

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeurolNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

Pharma-News

Journal für Neurologie

Neurochirurgie und Psychiatrie

2014; 15 (3), 175-181

Homepage:

www.kup.at/

JNeurolNeurochirPsychiatr

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Indexed in
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031117M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

77. Jahrestagung

Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie



2026
7.–10. Juni
AACHEN

Personalisierte Neurochirurgie – digital, kompetent, vernetzt

dgnc-kongress.de

Joint Meeting with the Belgian Society and the Dutch
Society of Neurosurgery and Neurosurgeons of Luxembourg

*Werfen Sie einen
Blick ins Programm!*



*Registrieren
Sie sich jetzt!*



Pharma-News

Relpax® (Eletriptan) Migräne? Zerbrich dir nicht den Kopf!

In Österreich leiden 26 % der Frauen und 11 % der Männer unter Migräne beziehungsweise unter häufigen Kopfschmerzen [1]. Triptane sind die führenden Medikamente in der Akuttherapie der Migräne, wobei kein anderes Triptan vor der Zulassung umfassender getestet wurde als Relpax® (Eletriptan), ein 5-HT_{1B/1D}-Rezeptoragonist der zweiten Generation [2].

Relpax® ist zugelassen bei Erwachsenen zur Akutbehandlung der Kopfschmerzphase von Migräneanfällen mit oder ohne Aura. Eine Einnahme von Relpax® sollte so früh wie möglich nach dem Beginn von Migränekopfschmerzen erfolgen. Die empfohlene Initialdosis beträgt 40 mg. Die Erstverordnung muss durch den Neurologen erfolgen. Relpax® ist in Österreich in den Darreichungsformen 20 mg (2/6 Stk.) und 40 mg (2/6 Stk.) erhältlich und in der Grünen Box frei verschreibbar.

Aus einer von Thorlund et al. im Jahr 2013 publizierten Studie ging hervor, dass Eletriptan im Vergleich zu anderen Triptanen die größte Wahrscheinlichkeit für anhaltende Schmerzfreiheit hatte [3].

Servicetool für Ihre Patienten

Um die einzelnen Kopfschmerzphasen mit den Begleitscheinungen Ihrer Patienten im Detail zu überwachen, können Sie gerne bei uns Kopfschmerzkalender anfordern und Ihren Patienten als Tagebuch zur Verfügung stellen.

Literatur:

1. Statistik Austria. Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/gesundheit/publdetail?id=4&listid=4&detail=457 [gesehen 30.01.2014].

2. Sandrini G, Perrotta A, Nappi G. Eletriptan: a review and new perspectives. *Expert Rev Neurother* 2006; 6: 1413–21.

3. Thorlund K, Mills EJ, Wu P, et al. Comparative efficacy of triptans for the abortive treatment of migraine: A multiple treatment comparison meta-analysis 2013. *Cephalalgia* 2014; 34: 258–67.

Fachkurzinformation nachstehend.

Weitere Informationen:

Pfizer Corporation Austria Ges.m.b.H.
A-1210 Wien
Floridsdorfer Hauptstraße 1



REL-002-14/1/22.01.2014

Fachkurzinformation

REL PAX® 20 mg – Filmtabletten/REL PAX® 40 mg – Filmtabletten. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: 20 mg: Jede Filmtablette enthält 20 mg Eletriptan (als Hydrobromid). *Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung:* Jede Filmtablette enthält 23 mg Lactose und 0,036 mg Gelborange S. 40 mg: Jede Filmtablette enthält 40 mg Eletriptan (als Hydrobromid). *Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung:* Jede Filmtablette enthält 46 mg Lactose und 0,072 mg Gelborange S. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Tablettenkern: mikrokristalline Cellulose, Lactose-Monohydrat, Croscarmellose-Natrium und Magnesiumstearat. Filmüberzug: Titandioxid (E171), Hypromellose, Lactose-Monohydrat, Triacetin und Gelborange S FCF Aluminiumsalz (E110). **Anwendungsgebiete:** REL PAX wird angewendet bei Erwachsenen zur Akutbehandlung der Kopfschmerzphase von Migräneanfällen mit oder ohne Aura. **Gegenanzeigen:** REL PAX ist kontraindiziert bei Patienten mit: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff Eletriptanhydrobromid oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. Schwerer Leber- oder Niereninsuffizienz. Mittelschwerer oder schwerer Hypertonie oder unbehandelter leichter Hypertonie. Nachgewiesener koronarer Herzkrankheit einschließlich ischämischer Herzkrankheit (Angina pectoris, Myokardinfarkt in der Anamnese oder nachgewiesene stumme Ischämie). Patienten mit Koronararterienspasmen (Prinzmetal-Angina), objektiven oder subjektiven Symptomen einer ischämischen Herzkrankheit. Signifikanten Arrhythmien oder Herzinsuffizienz. Peripherer Gefäß-erkrankung. Schlaganfällen oder transitorischen ischämischen Attacken (TIA) in der Anamnese. Anwendung von Ergotamin oder Ergotaminderivaten (einschließlich Methysergid) innerhalb von 24 Stunden vor oder nach der Behandlung mit Eletriptan (siehe Abschnitt 4.5). Gleichzeitiger Anwendung anderer 5-HT₁-Rezeptor-Agonisten gemeinsam mit Eletriptan. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** selektive Serotonin 5-HT₁-Rezeptor-Agonisten. ATC-Code: NO2C C06. **Inhaber der Zulassung:** Pfizer Corporation Austria Ges.m.b.H., Wien. **Stand der Information:** 05/2014. **Rezeptpflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Angaben zu besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.**

