

Sicherheit im Alltag

Schlaganfall-Prophylaxe mit Rivaroxaban



Daten zum Sicherheitsprofil des neuen oralen Antikoagulans (NOAK) Rivaroxaban unter Alltagsbedingungen bei Patienten mit nicht valvulärem Vorhofflimmern (nvVHF) sammelte die internationale prospektive XANTUS-Studie.

Die Studie schloss 6.784 erwachsene nvVHF-Patienten ein, die zur Schlaganfallprophylaxe Rivaroxaban (Xarelto®) erhielten. Die Untersucher erfassten die Daten in 3-monatigen Abständen bis zur Abschlussuntersuchung nach einem Jahr. Median lag das Alter der Patienten bei 71,5 Jahren. Wie Prof. Dr. Matthias Leschke, Esslingen, präsentierte, lag die Inzidenz schwerer Blutungen unter Rivaroxaban bei 2,1% pro Patientenjahr. Diese

konnten zum größten Teil konservativ behandelt werden. Die Gesamtmortalität betrug 1,9%, die Inzidenzrate für Thromboembolien 1,8% pro Patientenjahr. Schlaganfälle traten nur bei 43 Patienten auf. Leske zog das Fazit: „Im Vergleich zu anderen Studien wie ROCKET-AF waren in der XANTUS-Studie schwere Blutungen mit 2,1% seltener. Bei 96,1% der Patienten traten keine unerwünschten Ereignisse wie Schlaganfälle, Mortalität und schwere Blutungen während des Studienzeitrahmens auf. Das heißt, die Sicherheit im praktischen Alltag bezüglich Blutungen ist gegeben.“

Presseveranstaltung „Impressionen – Antikoagulation live“ Essen, 2016, Veranstalter Bayer Vital GmbH, Bericht: Katrin Wolf

Asthma-Therapie mit ICS/LABA-Kombinationen

Richtige Inhalation bestimmt Therapieerfolg

Bei Asthma bronchiale sind inhalative ICS/LABA-Kombinationen ein Grundbaustein der Therapie ab Stadium 3. Eine wichtige Erfolgskomponente stellt die Inhalation dar.

„Die Kunst besteht darin, wenig Wirkstoff im Rachen und viel in der Lunge zu deponieren. Die Bronchodilatoren wirken mehr in zentralen, die Entzündungshemmer mehr in peripheren Atemwegen“, erläutert Dr. Matthias Krüll, Lungenfacharzt in Berlin. Er berichtete über die Ergebnisse von Depositionsmessungen verschiedener ICS/LABA-Präparate: Besonders gut schnitt dabei die Fluticason/Formoterol-Kombination flutiform® mit Lungendepositionswerten von etwas über 40% ab. Dies war besser als bei den meisten Vergleichspräparaten. V.a. erwies sich die Deposition

als unabhängig vom Inhalationsfluss: Egal, ob der Patient gemächlich (30 ml/min) oder heftig (60 ml/min) inhalierte, mehr als 40% der Wirkstoffpartikel wurden in der Lunge deponiert, erläuterte der Pneumologe. Flutiform® wird zweimal täglich angewendet, steht in drei Wirkstärken zur Verfügung und wird mit einem Dosieraerosol inhaliert. „Dosieraerosole bieten ein konstanteres Partikelspektrum als Pulverinhalatoren und sind alle gleich zu bedienen, erfordern aber eine Koordination zwischen Auslösung und Luft holen“, so Krüll. Eine Inhalierhilfe kann dabei unterstützen.

Pressekonferenz „Pulmonale Wirkstoffdeposition – ein Schlüsselfaktor für die erfolgreiche Asthmatherapie“, 57. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V., Leipzig, Mai 2016; Veranstalter: Mundipharma; Bericht: Dirk Einecke

Diabetes: Ziele individualisieren

Was tun, wenn das Basis-Antidiabetikum nicht mehr ausreicht oder Kontraindikationen bestehen? Bei der Wahl der Therapie sollten auch das Hypoglykämierisiko und eine mögliche Gewichtszunahme berücksichtigt werden.

„Wenn eine Monotherapie mit Metformin nicht mehr ausreicht, um das individuelle Blutzucker-Ziel zu erreichen, haben Patienten mit Typ-2-Diabetes meist noch eine relevante Eigeninsulin-Sekretion“, erklärte Dr. Andreas Lueg, niedergelassener Diabetologe in Hameln. Theoretisch hält er deshalb alle verfügbaren Therapieoptionen für möglich. Maßgebend für die Therapieentscheidung seien, neben der Effizienz der jeweiligen Substanzklasse, auch Sicherheit, Nebenwirkungen, Kosten sowie Lebensstil und Komorbiditäten des Patienten. Auch das jeweilige HbA1c-Ziel sollte an den einzelnen Patienten angepasst werden, betonte Prof. Dr. Wolfgang Schmidt, leitender Diabetologe am Klinikum der Ruhr-Universität Bochum. Während er bei einem 40-jährigen Diabetiker ohne makrovaskuläre Komplikationen durchaus einen HbA1c-Wert von 6,0% anstrebt, sei er bei einem 83-jährigen Patienten mit Schlaganfallanamnese bereits mit einem Zielwert von 8,0% zufrieden.

Hoher Stellenwert der inkretinbasierten Therapie

In Deutschland, so Lueg, wird nach Metformin meist ein oraler Dipeptidylpeptidase-4-(DPP-4)-Hemmer verordnet, z.B. Sitagliptin (Xelevia®) oder Sitagliptin + Metformin (Velmetia®), da sich diese Wirkstoffklasse gewichtsneutral verhält, keine Unterzuckerungen verursacht und in angepasster Dosierung auch bei Nierenfunktionsstörungen verabreicht werden kann. In einer kardiovaskulären Sicherheitsstudie erwies sich Sitagliptin als genauso unbedenklich wie Placebo. Darüber hinaus ist Sitagliptin eine gute Verordnungsalternative zu Gliniden, die ab Juli 2016 nur noch eingeschränkt erstattungsfähig sind.

Satelliten-Symposium „Diabetestherapie 2016 – Wie therapieren, wenn Metformin nicht mehr reicht?“; Fortbildungsveranstaltung „Diabetologie grenzenlos“. Unterschleißheim, Februar 2016; Veranstalter: Berlin-Chemie AG, Bericht: Martina-Jasmin Utzt