

UAW

Alternative Krebstherapie

Sowohl zu Mistelextrakt-haltigen Präparaten als auch zu verschiedenen Organ-/Enzympräparaten, die als Präparate der besonderen Therapierichtungen in der Tumorthherapie eingesetzt werden, gingen der AkdÄ Berichte über unerwünschte Wirkungen zu. Sie betrafen meist nur leichte Nebenwirkungen wie Kopfschmerzen, Fieberreaktionen und lokale Reizerscheinungen. Es finden sich aber auch Verdachtsfälle über schwerwiegende allergische Reaktionen und über Erkrankungen

mit möglicher Immunpathogenese wie z.B. Kollagenose, Vasculitis, Thrombozytopenie oder hämolytische Anämie. Die Kommission empfiehlt eine sorgfältige Nutzen/Risikoabwägung vor der Verordnung dieser Präparate und eine sorgfältige Aufklärung der Patienten.

Quellen: Dt. Ärztebl. 1997; 94: C-863; Der Arzneimittelbrief 1997; 31: 33

Anmerkung:

Lesenswerte Anmerkungen über Bergiffsbestimmung, rechtliche Situation und Anwendungsbereiche alternativer Krebstherapien finden sich in der neuesten Ausgabe des Arzneimittelbriefes.

INTERAKTION

Thyroxin – Chloroquin

Eine 52jährige Frau mit Thyroxin-bedürftigem Hypothyreoidismus nahm wegen eines Tropenaufenthaltes 100 mg Chloroquin (Arthrabas[®], Chloroquin Berlin-Chemie[®], Resochin[®], Weimerquin[®]) und 200 mg Proguanil (Paludrine[®]) als Malaria prophylaxe ein. Nach 4 Wochen betrug ihre TSH-Spiegel 44,8 mU/l (normal: 0,35 - 6,0 mU/l). Bei einem 2. Einnahmezyklus trat eine ähnliche TSH-Erhöhung auf. Die Autoren vermuten eine Chloroquin-bedingte Erhöhung des Katabolismus von Schilddrüsenhormonen.

Quelle: Brit. Med. J. 1997; 314: 1593

Anmerkung:

Chloroquin ist in großen Teilen der Welt immer noch Mittel der ersten Wahl (sog. A-Resistenzonen nach der WHO 1996 wie Mittelamerika, Naher Osten) zur Chemoprophylaxe der Malaria oder wird in Kombination mit Proguanil empfohlen (sog. B-Zonen wie Indien). Es wird auch als langfristig wirkendes Antirheumatikum eingesetzt. Über mögliche neue, in der Fachinformation des Herstellers nicht aufgeführte Interaktionen mit anderen Arzneistoffen sollten Patienten informiert werden. Neben o.g. Interaktion kann Chloroquin die Wirkung von Diazepam verringern, den Effekt von Cyclosporin erhöhen und zum Auftreten neurologischer Nebenwirkungen von Ciprofloxacin beitragen.

VERMEIDUNG VON UAW

Glukokortikoid-Therapie

Bei einer reinen Substitutionstherapie von Glukokortikoiden treten bei adäquater Dosierung entsprechend der endogenen Kortisoltagproduktion von circa 20 mg unter normalen Alltagsbedingungen keine unerwünschten Wirkungen auf, im Gegensatz zur pharmakologischen Therapie. Dies ist bedingt durch die Suppression des adrenergen Regelkreises bzw. durch die Folgen der erhöhten Glukokortikoidkonzentration auf zahlreiche Organsysteme. Um die Therapie zu optimieren und Patienten ihre oft übertriebene „Cortison-Angst“ zu nehmen, ist die Beachtung folgender Grundsätze bei pharmakologischer Anwendung dieser hochwirksamen Arzneistoffe wichtig:

- Grundsätzlich nur synthetische Glukokortikoide mit geringer oder fehlender Mineralokortikoidwirkung anwenden
- Kürzer wirkende Glukokortikoide vorziehen (Prednison, Prednisolon, Methylprednisolon)
- Intramuskulär anzuwendende Depotpräparate sind obsolet
- Wenn möglich, topische Therapie vorziehen (Externa, Inhalationen, Einläufe, gelegentlich: intraartikulär). Cave: auch dabei muß mit systemischen Wirkungen gerechnet werden!
- In Akutphasen zeitlich limitierte Stoß- oder Pulstherapie (60-80 mg Prednisolonäquivalent) vorziehen

- Zur Langzeittherapie kleinste im Einzelfall wirksame Dosis austrieren
- Zirkadian, d.h. einmal täglich am Morgen applizieren
- Bei Langzeittherapie alternierende Gabe (= doppelte Tagesdosis jeden 2. Tag) prüfen
- Prinzipiell gilt: Eine sog. Cushing-Schwelldosis, unterhalb der eine pharmakologische Glukokortikoidtherapie als sicher zu bewerten wäre, existiert nicht.

Sowohl über die Suppression des adrenergen Regelkreises (vollständige Restitution nach langfristiger Therapie bis zu 12 Monaten oder mehr!) als auch über die Symptome einer NNR-Insuffizienz muß der Patient aufgeklärt werden (Cave: Reisediarrhoe mit verminderter Glukokortikoidresorption).

Quelle: Der Internist 1997; 38: 371

NUTZEN BEI SCHÄDEL-HIRN-TRAUMEN

Glukokortikoide

In einer Metaanalyse wird festgestellt, daß bei der Gabe von Glukokortikoiden bei akuten Schädel-Hirn-Traumen (SHT) derzeit weder mäßige positive noch mäßige negative Effekte ausgeschlossen werden können. In neuen Empfehlungen der deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie bzw. der Anästhesiologie und Intensivmedizin wird festgestellt, daß die Wirksamkeit von speziellen „neuroprotektiven“ Medikamenten (u.a. Glukokortikoide, aber auch Kalziumantagonisten, Barbiturate) bei SHT nicht belegt sei.

Quellen: Brit. med. J. 1997; 1855; Notarzt 1997; 13:45

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