

facharzt

GYNÄKOLOGIE/UROLOGIE

EIN großer SCHRITT nach vorne bei der Behandlung von BPH

P.b.b. • 047035829 M • Verlagspostamt: 9300 St. Veit/Glan • 20. Jahrgang



 Duodart®, die erste Fixkombination von Dutasterid plus Tamsulosin in einer Tablette bietet ihren Patienten schnelle, überlegene und anhaltende Verbesserung ihrer BPH-Symptome.* Gleichzeitig reduziert Duodart® das Risiko von akutem Harnverhalt oder BPH bedingter Operation im Vergleich zu Tamsulosin signifikant (RRR: -66%)**^{1,2}

NEU DUODART® 
(Dutasterid/Tamsulosin)
Entdecken Sie den Unterschied

mehr **Verträglichkeit**
in der **Eisen-Therapie**
TardyFeron® TardyFeron Fol®



- **hohe Eisen-Resorption**
- **besser verträglich**
- **mit Mucoproteose und Vitamin C**



COVERSTORY

17 Urologie im niedergelassenen Bereich:
**Facts zur Prostatavorsorge, -nachsorge
 und Patient compliance**
 Dr. Alexander Friedl,
 Univ.-Prof. Dr. Christian-Peter Schmidbauer



Impressum

Verleger: Verlag der Mediziner gmbh. **Herausgeber und Geschäftsführer:** Peter Hübler. **Projektleitung:** Peter Abromeit. **Redaktion:** Elisabeth Abromeit-Wagner, Dr. Csilla Putz-Bankuti, Jutta Gruber. **Anschrift von Verlag und Herausgeber:** A-9375 Hüttenberg, Reifantanzplatz 20, Telefon: +43/4263/200 34, Fax: +43/4263/200 74. **Druck:** Zeichner, Druck- und Medienagentur. **E-Mail:** office@mediziner.at. **Homepage:** www.mediziner.at. **Einzelpreis:** € 3,-. **Erscheinungsweise:** periodisch.

Offenlegung nach § 25 Mediengesetz: Medieninhaber: Verlag der Mediziner gmbh. **Richtung der Zeitschrift:** Medizinisch-pharmazeutisches Informationsjournal für österreichische Ärztinnen und Ärzte. Soweit in diesem Journal eine Dosierung oder eine Applikation erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass Autoren, Herausgeber und Verlag große Sorgfalt darauf verwendet haben, dass diese Ausgabe dem Wissensstand bei Fertigstellung des Journals entspricht. Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. Jeder Benutzer ist angehalten, durch sorgfältige Prüfung der Beipackzettel der verwendeten Präparate und gegebenenfalls nach Konsultation eines Spezialisten festzustellen, ob die dort gegebenen Empfehlungen für Dosierung oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in diesem Heft abweicht. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind. Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers. Autoren und Verlag appellieren an jeden Benutzer, ihm etwa auffallende Ungenauigkeiten dem Verlag mitzuteilen. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht immer besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Die mit FB (Firmenbeitrag) gekennzeichneten bzw. als Produktbeschreibung erkenntlichen Beiträge sind entgeltliche Einschaltungen und geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Es handelt sich somit um „entgeltliche Einschaltungen“ im Sinne § 26 Mediengesetz.

FORTBILDUNG

Methoden der intrauterinen, nichthormonellen Verhütung 4
 Dr. Bettina Pinnisch

Welche Maßnahmen unterstützen sinnvoll antihormonelle Therapien und welche sollten besser vermieden werden? 6
 Prof. Dr. Karsten Münstedt, Matthias Kalder

Männliche Inkontinenz nach Prostataeingriffen: moderne Behandlung 14
 Priv.-Doz. Dr. Mesut Remzi, Univ.-Doz. Dr. Wilhelm A. Hübner

Update HPV-Impfung 20
 Prim. Univ.-Prof. Dr. Christian Kainz

FORUM MEDICUM

EAU 2011: Degarelix
Therapie des Prostatakarzinoms durch totale GnRH-Blockade 12

Ein großer Schritt nach vorne bei der Behandlung von BPH! 19

Bezeichnung: Tardyferon 80 mg Retardtabletten. Zusammensetzung: 1 Retardtablette enthält 256,30 mg Eisen(II)sulfat x 1,5 H₂O (entsprechend 80 mg zweiwertigem Eisen). Hilfsstoffe: Kern: Mucoproteose, Ascorbinsäure, Kartoffelstärke, Eudragit S, Triethylcitrat, Povidon, hydriertes Rizinusöl, Talkum, Magnesiumstearat, Magnesiumtrisilikat. Hülle: Eudragit E, Talkum, Titandioxid (E 171), Reisstärke, Erythrosin (E 127), Carnaubawachs, 684 mg Saccharose. Anwendungsgebiete: Zur Behandlung von Eisenmangelzuständen (z.B. während Schwangerschaft, Stillzeit und Wachstum). Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile; Eisenkumulation (Hämochromatosen, Häm siderose); Anämie mit Störung der Eisenverwertung (sideroachrestische Anämie, Bleianämie, Thalassämie); alle anderen Anämien, die nicht auf Eisenmangel zurückzuführen sind. Die Informationen bez. Warnhinweisen, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen sowie Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. Abgabe: Rezept- und apothekenpflichtig. ATC-Klasse: B03AA07. Zulassungsinhaber: Germania Pharmazeutika GesmbH, 1150 Wien.

Bezeichnung: Tardyferon Fol Retardtabletten. Zusammensetzung: 1 Retardtablette enthält 256,30 mg Eisen(II)sulfat x 1,5 H₂O (entsprechend 80 mg zweiwertigem Eisen) und 0,35 mg Folsäure. Hilfsstoffe: Kern: Mucoproteose, Ascorbinsäure, Kartoffelstärke, Methacrylsäure-Methylmethacrylat-Copolymer, Triethylcitrat, Povidon, hydriertes Rizinusöl, Talkum, Magnesiumstearat, Magnesiumtrisilikat. Mantel: Natriumhydrogencarbonat, basisches Butylmethacrylat-Copolymer, Talkum, Titandioxid (E 171), Erythrosin (E 127), Carnaubawachs, 684 mg Saccharose. Anwendungsgebiete: Zur Behandlung von latenter Eisenmangel und Eisenmangelanämien mit Folsäuredefizit während der Schwangerschaft. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen einen der Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile; Eisenkumulation (Hämochromatosen, Häm siderose); Anämie mit Störung der Eisenverwertung (sideroachrestische Anämie, Bleianämie, Thalassämie); alle anderen Anämien, die nicht auf Eisenmangel zurückzuführen sind; Megaloblastenanämie infolge Vitamin-B12-Mangels. Die Informationen bez. Warnhinweisen, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen sowie Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. Abgabe: Rezept- und apothekenpflichtig. ATC-Klasse: B03AD03. Zulassungsinhaber: Germania Pharmazeutika GesmbH, 1150 Wien.

Oclaira Filmtabletten: Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jede Packung (28 Filmtabletten) beinhaltet in der folgenden Reihenfolge: 2 dunkelgelbe Tabletten mit 3 mg Estradiolvalerat, 5 mittelrote Tabletten mit 2 mg Estradiolvalerat und 2 mg Dienogest, 17 hellgelbe Tabletten mit 2 mg Estradiolvalerat und 3 mg Dienogest, 2 dunkelrote Tabletten mit 1 mg Estradiolvalerat, 2 weiße Tabletten, die keine Wirkstoffe enthalten. Sonstiger Bestandteil: Lactose (nicht mehr als 50 mg pro Tablette). Liste der sonstigen Bestandteile: Wirkstoffhaltige Filmtabletten: Tablettenkern: Lactose-Monohydrat, Maisstärke, vorverkleisterte Maisstärke, Povidon 25 (E1201), Magnesiumstearat (E572), Tablettenüberzug: Hypromellose Typ 2910 (E464), Macrogol 6000, Talkum (E553b), Titandioxid (E 171), Eisenoxid gelb (E 172) und/oder Eisenoxid rot (E172). Wirkstofffreie Filmtabletten sind: Tablettenkern: Lactose-Monohydrat, Maisstärke, Povidon 25 (E1201), Magnesiumstearat (E572), Tablettenüberzug: Hypromellose Typ 2910 (E464), Talkum (E553b), Titandioxid (E 171). Pharmakotherapeutische Gruppe: Gestagene und Estrogene, Sequenzialpräparate, ATC-Code: G03AB. Anwendungsgebiete: Orale Kontrazeption. Behandlung von starken Menstruationsblutungen bei Frauen ohne organische Erkrankung, die eine orale Kontrazeption anwenden möchten. Gegenanzeigen: Kombinierte orale Kontrazeptiva (KOK) dürfen bei Vorliegen einer der folgenden Erkrankungen nicht angewendet werden. Wenn eine dieser Erkrankungen während der KOK-Anwendung zum ersten Mal auftritt, muss das Arzneimittel sofort abgesetzt werden: Bestehende oder vorausgegangene venöse Thrombosen (tiefe Venenthrombose, Lungenembolie); Bestehende oder vorausgegangene arterielle Thrombosen (z. B. Myokardinfarkt) oder deren Prodromalstadien (z. B. Angina pectoris und transitorische ischämische Attacke); Bestehender oder vorausgegangener zerebrovaskulärer Insult; Vorliegen eines schwerwiegenden Risikofaktors oder mehrerer Risikofaktoren für eine venöse oder eine arterielle Thrombose: Diabetes mellitus mit Gefäßveränderungen, schwere Hypertonie, schwere Dyslipoproteinämie; Erbliche oder erworbene Prädisposition für venöse oder arterielle Thrombosen wie APC-Resistenz, Antithrombin-III-Mangel, Protein-C-Mangel, Protein-S-Mangel, Hyperhomözysteinämie und Antiphospholipid-Antikörper (Antikardiolipin-Antikörper, Lupus antikoagulant); Bestehende oder vorausgegangene Pankreatitis, wenn diese mit schwerer Hypertriglyceridämie einhergeht; Bestehende oder vorausgegangene schwere Lebererkrankung, solange sich die Leberfunktionswerte nicht normalisiert haben; Bestehende oder vorausgegangene Lebertumoren (benigne oder maligne); Bekannte oder vermutete sexualhormonabhängige maligne Tumoren (z. B. der Genitalorgane oder der Brust); Diagnostisch nicht abgeklärte vaginale Blutungen; Migräne mit fokalen neurologischen Symptomen in der Anamnese; Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile. Inhaber der Zulassung: Bayer Austria Ges.m.b.H., Herbststraße 6-10, 1160 Wien. Verschreibungspflichtig/ Apothekenpflichtig. Rezept- und apothekenpflichtig. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. Stand der Information: Oktober 2010

Anzeige Plus

Methoden der intrauterinen, nichthormonellen Verhütung



Dr. Bettina Pinnisch

Schon tausende Jahre vor der Erfindung der Pille gab es Verhütungsmethoden, die ohne hormonelle Komponente auskommen mussten. Bereits im alten Ägypten kamen Barrieremethoden wie ausgehöhlte Zitronenhälften (als Ur-Diaphragma) oder spermizide Substanzen, zum Beispiel saure Milch oder Honig, zum Einsatz. Beduinen legten den Kamelen Steine in die Gebärmutter, um auf langen Reisen Kamelnachwuchs zu verhindern.

Seit in den 20er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts erste Intrauterinsysteme entwickelt wurden (Gräfenberg-Ring, 1928), werden sie vielfach angewendet. Derzeit verwenden weltweit rund 160 Millionen Frauen – nicht nur in China – Intrauterinpressare. Und der Wunsch nach einer hormongefreien Verhütung wird immer größer. Obwohl in westlichen Ländern bis zu 50% der Frauen mit der Pille verhüten, ist durch die Auseinandersetzung unserer Patientinnen mit ihrem Körper und ihrer Gesundheit das dringende Bedürfnis vorhanden, eine Schwangerschaft ohne Eingriff in das Hormonsystem sicher auszuschließen. Auch gibt es gegen die hormonelle Kontrazeption mit ethinyl estradiolhaltigen Präparaten eine Reihe von absoluten und relativen Kontraindikationen (Tabelle 1). Diesen Frauen kann mit der Einlage eines IUP eine sichere und reversible Verhütungsmethode angeboten werden.

Die Einlage eines Fremdkörpers in die Gebärmutterhöhle wirkt nidationshemmend. Die heute verwendeten IUDs setzen jedoch – je nach Modell – rund 400 mg Kupfer frei. Die Kupferionen wirken

per se spermizid, die spermizide Wirkung wird durch die Fremdkörperreaktion des Endometriums auf die Kupferionen massiv verstärkt. Außerdem kommt es zu einer Veränderung der endometrialen Prostaglandinsekretion. Je höher der Kupferanteil ist, umso höher ist die Sicherheit und umso länger die Wirkungsdauer (Pearl Index 0,5–1,5).

Die zurzeit angewendeten Modelle wirken nur dann als Abortivum, wenn sie unmittelbar nach einer vermuteten Befruchtung zur Notfallkontrazeption eingesetzt werden. Sie lassen sich unter-

teilen in solche mit einem meist T-förmigen Plastikkern, auf dessen vertikalen Arm ein Kupferdraht aufgebracht wurde und in das sogenannte Gynefix®, einen Faden, auf den Kupferröhrchen aufgefädelt sind und der im Fundus uteri im Myometrium verankert wird.

Die Einlage eines IUDs sollte während der Regelblutung erfolgen, da dann die kontrazeptive Sicherheit ab dem ersten Tag gegeben ist und das Einlegen der Spirale am wenigsten schmerzvoll ist. Bewährt hat sich zur Schmerzhemmung auch die orale oder vaginale Gabe von zwei Tabletten Cyprostatol® drei bis vier Stunden vor dem Einsetzen. Um das Risiko einer aufsteigenden Infektion möglichst gering zu halten, muss die Spirale unter absolut sterilen Kautelen gelegt werden.

Vor dem Einsetzen eines IUP sollte die Patientin in einem ausführlichen Gespräch über Vor- und Nachteile der Methode aufgeklärt werden. Ein aktueller PAP-Befund muss vorliegen, ebenso ein normaler kolposkopischer und Sekretbefund. Die Anwendung eines IUD ist absolut kontraindiziert bei Frauen mit Form- und Lageanomalien der Gebärmutter (Uterus bicornis u.ä.), großem Uterus myomatosus, primärer Dysmenorrhö und akuten oder chronisch rezidivierenden Genitalinfektionen. Bei Patientinnen mit Morbus Wilson oder Kupferallergie ist eine Anwendung ebenfalls ausgeschlossen.

Nebenwirkungen der IUDs sind eine Zunahme der Blutungsdauer und -stärke, vor allem in den ersten Monaten nach der Einlage, die Zunahme einer

Tabelle 1

Absolute Kontraindikationen für eine Verhütung mit Kombinationspräparaten („Pille“)

- Gerinnungsstörung mit erhöhter Thrombose- neigung
- Status nach Thrombose, Herzinfarkt, zerebra- lem Insult
- Migräne mit Aura
- Diabetes mit (Gefäß-) Komplikationen
- Lupus erythematodes
- ausgeprägte Fettstoffwechselstörungen
- akute Hepato- und Cholezystopathien
- hormonabhängige maligne Tumoren

Relative Kontraindikationen für eine Verhü- tung mit Kombinationspräparaten („Pille“)

- Thrombophlebitis/starke Varikosis
- Hypertonie
- Adipositas
- Rauchen
- Migräne ohne Aura
- Alter > 40 Jahre
- Diabetes
- Stillzeit (Reduktion der Milchmenge)
- Epilepsie
- Hyperlipidämie

Anzeige Plus 22

vorbestehenden Dysmenorrhö und das erhöhte Risiko aufsteigender Infektionen. Bei Eintritt einer Schwangerschaft unter liegendem IUD ist die Rate an Extrauterin graviditäten erhöht, jedoch ist die absolute Zahl an Eileiterschwangerschaften niedriger als in einem Vergleichskollektiv von Frauen ohne Kontrazeption.

