



22. Schweizerische Tagung für Phytotherapie am 29. November 2007: Dem Blutfluss auf der Spur

(Fortsetzung von Heft 1/08)

Fettsäuren und kardiovaskuläre Gesundheit

Gemäß dem Ausspruch «Fett ist nicht gleich Fett» unterschied Dr. med. Isabella Sudano, Universitätsspital Zürich, zwischen ungünstigen gesättigten Fettsäuren sowie Transfettsäuren und den «guten» ungesättigten Fettsäuren. Die gesättigten Fettsäuren – beispielsweise in Fleisch, Butter, Speck, einigen fetten Ölen und Schmalz enthalten – erhöhen das Plasmacholesterin. Auch Transfettsäuren, die vor allem bei der Hydrogenierung von ungesättigten Fettsäuren in der Lebensmittelindustrie (Fetthärtung oder Herstellung von Margarinen) entstehen, erhöhen das LDL-Cholesterin. Darüber hinaus erhöhen sie aber auch die Triglyceride sowie die Lipoprotein (a)-Konzentration, senken das HDL-Cholesterin und begünstigen die Progression der Atherosklerose. Die ungesättigten Fettsäuren spielen dagegen eine protektive Rolle für die kardiovaskuläre Gesundheit. Sie sind in frischem Gemüse wie Brokkoli, Früchten, Vollkornbrot, vegetabilen Ölen sowie in Fisch enthalten. Wie groß angelegte Studien – DART, DART II, Chicago Western Electric Study, Lyon Diet Heart Study – gezeigt haben, reduziert die mediterrane Diät und/oder ein hoher Fischkonsum signifikant die plötzlichen Herztodesfälle sowie generell das Risiko einer koronaren Herzkrankheit. Wie Sudano ausführte, sind die Omega-3-Fettsäuren (Eicosapentaensäure in

Fischöl und Linolensäure in Rapsöl) den Omega-6-Fettsäuren (Linolsäure) vorzuziehen, da letztere nur einen bescheidenen positiven Effekt auf die koronare Herzkrankheit zeigen. So zeigte die GISSI-Studie, dass Patienten mit manifester koronarer Herzkrankheit von der täglichen Einnahme von 1 g Fischöl profitierten: die Gesamtmortalität nahm um 20%, die kardiale Mortalität um 30% und die plötzlichen Herztodesfälle nahmen um 45% signifikant ab.

Weitere Untersuchungen zeigten, dass Fischöl den Triglyceridspiegel senken, die Oxidation von LDL verringern und die Endothelfunktion verbessern kann. Fischöl reduziert darüber hinaus den Blutdruck, wirkt antiarrhythmogen und vermindert die Plättchenaggregation. So können viele Mechanismen, die zu einer Plaque führen können, mit Fischöl therapiert werden. Daher empfiehlt die European Society of Cardiology (ESC) 1 g Fischöl (also Omega-3-Fettsäuren) pro Tag. Für die Sekundärprophylaxe eines Herzinfarktes ist Fischöl gleich gut wirksam wie beispielsweise Acetylsalicylsäure, ohne aber ein erhöhtes Blutungsrisiko zu haben, während bei einer Kombinationstherapie mit einem solchen zu rechnen ist.

Pharmaceutical Care beim metabolischen Syndrom

Die mit dem metabolischen Syndrom zusammenhängenden Risikofaktoren lassen sich nicht nur durch Medikamente, sondern auch durch Lebensstiländerungen positiv beeinflussen. Daher sind gemäß Privatdozent Dr. sc. nat. Kurt

Hersberger, Institut für klinische Pharmazie, Basel, die Früherkennung der Risiken, die rechtzeitige Umstellung des Lebensstils und eine lebenslange Compliance die Herausforderungen der Gesundheitsversorgung. Gerade Apotheken können dank Pharmaceutical Care (d.h. Nutzung pharmazeutischer Kompetenz) dazu einen sinnvollen Beitrag leisten.

