

Warenzeichen in Österreich und Schweiz (Beispiele)

Carbamazepin:
TEGRETOL (A, CH)

Estradiol, oral:
ESTROFEM (A)

Estradiolvalerat:
PROGYNOVA (A, CH)

Mexiletin:
MEXITIL (A, CH)

Misoprostol:
CYPROSTOL (A)
CYTOTEC (CH)

Moxaverin:
HEDONIN (A)

Nimodipin:
NIMOTOP (A, CH)

Östrogene, konjugierte:
PREMARIN (A, CH)

Östrogene, veresterte:
OESTROFEMINAL (A, CH)

Phenytin:
PHENHYDAN (A, CH)

Primidon:
MYSOLINE (A, CH)

Terfenadin:
TRILUDAN (A)
TELDANE (CH)

lich, bei denen bereits bedeutsame zentralnervöse Störwirkungen auftreten können.³⁰ Zudem hält der Effekt nur kurz an, so dass den Infusionen keine praktische Bedeutung zukommt.^{29,31} Die Lidokain-Analoga *Tocainid* (XYLOTOCAN) und *Mexiletin* (MEXITIL u.a.) wirken per os eingenommen bei Tinnitus nicht.^{29,31,32}

In Anwendungsbeobachtungen bringt lokal in das Mittelohr (mittels POLITZER-Ballon über die Tuba Eustachii oder durch transtympanische Injektion) eingebrachtes 2%iges Lidokain gewisse Besserung. Wegen häufiger Störwirkungen wie Übelkeit, Erbrechen und Schwindel sowie geringer Compliance bei wiederholter Anwendung erscheint diese Maßnahme nicht akzeptabel.^{33,34}

Prostaglandine: Das Prostaglandin E₁-Analogon *Misoprostol* (CYTOTEC 200) mindert bei 24 Patienten über vier Wochen Tinnituslautstärke, Schlaf- und Konzentrationsstörungen bei jedem Dritten, nicht jedoch Placebo.³⁵ Bei ebenso vielen Patienten ist unter Misoprostol mit gastrointestinalen Störwirkungen zu rechnen. Eine geglückte Doppelblindung erscheint daher nicht vorstellbar. In neueren Übersichten findet Misoprostol keine Erwähnung.^{20,29,31}

Antiallergika: In einer kleinen, doppelblinden Cross-over-Studie beurteilen 70% der Patienten das Antihistaminikum *Terfenadin* (TELDANE u.a.) „geringfügig besser“ als Placebo. Die Tinnitusbeschwerden nehmen nur gering ab (um 0,6 auf einer 7-Punkte-Skala), bei keinem komplett und nur bei jedem Zweiten durch objektive Tests reproduzierbar.³⁶ Methodisch weist die Studie erhebliche Mängel auf (keine Auswaschphase, unklare Auswertung, keine Signifikanzangaben), so dass die Ergebnisse nicht verwertbar sind. Andere Antihistaminika bleiben ohne Wirkung.²⁸

Antiepileptika: *Carbamazepin* (TEGRETAL u.a.), *Phenytoin* (ZENTROPIL u.a.) oder *Primidon* (MYLEPSINUM u.a.) werden zur Behandlung vorgeschlagen.^{31,32} Carbamazepin unterscheidet sich in mehreren kontrollierten Studien jedoch nicht von Placebo.²⁹ Für andere Mittel liegen nur Anwendungsbeobachtungen vor. Wegen ihrer Störwirkungen (Sedation, Ataxie, Schwindel u.a.) sollten Antikonvulsiva bei chronischem Tinnitus nicht verwendet werden.³¹

Andere Arzneimittel wie Flunarizin (SIBELIUM u.a.) oder Nimodipin (NIMOTOP) bleiben ohne Erfolg,^{29,37} ebenso das Hirnpräparat CEREBROLYSIN (a-t 5 [1990], 47) und Moxaverin (CERTONAL u.a.; a-t 10 [1996], 101).

FAZIT: Akuter Hörsturz verschwindet bei mindestens zwei von drei Patienten innerhalb der ersten zwei bis vier Wochen infolge Spontanremissionen. Für medikamentöse Behandlungen fehlen Wirksamkeitsbelege.