Ein sehr wichtiger Faktor bei der Beurteilung einer kontrazeptiven Methode ist die Zufriedenheit der Anwenderinnen. Die häufigsten Gründe für die vorzeitige Entfernung einer Spirale auf Wunsch der Patientin sind Blutungen und Schmerzen. Vor allem bei jüngeren Patientinnen und Nulliparae, die ein kleineres Uteruscavum haben, kann ein „klassisches“ IUD zu chronischen Unterbauchschmerzen und starker Dysmenorrhö führen.

Anwendungsbeobachtungen des „neuen“ Systems Gynefix® zeigen jedoch, dass diese Faktoren bei Verwendung der flexiblen Kupferkette eine wesentlich kleinere Rolle spielen. Die auf einem Faden aufgefädelten Kupferröhrchen passen sich der Form der Gebärmutterhöhle an. Auch die Ausstoßungsrate scheint geringer zu sein als bei konventionellen Intrauterinsystemen.

Die Rate an IUD-Expulsionen beträgt zwischen 5% und 10% im ersten Jahr nach Einlage, wobei Nulliparae häufiger betroffen sind, und sinkt dann auf 1–2% jährlich. Bei sachgerechter Verankerung eines rahmenlosen IUD in der Uterusmuskulatur ist die Expulsionsrate um den Faktor 5-10 reduziert [J GYNÄKOL ENDOKRINOL 2010; 13 (2)]. Auch konnte gezeigt werden, dass der Blutverlust unter Gynefix® im Vergleich zu Patientinnen ohne Intrauterinsystem nicht erhöht zu sein scheint.

Kupferhaltige IUDs stellen - entgegen früherer ethi-

scher und medizinischer Vorurteile – eine sichere und anwenderinnenfreundliche Methode zur Langzeitverhütung dar.

Da das Alter der Erstgebärenden in den westlichen Ländern immer weiter ansteigt, besteht auch ein erhöhter Bedarf an dauerhafter Verhütung bei Nulliparae. Wie sich in jüngster Zeit gezeigt hat, ist ein Verbot der Einlage von IUDs bei diesen Frauen nicht gerechtfertigt. Vor allem das rahmenlose Intrauterinsystem scheint den Bedürfnissen und Wün-

schen dieser Frauengruppe sehr entgegenzukommen.

Literatur bei der Verfasserin

Dr. Bettina Pinnisch
FÄ für Gynäkologie und Geburtshilfe
Kreuzgasse 73, 1180 Wien
Tel.: +43/1/470 38 18
aon.912603249@aon.at

Qlaira®. Die 1. Pille, die mit naturidentem Östrogen wirkt.

Jetzt NEU:
Als einziges orales Kontrazeptivum in Österreich für die Behandlung von starken Menstruationsblutungen zugelassen.

Vier Phasen – Zwei Wirkstoffe – Eine Innovation:

- Wirkt mit naturidentem Östrogen und bewährtem Dienogest.
- Niedrig und ausgewogen dosiert für einen stabilen Estradiolspiegel im Zyklus.¹
- Effektive Behandlungsform für Frauen, die unter starken Menstruationsblutungen ohne organische Ursache leiden.²

1. Lu M et al. Obstet Gynecol 2007; 109 [4(Suppl.)] 61S
2. Qlaira Fachinformation (Verminderung des mittleren menstruellen Blutverlustes nach 6 Monaten um 88%)
Fachkurzinformation siehe Seite 3

www.diepille.at
Bayer HealthCare

Welche Maßnahmen unterstützen sinnvoll antihormonelle Therapien und welche sollten besser vermieden werden?

Prof. Dr. Karsten Münstedt, Matthias Kalder

Hormontherapien stellen einen wichtigen Teil der Krebstherapie dar, allerdings führen sie zu unerwünschten Wirkungen wie Hitzewallungen und Osteoporose. Oftmals versuchen Patienten mit Hilfe von komplementären und alternativen Methoden (KAM) diese Beschwerden zu lindern. Zunächst ist es wichtig zu wissen, dass das Auftreten von Beschwerden wie Hitzewallungen die Wirksamkeit einer Behandlung anzeigt. Dieser Umstand sollte mit den Patienten kommuniziert werden, so dass diese möglicherweise die Beschwerden besser akzeptieren. Im Verhältnis zu der hohen Prävalenz von KAM im Bereich der Onkologie gibt es wenige Studien zu möglichen Interaktionen zwischen KAM und Hormontherapie.

Diese meist In-vitro-Studien spiegeln auch nicht unbedingt die klinische Situation wider. Entsprechend sollten Patienten dahingehend beraten werden, dass sie, wenn überhaupt, komplementäre und alternative Methoden anwenden, die nicht mit der konventionellen Medizin interferieren. Möglichkeiten diesbezüglich sind Akupunktur gegen Hitzewallungen oder die Supplementation von Kalzium und Vitamin D gegen Osteoporose. Aufgrund des Patientenwunsches nach ergänzenden Behandlungen und der Tatsache, dass sich aus Studien Hinweise ergeben, dass einige komplementäre Methoden die Hormontherapie verbessern, erscheinen Studien in diesem Bereich dringend notwendig.

In der Therapie verschiedener Tumoren kommen adjuvant oder im metastatischen Setting Hormontherapien zum Einsatz [1]. Die im Rahmen dieser Therapie verwendeten Medikamente sind:

- Gonadotropin-Releasing-Hormon-(GNRH)-Analoge;
- Antiöstrogene (Tamoxifen, Torimifen);
- Gestagene (Medroxyprogesteronacetat, Megestrolacetat);
- Aromatasehemmer (Aromataseinhibitoren – Letrozol, Anastrozol; Aromataseinaktivatoren – Exemestan).

Als Voraussetzungen für die Therapie mit Tamoxifen, GNRH-Analoga und Aromatasehemmern werden der Nach-

MINESSE 15 Mikrogramm/60 Mikrogramm Filmtabletten

Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Eine hellgelbe Filmtablette (wirkstoffhaltig) enthält: Ethinylestradiol: 15 Mikrogramm, Gestoden: 60 Mikrogramm, Sonstiger Bestandteil: Lactose. Die weißen Filmtabletten sind wirkstofffrei (Placebo). Sonstiger Bestandteil: Lactose. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Hellgelbe Filmtabletten (wirkstoffhaltig): Lactose-Monohydrat, mikrokristalline Cellulose, Magnesiumstearat, Polacrillin-Kalium, Opadry gelb YS-1-6386-G [Hydromellose, Titandioxid (E171), Eisenoxid gelb (E172), Eisenoxid rot (E172)], Macrogol 1450, Wachs E (Montanglycolwachs). Weiße Filmtabletten (Placebo): Lactose-Monohydrat, mikrokristalline Cellulose, Magnesiumstearat, Polacrillin-Kalium, Opadry weiß Y-5-18024 – A [Hydromellose, Hydroxypropylcellulose, Titandioxid (E171), Macrogol 400], Macrogol 1500, Wachs E (Montanglycolwachs). **Anwendungsgebiete:** Orale hormonale Kontrazeption. **Gegenanzeigen:** Dieses Arzneimittel ist kontraindiziert bei: Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile; bestehenden oder vorausgegangenen arteriellen Thromboembolien; bestehenden oder vorausgegangenen venösen Thromboembolien wie tiefe Venenthrombose; Lungenembolie; erblicher oder erworbener Prädisposition für venöse oder arterielle Thrombose; zerebrovaskulären oder koronaren Arterienerkrankungen; unkontrollierter Hypertonie; Herzklappenerkrankungen; thrombogenen Herzrhythmusstörungen; Migräne mit fokalen neurologischen Symptomen wie Aura in der Anamnese; Diabetes mellitus mit Mikro- oder Makroangiopathie; bestehendem oder vermutetem Mammakarzinom; Endometriummkarzinom oder anderen bestehenden oder vermuteten estrogenabhängigen Neoplasien; Leber-Adenomen oder bestehenden Lebererkrankungen, solange sich die Leberfunktionswerte noch nicht normalisiert haben; Genitalblutungen unklarer Genese. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Gestagene und Estrogene, fixe Kombination; **ATC-Code:** G03AA10 (Urogenitalsystem und Geschlechtshormone). **Inhaber der Zulassung:** Pfizer Corporation Austria Ges.m.b.H., 1210 Wien. **Stand der Information:** Mai 2010. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Angaben zu besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen** entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.

LOETTE-Filmtabletten, Z.Nr. 1-23211, Pharmakotherapeutische Gruppe: Gestagene und Estrogene in fixer Kombination, **ATC-Code:** G03AA07, **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** 1 rosa Filmtablette enthält 0,100 mg Levonorgestrel und 0,020 mg Ethinylestradiol. Die weißen Filmtabletten sind wirkstofffrei (Placebo). **Liste der sonstigen Bestandteile:** Rosa Filmtabletten: Mikrokristalline Cellulose, Lactose Monohydrat, Polacrillin Kalium, Magnesiumstearat, Polyethylenglykol, Montanglycolwachs, Farbstoff bestehend aus Hydroxypropylmethylcellulose und Eisenoxid rot (E 172) und Titandioxid (E 171). Weiße Filmtabletten: Mikrokristalline Cellulose, Lactosemonohydrat, Magnesiumstearat, Polacrillin Kalium, Polyethylenglykol, Montanglycolwachs Farbstoff bestehend aus Hydroxypropylmethylcellulose, Hydroxypropylcellulose, Titandioxid (E171), Polyethylenglykol. **Anwendungsgebiete:** Behandlung von milder bis mittelschwerer Acne vulgaris bei postmenarchalen, prämenopausalen Frauen, die gleichzeitige Kontrazeption wünschen. **Hormonale, orale Kontrazeption.** **Gegenanzeigen:** LOETTE ist kontraindiziert bei: bestehender oder vorausgegangener tiefer Venenthrombose, bestehender oder vorausgegangener Thromboembolie, Erkrankungen der zerebrovaskulären oder koronaren Gefäße, thrombogenen Valvulopathien, thrombogenen Rhythmusstörungen, angeborenen oder erworbenen Thrombophilien, Kopfschmerzen mit fokalen neurologischen Symptomen, wie Aura, schwerem Diabetes mellitus mit Gefäßveränderungen, unkontrolliertem Bluthochdruck, bestehendem oder Verdacht auf Brustkrebs, oder anderen östrogen-abhängigen Neoplasmen, Leberadenomen oder -karzinomen, oder bestehenden Lebererkrankungen, solange die Leberfunktion nicht wieder zu Normalwerten zurückgekehrt ist, nicht abgeklärten Genitalblutungen, Sichelzellanämie, Hyperlipoproteinämie, Gelbsucht oder Pruritus während einer früheren Schwangerschaft; Dubin-Johnson-Syndrom, Rotor-Syndrom, Herpes gestationis in der Anamnese; Otosklerose mit Verschlechterung in einer früheren Schwangerschaft, bestehender oder Verdacht auf Schwangerschaft, Überempfindlichkeit gegen einen der Bestandteile von LOETTE. **Inhaber der Zulassung:** Pfizer Corporation Austria Ges.m.b.H., 1210 Wien. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Weitere Angaben zu den Abschnitten „Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung“, „Nebenwirkungen“ und „Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen“ sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

HARMONETTE-Dragees, Z.Nr. 1-21827, Pharmakotherapeutische Gruppe: Gestagene und Estrogene in fixer Kombination, **ATC-Code:** G03AA10, **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** 1 Dragee enthält: 75 µg Gestoden und 20 µg Ethinylestradiol, Sonstige Bestandteile: Lactose-Monohydrat 37,505 mg und Saccharose 19,660 mg je überzogene Tablette, **Liste der sonstigen Bestandteile:** Lactose-Monohydrat, Maisstärke, Povidon, Magnesiumstearat, Saccharose, Polyethylenglykol, Calciumcarbonat, Talk, Montanglycolwachs. **Anwendungsgebiete:** Orale hormonale Kontrazeption. **Gegenanzeigen:** HARMONETTE ist kontraindiziert bei: Überempfindlichkeit gegenüber einem Bestandteil von HARMONETTE, bestehenden oder vorausgegangenen arteriellen Thromboembolien; bestehenden oder vorausgegangenen venösen Thromboembolien wie tiefe Venen thrombose, Lungenembolie; erblicher oder erworbener Prädisposition für venöse oder arterielle Thrombose, zerebrovaskulären oder koronaren Arterienerkrankungen, angeborenen oder erworbenen Thrombophilien, Kopfschmerzen mit fokalen neurologischen Symptomen, wie Aura; unkontrollierter Hypertonie, Herzklappenerkrankungen, thrombogenen Herzrhythmusstörungen, Diabetes mellitus mit Mikro- oder Makroangiopathie; bestehendem oder vermutetem Mammakarzinom; Endometriummkarzinom oder anderen bestehenden oder vermuteten estrogen-abhängigen Neoplasien; Leber-Adenomen oder -Karzinomen oder bestehenden Lebererkrankungen, solange sich die Leberfunktionswerte noch nicht normalisiert haben; Genitalblutungen unklarer Genese, Schwangerschaft, Stillzeit. **Inhaber der Zulassung:** Pfizer Corporation Austria Ges.m.b.H., 1210 Wien **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Weitere Angaben zu den Abschnitten „Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung“, „Nebenwirkungen“ und „Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen“ sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

weis von Steroidhormonrezeptoren und die Wirkung über den Östrogenrezeptor gesehen, doch GNRH-Analoga haben auch direkt wachstumshemmende Einflüsse [2]. Die Gestagene Medroxyprogesteronacetat und Megestrolacetat wirken im Wesentlichen über den Androgenrezeptor [3].

Die Wirkungen sind aber nicht immer spezifisch, denn die genannten Substanzen beeinflussen auch andere Stoffwechselwege, z.B. den Kortikoidstoffwechsel. Über diese „Nebenwirkungswege“ und aber auch Stoffwechselwege, die über den Östrogenrezeptor reguliert werden und die in Folge der Rezeptorblockade ausfallen, kommt es zu den unerwünschten Wirkungen der Hormontherapie. Wesentliche unerwünschte Wirkungen sind dabei für die verschiedenen Präparate:

- GNRH-Analoga – Wechseljahresbeschwerden (Hitzewallungen, Schweißausbrüche) und Osteoporose;
- Antiöstrogene – Hitzewallungen, Zyklusveränderungen, Kopfschmerzen, Sehstörungen, Haarausfall;

- Hoch-Dosis-Gestagene – gesteigerter Appetit, deutliche Gewichtszunahme, Hypertonus, Ödeme, Cushing-Syndrom, gesteigertes Schwitzen, Müdigkeit, Muskelkrämpfe, Thrombosen;
- Aromatasehemmer – Hitzewallungen, trockene Schleimhäute, Knochen- und Gelenksbeschwerden.

Patienten, denen diese Medikamente im Rahmen der Tumorerkrankung empfohlen wurden, leiden mehr oder weniger unter den oben genannten Nebenwirkungen. Von komplementärmedizinischer Seite werden verschiedene Möglichkeiten der Behandlung angeboten, doch in diesem Zusammenhang stellen sich die Fragen danach, ob diese Methoden effektiv sind, sowie ob und inwieweit diese Methoden die Wirksamkeit der endokrinen Therapie beeinträchtigen. Wichtig erscheint es, darauf hinzuweisen, dass gerade die klassischen unerwünschten Wirkungen bei der Antihormontherapie, wie z.B. das Auftreten von Wechseljahresbeschwerden ein typisches Zeichen für den gelungenen therapeutischen Hormonentzug darstellen und somit als ein An-

sprechen der Therapie zu verstehen sind. In einer Studie lag die Rezidivrate bei Frauen mit Brustkrebs mit Hitzewallungen bei 12,9% im Vergleich zu 21% bei Frauen ohne Hitzewallungen. Durch diesen Nachweis stellte sich das Auftreten von Hitzewallungen als härtester Prädiktor des Brustkrebs-spezifischen Überlebens dar [4].