Früherkennung heißt, mittels eines Screenings noch nicht diagnostizierte, asymptotische Personen mit Verdacht auf Risikofaktoren für ein metabolisches Syndrom zu identifizieren. Hersberger betonte, dass es um ein Mehrfachrisiko-Screening geht, man also nicht nach einem Einzelrisiko suchen soll. Dazu empfiehlt er für die Apothekenpraxis ein sequentielles Vorgehen: In einem Prä-Screening wird das Risikoprofil einer Person erstellt (z.B. mit den Parametern Alter, Geschlecht, BMI, körperliche Aktivität, familiäres Risiko). Bei mehr als zwei Risikofaktoren wird ein Blutglucose-Screening nüchtern durchgeführt. Zusätzlich kann noch das Lipidprofil erfasst werden. Liegen die Werte im Grenzbereich, sollte eine Wiederholungsmessung durchgeführt werden.

Bisherige Erfahrungen haben gezeigt, dass in einem Apothekenscreening eher selten abnorme Blutglucosewerte, dagegen aber sehr häufig (>40%) grenzwertige bis abnorme Lipidwerte erfasst werden. Gerade Risikopatienten, die noch keine Pharmakotherapie benötigen, gilt es zu einem gesunden Lebensstil zu motivieren. Auch Nahrungsergänzungsmittel und Phytotherapeutika können mit gutem Erfolg eingesetzt werden.

Ein gesunder Lebensstil muss über Jahre in den Alltag integriert werden. Diese Compliance über Jahre aufrechtzuerhalten ist eine außerordentliche Herausforderung, weiß man doch für die Pharmakotherapie, dass 6–12 Monate nach Therapiestart die Compliance auf nur noch 50–60% fällt. In der Apotheke gilt es daher im Sinne eines Maßnahmenpakets – an den Patienten und seine Situation angepasst – Informationen zu vermitteln, ihn zur Aktion zu animieren, Erinnerungshilfen und möglicherweise ein Belohnungssystem einzusetzen sowie telefonische Follow-ups durchzuführen.

Pflanzliche Lipidsenker

Professor Dr. med. Volker Schulz, Berlin, diskutierte die Bedeutung von Knoblauchzwiebeln (*Allii sativi bulbus*), Artischockenblättern (*Cynarae folium*) und Gelbwurzeln (*Curcuma longae rhizoma*) zur Senkung erhöhter Blutfettwerte. Von diesen drei Pflanzen hat die Kommission E in Deutschland seinerzeit nur für Knoblauch die beiden Anwendungsgebiete «zur Unterstützung diätetischer Maßnahmen bei Erhöhung der Blutfettwerte» und «zur Vorbeugung altersbedingter Gefäßveränderungen» anerkannt. Für Artischockenblätter und Gelbwurzel nennt sie nur dyspeptische Beschwerden als Anwendungsgebiet. Immerhin wird unter den pharmakologischen Wirkungen die Lipidsenkung bei Artischocke aufgeführt. Inzwischen sind zahlreiche Publikationen zu diesen drei Arzneipflanzen publiziert worden. Für Knoblauch ist ein interessantes Phänomen beobachtbar, nämlich dass die Therapieerfolge bezüglich der Senkung der Blutlipidwerte im zeitlichen Verlauf einen negativen Trend aufweisen. So gibt es nur noch wenige neuere Studien, denen im Placebo-Vergleich der Wirksamkeitsbeweis für Knoblauch bei Lipidstoffwechselstörungen gelingt. Für Schulz steht daher fest, dass für Studien mit Knoblauch primäre Surrogate der Arterioskleroseprophylaxe herangezogen werden sollten. Dank neuer Messmethoden lässt sich nämlich – wie zwei neue Studien zeigen – die

Wirksamkeit von Knoblauch zur Vorbeugung der altersbedingten Gefäßverhärtung bestätigen.

Für Artischockenblätter und Gelbwurzel ist eine choloretische Wirkung in Tierversuchen und am Menschen nachgewiesen. Ein lipidsenkender Begleitfekt ist daher naheliegend und konnte auch in tierexperimentellen Untersuchungen mit Gelbwurzelextrakten sowie wässrigen und alkoholischen Extrakten von Artischockenblättern gezeigt werden. Für Artischockenblätter konnte darüber hinaus beobachtet werden, dass die Biosynthese von Cholesterin gehemmt wird. In fünf Anwendungsbeobachtungen konnte dann auch gezeigt werden, dass es unter 6- bis 24-wöchiger Einnahme von Artischockenblättereextrakten zu Senkungen des Gesamtplasmacholesterins um 8–13% kam. Auch eine placebokontrollierte Doppelblindstudie kam nach einer 6-wöchigen Therapie mit 1800 mg Artischockenblättereextrakt pro Tag zu einem ähnlichen Ergebnis. In der Verumgruppe nahm das Gesamtcholesterin im Mittel um 18,5% ab, in der Placebo-Gruppe dagegen nur um 8,6%.