Die Therapie des anhaltenden Tinnitus erfordert ein Gesamtkonzept, das Tinnitus-Masker oder Hörgeräte sowie Biofeedback-Verfahren beziehungsweise andere lerntheoretisch begründete Maßnahmen umfasst. Aufklärung über die Gutartigkeit der Beschwerden verschafft oft Erleichterung. Wirksame Medikamente stehen nicht zur Verfügung. Um so wichtiger sind vorbeugende Maßnahmen zum Schutz vor Lärmbelastung. Bei gleichzeitiger depressiver Symptomatik kann Nortriptylin (NORTRILEN) sinnvoll sein. Benzodiazepine eignen sich allenfalls vorübergehend bei begleitenden Schlafstörungen oder Angstzuständen. Wegen nur kurzfristiger Effekte und bedeutsamer Störwirkungen können Lidokain (XYLOCAIN u.a.)-Infusionen nicht empfohlen werden.

- 1 PROCHNO, T.: Dtsch. Ärztebl. **94** (1997), A-377
- 2 WEINAUG, P.: HNO **32** (1984), 346
- 3 PROBST, R. et al.: Acta Otolaryngol. (Stockh.) **112** (1992), 435
- 4 DESLOOVERE, C. et al.: HNO **36** (1988), 417
- 5 DESLOOVERE, C., R. KNECHT: Laryngo-Rhino-Otol. **74** (1995), 468
- 6 FRIEDRICH, G., E. OTT: Laryngo-Rhino-Otol. **70** (1991), 670
- 7 PILGRAMM, M. et al.: Laryngo-Rhino-Otol. **65** (1986), 377
- 8 HOFFMANN, F. et al.: Laryngo-Rhino-Otol. **73** (1994), 149
- 9 GUTMANN, R., K. MEES: Fortschr. Med. **113** (1995), 288
- 10 Arzneimittelkomm. Dtsch. Ärztesch.: Dtsch. Ärztbl. **92** (1995), B-1044
- 11 POSER, R., H. HIRSCHE: HNO **40** (1992), 396
- 12 REDLEAF, M. I. et al.: Am. J. Otol. **16** (1995), 295
- 13 FIEDLER, H.: HNO **32** (1984), 338
- 14 MEIER, R. et al.: Laryngo-Rhino-Otol. **72** (1993), 291

- 15 MORGENSTERN, C. et al.: HNO **31** (1983), 128
- 16 SCHWAB, J.-A. et al.: Zschr. Notfallmed. **23** (1997), 42
- 17 VELDMAN, J. E. et al.: Acta Otolaryngol. (Stockh.) **113** (1993), 303
- 18 PTOK, M. et al.: HNO **42** (1994), 636
- 19 ZEITOUNI, A. G. et al.: J. Otolaryngol. **22** (1993), 337
- 20 VESTERAGER, V.: Brit. Med. J. **314** (1997), 728, 731
- 21 LUXON, L. M.: Brit. Med. J. **306** (1993), 1490
- 22 MEYER, B.: La Presse Médicale **15** (1986), 1562
- 23 HOLGERS, K. M. et al.: Audiology. **33** (1994), 85
- 24 SULLIVAN, M. et al.: Arch. Intern. Med. **153** (1993), 2251
- 25 MIHAIL, R. C. et al.: Ann. Otol. Laryngol. **50** (1988), 120
- 26 JOHNSON, R. M. et al.: Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. **119** (1993), 842
- 27 HUYNH, L., S. FIELDS: Ann. Pharmacother. **29** (1995), 311
- 28 LECHTENBERG, R., A. SHULMAN: J. Laryngol. Otol. **98**, Suppl. 9 (1984), 271
- 29 MURAI, K. et al.: Am. J. Otol. **13** (1992), 454
- 30 DEN-HARTIGH, J. et al.: Clin. Pharmacol. Ther. **54** (1993), 415
- 31 ROBSON, A. K., J. P. BIRCHALL: Prescr. J. **34** (1994), 1
- 32 BUSIS, S. N.: J. Am. Med. Ass. **268** (1992), 1467
- 33 PODOSHIN, L. et al.: J. Laryngol. Otol. **106** (1992), 603
- 34 COLES, R. R. et al.: Clin. Otolaryngol. **17** (1992), 240
- 35 BRINER, W. et al.: Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. **119** (1993), 652
- 36 AMEDEE, R. G.: J. Respir. Dis. **12**, Suppl. 4 (1991), 522
- 37 DAVIES, E. et al.: Br. J. Audiol. **28** (1994), 125
- 38 GOEDEL, G.: Dtsch. Ärztebl. **94** (1997), C-1403

