Johanniskraut bei Depressionen

Photosensibilisierendes Potenzial wird überschätzt

— Johanniskraut-Extrakte werden häufig als Paradebeispiel für photosensibilisierende Präparate – sog. Photosensibilisatoren – angeführt. Übersehen wird dabei, dass phototoxische Reaktionen der Haut durch eine Vielzahl systemisch oder topisch angewandter Arzneistoffe verursacht werden können. Nach aktuellem Kenntnisstand sind derzeit nahezu 300 synthetische Arzneimittel mit photosensibilisierenden Eigenschaften auf dem deutschen Markt gelistet (u. a. Diuretika, Antiarrhythmika, nicht steroidale Antiphlogistika, antibakterielle Substanzen, zahlreiche Antidepressiva bis hin zu SSRI). Wie erklärt sich also, dass ausgerechnet Johanniskraut-Präparate als Auslöser phototoxischer Reaktionen angeführt werden?

Wegbereiter dieser landläufigen Vorstellung dürfte das bei Weidetieren nach Aufnahme exzessiver Johanniskraut-Mengen beobachtete Intoxikationsbild des Hypericismus sein. Beim Menschen wird das photosensibilisierende Potenzial von Johanniskraut dagegen überschätzt. Lediglich bei wiederholter Gabe sehr hoher

© Liane Mätrisch/panthermedia

Johanniskraut: auch im Sommer gut verträglich.

Hypericum-Extrakt-Konzentrationen oder reinen Hypericins, z. B. in der antiviralen Behandlung von HIV-Patienten (off-label), könnte mit einer erhöhten Lichtempfindlichkeit der Haut zu rechnen sein.

Die für die antidepressive Behandlung therapierelevanten Dosierungen (Standard sind 900 mg pro Tag) sind dagegen i. d. R. viel zu gering, um eine phototoxische Reaktion hervorzurufen. Deshalb wurde

bisher – trotz häufigem Einsatz von Johanniskraut – nur selten über eine erhöhte dermale Lichtempfindlichkeit unter Sonneneinwirkung berichtet.

Dies wird von einer Studie zur Bewertung phototoxischer Effekte untermauert, in der der hoch dosierte Hypericum-Extrakt Laif® 900 einmal täglich über zwei Wochen bei 20 gesunden männlichen Probanden zum Einsatz kam [1]. Als Maß für die dermale Lichtempfindlichkeit wurde vor Behandlungsbeginn und nach Einnahme die minimale Erythem-Dosis (MED) der Studienteilnehmer mithilfe eines Erythem-Testers bestimmt. Im Ergebnis zeigte sich keine statistisch signifikante Differenz der Photosensitivität zwischen Baseline und nach 14-tägiger Medikation. Für die tägliche Praxis bedeutet dies, dass Johanniskraut-Präparate zu jeder Jahreszeit eine sichere und gut verträgliche Option in der antidepressiven Therapie sind.

■ Red.
Quellen: 1. Schulz HU et al., *Arzneim-Forsch/Drug Res* 2006; 56:212–221; Nach Informationen von Steigerwald

Additive Frequenzsenkung bei Herzinsuffizienz

Lebensqualität verbessert, Mortalität gesenkt

— In der SHIFT-Studie reduzierte die zusätzlich Gabe des I_f-Kanal-Hemmers Ivabradin (Procoralan®) zur optimalen medikamentösen Therapie inklusive Betablocker die Kombination aus kardiovaskulärer Mortalität und herzinsuffizienzbedingter Hospitalisierung signifikant um 18%. Die Holter-Substudie bei über 500 Patienten hat nun auch die Sicherheit dieser Option bestätigt. Nach acht Monaten lag unter Ivabradin im Vergleich zu Placebo die – mit über 70 Schlägen pro Minute (bpm) immer noch erhöhte – Herzfrequenz im Mittel um zehn Schläge niedriger, so Prof. M. Komajda, Paris. Extreme Bradykardien (< 30 bpm) traten unter Verum und Placebo nicht auf, Episoden mit Herzfrequenzen < 40 bpm waren unter Ivabradin dagegen häufiger.

AV-Blocks II. Grades oder hochgradige Blockaden waren unter Ivabradin seltener (n = 4) als unter Placebo (n = 9), zu AV-Blocks III. Grades kam es in keinem Fall. RR-Intervalle > 2,5 Sekunden waren in beiden Gruppen selten, RR-Intervalle über drei Sekunden traten unter Verum überhaupt nicht, unter Placebo in einem Fall auf. Auch Vorhofflattern oder -flimmern waren unter zusätzlicher Frequenzsenkung nicht häufiger.

Nicht anhaltende Kammertachykardien waren unter Ivabradin seltener (n = 71) als unter Placebo (n = 81), anhaltenden Kammertachykardien traten nicht auf.

Zudem wurden weitere positive Effekte der Frequenzsenkung verbucht. Bei knapp 2000 Patienten ergaben sich hinsichtlich der körperlichen und der sozialen Beein-

trächtigung durch die Herzinsuffizienz sowie in puncto Symptomlast und Lebensqualität nach acht Monaten signifikante Vorteile für Ivabradin, so Komajda.

Erhärtet werden diese Resultate durch die von Prof. M. Cowie, London, vorgestellte CARVIVA-Studie. Die Kombination von Carvedilol (12,5 mg bid) mit Ivabradin (5 mg bid) verbesserte bei Herzinsuffizienz – ebenso wie die Ivabradin-Monotherapie (7,5 mg bid) im Vergleich zur Betablocker-Monotherapie (25 mg bid) – die Belastungsdauer, die Sechs-Minuten-Gehstrecke sowie die Lebensqualität signifikant.

■ Dr. Andreas Häckel
Quelle: International Webinar „Hot topics from the heart failure congress in sweden“, Mai 2011 (Veranstalter: Servier)