

Ergebnisse

Neugeborene von Frauen mit unbehandelter bipolarer Störung hatten ein erhöhtes Risiko für einen Mikrozephalus sowie für eine neonatale Hypoglykämie. Von den unbehandelten Frauen mit bipolarer Störung brachten 3,9% ein Kind mit Mikrozephalus zur Welt, verglichen mit 2,3% der gesunden Frauen (Odds-Ratio [OR] 1,68; 95%-Konfidenzintervall [95%-KI] 1,07–2,62). Bei den behandelten Frauen betrug diese Zahl 3,3% (OR 1,26; 95%-KI 0,67–2,37). Ebenso hatten Kinder unbehandelter Frauen ein erhöhtes Risiko für eine neonatale Hypoglykämie. Diese trat bei ihnen in 4,3% (n=24) der Fälle auf, bei Kindern gesunder Frauen in 2,5% der Fälle (OR 1,51; 95%-KI 1,04–2,43) und bei Kindern behandelter Frauen mit bipolarer Störung in 3,4% der Fälle (OR 1,18; 95%-KI 0,64–2,16). Ähnliche Tendenzen stellten die Autoren für das Risiko der Geburt eines zu kleinen oder leichten Kindes in Bezug auf das Gestationsalter fest. Bei Neugeborenen von Frauen mit behandelter bipolarer Störung traten ge-

häuft Fehlbildungen auf, und zwar abhängig vom eingenommenen Psychopharmakon bei bis zu 3,5% der Kinder. Bei Kindern gesunder Frauen wurden Fehlbildungen in 2% (n=6517) und bei Kindern unbehandelter Frauen in 1,9% (n=11) der Fälle festgestellt. Sowohl behandelte als auch unbehandelte Frauen hatten ein um 50% erhöhtes Risiko für eine Frühgeburt (Entbindung vor der 37. Schwangerschaftswoche) gegenüber gesunden Frauen.

Kommentar

Die Studie zeigt, dass Kinder von Frauen mit bipolarer Störung ein erhöhtes Risiko für neonatale Komplikationen haben. Es konnten jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen Frauen, die mit Psychopharmaka behandelt wurden, und unbehandelten Frauen festgestellt werden. Die Wissenschaftler folgern daraus, dass stimmungsstabilisierende Medikamente wahrscheinlich nicht der einzige Grund für neonatale Komplikationen seien. Der

genaue Einfluss einer medikamentösen Behandlung bleibt damit unklar.

In einem Editorial zur Studie wird betont, wie wichtig es sei, dass schwangere Frauen mit bipolarer Störung eine medikamentöse Phasenprophylaxe erhalten [2]. Frauen sollten über die Möglichkeiten der Therapie und die Gefahren einer unbehandelten bipolaren Störung für sich selbst und das Kind intensiv beraten werden. Weiterhin wies der Kommentator darauf hin, dass die medikamentöse Therapie nur *eine* Säule der Behandlung sein dürfe. Nach Möglichkeit sollten den Frauen neben finanziellen auch soziale Hilfsmöglichkeiten aufgezeigt werden.

Quellen

1. Bodén R, et al. Risks of adverse pregnancy and birth outcomes in women treated or not treated with mood stabilisers for bipolar disorder: population based cohort study. *BMJ* 2012;345:e7085.
2. Gentile S. Bipolar disorder in pregnancy: to treat or not to treat? *BMJ* 2012;345:e7367.

Dr. Marianne Schoppmeyer,
Nordhorn

Schizophrenie

Mit einem Depot-Präparat zur besseren Adhärenz

Bei der Schizophrenie bestehen in der ersten Erkrankungsphase die größten langfristigen Heilungschancen. Gerade bei dieser Klientel ist aber die Adhärenz besonders schlecht, mit der Folge von Rezidiven, wobei jede weitere Episode das kurative Eingreifen erschwert. Psychiatrische Fachärzte diskutierten daher auf dem DGPPN-Kongress im November 2012 in Berlin den Einsatz retardierter Antipsychotika. Berichtet wurde von neuen Veröffentlichungen zum Thema orale versus Depot-Antipsychotika. In der klinischen Praxis erlangen Depot-Präparate eine zunehmende Bedeutung.

Es gibt drei neuere Arbeiten zum Thema unterschiedlicher Formulierungen antipsychotischer Substanzen. Zum ersten eine Metaanalyse über zehn randomisierte Longitudinalstudien über mindestens ein Jahr; eingeschlossen wurden Arbeiten ab 1970. Bei den 1672 Patienten wurde mit der oralen Medikation eine Rückfallrate von 33,3% beobachtet, mit Depotpräparaten waren es 21,6%. Die Abbruchraten,

aufgrund fehlender Wirksamkeiten, lagen bei oraler Einnahme bei 29,6% versus 20,6% bei einer Depot-Formulierung [1].

Option nicht nur bei Problempatienten

In einer weiteren Untersuchung wurden Verordnungs-Datenbanken in Finnland zwischen 2000 und 2007 von 2588 Schizophrenie-Patienten mit Erst-

hospitalisierung ausgewertet. Hierbei war das Risiko von Therapieabbrüchen unter Depot im Vergleich mit einer oralen Medikation signifikant niedriger (Hazard-Ratio [HR] 0,41, 95%-Konfidenzintervall [95%-KI] 0,27–0,61, $p < 0,0001$).

