

## METOCLOPRAMID/DEXAMETHASON

## Intraoperative Gabe

In einer deutschen Studie an über 4000 Patienten wurde die Gabe von 10, 25 oder 50 mg Metoclopramid in Kombination mit 8 mg Dexamethason zur Prävention postoperativen Erbrechens untersucht. Dabei war die Gabe von 25 mg Metoclopramid ebenso effektiv wie 50 mg, verzögert einsetzende Übelkeit/Erbrechen (nach über 12 h postoperativ) konnten jedoch nur durch die höhere Dosis beherrscht werden. Intraoperative

rativer Blutdruckabfall und Tachykardie korrelierten mit der Dosis von Metoclopramid (bis zu circa 18 % der Patienten in der höchsten Dosis). Dyskinesien, extrapyramidale Symptome oder Geschmacks- und Geruchsstörungen waren nach Angaben der Autoren nur marginal. Als Rescue-Medikation wurden Dimenhydrinat oder Dolasetron eingesetzt.

Quelle: Brit. med. J. 2006; 333: 324

## Anmerkung

Auch im Zeitalter hochwirksamer 5-HT<sub>3</sub>-Rezeptor-Antagonisten und in ihrer Wirksamkeit noch nicht endgültig einschätzbarer Neurokinin-1-Rezeptor-Antagonisten wie Aprepitant (Emend®) haben alte Therapieformen durchaus noch ihren Stellenwert, vorausgesetzt die Dosis ist adäquat (10 mg Metoclopramid waren in dieser Studie nicht signifikant wirksam) und eine Kombination zweier Antiemetika wird angewandt. Die Autoren diskutieren diese Möglichkeit als Königsweg, da kein einzelner Arzneistoff als universell wirksames Antiemetikum gelten kann.

## SIMVASTATIN/AMIODARON

## Interaktion

Nach 5-jähriger Therapie mit 20 mg Simvastatin/d erhielt ein 78-Jähriger zusätzlich 200 mg Amiodaron. Innerhalb von 4 Monaten traten Muskelschmerzen auf, die der Hausarzt als altersbedingte muskuläre „Wehwechen“ einschätzte. Erst nachdem 8 Jahre später die Simvastatindosis verdoppelt

wurde, die Symptome sich verschlimmerten und der Patient sich beim Heben einen Muskelriss zuzog, wurde eine erhöhte Kreatininkinase festgestellt und die Simvastatindosis wieder auf 20 mg/d reduziert. Innerhalb von 8 Wochen erfolgte eine Besserung seiner Symptome.

Quelle: Australian Prescriber 2005; 28(4): 102

## Anmerkung

Das Erkennen von unerwünschten Wirkungen ist besonders bei Symptomen erschwert, bei denen eine andere Diagnose wahrscheinlicher erscheint. Der geduldige Patient macht deutlich, dass bei entsprechender Erklärung des Arztes leichte UAW als schicksalhaft ertragen werden können (hier über 8 Jahre!). Daran sollte bei vorschnellen Diagnosen gedacht werden. Übrigens: In den deutschen Fachinformationen wird beschrieben, dass bei gleichzeitiger Einnahme von Amiodaron eine Dosis von 20 mg/d Simvastatin nicht überschritten werden darf.

## RÜCKGANG DER HERZINFARKTRATEN

## Therapiefortschritt

Bei Männern gingen sowohl die Herzinfarktrate (Erstinfarkte) als auch die Reinfarktrate in allen Altersgruppen 2001-2003 im Vergleich zu 1985-1987 zurück (um 20 bzw. 40 %). Bei Frauen stieg die Erstinfarktrate in der Altersgruppe von 25 bis 54 Jahren leicht an, nahm im höheren Alter jedoch wie bei den Männern stark ab. Reinfarkte stiegen bis zum Alter von 64 Jahren leicht an, um im höheren Alter wieder stärker abzunehmen. Generell ergeben sich bei Frauen dadurch dennoch absinkende Raten in beiden Gruppen um 15 bzw. 12 %. Als Gründe für die unterschiedlichen Raten bei Frauen wird eine Zunahme und früherer Beginn des Zigarettenrauchens und eine intensivere Aufmerksamkeit für das Thema Herzinfarkt vermutet.

Da insbesondere die Reinfarktrate rückläufig waren, liegt der Schluss nahe, dass eine verbesserte medizinische Akutbehandlung als Hauptursache des Rückganges anzusehen ist. Ein erhöhtes Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung kann ebenfalls eine Rolle spielen, wobei Ärztinnen und Ärzte bei der Aufklärung über Risikofaktoren ebenfalls einen erheblichen Beitrag leisten. Der Erfolg beider ärztlicher Leistungen (Therapie und Prävention) ist ein Erfolg unseres Gesundheitssystems. Eine generell behauptete Über-, Unter- und Fehlversorgung in Deutschland wird durch diese Ergebnisse – zumindest auf dem Gebiet der Herzinfarkttherapie – widerlegt.

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 33: Koronare Herzkrankheit und akuter Myokardinfarkt, Hrsg. Robert Koch-Institut, August 2006

## PHARMAINDUSTRIE

## Mögliche Zensur?

Ein Fachverlag hat einen kritischen Artikel gestrichen, so dass nur die Ankündigung im Inhaltsverzeichnis des Heftes verblieb. Die beiden Autoren, anerkannte Experten auf dem Gebiet der praktischen Anwendung von Arzneimitteln, sind verwundert. Damit ihre Aussagen nicht verloren gehen, nachfolgend ihr Resümee:

**Protonenpumpenhemmer:** Trotz entsprechender

Werbeaussagen fehlen zweifelsfreie Nachweise für klinisch relevante Unterschiede zwischen den einzelnen Mitteln.

In einem vorhergehenden Artikel schrieben sie:

**Sartane:** Sie sind älteren Mitteln zur Hochdrucktherapie nicht überlegen. Sie können nur dann empfohlen werden, wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden.

Quelle: Süddeutsche Zeitung vom 19.9.2006

Ihr Ansprechpartner bei Rückfragen: Dr. Günter Hopf, ÄK Nordrhein, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf, Tel. (02 11) 43 02-1560