



#12 Best of APOkongress „Rheuma im Fokus

mit Mag. pharm. Dr. Alexandra Mandl und OA Dr. Raimund Lunzer

Folge 12 (ET: 04.04.2025)

Intro

[00:00:00]

Silvana Strieder: Dieser Podcast wird Ihnen von der Österreichischen Ärzte und Apothekerbank gewidmet. Gründen, finanzieren, digitalisieren – die Landesbank ist an Ihrer Seite.

Folge 12: Mein Name ist Silvana Strieder und ich darf Sie zu einer neuen Episode von ÖAZ im Ohr begrüßen. Ein echter Fixpunkt im Fortbildungskalender der Apothekerinnen ist der APOkongress. Er fand vom 16. bis zum 19. März in Schladming statt und widmete sich in diesem Jahr dem Thema "Rheuma – eine Krankheit mit vielen Gesichtern". Meine Kollegin Dr. Angelika Chlud hatte die Möglichkeit, vor Ort mit den beiden Tagungspräsidenten Mag. Dr. Alexandra Mandl und OA Dr. Raimund Lunzer über ihre persönlichen Highlights zu sprechen. Sie gaben spannende Einblicke zu Diagnostik und Therapie rheumatischer Erkrankungen und teilten viele praxisrelevante Tipps.

Begrüßung und persönliche Highlights der Tagungspräsidenten

[00:01:16]

Angelika Chlud: "Rheuma – eine Krankheit mit vielen Gesichtern" – das war das zentrale Thema des Kongresses, bei dem wir nicht nur viel Neues gelernt haben, sondern auch viel gelacht haben bei den humorvollen Präsentationen der Vortragenden. Was waren für Sie die Highlights, Frau Mag. Mandl?

Alexandra Mandl: Ich fand, es war sowohl in der Ausstellung als auch bei den Vorträgen eine absolut positive Stimmung. Ich fand das wirklich toll. Vor allen Dingen die Zusammenarbeit Arzt-Apotheker zum Wohle der Patienten ist wirklich gut angekommen, und wir hatten sehr humorvolle Vortragende. Ich denke, wenn man das Ganze ein bisschen mit Humor würzt, dann bleiben die Sachen auch viel besser für den Alltag hängen.

Angelika Chlud: Das stimmt ganz sicher. Und für Sie, Herr Dr. Lunzer, was waren die Highlights?

Raimund Lunzer: Danke für die Einladung. Für mich war sicherlich die Gicht-Vorlesung ein Highlight, wo mein Kollege Dr. Notnagel und Mag. Ravatti von der Apothekerseite eingeladen wurden. Die haben hervorragend harmoniert und wirklich viele lustige Kommentare abgegeben. Das war sicherlich eines der Highlights am Kongress. Was mich auch beeindruckt hat: Was die Apothekerinnen und Apotheker alles leisten oder leisten können, ist wirklich beeindruckend. Da haben die Apothekerinnen und Apotheker eine sehr große Vorgabe. Das war sehr beeindruckend und sehr zukunftsweisend.

Rheumatoide Arthritis und die Gene

[00:02:44]

Angelika Chlud: Am ersten Kongresstag stand die rheumatoide Arthritis im Fokus. Herr Dr. Holak präsentierte eine prominent publizierte Studie, die zeigte, dass 77 verschiedene Zelllinien an Entzündungsreaktionen beteiligt sind. Inwiefern beeinflusst das die Therapie?

Raimund Lunzer: Ob es 77 sind, wie der Kollege Holak in seinem emotionalen Vortrag dargestellt hat – da dürften sicherlich noch mehrere Faktoren eine Rolle spielen. Wir kennen einen Teil der Entzündungskaskaden, wir können hier einen Teil agieren, blockieren, fusionieren oder auch "blocken", wie es so schön heißt. Aber uns fehlt ein klassischer Biomarker, nach dem wir vorgehen können. Wir haben die Diagnose, wir haben die Therapie, und wir müssen uns auf den Patienten einstellen. Derzeit haben wir keine entsprechenden Parameter oder genetischen Ergebnisse, an denen wir uns orientieren können. Das wäre die Zukunft. Da kommt einiges, aber derzeit sind wir noch nicht in der Lage. Da sind durchaus zukunftsweisende Therapiekonzepte vorzustellen. Derzeit müssen wir uns am Patienten orientieren.

