Thromboserezidivprophylaxe mit Dalteparin

In der CLOT-Studie wurde die Rezidivprophylaxe venöser Thromboembolien (VTE) mit Dalteparin bei Tumorpatienten untersucht (Lee AY et al., 2003, N Engl J Med 349: 146–153; Information Pfizer Deutschland GmbH, Berlin). Die im Vergleich zu Vitamin-K-Antagonisten gezeigte relative Risikoreduktion um 52% ($p=0,002$) war die Basis für die Zulassung von Dalteparin (Fragmin®) als erstes und bislang einziges niedermolekulares Heparin (NMH) zur VTE-Rezidivprophylaxe bei Tumorpatienten. In der Leitlinie „Venöse Thromboembolien (VTE) bei Tumorpatienten“ der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie wird auf die höhere Effektivität von NMH im Vergleich zu Vitamin-K-Antagonisten bei Thromboserezidiven hingewiesen (dgho-onkopedia.de/onkopedia). Regelmäßige Laborkontrollen zur Überprüfung der optimalen Dosierung sind laut der Leitlinie bei dieser Substanzklasse nicht erforderlich.

Wirksamkeit von Ibandronat im Klinikalltag bestätigt

In der bislang größten Datenerhebung zu Ibandronat (Bondronat®, Roche Pharma AG) erhielten 3.515 Patienten mit ossär metastasiertem Mammakarzinom für 24 Wochen Ibandronat in der Standarddosierung i.v. (6mg alle 3–4 Wochen) oder oral (50mg/Tag) (Diel I et al., 2011, EJC MO 3: 17–23). Wie die Auswertung der Studiendaten zeigt, senkte Ibandronat die Schmerzen schnell und anhaltend. Bei ca. zwei Drittel der Patienten wurde unter Ibandronat eine Reduktion der Schmerzintensität erreicht. Durchschnittlich sank die mittlere Schmerzintensität gemäß der visuellen Analogskala im Laufe der Beobachtungszeit von $3,1 \pm 2,4$ auf $2,3 \pm 2$ ($p < 0,0001$). Zugleich war der zusätzliche Analgetika-Gebrauch unter Ibandronat im Vergleich zur Ausgangssituation verringert. Tablette und Infusion erwiesen sich dabei als vergleichbar effektiv. Darüber hinaus konnte ein günstiges renales Verträglichkeitsprofil bestätigt werden.

Erworbene Hämophilie

Aktivierter Faktor VII stillt Blutung rasch und zuverlässig

„Jede Blutung unbekannter Ursache kann eine erworbene Hämophilie sein“, erklärte Dr. Andreas Tiede, Hannover.

Die Ursache der erworbenen Hämophilie, die vorrangig ältere Menschen trifft, sind spontane Autoantikörper gegen den Gerinnungsfaktor VIII. Sie sind in 30% bis 50% mit anderen Krankheiten assoziiert, vor allem mit bestehenden Autoimmun- oder Tumorerkrankungen, bei denen die Hämophilie auch die Erstmanifestation sein kann. Die Diagnose erfolgt über die aktivierte partielle Thromboplastinzeit, so Tiede: „Jede unerklärte Verlängerung der aktivierten partiellen Thromboplastinzeit sollte kontrolliert und abgeklärt werden.“ Eine verminderte Faktor-VIII-Aktivität bestätigt den Verdacht, der direkte Antikörpernachweis sichert die Diagnose.

Blutung stillen, Antikörper eliminieren

Akute Blutungen müssen zunächst gestoppt werden. Das gelingt mit dem rekombinanten, aktivierten Faktor VII (rFVIIa,

NovoSeven®), mit dem die Inhibitoraktivität umgangen wird. Bolusinjektionen von $90 \mu\text{g/kg KG}$ rFVIIa alle zwei bis drei Stunden ermöglichen eine rasche Hämostase. 90% der nicht-chirurgischen und 86% der chirurgischen Blutungen sprechen auf diese Behandlung an (Sumner MJ et al., 2007, Haemophilia 13: 451–461). Bei frühzeitigem Einsatz steigt die Effektivität auf bis zu 100%, während später Einsatz nach anderen Therapieversuchen die Effektivität mindert (75% in der Zweitlinientherapie) (Hay CR et al., 1997, Thromb Haemost 78: 1463–1467).

Das zweite Ziel in der Behandlung der erworbenen Hämophilie ist die Elimination der Antikörper mittels immunsuppressiver Behandlung. Dabei werden Glucocorticoide eingesetzt, die mit Cyclophosphamid oder Rituximab kombiniert werden können. Als schnell wirksame Therapie steht die Immunadsorption unter Immunglobulinsubstitution und immunsuppressiver Behandlung zur Verfügung. MK

Quelle: Veranstaltung der Novo Nordisk Pharma GmbH

Oropharyngeale Candidose

Gute Compliance mit Buccaltablette

Bei einer oropharyngealen Candidose reicht meist eine topische Therapie aus.

Eine geeignete Option ist die Therapie mit einer Miconazol-Buccaltablette (Loramyc®). Sie wird morgens nach dem Zähneputzen in die Eckzahngrube eingelegt und setzt den Wirkstoff über ein patentiertes mucoadhäsives System lang anhaltend frei. Im direkten Vergleich mit einem Miconazol-Gel profitierten insbesondere Patienten mit multilokulären Läsionen und normalem Speichelfluss von der Buccaltablette (Bensadoun RJ et al., 2008, Cancer 112: 204–211). Aber auch bei reduziertem oder fehlendem Speichelfluss war diese mindestens genauso effektiv wie das Gel.

Compliance verbessert

Die einmal tägliche Anwendung der Buccaltablette hat in der Praxis deutliche Vorteile

für die Compliance, so Prof. Dr. Petra Feyer, Berlin. In der CANDISCOPE-Studie führten 88,2% der Patienten die Lokalthherapie mit der Miconazol-Buccaltablette wie verordnet durch, bei einer Mundspülung mit Amphotericin B waren es nur 40% der Patienten und mit Nystatin sogar nur 18,8% der Patienten (Gligorov J et al., 2011, Int J Radiat Oncol Biol Phys 80: 532–539).

Im Gegensatz zu anderen topischen Antimykotika-Formulierungen ist die Miconazol-Buccaltablette geschmacksneutral. Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln wurden nicht beschrieben. Das Wirkspektrum umfasst alle relevanten Candida-Spezies, primäre oder sekundäre Resistenzen wurden bisher nicht beobachtet. Feyers Resümee: „Die Miconazol-Tablette sollte Therapie der Wahl sein“. FK

Quelle: Veranstaltung von u.a. ribosepharm/Hikma Pharma GmbH