Ähnliche Ergebnisse findet man für Kurkuma (zwei offenen Studien und eine Anwendungsbeobachtung). Bei einer Anwendungsbeobachtung mit 221 Patienten war nach 60 Tagen das Gesamtcholesterin im Durchschnitt um 12% gesunken.

Auch wenn die Wirksamkeitsbelege bisher noch als bescheiden zu bezeichnen sind, empfahl Schulz die Anwendung dieser drei Arzneipflanzen, nicht zuletzt wegen ihres geringen Anwendungsrisikos, einzeln oder additiv zur Regulation des Lipidstoffwechsels.

Chronisch-venöse Insuffizienz

Die chronisch-venöse Insuffizienz (CVI) ist eine der häufigsten Gefäßerkrankungen in der westlichen Welt. So treten Krampfadern bei 25–33% aller Frauen und bei 10–20% aller Männer auf. Ödeme und Hautveränderungen aufgrund einer fortgeschrittenen CVI finden sich bei 3–11% der Gesamtbevölkerung.

Als verschlimmernde oder mitauslösende Faktoren für eine CVI nannte Andy Suter, Bioforce AG, Bewegungsarmut, Rauchen und fleischhaltige Ernährung. Typische Erscheinungsbilder der CVI sind Besenreiser und Krampfadern sowie müde, schwere Beinen, Spannungsgefühle, ziehende Schmerzen, Wadenkrämpfe und ruheloses Kribbeln nach langem Sitzen oder Stehen. Im fortgeschrittenen Stadium kann es dann zu Gewebeerhärtungen, Ödemen und schließlich zu einem Ulcus cruris venosum mit Nekrose kommen.

Bei leichten und mittleren Formen der CVI haben sich pflanzliche Arzneimittel als Vielstoffgemische mit ihren multiplen Wirkungen, wie Extrakte aus Rosskastaniensamen, bewährt. Rosskastaniensamen wirken entzündungshemmend, proteolytisch, antioxidativ sowie kapillarabdichtend und verbessern die Fließeigenschaften des Blutes. Als Hauptwirkstoff gilt das aus 20 verschiedenen Saponinen bestehende Aescin.

Nach 12 Wochen Einnahme von Extrakten aus Rosskastaniensamen ist die Gefäßwand mehr oder weniger wieder intakt. Rosskastanie kann über Jahre eingenommen werden, auch wenn die Studien meist maximal über 12 Wochen durchgeführt wurden. Auch eine intervallmäßige Einnahme ist möglich.

Eine Analyse aus 14 randomisierten klinischen Studien hat gezeigt, dass es mit Rosskastanienpräparaten (normiert auf 100 mg Aescin/Tag) im Vergleich zu Placebo zu einer signifikanten Symptom- und Ödemreduktion kommt, die mit einer Kompressionstherapie vergleichbar ist. Auch eine Kombinationstherapie aus Kompressionsstrümpfen und Rosskastanienextrakten ist daher sinnvoll.

Abschließend erwähnte Suter noch eine Vielzahl von weiteren Arzneipflanzen, die bei der CVI eingesetzt werden können und zu denen meist auch klinische Studien vorliegen. So nannte er den Steinklee (*Melilotus officinalis*), zu dem es eine Monographie der Kommission E und der ESCOP gibt. Auch das Mäusedornrhizom (*Ruscus aculeatus*) enthält Saponine, die stark diuretisch wirken und eine gute Wirkung auf Ödeme

haben. Zu einem Kombinationspräparat, das aus einem Mäusedornextrakt und Hesperidin besteht, gibt es einige klinische Studien.

Präparate aus Rotem Weinlaub haben in klinischen Studien eine gute Wirkung auf Ödeme gezeigt, und sie sollen auch einen Effekt auf die Mikrozirkulation haben.