Angelika Chlud: Das betrifft wahrscheinlich auch das HLA-DRB1-Gen. Wie viele Menschen in Österreich tragen dieses Gen, und was können die Träger und Trägerinnen präventiv machen?

Raimund Lunzer: Gute Frage. Bei genetischen Bestimmungen sollten wir jetzt keine Fallzahl nennen, sonst werden die Leute nervös. Was dann das entsprechende Entzündungssystem auslöst – ob es Viren, Bakterien, Impfungen oder dergleichen sind – spielt natürlich eine Rolle und ist bekannt. Aber wir können die Krankheit in ihrer frühzeitigen Form am besten korrigieren, wenn wir sie früher kennen. Das ist in der Medizin immer so. Aber dass wir jetzt die Genetik suchen oder darauf reagieren können, das ist leider nicht möglich. Deswegen: Genträger spielen keine Rolle. Erst wenn die Krankheit da ist, können wir eingreifen. Also bitte keine Tests auf genetische Krankheiten durchführen.

Nutzen-Risiko-Abwägung bei JAK-Inhibitoren

[00:04:47]

Angelika Chlud: Vielen Dank. Ich hätte noch eine Frage zu den JAK-Inhibitoren. Die werden ja doch kontrovers diskutiert. Auf der einen Seite zeichnen sie sich aus durch ihre schnelle Wirkung, auf der anderen Seite gibt es doch Sicherheitsbedenken. Wie bewerten Sie die Rolle der JAK-Inhibitoren?

Raimund Lunzer: Danke für die Frage. Kurz beantwortet für diesen Podcast – ein sehr komplexes Thema natürlich. 2018 gab es die ersten Signale, und dann gab es diesen berühmten "Rote-Hand-Brief" für eine eingeschränkte und riskante Patientengruppe. Das trat nur in Nordamerika auf. Die Patienten waren alle kardiovaskulär erkrankt, über 65, hatten Herzinfarkt, Schlaganfall, Thrombosen etc. Und nur in dieser begrenzten nordamerikanischen Bevölkerungsgruppe, die per se alle schlecht behandelt wurden – z.B. hatten trotz Herzinfarkt viele Patienten kein Statin dabei, was eigentlich unmöglich wäre. Weltweit wurden diese Daten in den letzten 10 Jahren nicht bestätigt. Das heißt, wir nehmen diese Warnung ernst, aber es ist keine Kontraindikation. Derzeit sind noch zwei Jahre abzuwarten. Aber die internationalen Experten, zu denen auch wir hier zählen, nehmen die Warnung zwar wahr, aber deswegen den Patienten die Therapie auch im Alter vorzuenthalten, ist wirklich katastrophal, weil sie sehr gut wirkt, sehr sicher ist, gut steuerbar ist, kurze Halbwertszeit hat, eine orale Therapie ist. Wir sind Verfechter dieser

Therapie. Alle Experten setzen die Therapie ein, und im Karzinomfall muss man das individuell entscheiden. Aber dass man derzeit den Patienten mit Karzinom diese Therapie vorenthält, ist nicht korrekt.

Methotrexat-Therapie: Wichtige Hinweise für die Beratung

[00:06:20]

Angelika Chlud: Frau Mag. Mandl, unsere Kollegin Frau Mag. Kienreich erwähnte, dass sie bei der Abgabe von Methotrexat-Rezepten standardmäßig fragt, an welchem Wochentag der Patient/die Patientin das Medikament einnimmt und das auf der Packung vermerkt. Können Sie bitte noch einmal zusammenfassen, warum das so wichtig ist und welche weiteren Hinweise bei der Abgabe von Bedeutung sind?

