

INTERAKTIONEN

Phytopharmaka – chemisch definierte Arzneimittel

Über Interaktionen zwischen pflanzlichen und chemisch definierten Arzneimitteln ist wenig bekannt. In zwei englischen medizinischen Zeit-

schriften wird auf mögliche Interaktionen hingewiesen und empfohlen, jede zusätzliche Therapie mit pflanzlichen Arzneimitteln mit der (Dau-

er)Medikation chemisch definierter Arzneistoffe sorgfältig abzustimmen.

Einige relevante mögliche Interaktionen:

Pflanze	Chem. definierter Arzneistoff	Mögliche Auswirkungen
Baldrian Blasentang	Barbiturate Thyroxine	additive Effekte, starke Sedierung pflanzl. Jodgehalt verändert Substitutionstherapie
Chrysanthemum parthenium (Mutterkraut) Chrysanthemum p., Knoblauch, Ginseng, Gingko, Ingwer	Nicht-steroidale Antirheumatika Warfarin, Coumarine	Drogeneffekt antagonisiert geänderte Blutungszeit
Ecineae-Arten (Sonnenhut) (über mehr als 8 Wochen)	Anabole Steroide, Amiodaron, Ketoconazol, Methotrexat	Hepatotoxizität
Ephedra sinica (Ephedrakraut, Ma Huang)	Antidepressiva, Antihypertensiva	Herzfrequenz-, Blutdruckerhöhung,
Ginseng	Insuline, Sulfonylharnstoffe, Biguanide	Veränderung der Blutglukose- konzentration, keine Anwendung bei Diabetikern
Ginseng Johanniskraut	Estrogene, Glukokortikoide MAO-Hemmer, selektive Serotonin-Wiederaufnahme- hemmer	Additive Effekte unsichere Effekte, Sicherheitsbedenken bei gleichzeitiger Anwendung
Johanniskraut	Narkotika, Anästhetika	Verlängerung der Arzneimittel- wirkung
Johanniskraut, Sabalfrüchte	Eisen	verringerte Eisenresorption
Kava-Kava	Benzodiazepine	additive Sedation, Koma
Kava-Kava	Antikonvulsiva, Anästhetika	Arzneimittelleffekte verstärkt
Nachtkerze („Evening primrose“), Borretsch	Antikonvulsiva	Krampfschwelle erniedrigt
Süßholz, Spitzwegerich, Uzarawurzel, Crataegus, Ginseng	Digoxin	pharmakodynamische Interaktionen, Einfluß auf Blutspiegelwerte
Süßholz	Spironolacton	Antagonismus der diuretischen Wirkung

Quelle: Brit. med. J. 1999; 319: 1052, Lancet 1999; 354: 1362

DEKETOPIROFEN

Somnolenz

Das Anfang dieses Jahres zugelassene Analgetikum Dextetoprofen (Sypal®), ein Isomer des nicht-steroidalen Antiphlogistikums (NSAID) Ketoprofen (u.a. Alrheumun®, Gabrilen®, Orudis®), verursachte bei einer 60jährigen Patientin 15 min nach der letzten Einnahme eine Art von Tiefschlaf von ca. 2 h Dauer mit nachfolgendem Unwohlsein über 24 h. Die Patientin hatte wegen Zahnschmerzen und anschließender Zahnbehandlung zwar die empfohlene maximale Tagesdosis von 75 mg nicht überschritten, 3 Tabletten Dex-

ketoprofen jedoch innerhalb von 6 h eingenommen. Die Autoren schließen eine mögliche Interaktion mit der Applikation eines Lidocain-haltigen Lokalanästhetikums nicht vollständig aus, verweisen jedoch auf das auch unter der Einnahme von anderen NSAID bekannte mögliche Auftreten von Schwindel und Müdigkeit. Da bei Schmerzpatienten mit der Möglichkeit gerechnet werden muß, daß Einnahmezeiten und Dosis nicht eingehalten werden, sollte bei der Verordnung über mögliche stark sedierende Eigenschaften von Dextetoprofen aufmerksam gemacht werden.

Quelle: DMW 1999; 41: 206

GREPFLFOXACIN

Aus dem Handel

Nach dem Rückruf von Trovafloxacin (Trovan®) im Juni dieses Jahres wegen des Auftretens schwerer Hepatitiden wurde nun auch Grepflfoxacin (Vaxar®) aus dem Handel genommen. Der Grund waren schwere kardiovaskuläre unerwünschte Wirkungen.

Quelle: Ärztezeitung v. 29.30.10.1999, S. 14

Anmerkung

Dies ist eine weitere Gelegenheit, darauf hinzuweisen, daß das Sicherheitsrisiko neuer Arzneistoffe generell noch nicht abzuschätzen ist. Aussagen wie „unerwünschte Wirkungen im Placebo-Bereich“ sind bei neuen Arzneistoffen i.a. mit Vorsicht zu genießen.

ORALE KONTRAZEPTIVA
DER 3. GENERATION

Thromboembolien

In einer dänischen epidemiologischen Studie wird eine positive Korrelation zwischen Krankenhausaufnahmen wegen thromboembolischer Ereignisse und der Einnahme von oralen Kontrazeptiva der 3. Generation (Desogestrel, Gestoden, Norgestimat) vermutet. Parallel zu steigender Verordnung dieser Präparate (0,2% in 1984 bis 66% in 1993) stieg die Zahl der entsprechenden Krankenhausaufnahmen von circa 120/Mio Einwohner auf 140/Mio Einwohner. In einem Editorial werden diese Ergebnisse diskutiert und festgestellt, daß das in früheren Studien gefundene erhöhte Thromboembolierisiko unter der Einnahme oraler Kontrazeptiva der 3. Generation (vor allem bei der ersten Verordnung und im ersten Jahr) z.B. nicht durch ein fehlerhaftes Studiendesign erklärt werden kann. Der Autor kommt zum Schluß, daß diese Präparate zwar nicht als unsicher bezeichnet werden können, es würden jedoch orale Kontrazeptiva mit einem geringeren Sicherheitsrisiko zur Verfügung stehen.

Anmerkung

Schon 1989 empfahl die ÄkdÄ eine neue Risikobewertung oraler Kontrazeptiva, 10 Jahre später scheint die Diskussion noch nicht abgeschlossen.

Quellen: Brit. med. J. 1999, 319: 795 und 820

Ihr Ansprechpartner bei Rückfragen:
Dr. Günter Hopf, ÄK Nordrhein,
Tersteegenstr. 31, 40474 Düsseldorf,
Tel. (0211) 43 02-587