

## Akuter Hörsturz

### Prednisolon nicht besser als Plazebo

**Eine randomisierte und Plazebo-kontrollierte Studie in Schweden zeigt, dass Glucocorticoide in der Therapie des akuten Hörsturzes unwirksam sind.**

Die Pathophysiologie des plötzlichen idiopathischen Hörsturzes ist unbekannt. Vermutet werden eine Hirnnervenneuritis oder vaskuläre Veränderungen. Im Gegensatz dazu ist für die akute Neuritis vestibularis, die mit heftigem Drehschwindel einhergeht, eine infektiöse bzw. autoimmunologische Genese nachgewiesen. Die Datenlage zur Behandlung des Hörsturzes ist recht dünn. Die bisher publizierten Studien zum Einsatz von Glucocorticoiden zeigten widersprüchliche Ergebnisse.

Die in Schweden durchgeführte prospektive, randomisierte, Plazebo-kontrollierte und multizentrische Studie schloss 103 Patienten ein, von denen für die Auswertung 93 zur Verfügung standen. Eingeschlossen wurden Patienten im Alter zwischen 18 und 80 Jahren, wenn sie einen plötzlichen Hör-

sturz, definiert als eine Hörminderung um mehr als 30 dB, hatten und innerhalb einer Woche randomisiert werden konnten. In der Verum-Gruppe begann die Therapie mit 60 mg Prednisolon für drei Tage, dann wurde täglich um 10 mg reduziert. Patienten, die nach Tag 8 noch Hörstörungen hatten, wurden bis zum Tag 30 mit 10 mg Prednisolon täglich weiterbehandelt. Der primäre Endpunkt war die Verbesserung des Hörvermögens am Tag 90.

47 Patienten erhielten Prednisolon und 46 Plazebo. Das mittlere Alter der Patienten betrug 55 Jahre. Etwa zwei Drittel der Patienten klagte initial über Tinnitus und ein Viertel über Drehschwindel. Der Abfall des Hörvermögens betrug im Mittel 64 dB. Nach acht Tagen hatte sich das Hörvermögen in der Prednisolon-Gruppe um 25 dB und

in der Plazebo-Gruppe um 26 dB verbessert. Nach 90 Tagen betrug die Verbesserung des Hörvermögens in der Verum-Gruppe 39 dB und in der Plazebo-Gruppe 35 dB. Beide Unterschiede waren statistisch nicht signifikant.

#### Kommentar

Diese wichtige und gut durchgeführte Plazebo-kontrollierte Studie zeigt, dass Glucocorticoide zur Behandlung des idiopathischen Hörsturzes unwirksam sind. Dies ist bemerkenswert, da sowohl für die Neuritis vestibularis als auch für die periphere Facialisparesie eine Wirkung von Glucocorticoiden gegenüber Plazebo nachgewiesen wurde. Ob dies nun durch eine unterschiedliche Pathophysiologie oder durch die relativ geringe Zahl der Patienten in der Studie bedingt ist, bleibt ungeklärt.

#### Quelle

Nosrati-Zarenoe R, Hultcrantz E. Corticosteroid treatment of idiopathic sudden sensorineural hearing loss: randomized triple-blind placebo-controlled trial. *Otol Neurotol* 2012;33:523–31.

*Prof. Dr. H.-C. Diener, Essen*

## Bipolare Störungen während der Schwangerschaft

### Fehlende medikamentöse Prophylaxe kann negative Auswirkungen haben

**Kinder von Frauen mit einer bipolaren Störung während der Schwangerschaft haben ein erhöhtes Teratogenitätsrisiko und ein erhöhtes Risiko für perinatale Komplikationen. Dass dieses erhöhte Risiko nicht zwingend auf die Einnahme von stimmungsstabilisierenden Medikamenten zurückzuführen ist, zeigt eine große Kohortenstudie aus Schweden.**

Eine bipolare Störung bei Frauen mit Kinderwunsch stellt die behandelnden Ärzte immer vor eine große Herausforderung. Die Einnahme von Antipsychotika während der Schwangerschaft ist verbunden mit dem Risiko kindlicher Missbildungen, Frühgeburtslichkeit und abnormalem fetalem Wachstum. Auf der anderen Seite bedeutet das Absetzen der Phasenprophylaxe ein erhöhtes Risiko für Rückfall und Suizid bei der werdenden Mutter, sodass der Einsatz und die Wahl des Psychopharmakons

bei schwangeren Frauen sorgfältig abgewogen werden müssen.

#### Studiendesign

In der vorliegenden Studie gingen schwedische Wissenschaftler der Frage nach, ob die erhöhte Rate kindlicher Fehlbildungen bei Frauen mit bipolarer Störung auf die Medikation oder die Krankheit selbst zurückzuführen sei [1]. Dafür werteten sie Daten von drei schwedischen, landesweiten Registern aus, deren Daten über eine eindeutige

Personen-Identifikationsnummer miteinander in Verbindung gebracht werden konnten: dem Register für verordnete Medikamente, dem medizinischen Geburtenregister und dem nationalen Patientenregister.

Ausgewertet wurden die Daten von insgesamt 332 137 Frauen, die zwischen 2006 und 2009 ein Kind zur Welt gebracht hatten. Nur Frauen mit mindestens zwei Episoden einer bipolaren Störung (ICD-10 Code F30–31) wurden als erkrankt klassifiziert (n=874). Von diesen Frauen nahmen 320 stimmungsstabilisierende Medikamente während der Schwangerschaft ein: 40% Lamotrigin, 12% Valproinsäure, 2% Carbamazepin, 24% Lithium und 39% Antipsychotika. Über die Anzahl der Frauen, die mehrere Medikamente gleichzeitig einnahmen, geben die Studienautoren keine Auskunft. 554 Frauen mit bipolarer Störung nahmen keine Psychopharmaka während der Schwangerschaft ein.

**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-