Alexandra Mandl: Ja, das war ein ganz wichtiger Hinweis in diesem Vortrag, weil es doch sehr unüblich ist, dass ein Arzneimittel nur einmal in der Woche eingenommen wird. Vor allen Dingen kann das in verschiedenen Dosierungsvorgaben oder auch in der e-Medikation nicht korrekt abgebildet werden, und man findet dann immer wieder die Angabe "1-0-0" oder „0-0-1“ und nicht den Hinweis, dass es wirklich nur an einem Wochentag sein sollte.

Ich denke, das zeigt auch immer besondere Empathie für den Patienten, wenn ich nachfrage: "An welchem Wochentag nehmen Sie das?" Und ich vermerke das dann auch immer entsprechend auf der Packung. Die neueren Packungen mit Methotrexat-Tabletten haben jetzt schon sehr oft ein Feld dafür, dass man den Wochentag einsetzt. Ein weiterer wichtiger Tipp von mir ist auch, dass man den Wochentag wirklich ausschreibt – also nicht "Mo", weil das noch immer "morgens" heißen könnte, oder "Mi" für Mittag, sondern dass wirklich "Montag", "Dienstag" das gesamte Wort ausgeschrieben wird und auch immer mit den Patienten besprochen wird, welcher Tag das ist.

Eine weitere wichtige Information ist, dass zur Verminderung der Nebenwirkungen nach 24 oder 48 Stunden eine Folsäuregabe stattfinden soll. Auch das ist erklärungsintensiv und sollte immer dazu erklärt werden, wenn man das Präparat abgibt. Und ich weise auch darauf hin, wenn die Patienten sich unter Methotrexat-Therapie mit einem Multivitaminpräparat etwas Gutes tun wollen, dass man hier auf den Folsäuregehalt achten muss und schaut, dass es am Tag der Methotrexatgabe nicht eingenommen wird.

Methotrexat bei Kindern: Praktische Tipps und Sicherheitshinweise

[00:08:34]

Angelika Chlud: Sehr gut. Das sind sehr wichtige Hinweise für die Praxis. Ich hätte auch eine Frage zu Kindern noch. Methotrexat wird ja auch bei Kindern angewendet. Was kann man hier bei der Beratung beachten?

Alexandra Mandl: Das war ein wunderbarer Vortrag von Frau Dr. Skrabl-Baumgartner, den ich ganz toll fand. Sie hat genau beschrieben, wie man es Kindern erleichtern kann, dass die Methotrexat-Therapie, die auch mit Folsäure-Rescue durchaus nebenwirkungsreich sein kann, besser vertragen wird. Empfohlen wird hier vor allen Dingen, dass die Einnahme am Abend erfolgt, weil man einfach weiß, dass es den Patienten in den Stunden nach der Methotrexatgabe schlecht geht. Dann kann man zumindest schon einmal 8 Stunden von dieser Zeit sozusagen überschlafen, wenn die Einnahme am Abend erfolgt.

Weiters ist es auch noch wichtig zu beachten: Wenn Kinder MTX einnehmen, haben sie ja oft andere Dosierungen als Erwachsene. Da kann es notwendig sein, dass die Methotrexat-Tabletten halbiert werden müssen. Hier muss man beachten, dass dies ein CMR-Risiko darstellt – also eine Substanz, wo man aufpassen muss, dass nicht andere Familienmitglieder, vor allen Dingen Schwangere, damit in Kontakt kommen.

Deswegen fand ich speziell den Tipp sehr hilfreich, den sie zur Einnahme-Erleichterung gegeben hat: dass man eine Methotrexat-Spritze mit der genau abgemessenen Dosis für das Kind in einen Orangensaft hineingibt und das dann dem Kind zum Trinken gibt. Das ist genau, was ich mir von solchen Vorträgen beim APOkongress wünsche – dass hier wirklich Praxistipps gegeben werden, die wir unseren Patientinnen an der Tara mitgeben können. Und für die Kleinsten ist das überhaupt am wichtigsten.