Wenn also die unerwünschte Wirkung „Hitzewallungen“ und möglicherweise auch die anderen Symptome und Beschwerden Ausdruck einer effektiven Behandlung sind, erscheint es wichtig, diesen Umstand auch den Patientinnen mitzuteilen. Dieser Aspekt der Aufklärung könnte entscheidend dazu beitragen, dass Patientinnen die unerwünschten Wirkungen besser akzeptieren können, anstatt durch additive Medikation deren Wirkung gar zu beeinträchtigen.

Im Folgenden werden zwei wichtige Beschwerden herausgegriffen und die therapeutischen komplementärmedizinischen Möglichkeiten vorgestellt und diskutiert.

Worauf Frauen vertrauen



JEDE FRAU HAT IHREN TYP. BEI DEN MÄNNERN UND DER PILLE.
LEICHT. SCHÖN. KLASSISCH. www.meine-pille.at

MINESSE®

LOETTE

Harmonette®

Wechseljahresbeschwerden (Hitzewallungen, Schweißausbrüche)

Zur Therapie von Wechseljahresbeschwerden bei gesunden Frauen wird eine Vielzahl von Möglichkeiten angeboten, unter anderem Extrakte der Trauben-Silberkerze (*Actaea racemosa*, *Cimicifuga racemosa*) mit östrogenartigen Wirkungen, Nachtkerzenöl mit Omega-6-Fettsäuren, Sojaprodukte, Rotklee, Vitamin E, Akupunktur und Medikamente aus dem Bereich der Traditionellen chinesischen Medizin [5]. Doch es stellt sich die Frage, inwieweit manche dieser Interventionen nicht auch die Wirksamkeit einer antihormonellen Therapie kompromittieren würden. Aktuell beschäftigte sich eine Cochrane-Analyse mit dieser Fragestellung. Dabei wurden bekanntermaßen nur randomisierte, kontrollierte Studien berücksichtigt.

Die Analyse ergab, dass Clonidin, selektive Serotonin-Reuptakehemmer, Serotonin-Noradrenalin-Reuptakehemmer, Gabapentin und Entspannungstherapie einen geringen bis moderaten Effekt im Hinblick auf die Reduktion von Hitzewallungen haben [6]. Homöopathie, Vitamin E, Magnetfeldtherapie und Akupunktur wurden in dieser Analyse als nicht wirksam beurteilt [6]. Vitamin E (800 IU/d) wurde in einer früheren Analyse allerdings positiv bewertet, da sich die Zahl der Hitzewallungen im Schnitt um eine Hitzewallung täglich reduzierte [7]. Auch zeigt eine aktuelle Studie, dass Akupunktur im direkten Vergleich zu Serotonin-Noradrenalin-Reuptakehemmern (Venlafaxin) keinesfalls unterlegen ist, jedoch im Hinblick auf das Nebenwirkungsprofil deutlich günstiger ist [8].

Das vordringliche Ziel besteht darin, die Compliance der Patientin durch Aufklärung, motivierende Begleitung und Linderung der Beschwerden zu unterstützen. Hierzu eignen sich Entspannungstherapie, Akupunktur oder Vitamin-E-Applikation, welche nacheinander und additiv probatorisch zum Einsatz kommen können, bevor die sicherlich nebenwirkungsreicheren konventionellen Methoden Anwendung finden sollten.

Osteoporose

Eine Hormontherapie kann mit Osteoporose, Osteopenie und Knochenbrüchen einhergehen. Bisphosphonate stellen die derzeit beste Vorbeugungs- und Behandlungsmöglichkeit in dieser Situation dar. Eine Behandlung mit dem Rank-Ligand-Inhibitor Denosumab ist für diese Indikationen auch als sinnvoll zu erachten. In der täglichen Beratung von Patientinnen zeigt sich, dass auch hier Methoden der komplementären und alternativen Medizin häufig zur Anwendung kommen. Für Nicht-Tumorpatienten konnte man zeigen, dass am häufigsten Multivitamine, Akupunktur, Tai Chi und Yoga angewendet werden [9]. Doch für alle diese Methoden liegen kaum Daten vor, die eine Wirksamkeit belegen würden. Yoga scheint unter diesen Methoden allerdings eine sinnvolle Alternative zu sein [10].

Von größter Bedeutung jedoch ist es, dass alle Maßnahmen unterbleiben, die zu einem verstärkten Knochenverlust führen, d.h., Patienten muss geraten werden, sich regelmäßig körperlich zu betätigen und auf das Rauchen und exzessiven Alkoholgenuß zu verzichten [11]. Im Hinblick auf die so genannten sanften Methoden ist die diätetische Zufuhr und Supplementation von Kalzium und Vitamin D wohl geeignet, die Knochendichte zu erhalten [12]. Zumindest bei Frauen wirken sich beide Maßnahmen nicht negativ auf das onkologische Krankheitsgeschehen aus. Bei prämenopausalen Frauen konnte sogar gezeigt werden, dass eine hohe Kalziumzufuhr mit einer geringeren Brustkrebsinzidenz verknüpft ist. Vitamin D hat sich als protektiv gegen 17 verschiedene Arten von Malignomen herausgestellt [13]. Hingegen sollte bei Männern eine Kalzium-Supplementation streng indiziert werden, da in mehreren Studien in solchen Fällen eine höhere Prostatakarzinominzidenz festgestellt wurde [14]. Auf Sport als therapeutische Option sollte hingewiesen werden, die eine Osteoporoseprophylaxe möglicherweise ergänzt und sich positiv auf das Wohlbefinden (Fatigue) und das Rezidivgeschehen auswirkt [15, 16].

Substanzen, die die Wirkung von Hormontherapien möglicherweise beeinflussen

Eine medikamentöse Hormontherapie kann auf vielfältige Art und Weise in ihrem Ergebnis beeinflusst werden, sodass die Effektivität der Behandlung kompromittiert wird oder sogar schädliche Wirkungen eintreten. Dabei beeinträchtigen eine höhere Elimination der Wirksubstanz, die geringere Aktivierung der Wirkstoffe, antagonistische Interferenzen und die Aktivierung des zellulären Efflux in Tumorzellen die Wirksamkeit der Therapie, während eine geringere Elimination und die vermehrte Aktivierung von Vorstufen der Hormone zu einer erhöhten Toxizität führen können [17]. Insbesondere Methoden der Komplementärmedizin können den Medikamentenstoffwechsel beeinflussen, der darüber hinaus auch von der Genetik der behandelten Person abhängt [18].

Für die meisten der Methoden existieren keine oder nur wenige Informationen über die Beeinflussung des Stoffwechsels. Beispielsweise konnten bei einer aktuellen Medline-Abfrage (November 2010) mit den Stichworten tamoxifen und mistletoe keine Einträge gefunden werden. Aufgrund der individuell unterschiedlichen Verstoffwechslung der Medikamente und den häufigen Vielstoffgemischen in der Komplementärmedizin sind die Auswirkungen einer komplementärmedizinischen Therapie nicht absehbar. Die wenigen bislang vorliegenden Erkenntnisse sollen im Folgenden vorgestellt werden.

Substanzen, die die Wirkung von Hormontherapien möglicherweise verbessern

In-vitro-Daten zeigen, dass die Wirksamkeiten von Tamoxifen und Selen bei Brustkrebs- und Endometriumkarzinomen synergistisch wirken und dass Selen eine Tamoxifen-Resistenz überwinden kann [19, 20]. Vergleichbare Befunde gibt es auch für grünen Tee, wobei hier noch gezeigt werden konnte, dass grüner Tee bei Östrogenrezeptor-negativen Zellen zu einer erneuten Rezeptor-

CAL-D-VITA® - Kautabletten; Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Eine Kautablette enthält Kalzium 600 mg als Calciumcarbonat 1500 mg, Colecalciferol (Vitamin D3) 400 I.E. (äquivalent zu 10 Mikrogramm) Sonstige Bestandteile: Aspartam (E 951) 6 mg, Saccharose 3 mg. Die vollständige Auflistung der sonstigen Bestandteile siehe Abschnitt 6.1. Liste der sonstigen Bestandteile: Mannitol, Povidon, Talkum, Magnesiumstearat, Aspartam (E 951), Wasserfreie Citronensäure, Aromastoff (Orangenaroma), -Tocopherol, Nahrungsfette, Fischgelatine, Maisstärke, Saccharose; Pharmakotherapeutische Gruppe: Mineralstoffe ATC-Code: A12AX; Anwendungsgebiete: Korrektur von kombinierter Vitamin D- und Kalziummangelzuständen bei älteren Patienten. Vitamin D- und Kalzium-Supplementierung als Zusatz zu einer spezifischen Osteoporosebehandlung bei Patienten, bei denen ein kombinierter Vitamin D- und Kalziummangel diagnostiziert wurde oder ein hohes Risiko für solche Mangelzustände besteht. Gegenanzeigen: Hyperkalzämie, schwere Hyperkalzämie, Nierensteine, Langzeitimmobilisation in Kombination mit Hyperkalzämie und/oder Hyperkalzämie, Hypervitaminose D, Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile, Inhaber der Zulassung: Bayer Austria Ges.m.b.H., Herbststraße 6-10, 1160 Wien Verschreibungs-/Apothekenpflicht: rezept- und apothekenpflichtig; Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. Stand der Information: Oktober 2007

expression führt und damit gegenüber Tamoxifen sensibilisiert [21, 22]. Doch die Frage, ob und inwieweit sich diese Befunde auf die Klinik übertragen lassen, bleibt offen. Zu möglichen Wechselwirkungen von Mikronährstoffen mit Tamoxifen liegt eine Studie vor. Diese untersuchte den Effekt von 100 mg Coenzym Q10, 10 mg Riboflavin und 50 mg Niacin in Kombination mit Tamoxifen auf die Tumormarker CEA und CA153 bei Brustkrebspatientinnen und berichtete keine negativen Effekte [23]. Allerdings ist die Methodik dieser Analyse nicht schlüssig. Hier scheint nur ein Kollektiv von Patientinnen mit metastasiertem Mammakarzinom beobachtet worden zu sein und die Tumormarkerverläufe unter verschiedenen Modalitäten wurden miteinander verglichen. In diesem Zusammenhang sei erwähnt, dass Vitamin A keinen positiven Effekt auf die Wirksamkeit von Tamoxifen zu haben scheint, denn eine Präventionsstudie bei Frauen mit einem Karzinom im Frühstadium, intraepithelialer Neoplasie oder hohem Brustkrebsrisiko fand keinen positiven Effekt der Tamoxifen/Vitamin-A-Kombination [24].

Substanzen, die die Wirkung von Hormontherapien möglicherweise beeinträchtigen

Substanzen mit östrogenartiger Wirkung, z.B. Sojaflavonoide (Genistein), haben in in-vitro und in-vivo experimen-

tellen Ansätzen gezeigt, dass sie die Wirkungen von Antiöstrogenen oder Aromatasehemmern zumindest teilweise hemmen können [25]. Diese Befunde haben dazu geführt, dass Patientinnen mit Brustkrebs von einer sojähaltigen Diät abgeraten wird, zumal sich die Vermutung, dass Sojaflavonoide Hitzewallungen lindern könnten, nicht bestätigt hat [26]. Eine aktuelle Nachbeobachtungsstudie zeigt jedoch, dass Brustkrebspatientinnen unter einer Sojadiät bessere Überlebenschancen haben [27]. Des Weiteren können die erwähnten Extrakte der Trauben-Silberkerze (*Actaea racemosa*, *Cimicifuga racemosa*), der Keuschlammfrüchte (*Agnus castus*), Omega-3-Fettsäuren, Knoblauch, Ginseng, Rosenwurz, Ginkgo, Echinacin und Baldrian die Wirksamkeit von Tamoxifen oder Aromatasehemmern beeinflussen [28]. Doch die Analyse zu Soja zeigt, dass sich In-vitro-Daten nicht unbedingt auf die Situation in-vivo übertragen lassen. Insofern lassen sich die Befürchtungen nicht durch klinische Daten substantiieren. Bedenkt man, dass die genannten Substanzen neben der mehr oder weniger direkten Beeinflussung der Hormonwirkung auch den CYP2D6-medierte Stoffwechsel beeinflussen, erscheinen klinische Untersuchungen notwendig [29].

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Interaktionen von komplexen

tärmedizinischen Methoden und Nahrungsmitteln mit einer Hormontherapie höchst unzureichend erforscht sind. Im Hinblick auf die Prävalenz der Anwendung komplementärer Methoden und im Sinne der Patientensicherheit, zum Beispiel in Ländern, in denen Soja einen wichtigen Nahrungsbestandteil darstellt, erscheinen zukünftige Studien zu diesem Thema zwingend notwendig. Unabhängig von pharmakologischen Interventionen erscheint es sinnvoll, dass unter Berücksichtigung der Inzidenz von Zweittumoren ein Body-Mass-Index im Normbereich angestrebt wird, auch wenn Studien bislang keinen Einfluss des erhöhten Körpergewichts auf die Wirksamkeit der Hormontherapie gezeigt haben, obwohl im Fettgewebe Östrogene produziert werden [30].

Prof. Dr. Karsten Münstedt¹,
Matthias Kalder²

¹Justus-Liebig-Universität Gießen,
Fachbereich Medizin, Frauenklinik
Klinikstraße 32, D-35392 Gießen
Tel.: +49/641/99 45200

karsten.muenstedt@gyn.med.uni-
giessen.de

²Philipps-Universität Marburg, Fach-
bereich Medizin, Frauenklinik, Mar-
burg.

Osteopenie - Osteoporose: Vorsorge mit Rückgrat!

- Bei Vitamin D- und Kalzium-Mangelzustand
- als Zusatz zur spezifischen Osteoporose-Behandlung
- Österreichs Marktführer im Kalzium/Vitamin D-Markt¹



Cal-D-Vita
Kautabletten

¹ 1849, ÖPMÖ 2010, A12A, Einheiten und Typen

OP II kassenfrei

1 Facharztinformation siehe Seite 8



Folsäure – Folge 1

Folsäure außerhalb der Schwangerschaft

Folsäure gehört zu den wasserlöslichen Vitaminen des B-Komplexes. Sie wird auch als Vitamin B9 oder Folat (lat. folium) bezeichnet und kommt vorwiegend in grünen Gemüsesorten und Getreide vor. Da Folsäure nicht im Körper produziert werden kann, muss sie mit der Nahrung zugeführt bzw. als synthetisch hergestelltes Präparat substituiert werden. Nur 12 µg bis 15 µg Folat können im Körper über zwei bis drei Monate gespeichert werden.

Die über den Darm resorbierte Folsäure wird im Körper in ihre aktive Form Tetrahydrofolat (THF) umgewandelt und dient als Methyl-, Methyl- und Formylendonator. THF nimmt daher eine zentrale Stellung in der DNA- und RNA-Synthese resp. -Reparatur ein. Sie beeinflusst die Qualität der Mitose bzw. Maiose (Trisomie 21). Ein Folsäuremangel äußert sich insbesondere bei intensiver Zellteilung, also vor allem in der Schwangerschaft, Erythropoese im Knochenmark, Karzinogenese und speziell bei der Hyperhomocysteinämie. Ohne THF als Koenzym der Vitamine B6 und B12 kann Homocystein nicht in Methionin methyliert werden.

Die Homocysteinkonzentration im Blut kann als Indikator für die Folatversorgung herangezogen werden. Es wird angenommen, dass der hohe Homocysteinspiegel ursächlich an der Embryo-

pathie (siehe Folge 2) beteiligt ist, aber auch als Risikofaktor bei koronarer Herzkrankheit, Schlaganfall, peripheren Gefäßkrankheiten, Dickdarmkarziom, Brustkrebs aber auch bei Alzheimer und Altersdemenz gilt.

Folsäuremangel wird durch folgende Faktoren bedingt:

- Labilität durch Licht- und Temperaturempfindlichkeit der Folsäure in der Nahrung;
- Resorptionsstörungen: Alkoholabusus, Darm- und Lebererkrankungen;
- Polyphormismus des Methyltetrahydrofolsäurereduktasegens (10% der Bevölkerung betroffen);
- Medikamente:
 - Dihydrofolatreduktasehemmer (z.B. Methotrexat, Trimethoprim, Sulfasalazin),
 - Folsäureantagonisten (Antiepileptika, Lipidsenker).

