

Grippemittel – Wirksamkeit gegen A/H1N1

Nach einer Umfrage bei Lesern einer ärztlichen Tageszeitung sollen über 56 Prozent der Ärzte nicht gut auf die Schweinegrippe vorbereitet sein. Bei weltweit 8.833 Infektionen (Stand 18.05.09) – davon in Deutschland 14 – und 76 Todesfällen (in Europa: 0) scheint die Gefährdung der deutschen Bevölkerung durch den Erreger der Schweinegrippe A/H1N1 derzeit nicht hoch zu sein. Das Risiko kann jedoch noch nicht verlässlich eingeschätzt werden, ebenso wenig

die Wirksamkeit von Grippeimpfungen oder eine Postexpositionsprophylaxe mit Neuraminidasehemmern wie Oseltamivir (Tamiflu®) oder Zanamivir (Relenza®). Beim Vorliegen von Symptomen oder nach Kontakten mit bestätigten Erkrankten im Umfeld kann jedoch die Gabe eines Neuraminidasehemmers sinnvoll sein. Die bekannten unerwünschten Wirkungen dieser Arzneistoffe (z. B. anaphylaktoide Reaktionen und psychiatrische UAW) sowie die

Gefahr einer Resistenzbildung sind zu beachten.

Aktuelle Informationen können auf der Homepage des Robert Koch-Institutes (www.rki.de), oder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (www.kbv.de) nachgelesen werden. Wichtig ist die neue Meldepflicht (in Kraft seit 3.5.09) bei Krankheitsverdacht, um weitere Informationen über den Erreger zu erhalten.

Quellen: Dt. Ärztebl. 2009;106(16): C 762, Ärztezeitung Online vom 18.05.09

Elektronische Verschreibungssysteme – sinnvolle Warnungen?

In einer amerikanischen Studie wurde der Umgang von Ärzten mit Warnungen zu UAW und Interaktionen aus einem elektronischen Verschreibungssystem untersucht. Die Ärzte akzeptierten 9,2 Prozent der angezeigten Interaktionen und 23 Prozent der Allergien, die sich aufgrund der Daten der Patienten ergaben. Die verordnenden Ärzte differenzierten dabei jedoch je nach Schwere der Interaktionen und der Medikamentenklasse, auch wurden Warnungen eher ignoriert, wenn das Medikament dem Patienten schon einmal verschrieben wurde. In einem Kommentar wurde festgestellt, dass es sinnvoll erscheint,

- Warnungen auf wenige, mit hohem Risiko verbundene Interaktionen zu beschränken,
- wiederholte Warnungen zu unterdrücken,
- Warnungen an den jeweiligen Anwender anzupassen.

Darüber hinaus wird empfohlen, zukünftige elektronische Warnsysteme so auszustatten, dass sie aus den substanz-, therapie- und patientenspezifischen Risiken nur wenige umfassende und klinisch relevante Warnungen generieren.

Die letzte Empfehlung trifft des Pudels Kern, um einen Arzt bei seiner individuellen Verordnung entlasten zu können. Es wird jedoch schwierig sein, ein derartiges Programm zu erstellen und – mindestens genauso wichtig – aktuelle Erkenntnisse zeitnah einzuspeisen. Hierzu bedarf es einer Zusammenarbeit aller medizinischer Fachrichtungen und langjähriger praktischer Erfahrungen.

Quelle: Arch.Intern.Med. 2009; 169: 305-311, zitiert in Dt. Med. Wschr. 2009; 134: 730

Clopidogrel/Protonenpumpenhemmer – Interaktion

Clopidogrel (Iscover®, Plavix®) wird erst im Körper zum wirksamen Metaboliten verstoffwechselt (sog. Prodrug). Dabei spielt das arzneimittelabbauende Enzymsystem eine wichtige Rolle, vor allem das sog. Cytochrom P450 2C19. Genetische Varianten dieses CYP 2C19 (sog. „poor metabolizer“, PM) können zu einer verminderten Funktion dieses Enzyms führen. Daraus resultiert eine geringere gerinnungshemmende Wirkung von Clopidogrel (z. T. hochsignifikant verringert) und eine erhöhte Rate kardiovaskulärer Ereignisse. In einer Studie war die Rate dieser Ereignisse nach Behandlung von Patienten mit aku-

tem Herzinfarkt bei PM 3,6-fach erhöht.

Nicht nur genetische Varianten, sog. Polymorphismen, sondern auch Hemmstoffe von CYP 2C19 können die Wirksamkeit von Clopidogrel verringern. Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AKdÄ) verweist auf eine Studie, nach der Patienten mit einer Begleitmedikation von Protonenpumpenhemmern (PPI) zur Therapie mit Clopidogrel ein signifikant erhöhtes Risiko eines Reinfarktes hatten. Nur unter Pantoprazol als PPI sei das Risiko nicht erhöht gewesen. In einer neuen retrospektiven Studie mit über 16.000 Patienten nach Stent-Implantation konnte dies jedoch

nicht bestätigt werden; unter der Gabe von Pantoprazol traten schwere kardiovaskuläre Ereignisse in ähnlich hoher Rate auf wie unter anderen PPI (Esomeprazol, Lansoprazol, Omeprazol, Rabeprazol).

Die Autoren empfehlen (ähnlich wie auch die AKdÄ) keine routinemäßige Gabe von PPI bei Patienten unter der Therapie mit Clopidogrel und als Ausweichmedikation die Gabe von H2-Blockern (z.B. Ranitidin), außer es besteht eine strenge Indikation für PPI bei besonders gefährdeten Patienten.

Quellen: Drug Safety Mail 2009-062, www.akdae.de, w.medscape.com/viewarticle/702485?ssdmh=dml.46854

NSAID– Risiko im Alter

Nach Empfehlungen amerikanischer Geriater sollten nicht-steroidale Antiphlogistika (NSAIDs) zur Dauertherapie von Schmerzen bei Patienten über 75 Jahren nicht mehr eingesetzt werden. Neben gastrointestinalen Kom-

plikationen bestehe auch ein kardiovaskuläres und nephrotoxisches Risiko (siehe auch *Sicherer Verordnen Folge 204*). Sie empfehlen stattdessen die Gabe schwacher Opioide, da deren Abhängigkeitspotential im Alter gering

sei. Dieser Vorschlag ist diskussionswürdig, da die UAW von NSAIDs dosisabhängig und individuell unterschiedlich stark ausgeprägt sind. Zudem ist die obstipierende Wirkung der Opioide im Alter zu beachten (40–80 Prozent der Patienten).

Quelle: Newsletter Deutsches Ärztebl. vom 07.05.09, www.aezteblatt.de

Ihr Ansprechpartner bei Rückfragen:

Dr. Günter Hopf, Ärztekammer Nordrhein, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf, Tel. (02 11) 43 02-1563