

Kein Schutz durch zusätzliche Vitamine und Spurenelemente

In einem Kommentar wird auf einen „kollektiven Irrtum“ bezüglich einer präventiven Wirkung antioxidativer Vitamine und Spurenelemente hingewiesen. Die Auswertung einer Beobachtungsstudie bei Frauen (Beginn 1986) ergab, dass Präparate mit Multivitaminen, Vitamin B6, Folsäure, Eisen, Magnesium, Zink und Kupfer das Mortalitätsrisiko erhöhten. Einzig die Einnahme von Kalzium hatte einen protektiven Effekt. Eine Nahrungsergänzung mit Eisensupplementen war sogar mit einer Risikozunahme von 3,9 Prozent assoziiert.

Bereits 2007 kam eine Analyse geschlechtsneutraler Antioxidantienstudien zum gleichen Er-

gebnis, wobei Studien von geringer Qualität typischerweise positive Resultate generierten. Einige neuere Befunde:

- *Folsäure: erhöhte Krebsinzidenz.*
- *B-Vitamine: keine kardiovaskuläre Prävention oder nephroprotektive Wirkung.*
- *Vitamin E: Prostatakrebsrisiko signifikant erhöht, kein Schutz vor Lungenkrebs.*
- *Selen: Krebs- und Diabetesrisiko leicht erhöht.*

Aus unzähligen Studien zu Vitaminwirkungen lässt sich grundsätzlich ableiten: in Europa ist keine zusätzliche Vitamin-/Spurenelementgabe erforderlich, in der Regel genügt eine ausgewogene Ernährung. Zu hohe Dosen sind eher schädlich (wenn

sie nicht wie Vitamin C über die Niere ausgeschieden werden).

Vermehrte Werbung bis hin zu „offenen Briefen“ an die Bundesregierung haben einen Grund: nach einer neuen europäischen Richtlinie dürfen konkrete gesundheitsbezogene Aussagen auf Lebensmitteletiketten nur noch dann gemacht werden, wenn die geltend gemachten Wirkungen durch aussagekräftige kontrollierte Studien nachgewiesen sind – das Aus für „stärkt das Herz“, „reinigt den Darm“ etc.

Quellen: Arch Intern Med. 2011; 171:1633-34, kommentiert in: Dtsch. Med. Wschr 2011;136:2287, tägl. praxis 2007; 48(3): 599-602; Frankf. Allgemeine vom 2.11.2011, S. N2

Bisphosphonate – Update unerwünschter Wirkungen (UAW)

Ohne Zweifel gehören Bisphosphonate zum Beispiel in der Therapie der manifesten Osteoporose zum Standard. UAW gehören jedoch grundsätzlich zu einer Therapie mit wirksamen Arzneimitteln. Nachfolgend einige aktuelle Anmerkungen zu UAW dieser Stoffklasse.

Ösophaguskarzinom: Nach oraler Einnahme über mehr als 5 Jahre (oder nach mindestens 10 Verordnungen) verdoppelte sich das Risiko in einer Studie, in einer anderen mit der gleichen Datenbasis konnte nach 4,5 Jahren nur ein minimal erhöhtes Risiko von 1,07 gefunden werden. Die amerikanische Überwachungsbehörde FDA hat eine Induktion von Ösophaguskarzinomen durch Bisphosphonate derzeit nicht bestätigt.

Ösophagitis: Eine chronische Ösophagitis unter 2-jähriger Risedronsäuretherapie exazerbierte nach der 3-tägigen Gabe von Clindamycin. Eine medikamenten-induzierte Ösophagitis sollte als Differenzialdiagnose zu einer Refluxösophagitis beachtet werden.

Atypische Frakturen: Bei Bisphosphonaten zur Osteoporosetherapie können beispielsweise bei älteren Patienten nach Bagatelltraumen arzneigruppen-spezifische subtrocantäre oder diaphysäre Femurfrakturen auftreten. Die Notwendigkeit einer Weiterbehandlung sollte individuell beurteilt werden, wenn entsprechende Symptome auftreten.

Knochen-, Gelenk- und Muskelschmerzen: Insbesondere in der Osteoporosetherapie können bei 2-5 Prozent der Patienten hef-

tige Knochen- Gelenk- oder Muskelschmerzen auftreten, erstmals auch noch lange Zeit nach Einnahmebeginn.

Osteonekrosen des Kiefers: Insbesondere bei immun supprimierten Patienten können vor allem bei intravenöser Gabe eines Bisphosphonates Kiefernekrosen auftreten. In der Osteoporosetherapie mit sehr viel niedrigerer Dosierung als in der Therapie von Knochenmetastasen beträgt das Risiko circa 1:13.500, bei kieferchirurgischen Eingriffen sollte sicherheitshalber jedoch für drei Monate die Therapie unterbrochen werden. Eine generelle Therapiepause nach mehrjähriger Einnahme wird derzeit diskutiert.

Quellen: Dtsch Med.Wschr 2010; 135: 2224-5; Dtsch.Med.Wschr. 2009; 134:1517-9; Pharm.Ztg. 2011; 156:87-8; Prescr. Internat. 2009; 18: 23; Dtsch Med. Wschr. 2011; 136: 2109-10

Vorläufiges Aus für die Strategie der „Dachmarken“

Unter „Dachmarkenstrategie“ versteht man die Versuche pharmazeutischer Hersteller, verschiedenartige Arzneimittel unter dem Namen eines gut bekannten und lange im Handel befindlichen Arzneimittels zusammenzufassen. Dies kann bei Patienten zu Verwechslungen führen, verbunden mit zusätzlichen Risiken. Das Verwaltungsgericht Köln hat diesem Vorgehen vorläufig einen Riegel vorgeschoben. Nach einem noch nicht rechtskräftigen Urteil dürfen Arzneimittel mit unterschiedlichen Wirkstoffen und für unterschiedliche Erkrankungen nicht unter demselben Handelsnamen in Verkehr gebracht werden (*Az: 7 K 4284/09 – VG Köln*).

Dem Präsidenten des BfArM kann nur zugestimmt werden, wenn er erklärt: „Patientinnen und Patienten müssen darauf vertrauen können, auch wirklich das Arzneimittel zu bekommen, das sie kennen und vertragen. Ihre Sicherheit muss absoluten Vorrang vor den Marketinginteressen der pharmazeutischen Industrie haben. Wir begrüßen das Urteil deshalb als wichtigen Beitrag zur Verstärkung des Verbraucherschutzes.“

Quelle: Pressemitteilung BfArM 03/11

Hinweise zur Selbstmedikation

Wenn einem Hochdruckpatienten ein ACE-Hemmer oder Sartan verschrieben werden, eventuell auch in Kombination mit einem Diuretikum, so sollte der verordnende Arzt auf jeden Fall darauf hinweisen, dass die zusätzliche Einnahme vieler freiverkäuflicher Nicht-steroidaler Antiphlogistika (ASS, Diclofenac, Ibuprofen) die Nieren schädigen kann.

Quelle: Pharm. Ztg. 2011; 156; 3842

Ihr Ansprechpartner bei Rückfragen:

Dr. Günter Hopf, Ärztekammer Nordrhein, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf, Tel. 02 11/43 02-22 87