

Arzneiverordnung in der Praxis – www.akdae.de

Migräneprophylaxe in Deutschland: Diskrepanz zwischen Bedarf und Therapie

PD Dr. Michael von Brevern

Die „Global Burden of Disease Study“ zeigt, dass Migräne noch vor dem Schlaganfall die führende neurologische Ursache für verlorene Lebensjahre ist und die häufigste Ursache für eine Behinderung bei unter 50-Jährigen. Dementsprechend hat eine optimale Behandlung hohen Stellenwert. Die Entscheidung für eine medikamentöse Prophylaxe ist individuell: Realistische Therapieziele und potenzielle Nebenwirkungen müssen gegeneinander abgewogen werden. Indikatoren für eine Prophylaxe sind starker Leidensdruck, mindestens drei stark beeinträchtigende Attacken pro Monat oder eine Einnahme von Analgetika an zehn oder mehr Tagen monatlich. In den USA liegt nach Schätzungen eine Indikation für eine medikamentöse Prophylaxe bei mindestens jedem vierten Migränapatienten vor.

Zur Prophylaxe sollte zunächst ein für diese Indikation zugelassener oral einzunehmender Wirkstoff verordnet werden: Metoprolol, Propranolol, Flunarizin, Amitriptylin und Topiramate. Valproinsäure (Achtung: Teratogenität) hat nur noch einen marginalen Stellenwert. Monoklonale Antikörper (Erenumab, Galcanezumab, Fremanezumab, Eptinezumab) sowie Gepante (Atogepant) bieten neue Optionen, doch Kosten, Langzeitrisiken und Vortherapie-Notwendigkeiten beeinflussen deren Einsatz. Nichtmedikamentöse Ansätze bleiben wichtig. In Deutschland besteht erhebliche Unterversorgung.

Der vollständige Artikel ist abrufbar im Internet unter „Arzneiverordnung in der Praxis (AVP)“, Ausgabe 2/2025, Internet: www.akdae.de



Der Link und QR-Code führen direkt dorthin: Kurzlink: <https://t1p.de/ysj36>

Neue Therapiemöglichkeiten der IgA-Nephropathie

Dr. med. Michael Zieschang

Die IgA-Nephropathie ist die häufigste Form der Glomerulonephritis im Erwachsenenalter. Typische Symptome sind Mikro-hämaturie und Proteinurie begleitend zu einem Infekt. Im Verlauf von 10 bis 20 Jahren können 20–40 % der Patienten eine terminale Niereninsuffizienz entwickeln. Hypothese zur Genese: Galaktosedefizientes IgA im Darm wird gebildet. Es entstehen Antikörper, die sich zu Immunkomplexen zusammenschließen und sich in den Glomerula ablagern, es werden Entzündungen und Fibrosen ausgelöst.

Die Behandlung umfasst zunächst eine supportive Therapie mit Blutdruckkontrolle und maximal tolerierbarer Blockade des Renin-Angiotensin-Systems. Wird die Proteinurie damit nicht genug gesenkt, kommen eine orale Kortikoidtherapie oder zur Reduktion der Nebenwirkungen mikrovverkapseltes Budesonid über neun Monate infrage. Die Kosten für die neunmonatige Therapie belaufen sich auf ca. 90.000 €. Ein dualer Endothelin- und Angiotensin-II-Rezeptor-Typ-I-Antagonist (Sparsentan) wurde im Vergleich zu Irbesartan untersucht, der GBA schreibt dem Präparat einen geringen Zusatznutzen zu. SGLT2-Inhibitoren gelten ebenfalls, wie zur allgemeinen Progressionshemmung bei chronischer Niereninsuffizienz, neuerdings als Standardtherapie. Therapien des Komplementsystems und B-Zelltherapien werden zurzeit ebenfalls untersucht.

Der vollständige Artikel ist abrufbar im Internet unter „Arzneiverordnung in der Praxis (AVP)“, Ausgabe 2/2025, Internet: www.akdae.de



Der Link und QR-Code führen direkt dorthin: Kurzlink: <https://t1p.de/pf0vy>

Behandlung von erwachsenen Patienten mit schmerzhafter diabetischer peripherer Neuropathie (DPN)

Prof. Dr. med. Heike Rittner

Der Beitrag diskutiert die Therapie der diabetischen Polyneuropathie: evidenzbasierte Optionen und klinische Entscheidungswege. Die diabetische Polyneuropathie (DPN) ist eine häufige, fortschreitende Komplikation des Diabetes mellitus, die durch periphere symmetrische Nervenschäden gekennzeichnet ist. In der Folge kommt es zu Sensibilitätsstörungen, Kribbeln und oft zu stark beeinträchtigenden neuropathischen Schmerzen, typischerweise beginnend an den Füßen. Sie betrifft bis zu 50 % der Menschen mit langjährigem Diabetes und stellt aufgrund ihrer Auswirkungen auf Mobilität, Schlaf, Stimmung, Lebensqualität und eines erhöhten Sturz- und Ulkusrisikos eine große Belastung dar.

Nach einer aktuellen internationalen Metaanalyse sind folgende Therapien zur Behandlung neuropathischer Schmerzen indiziert.

- 1) Erstlinientherapien für neuropathische Schmerzen bei diabetischer Polyneuropathien sind nach wie vor trizyklische Antidepressiva.
- 2) Zu den Zweitlinienbehandlungen gehören nun topische Capsaicin-8 %-Pflaster, Capsaicin-Creme und Lidocain-5 %-Pflaster.
- 3) Drittlinientherapien umfassen Botulinumtoxin A, repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS, zielen auf den primären motorischen Kortex) und Opioide.

Der vollständige Artikel ist abrufbar im Internet unter „Arzneiverordnung in der Praxis (AVP)“, Ausgabe 3/2025, Internet: www.akdae.de



Der Link und QR-Code führen direkt dorthin: Kurzlink: <https://t1p.de/la9dk>