



Beil. 3. Therapie Woche
1.11.00

Unter dem Patronat des KHM

ZB MED

Nr. 4 Journal Report Sept. 2001

Texte und Redaktion: Dr. Silva Keberle; Dr. Eva Ebnöther; Mechtild Heinrich, Ärztin
Kommentare in dieser Nummer: Dr. Werner Bauer, Küsnacht;
Dr. Hans Stalder, Genf; Dr. Werner Ringli, Nidau

INHALT

- Weniger Frakturen bei Osteoporose dank Parathormon
- Welche Behandlung bei Dyspepsie?
- Resistenzen gegen Tuberkulostatika – ein zunehmendes Problem
- Längere Konsultation – zufriedene Patienten
- Wie effizient ist das Placebo?
- Rauchstopp bei depressiven Patienten
- Statine bald auch als Prävention für die Alzheimer-Krankheit?
- Endarterektomie der Karotis: bei älteren Patienten noch sinnvoll?
- Atmen und Schnarchen
- Weniger Katarakte unter einer Hormonsubstitutionstherapie
- Frakturen als Nebenwirkungen einer Prostatahyperplasie-Therapie
- Automatische Defibrillatoren in jeder Praxis
- Sympathomimetika anstatt inhalativer Glukokortikoide bei Asthma?
- Chronische Kopfschmerzen: Kombinationstherapie wirkt besser
- Junge Raucherinnen werden zu Bewegungsmuffeln
- Kondome verringern Ansteckung mit genitalen Herpes-simplex-Viren
- Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten: keine Wirkung bei Asthma
- Arteriosklerose-Risiko: Welche Laborparameter sind relevant?
- Gefährliches Ohr-Pearcing

Weniger Frakturen bei Osteoporose dank Parathormon

- 1 Zahlreiche ältere Patienten, vor allem Frauen, sind von Osteoporose betroffen. Die Folgen sind Schmerzen, Frakturen und oft Invalidität. Unter den heute
- 2 routinemässig eingesetzten Medikamenten nimmt zwar die Knochenresorption ab und die Knochendichte zu, die normale Knochenmasse wird aber nicht wieder hergestellt. Parathormon beeinflusst die Bildung und Resorption von
- 3 Knochen. Je nach Art der Verabreichung resultiert ein Zuwachs oder Verlust von Knochenmasse. Die einmal tägliche
- 3 Injektion von Parathormon führt zu einem Nettozuwachs, ohne eine Hyperkalzämie zu verursachen. Ob sich dadurch Frakturen vermeiden lassen, ist nicht bekannt.
- 4 Zur Klärung dieser Frage erhielten 1637 postmenopausale Frauen mit bereits bestehenden Wirbelfrakturen entweder 20
- 4 oder 40 µg Parathormon (Aminosäuren 1-34) oder Placebo. Zu Beginn und am
- 5 Ende der Studie wurde die Wirbelsäule konventionell geröntgt. Zudem wurde
- 5 mehrmals die Knochendichte mittels DEXA (dual-energy x-ray absorptiometry) bestimmt. Im Verlauf der Behandlungsdauer von durchschnittlich 18 Monaten
- 5 erlitten 14% der Frauen in der Placebogruppe neue Wirbelfrakturen gegenüber
- 6 5% bzw. 4% unter 20 bzw. 40 µg Parathormon (relatives Risiko etwa ein Drittel).
- 6 Das Risiko für andere osteoporotisch bedingte Frakturen halbierte sich von 6%
- 6 unter Placebo auf 3% unter Parathormon. Die Knochendichte nahm unter Parathormon an der Wirbelsäule und am Femur
- 6 dosisabhängig zu, am Radius leicht ab. Unter Placebo hingegen fand fast durchwegs ein Abbau statt. Parathormon verursachte nur leichte Nebenwirkungen wie
- 7 Kopfschmerzen oder Nausea, und dies vor allem in der höheren Dosierung.
- 7 Osteosarkome, wie bei Ratten, entwickelten sich unter Parathormon keine. Eine Behandlung der postmenopausalen
- 7 Osteoporose mit Parathormon senkt das Frakturrisiko, erhöht die Knochenmasse

und zeigt wenig Nebenwirkungen. Obwohl die Wirkung auf die Knochendichte dosisabhängig ist, scheinen 20 µg zu genügen. Bei ebenso guter Reduktion des Frakturrisikos treten weniger Nebenwirkungen auf.

Kommentar: Die Studie dokumentiert zwar durchaus sauber den Effekt von Parathormon auf die Knochenmineralisation und die Frakturhäufigkeit. Zugeführt wurde das Hormon via tägliche Selbstinjektion über durchschnittlich 18 Monate. Eine praktisch brauchbare Empfehlung kann aber nicht abgeleitet werden, da die Methode weder hinsichtlich Wirksamkeit noch Wirtschaftlichkeit mit anderen etablierten Behandlungsmöglichkeiten verglichen wird.
Werner Bauer

Quelle: N Engl J Med 2001;344:1434-41

Welche Behandlung bei Dyspepsie?

Epigastrische Schmerzen und Sodbrennen sind häufig und führen die Patienten oft zum Arzt. Da meist keine organische Ursache gefunden wird, stellt sich die Frage, ob zuerst genauer abgeklärt oder direkt mit einer empirischen Therapie begonnen werden soll. Oft werden Endoskopen durchgeführt, ohne dass ein pathologischer Befund erhoben werden kann. Falls nur Patienten endoskopiert würden, die im Helicobacter-Schnelltest positiv sind («test and endoscopy»-Strategie), würde man vielleicht häufiger peptische Ulzera finden, bei denen eine Eradikationstherapie wirksam ist, und könnte so die Zahl der Endoskopien senken. In der hier vorgestellten britischen Studie wurde diese Hypothese geprüft. Die Autoren verglichen die Kosten und den Nutzen des herkömmlichen Vorgehens (empirische Gabe von Antazida oder Zuweisung zum Spezialisten) mit der «test and endoscopy»-Strategie. In die Studie wurden 478 Patienten mit mindes-

Zs. A
3109
2001, Beil. -
ZB MED