Korrespondenz

SULFONYLHARNSTOFF-ANTIDIABETIKA ... offener Brief an das BfArM

... Neuerliche tierexperimentelle Untersuchungen haben den Verdacht aus einer früheren prospektiven randomisiert kontrollierten Interventionsstudie¹ erhärtet, dass die orale Therapie mit Sulfonylharnstoffen zumindest bei Typ-II-Diabetikern mit einer koronaren Herzkrankheit ein erhebliches Gefährdungspotential bei Zuständen koronarer Minderdurchblutung nach sich zieht (a-t 4 [1997], 41, -Red.).² Wir haben daher in dem von mir herausgegebenen Lehrbuch „Diabetes mellitus“³ bereits im Jahre 1995 die Therapie mit oralen Antidiabetika bei Typ-II-Diabetes-Patienten mit koronarer Herzkrankheit abgelehnt.

Neuerliche prospektive Untersuchungen in Schweden haben einen erheblichen Unterschied in der Prognose (Mortalität) bei Typ-II-Diabetikern nach einem Myokardinfarkt zwischen einer Kontrollgruppe (überwiegend mit oralen Antidiabetika behandelt) und einer mit Insulin behandelten Gruppe ergeben (relative Reduktion der Mortalität um 29%).⁴ Dieser alarmierende Befund ist unserer Ansicht nach und zufolge einer öffentlichen Diskussion kürzlich während des Jahreskongresses der American Diabetes Association in Boston durchaus mit einer negativen Wirkung der Sulfonylharnstoffe auf das hypoxische Myokard vereinbar.

Ich möchte hiermit das Bundesinstitut für Arzneimittel auffordern, diesen für mindestens 50% der 4 Millionen Typ II Diabetiker in Deutschland relevanten Sachverhalt zu überprüfen, zur Sicherung bzw. Entkräftung der hypothetischen Schädlichkeit der Sulfonylharnstoffe bei diabetischen Patienten mit koronarer Herzkrankheit entsprechende Untersuchungen zu veranlassen und bis zu deren Abschluss sicherzustellen, dass eine entsprechende Warnung in die Produktinformation aufgenommen wird.

Prof. Dr. med. Dr. h. c. M. BERGER
Klinik f. Stoffwechselerkrankungen und Ernährung
D-40225 Düsseldorf

- 1 UGDP-Studie, Diabetes **19** : Suppl. 2 (1970), 785
- 2 LEIBOWITZ, G., E. CERASI: Diabetologia **39** (1996), 503
- 3 Urban und Schwarzenberg, München, 1995, Seite 544
- 4 DIGAMI-Studie; MALMBERG, K. et al.: J. Am. Coll. Cardiol **26** (1995), 57 sowie Brit. Med. J. **314** (1997), 1512

HORMONBEHANDLUNG: ALTERNATIVEN ZU PRESOMEN

PRESOMEN enthält konjugierte Östrogene tierischen Ursprungs. Wegen seiner Herstellung aus dem Harn trächtiger Stuten gerät es immer wieder in die Kritik von Harnschützern. Welche Alternativen empfehlen Sie?

U. STRASSER (Apotheker)
D-51429 Bergisch Gladbach-Bensberg

Zur Hormoneinnahme nach den Wechseljahren dienen physiologisches Estradiol (z.B. ESTRIFAM, in KLIOGEST u.a.) bzw. Estradiolvalerat (PROGYNOVA u.a.) sowie sog. konjugierte (tierische, PRESOMEN u.a.) und veresterte (pflanzliche) Östrogene (FEMAVIT u.a.). Tierische und pflanzliche Hormongemische enthalten als aktive Bestandteile