

MAGEN-DARM-ULZERA

Nicht-steriodale Antiphlogistika und *Helicobacter pylori*

In einer chinesischen Studie mit Diclofenac (Voltaren®, viele Generika) und in einer kanadischen Metaanalyse wird das Problem des Entstehens peptischer Magen-Darm-Ulzera bei bestehender Infektion mit *Helicobacter pylori* und zusätzlicher Therapie mit nicht-steroidalen Antiphlogistika (NSAID) erneut aufgegriffen. Die chinesische Studie weist nach, dass bei *Helicobacter*-positiven Patienten (Durchschnittsalter 63 Jahre), die erstmals NSAID einnehmen sollten, nach 6 Monaten deutlich weniger Ulze-

ra entdeckt werden konnten, wenn sie vorher eine Eradikationstherapie durchführten. Dies steht im Gegensatz zu einem nur geringen Erfolg einer Eradikationstherapie, wenn Patienten an NSAID gewöhnt sind. Generell erhöhe eine alleinige Infektion mit *H. pylori* das Risiko einer peptischen Ulkusblutung nur mäßig, die Therapie mit einem NSAID erheblich und beide Faktoren das Risiko additiv. Die komplexe Situation erfordert weitere Studien, um z. B. das Risiko zwischen Duodenal- und Magenulkus zu diffe-

renzieren, insbesondere bei Subgruppen den Erfolg einer Eradikationstherapie zu verifizieren, die Rolle der COX-2-Hemmer zu sichern und Widersprüche in der Prävention von Ulzera bei *Helicobacter*-positiven Pa-

tienten unter NSAID (gleichzeitige Gabe von Protonenpumpenhemmern, H₂-Blockern oder anderen säurehemmenden Arzneimitteln) weiter aufzuklären.

Quellen: Lancet 2002; 359: 9 und 14

Anmerkung

Der Fall einer 88jährigen Patientin, die nach einer 2-jährigen Therapie mit Diclofenac wegen altersbedingter starker Gelenkschmerzen mit fatal endenden Magenblutungen stationär aufgenommen werden musste, sollte daran erinnern, dass - nach einer Fachinformation eines Herstellers - bei einer Verordnung von NSAID „bei älteren Patienten aus grundsätzlichen medizinischen Erwägungen Vorsicht geboten ist.“ Darüber hinaus sollten „bei einer Langzeittherapie Blutbild, Leberwerte und Nierenfunktion regelmäßig kontrolliert werden.“ Die Frage nach dem Gesundheitszustand eines älteren Patienten unter NSAID-Langzeittherapie ohne weitere Untersuchungen könnte das Erkennen von Komplikationen verzögern.

LEVOFLOXACIN

Sehnenschäden

Der Hersteller informierte Ärzte über das Auftreten von Sehnenschäden unter der Therapie mit Levofloxacin (Tavanic®, im Jahr 2000 das zu Lasten der GKV umsatzstärkste Standard-Fluorchinolone mit 7,3 Millionen Tagesdosen = DDD), insbesondere bei älteren Patienten und bei gleichzeitiger Behandlung mit Glukokortikoiden. Levofloxacin darf nicht bei Patienten an-

gewandt werden, bei denen schon früher Sehnenbeschwerden unter einem Gyrasehemmer auftraten. Wie der Hersteller richtig feststellt, können diese Schäden nicht nur unter Levofloxacin auftreten. Die Therapie mit Levofloxacin muss bei Verdacht auf Sehnenentzündungen abgebrochen werden.

Quelle: Pharm Ztg. 2002; 147: 6

Anmerkung

Sehnenschäden sind eine etwas verharmlosende Bezeichnung für Achillessehnenabriss (zum Teil beidseits), die in Einzelfällen unter der Therapie mit Gyrasehemmern (Fluorchinolone) aufgetreten sind. Zusammen mit u.a. hepatotoxischen Wirkungen und zentralnervösen Störungen kann diese Antibiotikagruppe auch weiterhin nicht als Therapeutikum der ersten Wahl bei Infektionen in der Praxis gelten.

Weitere umsatzstarke Handelspräparate: Ciprofloxacin (Ciprobay®) 5,4 Mio DDD, Moxifloxacin (Avalox®, 4,0 Mio DDD), Ofloxacin (Tarivid®, Uro-Tarivid®, racemische Form des Levofloxacin, 4,0 Mio DDD).

Ihr Ansprechpartner bei Rückfragen: Dr. Günter Hopf, ÄK Nordrhein, Tersteegenstr. 31, 40474 Düsseldorf, Tel. (02 11) 43 02-587

PLÄTTCHENAGGREGATIONSHEMMER

ASS

Die Ergebnisse einer neuen Metaanalyse zum Einsatz von Plättchenaggregationshemmern liegen vor. Niedrig dosierte Acetylsalicylsäure (ASS, 75 - 150 mg/d) schützt die meisten Patienten vor einem weiteren Gefäßverschluss - nach akutem Myokardinfarkt, ischämischen Schlaganfall, stabiler oder instabiler Angina pectoris, peripherer Verschlusskrankheit oder Vorhofflimmern. Als Akuttherapie wird eine Sättigungsdosis von 150 mg empfohlen. Zusätzliche Effekte durch die Gabe eines zweiten Plättchenaggregationshemmers könnten bei einigen klinischen Konstellationen sinnvoll sein, dies bedarf jedoch weiterer Studien.

Zur Information: Eine entgegengesetzte Meinung zur Prophylaxe des Myo-

kardinfarktes wurde in einer anderen englischen Fachzeitschrift publiziert. Neben der übereinstimmenden Meinung, dass NSAID generell das kardiovaskuläre Risiko nicht senken, wird ausgeführt, dass ASS nur in den ersten 6 Wochen nach einem Infarkt sinnvoll sei und die langfristige Gabe eher einen Trend zu erhöhter Sterblichkeit zeige. Der Autor plädiert für die bevorzugte Gabe von ACE-Hemmern, Betablockern oder Statinen.

Quelle: Brit. Med. J. 2002; 324: 71. Lancet 2002; 359: 92

Anmerkung

Die Rolle des prophylaktischen Einsatzes von ASS bei o. g. Indikationen scheint immer noch einzelne Widersprüche hervorzurufen. Neutrale und aktualisierte Leitlinien wären hilfreich.