

CIPROFLOXACIN

Interaktion mit Levothyroxin

Zwei Berichte über das Auftreten eines Hypothyreoidismus bei zwei alten Patientinnen trotz Substitution mit Levothyroxin (Euthyrox®, viele Generika) führten zu dem Verdacht, dass eine mehrwöchige Gabe von 500 bzw. 750 mg/d Ciprofloxacin (Ciprobay®, viele Generika) wegen

schwerer Wundinfektionen ursächlich sein könnte. Das Absetzen des Antibiotikums bzw. eine um 6 h verschobene Applikation führte zu einer schnellen Normalisierung der Schilddrüsenparameter.

Quelle: Brit.med.J. 2005; 330: 1002; Schwabe/Palfrahl, Arzneiverordnungs-Report 2004, S. 829

Anmerkung

Unter den vielen Arzneimitteln (z.B. Antacida, Glibenclamid, Theophyllin, Phenytoin) und auch Nahrungsbestandteilen wie Milchprodukte, die zu Interaktionen mit diesem Arzneistoff führen können, ist Levothyroxin in den Fachinformationen nicht erwähnt. Die hohen Verordnungszahlen von Levothyroxin (in 2003: 731 Mio Tagesdosen, zusätzlich mit Jodid: 290 Mio Tagesdosen) lassen diese neu entdeckte Interaktion relevant erscheinen, insbesondere wenn alte Patienten hohe Dosen von Ciprofloxacin einnehmen. Da eine Resorptionshemmung des Hormons vermutet wird, ist die Empfehlung der Autoren, Ciprofloxacin zeitlich versetzt zu anderen Medikamenten einzunehmen, sinnvoll.

TRIPTANE

Einnahmeregeln bei Migräneattacken

Wenn Metoclopramid in Kombination mit einem Analgetikum (ASS, Paracetamol, Ibuprofen, Diclofenac) als Brause- oder Kautablette nicht mehr wirken, sind Triptane zur Therapie von schweren Migräneattacken indiziert. Folgende allgemeine Regeln sollten eingehalten werden:

- Frühzeitige Einnahme bei Einsetzen der Kopfschmerzen.
- Gesamte Dosis auf einmal einnehmen.
- Bei unzureichender Wirkung oder Wiederauftreten der Kopfschmerzen erneute Einnahme der Dosis nach frühestens 4 h und maximal zweimal pro 24 h.

- Zur Vorbeugung gegen Zunahme der Attackenhäufigkeit und Dauerkopfschmerz: Einnahme von allen Migränemitteln an maximal 10 Tagen pro Monat (verteilt oder auch an zusammenhängenden Tagen, Dosishöhe spielt nur eine geringe Rolle).
- Bei einer Attacke nur ein Triptan einnehmen, bei Nichtwirken auf ein Analgetikum ausweichen.
- Triptane nie mit Ergotamin-haltigen Präparaten einnehmen (der Autor empfiehlt einen generellen Verzicht von Ergotamin)

Quelle: Münch.med.Wschr. 2005; 147(Sonderheft 2): 450

MINOCYCLIN

Ösophagitis

Die AkdÄ berichtet über einen 62-jährigen Mann, der wegen seiner schweren Akne über Jahre wiederholt Minocyclin (Klinomycin®, Generika) einnahm. 10 Tage nach Beginn einer Minocyclintherapie eines neuen Akneschubes trat eine Soor-

ösophagitis auf, die nach 6-tägiger Behandlung mit Amphotericin abheilte. Eine Reexposition von Minocyclin über 7 Tage führte erneut zu einem ausgeprägten Soorbefall.

Quellen: Dt. Ärztebl. 2005; 102(15): C 859; Lancet 2004; 364: 2188

Anmerkung

Minocyclin wurde in dieser Serie schon mehrmals erwähnt (Lungeninfiltrate und Eosinophilie, Autoimmun-Hepatitis, Immuno- und Lebertoxizität, generalisierte allergische Reaktion). Es stellt sich die Frage, ob alle anderen Therapiemöglichkeiten bei diesem Patienten ausgeschöpft waren. In einer neuen, industrie-unabhängigen Studie wurden Oxytetracyclin, Minocyclin, topisches Benzoylperoxid alternativ mit topischem Erythromycin zur Therapie einer maximal mittelschweren Akne gegen Placebo verglichen. In der Studie konnten keine statistisch signifikanten Unterschiede festgestellt werden. Topische Retinoide wurden leider nicht einbezogen. Das Behandlungsergebnis mit Minocyclin und Oxytetracyclin in dieser Studie lässt vermuten, dass z.B. auch das grundsätzlich besser verträgliche Doxycyclin eingesetzt werden kann.

NSAID

Helicobacter-Eradikation

In einem unabhängigen englischen medizinischen Fachblatt wird der derzeitige Kenntnisstand diskutiert, inwieweit eine Eradikation des Helicobacter pylori zur Ulkusprophylaxe bei der Gabe eines nicht-steroi-

dalen Antiphlogistikums (NSAID) indiziert sein könnte. Die Autoren weisen zusätzlich darauf hin, dass weitere Studien zu diesem Thema dringend notwendig seien.

Quelle: Drug Ther.Bull. 2005; 43: 37

Vor Therapiebeginn mit einem NSAID

Patienten	Vorgehen
bei Vorliegen einer Dyspepsie oder Ulzera in der Anamnese	H.p.-Testung und nachfolgende Eradikation sinnvoll
bei anderen Patientengruppen	keine klare Evidenz für eine H.p.-Eradikation

Im Verlauf einer NSAID-Therapie

Patienten	Vorgehen
mit Diagnose eines Magen- oder Duodenalulkus	NSAID-Einnahmestopp + Ulkustherapie, keine überzeugende Evidenz für eine Eradikationstherapie
mit Ulkusanamnese und Weiterführen der Therapie mit NSAID oder ASS	gleichzeitige Gabe eines Protonenpumpeninhibitors + sorgfältige Überwachung, H.p.-Eradikation scheint keinen zusätzlichen Nutzen zu bringen