

Womit Attacken stoppen? Welche Prophylaxe? Migräne-Therapie bei Porphyriekranken

Dr. Theresia Hartenstein-Pettla,
Fachärztin für Allgemeinmedizin,
Frankfurt:

Meine 29-jährige Porphyrie-Patientin leidet unter mehrtägiger Migräne mit ein bis zwei Anfällen pro Monat. Sie behandelt sich selbst mit 1 g ASS pro Anfall. Gibt es eine Prophylaxe entsprechend der Beta-blocker-Therapie (diese ist meines Wissens kontraindiziert) und eine Therapie im Anfall, die effektiver ist als ASS? Viele Wirkstoffe verbieten sich bei Porphyrie.

Professor Dr. Dr. Stefan Evers, Präsident der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft, Universitätsklinik und Poliklinik für Neurologie, Münster:

Die Behandlung der Migräne bei Porphyrie-Patienten stellt insofern ein Problem dar, als bestimmte Substanzen, die normalerweise zur Akuttherapie oder Prophylaxe der Migräne eingesetzt werden, akute Schübe der Porphyrie auslösen



Prof. Dr. Dr. Stefan Evers: Ibuprofen, Indometacin, Diclofenac und Valproat sind bei Porphyrie kontraindiziert

können. Dies gilt insbesondere bei akuter intermittierender Porphyrie.

Allerdings gibt es keine Erkenntnisse darüber, dass das Risiko für die Auslösung von Schüben der Porphyrie bei Migränepatienten erhöht ist. Umgekehrt fehlen für viele Migränemittel Daten, die die Gefahr einer Porphyrieauslösung belegen würden.

Porphyrin-Test meldet Schubgefahr

So sind bisher für die Triptane keine Fälle der Auslösung einer akuten intermittierenden Porphyrie dokumentiert. Auch Acetylsalicylsäure und (eingeschränkt auch) Paracet-

amol werden als unbedenklich eingestuft. Kontraindiziert dagegen sind Ibuprofen, Indometacin, Diclofenac

Triptane und ASS ohne Einschränkung geeignet

in der Akuttherapie und Valproat in der Prophylaxe. Beta-blocker haben keine formale Anwendungsbeschränkung bei der Porphyrie, werden aber nur zurückhaltend eingesetzt.

Man kann die Gefahr der Schubauslösung testen, indem man im Urin die Porphyrine bestimmt, das Migränetherapeutikum gibt und nach einer Woche die Porphyrinkonzentration im Urin kontrolliert. Ist es zum deutlichen Anstieg gekommen, muss das Medikament künftig gemieden werden. Im Übrigen ist das Ansprechen von Patienten mit einer Porphyrie auf Medikamente interindividuell sehr unterschiedlich.

In der Kopfschmerzambulanz der Klinik und Poliklinik für Neurologie



des Universitätsklinikums Münster befinden sich mehrere Patienten in regelmäßiger Betreuung, die eine genetisch gesicherte akute intermittierende Porphyrie haben und unter Migräne leiden. Ihre akuten Migräneattacken behandeln sie bislang ohne Komplikationen und überwiegend erfolgreich mit Triptanen. In der Prophylaxe setzen wir Beta-

blocker und Flunarizin (10 mg pro Tag) und als Ausweichsubstanzen Gabapentin (bis 1800 mg pro Tag) und Lisinopril (20 mg pro Tag) ein.

Weitere Informationen zur Porphyrie können auf folgender Website eingesehen werden:

@ www.doss-porphyrie.de

Immer wieder Harnwegsinfekte Was befreit die Apothekerin?

Dr. Bernd Krämer,
Facharzt für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe,
Offenbach:

Meine Patientin leidet seit Jahren unter rezidivierenden Pilz- und Harnwegsinfekten. Außerdem ist ein extrem erhöhtes IgM unklarer Genese bekannt. Die Beschwerden beginnen normalerweise mit einem Juckreiz, dem dann eine Harnwegsinfektion zumeist mit Enterokokken oder E. coli folgt. Die Patientin ist Apothekerin und behandelt sich immer wieder mit Unmengen an Antibiotika und Antimykotika. Was kann ich noch sinnvollerweise an Diagnostik oder Therapie durchführen?

Professor Dr. Udo B. Hoyme, Helios Klinikum, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Perinatalzentrum, Erfurt:

Ihre Schilderung legt den Verdacht auf eine Herpesinfektion nahe. Bei vergleichbaren Patientinnen gehe ich in meiner Sprechstunde so vor, dass ich serologisch auf Herpesantikörper untersuche und bei positivem Ausfall im symptomatischen Schub den Direktnachweis mittels PCR versuche. Alternativ kommt auch eine probatorische Therapie mit Aciclovir in Betracht.

Hinsichtlich der rezidivierenden Harnwegsinfektion bleibt in der Tat nur die konsequente keimangepasste antibiotische Therapie. Außerdem ist nach jeder Risikoexposition (Koitus) die Einmalbehandlung sinnvoll.

Gut untersucht ist die Einnahme von z.B. Trimethoprim/Sulfamethoxazol als „Tablette danach“ in Verbindung mit mehrfacher Miktation bereits vor dem Auftreten von Harndrang, um



Prof. Dr. Udo B. Hoyme: Verdacht auf Genitalherpes mit PCR abklären

die Urinverweilzeit auf diese Weise zu verkürzen.

Ihre Patientin ist sicherlich auch ein Kandidat für die Immunstimulation mit Gynatren®.

Im Übrigen gelten die üblichen Verhaltensmaßgaben, also keine Sitzbäder, Intimhygiene mit Babyöltüchern anstatt Wasser, weite kochbare Unterwäsche, Hinzufügung von Laktobazillen zur täglichen Ernährung (z.B. LC1 von Nestlé). Einschränkend sei angemerkt, dass die gelis-

Tablette danach und Öltücher benutzen

teten Maßnahmen zur so genannten guten Erfahrung zählen. Sicher abzulehnen, da in Therapie und Prävention des Rezidivs wissenschaftlich nicht belegt, sind u.a. Zuckerkarenz, jegliche Krautdiät oder intravaginale Ansäuerungsmaßnahmen.

Vom Deckel vergiftet Weichmacher in der Nudelsoße

BERLIN – Viele in Schraubgläsern verkaufte Lebensmittel enthalten eine unbemerkte Zutat: Phthalate.

Diese wahrscheinlich hormonverändernden, krebserregenden und reproduktionsschädigenden Substanzen stecken als Weichmacher in der PVC-Schicht, die den Deckel abdichtet. Besonders fetthaltige Ge-

nüsse wie Pesto, Pastasößen, Dressings oder in Öl eingelegtes Gemüse nehmen die Phthalate auf, teilt das Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) mit. Eine Expositionsabschätzung, bei der die Essgewohnheiten von Verbrauchern einkalkuliert wurden, hat ergeben, dass die täglich tolerierbare Weichmacher-Dosis über-

schrritten werden kann. Die Industrie sollte deshalb weniger bedenkliche Dichtmassen für Lebensmittelgläser verwenden, empfiehlt das BfR und begrüßt ausdrücklich, dass bereits eine entsprechende freiwillige Vereinbarung geplant ist.

Gesundheitliche Bewertung Nr. 042/2005 des BfR.