

Protonenpumpen-Inhibitoren und Schmerzmittel

Schlag auf den Magen kann abgewehrt werden

LONDON – Schmerzen scheinen zum Menschsein dazuzugehören. Zu deren Bekämpfung haben sich die nichtsteroidalen Antirheumatika bewährt. Jedoch nicht, ohne dafür einen Preis zu bezahlen: Sie greifen die Magenschleimhaut an. Mit Protonenpumpen-Inhibitoren kann diesem Umstand effektiv entgegengewirkt werden.

Störungen in Zusammenhang mit der Säureproduktion des Magens gehören zu den häufigsten Krankheiten, sowohl chronischer als auch akuter Art. Ihren Teil zu diesem Fakt haben in grossem Masse die nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR) sowie die niedrigdosierte Acetylsalicylsäure (ASS) beigetragen. NSAR gehören zu den am häufigsten eingenommenen Medikamenten in der erwachsenen Bevölkerung¹ und werden zur Behandlung chronischer Schmerzen, wie Arthritis oder Rückenschmerzen, Entzündungen und Fieberzuständen eingesetzt, die niedrigdosierte ASS zur Prävention von Herz- und Hirninfarkt bei kardiovaskulärer Erkrankung. Viele dieser Wirkstoffe sind rezeptfrei erhältlich, was die Kontrolle durch die Ärzte über die Einnahme beträchtlich erschwert. Doch diese effektiven Therapieansätze haben auch ihre Schattenseiten – sie sind ein harter Schlag auf den Magen. So wird das Risiko, eine obere gastrointestinale Blutung zu erleiden, durch die Einnahme von NSAR oder niedrigdosierter ASS um das Zweifache bis Vierfache erhöht.²

Die durch die NSAR zustande kommende Hemmung der Prostaglandinsynthese kann zu Erosionen der Magenschleimhaut führen, aus denen sich in 15 bis 30% ein peptisches Ulcus entwickelt,³ was wiederum zu einer schweren Magenblutung bis hin zum Tod führen kann.^{3,4} Aber nicht nur die Magenul-

zera und ihre Komplikationen sind ein Problem, rund 5 bis 30% der Patienten, die mit NSAR behandelt werden, leiden unter Dyspepsie,^{5,6} unabhängig davon, ob sich bereits ein Magenulcus entwickelt hat oder nicht. Die dyspeptischen Beschwerden sind dafür verantwortlich, dass in 10% die NSAR-Medikation



Professor Dr. Angel Lanás

abgebrochen wird, was zu einer unzureichenden und somit unbefriedigenden Schmerzbehandlung führt, wie Professor Dr. Angel Lanás, Chefarzt Gastroenterologie, Universität Zaragoza, an der *United European Gastroenterology Week* erklärt. Das Absetzen der ASS wiederum ist für 10% der akuten kardiovaskulären Ereignisse verantwortlich.⁷ „Die für den Patienten äusserst störenden dyspeptischen Beschwerden müssen wir zu verhindern versuchen, dann steigt automatisch auch die Compliance“, so der Gastroenterologe.

Es gibt Faktoren, die das relative Risiko, unter NSAR-Einnahme Ulcus-Komplikationen zu erleiden, erhöhen.^{8,9} An oberster Stelle mit einem relativen Risiko von 13,5 steht

eine bereits durchgemachte Ulcusblutung. Aber auch multiple (9,0) oder hoch dosierte (7,0) NSAR-Einnahme, Antikoagulation (6,4), unkomplizierte Ulcus-Anamnese (6,1), das Alter über 70 Jahre (5,6), eine Steroid-Einnahme (2,2) oder eine Infektion mit *Helicobacter pylori* (3,5) erhöhen das relative Risiko.^{8,9}

Bei Patienten, die NSAR einnehmen müssen, ist die individuelle Risikoabschätzung bezüglich kardiovaskulärer und gastrointestinaler Risikofaktoren entscheidend. Die allgemeinen Empfehlungen^{10,11,12} für Patienten mit zusätzlichen Risikofaktoren lauten:

1. Risiko reduzieren

- NSAR-Dosis senken
- Helicobacter pylori* eradizieren
- Kombination zweier NSAR oder mit Antikoagulantien oder Kortikosteroiden meiden

2. Medikamentöse Therapie

- Nicht-selektive NSAR plus Protonenpumpen-Inhibitor (PPI)
- Cyclooxygenase-2-Inhibitoren (COX-2)
- Bei Hochrisikopatienten COX-2-Inhibitor plus PPI

