

ARZNEIMITTEL

Nephrotoxizität

Arzneimittel können auf unterschiedliche Weise das Nierensystem schädigen, zum Teil schleichend und vom Patienten unbemerkt. Die Autoren einer Übersichtsarbeit publizierten eine Übersicht über die unterschiedlichen Angriffspunkte von Arzneimitteln auf die Niere (siehe Tabelle) und geben folgende Hinweise, potentielle Schädigungen zu minimieren, z.B.:

Röntgenkontrastmittel: Hydrierung, Gabe von Antioxidantien möglicherweise protektiv, Acetylcystein (ACC) noch umstritten.

NSAID: Vermeiden von Mischanalgetika, Schädigungen nach Absetzen einer oft gelegneten häufigen Anwendung von NSAID oft reversibel, bei Niereninsuffizienz Opioid-Gabe

Aciclovir: kontinuierliche Infusionen zur Vermeidung hoher Spitzenspiegel

Cyclosporin und Aminoglykoside: Hinweise auf bessere Verträglichkeit bei einmaliger Tagesgabe (mit niedrigeren Talspiegeln).

Grundsätzlich sollten bei Risikopatienten

- Tubulo-toxische oder tubulo-obstruktive Arzneistoffe nicht angewandt werden, wenn es Alternativen gibt,
- enge Therapiefristen eingehalten werden,
- eine prophylaktische Hydrierung durchgeführt werden,
- eine prophylaktische Ko-Medikation mit Antioxidantien (wie ACC) erwogen werden,
- Kreatinin zu Anfang der Therapie und im Verlauf kontrolliert werden,
- ursächliche Medikamente identifiziert werden, um insbesondere immunologische Reaktionen in Zukunft zu vermeiden. Dabei sollte auch an die Einnahme alternativer Präparate (z. B. chinesische Heilkräuter mit Aristolochiasäure) oder an Schwermetallexpositionen generell oder in „Wundermitteln“ aus dem Internet gedacht werden.

Quelle: Dt.med.Wschr. 2005; 130: 2597

Übersicht über Nieren-schädigende Arzneimittel und deren Angriffspunkte

Vaskulär	Tubulo-toxisch	Tubulo-obstruktiv	Immunologisch interstitiell
NSAR	NSAR	Methotrexat	NSAR
ACE-Hemmer*	Aminoglykoside	Aciclovir	Aciclovir
Cyclosporin A	Cyclosporin A	Sulfonamide	Sulfonamide
Amphotericin B	Amphotericin B		Rifampicin
Mitomycin	Cisplatin		Methicillin
	Foscarnet		Penicillin G, Ampicillin
	Rö-Kontrastmittel, jodhaltig		Allopurinol
	Lithium		Thiazide
			Interferone

* nur funktionelle Nierenfunktionseinschränkung

NSAID UND COX-II-HEMMER

GI-Störungen

In einer neuen Fall-Kontroll-Studie mit 10.892 Patienten wurde festgestellt, dass es für eine erhöhte Sicherheit gegen die bekannten gastrointestinalen Störungen durch die neuen COX-2-Inhibitoren (hier: Rofecoxib, Celecoxib) im

Vergleich zu konventionellen NSAID (hier: Naproxen, Diclofenac) keine gesicherte Evidenz gebe. Eine zusätzliche Gabe von Ulkustherapeutika konnte in dieser Studie das Risiko reduzieren, nur unter der Einnahme von Diclofenac-haltigen Arzneimitteln blieb es weiterhin signifikant gegenüber der Vergleichsgruppe erhöht.

Quelle: Brit.med.J. 2005; 331: 1310 und 1473

Anmerkungen

Die Datenlage zur besseren Verträglichkeit der Cox-II-Hemmer bleibt umstritten. In später publizierten Leserbriefen zu obiger Studie wird u.a. angemerkt, dass in der sog. CLASS-Studie kein signifikanter Unterschied zwischen Celecoxib und Diclofenac/Ibuprofen in Hinblick auf gastro-intestinale Ulzera gefunden wurde und im Gegensatz dazu in einer kanadischen Studie bei alten Patienten COX-2-Hemmer im Gegensatz zu konventionellen NSAIDs das Risiko gastrointestinaler Blutungen nicht erhöhten. Für obige Studie spricht, dass sie im Gegensatz zu klinischen Studien eher die im praktischen Alltag auftretenden UAW bei einer unselektierten Patientenclientel widerspiegelt. Nachteilig ist eine mögliche Selektionsbias, die trotz Berücksichtigung in der Auswertung nicht garantieren kann, dass COX-II-Hemmer nicht bevorzugt für Patienten mit bekannten gastrointestinalen Störungen verordnet wurden. Die These eines alten Praktikers: Alle neuen wirksamen Arzneistoffe werden in der Regel von wenigen Patienten besser vertragen, von vielen gleich gut oder gleich schlecht, und von wenigen schlechter als die bereits bekannten alten Substanzen einer Arzneistoffgruppe.

BUFEXAMAC

Allergisches Kontaktekzem

Die AkdÄ beschreibt ein generalisiertes, Bufexamac-bedingtes Kontaktekzem, das eine systemische Hochdosisgabe von Prednison erforderlich machte. Sie rät dringend davon ab, Bufexamac-haltige Externa (Parfenac®, Generika) unkritisch anzuwenden. Die häufige Furcht von Patienten mit atopischer Disposition (z.B. Neurodermitis, chronisches

Ekzem) vor den unerwünschten Wirkungen (UAW) von Glukokortikoiden sollte nicht dazu führen, derartige Präparate mit wenig überzeugender Wirkung zu verordnen. Zusätzlich sind die Symptome der aufgetretenen UAW von Bufexamac denen der Grunderkrankung zum Verwechseln ähnlich.

Quellen: Dt. Ärztebl. 2005; 102(47): C 2597; Dt. Med. Wschr. 2005; 130 (50): 2881

Anmerkungen

In einer neuen Publikation des Informationsverbundes Dermatologischer Kliniken (IVDK) werden Kontaktallergien durch das topische Antiphlogistikum Bufexamac als „heimtückische und häufige Nebenwirkung“ beschrieben. Angesichts bekannter therapeutischer Alternativen (u.U. beginnend mit einer reinen Salbengrundlage) raten die Autoren vom Einsatz Bufexamac-haltiger Zubereitungen ab. Trotz weiterer rückläufiger Verordnungszahlen in 2004 scheint in Anbetracht der Freiverkäuflichkeit Bufexamac-haltiger Präparate und des nachgewiesenen negativen Nutzen/Risiko-Verhältnisses die Forderung nach einem Entzug der Arzneimittelzulassung derartiger Präparate berechtigt.

Ihr Ansprechpartner bei Rückfragen: Dr. Günter Hopf, ÄK Nordrhein, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf, Tel. (02 11) 43 02-1589