Die unterschätzte Gefahr der Osteoporose

[00:10:25]

Angelika Chlud: Herr Dr. Lunzer, zur Osteoporose hätte ich eine Frage: Frau Dr. Thun hat alarmierende epidemiologische Zahlen präsentiert. Weltweit gibt es jede Sekunde eine Fragilitätsfraktur. In Österreich erhalten allerdings nur 20% der Patient:innen nach einer Fraktur eine adäquate Therapie. Warum ist das problematisch und welche Konsequenzen hat diese Unterversorgung?

Raimund Lunzer: Gute Frage. Wir werden alle älter, das finde ich vor allem besonders wichtig und auch gut, dass wir älter werden. Aber wir haben den Preis der Osteoporose zu bezahlen. Bewegungsarmut, Ernährungskonsequenzen – da ist nicht alles optimiert. Die sogenannte "ausgewogene Ernährung" ist ein Schlagwort, aber wird natürlich nicht praktiziert.

Wenn die Fraktur auftritt, die Osteoporose-Fraktur, ist das für die Patienten katastrophal. Das kann orthopädisch teilweise interveniert werden – Schenkelhalsoperationen, also die Hüfte, oder auch bei der Wirbelsäule gibt es natürlich die entsprechenden Vertebroplastien und Kyphoplastien (*Anmerkung: Verfahren, bei denen Knochenzement in den gebrochenen Wirbel eingebracht wird, um ihn zu stabilisieren und die Wirbelhöhe wiederherzustellen*). Aber im Endeffekt ist die Fraktur eine Riesenkonsequenz für den Patienten.

Wir sollten mit dieser Botschaft – da die Osteoporose ja nicht selten ist – vielmehr die entsprechende Calcium- und Vitamin-D-Gabe forcieren und dann auch die entsprechenden Medikamente einsetzen. Die Diagnostiken, die sich jetzt um die Osteoporose abspielen, sind nicht trivial. Und wenn, wie ich auf diesem Kongress gelernt habe, auch die Apothekerinnen und Apotheker sich darum kümmern, können wir vielleicht hier mit der entsprechenden Information den Patienten deutlich besser helfen. Also auch hier haben die Apotheker einen sehr großen Auftrag bekommen am Kongress.

Alexandra Mandl: Danke, wir nehmen den natürlich gerne an.

Therapieadhärenz bei osteoanabolen Wirkstoffen essenziell

[00:12:12]

Angelika Chlud: Frau Magister, ich hätte gleich eine passende Frage dazu. Ein wichtiger Punkt in der Apotheke ist die Förderung der Therapieadhärenz. Das gilt grundsätzlich für alle Therapien,

aber ganz besonders für die osteoanabolen Therapien wie das Teriparatid oder das relativ neue Romosozumab. Warum ist es speziell bei diesen Arzneimitteln so wichtig, dass sie nicht selbsttätig abgesetzt werden?

Alexandra Mandl: Sie haben das selbst schon gesagt – das sind sehr neue Therapien, und wir sehen die eigentlich in der Praxis derzeit noch eher selten. Deswegen ist es wichtig zu wissen, dass im Anschluss an eine Therapie mit diesen beiden Wirkstoffen nicht einfach abgesetzt werden kann, sondern dass dann unbedingt eine antiresorptive Therapie, am besten mit Bisphosphonaten, weitergeführt werden muss, um Beschwerden, Schmerzen und Probleme zu vermeiden.

Ganz essentiell ist auch immer, dass man zu allen diesen Therapien wirklich darauf achtet, dass die Kalzium- und Vitamin-D-Spiegel passen. Denn wenn kein Baustoff da ist, dann hilft die teuerste Therapie nichts, weil dann ist nichts da, was in den Knochen eingebaut werden kann.

