

Ibuprofen – Warnung vor zu hohen Dosen

Unter der Therapie mit Tagesdosen von Ibuprofen über 2.400 mg oder über 1.200 mg Dexibuprofen besteht ein geringfügiges Risiko für das Auftreten kardiovaskulärer Ereignisse. Es ist vergleichbar mit dem Risiko, das mit

der Einnahme von Diclofenac oder COX-2-Inhibitoren verbunden ist. Die hohen Dosen sollten insbesondere bei Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen vermieden werden, ebenso bei Rauchern, bei Bluthochdruck, Dia-

betes mellitus und hohen Blutcholesterol-Werten. Bei Dosen unter 1.200 mg/d Ibuprofen konnte kein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse beobachtet werden.

Quelle: Pharm. Ztg. 2015; 160(16): 92

Televancin – geänderte Anwendungsempfehlungen

Das Antibiotikum Televancin (Vibativ®) wird eingesetzt zur Therapie nosokomialer Pneumonien bei Erwachsenen, verursacht durch Methicillin-resistentem Staphylococcus aureus (MRSA), wenn alternative Therapien ungeeignet oder fehlge-

schlagen sind. Das Nutzen-Risiko-Verhältnis bei komplizierten Haut- und Weichgewebeeinfektionen wird als negativ eingeschätzt. Kontraindiziert ist die Anwendung bei schwerer Niereninsuffizienz, eine tägliche Kontrolle der Nierenfunktion ist bei Thera-

piebeginn erforderlich. Vorsicht ist geboten bei Patienten, die Arzneimittel einnehmen, die das QTc-Intervall verlängern. In der Schwangerschaft ist das Lipoglykopeptid-Antibiotikum kontraindiziert.

Quelle: Pharm. Ztg. 2015; 160 (4): 94

Kodein – nicht für Kinder unter 12 Jahren

Eine weitere europäische Organisation, die Coordination Group for Mutual Recognition and Centralised Procedures (CMDH), hat sich für Einschränkungen der Anwendung von Kodein bei Kindern ausgesprochen. Bei Husten und Erkältungskrankheiten ist

- Kodein kontraindiziert bei Kindern unter 12 Jahren, bei

stillenden Frauen und bekannten ultraschnellen CYP2D6-Metabolisierern,

- Kodein nicht empfohlen bei Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahren bei vorhandener Einschränkung der Atemfunktion.

Quelle: Pharm. Ztg. 2015; 160 (18): 104

Austausch-Verbotsliste erweitert

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat sich auf vier zusätzliche Arzneistoffe geeinigt, deren Fertigarzneimittel von Apotheken nicht mehr ausgetauscht werden dürfen: Buprenorphin in transdermalen Pflasterpräparaten, Oxycodon in Präparaten mit unterschiedlichen Einnahmeterminen, das Antiepileptikum Phenobarbital und der Blutverdünner Phenprocoumon. Bei Morphin, Fentanyl, Oxcarbazepin und Topirammat gebe es keine An-

haltspunkte, dass geringfügige Änderungen der Dosis oder Konzentration des Wirkstoffes zu klinisch relevanten Veränderungen in der angestrebten Wirkung führten, ein Austausch der Präparate sei daher noch möglich. Bereits auf der Verbotsliste:

- Betaacetyldigoxin,
- Phenytoin,
- Levothyroxin,
- Tacrolimus,
- Ciclosporin.

Quelle: Pharm. Ztg. 2015; 160(18): 6-7

Methadon – long-QT-Syndrom

Methadon zur Substitutionstherapie bei Suchtkranken kann hoch dosiert werden, birgt allerdings die Gefahr eines Kammerflimmerns. Ein 33-jähriger musste innerhalb von 36 Stunden viermal defibrilliert werden, da er sich weigerte, zugunsten eines anderen Substitutionsmittels (z.B. Buprenorphin) auf Methadon (220 mg/d) und Diazepam 50 mg/d zu verzichten. Aufgrund der permanenten Gefahr eines plötzlichen Herztodes wurde eine Implantation eines permanenten Defibrillators durchgeführt und die Dosis von Methadon leicht reduziert.

Quelle: Notarzt 2015;2: 93-4

Ihr Ansprechpartner bei Rückfragen:

Dr. Günter Hopf,
Ärztekammer Nordrhein,
Tersteegenstr. 9,
40474 Düsseldorf,
Tel.: 0211 4302-2272

Transparenzoffensive der WHO

Die zentrale Registrierung klinischer Studien scheint angenommen worden zu sein – nicht zuletzt weil angesehenere wissenschaftliche Fachzeitschriften die Arbeiten ansonsten nicht veröffentlichen. Findige Forscher oder deren Sponsoren zögern die Veröffentlichung von Studien-Ergebnissen in vielen Fällen weiterhin hinaus. Fast jede vierte (23 Prozent) größere Studie über 500 Teilnehmer, registriert in der Datenbank *clinicaltrials.gov* bis 2009, ist auch 60 Monate nach ihrem Abschluss noch nicht publiziert worden. Dies gilt als unethisch, denn es besteht die Gefahr, dass sich Forschung wiederholt und die Teilnehmer einem unnötigen Risiko ausgesetzt sein könnten.

Ab sofort sollen nach den Vorstellungen der Weltgesundheitsorganisation WHO die Ergebnisse jeder klinischen Studie innerhalb von zwölf Monaten einem von Experten überprüften wissenschaftlichen Fachjournal zur Publikation eingereicht werden. Weitere zwölf Monate sind erlaubt bis zur tatsächlichen Publikation. Die wichtigsten Ergebnisse sollen innerhalb eines Jahres in der Datenbank eingestellt werden, in der die Studie registriert wurde. Auch die Ergebnisse älterer, bislang unveröffentlichter Studien sollen publiziert werden. Möglicherweise bleibt es beim Wunschdenken, denn der WHO fehlen Sanktionsmöglichkeiten. Es sei denn, es könnte ein ähnlicher sanfter Druck wie die Gefahr einer Nicht-Veröffentlichung von Studien bei fehlender Registrierung implementiert werden.

Quelle: Pharm. Ztg. 2015;160 (17): 46s