

Fentanylpflaster – nicht unkritisch anwenden!

Nach Hinweisen über einen ausgeprägten Ordnungsanstieg von Fentanylpflastern (Durogesic®, viele Generika) und Berichten zu Überdosierungen mit schwerwiegenden Folgen warnt die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) vor einer unkritischen Anwendung. Die Pflaster sind nicht für opioid-naive Patienten geeignet und sollten nur bei Patienten mit

Dauerschmerzen, stabilem Opioidbedarf und bei Problemen mit einer oralen Einnahme verordnet werden. Für akute Schmerzen sind Fentanylpflaster nicht indiziert. Diese Hinweise (und weitere Empfehlungen in der Bekanntgabe der AkdÄ) sollten sorgfältig beachtet werden.

Die Kanadier weisen auf ein weiteres Problem mit diesen Pflastern hin (drei von fünf Be-

richten betrafen Pflaster): in Kombination mit anderen Arzneimitteln mit serotonergen Effekten (z.B. SSRI, trizyklische Antidepressiva) kann es zu einem potentiell lebensgefährlichen Serotonin-Syndrom (u. a. psychische Veränderungen, epileptische Anfälle, Myoklonien) kommen.

Quellen: Dt. Ärztebl. 2012; 109(14). C 624; Canad. Adv.React.Newsletter 2012; 22(2): 3

Fixkombination gegen UAW?

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) treten bei Patienten in der Regel nicht vorhersehbar auf – sowohl der Zeitpunkt des Auftretens als auch das Ausmaß der UAW sind individuell unterschiedlich. Eine fixe Kombination eines Nicht-steroidalen Antiphlogistikums (hier: 500 mg Naproxen) mit einem Protonenpumpenhemmer (hier: 20 mg Esomeprazol) ist daher überwiegend spekulativ. Ein höherer NSAID-Bedarf aufgrund einer Schmerzattacke muss nicht in gleichem Maß einen höheren Protonenpumpenhemmer-Bedarf nach sich ziehen. Klar ist jedoch, dass sich zu den UAW eines NSAID, die nicht durch eine Säureblockade verhindert werden können (z. B. renale und kardiovaskuläre UAW), zusätzlich noch mögliche UAW eines Protonenpumpenhemmers addieren (relativ neue UAW: Clostridium difficile-Infektionen mit vermehrten Rezidiven, erhöhte Pneumoniegefahr, vermehrte Schenkelhalsfrakturen bei Frauen, Interaktionen durch die Hemmung des CYP 2C19-Metabolisierungsweges). Die Gabe eines Protonenpumpenhemmers ohne nachgewiesene gastrointestinale Empfindlichkeit ist daher pharmakologisch wenig sinnvoll und kann zu einer Dosiserhöhung des NSAID verführen. Diese Kombination ist vergleichbar mit der fixen Kombination von Diclofenac mit Misoprostol, die im Rahmen der GKV zurecht nicht erstattungsfähig ist. Die Markteinführung von Vimovo® scheint nicht unbedingt dem Wohl der Patienten zu dienen.

Quellen: Pharm. Ztg. 2012; 157: 142, www.evimed.ch

Pharmakotherapie rheumatischer Erkrankungen im Alter

Neben altersbedingten Veränderungen der Pharmakokinetik muss eine Pharmakotherapie rheumatischer Erkrankungen aufgrund häufiger zusätzlicher Erkrankungen im Alter enger überwacht werden, da unerwünschte Wirkungen (UAW) vermehrt auftreten können.

NSAID (Nicht-steroidale Antiphlogistika): Anstieg gastrointestinaler, renaler und kardiovaskulärer UAW, cave: zusätzliche Ein-

nahme niedrig dosierter ASS oder freiverkäuflicher Analgetika!

Opioide: Zunahme von Schwindel, Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsstörungen

Glukokortikoide: geringere Anfangsdosierungen, langsames Ausschleichen, bei anhaltend hohem Steroidbedarf frühzeitig Methotrexat

Basistherapeutika (DMARTS): niedriger dosieren, cave: eingeschränkte (auch kurzfristig wie

bei Infekten oder Exsiccose) Nierenfunktion!

Biologika: nach derzeitiger Datenlage UAW nicht häufiger als bei jungen Menschen, bei Niereninsuffizienz kann eine gut überwachte Biologikatherapie sicherer sein als mit konventionellen DMARTS. Das UAW-Spektrum ist jedoch noch nicht gesichert.

Quelle: Dtsch Med Wschr 2012; 137: 793-8

Therapiefolgen bei Krebs-Langzeitüberlebenden

Neben körperlichen Langzeitfolgen nach Tumoroperationen und nach Strahlentherapie (z. B. gastrointestinal, kardiopulmonal, Zweitmalignome) rücken aufgrund längerer Überlebenszeiten auch Langzeitfolgen nach systemischer Therapie in den Fokus. Sie können nahezu jedes Organsystem betreffen. Bekannt sind

- Niereninsuffizienz und Ototoxizität durch Cisplatin,
- Kardiomyopathie durch Anthrazyklone,
- Akute oder chronische pulmonale Toxizität durch Antitumor-Anti-

biotika, Alkylanzien und Antimetabolite, auch mTOR-Inhibitoren,

- Peripher sensorische, selten motorische Neuropathien, häufig kumulativ, durch viele Zytostatika,
- Infertilität durch die meisten Zytostatika,
- Zweitmalignome, geprägt durch individuelle genetische Merkmale, durch die meisten Zytostatika.

Langzeiteffekte durch neue, zielgerichtete Arzneistoffe wie EGFR-Antikörper, Immunmodulatoren, Proteasomeninhibitoren, Multi-Tyrosinkinaseinhibitoren können noch nicht beurteilt werden.

Besonders gravierend sind Langzeitfolgen bei Kindern. Nach dem Deutschen Kinderkrebsregister treten bei rund 3 Prozent der Kinder Zweitumore 10 bis 15 Jahre nach Abschluss einer onkologischen Therapie auf. Neben dem schon erwähnten Krebsregister existieren noch www.wless-studie.de, RiSK an der Universität Münster und www.kinderkrebsinfo.de. Dort kann man sich näher informieren.

Quellen: Dtsch ;Med Wschr 2012; 137: S7 . 10, Bundesgesundheitsblatt 2012; 55: 493-500

Ihr Ansprechpartner bei Rückfragen:

Dr. Günter Hopf, Ärztekammer Nordrhein, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf, Tel. 02 11/43 02-22 72