Tinnitus – von akut bis chronisch

Aktuelle Erhebungen ergaben, dass 4% der schweizerischen Bevölkerung permanente Ohrgeräusche kennen und 1% von schwergradigem Tinnitus betroffen ist. Aufgrund von Stress durch seelische und körperliche Überlastung sowie Lärm ist Tinnitus eine Krankheit mit steigender Tendenz. Wie Privatdozent Dr. med. Andreas Schapowal, Landquart, bemerkte, sind besonders Jugendliche durch das Hören von zu lauter Musik in Diskotheken oder mit MP3-Playern zunehmend belastet. Aber beispielsweise auch musikalische Dauerbespielung in Kaufhäusern – immerhin mit 60 Dezibel – bedeutet Distress für die Menschen.

Von einem akuten Tinnitus spricht man, wenn die Ohrgeräusche bis zu 3 Monate andauern, von einem subchronischen, wenn sie bis zu 12 Monate andauern. Ohrgeräusche, die länger als 12 Monate andauern, werden als chronischer Tinnitus bezeichnet. Ein Tinnitus, der nicht bald von selbst wieder verschwindet, beruht in 90% der Fälle auf einer Schädigung des Innenohrs. Tinnitus als Symptom für eine organische Störung der zentralen Hörbahn tritt dagegen eher selten auf. Stress ist häufig Auslöser

oder Co-Faktor für den Tinnitus. Auch Probleme mit der Halswirbelsäule oder im Zahn-Kiefer-Bereich, innere Erkrankungen wie Hypertonie, Diabetes mellitus oder Fettstoffwechselstörungen können auslösende oder verstärkende Faktoren sein. In Folge der permanenten Ohrgeräusche kann es zu Ein- und Durchschlafstörungen kommen.

Eine gründliche ärztliche Abklärung und Diagnose sind notwendig. Die Diagnose Tinnitus macht den Patienten Angst, daher ist die Aufklärung über die neurophysiologischen und neuropsychologischen Zusammenhänge die beste Vorbeugung gegen eine akute Depression oder Angststörung.

Bei einem akuten Tinnitus verschreibt Schapowal Ginkgo-Präparate in der Dosierung von 2× täglich 120 mg für 3 Wochen, um die Mikrozirkulation anzuregen und damit die Selbstheilung zu fördern. Der chronische Tinnitus ist meist nicht heilbar. Jedoch lässt sich mit verschiedenen nichtmedikamentösen Therapieformen die Geduld und «Ertragungsfähigkeit» fördern, das Leiden am Tinnitus deutlich mindern, teilweise sogar völlig beseitigen. Möglich sind beispielsweise die Tinnitus-Retraining-Therapie, eine individuelle Musiktherapie (von einer Tinnitus-CD hält Schapowal dagegen nichts), eine Hörtherapie, Entspannungstechniken und Psychotherapie (z.B. analytisch nach Freud/Jung). Aber auch Selbsthilfegruppen, wie die der Schweizerischen Tinnitus-Liga (www.tinnitus-liga.ch), helfen den Betroffenen durch den Gedankenaustausch, die gegenseitige Beratung und Unterstützung.

Bei leichten und mittelschweren Depressionen in der Folge eines Tinnitus setzt Schapowal zusätzlich Johanniskrautpräparate, als Einmaldosis von 500 mg am Morgen, ein. Bei Schlafstörungen, weil der Patient ständig an den Tinnitus denken muss, hat er gute Erfahrungen mit einer Kombination aus 500 mg Baldrian- und 120 mg Hopfenextrakt gemacht. Die Erfolgsquote der pflanzlichen Arzneimittel bei Tinnitus gab Schapowal mit beachtlichen 80% an.

Für schwergradig von Tinnitus und Hyperakusis Betroffene gibt es ein stationäres Therapieangebot in der Tinnitusklinik (www.tinnitusklinik.ch). Auch hier ist das vornehmliche Ziel die Bewältigung des Tinnitusleidens.

Insgesamt zeigte die Tagung einmal mehr, dass sich die Phytotherapie nicht nur wissenschaftlich, sondern auch politisch in einer spannenden Phase befindet. Man kann nur hoffen, dass der Arzneipflanzenschatz nicht nur erhalten bleibt, sondern dass das politische und wissenschaftliche Umfeld eine nachhaltige und erstklassige Arzneipflanzenforschung gewährleistet.

Korrespondenzadresse:
Geschäftsstelle SMGP
c/o Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften
Life Sciences und Facility Management
Grüntal, Postfach 335
CH-8820 Wädenswil