

Simvastatin und körperliches Training

Körperliches Training ist für kardiovaskuläre Risikopatienten eine anerkannte therapeutische Maßnahme, wenn der Patient genügend motiviert ist. In einem Kommentar zu einer neuen Studie wird eine mögliche Interaktion zwischen der Gabe von

Simvastatin und dem Trainings-effekt vermutet. 40 mg/d Simvastatin machten den Trainings-effekt (kardiorespiratorische Fitness und Erhöhung des Mitochondriengehaltes in der Skelettmuskulatur) über 12 Wochen in Vergleich zu Placebo zunichte.

Das Studienergebnis muss noch überprüft werden, könnte jedoch plausibel sein: Statine können zu strukturellen und funktionellen Veränderungen der Skelettmuskulatur führen (bis hin zur Rhabdomyolyse).

Quelle: Pharm. Ztg. 2013; 158 (21):22

Aus für Nitroprussidnatrium iv.

Nitroprussidnatrium (Nipruss®) zur Therapie hypertoner Krisen und vor allem zur kontrollierten Blutdrucksenkung bei Operationen wurde nach Herstellerangaben aus dem Handel genommen. Als Ersatz stehen die iv-Gabe von Urapidil (Ebrantin®, Generika) und Nitroglycerin (= Glyceroltri-

nitrat, Nitrolingual® infus., Trinitrosant®) zur Verfügung, in einer hypertonen Krise auch Clonidin iv. (Catapresan®, Generika). Die jeweiligen Fachinformationen müssen vor einer Anwendung beachtet werden.

Quelle: Pharm Ztg. 2013; 158 (21):89

Kochsalz und Hypertonie

Nach einem neuen Review führt eine Kochsalzrestriktion doch mit hoher Evidenz zu einer Blutdrucksenkung, ebenso wie eine vermehrte diätische Kaliumaufnahme (z. B. viel Obst) bei Hypertonie den Blutdruck senkt.

Quelle: Dt.med. Wschr.2013; 138: 1152

Etanercept-Dosisfragen bei rheumatoider Arthritis

Neben Methotrexat (viele Generika, cave: einmal wöchentliche Gabe) wird zunehmend zusätzlich auch das Biologikum Etanercept (Enbrel®, ebenfalls nur einmal wöchentlich) zur Basistherapie einer rheumatoiden Arthritis (RA) angewandt. Die RA gehört zu den häufigsten und kostenintensivsten chronischen rheumatischen Erkrankungen, in der Therapie sollten auch öko-

nomische Aspekte berücksichtigt werden.

In einem Kommentar zu einer neuen Studie wird hervorgehoben, dass statt einer Dosis von 50 mg auch 25 mg Etanercept wöchentlich genügen, um in Kombination mit Methotrexat eine niedrige Krankheitsaktivität zu erzielen.

Dies ist ein typisches Beispiel dafür, dass Dosisverringerungen

bei chronischen Erkrankungen Sinn ergeben können, vorausgesetzt diese Maßnahme wird sorgfältig überwacht. Eine mögliche Verringerung von unerwünschten Wirkungen (UAW) scheint gerade bei hochwirksamen und UAW-trächtigen Arzneistoffen wie Etanercept besonders empfehlenswert.

Quelle: Dt. Ärztebl. 2013; 110 (14): C 585; Dt.Med.Wschr.2013; 138: 19

Therapie der Herzinsuffizienz (HI) bei Älteren

Diuretika, ACE-Hemmer, Angiotensinrezeptorblocker, Beta-blocker und auch Digitalis zählen Leitlinien-gerecht zur medikamentösen Therapie einer HI. Nach einer zusammenfassenden Publikation leiden sehr viele alte Patienten an einer HI mit erhal-

tener Pumpfunktion (sog. diastolische HI), bei der nach heutiger Datenlage ACE-Hemmer, Angiotensinrezeptorblocker und Beta-blocker kaum oder gar nicht wirken. Schleifendiuretika und Thiazide sind auch bei alten Patienten symptomatisch wirksam.

Auch Aldosteronrezeptorantagonisten wie Spironolacton (Adactone®, Generika) oder Eplerenon (Inspra®) führen allgemein zu einer Prognoseverbesserung.

Quelle: Dt. Med. Wschr. 2013; 138: 700-02

Leitlinien

Leitlinien sollen in dem immer komplexer werdenden Gebiet der Therapie, vor allem der Arzneimitteltherapie, eine Entscheidungshilfe bieten. Neutrale Leitlinien sind angesichts der Vielzahl von Publikationen mit unklaren Interessenskonflikten unentbehrlich. Sie sind im Gegensatz zu institutionellen Richtlinien jedoch nicht rechtsverbindlich, können es jedoch werden, wenn sie dem medizinischen Standard entsprechen. In einem Kommentar zu den Möglichkeiten und Grenzen von Leitlinien werden Bewertungspunkte für die Qualität einer Leitlinie (nach AGREE, Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation) diskutiert, u.a.:

- *Klar definierter Geltungsbereich und Zweck*
- *Multidisziplinäre Zusammensetzung (z.B. Mitarbeit von Hausärzten, Statistikern)*
- *Anwendbarkeit (z.B. bei Multimorbidität)*
- *Redaktionelle Unabhängigkeit*

So genügt es nicht, pauschale Angaben zu Interessenkonflikten zu machen. Hier müssen einzelne mögliche Konflikte detailliert aufgezählt werden. Vor allem die jeweiligen Vorsitzenden einer Leitliniengruppe müssen frei sein von diesen Konflikten und Experten mit diesen Konflikten dürfen nur eine Minderheit in der Gruppe darstellen. Medizinisches Wissen verändert sich im Zeitverlauf: eine Leitlinie sollte daher nicht älter als drei Jahre sein und immer wieder aktualisiert werden, eventuell auch nur mit aktuellem Datum, um deutlich zu machen, dass sich inhaltlich (noch) nichts geändert hat. Vor allem: eigenes Abwägen bei einer individuellen Verordnung schadet nicht.

Quelle: Arzneimittelbrief 2013; 47(3):24DB01-02

Ihr Ansprechpartner bei Rückfragen:

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