

Protonenpumpenhemmer verordnen?

# Für Risikopatienten unerlässlich

**PRAG – Die langfristige Einnahme von NSAR ist bekanntermaßen mit dem Risiko gastrointestinaler Beschwerden verbunden. Aber wussten Sie, dass weltweit jährlich noch immer über 100 000 Patienten an Ulkuskomplikationen sterben? Das berichtete Professor Dr. Christopher Hawkey, Universität Nottingham, UK, an einem Satellitensymposium der Firma Takeda im Rahmen der 12. United European Gastroenterology Week.**

Die aktuellen Leitlinien empfehlen die prophylaktische Therapie mit einem Protonenpumpenhemmer (PPI) bei allen Hochrisikopatienten. Zu dieser Gruppe gehören Patienten mit vorausgegangenem Ulkus, Patienten über 65 Jahre und Patienten, bei denen eine gleichzeitige Kortikosteroid-einnahme, Antikoagulanzen oder

hoch dosierte nichtsteroidale Antiphlogistika erforderlich sind.

### Acetylsalicylsäure verdoppelt Ulkusrisiko

Niedrig dosierte Acetylsalicylsäure (ASS) ist heute in der Prophylaxe kardiovaskulärer Komplikationen nicht mehr wegzudenken. Selbst niedrig dosiert und in Mono-

Indikationen zur Prophylaxe mit PPI			
	Ohne Risikofaktoren	Mit Risikofaktoren	Achtung!
NSAR	Nein	COX-2+ASS	Vorsicht bei hohen NSAR-Dosen, Alter > 65, Ulkusanamnese
ASS	Nein	Ja	Vorsicht bei Alter > 65, Ulkusanamnese
NSAR + ASS	Ja	Ja	NSAR können die kardiovaskuläre Wirkung des ASS gefährden
NSAR+ASS Alternative	PPI+ASS+COX-2	PPI+ASS+COX-2	

Diese Matrix erklärt, wann Sie einen PPI prophylaktisch verordnen sollten.

therapie hemmt ASS die gastrointestinale COX-1 und ist so für eine verminderte lokale Prostaglandinsynthese verantwortlich. Die Prävalenz endoskopischer Ulzera bei Patienten, die niedrig dosiert ASS einnehmen, liegt, je nach Studie<sup>1,2</sup>, bei sechs bis elf Prozent.

### Helicobacter potenziert ASS

Der Magenkeim *Helicobacter pylori* favorisiert die Ulkusbildung, indem er Zytokine freisetzt und so zu einer Entzündung der Magenschleimhaut beiträgt. Eine *Helicobacter*-Eradikation senkt das Ulkusrisiko für Patienten, die eine NSAR-Therapie beginnen. Doch ist diese Massnahme ausreichend?

In einer Studie<sup>3</sup> mit 123 Risikopatienten, die niedrig dosiert ASS einnahmen (100 mg) und zuvor an einem Ulkus sowie einer *H.-pylori*-Infektion erkrankt

waren, erwiesen sich eine Eradikationstherapie und anschliessende Behandlung mit Lansoprazol 30 mg täglich über ein Jahr als signifikant wirksamer in der Prävention neuer Ulzera als die alleinige *Helicobacter*-Eradikation. In der Lansoprazolgruppe (n=62) hatte ein Patient (1,6%) eine Ulkuskomplikation gegenüber neun Patienten (14,8%), die nur eine Eradikationstherapie erhalten hatten.

### Wer braucht einen PPI?

Für Risikopatienten ist die Einnahme von ASS bereits eine Indikation für einen PPI, so Prof. Hawkey.

