Warenzeichen in Österreich und Schweiz (Beispiele)

Atenolol: TENORMIN (A, CH)

Carvedilol: DILATREND (A, CH)

Chloroquin: RESOCHIN (A, CH)

Hydrochlorothiazid: ESIDREX (A, CH)

Isradipin: LOMIR (A, CH)

Mefloquin LARIAM (A, CH)

Morphin, retardiert: MUNDIDOL RETARD (A) MST CONTINUS RETARD (CH)

Proguanil: PALUDRINE (A, CH)

Propranolol: INDERAL (A, CH)

Somatropin: HUMATROPE (A, CH)

den sich pro Spritzampulle mit 17,11 DM (MUTAGRIP) bis 18,38 DM (BEGRIVAC) höchstens um 7%, –Red.

Wachstumshormon (Somatropin; HUMATROPE u.a.) – langfristig enttäuschend: Der Nutzen von Wachstumshormon (HUMATROPE u.a.) bleibt nach Auswertung des französischen Registers aller 3.233 behandelten Kinder – auch bei nachgewiesenem Mangel – hinter den Erwartungen zurück (vgl. a-t 4 [1993], 35). Nach durchschnittlich 4,3-jähriger Anwendung sind die Mädchen im Mittel 1,50 m, die Jungen 1,60 m groß. Mit der Behandlung lässt sich die nach den Eltern zu erwartende Zielgröße nicht erreichen und noch weniger eine normale Länge. Etwa ein Drittel der Kinder bricht die teure und mit fünf Injektionen pro Woche beschwerliche Therapie vorzeitig ab. Am meisten profitieren diejenigen, deren Behandlung früh beginnt. Die 68 kleinwüchsigen Kinder ohne Hormonmangel schneiden besonders schlecht ab. Eine teure Illusion nennt das begleitende Editorial die Hoffnung, Wachstumshormon könne dem Kleinwuchs dieser Kinder abhelfen (COSTE, J. et al.: Brit. Med. J. **315** [1997], 708; BROOK, C. G. D.: Brit. Med. J. **315** [1997], 692). Rückschläge gibt es auch bei der Erprobung neuer Indikationen: Pharmacia & Upjohn bricht zwei europäische Phase-III-Studien mit GENOTROPIN bei schwerer akuter Katabolie ab. Behandelte Patienten verstarben mit 42% (108 von 259) mehr als doppelt so häufig wie unter Plazebo (18%: 48 von 264; Pharmacia & Upjohn: Safety statement vom 24. Okt. 1997), –Red.

Großbritannien schränkt Malariaprophylaxe mit Mefloquin (LARIAM) ein: Auffällig häufig kommt es in Verbindung mit dem Malariamittel Mefloquin (LARIAM) zu neuropsychiatrischen Effekten wie Depressionen, Halluzinationen oder Panikattacken (a-t 3 [1996], 31). 0,7% der Reisenden müssen mit schweren, alltägliche Verrichtungen deutlich beeinträchtigenden Störwirkungen rechnen (BARRETT, P. J. et al.: Brit. Med. J. **313** [1996], 525). Das Risiko einer Malariainfektion wird bei einem zweiwöchigen Aufenthalt an der Ostküste Afrikas ohne Prophylaxe auf 0,6% geschätzt. Britische Experten empfehlen daher bei Kurzreisen nach Kenia und Tansania statt Mefloquin die etwas weniger zuverlässige Kombination Chloroquin (RESOCHIN u.a.) plus Proguanil (PALUDRINE), vorausgesetzt, die Reisenden sind sich der erhöhten Gefährdung bewusst. Bei Aufenthalten über zwei Wochen oder in ländlichen Gebieten sowie für Rucksack-Touristen oder auf Safaris bleibt Mefloquin Mittel der Wahl. Auch im Westen Afrikas, wo die Gefahr einer Malariainfektion innerhalb von zwei Wochen bei 3,5% liegen soll, ist bis auf wenige Ausnahmen (z.B. Gambia von Januar bis Mai) Mefloquin vorzuziehen. Mehr als drei Viertel aller Störwirkungen manifestieren sich spätestens nach der dritten Tablette. Insbesondere bei erstmaliger Anwendung könnte es daher von Vorteil sein, die Einnahme bereits zweieinhalb Wochen vor Reiseantritt zu beginnen. Treten Probleme auf, bliebe dann vor der Abreise Zeit, auf ein anderes Prophylaxe-Regime zu wechseln (BRADLEY, D. J., D. C. WARHURST: Commun. Dis. Rep. Review **7** [1997], R 137).