Therapie der Gicht: Vom NSAR bis zur Interleukin-1-Blockade

[00:13:28]

Angelika Chlud: Am Dienstag früh stellte Herr Dr. Nothnagl sein Thema vor: "Wie bekomme ich mehr Purin in den Urin?"

Raimund Lunzer: Sehr gut.

Angelika Chlud: Können Sie bitte kurz zusammenfassen, worauf es in der Gichttherapie ankommt und welche Medikamente eventuell einen Gichtanfall auslösen können?

Raimund Lunzer: Die Gicht ist die häufigste entzündliche Erkrankung. Wenn ein Gichtpatient vor Ihnen steht, sind die drei Schlagworte: NSAR, Cortison und Colchicin. NSAR wird von den Experten eher weiter nach hinten gereiht, weil kardiovaskuläre Erkrankungen gerade bei der Gicht die große Problematik darstellen. Die Gichtarthritiden haben wir quasi in der Routine, aber die kardiovaskulären Risikofaktoren sind immens. Und da schlägt eben die Stunde für das Colchicin, sowohl in der Akutphase als auch dann in der Prophylaxe. Also Colchicin, eine halbe Tablette für sechs Monate, ist derzeit in den neuen Leitlinien empfohlen. Das reicht nicht immer, und in dieser Phase wäre die Lokaltherapie zu bevorzugen, A) auch zur Diagnostik und B) zur Therapie. Ist das nicht möglich oder verfügbar, dann sollte ein Corticoid-Stoß – klassisch 25 mg Prednisolon-Äquivalent für drei Tage eine ganze Tablette oder für drei Tage eine halbe Tablette – verabreicht werden, oder auch eine Spritze, je nachdem, was rasch verfügbar ist. Sollte das nicht reichen im Sinne der chronischen Gicht, dann bitte an Expertenzentren zuweisen, denn die Interleukin-1-Blockade ist sehr teuer, aber sie wirkt, ist aber auch nicht zugelassen.

Zu der anderen Frage, welche Präparate Gicht auslösen können: Ja, es haben ThromboASS, die Diuretika, Lasix natürlich einen gewissen Impact auf die Hyperurikämie, aber es ist bei diesen Patienten das kardiovaskuläre Risiko wichtig und relevant, sodass wir hier nicht aufgrund der Herzinsuffizienz diese Präparate absetzen können. Wir müssen damit leben, und man kann auch bei der Gicht über entsprechende Medikamente, wie z.B. die Allopurinol-Therapie oder das doppelt so wirksame Febuxostat, durchaus die Harnsäure gut beeinflussen.

Ernährung bei Gicht: Von Fruchtsäften und anderen Fallen

[00:15:27]

Angelika Chlud: Gichtpatient:innen dürfen sich gerne ein Glas Wein genehmigen, Kaffee schützt sogar vor Gicht. Bier und Fruchtsäfte hingegen soll man meiden. Was darf man sich generell von einer Diät erwarten, Frau Mag. Mandl?

Alexandra Mandl: Ja, es ist leider die traurige Nachricht, dass eine Diät zwar durchaus sinnvoll ist, aber der Effekt ist leider überschaubar. Es ist grundsätzlich so, dass damit nur eine geringe Senkung des Harnsäurespiegels möglich ist. Wenn man einen hohen Harnsäurespiegel hat, dann wird es ohne Arzneimittel wie Allopurinol, das am häufigsten eingesetzt wird, kaum gehen.

Was mich schon etwas schockiert hat, ist nicht nur, dass die bekannten tierischen Produkte und Innereien und das bekannte Bier Gichtanfälle auslösen können, sondern dass vor allen Dingen auch diese gesüßten Fruchtsäfte, von denen ja viele Leute eigentlich glauben, das sei etwas Gesundes, hier auch einen Gichtanfall auslösen können. Ich denke, das ist auch wichtig in der Beratung zu erwähnen und darauf hinzuweisen.

