

Jetzt gegen Gürtelrose impfen

Herpes Zoster

Der neuropathische Schmerz nach einer Gürtelrose unterscheidet sich komplett von den üblichen Schmerzen. „Es ist ein einschneidender und durchdringender Schmerz“, betonte PD Dr. Michael Überall, niedergelassener Schmerztherapeut aus Nürnberg. Als Risikofaktoren für eine Post-Zoster-Neuralgie (PZN) infolge einer Gürtelrose nannte Überall die Stärke des Primärschmerzes und die Größe der betroffenen Hautareale. Je älter die Betroffenen seien, desto länger dauere die Neuralgie. Eine PZN-Dauer über 1 Jahr sei bei 35% der 60- bis 69-Jährigen und bei 50% der über 70-Jährigen zu beobachten [1]. „Eine PZN führt zu massiven Einbrüchen der Lebensqualität und Beeinträchtigungen im Alltag“, mahnte der Vize-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Schmerzmedizin (DGS).

Leider beginnt eine Gürtelrose häufig atypisch mit starken Schmerzen. Die typischen Hauteffloreszenzen zeigen sich dann erst Tage später, sagte Dr. Petra Sandow, niedergelassene Allgemeinmedizinerin aus Berlin. Das führe zur Verzögerung der virustatischen Therapie, die nur in den ersten 72 Stunden nach Symptombeginn sinnvoll sei. Sandow schätzt den Anteil ihrer Zoster-Patienten mit atypischem Beginn auf 50%. Einen typischen Beginn beobachtete sie häufiger bei Patienten mit schlechterem Immunsystem.

Sandow und Überall betonten die Bedeutung der Zoster-Impfung. Die Impfung mit einem rekombinanten, adjuvantierten Herpes-Zoster-Totimpfstoff (Shingrix®) wird von der Ständigen Impfkommission (STIKO) als Standardimpfung



für alle Menschen ab 60 Jahren empfohlen. Die Impfpflicht gilt auch für Menschen ab 50 Jahren, die wegen einer Grundkrankheit oder einer Immunsuppression ein erhöhtes Risiko für Herpes Zoster und eine PZN haben. „Auch bei Zoster-Anamnese ist die Impfung sinnvoll“, sagte Sandow. Schließlich erleide jeder Zehnte binnen 10 Jahren ein Zoster-Rezidiv. „Spätestens 1 Jahr nach der Gürtelrose unbedingt impfen!“, forderte die Hausärztin. Sie mache mit ihren Zoster-Patienten gleich einen Termin für die Impfung aus.

Dr. Michael Hubert

Quelle: [1] Kost RG et al. N Engl J Med. 1996;335:32–42; Digitales Pressegespräch „Kein Schmerz wie jeder andere – Auswirkungen von Herpes zoster und Post-Zoster-Neuralgie sowie neue Erkenntnisse aus der Pandemie“, 2. Juni 2022 (Veranstalter: GSK)

COPD-Exazerbationen verhindern

Sekundärprävention

Nach der GOLD-Leitlinie ist eine Exazerbation der COPD als akute Verschlechterung der Symptome definiert, die eine zusätzliche Therapie erforderlich macht. Wenn unter einer dualen Vortherapie keine ausreichende Exazerbationskontrolle erzielt wurde, ist eine Kombination aus einem langwirksamen Anticholinergikum (LAMA), einem langwirksamen Beta-2-Agonisten (LABA) und einem inhalativen Kortikosteroid (ICS) angezeigt. Die verfügbaren ICS unterscheiden sich jedoch in verschiedenen Punkten, erläuterte Prof. Christian Mang, Pharmakologe aus Luxemburg. Die Seitenkette von

Fluticasonfuroat erhöhe die Rezeptoraffinität und somit auch die Verweildauer. Dadurch werde weniger Wirkstoff benötigt, um die angestrebte Wirkung zu erzielen. So könne das Risiko systemischer Nebenwirkungen verringert werden. Fluticasonfuroat (z. B. mit Vilanterol und Umeclidinium in Elebrato® Ellipta®) ist laut Mang ein lokal wirksames und potentes ICS, das bei zulässiger Maximaldosis kaum einen Effekt auf den Kortisolspiegel im Blut hat.

Dr. Christine Willen

Quelle: Virtuelles Symposium „Wendepunkt COPD-Exazerbation: was passiert danach?“, 128. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM), Wiesbaden, 2. Mai 2022 (Veranstalter: Berlin-Chemie)

Kurz notiert

Orale antivirale Therapie bei den ersten COVID-19-Symptomen einsetzen

Mit Blick auf das im Herbst möglicherweise steigende Infektionsgeschehen könnte es sinnvoll sein, mit Patientinnen und Patienten, die ein erhöhtes Risiko für einen schweren COVID-19-Verlauf haben, frühzeitig über die Behandlung einer möglichen SARS-CoV-2-Infektion zu sprechen. Denn Paxlovid™, die erste zugelassene orale antivirale Therapie für symptomatische Patienten, soll laut Fachinformation möglichst früh nach dem Auftreten der Symptome eingenommen werden. Klinische Studien haben gezeigt, dass der antivirale Proteaseinhibitor das Risiko für Krankenhauseinweisung oder Tod jeglicher Ursache bei Patienten, die innerhalb von 5 Tagen nach Auftreten der Symptome behandelt wurden, um 88% im Vergleich zu Placebo senkte. Einer Studie des Robert-Koch-Instituts zufolge haben etwa 36,5 Millionen Menschen ab 15 Jahren ein erhöhtes Risiko für einen schweren COVID-19-Verlauf. *red*

Quelle: Nach Informationen von Pfizer