

DEGAM-Benefits

Ausgewählt und verfasst von Prof. Dr. Michael M. Kochen, MPH, FRCGP, Göttingen

Kein Nutzen von Gliniden

Sowohl zu Repaglinid als auch zu Nateglinid liegen ausschließlich Kurzzeitstudien vor. Aus diesen Studien ergibt sich kein Beleg für einen Nutzen der Glinide. Es ist ebenfalls kein Beleg für einen Zusatznutzen gegenüber anderen Therapieoptionen vorhanden. Es liegen allerdings nur Vergleichsstudien gegenüber Metformin oder Sulfonylharnstoffen vor. Im Vergleich zu diesen Therapieoptionen gibt es auch keinen Beleg für einen höheren oder geringeren Schaden der Glinide.

Daten zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität und zur Therapiezufriedenheit fehlten in den Studien vollständig. Bezogen auf die Gewichtsveränderung zeigte sich ein Hinweis auf eine stärkere Gewichtsabnahme (2 kg) unter Metformin im Vergleich zu Repaglinid. Die Relevanz des Effekts ist unklar.

Weder zu Repaglinid noch zu Nateglinid lagen Langzeitstudien vor, die auf die Untersuchung von mikro- oder makrovaskulären Folgeerkrankungen ausgerichtet waren.

Insgesamt gibt es keinen Beleg für einen Nutzen oder Zusatznutzen der Glinide.

http://www.iqwig.de/download/A05-05C_Abschlussbericht_Glinide_zur_Behandlung_des_Diabetes_mellitus_Typ_2.pdf

Todesursache von Männern mit Prostata-Carcinom

Woran sterben Männer im Alter zwischen 66 und 84 Jahren, bei denen ein Prostata-Carcinom diagnostiziert wurde? Keine banale Frage in Zeiten des zunehmenden (in vielerlei Hinsicht fehl- und missbrauchten) PSA-Screenings.

Von fast 100.000 betroffenen Patienten wiesen fast zwei Drittel lokalisierte Tumoren auf. Die Mortalität dieser

Männer unterschied sich praktisch nicht von einer Vergleichsgruppe ohne Carcinom und war überwiegend durch kardiovaskuläre Krankheiten und andere Tumoren bedingt. Lediglich die Männer mit T3- und T4-Stadien starben mehrheitlich an ihrem Prostatakrebs. Kurzgefasste Schlussfolgerung der Autoren: Die beschriebene Patientengruppe

würde den größten Nutzen daraus ziehen, wenn sich ihre Ärzte weniger um die Prostata als vielmehr um Herz und Gefäße (und andere Tumorerkrankungen) kümmern würden.

Ketchandji M, et al. Cause of death in older men after the diagnosis of prostate cancer. *J Am Geriatr Soc* 2009; 57:24–30

Clopidogrel + PPI - eine gefährliche Kombination

Wenige Wochen nach Publikation zweier Beobachtungsstudien aus Kanada und den USA zu Wechselwirkungen zwischen Clopidogrel und Protonenpumpeninhibitoren empfiehlt die europäische Arzneimittelzulassungsbehörde EMA, diese Kombination zu vermeiden. PPI hemmen in der Leber das zum Cytochrom P450-System gehörende Enzym CYP2C19 und schwächen auf diesem Wege die Wirksamkeit von Clopidogrel ab.

In der kanadischen Studie erlitten Patienten mit der Kombination häufiger einen Reinfarkt als Patienten der Kontrollgruppe. Die Resultate bezogen sich (statistisch allerdings sehr knapp) nicht auf Pantoprazol.

In der US-Studie starben Patienten (die Clopidogrel wegen eines akuten Ko-

ronarsyndroms erhielten) häufiger bzw. wurden öfter wegen eines Reinfarkts stationär aufgenommen. Interessanterweise fanden die amerikanischen Wissenschaftler keinen Unterschied zwischen den einzelnen PPIs – die Publikation erwähnt aber auch an keiner Stelle explizit, dass eine solche Differenzierung untersucht wurde.

Wenn man die beiden Studien für die eigene Praxis bewerten will, sollte man vielleicht einige wichtige Aspekte beachten:

- Zum einen handelt es sich „lediglich“ um Beobachtungsstudien, die stärker fehleranfällig sind als kontrollierte Doppelblindstudien. Nur in einer der beiden Studien unterschied sich Pantoprazol – soeben signifikant – von den anderen PPIs.

- Zum anderen werden – nicht nur hierzulande – Clopidogrel, aber auch NSARs, viel zu häufig ohne klare Indikation mit einem PPI kombiniert.

- Wenn also ein Patient eine solche Kombination nicht nur „aus Routine“, sondern aus wissenschaftlich belegter Indikation benötigt, sollte man Pantoprazol geben (das ja seit kurzem als Generikum verfügbar ist).

Juurink DN et al. A population-based study of the drug interaction between proton pump inhibitors and clopidogrel. *CMAJ* 2009;180: 713–718

Ho PM et al. Risk of adverse outcomes associated with concomitant use of clopidogrel and proton pump inhibitors following acute coronary syndrome. *JAMA* 2009; 301: 937–944