Das Risiko für eine Rehospitalisierung unter Depot-Antipsychotika betrug nur etwa ein Drittel von dem unter einer oralen Medikation (HR 0,36, 95%-KI 0,17–0,75) [2].

Die dritte Studie resultiert aus Ergebnissen der CGS-Gruppe (Cohort for the general study of schizophrenia) in Frankreich. Hier wurden die Daten von 1859 Patienten danach ausgewertet, welche Auswirkungen Risperidon-Depot auf die Hospitalisierungsraten hatte; und zwar im Vergleich mit allen anderen Antipsychotika, egal ob als Depot-Präparat oder oral. Erst in der sekundären Analyse wurde nochmals zwischen oraler und Depot-Formulierung unterschieden. In der Monotherapie senk-

te Risperidon-Depot die Hospitalisierungsrate um 50% im Vergleich mit allen anderen Antipsychotika. Die fast gleiche Risikoreduktion wurde gegen andere Depot-Präparate und gegen die orale Einnahme errechnet. Alle Ergebnisse waren signifikant [3]. Aufgrund dieser Zahlen sollten Depot-Präparate nicht nur bei Patienten mit mehreren Rückfällen, sondern vermehrt auch bei Ersterkrankung angewendet werden.

Vorteile retardierter Formulierungen mit Patienten besprechen

Auch wenn Akutpatienten sich nach erster Behandlung und Edukation einsichtig zeigen, möchten sie doch in ihrem Alltag nicht ständig durch die Tabletteneinnahme an ihre Krankheit erinnert werden; das ist eine praktische Erfahrung vieler Ärzte. Wohl ruft ein Depot-Präparat – „etwas das längerfristig im Körper wirkt“ – Widerstände hervor. Hier hilft eine Motiva-

tion des Patienten. Diese erfolgt etwa in Form einer Darstellung des Problems von Nonadhärenz mit all seinen Folgen. Dem gegenübergestellt wird die Aussicht darauf, seine Selbständigkeit zurückzuerlangen. Hinzukommt die Freiheit, nicht täglich Tabletten nehmen zu müssen.

Als *Kasuistik* wurde über eine 19-jährige Patientin berichtet, die 2012 wegen paranoider Schizophrenie bereits zum zweiten Mal stationär aufgenommen wurde. In der ambulanten Therapie entwickelte sie bereits unter niedrigen Risperidon-Dosen extrapyramidale Symptome. Unter Olanzapin nahm sie deutlich an Gewicht zu und brach die Therapie ab. Nach Psychoedukation und Einstellung auf eine Depot-Medikation mit Paliperidonpalmitat (Xepion[®], 100 mg monatlich intramuskulär in den Oberarm injiziert) konnte die Patientin wieder ihren Alltag bewältigen und das zuvor abgebrochene Abitur nachholen.

Quelle

Prof. Dr. med. Martin Lambert, Hamburg-Eppendorf, Prof. Dr. med. Klaus Wiedemann, Hamburg-Eppendorf; Dr. med. Thomas Aubel, Dortmund, Sybille Hornung-Knobel, München, Ute Herrmann, Berlin. Satellitensymposium „Diskussionsforum Schizophrenie: Mehr Zukunft für jeden Patienten – Fälle aus der Praxis“, veranstaltet von Janssen-Cilag GmbH im Rahmen des Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), Berlin, 22. November 2012.

Literatur

1. Leucht C, et al. Oral versus depot antipsychotic drugs for schizophrenia – a critical systematic review and meta-analysis of randomised long-term trials. *Schizophr Res* 2011;127:83–92.
2. Tiihonen J, et al. A nationwide cohort study of oral and depot antipsychotics after first hospitalization for schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2011;168:603–9.
3. Grimaldi-Bensouda L, et al. Does long-acting injectable risperidone make a difference to the real-life treatment of schizophrenia? Results of the Cohort for the General study of Schizophrenia (CGS). *Schizophr Res* 2012;134:187–94.

Reimund Freye, Baden-Baden

Psychopharmakotherapie

Arzneimitteltherapie psychischer und neurologischer Erkrankungen

Herausgeber

Prof. Dr. G. Laux (federführend), Kliniken des Bezirks Oberbayern (Kbo), Inn-Salzach-Klinikum, Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Neurologie, Gabersee 7, 83512 Wasserburg a. Inn
Prof. Dr. H.-J. Möller, Psychiatrische Klinik und Poliklinik der Universität, Nussbaumstraße 7, 80336 München
Prof. Dr. W. E. Müller, Pharmakologisches Institut, Biozentrum Niederursel, Universität Frankfurt, Max-von-Laue-Str. 9, 60438 Frankfurt/M.
Prof. Dr. Heinz Reichmann, Neurologische Universitätsklinik, Fetscherstr. 74, 01307 Dresden
Prof. Dr. Jürgen Fritze, Astenweg 65, 50259 Pulheim