Auch die Anwendung oraler Kontrazeptiva potenziert per se und besonders bei Vorliegen einer (latenten) Hypothyreose den Bedarf an Folsäure. In den Vereinigten Staaten genehmigte die FDA orale Kontrazeptiva mit angereicherter Folsäure (Byaz® und Safyral®). In der europäischen Union wurde die Zulassung dieser Präparate beantragt.

Neben der bekannten Fehlbildungsprophylaxe in der Schwangerschaft spielt

Folsäure auch eine bedeutende Rolle in der Qualität der Ovulation im Rahmen der Sterilitätsbehandlung aber auch für die Entwicklung der späteren Insulinresistenz des Kindes. Da die Embryogenese in den ersten 28 Tagen nach der Ovulation durch Folsäuremangel pathologisch beeinflusst wird, ist die präkonzeptionelle Auffüllung der Folsäurereserven und des Vitamin-B-Komplexes im Körper besonders wichtig. Diese sollte bereits acht Wochen vor der geplanten Schwangerschaft begonnen werden und bis zur 12. Woche der Gravidität anhalten. Die empfohlene Dosis bei Frauen mit Kinderwunsch sollte perikonzeptionell 600 µg und für Schwangere und Stillende 800 µg betragen. Derzeit gibt es keinen überzeugenden Hinweis dafür, dass die perikonzeptionelle Gabe von Folsäure zu einer Zunahme von Mehrlingsschwangerschaften führt.

*Dr. Alfons W. Kowatsch
FA für Gynäkologie und Geburtshilfe
Ärztlicher Leiter des Institutes für gynäkologische Hormonerkrankungen,
Sterilität und Infertilität
St.-Peter-Hauptstraße 35/f/3,
A-8042 Graz
Tel.: +43/316/47 56 12,
Mobil: +43/676/38 24 203,
Fax.: +43/316/47 56 24
office@hormoninstitut-kowatsch.at*

Librel®-Filmtabletten/Librel® mite-Filmtabletten Qualitative und quantitative Zusammensetzung: 1 Filmtablette enthält: Desogestrel 0,15 mg, Ethinylestradiol 0,03 mg/1 Filmtablette enthält: Desogestrel 0,15 mg, Ethinylestradiol 0,02 mg. Anwendungsgebiete: Orale Konzeptionsverhütung Gegenanzeigen: Kombinierte orale Kontrazeptiva (KOK) dürfen nicht bei Vorliegen einer der unten angeführten Bedingungen angewandt werden. Sollte eine der aufgelisteten Bedingungen zum ersten Mal während der Einnahme eines KOK auftreten, muss die Einnahme sofort beendet werden. Überempfindlichkeit gegenüber den Wirkstoffen oder einen der sonstigen Bestandteile/Bestehende oder vermutete Schwangerschaft/Bestehende oder vermutete maligne Erkrankungen (z.B. der Genitalien oder der Mammae), die Sexualhormon-abhängig sind; Nicht abgeklärte vaginale Blutungen; Bestehende oder vorausgegangene Prodrome einer Thrombose (z. B. transitorische ischämische Attacken, Angina pectoris); Angeborene oder erworbene Prädisposition für venöse oder arterielle Thrombosen, wie z.B. APC-Resistenz, Antithrombin-III-Mangel, Protein C- und Protein S-Mangel, Hyperhomocysteinämie und Antiphospholipidantikörper (Antikardiolipinantikörper, Lupus koagulans); Angeborene oder bestehende Fettstoffwechselstörungen; Schwere Hypertonie/Diabetes mellitus mit Gefäßveränderungen/Bestehende oder vorausgegangene venöse oder arterielle thrombotische/thrombo-embolische Ereignisse (z. B. tiefe Venenthrombose, Lungenembolie, Myokardinfarkt) oder zerebrovaskuläre Ereignisse: das Vorliegen eines schweren oder mehrerer Risikofaktoren für eine venöse oder arterielle Thrombose (siehe Abschnitt 4.4 "Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung") kann ebenfalls eine Gegenanzeige darstellen/Bestehende oder vorausgegangene Pankreatitis im Zusammenhang mit schwerer Hypertriglyceridämie; Gelbsucht oder anhaltendem Juckreiz während einer früheren Schwangerschaft, Dubin-Johnson- und Rotor-Syndrom/Bestehende oder vorausgegangene schwere Lebererkrankung, solange sich die Leberfunktionswerte noch nicht normalisiert haben/Bestehende oder vorausgegangene benigne oder maligne Lebertumore; Migräne mit fokalen neurologischen Symptomen in der Anamnese; Porphyrie; Herpes gestationis; Otsklerose mit Verschlechterung des Hörvermögens in vorangegangenen Schwangerschaften. Liste der sonstigen Bestandteile: Tablettenkern: Lactose-Monohydrat, Kartoffelstärke, Povidon K30, Stearinsäure, Siliciumdioxid, ± Tocopherol, Magnesiumstearat (Librel mite: zusätzl.: Chinolingelb (E104)). Tablettenfilm: Hypromellose, Macrogol 6000, Propylenglycol. Name oder Firma und Anschrift des pharmazeutischen Unternehmers: Kwizda Pharma GmbH, 1160 Wien Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht: Rezept- und apothekenpflichtig Wirkstoffgruppe: Gestagene und Estrogene, fixe Kombinationen Die Informationen zu den Abschnitten Warnhinweise, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. Stand: 10/2007

Madonella-Dragees. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: 1 Dragee enthält 0,15 mg Levonorgestrel und 0,03 mg Ethinylestradiol Anwendungsgebiete: Orale Kontrazeption Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen einen Bestandteil des Präparates; Schwangerschaft; hormonabhängige Tumore, insbesondere bestehendes, vermutetes oder behandeltes Mamma- oder Endometriumkarzinom; nicht abgeklärte Genitalblutungen; vorausgegangene oder bestehende thromboembolische Prozesse; Thrombophlebitis, nach Schlaganfall oder Herzinfarkt; Antithrombin III-Mangel; Sichelzellanämie; schwerer Diabetes mit Gefäßveränderungen; Hyperlipoproteinämie; schwere Leberfunktionsstörungen; Gelbsucht oder Pruritus während einer früheren Schwangerschaft; Dubin-Johnson-Syndrom, Rotor-Syndrom; vorausgegangene oder bestehende Lebertumore; Herpes gestationis in der Anamnese; Otsklerose mit Verschlechterung in einer früheren Schwangerschaft. Liste der sonstigen Bestandteile: Laktose-Monohydrat, Maisstärke, Talk, Magnesiumstearat, Silicium colloidal anhydrous, Saccharose, Calciumcarbonat, Copovidon, Macrogol, Povidon, Natriumcarboxymethylcellulose, Titandioxid (E171). Name oder Firma und Anschrift des pharmazeutischen Unternehmers: Kwizda Pharma GmbH, 1160 Wien Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht: Rezept- und apothekenpflichtig Wirkstoffgruppe Orale Estrogen-Gestagen-Kombinationskontrazeptiva Die Informationen zu den Abschnitten Warnhinweise, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. Stand: 05/2007

Yris/Yris mite-Dragees. Zusammensetzung (arzneilich wirksame Bestandteile nach Art und Menge): 1 Dragee enthält 0,075 mg Gestoden und 0,03 mg / 0,02 mg Ethinylestradiol. Anwendungsgebiete: Hormonale Konzeptionsverhütung Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen einen der Bestandteile; Schwangerschaft; hormonabhängige Tumore (wie z. B. Mamma- oder Endometriumkarzinom bestehend, behandelt oder klinisch vermutet); nicht geklärte Genitalblutungen; bestehende oder vorausgegangene arterielle oder venöse thrombotische oder embolische Prozesse sowie prädisponierende Erkrankungen, z.B. Gerinnungsstörungen, Herzklappenerkrankungen oder Vorhofflimmern; Thrombophlebitis; Antithrombin-III-Mangel; Sichelzellanämie; Zustand nach Herzinfarkt; schwerer Diabetes mellitus mit Gefäßveränderungen; Hyperlipoproteinämie; Fettstoffwechselstörungen; schwere Leberfunktionsstörungen; Gelbsucht oder anhaltender Juckreiz während einer früheren Schwangerschaft; Dubin-Johnson-Syndrom, Rotor-Syndrom; vorausgegangene oder bestehende Lebertumore; Herpes gestationis in der Anamnese; Otsklerose mit Verschlechterung in vorausgegangenen Schwangerschaften. Hilfsstoffe: Kern: Natriumcalciumedetat, Magnesiumstearat, Siliciumdioxid, Povidon, Maisstärke, 37,16 mg / 37,17 mg Lactose-Monohydrat. Hülle: Chinolingelb E 104, Povidon, Titandioxid E171, Macrogol 6000, Talk, Calciumcarbonat, Saccharose. Name oder Firma und Anschrift des pharmazeutischen Unternehmers: Kwizda Pharma GmbH, 1160 Wien Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht: Rezept- und apothekenpflichtig Wirkstoffgruppe: Hormonelle Kontrazeptiva Die Informationen zu den Abschnitten Warnhinweise, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. Stand: 04/2007

Postinor 1500 Mikrogramm-Tablette Zusammensetzung (arzneilich wirksame Bestandteile nach Art und Menge): 1 Tablette enthält 1500 Mikrogramm Levonorgestrel. Anwendungsgebiete: Notfallkontrazeption innerhalb von 72 Stunden nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr oder bei Versagen einer Verhütungsmethode. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff Levonorgestrel oder einen der sonstigen Bestandteile. Hilfsstoffe: Kartoffelstärke, Maisstärke, hochdisperses Siliciumdioxid, Magnesiumstearat, Talkum, Lactose-Monohydrat. Inhaber der Zulassung: Medimpex UK Limited 127 Shirland Road London W9 2EP Großbritannien Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht: Rp, apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. Wirkstoffgruppe: Gestagene ATC-Code: G03AC03 Die Informationen zu den Abschnitten Warnhinweise, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. Stand Februar 2007.

Dem neuen Leben in jeder Phase alles geben!

Von Kinderwunsch bis Stillzeit!



ratiopharm
Gute Preise. Gute Besserung.



¹ Deckt 100% des Tagesbedarf an Folsäure lt. Ernährungsfachgesellschaft D-A-CH
* in Pregnavit Select Phase II
** in Pregnavit Select Phase I

Degarelix

First-Line-ADT des Prostatakarzinoms durch GnRH-Blocker

Die Behandlung des Prostatakarzinoms (PCa) stützt sich vorwiegend auf die Androgendeprivationstherapie (ADT). Durch optimierte Früherkennung und neue Arzneien können Prognosen bedeutend besser ausfallen, wobei die Therapieentscheidung vielschichtiger wird.

Aufgrund erster Ergebnisse einer gegenwärtig geführten Langzeitstudie, kann die Wirkung des GnRH-Blockers Degarelix (Firmagon®) bereits belegt und dessen Einsatz in der First-Line-ADT befürwortet werden.

MRI zur Prostatakarzinomdiagnostik

Klassische Methoden der Prostatakarzinomdiagnostik wie die Bestimmung des prostataspezifischen Antigens (PSA), die digitale rektale Untersuchung sowie die transrektale Sonografie (TRUS) sind, laut Prof. Jelle Barentsz, Abt. f. Radiologie, Radboud University Medical Center, Nijmegen (NL), einer Vielzahl von Einschränkungen unterlegen. Dies betrifft etwa die Sensitivität oder die Genauigkeit der Klassifizierung und des Stagings.

Mit Hilfe der multimodalen Magnetresonanztomografie (MRI) können Informationen sowohl über den lokalen Tumor, als auch einen eventuellen Lymphknotenbefall oder Knochenmetastasen erlangt werden.

„Die multimodale MRI zeigt, wo ein Prostatakarzinom ist, wie aggressiv es ist und ob es sich außerhalb der Prostata ausbreitet. Darüber hinaus eröffnet es Möglichkeiten für eine maßgeschneiderte, minimal-invasive Therapie“, resümiert Barentsz über die Vorteile der multimodalen MRI Technologie.

Die multimodale MRI umfasst mittels T2-gewichteter MRI bzw. mittels diffusionsgewichteter MRI, dynamischer Kontrastmittel-MRI oder MR-Spektroskopie sowohl anatomische als auch funktionelle Aspekte.

Fortschritte in der FSH- und Testosteronkontrolle

Die gegenwärtig standardisierte Methode bei Patienten mit fortgeschrittenen PCa, besteht in einer ADT mit einem GnRH-(Gonadotropin-Releasing Hormone)-Agonisten, die allerdings zu Therapiebeginn zu einer vermehrten LH- und FSH-Ausschüttung führt, in weiterer Folge eine Testosteronproduktion (Testosteron-Surge) anregt und die tumorbedingten Symptome steigern kann.

„Die Langzeit-Testosteronsuppression unter GnRH-Agonisten kann nicht mit einer Orchiektomie gleichgesetzt werden. Testosteron-Microsurgies und -Durchbrüche sind häufig“, berichtet Dr. John Anderson, Royal Hallamshire Hospital, Sheffield (UK).

Durch die direkte GnRH-Blockade in der Hypophyse mit dem GnRH-Antagonisten Degarelix kommt es zur unverzüglichen und kompletten Einschränkung der Freisetzung von LH (luteinisierendem Hormon) und FSH (follikelstimulierendem Hormon), was eine Absenkung des Testosteronspiegels auf Kastrationsniveau ohne Surges oder Microsurgies innerhalb von drei Tagen bewirkt.

In mehreren Studien konnte belegt werden, dass sich die optimierte Testosteronkontrolle im Rahmen einer ADT positiv auf die klinischen Resultate aus-

wirkt. Die Höhe des Testosteronspiegels nach sechsmonatiger Therapie¹ und das Auftreten von rezidivierenden Testosteron-Anstiegen, kann somit direkt mit dem Mortalitätsrisiko in Verbindung gebracht werden.²

Anderson konnte in einer noch nicht publizierten Arbeit zeigen, dass die Behandlung mit dem GnRH-Antagonisten Degarelix in Abwägung zu einer Therapie mit einem GnRH-Agonisten (Goserelin) plus einem Antiandrogen (Bicalutamid) auch Vorteile hinsichtlich der Reduktion von PCa-bedingten Symptomen der unteren Harnwege (LUTS = Lower Urinary Tract Symptoms) aufweist.³ „Die Behandlung mit einem GnRH-Agonisten plus einem Antiandrogen ist nicht mit einer GnRH-Blocker-Therapie vergleichbar; weder hinsichtlich der FSH- oder Testosteronkontrolle, der PSA-Spiegel noch in Bezug auf die Prostatakarzinombedingten LUTS“, stellt Anderson fest.

Nach 12 Wochen Therapie mit Degarelix sei die Reduktion im IPSS (International Prostate Symptom Score) signifikant höher, die Reduktion der Prostatagröße stärker ausgeprägt, die Verbesserung des Qmax größer sowie die Lebensqualität der Patienten besser.

Zukunftsweisende First-Line-ADT

Im Hinblick auf die Fähigkeit, die Testosteronspiegel von PCa-Patienten über

ein Jahr lang im Kastrationsbereich zu halten, ohne aber den Effekt von Surges oder Microsurges zu verursachen⁴, ist Degarelix dem GnRH-Analogen Leuprorelin keinesfalls unterlegen. Dies belegen Daten der zulassungsrelevanten Phase-III-Studie (CS21). „Darüber hinaus wurden die PSA-Spiegel unter Degarelix unabhängig vom Krankheitsstadium rascher gesenkt als unter der Vergleichssubstanz“, berichtet Prof. Thomas Keane, Medical University of South Carolina, Charleston (USA).

