

Medizinalcannabis: Große Bandbreite an Produkten erfordert rationales Vorgehen

— „Haben Sie keine Scheu, bei Bedarf Cannabisrezepturen zu verordnen,“ ermutigte Dr. Christoph Wendelmuth, niedergelassener Anästhesist und Schmerztherapeut, Potsdam. Bei der Auswahl des Cannabi-

bisprodukts rät Wendelmuth, sich primär an pharmakokinetischen Kriterien zu orientieren. Cannabisblüten zur Inhalation seien besonders gut geeignet, wenn ein schnelles Anfluten gewünscht werde. Oral eingenommene Extrakte fluten langsamer an, wirken aber länger.

Bei der Wahl der Cannabissorte ist Wendelmuth zufolge besonders der Gehalt von Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC) und Cannabidiol (CBD) sowie deren Verhältnis wichtig. Zu den schmerzlindernden Eigenschaften von Cannabis tragen vermutlich beide bei. THC ist laut Wendelmuth die psychoaktive Komponente, wirke muskelrelaxierend, appetitstimulierend, schlaffördernd und antiemetisch, während CBD antipsychotische, antikonvulsive, entzündungshemmende, anxiolytische und neuroprotektive Eigenschaften zugeschrieben werden. Die Cannabispflanzen enthalten zusätzlich mehr als 100 Terpene, die Wendelmuth zufolge ergänzende therapeuti-

sche Effekte entfalten. Je nach Terpen können das beispielsweise sedierende, antinozizeptive, stimmungsaufhellende oder entzündungshemmende Wirkungen sein. In einer retrospektiven Registerstudie zur ambulanten Schmerz- und Palliativbehandlung älterer Menschen fanden Wendelmuth et al., dass unter der Behandlung mit dem teilsynthetischen THC Dronabinol nicht nur die Schmerzintensität zurückging, sondern auch der Opioidbedarf [Wendelmuth C et al. Schmerz. 2019;33:384-91]. Dass unter der begleitenden Behandlung mit medizinischem Cannabis eine Reduktion anderer Medikamente bei vielen Erkrankungen, nicht nur in der Schmerz- und Palliativmedizin, möglich ist, kann Apotheker Markus Hanl, Hürth, aus seiner Erfahrung bestätigen. Zu den häufigsten Indikationen zählen laut Hanl das Anorexie-Kachexie-Syndrom, Übelkeit und Erbrechen, Spastik und chronische Schmerzen. *Dr. Thomas M. Heim*

Symposium „Vom Dogmatismus zum Pragmatismus: Einsatzgebiete für Cannabisblüten als Ergänzung zur Basistherapie mit Cannabisextrakten“, Deutscher Schmerzkongress, 19.10.2023, Mannheim; Veranstalter: Tilray



© Mitch / stockadobe.com

Bei der Wahl der Cannabissorte sollten vor allem der THC- und CBD-Gehalt sowie deren Verhältnis bedacht werden.

Migräneprophylaxe: Eptinezumab punktet mit Dreimonatsgabe

— Nur bei etwa einem Drittel der Migräne-Betroffenen hierzulande werde die Diagnose korrekt gestellt, und nur ein Bruchteil erhalte eine adäquate Akut- oder prophylaktische Therapie, berichtete Prof. Dr. Hans-Christoph Diener, Emeritus an der Universität Duisburg-Essen. Er rief dazu auf, die Versorgung der Betroffenen weiter zu verbessern.

Ab vier Migränetag pro Monat wird neben einer nicht medikamentösen auch eine medikamentöse Prophylaxe empfohlen. Dafür stehen mittlerweile vier Anti-CGRP-Antikörper zu Verfügung. Wie Diener betont, liegt der Vorteil der Antikörper neben ihrer guten Wirksamkeit in ihrer guten Verträglichkeit, wodurch sie sich von den herkömmlichen Prophylaktika unterscheiden. Anders als die übrigen drei Antikörper wird Eptinezumab (Vyepi®) intravenös alle zwölf Wochen in der Praxis infundiert. Dies kann aus Sicht von Dr. Astrid Gendolla, niedergelassene Neurologin in Essen, ein

Vorteil sein – gerade bei Patientinnen und Patienten, die zum Beispiel infolge frustrierender Erfahrungen mit konventioneller medikamentöser Prophylaxe das Vertrauen in Ärztinnen und Ärzte verloren haben. Durch die regelmäßigen Kontakte sieht Gendolla eine Chance, wieder eine gute therapeutische Beziehung aufzubauen. Darüber hinaus passe sich das 12-Wochen-Intervall gut in den Praxisalltag sowie in das Leben der Betroffenen ein.

Wie die Zulassungsstudie zu Eptinezumab zeigt, konnte das Präparat dosisabhängig bei 42% bzw. 49% der Teilnehmenden die Anzahl der Migränetage pro Monat um mindestens 50% reduzieren [Ashina M et al. Lancet Neurol. 2022;21:597-607]. Gemäß der einarmigen, offenen Phase-III-Studie PREVAIL sank der Anteil der Betroffenen mit schwerer Beeinträchtigung von über 80% zu Studienbeginn unter der Therapie mit Eptinezumab auf etwas über 20%. Im Gegenzug stieg der Anteil mit keiner oder

wenig Beeinträchtigung. Die Effekte zeigten sich nach zwölf Wochen und hielten über den gesamten Beobachtungszeitraum von zwei Jahren an [Kudrow D et al. BMC Neurol. 2021;21:126]. Offene Studien mit monoklonalen Anti-CGRP-Antikörpern bestätigen die langfristig gute Wirksamkeit und Verträglichkeit [Raffaelli B et al. Cephalgia. 2023;43:3331024221137091].

Für Eptinezumab wurde das AMNOG-Verfahren kürzlich abgeschlossen und ein finaler Erstattungsbetrag vereinbart. In der Verordnung unterscheidet sich der jüngste der zur Migräneprophylaxe zugelassenen Anti-CGRP-Antikörper von den älteren Vertretern dieser Substanzklasse nur dadurch, dass es keine Praxisbesonderheit gibt – und damit auch keine Anforderungen hinsichtlich erfolgloser Therapien mit konventionellen Prophylaktika in der Vorbehandlung. Es gilt das allgemeine Wirtschaftlichkeitsgebot.

Dr. Anne Benckendorff

Pressekonferenz „Migränetherapie im Wandel: Die Zukunft beginnt jetzt“, 23.2.2024, Frankfurt am Main; Veranstalter: Lundbeck