Die Kombi bringt's!

Azilect® (Rasagilin) verzögert als MAO- (Monoaminoxidase-) B-Hemmer der 2. Generation den Abbau von endogenem sowie exogenem Dopamin, wodurch einer pulsatischen Stimulation der Dopaminrezeptoren durch L-Dopa entgegengewirkt wird [1]. Eine Kombinationstherapie mit L-Dopa und Azilect® ist gemäß den österreichischen Parkinson-Leitlinien empfohlen [2].

Inwiefern profitieren Patienten von einer Kombinationstherapie mit Azilect®?

In Kombination mit L-Dopa reduziert Azilect® die tägliche Off-Zeit im Vergleich zu Placebo signifikant (in der PRESTO-Studie um 0,94 Stunden [$p < 0,001$]; in der LARGO-Studie um 0,78 Stunden [$p < 0,0001$]) [3, 4].

Auch die tägliche On-Zeit ohne Dyskinesien wird durch eine Kombinationstherapie mit L-Dopa und Azilect® signifikant verlängert (in der PRESTO-Studie um 0,78 Stunden [$p < 0,004$]; in der LARGO-Studie um 0,82 Stunden [$p < 0,0005$]) [3, 4].

Insgesamt mildert eine Kombinationstherapie nicht nur motorische Fluktuationen, sondern auch signifikant ($p < 0,05$) alle Kardinalsymptome: Bradykinesie, Rigor, Tremor, posturale Instabilität und Gangstörungen [5].

Literatur:

1. Thébaud JJ et al. Tolerability, safety, pharmacodynamics, and pharmacokinetics of rasagiline: a potent, selective, and irreversible monoamine oxidase type B inhibitor. *Pharmacotherapy* 2004; 24: 1295–305.
2. Leitliniengruppe der ÖPG. Leitlinien zur Behandlung der Parkinson-Krankheit. *NeuroLogisch* 2012; 3 (Supplementum).
3. Parkinson Study Group. A randomized placebo-controlled trial of rasagiline in levodopa-treated pa-

tients with Parkinson disease and motor fluctuations: the PRESTO study. *Arch Neurol* 2005; 62: 241–8.

4. Rascol O et al. Rasagiline as an adjunct to levodopa in patients with Parkinson's disease and motor fluctuations (LARGO, Lasting effect in Adjunct therapy with Rasagiline Given Once daily, study): a randomised, double-blind, parallel-group trial. *Lancet* 2005; 365: 947–54.

5. Elmer LW. Rasagiline adjunct therapy in patients with Parkinson's disease: post hoc analyses of the PRESTO and LARGO trials. *Parkinsonism Relat Disord* 2013; 19: 930–6.