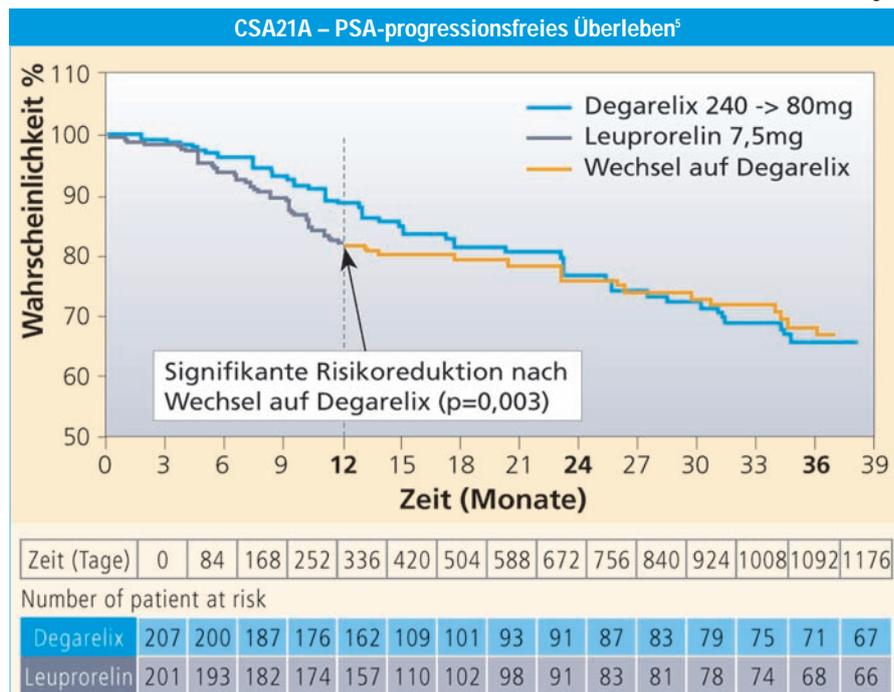
Zur Bewertung der Langzeitwirksamkeit und -verträglichkeit von Degarelix wurde die fünfjährige Extensionsstudie CS21A⁵ initiiert. Alle Patienten, die bereits in der Studie CS21 mit Degarelix behandelt worden waren, setzten diese Therapie fort. Zuvor mit Leuprorelin therapierte Probanden wurden erneut randomisiert, sie erhielten entweder Degarelix 240/80 mg oder 240/160 mg.

Laut der vorliegenden CS21A-Daten konnte bislang bei allen Patienten, auch bei jenen, deren Therapie von Leuprorelin auf Degarelix umgestellt worden war, eine Verbesserung der PSA-Werte festgestellt werden. Wie bereits in CS21 konnte auch die Extensionsstudie zeigen, dass die Rate an PSA-progressionsfreiem Überleben in der Degarelix-Gruppe, verglichen mit dem Leuprorelin-Arm, eindeutig höher ist. Nach der Umstellung auf Degarelix wurden bei ursprünglich Leuprorelin behandelten Patienten mit einer Verbesserung des PSA-Wertes (0,20 vs. 0,08 Ereignisse/Jahr; p = 0,003) sowie eine auffällig niedrigere Rate des Wiederanstiegs des PSA-Wertes („PSA-Failure“) oder an Todesfällen beobachtet.

„Die Daten aus der laufenden Verlängerungsstudie haben gezeigt, dass Degarelix auch langfristig wirksam und sicher und als First-Line-Androgendprivatonthherapie bei Patienten mit fortgeschrittenem hormonbedingtem Prostatakarzinom geeignet ist“, bestätigt Keane.

Überwachung von Knochenmetastasen

„Die ADT ist mit einer Reihe von Langzeitnebenwirkungen, darunter erhöhtes Osteoporose- und damit Frakturrisiko, Diabetes mellitus oder kardiovaskuläre Erkrankungen, assoziiert“, berichtet Prof. Laurence Klotz, Sunnybrook Health Sciences Centre, Toronto (CDN). Bei Männern mit PCa unter Therapie mit



GnRH-Agonisten konnte innerhalb eines Jahres eine ausgeprägte Reduktion der Knochenmineraldichte (BMD)⁶ gezeigt werden, die folglich in Erhöhungen der Frakturraten und der Mortalität resultiert.

Zur Reduktion des Frakturrisikos aufgrund der Osteoporose sind auch bei PCa-Patienten unter ADT Therapieformen der Osteoporose wie Kalzium- und Vitamin-D-Supplementierung, Bisphosphonate oder Substanzen, die das RANK-Ligand-System beeinflussen, angebracht.

Knochenmetastasen sind, so wie die Osteoporose ein begünstigender Faktor für knochenbaubezogene Ereignisse. Ein Marker für den Knochenumbau ist die alkalische Phosphatase im Serum (S-ALP). Eine Erhöhung dieser ist ein Hinweis auf die Ausweitung von Knochenmetastasen. Wie in einer Untersuchung gezeigt werden konnte, verläuft die Kontrolle von S-ALP unter Degarelix besser als unter Leuprorelin. Dies wiederum weist auf eine verbesserte Kontrolle von Knochenmetastasen unter Degarelix hin.⁷

Indes ist die Behandlung mit GnRH-Agonisten auch mit einem erhöhten Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse wie Myokardinfarkt und Schlaganfall assoziiert. Analysen von gepoolten Daten zei-

gen hingegen, dass die Ereignisrate durch eine Behandlung mit dem GnRH-Antagonisten Degarelix nicht beeinträchtigt wird und dass die während der Studien aufgetretenen Ereignisse Konsequenzen des normalen Alters sind.⁸

Literatur

1. Perachino et al, BJU Int 2009; 105: 648-51
2. Morote et al, J Urol 2007; 178: 1290-95
3. Anderson et al, data on file
4. Klotz et al, BJU Int 2008; 102: 1531-38
5. Crawford et al, J Urol 2010; 183(Suppl 4): e262, abs 670
6. Mittan et al, J Clin Endocrinol Metab 2002; 87: 3656-61
7. Schröder et al, BJU Int 2010; 106: 182-87
8. Klotz et al, Ann Oncol 2010; 21(Suppl 8): vii276, abs883P

Männliche Inkontinenz nach Prostataeingriffen: moderne Behandlung

Priv.-Doz. Dr. Mesut Remzi, Univ.-Doz. Dr. Wilhelm A. Hübner

Eine männliche Inkontinenz (Harnverlust) nach Prostataeingriffen hängt von multiplen Faktoren ab. Nicht zuletzt die Definition, der Nachbeobachtungszeitpunkt, Art der Untersucher, Erfahrung des Untersuchers und die Art der Untersuchung (operierende Institution versus anonyme Fragebogen) bestimmen die Inzidenz. Nach radikalen Prostatektomien wegen eines Prostatakarzinoms, aber auch nach Bestrahlung und anderen Prostatainterventionen finden sich Inkontinenzraten von 3-60%. Während konservative Maßnahmen, im Sinne von gut durchgeführtem Beckenbodentraining, bis zu einem Zeitraum von sechs Monaten post-interventionell erfolgsversprechend sind, erfordert die länger anhaltende Inkontinenz in der Regel eine operative Behandlung.

Risikofaktoren für eine Inkontinenz nach radikaler Prostatektomie sind neben Alter und Tumorstadium vor allem auch intraoperative Faktoren. So zeigte eine aktuelle Studie vom Memorial Sloan Kettering im Vergleich von elf sehr versierten Prostatachirurgen, dass die Kontinenzraten mit der Erhaltung der Nerven korrelieren (intra- und interfaszialer Zugangsweg im Gegensatz zum extrafaszialen), aber vor allem vom Operateur abhängen. So schwanken die Raten der totalen Kontinenz (keine Einlagen nach sechs Monaten) zwischen den Operateuren zwischen 65% und 96%. Eine Metaanalyse der aktuellen Literatur bezüglich radikaler Prostatektomien zeigte keinen Unterschied zwischen offener, laparoskopischer und roboterassistierten radikalen Prostatekto-

mien. Aufgrund dieser Ergebnisse bevorzugen wir primär, wenn immer onkologisch vertretbar, einen intrafaszialen Zugangsweg mit Nervenerhaltung beidseits, da diese Technik die wichtigen anatomischen Strukturen der Kontinenz am Besten respektiert und erhält.

Operationen der männlichen Inkontinenz sind in 90% der Fälle nach radikaler Prostatektomie. Alle unten genannten Verfahren sind weniger invasiv als die radikale Prostatektomie selber. Die Operationszeiten liegen bei 10-80 Minuten. Durch diese Eingriffe lässt sich die Lebensqualität der Patienten meist wesentlich verbessern.

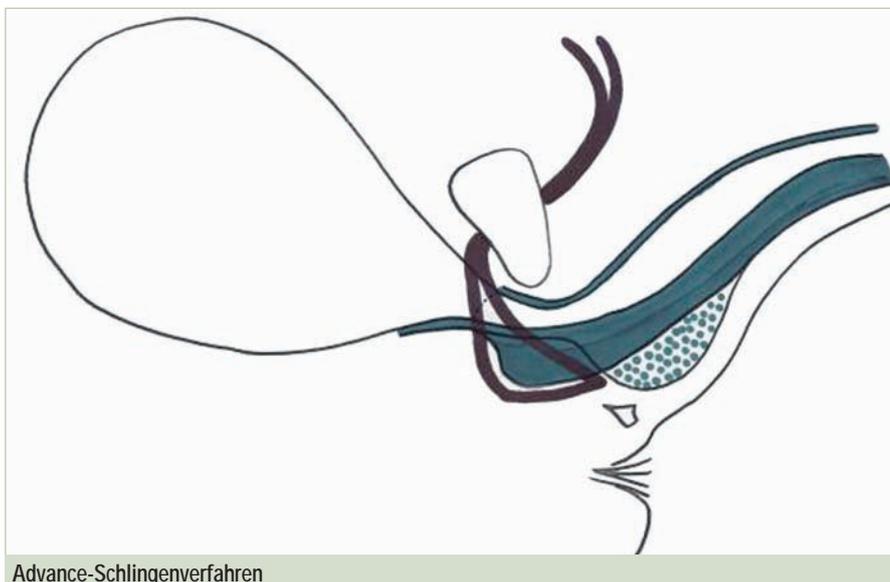
Den folgenden Ausführungen liegt unsere Erfahrung als Referenzzentrum für männliche Inkontinenz mit knapp 700 Eingriffen unterschiedlichster Art in den vergangenen neun Jahren, der persönliche Kontakt zu zahlreichen Experten im In- und Ausland sowie Publikationen der Fachliteratur zugrunde.

Schlingenverfahren

Nichtadjustierbare, suburethrale Schlingen

Die Schlingenplastik beim Mann wurde bereits 1947 beschrieben. Ursprünglich wurde Rektusfaszie über einen suprapubischen Zugang um die proximale Harnröhre gezogen (Faszienzügelplastik). In der Weiterentwicklung des Schlingengedankens berichtet Comiter über das In Vance-Verfahren. Bei dieser Technik wird ein Prolenemesh von perineal her implantiert. Das silikonbeschichtete Netz wird mit sechs Knochenschrauben

Abbildung 1



Advance-Schlingenverfahren

an die unteren Schambeinäste fixiert. In letzter Zeit wurde dieses Verfahren zugunsten der von Rheder und Gozzi vorgestellten transobturatorischen „Advance“-Schlinge verlassen (Abb. 1). Dabei wird die Sphinkterfunktion durch Repositionierung der proximalen Harnröhre unterstützt. Diese Autoren berichteten 2008 über ihre ersten Dreimonatsergebnisse bei 67 Patienten und fanden 52% trocken und 38% verbessert, die Reoperationsrate betrug 11%. Langzeitergebnisse sind noch ausständig.

Adjustierbare suburethrale Schlingen

Bei der ARGUS-Schlinge handelt es sich um eine mit einem Silikonpolster ausgestattete, suburethrale Schlinge, die nach retropubischer oder wahlweise transobturatorischer Implantation mit einfachen Silikonscheiben fixiert wird. Victor Romano berichtete bereits 2006 über 48 Patienten mit einer Beobachtungszeit von 18 Monaten und fand 73% trocken und 10% verbessert. Dieses geradlinige Verfahren hat sich im eigenen Krankenkreis bei über 100 Patienten, auch bei Patienten nach einer Bestrahlung, bewährt; die Erfolgsrate liegt derzeit bei ca. 85%. Der Grad der Inkontinenz stellt keine Einschränkung dar, die Adjustierung erfolgt, soweit überhaupt notwendig, über eine kleine Hautinzision in lokaler Betäubung.

Ein sehr ähnliches Verfahren ist die Remeex-Methode für den Mann. Dieses System erlaubt ebenfalls jederzeit eine postoperative Adjustierung über eine suprasympphysäre Inzision in lokaler Be-

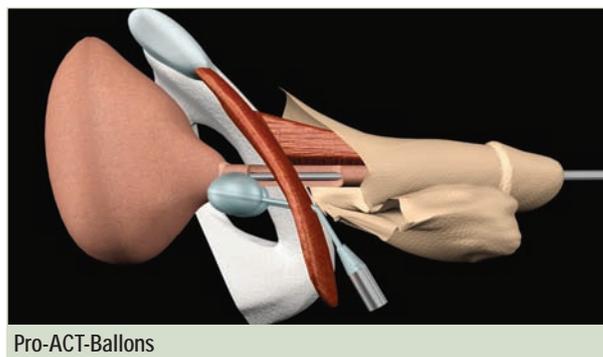
täubung. Die Erfahrungen in Italien, Spanien Deutschland sowie an der eigenen Abteilung entsprechen den ARGUS-Ergebnissen.

Schließlich ist das jüngste System einer adjustierbaren suburethralen Schlinge zu nennen, die ATOMS-Methode. Das flüssigkeitsgefüllte Implantat wird über einen perinealen Zugang transobturatorisch implantiert und über einen Port perkutan adjustiert. Nach ersten technischen Modifikationen erscheint das Verfahren sehr vielversprechend und wird verstärkt eingesetzt. Publikationen diesbezüglich sind noch ausständig.

Pro-ACT-Ballons

Seit 2001 ist für die Behandlung der männlichen Inkontinenz das Pro-ACT-System verfügbar. Weltweit wurden bis heute ca. 5.000 Patienten nach dieser Methode operiert. Bei der Pro-ACT-Methode werden zwei Silikonballons, die über einen Silikonschlauch mit einem Punktionsventil verbunden sind, über einen perinealen Schnitt oberhalb des Beckenbodens an den Blasenhalshals implantiert. (Abb. 2). Die Punktionsventile werden subkutan im Skrotum platziert, so dass durch einfache transkutane Punktion mittels Subkutannadel das Volumen der implantierten Ballons jederzeit adjustiert werden kann. Nach durchschnittlich drei Adjustierungen kommt

Abbildung 2



es schließlich zu entsprechender Erhöhung des Widerstands in der proximalen Harnröhre. An der eigenen Klinik wurden bisher über 300 derartige Eingriffe durchgeführt, eine erste Serie von 117 Patienten wurde 2005 publiziert. Trotz Einbeziehung bestrahlter Patienten (heute ein Ausschlussgrund für diese Technik) und Patienten mit schwerer Inkontinenz betrug die Erfolgsrate 77% (52% trocken, 22% signifikante Verbesserung). Die Pro-ACT-Methode besticht durch minimale Invasivität des Eingriffs sowie der Adjustierungsmaßnahmen.

Limitierende Faktoren für die Pro-ACT-Methode sind erfolgte Strahlentherapie sowie Narbenbildungen in der Blasenhalshalsregion nach mehrfachen Anastomosenschlitzungen.