Auch wenn Allopurinol jetzt nicht das beliebteste Arzneimittel ist – wenn der Harnsäurespiegel wirklich sehr stark erhöht ist und bereits ein Gichtanfall stattgefunden hat, wird es ohne Arzneimittel nicht gehen. Es gibt dann schon noch pflanzliche Unterstützung, aber da wird es noch Studien geben, wie das dann mit bestimmten Kirschprodukten und dergleichen funktionieren könnte.

Raimund Lunzer: Vielleicht noch ein kurzer Kommentar: Die Patienten mit reiner Hyperurikämie bitte nicht behandeln. Erst wenn die Patienten die Gicht haben, dann muss die Harnsäure beeinflusst werden. Also keine Allopurinol-Therapie bei Patienten nur wegen erhöhter Harnsäure. Das ist die aktuelle Empfehlung.

Erhöhte Infektanfälligkeit unter Biologika-Therapie

[00:17:13]

Angelika Chlud: Herr Dr. Lunzer, ich hätte noch eine Frage zu Rheuma und Infektionen. Das ist ja eine besondere Konstellation, wie uns Herr Dr. Winkler erklärt hat. Sind Infektionen bei Rheumapatient:innen unter der Therapie mit Biologika häufiger?

Raimund Lunzer: Ja, das ist unser Problem. Wir können die Krankheit gut kontrollieren, aber zum Preis einer Infektanfälligkeit – so um den Daumen mal Pi, wie es so schön heißt, drei- bis vierfach erhöht. Das heißt, wenn Patienten mit Biologika-Therapie sich bei Ihnen in den Apotheken vorstellen, ist es oft wegen einer Infektion, und hier muss entsprechend reagiert werden. Wichtig: Infektion behandeln – viral, bakteriell, je nachdem was möglich ist, oder auch Pilze. Aber in dieser Phase bitte das Biologikum pausieren bis zur Infektsanierung.

Systemische Psoriasis-Therapie: Von Fumaraten bis Biologika

[00:18:00]

Angelika Chlud: Die Psoriasis war ein weiteres Thema am Kongress. Es ist eine heterogene, chronisch entzündliche Erkrankung, die weit über die sichtbaren Hautveränderungen hinausgeht, und Juckreiz ist das häufigste Symptom der Erkrankung. Bei einer leichten Psoriasis

reicht eine topische Therapie aus, bei einer mittelschweren Beschwerdeform muss jedoch systemisch therapiert werden. Welche Arzneimittel kommen in diesen Fällen in Frage und worauf sollten Apotheker:innen ihre Kund:innen hinweisen?

Alexandra Mandl: Speziell angesprochen hat die vortragende Frau Mag. Klenkhardt die Fumarate. Bei diesen Präparaten ist es wichtig zu wissen, dass man sie bei der Erstgabe zunächst einmal langsam auftitriert, weil die gastrointestinale Verträglichkeit nicht sehr gut ist. Es hilft auch, die Medikamente mit einer fettreichen Mahlzeit einzunehmen.

Ich war aber wirklich sehr erstaunt von den Bildern, die uns Herr Dr. Weger gezeigt hat. Wenn man sieht, wie sich innerhalb von einigen Wochen der Hautzustand unter einer Biologika-Therapie verbessern kann, dann denke ich, man sollte den Patienten wirklich dazu raten, weil das ein sensationeller Effekt ist.

Unterstützt wird diese Biologika-Therapie auch wieder sehr häufig durch den Einsatz von Methotrexat. Hier gibt es natürlich auch wieder den standardmäßigen Hinweis, dass es nur einmal pro Woche eingenommen wird – das ist ganz wichtig. Und natürlich auch die Verträglichkeit bezüglich Leber und Niere muss man bei Methotrexat immer beachten. Also bitte keinen Alkohol dazu trinken und auch am Tag der Methotrexatgabe auf nichtsteroidale Antirheumatika verzichten, um die Niere nicht zu belasten.

