

Allergie? Intoleranz? Neuer Test hilft weiter

Dem Histamin im Stuhl auf der Spur

HERBORN – Hat der Patient eine Histaminunverträglichkeit? Ein neuer Stuhltest trägt dazu bei, die Diagnostik auf solidere Füße zu stellen.

Atemnot, ständige Müdigkeit, Hautausschläge, Flush, Blutdruckabfall, Juck- und Niesreiz, Übelkeit, Kopfschmerzen ... Die Ursachen solcher Symptome sind mannigfaltig. Treten sie nach dem Genuss bestimmter Speisen und Getränke auf, wird in der Regel zunächst nach einer Allergie gefahndet. Doch nicht immer sind solche Reaktionen IgE-vermittelt. Es kann sich auch um eine Histaminintoleranz handeln, von der etwa 3 % der Bevölkerung betroffen sind.

Darauf deutet es z.B. hin, wenn sich die Symptome nach histaminreichen bzw. histaminfreisetzenden Nahrungs- und Genussmitteln wie geräuchertem Fisch, Salami, ge-



reiftem Käse, Sauerkraut, Tomaten, Schalentieren, Rotwein oder Weizenbier bemerkbar machen. Um den Verdacht labordiagnostisch zu erhärten, wird bislang üblicherwei-

se die Aktivität der histaminabbauenden Diaminoxidase (DAO) im Blut oder Serum gemessen. Ist die Aktivität des Enzyms erniedrigt, gilt das als Hinweis auf eine Histaminintoleranz.

Histamin > 600 ng/g gilt als erhöht

Zusätzlich vorgeschaltet werden kann jetzt ein Enzym-Immunoassay zur quantitativen Bestimmung von Histamin im Stuhl, sagte Dr. KERSTIN RUSCH, ärztliche Leiterin beim Institut für Mikrobiologie in Herborn, gegenüber Medical Tribune. Die Stuhlprobe für den Test wird während einer akuten, symptomatischen Phase entnommen und in einem speziellen Set, das bei dem Herborner Institut zu beziehen ist, ins Labor versandt. Als erhöht gelten Histaminwerte über 600 ng/g.

Solche Werte müssen aber nicht zwangsläufig auf Nahrungsmittel

zurückzuführen sein, erklärte Dr. Rusch. So können manche Medikamente die DAO hemmen oder zur Bildung von Histamin führen. Und auch histaminfreisetzende Mikroorganismen im Darm kommen als Quelle des Botenstoffes infrage.

Der Stuhltest allein, der nach Angaben des Herborner Institutes mit 1,15 x GOÄ-Ziffer 4069 abzurechnen ist, erlaubt laut der Kollegin daher auch noch keine endgültige Aussage, ob eine Histaminunverträglichkeit vorliegt. Er sei aber gut geeignet als

vorweggeschalteter Screeningparameter vor einer Messung der DAO-Aktivität in Vollblut oder Serum. Umgekehrt könne auch allein aus einer erniedrigten Diaminoxidase-Aktivität nicht ohne Weiteres auf eine Histaminintoleranz geschlossen werden. Denn es komme darauf an, ob bei den Betroffenen ein Missverhältnis von Histaminanfall und -abbau vorliege. Der Stuhltest, so Dr. Rusch, ermögliche also eine Eingrenzung „im Sinne einer Stufen-diagnostik“.

mt

Mit Olmesartan plus Amlodipin zum Zielwert

Vorteil für antihypertensive Kombi

MÜNCHEN – Die meisten Hypertoniker benötigen zur Blutdruckkontrolle mindestens zwei Substanzen. Geeignete Kombipartner sind z.B. Olmesartan und Amlodipin.

Gut verträgliche Substanzen, die zudem stark wirken, erleichtern die Blutdruckkontrolle, betonte Professor Dr. JOSEF REDON vom University Hospital Valencia auf einem Satellitensymposium der Firmen Daiichi Sankyo und Menarini International anlässlich des Europäischen Kardiologenkongresses (ESC). Eine Substanz, die sich als diesem Anspruch genügender Kombinationspartner anbietet, ist der AT₁-Blocker Olmesartan (z.B. Votum®).

Besondere Vorteile hat die Kombination eines Blockers des Renin-Angiotensin-Systems mit Amlodipin. Dies zeigte die ACCOMPLISH-Studie¹ mit 11 463 Hypertonikern mit hohem kardiovaskulärem Risiko. Hier senkte die Kombination aus RAS-Blocker und Kalziumantagonist (Benazepril/Amlodipin) im Vergleich zur Kombination aus RAS-Blocker und Diuretikum (Benazepril/HCT) die kardiovaskuläre Morbidität/Mortalität signifikant um 20 %.

Für den Nutzen der Kombination von Olmesartan und Amlodipin lieferte aktuell die randomisierte, doppelblinde und placebokontrollierte COACH-Studie² einen Beleg. 1940 Hypertoniker erhielten acht Wochen lang entweder eine Monotherapie

mit Olmesartan oder Amlodipin in verschiedenen Dosen, eine Kombination aus beiden Medikamenten oder Placebo. Die Kombinationstherapie senkte den Blutdruck in jeder Dosierung signifikant besser als die in der Dosis korrespondierenden Monotherapien. Über die Hälfte der Patienten erreichte nach acht Wochen mit den Olmesartan/Amlodipin-Kombinationen 20 mg/10 mg und 40 mg/10 mg ihren angestrebten Zielblutdruck. Außerdem traten unter der Kombination seltener Ödeme auf als bei hoch dosierter Amlodipin-Monotherapie.

suk

¹ Avoiding Cardiovascular Events through Combination therapy in Patients Living with Systolic Hypertension

² Combination of Olmesartan medoxomil and Amlodipine besylate in Controlling High blood pressure

MÜNCHEN – Durchhalten heißt die Parole, wenn der erste Infarkt trotz hoch dosierten Statins nicht verhindert werden konnte. Denn dauerhafte intensive LDL-Senkung reduziert nachhaltig das Reinfarktrisiko.