Bulking agents

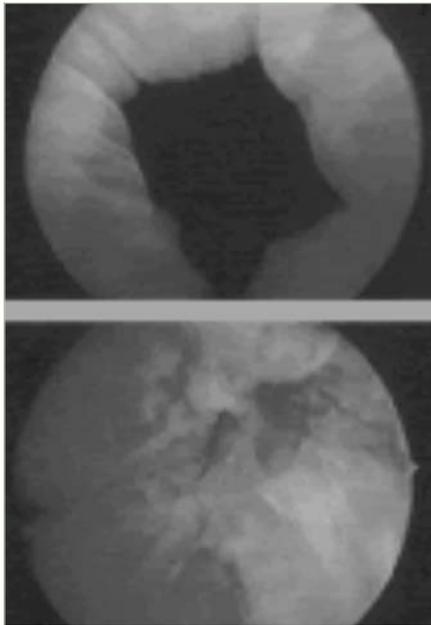
Zahlreiche Materialien (Teflon, Kollagen, autologes Fett usw.) wurden in der Vergangenheit zur endoskopischen Schleimhautunterspritzung mit konse-

Alendronsäure „Interpharm“ 70 mg einmal wöchentlich-Tabletten Qualitative und quantitative Zusammensetzung Eine Tablette enthält 70 mg Alendronsäure (als Natriumalendronatnatrihydrat). Anwendungsgebiete Therapie der postmenopausalen Osteoporose. Alendronsäure vermindert das Risiko für Wirbel- und Hüftfrakturen. Gegenanzeigen: Erkrankungen des Ösophagus und andere Faktoren, welche die ösophageale Entleerung verzögern, wie Strikturen oder Achalasie; -Unfähigkeit, für mindestens 30 Minuten aufrecht zu stehen oder zu sitzen; -Überempfindlichkeit gegenüber Alendronsäure, anderen Bisphosphonaten oder einem der sonstigen Bestandteile; -Hypokalzämie. Hilfsstoffe: Mikrokristalline Zellulose, Lactose-Monohydrat, Croscarmellose-Natrium, Magnesiumstearat. Name oder Firma und Anschrift des pharmazeutischen Unternehmers: Interpharm ProduktionsgmbH, 1160 Wien Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht: Rezept- und apothekenpflichtig. Wirkstoffgruppe: Arzneimittel zur Behandlung von Knochenkrankungen, Bisphosphonate. Die Informationen zu den Abschnitten Warnhinweise, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. Stand der Information: 11/2006

Ciprofloxacin „Interpharm“ 250-7500 mg-Filmtabletten Zusammensetzung (arzneilich wirksame Bestandteile nach Art und Menge): Eine Filmtablette Ciprofloxacin „Interpharm“ 250 mg enthält: Ciprofloxacin 250 mg als Ciprofloxacinhydrochlorid Eine Filmtablette Ciprofloxacin „Interpharm“ 500 mg enthält: Ciprofloxacin 500 mg als Ciprofloxacinhydrochlorid Anwendungsgebiete: Behandlung folgender Infektionen, die durch Ciprofloxacin-empfindliche Erreger hervorgerufen werden: Infektionen der oberen und unteren Harnwege, z.B. akute, unkomplizierte Cystitis, komplizierte Infektionen und Pyelonephritis; Schwere Haut- und Weichteilinfektionen verursacht durch gram-negative Bakterien; Osteomyelitis verursacht durch gram-negative Bakterien; Schwere systemische Infektionen verursacht durch gram-negative Bakterien, z.B. Sepsis, Infektionen bei immunsuppressiven Patienten; Schwere bakterielle Enteritis; Infektionen der Geschlechtsorgane inkl. akuter unkomplizierter Gonorrhoe, chronische Prostatitis; Infektionen der Atemwege inkl. einer Pneumonie verursacht durch aerobe gram-negative Bakterien. Bei der Behandlung von Pneumokokken-Pneumonien im ambulanten Bereich ist Ciprofloxacin nicht das Mittel der Wahl; Kinder und Jugendliche; Akute, durch Pseudomonas aeruginosa verursachte pulmonale Exazerbation einer zystischen Fibrose bei Kindern und Jugendlichen (5 - 17 Jahre). Ciprofloxacin ist nicht für andere Indikationen in dieser Altersgruppe bestimmt. Die offiziellen Richtlinien über die geeignete Verwendung von antibakteriellen Wirkstoffen sind zu berücksichtigen. Gegenanzeigen: Ciprofloxacin ist kontraindiziert bei: Patienten mit bekannter Überempfindlichkeit gegen Ciprofloxacin, anderen Chinolonen oder anderen Inhaltsstoffen; Patienten, bei denen in der Vorgeschichte im Zusammenhang mit der Gabe von Fluorchinolonen Sehenerkrankungen; Schwangerschaft und Stillzeit; Kindern und heranwachsenden Jugendlichen außer bei der Behandlung von akuten Exazerbationen einer zystischen Fibrose bei Kindern von 5 - 17 Jahren; Kinder unter 5 Jahren. Hilfsstoffe: Tablettenkern: Mikrokristalline Cellulose, Maisstärke, Magnesiumstearat, Talkum, kolloidales wasserfreies, Siliciumdioxid, Natriumstärkeglykolat (Typ A), Film: Hypromellose, Titandioxid (E171), Macrogol 400, Talkum Name oder Firma und Anschrift des pharmazeutischen Unternehmers: Interpharm ProduktionsgmbH, 1160 Wien Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht: Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten Wirkstoffgruppe: Antibiotikum Die Informationen zu den Abschnitten Warnhinweise, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

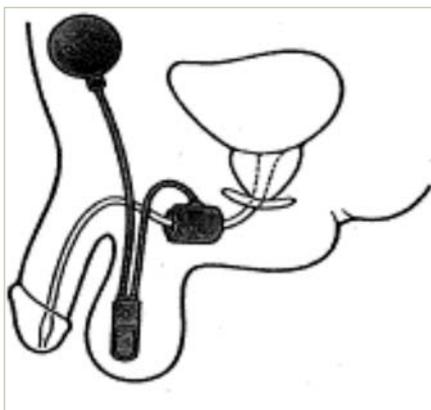
Fluocsept 50 / 100 / 150 mg / 200 mg-Kapseln Zusammensetzung (arzneilich wirksame Bestandteile nach Art und Menge): 1 Kapsel enthält 50 mg / 100 mg / 150 mg / 200 mg Fluconazol. Anwendungsgebiete: Behandlung von Mykosen, die durch Fluconazol-empfindliche Pilze hervorgerufen werden. Die Therapie mit Fluocsept kann eingeleitet werden, noch bevor die Ergebnisse von Kulturen oder anderen Laboruntersuchungen bekannt sind. Nach deren Vorliegen sollte die Therapie entsprechend angepasst werden. Schleimhaut-Candidosen einschließlich oropharyngealer, ösophagealer, mukokutaner und chronisch-atrophischer oraler Candidose (Stomatopathie bei Zahnprothesenträgern), nichtinvasive bronchopulmonale Candidosen, Candidurie. Es können sowohl Patienten mit normaler als auch geschwächter Immunabwehr behandelt werden; Rezidivprophylaxe oropharyngealer Candidiasis bei AIDS-Patienten; Systemcandidosen einschließlich Candida-Sepsis, disseminierte und andere invasive Candida-Infektionen (Infektionen des Peritoneums, des Endokards, der Augen, der Lunge und des Harntrakts); auch im Rahmen der Behandlung von malignen Erkrankungen, unter zytoxischer oder immunsuppressiver Therapie oder beim Vorliegen anderer prädisponierender Faktoren für eine Candida-Infektion (z.B. Patienten auf Intensivstationen); Kryptokokkose, einschließlich Kryptokokken-Meningitis sowie Infektionen anderer Organe (z.B. Lunge, Haut). Es können sowohl Patienten mit normaler als auch geschwächter Immunabwehr behandelt werden; Dauerbehandlung zur Rezidivprophylaxe der Kryptokokkose bei AIDS-Patienten; Prophylaxe von Pilzinfektionen bei Patienten mit malignen Erkrankungen, die aufgrund einer Zytostatika- oder Strahlentherapie für Pilzinfektionen prädisponiert sind. Dermatomykosen, wie z.B. Tinea pedis, Tinea corporis, Tinea cruris, Tinea versicolor, Tinea unguium (Onychomykose), in Fällen, wo eine systemische Behandlung angezeigt ist; einschließlich Kokzidioidomykose, Parakozidioidomykose, Sporotrichose und Histoplasmoze bei immun-kompetenten Patienten; Genitalcandidiasis: akute oder rezidivierende Vaginalcandidiasis, Prophylaxe bei rezidivierender Vaginalcandidiasis (3 oder mehr Schübe pro Jahr); Candida-Balanitis; Gegenanzeigen: Bekannte Überempfindlichkeit gegenüber Fluconazol, einem Bestandteil des Präparates oder anderen Azolen; Gleichzeitige Anwendung von Cisaprid aufgrund des Auftretens kardialer Nebenwirkungen einschließlich Torsade de pointes. Vorsicht bei Patienten mit Nieren- oder Leberfunktionsstörungen. Basierend auf den Ergebnissen einer Multiple-Dose-Studie ist die gleichzeitige Anwendung von Terfenadin kontraindiziert bei Patienten, die Fluconazol in täglichen Dosen von 400 mg oder mehr, an einem oder mehreren Tagen, erhalten (siehe Wechselwirkungen). Hilfsstoffe: Laktose, Maisstärke, Povidon, Talk, Magnesiumstearat, hochdisperses Siliciumdioxid, Gelatine, Titandioxid (E171), Indigo Carmin (E132) Name oder Firma und Anschrift des pharmazeutischen Unternehmers: Kwizda Pharma GmbH, 1160 Wien Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht: Rezept- und apothekenpflichtig Wirkstoffgruppe: Antimykotikum (Triazolderivat) Die Informationen zu den Abschnitten Warnhinweise, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. Stand der Information: 01/2006

Abbildung 3



„Bulking agents“
A: Offener Blasenhs vor Injektion
B: Blasenhs nach Injektion von Kollagen

Abbildung 4



AMS 800 hydraulischer Sphinkter

kutiver Erhöhung des urethralen Widerstandes vorgestellt. Während bulking agents zur Behandlung leichter Stressinkontinenz bei Frauen eine gewisse Bedeutung haben (Abb. 3), sind die Ergebnisse bei der Postprostatektomieinkontinenz enttäuschend. Da auch die Kosten für bulking agents nicht unerheblich sind, muss eine eventuelle Indikationsstellung beim Mann gut fundiert sein. Längerfristige Erfolge sind selten.

Der hydraulische Sphinkter

Synonyme: AMS 800, Scott-Sphinkter, artificial urinary sphincter – AUS. Der AMS 800 hat seit 25 Jahren eine zentrale Bedeutung als „State of the art“-Therapie und als Ultima Ratio der Postpros-

tatektomieinkontinenz erlangt. Das System besteht aus drei Komponenten (Manschette, Druckballon, Pumpe), die über ein Silikonschlauchsystem miteinander verbunden sind. (Abb. 4). Im Ruhezustand wird die Harnröhre durch eine Manschette verschlossen. Will der Patient urinieren, betätigt er durch manuellen Druck eine Pumpe, die im Hodensack implantiert ist. Dadurch wird die Manschette leer gepumpt, die Harnwege werden freigegeben und der Urin kann fließen. Durch die Eigenelastizität des Systems füllt sich die Manschette nach erfolgter Miktion wieder, ohne dass der Patient etwas dazu tun muss.

Die Zufriedenheitsrate mit dem hydraulischen Sphinkter ist hoch, obwohl Revisionsraten (meist defekte Bestandteile) von bis zu 18–57% beschrieben wurden. Es zeigt sich im eigenen Krankenkreis sowie in der Literatur, dass die Revisionseingriffe auf die Zufriedenheitsrate der Patienten keinen signifikanten Einfluss haben. Der Scott-Sphinkter bewährt sich selbst bei komplexen Fällen (Neoblasen, schweren Traumata, und anderen), da er als einziges Verfahren einen „Auf-Zu“-Mechanismus anbietet. Es handelt sich hier um eine sehr bewährte Methode, zu der meines Erachtens die Indikation weit häufiger gestellt werden könnte. Die Implantationsdauer beträgt ca. 40–80 min.

Neben dem AMS 800 gibt auch den Flow-Secure, der über einen sogenannten „Stressballon“ verfügt und eine Druckadjustierung über ein perkutan punktierbares Ventil erlaubt. Dadurch könnten die Revisionsraten verringert werden. Ergebnisse größerer Serien stehen allerdings aus.

Schlussfolgerung

In der Literatur werden die Inkontinenzraten radikaler Prostatektomien mit 3–60% angegeben. Ein großer Teil der Patienten fühlt sich auch durch einen geringen Harnverlust stark beeinträchtigt, wobei die wiederholte Erinnerung an die Grunderkrankung durch die Inkontinenz bei zumeist auch bestehender erektiler Dysfunktion als besonders belastend empfunden wird. Dementsprechend komplex ist die präoperative Information und Aufklärung der Patienten zu handhaben, bei der nur realistische Hoffnungen geweckt werden sollten. Es muss aber festgestellt werden, dass die Relation zwischen operativem Aufwand

und Verbesserung der Lebensqualität bei den heutigen OP-Methoden sehr günstig ist. Trotz Revisionsraten bis 57% würden beispielsweise 96% der Patienten, die Implantation eines AMS-800-Sphinkters Freunden weiter empfehlen.

Die Urologische Abteilung im Weinviertel Klinikum Korneuburg stellt eine Referenzabteilung für männliche Inkontinenz dar. Von unserer Serie von 558 Operationen zwischen 2001 und 2008 waren 42% bereits Zweiteingriffe. Bei einer Telefonumfrage Anfang 2009 fand sich dennoch eine Zufriedenheitsrate von 85,8%, wobei kein Unterschied zwischen Erst- und Zweiteingriffen bestand. Die Lebensqualität wurde durch die Eingriffe signifikant verbessert, besonders deutlich war die Steigerung der Lebensqualität bei den präoperativ drittgradig inkontinenten Patienten.

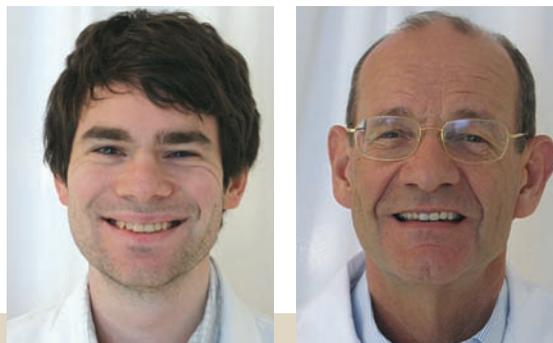
Zusammenfassung

Die Inkontinenz des Mannes kann heute in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle erfolgreich behandelt werden. Die Auswahl zwischen Schlingenverfahren, Pro-ACT und hydraulischem Sphinkter ermöglicht eine patientenorientierte Indikationsstellung, die auf die individuellen Gegebenheiten eingeht. So können manuelle Geschicklichkeit, zerebrale Leistungsfähigkeit wie auch stattgehabte Bestrahlung oder Blasenhsinzisionen berücksichtigt werden. Bulking agents sollten nur in Ausnahmefällen zum Einsatz kommen. Wegen der geringen Invasivität und der oft dramatischen Verbesserung der Lebensqualität sollte die Indikation zu derartigen Eingriffen großzügig gestellt werden.

Literatur beim Verfasser

*Priv.-Doz. Dr. Mesut Remzi,
Univ.-Doz. Dr. Wilhelm A. Hübner
Landesklinikum Weinviertel
Korneuburg
Urologische Abteilung
Wiener Ring 3-5, A-2100 Korneuburg
Tel.: +43/2262/780 5740
mRemzi@gmx.at*

Urologie im niedergelassenen Bereich: Facts zur Prostatavorsorge, -nachsorge und Patientencompliance



Dr. Alexander Friedl, Univ.-Prof. Dr. Christian-Peter Schmidbauer (r.)

Prostatavorsorge in Österreich

Die Prostatavorsorge gehört zu den wichtigsten Vorsorgeprogrammen im österreichischen Gesundheitswesen. Urologen und Allgemeinmediziner sind dafür verantwortlich, Veränderungen an der Prostata erstmals und so früh wie möglich festzustellen. Seit 1971 ist in Deutschland das Prostatascreening für Männer ab dem 45. Lebensjahr empfohlen. Die österreichische Gesellschaft für Urologie hält sich ebenfalls an die Empfehlung der DGU (Deutsche Gesellschaft für Urologie). Für familiär vorbelastete Patienten wird eine Untersuchung ab dem 40. Lebensjahr angeraten. Bei unauffälligen Befunden sollte das Vorsorgeprogramm jährlich fortgesetzt werden. Tastbare Veränderungen an der Prostata, auffällige PSA-Werte oder Miktionsbeschwerden z.B. im Sinne von LUTS (lower urinary tract symptoms) verlangen engmaschigere Kontrollen. Bei sehr niedrigen und stabilen Langzeit-PSA-Werten mit unauffälligen Rektalbefunden kann im Ermessen des Urologen die Prostatavorsorge auch alle zwei Jahre empfohlen werden.