Weitere Informationen:



Lundbeck Austria GmbH

Mag. Sylvia Schiner

A-1200 Wien

Dresdnerstraße 82

E-Mail: SYKU@lundbeck.com

Fachkurzinformation

AZILECT 1 mg Tabletten. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jede Tablette enthält 1 mg Rasagilin (als Mesilat). *Liste der sonstigen Bestandteile:* Mannitol (Ph. Eur.), Maisstärke, Vorverkleisterte Stärke (aus Mais), Hochdisperses Siliciumdioxid, Stearinsäure (Ph. Eur.), Talkum. **Anwendungsgebiete:** Azilect ist zur Behandlung der idiopathischen Parkinson-Krankheit (PK) als Monotherapie (ohne Levodopa) oder als Zusatztherapie (mit Levodopa) bei Patienten mit End-of-dose-Fluktuationen indiziert. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den arzneilich wirksamen Bestandteil oder einen der sonstigen Bestandteile (siehe Fachinformation Abschnitt 6.1). Gleichzeitige Behandlung mit anderen Monoaminoxidase-(MAO)-Hemmern (einschließlich nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel und Naturheilmittel z.B. Johanniskraut) oder Pethidin (siehe Fachinformation Abschnitt 4.5). Mindestens 14 Tage müssen zwischen dem Absetzen von Rasagilin und der Einleitung einer Behandlung mit MAO-Hemmern oder Pethidin liegen. Rasagilin ist bei Patienten mit stark eingeschränkter Leberfunktion kontraindiziert. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Monoaminoxidase-B-Hemmer, ATC-Code: N04BD02. **Inhaber der Zulassung:** Teva Pharma GmbH, Ulm, Deutschland. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Weitere Angaben zu Dosierung, Nebenwirkungen, Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und zu den besonderen Warnhinweisen zur sicheren Anwendung sind der vollständigen Fachinformation zu entnehmen.** **Stand:** Jänner 2014.

Memolan® – 1 x täglich bei Alzheimer-Demenz

Zur Behandlung von moderater bis schwerer Alzheimer-Demenz steht mit Memolan® das erste Memantin-Markengenerikum zur ökonomischen Verordnung zur Verfügung (Gelbe Box, RE2).^{1, 2)}

Memantin greift im zentralen Nervensystem in das glutamaterge System ein. Der Neurotransmitter Glutamat führt in erhöhter Konzentration zur Übererregung von NMDA-Rezeptoren, wodurch neuronale Funktionsstörungen hervorgerufen werden können. Memantin reguliert als NMDA-Rezeptor-Antagonist die Wirkung pathologisch erhöhter toxischer Konzentrationen von Glutamat und ist als einzige Substanz zur Behandlung von moderater bis schwerer Alzheimer-Demenz indiziert.²⁾

Bewährte Behandlung – ökonomische Verordnung

Memolan® steht Ihnen zur Behandlung Ihrer Patienten in den bewährten Wirkstärken 10 mg (teilbare Filmtabletten) und 20 mg zur Verfügung. Das bewährte

Memolan®

Memantin

Behandlungsschema – nur 1 Tablette täglich – kann mit Memolan® ebenso gewährleistet werden wie eine laktosefreie Erhaltungstherapie mit 1 x täglich 20 mg.

Zudem können Patienten mit Nierenfunktionsstörungen mit nur 1 Tablette täglich behandelt werden: Für Patienten mit einer Kreatinin-Clearance von 5–29 ml/min ist eine Tagesdosis von 10 mg angezeigt. Patienten mit einer mittelschweren Nierenfunktionsstörung (30–49 ml/min) erhalten ebenfalls 10 mg Memantin täglich und können bei guter Verträglichkeit über mind. 7 Tage auf eine Tagesdosis von 20 mg auftitriert werden.

Qualität und Ökonomie

Der perforierte Blister ermöglicht das problemlose Vorbereiten von Memolan®-Filmtabletten in Tablettenschachteln für einen längeren Zeitraum. Die Filmtabletten bleiben sicher verpackt und können dennoch einzeln vom Blister abgetrennt werden – ohne Qualitäts- und Stabilitätsverlust durch Lagerung außerhalb des Blisters.



Echte Monatspackungen zu 30 Stk. (weitere: 10 Stk.-Packungen) sprechen ebenso für Memolan® wie die ökonomische Verordnung unseres Markengenerikums aus der Gelben Box (RE2).¹⁾

Weitere Informationen:

GEROT LANNACH

Mag. (FH) Heidrun Valencak

G.L. Pharma GmbH

A-8502 Lannach

Schlossplatz 1

Tel. 03136 / 825 77-211

E-Mail:

heidrun.valencak@gl-pharma.at

¹⁾ WVZ 07/2014

²⁾ Siehe Fachinformation Memolan® (Stand 12/2013)

