

# arznei-telegramm

Fakten und Vergleiche für die rationale Therapie  
36. Jahrgang, 13. Mai 2005

5/2005

## IM BLICKPUNKT 45

Antidepressiva: Lebensgefährliche Placebos?

## NEU AUF DEM MARKT 47

▼Duloxetin jetzt auch als Antidepressivum: CYMBALTA

## THERAPIEKRITIK 48

Johanniskraut (JARSIN u.a.): So gut oder schlecht wie konventionelle Antidepressiva?

Zur Primärprävention atherosklerotischer Erkrankungen mit Azetylsalizylsäure (ASS)

Helfen Donepezil (ARICEPT) und Vitamin E (EUSOVIT u.a.) bei geringen kognitiven Einschränkungen?

## VORSICHT DESINFORMATION 49

Zur angeblich schlechten Bioverfügbarkeit von Lamotrigin-Generika

## a-t-LESER FRAGEN UND KOMMENTIEREN 50

Werbung bei Turbomed-Praxis-Software

## KURZ UND BÜNDIG 50

Akupunktur bei Migräne – ein Placeboverfahren?

Hemmt Ciprofloxacin (CIPROBAY u.a.) die Absorption von Levothyroxin (EUTHYROX u.a.)?

## NETZWERK AKTUELL 50

Suizidalität unter Gabapentin (NEURONTIN u.a.)

## NEBENWIRKUNGEN 51

Schwere Hautschäden und Hypersensitivitätsreaktionen unter Oxcarbazepin (TIMOX, TRILEPTAL)

„Atypische“ Neuroleptika erhöhen Sterblichkeit bei Demenz

Erhöhtes Risiko von Endometriumkarzinom unter Tibolon (LIVIELLA)

## STICHWORTVERZEICHNIS

Akupunktur	50	Endometriumkarzinom	52	Placeboeffekt	45,48,50
ALZHEIMER-		Gabapentin	50	Risperidon	51
Demenz	49	Hypersensitivitäts-		Serotonin-Wiederauf-	
Antidepressiva	45,47,48	syndrom	51	nahemhemmer	45,48
Antiepileptika	49,51	Johanniskraut	48	STEVEN-	
Azetylsalizylsäure	48	Lamotrigin	49	JOHNSON-Syndrom	51
Ciprofloxacin	50	Levothyroxin	50	Suizidalität	45,47,50
CYMBALTA	47	Migräne	50	Tibolon	52
Demenz	49,51	Neuroleptika	51	Turbomed	50
Donepezil	49	Oxcarbazepin	51	Vitamin E	49
Duloxetin	47	Paroxetin	45,47	Zonisamid	51

▼ = Vorsicht: weniger als 5 Jahre im Handel, geringe Erfahrungen.

## Im Blickpunkt

### ANTIDEPRESSIVA: LEBENSGEFÄHRLICHE PLAZEBOS?

Schwere Depression geht mit einem erhöhten „Lebenszeitrisiko“ für Suizid einher. Nach Schätzungen sollen 40% der Betroffenen einen Versuch unternehmen, 4% bis 10% sterben durch Suizid.<sup>1</sup> Im Gegensatz zur Anwendung von Lithium (QUILONUM u.a.) bei bipolaren Erkrankungen (a-t 2004; 35: 2-4) gibt es bisher keinen überzeugenden Beleg aus kontrollierten Studien oder epidemiologischen Erhebungen dafür, dass die kurz- oder langzeitige Einnahme von Antidepressiva Suizide verhindern kann.<sup>2,3</sup> Die Korrelation von zunehmender Verordnungshäufigkeit mit einem Rückgang der Suizidrate in der Bevölkerung reicht für den Nachweis eines Nutzens nicht aus, da zahlreiche andere Faktoren bis hin zur Reduktion von Kohlenmonoxid in Autoabgasen oder Zugang zu Schusswaffen Einfluss auf die Häufigkeit vollendeter Suizide haben. Mögliche Effekte der Antidepressiva gehen in den Gesamtstatistiken unter.<sup>2</sup>

Seit Anfang der 90er Jahre nehmen Hinweise aus Versuchen mit gesunden Probanden, Fallserien und randomisierten klinischen Studien zu, dass selektive Serotonin-Wiederaufnahmemhemmer (SSRI) wie Paroxetin (SEROXAT u.a.) Selbsttötungstendenzen verstärken können (vgl. a-t 2003; 34: 70).<sup>4,5</sup> SSRI verdoppeln im Vergleich zu Placebo die Häufigkeit von Ängstlichkeit und Aggressivität – Eigenschaften, die die Suizidneigung fördern können.<sup>6</sup> Die amerikanische Zulassungsbehörde FDA reagiert erst nach mehr als zehn Jahren: Sie bewertet die Datenlage im Oktober 2004 als so besorgniserregend, dass sie Warnhinweise („black box“) für die Anwendung von Antidepressiva bei *Kindern und Jugendlichen*, für die die Daten am deutlichsten sind, anordnet.<sup>7</sup> Zeitgleich bewertet eine Expertengruppe des britischen Committee on Safety of Medicines die Nutzen-Schaden-Relation für Citalopram (SEPRAM u.a.), ▼Escitalopram (CIPRALEX), Mirtazapin (REMERGIL u.a.), Paroxetin, Sertralin (ZOLOFT, GLADEM) und Venlafaxin (TREVILOR) bei Kindern und Jugendlichen aufgrund fehlender Wirksamkeitsbelege und Verdacht auf Zunahme von Selbsttötungstendenzen negativ. Für Fluoxetin (FLUCTIN u.a.) wird trotz einer gegenüber Scheinmedikament tendenziell erhöhten Suizidneigung (Odds ratio [OR] 1,6; 95% Konfidenzintervall [CI] 0,9-3,1) aufgrund von Daten aus zwei Wirksamkeitsstudien eine positive Empfehlung gegeben.<sup>8</sup> In beiden Untersuchungen wird jedoch erst nach Umdefinierung des primären Endpunktes ein Nutzen errechnet (vgl. a-t 2004; 35: 45-6). Nach aktueller Empfehlung der EMEA soll bei Kindern und Jugendlichen kein SSRI mehr verwendet werden, es sei denn in zugelasse-