In Österreich ordinieren derzeit 201 niedergelassene Urologen mit Kassenverträgen (Standmeldung der ÖAK), welche im Prostatascreening eingebunden sind. Bei einer männlichen österreichischen Gesamtbevölkerung von ca. 3,9 Mio sind ca. 1,5 Mio über dem 45. Lebensjahr (Statistik Austria). Laut diesem Zahlenspiel kämen demnach auf einen niedergelassenen Urologen etwa 7.500 Patienten. Bekanntlich wird sich die Bevölkerungspyramide in den nächsten 50 Jahren weiterhin im Bereich

der Personen über 55 Jahren deutlich verbreitern. An der Anzahl der niedergelassenen Urologen wird sich aber höchstwahrscheinlich nichts ändern, die Nachfrage nach urologischer Behandlung wird aufgrund der wachsenden Lebenserwartung trotzdem ansteigen. Dabei wird die Zusammenarbeit mit den Praktischen Ärzten, welche einen Großteil der fachärztlichen Zuweisung ausstellen, noch mehr an Bedeutung gewinnen.

Der Weg zur ersten urologischen Routinekontrolle ist von Seiten der Patienten ein schwieriger. Viele Erstkonsultationen werden aufgeschoben, nicht wahrgenommen oder unentschuldigt verabsäumt. Diese „Blockade“ zwischen Patient und Vorsorge kann viele Gründe haben. Grundsätzlich sind Männer weniger bemüht Vorsorgetermine einzuhalten und ärztliche Termine wahrzunehmen als Frauen. Männer betreiben mehr Nachsorgemedizin, Frauen tendieren eher zur Vorsorgemedizin. Die urologische Erstkonsultation findet leider oft erst bei ausgeprägter Symptomatik statt. Angst vor Tumordetektion und vor schmerzhaften Untersuchungen könnte dabei eine Rolle spielen. Nur 15–20% der betroffenen Männer nehmen die Möglichkeit zur Prostatavorsorge wahr.

Inhalte und Aufgaben der Prostatavorsorge

Die urologische Vorsorgeuntersuchung sollte folgende Untersuchungen beinhalten. Anamnese und urologischer Status sind obligatorisch. Die Dokumentation und gezielte Befragung von Symptomen lässt bereits auf erste Diagnosen

schließen. Eine ausführliche Anamnese könnte bis zu 70% das urologische Leitsymptom diagnostizieren. Eine Harnanalyse mit eventueller Uroflowmetrie sowie die Begutachtung des äußeren Genitales gehören ebenso zu den Standarduntersuchungen wie die sonographische Bestimmung der Restharnmenge und ein Ultraschall beider Nieren. Der wichtigste Teil der Prostatavorsorge ist die Bestimmung des prostataspezifischen Antigens (PSA) und die nachfolgende digital rektale Untersuchung (DRU). Es ist empfehlenswert, dass der PSA-Wert als wichtiger Follow-up-Parameter stets mit der gleichen laborchemischen Methode ausgewertet wird, um Referenzwertänderungen und Wertschwankungen zu vermeiden. Die Prostatavorsorge bleibt außerdem auch eine wichtige Arztkonsultation, um das Gesundheitsbewusstsein der Patienten zu stärken und auf ungesunde Lebensweisen aufmerksam zu machen. Gesellschaftlich tabuisierte Themen (z.B. Erektile Dysfunktion, Harninkontinenz), private Probleme und einschlägige emotionale Ereignisse werden von den Patienten oft angesprochen. Eine kurze Beratung und Empfehlung von Seiten des Urologen kann die Stimmungslage des Patienten bereits verändern und den „Hilferuf“ beantworten. Aktives Zuhören und Empathie sind für Arzt-Patient-Beziehung essentiell und für den Verbleib des Patienten im Screening-Programm mitentscheidend.

Lebenslange Vorsorge?

Bei allen Vorsorgeprogrammen stellt sich berechtigterweise die Frage, bis zu welchem Alter eine präventive Untersu-

Tabelle 1

n=150	Verwandte Familie	Freunde	Hausarzt	Urologe	Medien TV Zeitungen
<i>Wer/Was hat Sie dazu bewogen, erstmals zur urologischen Vorsorge zu gehen?</i>	20	26	70	8	26
	13%	17%	46%	5%	17%

n=150	Sehr gut	Gut	Wenig	Kaum	Gar nicht
<i>Fühlen Sie sich generell gut über die urologische Vorsorge informiert?</i>	59	71	15	5	0
	39%	47%	10%	3%	0%

chung sinnvoll erscheint. Eine Überdiagnostik und krampfhaftige Tumorsuche in „Schrotschussmanier“ ist bei unauffälligem PSA und DRU zu vermeiden. Sollte die Lebenserwartung des Patienten unter zehn Jahre fallen, so ist nach den DGU-Leitlinien eine Vorsorge im Sinne einer Tumordetektion und PSA-Bestimmung nicht mehr notwendig. Wie so oft wird das 70.–75. Lebensjahr als Grenze gesehen, je nach den individuellen Risikofaktoren infolge Komorbiditäten des betreffenden Patienten.

Von der Vorsorge zur Nachsorge

Die Intervalle in der Nachsorge haben mit jenen der Vorsorge nichts gemeinsam. Die Nachsorge nach Prostatakarzinom hängt in erster Linie von der Diagnose, dem Tumorstadium und Tumorstadium, der Therapieentscheidung und dem Therapieerfolg ab. Geht es nach den Patientenleitlinien der DGU wird nach einer Therapie mit Intention zur Heilung, in den ersten zwei Jahren eine dreimonatige Kontrolle, vom zweiten bis zum fünften Jahr eine halbjährliche Kontrolle und ab dem fünften Jahr eine jährliche Nachsorge empfohlen. Nach den Guidelines der European Association of Urology (EAU) sind die Serum-PSA-Bestimmung und ergänzende DRU die Eckpfeiler der Nachsorge von Prostatakarzinompatienten. Eine Tumornachsorge sollte auch bei unauffälligen PSA-Werten ausschließlich beim Urologen erfolgen. Routinemäßige radiologische Untersuchungen bei stabilen Patienten werden nicht empfohlen.

Patientencompliance in der Prostatavorsorge

In einer umfangreichen ordinationsinternen Patientenbefragung zur Prostatavorsorge ist es uns gelungen, interessante Details zur Patientencompliance in der Prostatavorsorge im niedergelassenen Bereich herauszufinden. Die Compliance hängt von vielen Faktoren ab, ist oft sehr patientenindividuell ausgeprägt und schwer zu beeinflussen. Mit Fragen zum „Beginn und Grund der Prostatavorsorge“, zur „Einhaltung von Kontrollterminen“ und zur „Anzahl von Facharztwechseln“ konnten wir einen Einblick in das Verhalten und in das Bewusstsein der Patienten in der Prostatavorsorge gewinnen.

Insgesamt konnten wir 150 Patienten befragen, welche zum Zeitpunkt der Be-

fragung ein Durchschnittsalter von 67 Jahren hatten. Von diesen Patienten befanden sich 38 (25%) in Tumornachsorge nach N. prostatae, wobei sich 24 (63%) dieser Patienten einer primären radikalen Prostatektomie (RPE) unterzogen hatten. Nur 5% wählten eine Bestrahlung zur Primärtherapie. Bei den restlichen Patienten wurde die Therapieoption einer Androgenblockade oder einer Wait-and-see-Strategie gewählt. Auf nichturologische Komorbiditäten wurde in der Befragung keine Rücksicht genommen.

Die Frage zum empfohlenen Beginn der Prostatavorsorge, konnten nur wenige Patienten richtlinienkonform beantworten. Nur 15 Patienten (10%) wussten über das vorgeschlagene Alter bescheid. Der Großteil dieser 15 Patienten hatte aufgrund von früheren Beschwerden (Hodenschmerzen, Prostatitis, Urethritis,...) bereits vor dem 40. Lebensjahr eine urologische Erstkonsultation. Demnach wurde diesen Patienten das Verständnis für regelmäßige urologische Vorsorge aufgrund ihrer frühen ersten urologischen Untersuchung schon mit auf den Weg gegeben. Das Bewusstsein für urologische Gesundheit ist in dieser Gruppe höher als in Gruppen beschwerdefreier Patienten.

Die 150 befragten Patienten hatten bei ihrer ersten Prostatavorsorgeuntersuchung ein Durchschnittsalter von 52 Jahren. Auf die Frage „Wann beginnt Ihres Wissens nach die Prostatavorsorge?“ wurde durchschnittlich das 48. Lebensjahr genannt. Dieser Vier-Jahres-Unterschied ist hauptsächlich auf Beschwerdelosigkeit und auf Interessenmangel am urologischen Vorsorgeprogramm zurück-

zuführen. Ein Großteil der Patienten ist bei der ersten Vorsorgeuntersuchung subjektiv beschwerdefrei. Auch altersentsprechende Veränderungen bei der Miktion sind für viele vorerst nicht störend. Das fehlende Wissen über Prostatavorsorge ist jedoch mitverantwortlich, dass eine regelmäßige Vorsorge ohne Kontrollversäumnisse erst ab dem 54. Lebensjahr eingehalten wird.

Auf die Frage nach dem „Anstoß“ zur ersten Prostatavorsorgeuntersuchung, antworteten etwa 46% „auf Empfehlung des praktischen Arztes“. Zweithäufigster Grund mit 17% war auf „Rat von Freunden“. Familienangehörige und Verwandte hatten mit 13% weniger Einfluss auf die Betroffenen als Freunde. Nur wenige Patienten wurden durch Medien darauf aufmerksam gemacht. Diese Zahlen bestätigen die Wichtigkeit der hausärztlichen Betreuung und unterstreichen die Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit (Tab. 1).

Aus einer weiteren Frage wurde ersichtlich, dass sich rund 80% der Befragten subjektiv bestens über die urologische Vorsorge informiert fühlen (Tab. 1). Dieser hohe Prozentsatz ist eine Folge der Information durch die Praktischen Ärzte und ihre Zuweisungen.

Zur Einhaltung von Vorsorgeterminen konnten folgende Daten erhoben werden: 24% der Patienten wechselten bereits mehrmals innerhalb des Vorsorgeprogramms den Facharzt, im Durchschnitt zwei- bis dreimal. Interessanterweise konnte bei jüngeren Patienten und bei Prostatakarzinompatienten eine höhere Anzahl an Facharztwechseln erkannt werden. Jeder vierte Patient hatte

seinen Kontrolltermin während des Vorsorgeprogramms schon einmal verabsäumt oder vergessen.

Patienten unter medikamentöser Therapie (ausgenommen alpha1-Blocker, siehe unten) oder mit Phosphodiesterase-5-Inhibitoren (PDE5-I) gehen mit ihren Kontrollterminen sorgfältiger um. Demnach dürfte die Medikamenteneinnahme, besonders PDE5-I (Viagra®, Cialis®, Levitra®, Vivanza®), die Einhaltung der Vorsorgetermine im Sinne der Patientencompliance verbessern. Dies zeigt, dass die Behandlung der Erektile Dysfunktion (ED) und die Zufriedenheit des männlichen Sexuallebens in der Vorsorgemedizin einen hohen Stellenwert eingenommen haben und von den Patienten sehr ernst genommen werden. Für viele Patienten sind PDE5-I – nach Ausschluss internistischer Kontraindikationen – der erste Weg aus sexueller Unzufriedenheit.

Prostatakarzinompatienten haben eine nahezu 100%-ige Wahrnehmung ihrer Kontrolluntersuchungen. Patienten, die alpha1-Rezeptorblocker einnehmen, weisen eine schlechte Patientencompliance auf. Von 42 Patienten unter primärer alpha1-Blocker-Therapie kamen 35% sehr unregelmäßig zur Prostata-

vorsorge. Die „Weiterverordnung“ der alpha1-Blocker-Therapie und die PSA-Routineblutabnahme durch den Praktischen Arzt haben eine Abnahme der urologischen Konsultationen zur Folge und beeinflussen die Einhaltung der Kontrolltermine dadurch negativ. Patienten ohne medikamentöse Therapie (44%) haben eine vergleichsweise schlechte Compliance wie Patienten unter alpha1-Blocker-Therapie.

Nur 25% der Patienten wusste über ein allgemein familiäres Risiko beim Prostatakarzinom Bescheid. Dabei konnte diese Patientengruppe den Altersbeginn zum Prostata-Screening noch am genauesten erraten. Der Wohnort und somit die Entfernung zur Ordination hat laut unseren Analysen keinen Einfluss auf die Patientencompliance.

Zusammenfassung

Der Bedarf an urologischer Vorsorge wird sich aufgrund der prognostischen Bevölkerungspyramide erhöhen. Eine optimale Zusammenarbeit mit den Praktischen Ärzten ist unumgänglich. 46% der Patienten kommen auf Rat des Hausarztes erstmals zum Urologen. Die Prostata-Vorsorge wird ab dem 45. Lj. (ab dem 40. Lj. bei positiver Familienanam-

nese) empfohlen. Von einer lebenslangen Vorsorgeuntersuchung ist bei einer Lebenserwartung unter zehn Jahren abzuraten. Patienten mit urologischen Beschwerden vor dem 40./45. Lebensjahr hatten ein stärkeres Bewusstsein für eine nachfolgende urologische Vorsorge. Beschwerdefreie Patienten und jene unter alpha1-Blocker-Therapie nehmen unregelmäßiger ihre Vorsorgetermine wahr. Dabei dürfte die hausärztliche Weiterverordnung der alpha1-Blocker ursächlich sein. Auch der Therapieerfolg der alpha1-Blocker dürfte dabei eine Rolle spielen, sollte aber regelmäßig überprüft werden. Patienten mit Prostatakarzinom und Patienten mit PDE5-I hatten die beste Compliance. Die Behandlung der ED hat in der Prostata-Vorsorge einen großen Stellenwert eingenommen. Eine Prostatakrebnachsorge sollte ausschließlich beim Urologen stattfinden.

*Dr. Alexander Friedl,
Univ.-Prof. Dr. Christian-Peter
Schmidbauer
Praxis-Klinik Urologie,
Fuchshallergerasse 2/11, A-1090 Wien
Tel.: +43/1/315 21 90,
Fax: +43/1/317 93 67-24
schmidbauer@urologie-wien.com*

Ein großer Schritt nach vorne bei der Behandlung von BPH!

Seit dem 1. April 2011 steht Duodart®, die einzige Fixkombination des dualen 5-Alpha-Reduktase-Hemmers Dutasterid (Avodart®) und dem Alpha-Blocker Tamsulosin, für die Behandlung von benignen Prostatahyperplasie (BPH) zur Verfügung.

Die Produktinnovation Duodart® bietet eine rasche Verbesserung der Symptomatik kombiniert mit einer langfristigen Wirkung auf die Symptome und Ursachen der BPH.^{1,2}

Die Fixkombination verringert nicht nur das Risiko von akutem Harnverhalt

(AUR) und BPH-bedingten, chirurgischen Eingriffen um relative 66% im Vergleich zu der Monotherapie mit Tamsulosin, sondern verbessert auch die Lebensqualität der Patienten signifikant stärker. Ein weiterer Vorteil der Fixkombination ist, dass den Patienten im Vergleich zur freien Kombination das Einnehmen einer zusätzlichen Tablette und so auch das Bezahlen einer zweiten Rezeptgebühr erspart werden kann. Weiters ist die Therapiezufriedenheit mit der Kombinationstherapie Dutasterid + Tamsulosin (im Vergleich zu den Monotherapien) bei den Patienten am höchsten.^{2,3}

Duodart® ist für die Behandlung von Patienten mit moderaten bis schweren Symptomen der BPH sowie für die Reduktion des Risikos von akutem Harnverhalt (AUR) und des chirurgischen Eingriffs bei Patienten mit moderaten bis schweren Symptomen bei BPH zugelassen.¹ Duodart® ist in der gelben Box chefarztpflichtig erhältlich.

