

Fakten und Vergleiche für die rationale Therapie

THERAPIEKRITIK 25

ASS zur Thromboembolieprophylaxe nach Hüft- und Kniegelenkersatz

Pimecrolimus (ELIDEL) bei atopischem Ekzem

LESER FRAGEN UND KOMMENTIEREN ... 28

Hormonelle Kontrazeptiva – Sichere Verhütung auch unter Antibiotika?

Vitamin K2: Was ist belegt?

KURZ UND BÜNDIG 29

Multiple-Sklerose-Mittel ▼ Daclizumab (ZINBRYTA) weltweit vom Markt

NETZWERK AKTUELL 29

Persistierende genitale Erregung unter SSRI?

NEBENWIRKUNGEN 30

Teratogenität von ▼ Valproinsäure (ERGENYL, Generika)

Neurologische Störwirkungen unter Skabiesmittel
▼ Ivermectin (SCABIORAL)

Nochmals: Schwerste Verbrennungen unter Kopflausmittel ETOPRIL

Clarithromycin (KLACID, Generika): Vorsicht bei Patienten mit KHK

e-a-t IM INTERNET

Methadon in Kulturen von Glioblastomzellen als Wirkverstärker „wirkunglos“

**STICHWORTVERZEICHNIS**

| | | | | | |
|-----------------------------------|----|---------------------------|-------|--------------------------|----|
| Antibiotika | 28 | Glukokortikoid, extern | 26 | Pimecrolimus | 26 |
| Azetylsalizylsäure | 25 | Herzkrankheit, koron. | 32 | Rivaroxaban | 25 |
| Clarithromycin | 32 | Ivermectin | 31 | Schwangerschaft | 30 |
| Daclizumab | 29 | Kontrazeptiva, hormonelle | 28 | SSRI | 29 |
| Dermatitis, atopische | 26 | Kopflausmittel | 31 | Störung, bipolare | 30 |
| Epilepsie | 30 | Krebs | e-a-t | Teratogenität | 30 |
| Erregung, persistierende genitale | 29 | Marktrücknahme | 29 | Thromboembolieprophylaxe | 25 |
| Escitalopram | 29 | Menachinone | 28 | Valproinsäure | 30 |
| ETOPRIL | 31 | Methadon | e-a-t | Venenthrombose | 25 |
| Fluvoxamin | 29 | Neurodermitis | 26 | Verbrennungen | 31 |
| Gelenkersatz | 25 | Neurotoxizität | 31 | Vitamin K | 28 |

INN-Glossar -rolimus: Die Weltgesundheitsorganisation WHO kennzeichnet Immunsuppressiva, die von Rapamycin (= **Sirolimus**) abgeleitet sind, mit den Endsilben **-rolimus**. **Sirolimus** ist der aktive Metabolit von **Temsirolimus**. Auch **Everolimus**, **Pimecrolimus** und **Tacrolimus** gehören in diese Wirkstoffgruppe.

▼ = Vorsicht: < 5 Jahre im Handel oder unter zusätzlicher Überwachung

Therapiekritik**ASS ZUR THROMBOEMBOLIEPROPHYLAXE NACH HÜFT- ODER KNIEGELENKERSATZ?**

Seit 2008 ist das orale Antikoagulans ▼ Rivaroxaban (XARELTO, täglich 10 mg) zur perioperativen Prophylaxe venöser Thromboembolien nach Hüft- und Kniegelenkersatz zugelassen und ähnlich sicher und mindestens so effektiv wie täglich 40 mg Enoxaparin (CLEXANE, Generika) subkutan (a-t 2008; 39: 109-11). Beide Mittel gehören laut aktueller S3-Leitlinie in dieser Indikation zum Standard, während niedrig dosierte Azetylsalizylsäure (ASS; ASPIRIN N, Generika) hierfür nur in begründeten Einzelfällen eingesetzt werden soll.¹ Andererseits ist in teils großen randomisierten Studien nachgewiesen, dass ASS im Rahmen der perioperativen Thromboembolieprophylaxe bei Hüftfrakturen oder elektivem Hüft- oder Kniegelenkersatz die Rate tiefer Venenthrombosen und Lungenembolien um etwa ein Drittel senkt (a-t 2000; 31: 41-2).² Metaanalysen finden bei größeren orthopädischen Eingriffen an der unteren Extremität eine ähnliche Wirksamkeit und Sicherheit von ASS wie von Antikoagulanzen,³ speziell auch von niedermolekularen Heparinen,^{4,5} bei insgesamt allerdings begrenzter Datengrundlage. Anders als die deutsche S3-Leitlinie hält eine europäische Leitlinie ASS durchaus für eine Option zur Thromboembolieprophylaxe bei Hüftfrakturen oder elektivem Hüft- oder Kniegelenkersatz (1B-Empfehlung), beispielsweise bei eher geringem Thrombose- und/oder hohem Blutungsrisiko.⁶

Aktuell wird die randomisierte **Doppelblindstudie EPCAT II** publiziert, in der 1.804 bzw. 1.620 Patienten nach elektivem Hüft- bzw. Kniegelenkersatz zur Thromboembolieprophylaxe täglich 81 mg ASS oder 10 mg Rivaroxaban einnehmen, nachdem sie zunächst alle über fünf Tage Rivaroxaban in gleicher Dosierung erhalten haben.⁷ Die Prophylaxe wird gemäß Standard nach Hüftgelenkersatz über insgesamt 35 Tage und nach Kniegelenkersatz über 14 Tage durchgeführt. Patienten mit vorbestehender Einnahme von Low-dose-ASS nehmen zusätzlich zur Studienmedikation offen ASS in einer Dosis von unter 100 mg ein. Die Patienten der beiden Subkollektive sind im Mittel 61 bzw. 65 Jahre alt und weisen übliche Begleiterkrankungen, aber keine besonderen Thromboserisiken auf: Venenthrombosen in der Anamnese oder Tumorerkrankungen sind bei weniger als 3% bekannt. Beim Hüftgelenkersatz handelt es sich zu 89% um Ersteingriffe, beim Kniegelenkersatz zu 94%. Innerhalb der beiden Subkollektive unterscheiden sich Operations- und Anästhesietechniken zwischen den Studienarmen mit ASS und Rivaroxaban nicht. 16% der Patienten erhalten postoperativ zusätzlich mechanische Kompressionsbehandlungen (pneumatische Kompression, Stützstrümpfe oder beides) zur Thromboseprophylaxe. Tranexamsäure (CYKLOKAPRON, Generika) wird zur Blutungsprophylaxe nach Hüftgelenkersatz bei 53%, nach Kniegelenkersatz bei 57% der Patienten eingesetzt.⁷

Primärer Endpunkt sind symptomatische, mit objektiven Methoden bestätigte proximale tiefe Venenthrombosen oder