Chronischer Rückenschmerz und entzündliche Wirbelsäulenerkrankungen

[00:19:54]

Angelika Chlud: Vielen Dank. Ein weiteres Thema war der chronische Rückenschmerz. Davon spricht man, wenn Schmerzen über drei Monate persistieren. Häufig ist die Ursache unbekannt, es kann sich aber auch um eine Entzündung handeln. Was ist typisch für den entzündlichen Rückenschmerz und wie wird er behandelt, Herr Dr. Lunzer?

Raimund Lunzer: Die entzündlichen Erkrankungen der Wirbelsäule betreffen circa zwei bis drei Prozent der Bevölkerung, je nachdem, ob wir nur die Wirbelsäule oder auch die peripheren Manifestationen dazurechnen. Wirbelsäulenbeschwerden haben mehr oder weniger laut Statistik knapp jeder Österreicher.

Aber wann sprechen wir von einem entzündlichen, für die Rheumatologie relevanten Schmerz? Das ist der klassische Schmerz, der in der Nacht auftritt, in der zweiten Nachthälfte, der dann bei Bewegung besser wird, sehr gut auf NSAR anspricht, keine Radikulopathie hat, also tiefsitzend ist. Und diese Schmerzen werden bei Bewegung – nicht Belastung – besser. Das trifft aber nur bei ca. 75% der Patienten mit dieser Symptomatik zu.

Deshalb ist die Abklärung zwischen degenerativ und entzündlich nicht trivial, aber eben diese Symptomatik – morgendliche Steifigkeit, Besserung auf NSAR und Besserung durch Bewegung – sollte zur weiteren Diagnostik führen. Bei chronischen, über drei Monate dauernden Wirbelsäulenschmerzen sollte der Patient zur weiteren Diagnostik zum Rheumatologen oder zur Rheumatologin überwiesen werden.

Nebenwirkungsmanagement bei Biologika: Pilzinfektionen und Herpes

[00:21:19]

Angelika Chlud: Die Therapie mit Biologika ist grundsätzlich effektiv und sicher. Worauf ist dennoch zu achten? Vor allem bei Interleukin-17 und bei JAK-Inhibitoren?

Raimund Lunzer: Die Entwicklung der Biologika schreitet massiv voran. Wir kommen immer mehr in die Phase, wo wir eine individualisierte Therapie den Patienten zur Verfügung stellen können. Aber wir kaufen uns damit immer wieder andere Nebenwirkungen, vor allem bei IL-17, wenn sie breiter eingesetzt werden.

Wir sprechen hier IL-17A/F an, in dem Fall wäre das das Bimekizumab, das eine etwas erhöhte Pilzmanifestation vor allem oral und genital verursachen kann. Da bitte achten – die sind prinzipiell sehr leicht behandelbar, wenn sie entdeckt werden. Der Mundgeruch alleine reicht nicht als Diagnose – also hier vielleicht einmal in den Mund schauen, das ist häufig effektiv.

Bei den Janus-Kinase-Hemmern, ist hier das Infektionsrisiko, vor allem durch Herpes zu nennen. Und da bitte ich um Unterstützung: die Impfung vielleicht bei unseren Patienten, die schon eine reduzierte Leukozytenfunktion haben, positiv zu bewerten. Ich weiß, Impfthemen sind immer sehr schwierig, aber gerade bei unseren chronisch erkrankten Patienten, wo das Immunsystem schon herausgefordert ist – die Leukozyten, die noch da sind, sollten wir ein bisschen besser trainieren. Ich hoffe auf Ihr Verständnis.

Angelika Chlud: Ich glaube, Sie werden in der Apothekerschaft sehr viel Verständnis finden.

Sonnenschutz, Vitamin D und mehr: Beratung bei Lupus

[00:22:34]

Angelika Chlud: Eine Frage hätte ich noch an Sie als Lupus-Spezialist. Sie hatten bei Ihrem Vortrag mehrere praxisrelevante Tipps für uns Apotheker:innen. Können Sie diese bitte noch einmal für unsere Hörer:innen wiederholen?

