

## Protonenpumpenhemmer zur Prophylaxe

Protonenpumpenhemmer (PPI) werden zunehmend prophylaktisch eingesetzt. Am bekanntesten scheint die zusätzliche Einnahme eines PPI bei einer Dauertherapie eines Nicht-steroidalen Antiphlogistikums (NSAID) zu sein, um gastrointestinale unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) dieser Stoffe zu vermeiden. Dieses Prinzip hat jedoch einen gravierenden Nachteil: Zusätzlich zu den UAW eines Arzneistoffes können sich die UAW des anderen addieren. Von PPI ist bekannt, dass sie unter anderem eine Hypomagnesiämie, eine gesteigerte Fraktur- und Pneumonierate und einen Vitamin-B12-Mangel sowie Interaktionen beispielsweise mit Throm-

bozytenaggregationshemmern verursachen können. Dem Autor ist zuzustimmen, dass

- *das individuelle Risiko für Ulzera, Stressläsionen und Blutungen evaluiert werden muss,*
- *PPI abgesetzt werden, wenn keine Indikation mehr vorliegt,*
- *durch eine versuchsweise Dosisreduktion eine niedrigstmögliche wirksame Dosis angestrebt werden soll,*
- *eine Intervalltherapie entsprechend der Risikosituation (z.B. bei Chemotherapie) angewandt wird,*
- *eine On-Demand-Therapie grundsätzlich vorzuziehen ist.*

Auch wenn der Gemeinsame Bundesausschuss vor Kurzem die

Verordnung von fixen Kombinationen eines NSAID mit einem PPI bei Patienten mit hohem Risiko gastroduodenaler UAW zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen zugestimmt hat, bleiben Zweifel am medizinischen Sinn dieser Kombination: Sowohl die wirksame Dosis eines NSAID als auch die Dosis eines PPI sind immer individuell festzulegen, um eine Unter- oder Überdosierung einer der beiden Arzneistoffe zu vermeiden. Derzeit auf dem deutschen Markt: Vimovo®, eine fixe Kombination von 500 mg Naproxen und 20 mg Esomeprazol.

Quelle: Internist 2013; 54:366 – 371; Dt. Ärztebl. 2013; 110(11): C467

## Neue Arzneistoffe 2012 – kritische Einschätzungen

In Gegensatz zu oft überschwänglichen Werbeaussagen über die Wirksamkeit neuer Arzneistoffe bleibt eine französische kritische medizinische Zeitschrift bei ihrer Einschätzung, dass seit 2008 (!) kein neuer Arzneistoff einen Preis für einen generellen größeren therapeutischen Fortschritt verdient hat. 82 neue Wirkstoffe und neue Indikationen alter Wirkstoffe wurden bewertet. Boceprevir (Victrelis®) bei chronischer Hepatitis C wurde ein wirklicher Vorteil attestiert, ebenso scheinen Abirateron (Zytiga®) nach Therapieversagen anderer Arzneistoffe bei Prostatakarzinom, Telaprevir (Incivo®) bei chronischer Hepatitis C und Trastuzumab (Abraxane®) zur adjuvanten Therapie bei Brustkrebs vorteilhaft zu sein. Nachdenklich stimmen Einschätzungen wie „nichts Neues“ für 42 und „nicht akzeptierbar“ für 15 neue Arzneistoffe oder Indikationen. In letztere Gruppe fallen etwa Asemapin (Sycrest®) bei manischen Episoden bipolarer Störungen, Bevacizumab (Avastin®) bei fortgeschrittenem Ovarialkarzinom, Domperidon (Motilium®, Generika) bei gastrointestinalen Störungen, zwei Gliptine zur Therapie eines Diabetes Typ 2. Wenn auch die Beurteilungen etwas streng erscheinen, sie sind vergleichbar mit der Nutzenbewertung des IQWiG, deutlich zum Beispiel bei der Einschätzung von Gliptinen. Ob es bei der ersten Reaktion des Herstellers von Linagliptin (Trajenta®), das Präparat in Deutschland nicht anbietet, bleiben wird?

Quellen: Prescr. Internat. 2013; 22 (136 und 137): 79 und 105-107

## Kontrastmittelinduzierte Nephropathie

Neue Empfehlungen zur Therapie einer kontrastmittelinduzierten Nephropathie (CIN, Anstieg des Serumkreatinins um mehr als 0,5 mg/dl beziehungsweise eine relative Zunahme von über 25 % innerhalb von drei Tagen nach Kontrastmittelgabe) beinhalten keine Gabe von Acetylcystein (ACC) mehr. Auch hohe ACC-Dosen (1200 mg alle 12 Stunden zweimalig vor und nach

der Kontrastmittelgabe) wirkten nach einer neuen prospektiven und randomisierten Studie weder protektiv auf ein Auftreten einer CIN noch die Dialysehäufigkeit. Nun werden empfohlen: Gabe einer 0,9 % NaCl-Lösung (1 ml/kg/h) mindestens 6 h vor bis 12 h nach Kontrastmittelgabe, alternativ auch 0,84 % Natriumbikarbonatlösung 1 h (3 ml/kg/h) vor und bis 6 h (1 ml/kg/h) nach

der Kontrastmittelgabe. Bei Patienten mit einer guten Compliance kann auch eine orale Hydratation erwogen werden.

Besonders gefährdete Patienten: Alter über 70 Jahre, bekannte Nierenfunktionseinschränkung mit einer berechneten GFR < 60 ml/min.

Quelle: Dtsch.med.Wschr. 2013; 138: 71-8

## Donepezil – malignes neuroleptisches Syndrom

Unsere Arzneimittelüberwachungsbehörde BfArM hat ein Stufenplanverfahren zu Donepezil-haltigen Arzneimitteln (Aricept®) eingeleitet: In Zukunft muss in den Fachinformationen und der Packungsbeilage auf ein mögliches Auftreten eines malignen neuroleptischen Syndroms

hingewiesen werden. Dieses potentiell lebensbedrohliche Syndrom ist charakterisiert durch Hyperthermie, Muskelsteifigkeit, vegetative Instabilität, Bewusstseinsveränderungen und Erhöhung der Kreatinkinase, sowie nachfolgend Rhabdomyolyse und akutes Nierenversagen. Bereits bei

Auftreten von unklarem hohem Fieber muss die Therapie mit Donepezil abgebrochen werden. Der Cholinesterasehemmer wird als Antidementivum eingesetzt und ist von umstrittener Wirksamkeit, vor allem von Kombinationen mit Antipsychotika ist abzuraten.

Quelle: Pharm. Ztg. 2013; 158 (9): 99

### Ihr Ansprechpartner bei Rückfragen:

Dr. Günter Hopf, Ärztekammer Nordrhein, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf, Tel. 0211 4302-2272