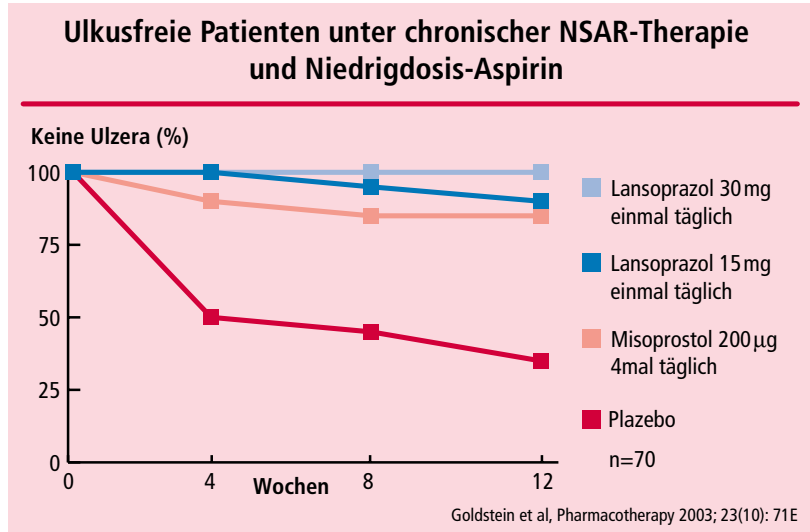
Eine Therapie mit Coxiben senkt zwar das Risiko für Komplikationen im Gastrointestinaltrakt im Vergleich zu NSAR, doch dieser gastroprotektive Effekt wird bei gleichzeitiger ASS-Gabe aufgehoben. In der CLASS<sup>4</sup>-Studie wurde gezeigt, dass

Ulzera und andere gastrointestinale Komplikationen unter Celecoxib in Verbindung mit ASS fast genauso hoch waren wie unter klassischer NSAR-Therapie. Eine kürzlich veröffentlichte Studie<sup>1</sup> kam zum gleichen Ergebnis: Kombiniert man ASS mit einem Coxib, steigt das Ulkusrisiko auf 16%, was dem Risiko unter klassischen NSAR entspricht.

### Wer bekommt einen PPI?

Eine an diesem Kongress vorgestellte französische Studie<sup>5</sup> zeigte: 73% der Risikopatienten nehmen keinen PPI ein. Dr. Stanislas Bruley des Varannes, Klinikum Nantes, stellte die prospektive Studie vor, die das Verschreibungsverhalten von 1771 französischen Allgemeinpraktikern bei 20 993 Patienten unter NSAR-Therapie untersuchte. Durch einen standardisierten Fragebogen wurden Risikofaktoren, Symptome sowie die Medikation ermittelt. Etwa zwei Drittel der Patienten (13 920) erhielten keine Gastroprotektion. In dieser Gruppe wiesen aber 73% der Patienten mindestens einen Risikofaktor auf. Von den etwa 7 000 Patienten, die einen Magenschutz bekommen hatten, fand sich bei über der Hälfte kein Risikofaktor. Obwohl es klar definierte Risikogruppen gibt, entschieden manche Allgemeinpraktiker nach dem Zufallsprinzip. Das Verschreibungsverhalten entspreche, zumindest in Frankreich, noch nicht dem „State of the Art“.

<sup>1</sup> Laine L et al., Gastroenterology 2004 Aug; 127(2): 395-402  
<sup>2</sup> Yeomans ND et al, Gastroenterology 2002; 122: A-87  
<sup>3</sup> Lai KC et al., N Engl J Med 2002; 346:2033  
<sup>4</sup> Celecoxib long-term arthritis safety study. Silverstein et al., JAMA 2000; 284 (10): 1247-1255  
<sup>5</sup> Bruley des Varannes, S et al.; Gut 2004; 53 (Suppl. 1): A 35



Dieser Grafik liegt eine doppelblinde randomisierte plazebokontrollierte Studie zu Lansoprazol bei funktioneller Dyspepsie zu Grunde.