Referenzen

1. Aktuelle Duodart Fachinformation
2. Roehrborn CG et al. Eur Urol 2010; 57: 123-131.
3. Montorsi F et al. Int J Clin Pract 2010; 64: 1042-1051

Duodart 0,5 mg/0,4 mg Hartkapseln: Qualitative und Quantitative Zusammensetzung: Jede Kapsel enthält 0,5 mg Dutasterid und 0,4 mg Tamsulosinhydrochlorid (entspricht 0,367 mg Tamsulosin). Jede Kapsel enthält ≤ 0,1 mg Gelborange S. Sonstige Bestandteile: Hartkapsel: Hypromellose, Carrageen (E 407), Kaliumchlorid, Titandioxid (E 171), Rotes Eisenoxid (E 172), Gelborange S (E 110), Carnaubawachs, Maisstärke; Inhalt der Dutasterid-Weichkapsel: Mono-Diglycerid der Octansäure, Butylhydroxytoluol (E 321); Weichkapsel: Gelatine, Glycerol, Titandioxid (E 171), Gelbes Eisenoxid (E 172), Triglyceride mittlerer Kettenlänge, Lecithin, Tamsulosin-Pellets: mikrokristalline Cellulose, Methacrylsäure-Ethylacrylat-Copolymer 1:1 Dispersion 30% (enthält auch Polysorbat 80 und Natriumdodecylsulfat), Talkum, Triethylcitrat; Schwarze Druckfarben (SW-9010 oder SW-9008): Schellack, Propylenglycol, Schwarzes Eisenoxid, Kaliumhydroxid (nur in schwarzer Druckerfarbe SW-9008); Pharmakotherapeutische Gruppe: Alpha-Adrenorezeptor-Antagonisten, ATC-Code: G04CA52. Anwendungsgebiete: Behandlung von moderaten bis schweren Symptomen der benignen Prostatahyperplasie (BPH). Reduzierung des Risikos von akutem Harnverhalt (AUR) sowie chirurgischem Eingriff bei moderaten bis schweren Symptomen bei BPH. Informationen zur Wirkungsweise der Behandlung und zu den in klinischen Studien untersuchten Patientenpopulationen entnehmen Sie bitte Abschnitt 5.1. Gegenanzeigen: Dutasterid-Tamsulosin ist kontraindiziert bei: Frauen, Kindern und Jugendlichen (siehe Abschnitt 4.6). Patienten mit einer bekannten Überempfindlichkeit gegen Dutasterid, anderen 5-alpha-Reduktase Inhibitoren, Tamsulosin (einschließlich Tamsulosin-induziertes Angioödem) oder einen der sonstigen Bestandteile. Patienten mit orthostatischer Hypotonie in ihrer Anamnese Patienten mit schwerer Leberfunktionsstörung. Zulassungsinhaber: GlaxoSmithKline Pharma GmbH, Wien Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht: Rezept- und apothekenpflichtig. Zulassungsnummer: Z.Nr.: 1-29401. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.

* Im Vergleich zu den Monotherapien mit Tamsulosin oder Dutasterid. ** Zwischen der Kombination und Dutasterid bestand hier kein signifikanter Unterschied (RRR 19,6%, p=0,18).

Referenzen: 1. Aktuelle Duodart® Fachinformation 2. Roehrborn CG et al. Eur Urol 2010; 57: 123-131.

Update HPV-Impfung

Prim. Univ.-Prof. Dr. Christian Kainz

Gebärmutterhalskrebs wird in Europa bei jährlich 34.300 Frauen diagnostiziert, 16.200 sterben daran. Die Infektion mit einem onkogenen humanen Papillomavirus (HPV) im Genitalbereich ist der Ausgangspunkt für das Zervixkarzinom. Prof. zur Hausen erhielt für die Entdeckung dieser Zusammenhänge 2008 den Nobelpreis.

Humane Papillomaviren (HPV) werden leicht übertragen, nicht nur beim Geschlechtsverkehr, sondern wahrscheinlich auch über andere Wege, ein Kondom ist also kein ausreichender Schutz vor einer HPV-Infektion. Trotzdem können Kondome das Risiko einer HPV-Infektion zumindest verringern und schützen zudem vor anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen.

Infektionen mit HPV sind sehr häufig: 75-80% aller Frauen und Männer infizieren sich im Laufe ihres Lebens irgendwann einmal mit genitalem HPV. Das Immunsystem der meisten Frauen eliminiert die HPV-Infektion innerhalb einiger Monate. Länger anhaltende Infektionen mit Hoch-Risiko-HPV können über Vorstufen zu Gebärmutterhalskrebs führen.

Die Mehrheit der Gebärmutterhalskrebserkrankungen (ca. 70 %) wird durch nur zwei HR-HPV-Typen hervorgerufen: HPV 16 (etwa 50%) und HPV 18 (etwa 2%). Das besondere der HPV-Infektion besteht darin, dass das Virus den natürlichen Verteidigungsmechanismen des Immunsystems „entgeht“ – die vom Virus verursachten Läsionen rufen keine Entzündungen hervor, die antigenpräsentierenden Zellen des Epithels werden nur mangelhaft aktiviert. Dadurch kann die durch die „natürliche“ HPV-Infektion hervorgerufene fehlende bis sehr schwache Immunantwort keine effektivere Eliminierung des Virus bewirken und insbesondere auch nicht vor

Reinfektionen mit demselben Virustyp schützen. In Studien konnte gezeigt werden, dass Reinfektionen mit demselben Virustyp bei einer Frau immer wieder vorkommen können.

Hohe Antikörperspiegel im Serum und damit einhergehende Antikörper im Transsudat des Epithels oder auch bei kleinen Läsionen im Bereich des Plattenepithels (diese sind vermutlich für eine Infektion notwendig oder zumindest begünstigend) sind notwendig, um eine Infektion zu verhindern. Die bereits in den epithelialen Zellen etablierte HPV-Infektion kann jedoch von der derzeit verfügbaren Impfung nicht therapiert werden, da die Antikörper die infizierte Zelle nicht ausschalten können. Die Impfung ist also rein prophylaktisch.

Derzeit sind weltweit zwei Impfstoffe zur Immunisierung gegen HPV zugelassen. Nach dem quadrivalenten Impfstoff, der neben den onkogenen Virustypen 16 und 18 auch die Typen 6 und 11, die vor allem in Genitalwarzen gefunden werden, abdeckt (Gardasil™), ist der bivalente Impfstoff Cervarix™ verfügbar, der hohe Antikörperspiegel gegen die beiden onkogenen HPV-Subtypen 16 und 18, aufbaut.

Durch diese Impfungen können rund 70% der Zervixkarzinome und deren Vorstufen verhindert werden. In Ergänzung zur Impfung ist daher das Krebsfrüherkennungsprogramm mittels Pap-Screening unbedingt weiterzuführen. Welche Vorteile hat nun die Impfung im Vergleich zu einem regelmäßigen Abstrichscreening? Das Ziel des Zytologiescreenings ist es, durch Erkennen von Vorstufen die Entwicklung des invasiven Zervixkarzinoms zu verhindern. Auch wenn durch ein gutes Zytologiescreening Zervixkarzinome fast vollständig vermieden werden können, so sind durch die dabei auftretenden pathologi-

schen Abstrichbefunde und die eventuell notwendigen operativen Behandlungen von Dysplasien sowohl psychische als auch physische Belastungen zu erwarten, die auch Langzeitfolgen nach sich ziehen können (z. B. negative Folgen für Kinderwunsch und Schwangerschaft nach Konisation). Durch die HPV-Impfung können auch diese negativen Folgen in einem hohen Prozentsatz vermieden werden.

Als Antigen werden in beiden Impfstoffen sogenannte virusähnliche Partikel (viruslike particles = VLPs) verwendet. Diese entsprechen der äußeren Proteinhülle des Virus. Sie werden in Einzelschritten gentechnisch in Hefezellen oder Insektenzellen synthetisiert. Da die im Viruskern gelegenen Virusgene nicht enthalten sind, besteht keine Gefahr der Virusvermehrung.

Jeder Impfstoff enthält das Antigen, im Fall der HPV-Impfung VLPs, und ein Adjuvans, eine Substanz, die die Reaktion des Immunsystems verstärkt. Aluminiumsalze werden normalerweise als Hilfsstoffe (Adjuvantien) für Impfstoffe eingesetzt, jüngste Innovationen haben zur Entwicklung einer neuen Generation von Adjuvanssystemen (AS) geführt. AS sollen zu einer weiter verbesserten Immunantwort auf Impfstoffantigene führen und höheren und anhaltenderen Schutz bieten, als dies bei Impfstoffen mit herkömmlichen Adjuvantien der Fall ist.

Im HPV-Impfstoff Cervarix™ wird ein besonders wirksames AS verwendet. Es kommt zu einer verstärkten Immunantwort mit sehr hohen und lang anhaltenden Antikörpertitern, die mindestens zehnmal so hoch sind wie jene, die wir nach einer natürlichen Infektion finden. Auch die zelluläre Immunstimulation, „das immunologische Gedächtnis“, wird besonders effizient stimuliert, sodass bei neuerlichem Antigenkontakt eine rasche starke Immunreaktion einsetzt.

ABONNEMENT

- Ich bestelle den facharzt Gynäkologie/ Urologie zusammen mit DER MEDIZINER zum 1-Jahres-Abonnement-Preis von € 39,- inkl. Porto.
- Ich bestelle den facharzt Gynäkologie/ Urologie zusammen mit DER MEDIZINER zum 2-Jahres-Abonnement-Preis von € 76,- inkl. Porto.

Falls ich mein Abonnement nicht verlängern will, werde ich dies bis spätestens sechs Wochen vor Auslaufen des Abos per Einschreiben oder E-Mail mitteilen. Erhalten Sie keine Nachricht von mir, verlängert sich mein Abonnement automatisch um ein Jahr.

Um die DINERS CLUB GOLD CARD zu erhalten, ist es erforderlich, dem MEDIZINER-Club (s.u.) beizutreten (Beitritt und Mitgliedschaft sind kostenlos).

Titel, Name, Vorname

Straße

PLZ/Ort

Datum

Unterschrift und Stempel (falls vorhanden)

CLUB-ANMELDUNG

- Ja, ich möchte dem MEDIZINER-Club beitreten. Es entstehen für mich dabei keine Kosten.

Als Abonnent des facharzt und des MEDIZINERs erhalte ich nach Einsendung dieser Karte ein spezielles Antragsformular auf Ausstellung einer DINERS CLUB GOLD CARD von AIRPLUS, Rainerstraße 1, A-1040 Wien.

- Ich möchte für die Dauer meines Abonnements kostenlos die **Diners Club Gold Card** beziehen.

Mir ist klar, dass mein Antrag den üblichen Kriterien für Privatkarten entsprechen muss und gegebenenfalls auch abgelehnt werden kann.

Datum

Unterschrift

facharzt

Gynäkologie/Urologie

2/2011



Durch Ankreuzen des gewünschten Produktes können Sie bequem Literatur bzw. ein Informationsgespräch bestellen. Das ausgefüllte und unterschriebene Blatt schicken oder faxen Sie einfach an die untenstehende Adresse. Wir leiten Ihre Anfrage sofort weiter.

Anzeige +	Literatur	Informationsgespräch
Degarelix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duodart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harmonette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inkontan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kwizda Gynäkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Loette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tardyferon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pregnavit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qlaira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wichtig!

Bei Literaturanforderung bitte unbedingt hier (Absender) signieren!

Titel, Name, Vorname

Straße, PLZ/Ort

Datum

Fax: 04263/200 74

verlagdermediziner gmbh Reifantplatz 20, A-9375 Hüttenberg

facharzt

Unser Bestes für Ihre Patientinnen



^{Interpharm} Alendronsäure *Libel*® klimapur® duokliman® POSTINOR® expectomom®

Madonella® perikliman® *Yris*® FLUCOSEPT® Ciprofloxacin^{Interpharm}

remifemin® plus expect^{SCHWANGERSCHAFTSTEST} Magnesium Verla® BIOGELAT® Biotin 5 mg

Calcium Verla® *osteo* Cranberry^{BIOGELAT®} UroForte KRATALGIN

Fachkurzinformation siehe Seiten 10, 15, 21

IHR ÖSTERREICHISCHER PARTNER
IN DER GYNÄKOLOGIE

Kwizda
Pharma

YAZ® - mit dem innovativen 24/4-Tage Einnahmeschema

1101.0005.L.WH.YAZ



YAZ 0,02 mg/3 mg Filmtabletten. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: 24 hellrosa Filmtabletten: Jede Filmtablette enthält 0,020 mg Ethinylestradiol (als Betadex Clathrat) und 3 mg Drospirenon. Sonstiger Bestandteil: 46 mg Lactose. 4 weiße (unwirksame) Placebo-Filmtabletten: Die Tabletten enthalten keinen Wirkstoff. Sonstiger Bestandteil: 50 mg Lactose. **Liste der sonstigen Bestandteile:** **Wirkstoffhaltige Filmtabletten (hellrosa):** Tablettenkern: Lactose-Monohydrat, Maisstärke, Magnesiumstearat. **Tablettenfilmbüchergewand:** Hypromellose, Talkum, Titandioxid, Eisenoxid, rot. **Placebo-Filmtabletten (weiß):** Tablettenkern: Lactose-Monohydrat, Povidon K25, Maisstärke, Magnesiumstearat. **Tablettenfilmbüchergewand:** Hypromellose, Talkum, Titandioxid. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Gestagene und Estrogene, fixe Kombinationen. ATC Code: G03AA12. **Anwendungsgebiete:** Orale Kontrazeption. **Gegenanzeigen:** Kombinierte orale Kontrazeptiva (KOK) dürfen bei Vorliegen einer der folgenden Erkrankungen nicht angewandt werden. Sollte eine dieser Erkrankungen zum ersten Mal während der KOK-Anwendung auftreten, muss die Einnahme sofort beendet werden: Bestehende oder vorausgegangene venöse Thrombosen (tiefe Venenthrombose, Lungenembolie); Bestehende oder vorausgegangene arterielle Thrombosen (z.B. Myokardinfarkt) oder Prodromalerscheinungen (z.B. Angina pectoris und transitorische ischämische Attacke); Bestehende oder vorausgegangener zerebrovaskulärer Insult; Vorliegen eines schwerwiegenden Risikofaktors oder multipler Risikofaktoren für eine arterielle Thrombose: Diabetes mellitus mit Gefäßveränderungen; Schwere Hypertonie; Schwere Fettstoffwechselstörung. Angeborene oder erworbene Prädisposition für venöse oder arterielle Thrombosen wie APC-Resistenz, Antithrombin-III-Mangel, Protein-C-Mangel, Protein-S-Mangel, Hyperhomocysteinämie und Antiphospholipid-Antikörper (Antikardiolipin-Antikörper, Lupus antikoagulans); Pankreatitis oder Pankreatitis in der Anamnese im Zusammenhang mit schwerer Hypertriglyzeridämie; Bestehende oder vorausgegangene schwere Lebererkrankung, solange sich die Leberfunktionswerte noch nicht normalisiert haben; Schwere Niereninsuffizienz oder akutes Nierenversagen; Bestehende oder vorausgegangene Lebertumoren (benigne oder maligne); Bekannte oder vermutete maligne durch Geschlechtshormone beeinflusste Erkrankungen (z.B. der Genitalorgane oder der Brust); diagnostisch nicht abgeklärte vaginale Blutungen; Migräne mit fokalen neurologischen Symptomen in der Anamnese; Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile von YAZ-Filmtabletten. **Inhaber der Zulassung:** Bayer Austria Ges.m.b.H., Herbststraße 6-10, 1160 Wien. **Verschreibungs-/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. **Stand der Information:** Oktober 2010