Raimund Lunzer: Sehr gerne. Lupus ist heterogen, und wenn ein Patient mit Lupusverdacht vorne an der Tara steht oder sich bei Ihnen vorstellt, ist wichtig:

1. *Sonnenschutz*, weil UV-Strahlung direkt die Krankheit triggern kann, indem sie auf die Basalmembran antigen wirkt
2. Wenn wir die Haut vor der Sonne schützen, muss *Vitamin D* supplementiert werden
3. Alle Lupuspatienten sollten *Hydroxychloroquin* einnehmen
4. Wichtig ist, dass die Patienten geimpft werden, wie schon vorher erwähnt
5. Basiskontrolle von Blutdruck, Urin und Lipidstatus

Das wäre hocheffizient. Die Patienten sagen oft, dass diese Untersuchungen sowieso negativ sind - und genau deswegen machen wir sie! Wenn zum Beispiel der Teststreifen, der natürlich nicht die höchste Genauigkeit hat, negativ ist, weiß ich, dass zumindest kein Eiweiß im Harn ist. Und das ist für die Patientin dann ein guter Befund. In der Regel gehen diese Parameter der Krankheitsaktivität voraus.

Im Schub ist Kortison gut bewertet – das brauchen wir. Wir versuchen dann alles, um moderne Therapieverfahren einzusetzen, Stichwort auch hier die Biologika mit dem Angriffspunkt CD20. Da kommt Gott sei Dank viel Neues, um die Corticoidtherapie möglichst gering zu halten. Also hier brauchen wir ein positives Feedback auch von Ihnen, um diese Kortisontherapie in der akuten Phase positiv zu bewerten, auch wenn wir versuchen, diese möglichst gering zu halten.

Verabschiedung

[00:24:18]

Angelika Chlud: Frau Mag. Dr. Mandl, Herr Dr. Lunzer, ich danke Ihnen sehr herzlich für das Gespräch und den Überblick über die Vorträge beim APOkongress.

Alexandra Mandl: Ich sage danke für die Einladung.

Raimund Lunzer: Ich sage auch danke für die Einladung. Es war ein erfolgreicher Kongress und es verbindet uns mehr als uns trennt. Herzlichen vielen Dank.

Outro

[00:24:49]

Silvana Strieder: Das war Podcast-Folge 12 mit einem Best-of vom APOkongress in Schladming. Das Interview mit den beiden Tagungspräsidenten Mag. Dr. Alexandra Mandl und OA Dr. Raimund Lunzer führte meine Kollegin Frau Dr. Angelika Chlud.

In der aktuellen Printausgabe der ÖAZ finden Sie auch Teil zwei unseres Nachberichts zu den Fachvorträgen vom Kongress. Außerdem widmen wir uns in dieser Ausgabe zwei weiteren wichtigen Beratungsthemen: zum einen dem Herpes mit seinen vielfältigen Erscheinungsformen von Lippenherpes bis Gürtelrose. Zum anderen geht unsere Autorin Mag. Brenek dem Phänomen Hörsturz nach und zeigt auf, wie aktuelle Studien bewährte Therapieansätze zunehmend infrage stellen und die Forschung nach neuen Lösungen sucht.

Alle Inhalte der ÖAZ sind auch online auf OEAZ.at verfügbar. Mit unserer neuen Text-to-Speech-Funktion können Sie viele Beiträge jetzt auch bequem anhören, falls Sie mal keine Zeit zum Lesen haben sollten.

Danke, dass Sie bis zum Schluss mit dabei waren. Wir freuen uns, wenn Sie auch bei der nächsten Episode wieder Reinhören, denn Ihr Wissen ist die beste Medizin.

Dieser Podcast richtet sich an Fachkreise und dient der Vermittlung von allgemeinem Wissen über pharmazeutische und medizinische Themen. Es werden keine konkreten Therapieempfehlungen oder individuelle Ratschläge für Laien gegeben. Die Inhalte ersetzen keinesfalls den Besuch bei einer Ärztin, einem Arzt oder einer Apothekerin/einem Apotheker.