Fachkurzinformation

Memolan 10 mg-Filmtabletten, Memolan 20 mg-Filmtabletten. Zusammensetzung: 1 Filmtablette enthält 10 mg Memantinhydrochlorid entsprechend 8,31 mg Memantin. **Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung:** 78,61 mg Lactose (als Lactose-Monohydrat). 1 Filmtablette enthält 20 mg Memantinhydrochlorid entsprechend 16,62 mg Memantin. **Sonstige Bestandteile:** 10 mg-Filmtabletten: *Tablettenkern:* Mikrokristalline Cellulose, Povidon K 30, Hochdisperses Siliciumdioxid, Talkum, Magnesiumstearat; *Filmüberzug:* Hypromellose, Titandioxid (E 171), Macrogol 400. 20 mg-Filmtabletten: *Tablettenkern:* Mikrokristalline Cellulose, Hochdisperses Siliciumdioxid, Croscarmellose-Natrium, Talkum, Magnesiumstearat; *Filmüberzug:* Hypromellose, Hydroxypropylcellulose, Talkum, Titandioxid (E 171), Eisenoxid rot (E 172), Eisenoxid schwarz (E 172). **Anwendungsgebiete:** Zur Behandlung von Patienten mit moderater bis schwerer Alzheimer-Demenz. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Wirkstoffgruppe:** Pharmakotherapeutische Gruppe: Psychoanaleptika; Andere Antidementiva; **ATC-Code:** N06DX01 **Inhaber der Zulassung:** G.L. Pharma GmbH, 8502 Lannach, Österreich. **Rezeptpflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Packungsgrößen:** 10 und 30 Stück. **Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie Angaben über Gewöhnungseffekte entnehmen Sie bitte den veröffentlichten Fachinformationen!**

update: 01/2014

Calmolan® retard: Den Alltag unter Kontrolle

*Bioäquivalent und ökonomisch:
Seit 01.02.2014 steht mit Calmolan®
retard Pramipexol in retardierter
Form als Markengenerikum zur Ver-
fügung – bioäquivalent zum Erst-
anbieter in der Grünen Box!¹⁾*

Der Dopaminagonist Pramipexol ist ein bewährter Wirkstoff in der Therapie des idiopathischen Morbus Parkinson und wird zur symptomatischen Behandlung allein oder in Kombination (Levodopa) angewandt. Pramipexol steht in zwei unterschiedlichen Darreichungsformen (retardiert und unretardiert) zur Verfügung und ist während des gesamten Krankheitsverlaufs bis hin zum fortgeschrittenen Stadium zur Therapie angezeigt.²⁾

Zwei Darreichungsformen – ein Name Calmolan® retard und Calmolan® umfassen Pramipexol in retardierter und unretardierter Form unter einem Markennamen. Bei einem Wechsel zwischen den beiden Darreichungsformen, z. B. aus Gründen der Compliance (IR auf XR) oder bei beeinträchtigter Nie-

Calmolan® retard

Pramipexol

renfunktion³⁾ (XR auf IR), kann die Therapie Ihrer Patienten mit dem gleichnamigen Medikament fortgesetzt werden.²⁾

Mit Calmolan® retard steht Ihnen seit 01.02.2014 eine ökonomische Alternative zur Behandlung Ihrer Patienten zur Verfügung. Das Markengenerikum ist bioäquivalent zum Erstanbieter in den bewährten Wirkstärken 0,26 mg (10 Stk.), 0,52 mg, 1,05 mg, 2,1 mg (je 10 und 30 Stk.) sowie 3,15 mg (30 Stk.) in der Grünen Box verfügbar.¹⁾

Calmolan® Tabletten – Pramipexol in unretardierter Form – sind ebenfalls in sämtlichen bewährten Wirkstärken und Packungsgrößen zur Verordnung aus der Grünen Box erhältlich: 0,088 mg (30 Stk.), 0,18 mg, 0,35 mg, 0,7 mg

(je 30 und 100 Stk. – in gleiche Dosen teilbare Tabletten).^{1, 2)}

Ein starker österreichischer Partner Gerot Lannach ist bereits seit vielen Jahren Ihr starker österreichischer Partner. Neben gleichbleibend hoher Qualität unserer Produkte ist uns vor allem die Lieferfähigkeit unserer Markengenerika wichtig.

Calmolan® retard und Calmolan® – die ökonomische Alternative für Ihre Parkinson-Patienten!

