

OZON-EIGENBLUTTHERAPIE

Hepatitis C- und HIV-Infektion

6 Wochen nach einer empfohlenen Ozon-Eigenbluttherapie wegen zyklusabhängiger Migräneartiger Kopfschmerzen zeigten sich bei einer 35jährigen Frau Symptome eines Virusinfektes. Differentialdiagnostische Schritte wurden nicht unternommen und die Ozonbehandlungen fortgesetzt. Nach 8 weiteren Wochen wurde eine Hepatitis C-Infektion, nach 14 Monaten

zusätzlich eine HIV-Infektion festgestellt. Nach der gutachterlichen Aussage wurde die Patientin iatrogen infiziert: mit einer bei mehreren Patienten verwendeten Glasspritze wird das Ozon-Luftgemisch entnommen und in eine Vakuumflasche mit dem Patientenblut gegeben. Dabei schäumt das Blut auf und kann den Spritzenkontaminieren.

Quelle: *Epidemiol. Bull.* 1997; 10: 66

Anmerkung:

Ozon ist nicht geeignet, Krankheitserreger in organische Materialien wie Blut vollständig abzutöten. Eine unspezifische Immunstimulation, wie sie nach Stress, leichten Traumen oder Entzündungen beobachtet wird, kann auch durch die Gabe von Eigenblut erzeugt werden. Ob dessen therapeutische Wirkung dabei jedoch über einen Placebo-Effekt hinausgeht, ist fraglich. In der Indikation „Migräne“ ist keine rationale Begründung für die Anwendung von ozonisiertem Eigenblut bekannt. Neben einer besonders sorgfältigen Aufklärung des Patienten über mögliche Risiken und fraglichen Nutzen müssen alle Regeln der Infektionshygiene strikt beachtet werden.

AMBULANTER ALKOHOLENTZUG

Carbamazepin

Die AkdÄ befürwortet eine ambulante Behandlung des Alkoholentzugs mit Carbamazepin durch entsprechend erfahrene Ärzte, wenn u.a. keine Anfälle und Delirien in der Vorgeschichte, kein hoher Alkoholkonsum oder kein schlechter Allgemeinzustand bekannt sind. Die Kommission weist gleichzeitig aber darauf hin, daß die Hersteller Carbamazepin-haltiger Handelspräparate eine stationäre Überwachung empfehlen. Dies bedeute für den niedergelassenen Arzt eine erhöhte haftungsrechtliche Risiko, eine besondere Begründung und eine entsprechende schriftliche Dokumentation. Vor dem Einsatz von Retardpräpa-

raten wird gewarnt, da aufgrund ihrer zu langsam einsetzender Wirkung Dosissteigerungen bis in den toxischen Bereich bekannt bzw. verzögert einsetzende Nebenwirkungen als Entzugssymptome mißdeutet wurden.

Quelle: *Dt. Ärztebl.* 1997; 94: C-863

Anmerkung:

Insbesondere zentralnervöse Nebenwirkungen von Carbamazepin (Ataxie oder Verwirrtheit), psychische (depressive Verstimmung oder Halluzinationen) und cardiale (insbesondere Herzrhythmusstörungen) können als Alkoholentzugssymptome fehlgedeutet werden. Eine engmaschige (tägliche!) ärztliche Überwachung der Patienten ist dringend zu empfehlen, ein Ansprechpartner sollte immer vorhanden sein.

ÜBERSICHT

Pankreatitis durch Arzneimittel

Die Diagnostik einer Pankreatitis ist aufgrund der Vieldeutigkeit der Beschwerden und des meist chronischen Verlaufes erschwert. Amylase und Lipase-Werte sind oft nur kurzzeitig erhöht und bei unkomplizierten Fällen fehlen im Sonogramm und CT oftmals die charakteristischen Veränderungen. Die Bestimmung der pankreatischen Elastase 1 in Serum oder Stuhl kann die Diagnose sichern helfen. Gallensteine (bei der akuten Pankreatitis), Alkoholismus (bei der chronischen Pankreatitis), Hyperlipidämien, Traumen und Virushepatitiden kommen in circa 75 % der Fälle als Ur-

sache in Betracht. In nicht geringem Prozentsatz kann eine chronische Pankreatitis iatrogen durch Medikamente verursacht werden. Ein Auslaßversuch kann dann hilfreich sein.

Die bekanntesten medikamentösen Auslöser sind alle **Sulfonamide** inkl. ihre Kombinationen mit Pyrimethamin oder wie Cotrimoxazol und Sulfasalazin, **Diuretika** insbesondere Thiazide, aber auch Schleifendiuretika, **Betarezeptorenblocker**, systemische **Glukokortikosteroide** und **Estrogene**.

Aufgrund der immer häufigeren Verordnung von **ACE-Hemmern** wird darauf hingewiesen, daß

sie in selten Fällen – wie in den Fachinformationen erwähnt – eine Pankreatitis auslösen können. Berichte an die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft machen deutlich, daß alle Stoffe dieser Gruppe in Verdacht stehen (Captopril, Cilazapril, Enalapril, Fosinopril, Lisinopril, Trandolapril).

Weitere in Frage kommende Arzneistoffe bzw. Arzneistoffgruppen:

Analgetika, zentral: Dextropropoxyphen

Chemotherapeutika: Erythromycin, Fosfarnet, Metronidazol, Nitrofurantoin, Pentamidin, Rifampicin, Tetracycline/Bergmann/Kienzle:

Antikonvulsiva: Valproinsäure, Carbamazepin

NSAR: vor allem Butazone wie Phenylbutazon und Profene wie Ibuprofen oder Fenoprofen, aber auch Diclofenac, Mefenaminsäure, Piroxicam

Zytostatika: Azathioprin, Cytarabin in Kombination mit L-Asparaginasen, Mercaptopurin

Einzelstoffe wie Clozapin, Cyclosporin A, Goldverbindungen, Mesalazin, Methyl dopa

Quellen: *Davies, Textbook of Adv. Drug. React.; AT, Vom Verdacht zur Diagnose; Bénichou, Unerwünschte Arzneimittelwirkungen*

Ihr Ansprechpartner bei Rückfragen:
Dr. Günter Hopf, AK Nordrhein,
40474 Düsseldorf, Tersteegenstr. 31,
Tel. (0211) 43 02-446