

Neuer Harnsäuresenker wirksamer als Allopurinol

Vom Zipperlein befreit

— Zur Harnsäuresenkung bei Patienten mit Gicht gibt es seit letztem Jahr mit Febuxostat (Adenuric®) eine Alternative zu Allopurinol. Das neue Medikament hemmt die Xanthinoxidase wesentlich stärker als Allopurinol, und die Harnsäure-Zielwerte werden wesentlich öfter erreicht, außerdem treten weniger Gichtanfälle und Tophi auf.

Das belegt ein umfangreiches klinisches Studienprogramm mit mehr als 4000 Patienten. In der FACT-Studie z. B. schafften unter 80 bzw. 120 mg Febuxostat signifikant mehr Patienten (53 bzw. 62%) den Harnsäure-Zielwert (< 6 mg/dl) als mit 300 mg Allopurinol (21%). Auch bei Patienten mit sehr hohen Harnsäurewerten ≥ 10 mg/dl führte Febuxostat zu einer effektiveren Harnsäuresenkung.

Die offene Verlängerungsstudie FOCUS belegt, dass unter der neuen Substanz die Zahl der Gichtanfälle kontinuierlich zurückgeht. Ab dem dritten Jahr traten fast keine Gichtanfälle mehr auf. Das bestätigt

auch die EXCEL-Studie: 97% der Patienten benötigten in den Monaten 16–24 keine Behandlung eines Gichtanfalls.

Febuxostat ist einmal täglich einzunehmen. Bei mäßigen Nierenfunktionsstörungen ist keine Dosisanpassung erforderlich. Sehr wichtig während der Therapie mit Febuxostat ist die Anfallsprophylaxe mit Colchicin, zumindest in den

ersten Monaten, denn durch die starke Senkung des Serumharnsäurespiegels können Harnsäureablagerungen im Gewebe mobilisiert und ein akuter Gichtanfall ausgelöst werden.

■ Dr. Judith Neumaier
Quelle: Grünwalder Gespräch, 7. Dezember 2010 (Veranstalter: Berlin-Chemie)

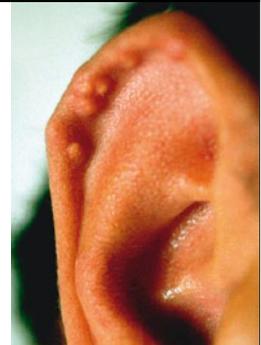
Febuxostat zur Gichtanfall-Prophylaxe

Wer ist ein Kandidat?

Folgende Patienten profitieren laut Prof. Klaus Krüger, München, besonders von Febuxostat:

- Patienten, bei denen Allopurinol nicht ausreicht oder Nebenwirkungen zeigt,
- ältere Patienten,
- Patienten mit leichter/mäßiger Nierenfunktionsstörung,
- Patienten mit Polypharmazie.

Nicht empfohlen wird Febuxostat derzeit bei Patienten mit ischämischer Herzkrankheit oder dekompensierter Herzinsuffizienz. Dies gilt als Vorsichtsmaßnahme bis zur endgültigen Abklärung des kardiovaskulären Risikos.



Gichtknoten am Ohr.

© H.S. Fiebel

Paradoxe Effekt

Opioidtherapie als Schmerzverstärker

— Unter einer Behandlung mit Opioiden kann es paradoxerweise zu einer Verstärkung der Schmerzempfindlichkeit kommen, der sog. Opioid-induzierten Hyperalgesie (OIH). In der Literatur wird die Prävalenz der OIH mit rund 5% angegeben. Durch die Verwendung von Opioiden mit einem geringen Hyperalgesierisiko kann man dieses Problem vermeiden.

Die klinische Relevanz der OIH werde extrem unterschätzt und die Diagnosestellung dauere durchschnittlich fünf Tage, so Dr. Uwe Junker, Remscheid. „Viele Fälle werden gar nicht erfasst, weil wir viel zu wenig alert für dieses Phänomen sind.“ Die OIH ist durch diffuse, starke Schmerzen gekennzeichnet. Im Gegensatz zur Opioidtoleranz kann durch eine Dosiserhöhung keine Besserung erreicht werden.

Wechsel auf Opioid mit geringem Hyperalgesierisiko

Differenzialdiagnostisch müssen zunächst Exazerbationen vorbestehender Schmerzen, Opioidtoleranz und psychische Komorbiditäten ausgeschlossen werden. Erster Schritt im Management der OIH sei dann ein Wechsel auf ein Opioid mit geringerem OIH-Potenzial wie Buprenorphin. Die Substanz habe einen eindeutigen antihyperalgetischen Effekt und nur ein geringes Risiko für eine Toleranzentwicklung, so Junker. Wichtig sei zudem, unkritische Opioid-Monotherapien zu vermeiden und immer die niedrigste wirksame Opioiddosis anzustreben.

Die gute Wirksamkeit und Verträglichkeit des alle sieben Tage zu applizierenden Buprenorphinpflasters (Norspan®) wurde in einer zwölfwöchigen Anwen-

dungsbeobachtung bei 891 Patienten (mittleres Alter 73 Jahre) mit überwiegend nicht tumorbedingten Schmerzen dokumentiert. Nach drei bis vier Wochen berichteten die Patienten über eine Reduktion der Schmerzintensität um 50%, so PD Dr. Michael Überall, Nürnberg. In den ersten drei Wochen wurden die stärksten Effekte beobachtet. Parallel gingen auch die schmerzbedingten Beeinträchtigungen im Alltag zurück. Nahezu alle von den Patienten dokumentierten Befindlichkeitsstörungen besserten sich – laut Überall im Wesentlichen eine Folge der Beendigung nebenwirkungsträchtiger Vortherapien.

■ Abdol A. Ameri
Quelle: Vorträge im Rahmen der 13. Südwestdeutschen Schmerztag, Göppingen, 23. Oktober 2010 (Veranstalter: Grüenthal)