## Therapie der Dyspepsie

# Studie spricht für Protonenpumpenhemmer

**PRAG – Endoskopieren, Helicobacter eradizieren oder doch lieber gleich mit einem PPI starten? Ein Paradigmenwechsel zeichnet sich im Management der funktionellen Dyspepsie ab, so Professor Dr. James Freston, Universität Connecticut, USA, an einem Satellitensymposium der Firma Takeda im Rahmen der 12. United European Gastroenterology Week.**

Die Dyspepsie ist eine häufige Erkrankung, die enorme Kosten verursacht. Bei der Mehrzahl der Betroffenen liegt kein Ulkus vor; die Erkrankung ist funktionell. Bei der Nonulcusdyspepsie (NUD) bestehen Symptome wie Schmerzen oder Unwohlsein im Oberbauch, Völlegefühl und Übelkeit, ohne dass eine organische Ursache für diese Beschwerden zu finden ist.

Sie muss klinisch von Sodbrennen und damit von einer Refluxkrankheit abgegrenzt werden.

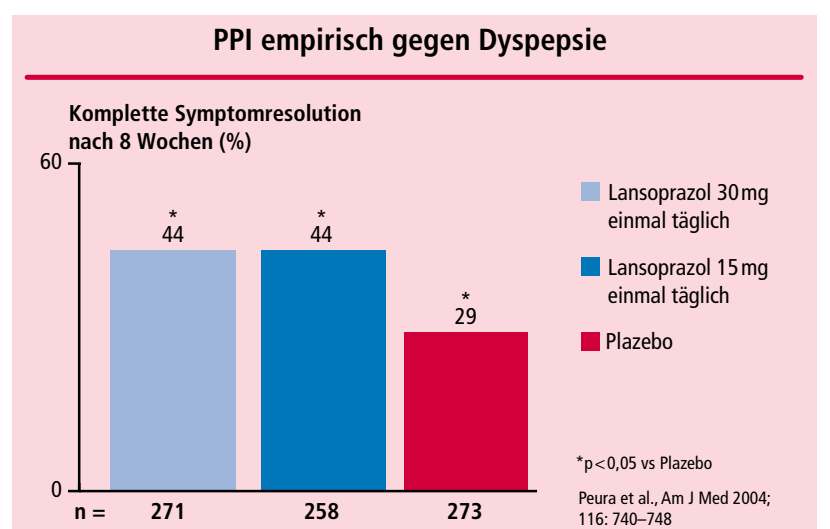
### Alarmsymptome ausschliessen

Das Management der Dyspepsie stellt weiterhin eine grosse Herausforderung für den behandelnden Arzt dar. Prof. Freston stellte die aktuellen Empfehlungen zur Abklärung der Dyspepsie in Frage. Diese sehen eine Endoskopie sowie eine Untersuchung auf *Helicobacter pylori* vor. Die Endoskopie lässt aber meistens keine morphologische Auffälligkeit erkennen. Sofern keine Alarmzeichen wie Gewichtsverlust oder Anämie vorliegen, rät er zu einer empirischen Therapie mit einem PPI. Kontrovers wird auch die Rolle einer *Helicobacter*-Eradikation bei einer NUD diskutiert. Die *H.-pylori*-Infektion kommt bei Patienten mit Dyspepsie selten vor, so Prof. Freston. Ausserdem sei die

Bedeutung einer *H.-pylori*-Infektion in der Entstehung der funktionellen Dyspepsie unklar. In einer Studie<sup>1</sup> mit über 10 000 Patienten konnte keine Assoziation zwischen einer *H.-pylori*-Infektion und einer Dyspepsie gezeigt werden. Eine andere Studie<sup>2</sup> mit fast 33 000 Patienten kam zum Ergebnis, dass etwa 5% der Dyspepsiefälle in der Bevölkerung auf eine *Helicobacter*-Infektion zurückzuführen seien. „Der Nutzen einer *H.-pylori*-Eradikation bei NUD-Patienten ist gering. Mit einer Eradikationstherapie bei der NUD müssten 15 Patienten behandelt werden, um bei einem Patienten eine Besserung zu erzielen“, so Prof. Freston.

