

# arznei-telegramm®

39. Jahrgang, 2. Oktober 2008

Fakten und Vergleiche für die rationale Therapie

## IM BLICKPUNKT ..... 101

Wird die Wirksamkeit der Influenzaimpfung überschätzt?

## NEU AUF DEM MARKT ..... 102

▼Methylnaltrexon (RELISTOR) bei opioidinduzierter Obstipation

Zusatzantiepileptikum ▼Lacosamid (VIMPAT)

## THERAPIEKRITIK ..... 105

Poststationäre Thromboseprophylaxe bei Hüft- oder Kniegelenkersatz

Akute Bronchitis: Nutzen von UMCKALOABO belegt?

## LESER FRAGEN UND KOMMENTIEREN 106

Psychose bei Morbus PARKINSON

## KURZ UND BÜNDIG ..... 107

Ist ▼Ivabradin (PROCORALAN) „beautyful“?

▼Zofenopril (BIFRIL, ZOFENIL) – ACE-Hemmer Nr. 14?

## NETZWERK AKTUELL ..... 107

Pankreatitis auch unter Rivastigmin TTS (EXELON)

## NEBENWIRKUNGEN ..... 108

Risiken von Anticholinergika-Inhalaten bei COPD

### STICHWORTVERZEICHNIS

ACE-Hemmer	107	Ivabradin	107	Rivastigmin, transd.	107
BEAUTIFUL-Studie	107	Lacosamid	104	Thromboseprophy-	
BIFRIL	107	Methylnaltrexon	102	laxe, poststationär	105
Bronchitis, akute	105	Morbus PARKINSON	106	Tiotropium	108
Clozapin	106	Obstipation,		UMCKALOABO	105
COPD	108	opioidinduzierte	102	VIMPAT	104
Hüftgelenkersatz	105	Psychose	106	Virusgrippe	101
Influenzaimpfung	101	Quetiapin	106	ZOFENIL	107
Ipratropiumbromid	108	RELISTOR	102	Zofenopril	107

**NEU:** An dieser Stelle besprechen wir Grundbegriffe der evidenzbasierten Medizin, –Red.

**Kohortenstudie:** Beobachtungsstudie, in der der Einfluss einer Intervention oder einer Exposition zum Beispiel auf das Auftreten einer Erkrankung oder die Sterblichkeit in einer Personengruppe (Kohorte) gegen Nichtexposition überprüft wird. Aufgrund der fehlenden Randomisierung können Einflussfaktoren, die in den Vergleichsgruppen ungleich verteilt sind, das Ergebnis verzerren. Nicht alle Störgrößen sind bekannt, sodass eine vollständige Adjustierung nicht möglich ist (siehe auch Seite 102). Daher sind Kohortenstudien bei der Beurteilung therapeutischer Interventionen weniger valide als randomisierte kontrollierte Studien.

▼ = Vorsicht: weniger als 5 Jahre im Handel, geringe Erfahrungen.

## Im Blickpunkt

### WIRD DIE WIRKSAMKEIT DER INFLUENZAIMPFUNG ÜBERSCHÄTZT?

Mit dem Herbst beginnt die Zeit für die jährliche Influenzaimpfung, gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission für alle Personen über 60 Jahre oder mit gesundheitlicher Gefährdung aufgrund chronischer Erkrankungen wie Diabetes mellitus. Die Prophylaxe soll vor Ausbruch und Komplikationen der Viruserkrankung schützen.<sup>1</sup> Das Robert Koch-Institut propagiert die Impfung auch mit dem Hinweis, dass zwischen der Grippesaison 2001/02 und 2006/07 insgesamt 5.300 influenzabedingte Todesfälle verhindert worden seien (s. Kasten S. 102). In diesem Jahr wird die Impfsaison jedoch von einer auch in der Tagespresse<sup>2</sup> geführten Diskussion eingeleitet, ob der Nutzen der Impfung überschätzt wird.

Bedenken, dass die allgemein akzeptierten und weltweit von Entscheidungsträgern in Impfeempfehlungen umgesetzten **Annahmen zur Wirksamkeit** – insbesondere in Bezug auf die Senkung der Mortalität – zu optimistisch sind, werden seit Langem geäußert. In unserer Übersicht zur Evidenzlage der Influenzaimpfung wiesen wir 2004 darauf hin, dass randomisierte kontrollierte Studien zum Einfluss auf Krankheitskomplikationen fehlen und der aus Observationsstudien abgeleitete Nutzen aufgrund vielfältiger Verzerrungen überschätzt sein könnte (a-t 2004; 35: 120-3).

Kritiker, darunter die Autoren einer Cochrane-Übersicht<sup>3</sup> zur Grippeimpfung, weisen auf **Ungereimtheiten** in der bisherigen Datenlage zum Impfnutzen hin: Nach Daten aus Beobachtungsstudien soll die Impfung die Gesamtsterblichkeit während der winterlichen Influenzaperioden um bis zu 50% senken. Die durch die Virusgrippe bedingte „Exzessmortalität“ beträgt jedoch nur etwa 5% bis 10% der Gesamttodesfälle, sodass eine derart starke Reduktion der Sterblichkeit nicht plausibel erscheint. Nach Berechnungen aus den USA ist zudem trotz Zunahme der Impfraten bei Älteren von 15% auf 65% zwischen 1980 und 2001 die der Grippe zugeschriebene Exzessmortalität nicht rückläufig, auch nicht unter Berücksichtigung demographischer Faktoren und unterschiedlich virulenter Virusserotypen. Auch gab es in der Influenzasaison 1997/98 eine völlige Diskrepanz zwischen Impfviren und tatsächlich zirkulierenden Viren. Dennoch stieg die Exzessmortalität nicht an.<sup>4</sup>

Dass die Impfung möglicherweise gerade **bei Älteren unzuverlässig** schützt, lässt sich aus einer Subgruppenauswertung einer randomisierten kontrollierten Studie ableiten, in der 1.838 Personen über 60 Jahre gegen Influenza geimpft werden oder Placebo erhalten. In der Gesamtgruppe sinkt die Rate serologisch diagnostizierter Influenza von 9% unter Placebo auf 4% unter Verum (Relatives Risiko [RR] 0,50; 95% Konfidenzintervall [CI] 0,35-0,61). Bei über 70-Jährigen ist der Effekt jedoch deutlich geringer (6,8% versus 5,2%; RR 0,77; 95% CI 0,39-1,51).<sup>5</sup> Die Ergebnisse weisen auf die schwächer werdende Immunantwort im höheren Lebensalter hin.

21 B  
1348  
ZB MED