

Welche <b>Bildgebung</b> für welchen Zweck?	<i>Curr Opin Neurol</i>	19
Kontinuierliche <b>Rezeptorstimulation</b> lohnt		19

### Restless-Legs-Syndrom

Hat <b>jeder Zehnte</b> ein RLS?	<i>Sleep Med</i>	20
<b>Dopaminagonist</b> rasch und anhaltend wirksam		20
Wie zuverlässig ist die <b>IRLS</b> ?	<i>Sleep Med</i>	20

### Schizophrenie

<b>Zukunftsweisende</b> Forschungsergebnisse präsentiert		21
<b>Psychose und Übergewicht</b>	<i>Schizophr Res</i>	21
Neues Forum zur Vernetzung der <b>PIA's</b>		22
<b>Antipsychotika</b> bei Erstmanifestation	<i>Am J Psychiatry</i>	22
Schizophrenie und <b>Sucht</b>	<i>J Clin Psychiatry</i>	22
<b>Erhöhtes Suizidrisiko</b> bei Schizophrenie	<i>Schizophr Res</i>	24
Gibt es ein spezielles <b>Schizophrenie-Profil</b> ?	<i>Acta Psychiatr Scand</i>	24
<b>Depotformulierung</b> fördert die Compliance		24

### Schmerz

<b>CME: Schmerzlinderung</b> durch zweiseitige Bestrahlung bei postherpetischer <b>Trigeminusneuralgie</b>	<i>J Neurosurg</i>	25
<b>Wirksame Akuttherapie</b> mit Triptan?	<i>Headache</i>	25

### Varia

<b>CME: Essattacken</b> bei Nacht	<i>Sleep</i>	26
<b>CBT</b> bei asthmatischen Kindern	<i>Can J Psychiatry</i>	26
<b>Galantamin</b> bei Alzheimer-Demenz		27
Neues <b>Botulinum Neurotoxin Typ A</b>		27
<b>Nebenwirkung sexuelle Dysfunktion</b>	<i>J Clin Psychiatry</i>	27

### Vaskuläre Erkrankungen

Mit <b>MRT Schlaganfallrisiko</b> vorhersagbar	<i>Am J Neuroradiol</i>	28
<b>Risikoadaptierte Therapie</b> zur Sekundärprophylaxe		28
<b>Schlaganfallrisiko</b> durch <b>Hyperhomocysteinämie</b> ?	<i>Eur J Neuro</i>	29
Schützt die <b>ASS-Einnahme</b> den Patienten?	<i>Stroke</i>	29
<b>Starker Atorvastatin-Effekt</b> in SPARCL		29

### Med-Infos

<b>IM FOKUS: Ausgewählte Studien für ausgewählte Leser</b>	6
--	---

### FORSCHUNG & ENTWICKLUNG

<b>@ SITE-SEEING ESSSTÖRUNGEN</b> im Internet	28
---	----

### Impressum

<b>Bestellcoupon</b>	21
----------------------	----

## WAS BEDEUTEN DIE SYMBOLE?

- |                                |  |
|--------------------------------|--|
| <b>A</b> Anwendungsbeobachtung | <b>M</b> Metaanalyse                       |
| <b>C</b> Fall-Kontroll-Studie  | <b>R</b> Randomisiert-kontrollierte Studie |
| <b>F</b> Fallbericht           | <b>S</b> Sonstige Studienarten             |
| <b>K</b> Kohortenstudie        | <b>U</b> Übersicht                         |

## CGI-Einschätzung bei Depression zuverlässig?

**Ältere depressive Patienten scheinen die Besserung ihrer Symptome deutlich wahrnehmen und artikulieren zu können. Korrelieren ihre Angaben auch mit gängigen Depressionskalen?**

In zwei Kohortenstudien wurden 56 depressive Patienten (> 60 Jahre) mittels CES-D bzw. HAM-D-Skala untersucht. Die Selbsteinschätzung nach Clinical Global Impressions of Change (CGI-C) korrelierte gut mit den Skalenwerten: Eine mindestens „starke Besserung“ der depressiven Symptomatik entsprach auf der HAM-D-Skala einer Reduktion um mindestens 50%.

Die Präzisierung der Response durch CGI-C zeigte eine Sensitivität von 87,5% und eine Spezifität von 74,2%.

Liegen bei einem Patienten keine Ratingskalenwerte vor, kann der Therapieerfolg anhand der Selbsteinschätzung gut bewertet werden. (MF)

**Datto CJ et al.:** Older adult report of change in depressive symptoms as a treatment decision tool. *J Am Geriatr Soc* 54 (2006) 627-631  
 ✖ Bestellnr. der Originalarbeit 062940

## Doppelt serotonerger SSRI

### Behandlungsvorteile gegenüber SNRI

**Frühes Ansprechen, hohe Raten anhaltender Remissionen und starke Wirksamkeit auch bei schwer Depressiven kennzeichnen die Therapie mit dem doppelt serotonergen SSRI Escitalopram. Nun wurde er mit dem serotonerg und noradrenerg wirkenden (SNRI) Venlafaxin verglichen.**

Die Analyse umfasste 243 bzw. 240 Patienten, die im Rahmen zweier randomisierter Studien Escitalopram (10 oder 20 mg bzw. 20 mg/d) respektive Venlafaxin XR (75 oder 150 mg bzw. 225 mg/d) erhalten hatten.

Im primären Wirksamkeitsmaß, den Änderungen der Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) in Woche 8 gegenüber Baseline, ergab sich eine vergleichbare Wirksamkeit, allerdings setzte

die Wirkung des SSRI im Vergleich der niedrigen Dosierungen bei den mittelschwer depressiven Patienten schneller ein (Woche 1 bzw. 4:  $p < 0,01$  bzw.  $< 0,05$ ). In der Subgruppe von Patienten mit schwerer Depression (Baseline-MADRS  $\geq 30$ ), kam es unter 20 mg/d Escitalopram zu einer signifikant stärkeren Besserung der MADRS-Gesamtwerte als unter 225 mg/d Venlafaxin XR ( $p < 0,05$ ). Bei diesen Patienten führten 20 mg/d

Escitalopram zu einer erheblich und signifikant höheren Remissionsrate in Woche 8 als 225 mg/d Venlafaxin XR (47% vs. 29%). In keiner der MADRS-Auswertungen war der SNRI Escitalopram signifikant überlegen, in allen einzelnen MADRS-Items schnitt Escitalopram teils signifikant, zumindest aber numerisch, günstiger ab.

7,5% der Patienten in der Escitalopram- und 11,2% in der Venlafaxin-Gruppe brachen die Therapie nebenwirkungsbedingt ab. Ferner war die durchschnittliche Zahl an Absetzsymptomen in Woche 9 mit 5,0 vs. 2,4 in der SNRI-Gruppe signifikant größer als bei den Escitalopram-Behandelten. Die Ergebnisse sprechen für ein günstigeres Nutzen-/Risiko-Verhältnis von Escitalopram und eine Überlegenheit gerade bei den schwerer Depressiven. (JL)

### Escitalopram: Cipraxel®

**Montgomery SA, Andersen HF:** Escitalopram versus venlafaxine XR in the treatment of depression. *Int Clin Psychopharmacol* 21 (2006) 297-309  
 ✖ Bestellnr. der Originalarbeit 063821