nach Informationen von Pfizer

Zusatzbehandlung bei Epilepsie

Vimpat® (Lacosamid) hat für die Zusatzbehandlung bei Erwachsenen mit fokaler Epilepsie in der Europäischen Union die Marktzulassung erhalten. Therapien in Form einer Einzelauf-sättigungsdosis (200 mg) zu initiieren. Die Behandlung wird mit einer Erhaltungstherapie mit Lacosamid (100 mg 2 x/d) nach etwa 12 Stunden fortgeführt. Der behandelnde Arzt kann somit zwischen zwei Optionen wählen: entweder den Therapieeinstieg mit der Standarddosierung oder alternativ mit der einmalig zu verabreichenden Auf-sättigungsdosis.

Nach Informationen von UCB

Multiple Sklerose

Frühzeitig an das langfristige Outcome denken

Bei der schubförmigen Multiplen Sklerose sollte man mit einer Eskalationstherapie nicht zu lange warten, wenn der Patient trotz Basistherapie weiter Schubaktivität zeigt. Denn auch in diesem Krankheitsstadium gebe es ein „Window of Opportunity“ mit den größten Chancen, die Krankheitsaktivität anhaltend zu reduzieren, mahnte Professor Hans-Peter Hartung, Düsseldorf. Dass auch in der Eskalationstherapie ein solches Zeitfenster existiert, innerhalb dessen Patienten mit hoher Krankheitsaktivität von einer rechtzeitigen Umstellung am meisten profitieren, zeigen laut Hartung die inzwischen bis zu einer Therapiedauer von sieben Jahren vorliegenden Extensionsstudien für Fingolimod (Gilenya®). Es komme darauf an, die Entscheidung rasch zu fällen, wenn der Patient die Indikation für eine Eskalationstherapie erfülle. Die Basistherapie weiterzuführen und auf einen Therapieerfolg zu hoffen, sei die falsche Strategie, meinte Hartung. Die Verläufe in den großen Phase III-Studien (FTY720 Research Evaluating Effects of Daily Oral Therapy in Multiple Sclerosis; n = 1.272 und FREEDOMS II; n = 1.083) nach zwei und vier Jahren zeigen, dass der frühzeitige Einsatz von Fingolimod Vor-

teile bietet. Denn die frühzeitig mit Fingolimod behandelten Patienten hätten im Vergleich zu den erst später von Placebo auf Fingolimod umgestellten Patienten eine anhaltend geringere Schubaktivität und weniger Krankheitszeichen im MRT aufgewiesen, so Hartung. Die Extensionsstudie der TRANSFORMS-Basisstudie habe nach 4,5 Jahren zudem gezeigt, dass die weiterhin mit Interferon-beta 1a i. m. behandelten Patienten schlechter abschneiden als die mit Fingolimod behandelten Patienten.

In einer Analyse der Phase-II/III-Basis- und Extensionsstudien mit Fingolimod wurden die Sicherheitsdaten von 3.553 Teilnehmern (9.070 Patientenjahre) ausgewertet. Die Daten zeigen keinen Hinweis, dass sich das Sicherheitsprofil mit wachsender Behandlungsdauer verschlechtert, so Hartung. Dies gelte auch für das Auftreten von Infektionen, Blutdruckerhöhung, kardialen Effekten und Malignomen.

Dr. Alexander Kretzschmar, freier Medizinjournalist

Satellitensymposium „Growing global experience with once-daily oral fingolimod in MS“ im Rahmen des ECTRIMS 2012, Lyon, 10.10.2012
Veranstalter: Novartis Pharma

Schizophrenie

Therapieziel: psychosoziales Funktionsniveau erhalten

Die wesentlichste Herausforderung für die Therapie schizophrener Patienten bleibe die Adhärenz in Bezug auf die Gesamtbehandlung und insbesondere auf die medikamentöse Behandlung, konstatierte Professor Martin Lambert, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Denn schon ab Tag 14 nach Absetzen der Medikamente steige das Rückfallrisiko stark an.

Etwa 70% der ersterkrankten Schizophreniepatienten nehmen innerhalb von 18 Monaten gar keine Antipsychotika mehr ein oder setzen diese mindestens

einmal ab; mehr als 40% der Ersterkrankten verzichten nach der stationären Erstbehandlung gänzlich auf Antipsychotika [Lambert M et al., J Clin Psychopharmacol 2010; 30: 565–72].

In der Akutbehandlung ist der Erstkontakt mit dem Arzt entscheidend für den weiteren Therapieverlauf, betonte Professor Klaus Wiedemann, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Deshalb müsse bereits hier die Langzeittherapie berücksichtigt werden. Denn die Verschreibung eines komplexen Medikationsschemas können die Patienten