Die grossen Studien NASA (Nexium Anti-inflammatory Symptom Amelioration) und SPACE (Symptom Prevention by Acid Control with Esomeprazole) konnten zeigen, dass bei Patienten mit einer NSAR- oder COX-2-Inhibitor-Dauertherapie und konsekutiv gastrointestinalen Symptomen der PPI Esomeprazol (Nexium®) in der Dosierung von 20 und 40 mg sowohl in der Akuttherapie über vier Wochen¹³ als auch in der Erhaltungstherapie über sechs Monate eine signifikante Verbesserung der Symptome gegenüber Placebo brachte.¹⁴ Die

Risiko leichter kalkulieren

GerdQ – einfach für Patienten und Ärzte

LONDON – Bei der Diagnose und Behandlung der Refluxkrankheit läuft nicht alles so wie gewünscht. Verbesserungsansätze sind gefragt, wo jedoch liegen sie?

Die durch die gastroösophageale Refluxkrankheit (GERD) hervorgerufenen Symptome wie Sodbrennen und/oder Regurgitationen haben einen grossen Einfluss auf die Lebensqualität der Betroffenen.¹ „Obwohl mit den Protonenpumpen-Inhibitoren gute Therapieoptionen zur

Behandlung der gastroösophagealen Refluxkrankheit bestehen, behaupte ich, dass das Management suboptimal abläuft; wir können das besser!“, so Professor Dr. Peter Bytzer, Køge University Hospital, Kopenhagen.

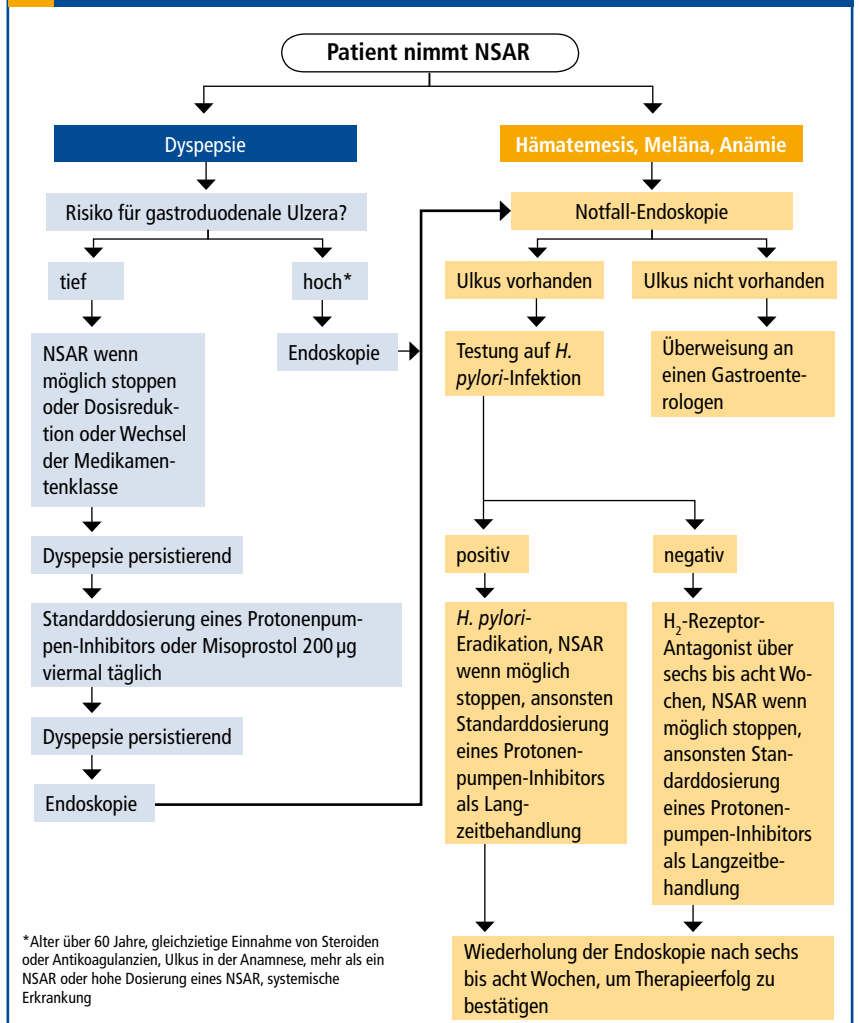
Um das GERD-Management zu verbessern, gibt es mehrere Strategien. Eine Möglichkeit ist der Einsatz von Fragebögen, wie z.B. dem ReQuest^{TM2} oder GerdQ³, die dabei helfen können, dass Ärzte GERD effektiv identifizieren können.

