

Krankenhaus oder einer Medikationsänderung, sowie in der Prävention depressiver beziehungsweise manischer Episoden sind in **Tabelle 2** dargestellt. Schwerwiegende unerwünschte Ereignisse traten bei 16 der randomisierten Patienten auf: sieben bei Patienten unter Valproinsäure, fünf in der Lithium-Gruppe und vier unter der Kombination. Ein möglicher Zusammenhang mit der Studienmedikation bestand bei einem schweren unerwünschten Ereignis, einem Fall von polyzystischen Ovarien in der Kombinations-Gruppe.

Fazit

Bei Patienten mit Bipolar-I-Störungen war die Kombination aus Lithium plus Valproinsäure der alleinigen Gabe von Valproinsäure in der Phasenprophylaxe überlegen. Der Unterschied zwischen der Kombination und der Lithium-Monotherapie war nicht signifikant. Beim Vergleich der beiden Monotherapien schnitt Lithium besser ab als Valproinsäure, insbesondere in der Prävention depressiver Episoden. Eingeschränkt wird die Aussagekraft der vorliegenden Studie durch das Studiendesign: hier sind zum einen die bis zu acht Wochen dauernde „Testphase“ zu nennen, in der die

Tab. 1. Vergleich des Risikos für das Eintreten des primären Endpunkts (Intervention aufgrund einer neu auftretenden Episode) zwischen den drei Armen der BALANCE-Studie

	Relatives Risiko	95 %-Konfidenzintervall	p-Wert
Kombination* versus Valproinsäure	0,59	0,42–0,83	0,0023
Kombination* versus Lithium	0,82	0,58–1,17	0,27
Lithium versus Valproinsäure	0,71	0,51–1,00	0,0472

* Valproinsäure plus Lithium

Tab. 2. Vergleich der Wirksamkeit der drei Therapien der BALANCE-Studie: Häufigkeiten [n (%)] verschiedener Interventionen

	Valproinsäure + Lithium (N = 110)	Lithium (N = 110)	Valproinsäure (N = 110)
Krankenhauseinweisung*	16 (15)	22 (20)	25 (23)
Medikationsänderung*	58 (53)	64 (58)	75 (68)
Intervention wegen manischer Episode [#]	30 (27)	40 (36)	49 (45)
Intervention wegen depressiver Episode [#]	39 (35)	35 (32)	50 (45)

* Teilkomponenten des kombinierten primären Endpunkts, [#] sekundäre Endpunkte

Verträglichkeit von Lithium und Valproinsäure bei allen Probanden getestet wurde. Dadurch sollte sichergestellt werden, dass möglichst wenige Patienten die Studie wegen Nebenwirkungen abbrechen. Dies spiegelt die klinische Realität nicht optimal wider und könnte zu einer Selektion bestimmter Probanden geführt haben. Zum anderen ist die unverblindete Vorgehensweise zu nennen, die ebenfalls zu Verzerrungen geführt haben könnte. Die relativ lange Beobachtungszeit von zwei Jahren orientiert sich an

derzeitigen Leitlinien, die Aussagekraft einer solchen Studie könnte jedoch durch noch längere Zeiträume gesteigert werden.

Quellen

The BALANCE investigators and collaborators. Lithium plus valproate combination therapy versus monotherapy for relapse prevention in bipolar I disorder (BALANCE): a randomised open-label trial. *Lancet* 2010;375:385–95.
 Licht RW. A new balance in bipolar I disorder. *Lancet* 2010;375:350–2.
 Basu D, Fountoulakis KN, Geddes J, et al. The BALANCE trial. *Lancet* 2010;375:1343–4.

*Dr. Barbara Ecker-Schlippf,
 Holzgerlingen*

Zervikale Dystonie

Auch den Schmerz ins Visier nehmen

In der Therapie der zervikalen Dystonie hat sich die Injektion von Botulinumtoxin durchgesetzt. Bei einem Satellitensymposium der Firma Eisai GmbH im Rahmen des 1st International Congress on Treatment of Dystonia in Hannover wurden Botulinumtoxin Typ A und Typ B miteinander verglichen.

Die zervikale Dystonie (Torticollis spasmodicus), eine segmentale Dystonie des Halsbereichs, ist gekennzeichnet durch sich wiederholende, unwillkürliche Kontraktionen der Hals- und Schultermuskulatur, die zu tonischen oder ruckartigen Drehbewegungen oder einer Neigung des Kopfs führen. Als Ursache wird eine Funktionsstörung im Bereich der Basalganglien angenommen.

Bei der Therapie der zervikalen Dystonie sollte das Augenmerk auch auf die Lebensqualität des Patienten gerichtet werden, denn eine häufige Begleiterscheinung dieser Erkrankung sind Schmerzen. Man geht davon aus, dass rund 75 % der Patienten davon betroffen sind. Durch die Schmerzen wird die Lebensqualität der betroffenen Patienten in einem ähnlichen Ausmaß

vermindert wie bei Patienten mit Parkinson-Erkrankung, multipler Sklerose oder schwerem Insult, was sich unter anderem in sozialen und physischen Funktionseinbußen niederschlägt. Das herabgesetzte Selbstwertgefühl, soziale Isolation sowie eine oftmals hinzukommende Arbeitsunfähigkeit gehen nicht selten mit einer depressiven Störung einher. Die Therapie der zervikalen Dystonie sollte sich daher nicht nur auf die dystonen Störungen beschränken, sondern auch die zahlreichen damit assoziierten Beeinträchtigungen berücksichtigen. Obwohl verschiedene Behandlungsoptionen zur Verfügung stehen (z. B. Anticholinergika, selektive periphere Denervierung), ist die Injektion von Bo-

Kein Nachdruck, keine Veröffentlichung im Internet oder Intranet ohne Zustimmung des Verlags!

© Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart, Download von: www.ppt-online.de

tulinumtoxin in die betroffenen Muskelgruppen in der Regel Mittel der ersten Wahl. Für die symptomatische Behandlung der zervikalen Dystonie sind in Deutschland verschiedene Präparate mit Botulinumtoxin Typ A und Typ B zugelassen.

In einer Metaanalyse von drei randomisierten, kontrollierten Studien zeigte sich, dass die Behandlung der zervikalen Dystonie mit Botulinumtoxin Typ B (NeuroBloc®) – bei sonst gleicher Wirksamkeit – Schmerzen im Vergleich zu Placebo und Botulinumtoxin Typ A (z. B. Botox®) stärker reduzierte. Als Maß für die Schmerzreduktion diente die Responderrate, also der Anteil der Patienten, bei denen eine mindestens 20%ige Verbesserung ihres Werts auf der Subskala Schmerz der Toronto Western Spasmodic Torticollis Rating Scale (TWSTR) festgestellt wurde – ein sekundärer Endpunkt der drei in die Metaanalyse eingeschlossenen

Studien. Die Responderraten betragen unter Botulinumtoxin Typ B 49–66 %, unter Botulinumtoxin Typ A 36 % und unter Placebo 19–23 %. Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass Patienten, die eine ausgeprägte Schmerzkomponente aufweisen, mit Botulinumtoxin Typ B besser geholfen werden könnte als mit Botulinumtoxin Typ A.

Quellen

- Prof. Joaquim Ferreira, Portugal, Prof. Mark Lew, USA; Satellitensymposium „Management of Cervical Dystonia: Are we addressing the needs of the Patients?“, veranstaltet von Eisai GmbH im Rahmen des 1st International Congress on Treatment of Dystonia, Hannover, 7. Mai 2010.
- Pappert EL, et al. Botulinum toxin type B vs. type A in toxin-naïve patients with cervical dystonia: Randomized, double-blind, noninferiority trial. *Mov Disord* 2008;23:510–7.
- Lew MF, et al. RimabotulinumtoxinB effects on pain associated with cervical dystonia: results of placebo and comparator-controlled studies. *Int J Neurosci* 2010;120:298–300.

Reimund Freye, Baden-Baden

Neue Bezeichnungen für Botulinumtoxine

Da sich verschiedene Botulinumtoxine in der Wirkstärke unterscheiden, wurden in den USA 2009 neue Wirkstoffbezeichnungen eingeführt, um Verwechslungen zu vermeiden und die Arzneimittelsicherheit zu erhöhen. Das im dort zugelassenen Präparat Myobloc™ enthaltene Toxin B heißt nun RimabotulinumtoxinB, das in Botox™ enthaltene Toxin A OnabotulinumtoxinA und das in Dysport™ enthaltene Toxin A AbobotulinumtoxinA. Es wird deutlich, dass sich auch die beiden hierzulande mit Toxin Typ A bezeichneten Wirkstoffe unterscheiden.

[Quelle: <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/DrugSafetyInformationforHealthcareProfessionals/ucm174949.htm> (Zugriff 19.10.2010).]

Hinweise für Autoren

1. Allgemeine Hinweise

1.1 Die Zeitschrift Psychopharmakotherapie wendet sich an alle Ärzte, die Arzneimittel zur Therapie psychischer oder neurologischer Erkrankungen verwenden. Im Zentrum stehen Übersichts- und Originalarbeiten zu zugelassenen, im Handel befindlichen oder neu auf den Markt kommenden Substanzen. Angenommen werden wissenschaftliche Originalarbeiten, Übersichtsbeiträge, Kasuistiken, Diskussionsbeiträge und Kurzmitteilungen in deutscher Sprache.

1.2 Die Arbeiten dürfen mit dem gleichen Titel in der gleichen Form nicht an anderer Stelle veröffentlicht oder einer anderen Zeitschrift zur Veröffentlichung angeboten worden sein. Mit der Annahme der Arbeit erwirbt die Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart das

ausschließliche Verwertungsrecht im In- und Ausland.

1.3 Das Manuskript ist in digitaler Form einzureichen, vorzugsweise per E-Mail. E-Mail an: ppt@wissenschaftliche-verlagsgesellschaft.de

1.4 Der Eingang des Manuskripts wird von der Redaktion oder von einem Herausgeber bestätigt.

1.5 Über die Annahme der Arbeit entscheiden die Herausgeber in Zusammenarbeit mit anonym bleibenden Gutachtern. Herausgeber und Redaktion können den Autor um Überarbeitung und Kürzung der Arbeit bitten und das Manuskript redigieren.

1.6 Der Autor erhält einen Korrekturabzug, der innerhalb von zwei Wochen zurückgeschickt werden soll.

1.7 Der Autor erhält kostenlos 10 Hefte. Weitere Sonderdrucke können bei Rücksendung der Korrekturfahne gegen Berechnung bestellt werden.

2. Abfassung der Manuskripte

2.1 Manuskripte werden in 1,5fachem Zeilenabstand einseitig auf fortlaufend nummerierten DIN-A4-Blättern mit 5 cm breitem linksseitigem Rand in Maschinenschrift geschrieben. Die Zeilen sollen seitenweise z. B. in 5er-Schritten nummeriert werden. Handschriftliche Zusätze sind zu vermeiden. Der Textumfang sollte 15 Schreibmaschinenseiten nicht übersteigen.

2.2 Jedem Artikel muss eine aussagekräftige Zusammenfassung in deutscher und englischer Sprache vorangestellt werden. Zusätzlich sind 3 bis 5 Schlüsselwörter in Deutsch und Englisch sowie eine englische Überschrift anzugeben.