Redaktion

Dr. Heike Oberpichler-Schwenk (Leitung), Birgit Hecht, Dr. Tanja Liebing, Dr. Tanja Sauße
Birkenwaldstraße 44, 70191 Stuttgart
Tel.: (07 11) 25 82-234, Fax: -283
E-Mail: ppt@wissenschaftliche-verlagsgesellschaft.de

Verlag

Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart
Birkenwaldstraße 44, 70191 Stuttgart
Postfach 10 10 61, 70009 Stuttgart
Tel.: (07 11) 25 82-0, Fax: -290
www.wissenschaftliche-verlagsgesellschaft.de

Geschäftsführung

Dr. Christian Rotta, Dr. Klaus G. Brauer

Anzeigen

Leitung Media: Kornelia Wind (verantwortlich), Birkenwaldstraße 44, 70191 Stuttgart
Tel.: (07 11) 25 82-245, Fax: -252

Mediaberatung und -disposition: Karin Hoffmann, Stuttgart, Tel. (07 11) 25 82-242, Fax: -263, E-Mail: khoffmann@wissenschaftliche-verlagsgesellschaft.de

Mediaberatung: Dr. Axel Sobek, Kurt-Schumacher-Str. 54, 50374 Erftstadt
Tel. (022 35) 77 07 54, Fax: -53, E-Mail: asobek@wissenschaftliche-verlagsgesellschaft.de
Anzeigentarif: Zurzeit gültig Nr. 20 vom 1.10.2012

Abonnenten-Service

Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart
Postfach 10 10 61, 70009 Stuttgart
Tel.: (07 11) 25 82-353/352/357, Fax: -390
E-Mail: service@wissenschaftliche-verlagsgesellschaft.de

Bezugsbedingungen

Die „Psychopharmakotherapie“ erscheint sechsmal jährlich. Preis im Abonnement jährlich € 109,- zzgl. Versandkosten (Inland € 21,80; Ausland € 35,-), Einzelheft € 23,- (versandkostenfrei), Preise jeweils inkl. MwSt.; Preisänderungen vorbehalten. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung sowie der Verlag entgegen. Das Abonnement hat eine Laufzeit von 12 aufeinander folgenden Monaten, falls nicht befristet bestellt, und verlängert sich um jeweils weitere 12 Monate, wenn es nicht bis spätestens 6 Wochen vor Ende der Laufzeit beim Verlag gekündigt wird. Die Post sendet Zeitschriften auch bei Vorliegen eines Nachsendeantrags nicht nach! Deshalb bei Umzug bitte Nachricht an den Verlag mit alter und neuer Anschrift.

Urheber- und Verlagsrecht

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Annahme des Manuskripts gehen für die Zeit bis zum Ablauf des Urheberrechts das Recht zur Veröffentlichung sowie die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken, Fotokopien und Mikrokopien an den Verlag über. Eingeschlossen sind insbesondere auch das Recht zur Herstellung elektronischer Versionen sowie das Recht zu deren Vervielfältigung und Verbreitung online und offline ohne zusätzliche Vergütung. Jede Verwertung außerhalb der durch das Urheberrecht festgelegten Grenzen ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. – Mit Namen gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Der Verlag haftet nicht für unverlangt eingereichte Manuskripte. Die der Redaktion angebotenen Originalbeiträge dürfen nicht gleichzeitig in anderen Publikationen veröffentlicht werden.

kennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Der Verlag haftet nicht für unverlangt eingereichte Manuskripte. Die der Redaktion angebotenen Originalbeiträge dürfen nicht gleichzeitig in anderen Publikationen veröffentlicht werden.

Gebrauchsnamen

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen und dgl. in dieser Zeitschrift berechtigt nicht zu der Annahme, dass solche Namen ohne Weiteres von jedermann benutzt werden dürfen; oft handelt es sich um gesetzlich geschützte eingetragene Warenzeichen, auch wenn sie nicht als solche gekennzeichnet sind.

Hinweis

Wie jede Wissenschaft sind Medizin und Pharmazie ständigen Entwicklungen unterworfen. Soweit in dieser Zeitschrift Dosierungen, Applikationen oder Laborwerte erwähnt werden, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass Herausgeber, Autoren und Redaktion sehr sorgfältig darauf geachtet haben, dass diese Angaben dem aktuellen Wissensstand entsprechen. Für Angaben über Dosierungsanweisungen, Applikationsformen und Laborwerte kann von Redaktion und Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. Jeder Benutzer ist angehalten, durch sorgfältige Prüfung der Fachinformation der verwendeten Präparate oder gegebenenfalls durch Konsultation von Spezialisten festzustellen, ob die Empfehlung für Dosierungen und die Angaben zu Indikationen und Kontraindikationen gegenüber den Angaben in der Zeitschrift abweichen. Benutzer sollten ihnen auffallende Abweichungen der Redaktion mitteilen.



© 2013 Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart, Birkenwaldstr. 44, 70191 Stuttgart
Printed in Germany

IA-MED geprüft Facharzt-Studie 2012

Druck und buchbinderische Verarbeitung

W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Augsburg Str. 722, 70329 Stuttgart