Der GerdQ, ein vereinfachter Fragebogen, bestehend aus nur sechs Punkten, wurde entwickelt,

um Ärzte in der Identifizierung der spezifischen Symptome eines gastroösophagealen Reflux, der Erkennung der Auswirkung dieser Symptome auf das Wohlbefinden und im effektiven Management von Patienten mit GERD-Symptomen zu unterstützen. Durch den einfach anzuwendenden Fragebogen wird ihnen die Diagnose erleichtert. Eine Überweisung an einen Spezialisten oder eine Endoskopie sind so initial oft nicht notwendig.

Ist eine GERD erstmals diagnostiziert worden, kann die Therapie optimiert und dadurch der hohe

Algorithmus für das Management gastrointestinaler Nebenwirkungen von NSAR



*Alter über 60 Jahre, gleichzeitige Einnahme von Steroiden oder Antikoagulantien, Ulcus in der Anamnese, mehr als ein NSAR oder hohe Dosierung eines NSAR, systemische Erkrankung

Quelle: Seager JM, Hawkey CJ, BMJ 2001; 323: 1236–1239

MT-Grafik

Wirksamkeit zur Ulkusprävention konnte in den Sechsmontats-Studien VENUS (USA) und PLUTO (multinational) gezeigt werden.¹⁵ Auch für die Einnahme von ASS konnten neuere Studien zeigen, dass Esomeprazol die Inzidenz einer Ulkuserkrankung signifikant senkte.^{16,17}

„Wenn wir ASS oder NSAR verschreiben, haben wir mit zwei Gegenspielern zu tun: Schaden und Nutzen. Oft fällt es nicht leicht, sie gegeneinander abzuwägen zu können“, so Prof. Lanás. Deshalb empfiehlt er, Risikokalkulatoren einzusetzen.

Referenzen:

- Bhatt D et al., *Circulation* 2008; 118: 1894–1909
- Weil J et al., *BMJ* 1995; 310: 827–830
- Laine L, *Gastroenterology* 2001; 120: 594–606

- Lanás A, Hirschowitz B, *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1999; 11: 375–382
- Larkai EN et al., *J Clin Gastroenterol* 1989; 11: 158–162
- Ofman J et al., *Arthritis Rheum* 2003; 49: 508–518
- Burger W et al., *J Intern Med* 2005; 257: 399–414
- García Rodríguez LA, Jick H, *Lancet* 1994; 343: 769–772
- Huang JQ et al., *Lancet* 2002; 359: 14–22
- Scheiman JM, Fendrick AM, *Lancet* 2007; 369: 1580–1581
- Chan FK et al., *Am J Gastroenterol* 2008; 103: 2908–2918
- Lanás A, Hunt R, *Ann Med* 2006; 38: 415–428
- Hawkey C et al., *Am J Gastroenterol* 2005; 100: 1028–1036
- Hawkey C et al., *Arthritis Res Ther* 2007; 9: R17
- Scheiman JM et al., *Am J Gastroenterol* 2006; 101: 701–710
- Yeomans N et al., *Am J Gastroenterol* 2008; 103: 2465–2473
- Scheiman JM et al., *Gastroenterology* 2009; 136 (5 Suppl 1): A-70, Abstr. 412

Die sechs Punkte des GerdQ-Fragebogens

- Wie häufig hatten Sie ein brennendes Gefühl hinter dem Brustbein (Sodbrennen)?
- Wie häufig ist bei Ihnen eine Aufwärtsbewegung von Mageninhalt (Flüssigkeiten oder Speisen) Richtung Hals und Mund aufgetreten (Aufstossen)?
- Wie häufig verspürten Sie Schmerzen in der Mitte des Oberbauchs?
- Wie häufig litten Sie an Übelkeit?
- Wie häufig konnten Sie aufgrund von Sodbrennen und/oder Aufstossen nachts nicht gut schlafen?
- Wie häufig nahmen Sie aufgrund von Sodbrennen und/oder Aufstossens zusätzlich zu den von Ihrem Arzt verordneten Medikamenten weitere Medikamente ein?

Elektronisch auf: www.reflux-elearning.ch/reflex-elearning.htm

IMPRESSUM

Idee und Konzeption: INTER MEDICAL, Grosspeterstrasse 23, Postfach, 4002 Basel
Information: AstraZeneca AG
Objektleitung: Dr. med. Christine Mücke
Redaktion: Dr. med. Nadja Pecinska, Winfried Powollik
Layout: Patrik Brunner
Produktion: Patrik Brunner

© Nachdruck – auch auszugsweise – nur mit schriftlicher Genehmigung des Verlages