

Alopezie durch Anti-CGRP-Substanzen?

Migräneprophylaxe -- Autor: H.-C. Diener

Quelle: Ruiz M, Cocores A, Tosti A et al. Alopecia as an emerging adverse event to CGRP monoclonal antibodies: Cases series, evaluation of FAERS, and literature review. *Cephalalgia*. 2023;43:3331024221143538

Vereinzelt wird Haarausfall als unerwünschte Arzneimittelwirkung einer Migräneprophylaxe mit Antikörpern gegen CGRP oder seinen Rezeptor sowie CGRP-Rezeptor-Antagonisten (Gepante) gemeldet. Da könnte etwas dran sein.

In einer kurzen Publikation werden zunächst zwei betroffene Patientinnen beschrieben. Eine entwickelte drei Monate nach Beginn der Behandlung mit Erenumab eine Alopezie, die sich bei Wechsel auf Fremanezumab nicht besserte. Die zweite meldete

zwei Wochen nach Beginn der Erenumab-Behandlung eine Alopezie, die nach der Umstellung auf Galcanezumab anhielt. Einige Monate später kam es innerhalb eines Monats nach Beginn der Behandlung mit Fremanezumab zu Haarausfall.

Die Autoren suchten daraufhin in FAERS, dem Berichtssystem für Komplikationen der US-amerikanischen Arzneimittelbehörde FDA, nach entsprechenden Meldungen. Stand August 2022 wurde eine Alopezie am häufigsten unter Erenumab gemeldet, nämlich 1.158-mal. Es folgen Galcanezumab (554), Fremanezumab (175), Eptinezumab (23), Rimegepant (26), Ubrogepant (4) und Atogepant (3).

MMW-Kommentar

Es muss angemerkt werden, dass in den randomisierten, placebokontrollierten Zulassungsstudien ein Haarausfall unter den Antikörpern nicht häufiger vorkam als mit Placebo. Die Nebenwirkungsdatenbank der FDA zeigt allerdings, dass es in Einzelfällen offenbar doch dazu kommen kann – auch wenn die Ursache ohne Kontrollgruppe nicht sicher festzustellen ist. Trotzdem sollte ein Antikörper vorübergehend pausiert werden, wenn es zu einer Alopezie kommt, um zu sehen, ob es einen kausalen Zusammenhang gibt. ■



„Statt Migräne jetzt Haarausfall?!“

Nach einer akuten Herzinsuffizienz Medikation rasch aufdosieren

Trendwende in der Arzneimitteltherapie -- Autor: R. H. G. Schwinger

Patientinnen und Patienten, die wegen akuter Herzinsuffizienz stationär behandelt werden mussten, haben in den Monaten nach der Entlassung ein hohes Risiko für eine erneute Hospitalisierung. Die STRONG-HF-Studie zeigt, dass bei ihnen der Arzneimittelhammer hervorgeholt werden sollte.

1.800 Patienten mit dekompensierter Herzinsuffizienz, die stationär mit Diuretika behandelt worden

waren, sollten entweder die übliche Behandlung oder eine intensive Therapie erhalten. Letztere bedeutete, dass bereits bei Entlassung die halbe Dosis und nach 14 Tagen die volle Dosis der Medikation (Betablocker plus Hemmer des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems plus Mineralokortikoid-Rezeptor-Antagonist) verabreicht wurde. Nach Aufnahme von 1.078 Patienten wurde die Rekrutierung wegen Überlegenheit der intensiven Therapie abgebrochen.