Auto fahren unter Opioiden? Müdigkeit, Schwindel und Benommenheit zu Beginn einer Opioidtherapie nehmen erfahrungsgemäß nach wenigen Wochen stabiler Behandlung ab. Die starken Schmerzmittel beeinträchtigen nicht zwangsläufig die Fahrtüchtigkeit: Bei 24 Patienten, die wegen einer Krebserkrankung täglich 60 bis 1.100 mg (durchschnittlich 200 mg) retardiertes Morphin (MST RETARD u.a.) seit mindestens 14 Tagen in gleichbleibender Dosierung einnehmen, wirkt sich die Therapie im Vergleich zu Probanden ohne Opioide nur marginal auf die Fahrtüchtigkeit aus (SMITH, A. M.: Brit. Med. J. **312** [1996], 56). Werden mit Hilfe eines Fahrsimulators und Daueraufmerksamkeitstests Reaktionen unter Einnahme von Opioiden, Benzodiazepinen oder Alkohol bei Blutspiegeln über 0,8 Promille mit denen einer medikamentenfreien Kontrollgruppe verglichen, schneiden über 50-jährige der Opioidgruppe gleich gut ab wie altersentsprechende gesunde Teilnehmer. Bei jüngeren Patienten unter Opioiden lässt sich dagegen eine verlangsamte Bremsreaktion nachweisen. Dosierung und analgetische Potenz der verwendeten Opioide bleiben ohne Einfluss auf das Ergebnis. Am langsamsten reagieren Benzodiazepin-Anwender (STRUMPF, M. et al.: Schmerz **11** [1997], 233; ati d). In der Einstellungsphase auf ein Opioid, bei Dosisanpassung sowie bei schlechtem Allgemeinzustand ist dringend vom Auto fahren abzuraten. Aus juristischer Sicht gibt es eine Fürsorge- und Warnpflicht, jedoch keine Hinderungspflicht. Unter stabiler Opioidtherapie lässt es sich, entgegen bestehender Rechtsprechung, bei geeigneten Personen rechtfertigen, das Führen eines Kraftfahrzeugs zuzulassen (WILLWEBER-STRUMPF, A. et al.: Internist **36** [1995], 1092).

Kalziumantagonisten bei Diabetes? Zuckerkranke sind aufgrund veränderter Lipidzusammensetzung in den Zellmembranen möglicherweise empfindlicher gegenüber Störeffekten von Kalziumantagonisten. Nach der vor einem Jahr veröffentlichten **M**ulticenter **I**sradipine **D**iuretic **A**therosclerosis **S**tudie (MIDAS) erleiden unter dem kurz wirksamen Isradipin (LOMIR, VASCAL) mehr Hochdruckpatienten Angina pectoris, Herzinfarkt oder Schlaganfall als unter Hydrochlorothiazid (ESIDRIX u.a.; a-t 10 [1996], 102). Patienten mit manifestem Diabetes waren von der Studie ausgeschlossen. In einer Nachauswertung der Daten untersuchen die Autoren, welche Rolle ein gestörter Glukosestoffwechsel, gemessen am glykosylierten Hämoglobin (HB_{A1C}), für das Risiko eines kardiovaskulären Ereignisses hat. In der Isradipingruppe nimmt die Gefährdung mit steigendem HB_{A1C} zu, nicht dagegen unter dem Diuretikum. Die Mehrzahl der Herzkreislauf-Komplikationen unter Isradipin trifft Teilnehmer mit gestörtem Glukosestoffwechsel. Eine größere Empfindlichkeit gegenüber der Wirkung des Kalziumantagonisten mag auch in der stärkeren Blutdrucksenkung bei höherem HB_{A1C} zum Ausdruck kommen (BYINGTON, R. P. et al.: Lancet **350** [1997], 1075/ ati d). Die Beobachtungen bedürfen der Bestätigung in gezielten klinischen Studien, lassen aber Vorsicht angeraten sein beim Gebrauch von Kalziumantagonisten bei Zuckerkranken. Obwohl aussagekräftige klinische Daten fehlen, werden hierzulande gerade diese Hochdruckmittel bei Diabetikern bevorzugt angewendet, während Thiaziddiuretika möglicherweise zu Unrecht gemieden werden (vgl. a-t 2 [1997], 22), –Red.

Netzwerk aktuell

Thrombopenie und Blutung unter Carvedilol (DILATREND u.a.): Eine junge Frau mit Nephrokalzinose und Niereninsuffizienz senkt ihren hohen Blutdruck mit Carvedilol (DILATREND u.a.). Ein Jahr später wird ein **Abfall der Thrombozyten** auf 60.000/µl festgestellt. Nach Absetzen des Betablockers steigen die Blutplättchen innerhalb eines Monats auf 111.000/µl (NETZWERK-Bericht 6291). Bei einer Frau aus dem Raum Hannover sinken die Thrombozyten unter Carvedilol auf 9.000/µl. Sie entwickelt spontane Hämatome und Petechien am ganzen Körper (Bericht 9084). Laut Rote Liste '97 soll Thrombozytopenie in Verbindung mit Carvedilol nur „in Einzelfällen" auftreten. Dem Hersteller sind weltweit acht Spontanberichte bekannt (Boehringer Mannheim, Schreiben vom 24. Okt. 1997), der deutschen Überwachungsbehörde vier Berichte (BfArM, Schreiben vom 31. Okt. 1997). Amerikanische Produktinformationen geben die Häufigkeit dagegen mit 2% an. Dieser Wert findet sich auch in einer von Boehringer zitierten zulassungsrelevanten Studie. Auch unter Atenolol (TENORMIN u.a.) und Propranolol (DOCITON u.a.) kann die Zahl der Blutplättchen abnehmen. Carvedilol vermag zudem möglicherweise wie Propanolol die **Wirkung oraler Antikoagulantien** zu **verstärken**: Ein Mann aus der Frankfurter Gegend, der auf Phenprocoumon (MARCUMAR) eingestellt