### Lansoprazol wirksam

Dass eine empirische Therapie mit Lansoprazol bei funktioneller Dyspepsie wirksam ist, zeigte eine doppelblinde plazebokontrollierte Studie<sup>3</sup> in diesem Jahr. 921 Patienten



Dieser Grafik liegt eine doppelblinde randomisierte plazebokontrollierte Studie zu Lansoprazol bei funktioneller Dyspepsie zu Grunde.

mit funktioneller Dyspepsie wurden in drei Studienarme aufgeteilt. Jeweils ein Drittel der Patienten bekam 15 mg/d Lansoprazol (n=258), 30 mg/d Lansoprazol (n=271) oder ein Plazebo (n=273). Nach acht Wochen Therapie sank die Zahl der symptomatischen Tage unter Lansoprazol in beiden Dosierungen um ein Drittel. In der Lansoprazolgruppe berichteten 44% der Patienten

über eine komplette Symptomrückbildung gegenüber 29% in der Plazebogruppe.

<sup>1</sup> Lane et al., Gastroenterology 2000; 118: A440  
<sup>2</sup> Moayyedi et al., Am J Gastroenterol 2000; 95: 1448  
<sup>3</sup> Peura D. A et al., Am J Med 2004 Jun 1; 116(11): 740-748

**Kurzfassung Fachinformation Agopton® (Lansoprazol)**  
**Indikationen:** Refluxösophagitis, Langzeittherapie und Prophylaxe der Refluxösophagitis, Ulcus duodeni, Ulcus ventriculi, Zollinger-Ellison-Syndrom, Eradikation des *Helicobacter pylori* bei gleichzeitiger Gabe von 2 Antibiotika über 7 Tage. Symptomatische Therapie von Oberbauchbeschwerden wie saures Aufstossen, Sodbrennen, epigastrische Schmerzen. **Dosierung/Anwendung:** Agopton® Kapseln sind unzerkaut mit etwas Flüssigkeit morgens einzunehmen. Im Regelfall täglich 1 Kapsel Agopton® 30 mg oder 2 Kapseln Agopton® 15 mg. Refluxösophagitis bei Kindern (1-17 Jahren) 15 mg bei < 30 kg; 30 mg bei > 30 kg Körpergewicht. Zur Langzeittherapie 1-2 Kapseln Agopton® 15 mg oder 1 Kapsel Agopton® 30 mg. *Helicobacter pylori*-Eradikation («Triple-Therapie»): während 7 Tagen Agopton® 30 mg zweimal täglich in Kombination mit zwei geeigneten Antibiotika. Symptomatische Therapie von Oberbauchbeschwerden: 15 mg 1x täglich. **Kontraindikationen:** Überempfindlichkeit gegen Lansoprazol. **Vorsichtsmassnahmen:** Vor einer Behandlung mit Agopton® sollte eine Bösartigkeit des Magenulcus ausgeschlossen werden. Ebenso sollten maligne Erkrankungen des Ösophagus vor Behandlung einer Refluxösophagitis ausgeschlossen werden. Schwangerschaftskategorie B. **Unerwünschte Wirkungen:** Selten kommen vor: Kopfschmerzen, Diarrhöe, Übelkeit/Erbrechen und Obstipation. **Verkaufskategorie:** B. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Arzneimittel-Kompodium der Schweiz.

**Idee und Konzeption:**  
 INTER MEDICAL, Urs Graf-Strasse 8,  
 Postfach 368, 4020 Basel  
 Information: Takeda Pharma AG  
 Redaktion: Dr. med. Anka Stegmeier-Petroianu,  
 Dr. med. Christine Mücke, Winfried Powollik  
 Layout: Vivien Heinz  
 Produktion: Patricia Hunziker  
 © Nachdruck – auch auszugsweise – nur mit  
 schriftlicher Genehmigung des Verlages.