Das erste kardiovaskuläre Ereignis markiert in Statinstudien meist den Endpunkt für die Beurteilung der Wirksamkeit. Wie aber sieht es mit dem Schutz vor Folgeereignissen aus? Diese Frage beantwortete jetzt eine Post-hoc-Analyse der TNT*-Studie. Sie belegte den Langzeitnutzen der intensiven LDL-Senkung mit täglich 80 mg Atorvastatin (Sortis®) bei den Koronarpatienten, die den Studienendpunkt bereits erreicht hatten. Für diese Auswertung wurden alle kardiovaskulären Ereignisse berücksichtigt, die während des Studienzeitraums von fast fünf Jahren aufgetreten waren, so Professor Dr. HEINER GRETEN von der Asklepios Klinik St. Georg in Hamburg bei der Ergebnispräsentation auf dem

Kongress der European Society of Cardiology.

In der TNT-Basisstudie hatte die intensive LDL-Senkung das Risiko für ein erstes Ereignis (Herzinfarkt, Herzstillstand mit Reanimation oder Schlaganfall) gegenüber einer moderaten Therapie mit 10 mg Atorvastatin um 19 % reduziert – und das, obwohl die Patienten in der 10-mg-Gruppe bereits auf einen LDL-Wert von 100 mg/dl eingestellt waren.

Klarer Vorteil gegenüber niedriger Dosis

Das relative Risiko für das Auftreten eines zweiten kardiovaskulären Ereignisses war unter 80 mg Atorvastatin um 21 % geringer als unter 10 mg, das für ein drittes Ereignis um 24 % niedriger. Selbst bei den Patienten, die ein viertes bzw. ein fünftes Ereignis erlitten, schlug die Hochdosisbehandlung gegenüber der moderat dosierten Statintherapie noch mit einer signifikanten Risikoreduktion von 28 % bzw. 29 % zu Buche.

kw

*Treating to New Targets

100 Dezibel aufs Ohr Taub vom MP3-Player

BRÜSSEL – Weil der Klang so gut ist, wird zu laut aufgedreht. 10 Mio. EU-Bürgern drohen Hörschäden bis hin zur Taubheit – weil sie die Musik aus dem MP3-Player mit voller Kraft aufs Ohr dröhnen lassen. Das Tückische an diesen Miniaturabspielgeräten: Wer täglich mehr als eine Stunde Musik in voller Lautstärke konsumiert, riskiert irreparable Hörschäden. Kein Wunder, schließlich dürfen MP3-Geräte auf 100 Dezibel eingestellt werden. AFP

T-Zell-Hemmer an die rheumatoide Arthritis?

Vieles spricht für einen frühen Switch

BERLIN – Bisher hat noch jede antirheumatische Therapie über die Jahre an Wirksamkeit eingebüßt. Nicht so der T-Zell-Kostimulationshemmer Abatacept: Hier scheint die Effektivität sogar zu steigen.

„Die Einführung der TNF- α -Inhibitoren hat zweifellos einen Quantensprung in der antirheumatischen Therapie bedeutet“, sagte Professor Dr. CHRISTOPH BAERWALD von der Universitätsklinik Leipzig auf einem Satellitensymposium des Unternehmens Bristol-Myers Squibb anlässlich

des Deutschen Rheumatologiekongresses. Aber auch bei diesen Biologika steigen binnen eines Jahres etwa 30 % der Patienten – wegen Nebenwirkungen oder mangelnder Wirksamkeit – aus der Behandlung aus und es müssen vier Patienten therapiert werden, um bei einem eine 50%ige Besserung von Symptomen und Gelenkfunktion (ACR50) zu erreichen. Ein Umsetzen auf einen anderen TNF- α -Blocker ist möglich, die Erfolgsaussichten schwinden jedoch mit jedem Switch. Eine Alternative ist die Umstellung auf Abatacept (Orencia®). Dass die Patienten umso besser auf diese Substanz an-

sprechen, je weniger TNF- α -Blocker sie zuvor probiert haben, spricht dafür, die Umstellung auf Abatacept früh im Verlauf vorzunehmen, so Prof. Baerwald.

Gelenkerstörung gleich dreifach blockiert

Von den Studien ATTAIN¹ und AIM², in denen Abatacept nach TNF- α -Blocker- bzw. Methotrexat-Versagen zusammen mit MTX oder einem anderen DMARD gegeben wurde, liegen inzwischen Ergebnisse der offenen – bis zu drei Jahren andauernden – Verlängerungsphasen vor. Die Ansprechraten, ebenso wie der

Teil der Patienten, die eine Remission erreichten, stiegen im Zeitverlauf noch signifikant an, berichtete Professor Dr. HANS-HARTMUT PETER vom Universitätsklinikum Freiburg. Der Grund für diesen „erstaunlichen Erfolg“, so Prof. Peter, liege wahrscheinlich darin, dass Abatacept nicht nur die Zytokinproduktion, sondern auch die Antikörperbildung und die Osteoklastenaktivierung und damit gleich drei wichtige Pfade der Gelenkerstörung blockiere.

ara

¹ Abatacept Trial in Treatment of Anti-TNF Inadequate responders

² Abatacept in Inadequate responders to Methotrexate