Redaktion

W. Rascher, Erlangen
H.W. Seyberth, Landau

H.W. Seyberth
Landau

Antihistaminika bei Übelkeit und Erbrechen

Kommentar zum Positionspapier „Verschreibungsfreie Antihistaminika der ersten Generation“

Aufgrund vieler Rückfragen zu dem Positionspapier „Verschreibungsfreie Antihistaminika der ersten Generation“ (AHIG) erscheint es angebracht, noch einmal ausdrücklich zu betonen, dass es bei der Stellungnahme zur Arzneimittelsicherheit keineswegs nur um die Verabreichung dieser Substanzgruppe in Kombination mit anderen Wirkstoffen in den Husten- und Erkältungsmitteln geht [1]. Vielmehr soll auch ihr weit verbreiteter Einsatz als Monosubstanz in Antiemetika und Sedierungsmitteln eingeschätzt werden.

Sowohl Dimenhydrinat als auch Diphenhydramin sind zur Prophylaxe von *Übelkeit und Erbrechen bei Reisekrankheit* zugelassen, obwohl für diese Indikation keine Studien vorliegen, die den Nutzen und die Sicherheit dieser Wirkstoffe bei Säuglingen und Kleinkindern belegen. Unter dieser Form von Übelkeit und Erbrechen leiden insbesondere Kinder im Alter zwischen 4 und 10 Jahren [2]. Der durch Bewegung ausgelöste Schwindel (mit Übelkeit und Erbrechen) wird durch einen intersensorischen Konflikt zwischen den visuellen und vestibulären Systemen hervorgerufen. Kinder unter 2 Jahren sind für diese Störung nicht empfänglich, da bei ihnen das visuelle System noch nicht zur dynamischen Raumorientierung genutzt wird [2].

Als Antiemetikum wird von Kinderärzten vor allem Dimenhydrinat (Vomacur®/Vomex A®) bei *Übelkeit und Erbrechen zu Beginn einer akuten Gastroenteri-*

tis zur Vermeidung der Klinikeinweisung verordnet. Es muss aber betont werden, dass ein relevanter klinischer Nutzen hierfür nicht belegt ist. Weder die Häufigkeit der Krankenhauseinweisung und die Notwendigkeit einer intravenösen Rehydratation noch die Frequenz des Erbrechens werden im Vergleich zu einer Kontrollgruppe durch eine präklinische Behandlung mit Dimenhydrinat beeinflusst [4]. Neben einer bereits im Positionspapier zitierten Arbeit über eine randomisierte placebokontrollierte Studie [3] konnte dies nun auch eine weitere ebenfalls gut kontrollierte Studie aus Kanada zeigen.

Darum sollte zum Schutze der Säuglinge und Kleinkinder, die besonders durch die stark zentral wirksamen Antihistaminika/Antiemetika gefährdet sind [5], die Rezeptfreiheit der AHIG auf die Altersgruppen jenseits des dritten Lebensjahr beschränkt werden. Nur unter Einbeziehung des Kinder- und Jugendmediziners (z. B. Pädiater oder Kinderanästhesist) sollten diese Wirksubstanzen mit einer engen therapeutischen Breite bei Kindern in jüngeren Jahren eingesetzt werden. Eine nennenswerte Einschränkung der Therapiemöglichkeiten in der täglichen Praxis dürfte dadurch nicht gegeben sein.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. H.W. Seyberth
Lazarettgarten 23, 76829 Landau
seyberth@staff.uni-marburg.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor weist für sich auf folgende Beziehungen hin: Besitz von Aktien der Bayer AG und der Roche AG.

Literatur

1. Kommission für Arzneimittelsicherheit im Kindesalter der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (2012) Verschreibungsfreie Antihistaminika der ersten Generation. Monatsschr Kinderheilkd 160:992–995
2. Jahn K, Langhagen T, Schroeder AS, Heinen F (2011) Vertigo and dizziness in childhood – update on diagnosis and treatment. Neuropediatrics 42:129–134
3. Uhlig U, Pfeil N, Gelbrich G et al (2009) Dimenhydrinate in children with infectious gastroenteritis: a prospective RCT. Pediatrics 124: e622–e632
4. Gouin S, Vo TT, Roy M et al (2012) Oral dimenhydrinate versus placebo in children with gastroenteritis: a randomized controlled trial. Pediatrics 129:1050–1055
5. Nine JS, Rund CR (2006) Fatality from diphenhydramine monointoxication: a case report and review of the infant, pediatric, and adult literature. Am J Forensic Med Pathol 27:36–41