

Opioidinduzierte Obstipation

Breiter Konsens quer durch alle Leitlinien

— In der medikamentösen Therapie opioidinduzierter Obstipation stehen osmotische oder propulsive Laxanzien, ggf. in Kombination, an erster Stelle. Bei unzureichendem Therapieerfolg sind peripher wirksame μ -Antagonisten (PAMORA) angezeigt.

„Sowohl nationale als auch internationale Leitlinien stimmen weitgehend in ihren Empfehlungen zur medikamentösen Behandlung opioidinduzierter Obstipation überein“, konstatiert PD Dr. Stefan Wirz, Bad Honnef. Das gelte u.a. für die aktuellen Neufassungen des Kapitels „Opioidbedingte Obstipation“ der S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung“, die Empfehlungen der Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC) zum Obstipationsmanagement bei Patienten mit fort-

geschrittener Krebserkrankung, für die neue Praxisleitlinie der Deutschen Gesellschaft für Schmerzmedizin zur opioidinduzierten Obstipation sowie für die geplante Neufassung der S3-Leitlinie zur Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht tumorbedingten Schmerzen (LONTS).

Erst Laxanzien, dann PAMORA

In allen einschlägigen Leitlinien werden zur medikamentösen Therapie opioidinduzierter Obstipation in erster Linie Laxanzien empfohlen, osmotische wie Macrogol oder propulsive wie Natriumpicosulfat. Diese können auch miteinander kombiniert werden. Sollten Laxanzien nicht den gewünschten Erfolg erzielen, dann kommen PAMORA wie Naloxegol, Methylnaltrexon oder Naldemedin infrage.

Neues PAMORA vor der Markteinführung

Naldemedin (Rizmoic®) ist laut PD Dr. Eberhardt A. Lux, Lünen-Werne, ein Naltrexonderivat, das in randomisiert-kontrollierten Studien zur Behandlung opioidinduzierter Obstipation Überlegenheit gegenüber Placebo gezeigt hat. Das Mittel könne mit zusätzlichen Abführmitteln kombiniert werden. Die Einnahme der Tablette erfolgt einmal täglich etwa zur selben Zeit und ist unabhängig von den Mahlzeiten möglich. Die EU-Zulassung für das Arzneimittel wurde bereits erteilt, die Markteinführung wird in Kürze erwartet.

Dr. Thomas Heim

▪ Industriesymposium „Let's talk about OIC – Was gibt's Neues?“, Deutscher Schmerzkongress; Mannheim, Oktober 2019 (Veranstalter: Hexal)

Allergisches Asthma

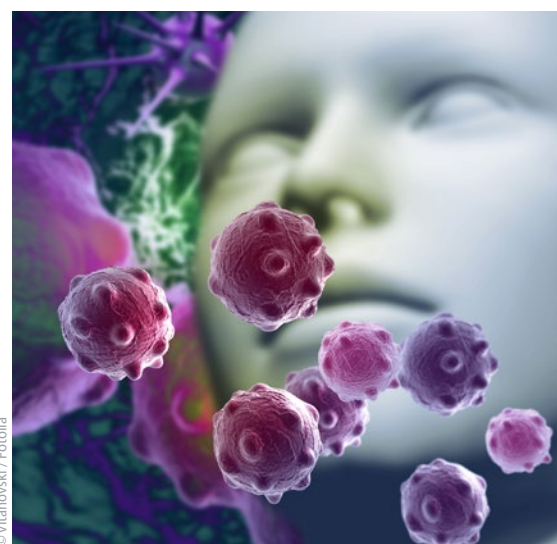
Biologika haben Vorrang vor oralen Steroiden

— Die Empfehlungen der Global Initiative for Asthma (GINA) 2019 zur Behandlung bei Asthma beinhalten für leicht betroffene Patienten erstmals eine Bedarfsmedikation mit einer Fixkombination aus dem Betamimetikum Formoterol und einem inhalierbaren Kortikosteroid (ICS). „Die Erfahrungen zeigen, dass es damit den Patienten besser geht“, erklärte Dr. Mark Voss-Dirks, niedergelassener Pneumologe in Hannover. Zudem senkt die Zugabe des ICS zum Betamimetikum das Exazerbationsrisiko.

Bekräftigt wird in den aktuellen Empfehlungen die bevorzugte Biologika-Therapie auf Stufe 5 des GINA-Schemas. „Es war früher wie ein Reflex: bei unkontrolliertem Asthma wurde ir-

gendwann ein orales Steroid verordnet“, sagte Voss-Dirks. Das sei aber Vergangenheit.

„Die Daten zu den Biologika sind einfach überzeugend“, so der Pneumologe. Wenn nach Ausreizen der konservativen Therapieoptionen und bei gesicherter Adhärenz der Patienten das Asthma weiterhin schlecht kontrolliert ist und eosinophile oder allergische Biomarker festgestellt worden sind, kann z. B. mit einem Anti-IgE-Antikörper wie Omalizumab (Xolair®) begonnen werden. Als geeignet gelten Patienten, bei denen von einem IgE-vermittelten Asthma ausgegangen werden kann, besonders bei Bluteosinophilie ($\geq 260/\mu\text{l}$), erhöhten Werten von fraktioniertem exhaliertem Stickstoffmonoxid (FeNO) (≥ 20 ppb),



©.vitanovski / Fotolia

Pollenallergiker können geschützt werden.

Allergie-bedingten Symptomen oder Asthma in der Kindheit.

Dr. Thomas Meißner

▪ Webinar „Pneumologie-Highlights“, 4. Dezember 2019 (Veranstalter: Novartis)