Weitere Informationen:

GEROT  **LANNACH**

Mag. (FH) Heidrun Valencak
G. L. Pharma GmbH
A-8502 Lannach
Schlossplatz 1
Tel.: 03136 / 825 77-211
E-Mail:
heidrun.valencak@gl-pharma.at

¹⁾ WVZ 06/2014

²⁾ Siehe Fachinformation Calmolan® retard (Stand 08/2013) bzw. Calmolan® (Stand 09/2013)

³⁾ Bei einer Kreatinin-Clearance von unter 30 ml/min wird die Behandlung mit Calmolan® retard nicht empfohlen. Als Alternative stehen jedoch Calmolan®-Tabletten (unretardiert) zur Verfügung. Weitere Informationen zur Dosierung entnehmen Sie bitte den Fachinformationen.

Fachkurzinformation

Calmolan retard 0,26/0,52/1,05/2,10/3,15 mg-Tabletten. Zusammensetzung: 1 Tablette enthält 0,375/0,75/1,5/3/4,5 mg Pramipexoldihydrochlorid-Monohydrat entsprechend 0,26/0,52/1,05/2,10/3,15 mg Pramipexol. **Sonstige Bestandteile:** Hypromellose 2208, dibasisches Calciumphosphat (wasserfrei), Magnesiumstearat, hochdisperses Siliciumdioxid. **Anwendungsgebiete:** Calmolan retard ist bei Erwachsenen angezeigt zur symptomatischen Behandlung des idiopathischen Morbus Parkinson, allein (ohne Levodopa) oder in Kombination mit Levodopa, d.h. während des gesamten Krankheitsverlaufs bis hin zum fortgeschrittenen Stadium, in dem die Wirkung von Levodopa nachlässt oder unregelmäßig wird und Schwankungen der therapeutischen Wirkung auftreten (sog. End-of-Dose- oder On-Off-Phänomene). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Wirkstoffgruppe:** Pharmakotherapeutische Gruppe: Antiparkinsonmittel, Dopaminagonist; **ATC-Code:** N04BC05 **Inhaber der Zulassung:** G.L. Pharma GmbH, 8502 Lannach. **Rezept- und apothekenpflichtig. Wiederholte Abgabe verboten. Packungsgrößen:** 0,26 mg: 10 Stück; 0,52/1,05/2,10 mg: 10 und 30 Stück; 3,15 mg: 30 Stück. **Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie Angaben über Gewöhnungseffekte entnehmen Sie bitte den veröffentlichten Fachinformationen!** **update:** 08/2013

Calmolan 0,088 mg-Tabletten, Calmolan 0,18 mg-Tabletten, Calmolan 0,35 mg-Tabletten, Calmolan 0,7 mg-Tabletten. Zusammensetzung: Calmolan 0,088 mg-Tabletten: 1 Tablette enthält 0,088 mg Pramipexol-Base (als 0,125 mg Pramipexoldihydrochlorid-Monohydrat). Calmolan 0,18 mg-Tabletten: 1 Tablette enthält 0,18 mg Pramipexol-Base (als 0,25 mg Pramipexoldihydrochlorid-Monohydrat). Calmolan 0,35 mg-Tabletten: 1 Tablette enthält 0,35 mg Pramipexol-Base (als 0,5 mg Pramipexoldihydrochlorid-Monohydrat). Calmolan 0,7 mg-Tabletten: 1 Tablette enthält 0,7 mg Pramipexol-Base (als 1,0 mg Pramipexoldihydrochlorid-Monohydrat). **Sonstige Bestandteile:** Mannitol, Maisstärke, hochdisperses Siliciumdioxid, vorverkleisterte Stärke, Povidon K-30, Magnesiumstearat. **Anwendungsgebiete:** Calmolan ist bei Erwachsenen angezeigt zur symptomatischen Behandlung des idiopathischen Morbus Parkinson, allein (ohne Levodopa) oder in Kombination mit Levodopa, d.h. während des gesamten Krankheitsverlaufs bis hin zum fortgeschrittenen Stadium, in dem die Wirkung von Levodopa nachlässt oder unregelmäßig wird und Schwankungen der therapeutischen Wirkung auftreten (sog. End-of-Dose- oder On-Off-Phänomene). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Wirkstoffgruppe:** Pharmakotherapeutische Gruppe: Antiparkinsonmittel, Dopaminagonist; **ATC-Code:** N04BC05 **Inhaber der Zulassung:** G.L. Pharma GmbH, 8502 Lannach. **Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. Packungsgrößen:** Calmolan 0,088 mg-Tabletten: 30 Stück; Calmolan 0,18 mg/0,35 mg/0,7 mg-Tabletten: 30 und 100 Stück. **Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie Angaben über Gewöhnungseffekte entnehmen Sie bitte den veröffentlichten Fachinformationen!** **update:** 09/2013

MS-Patientenservice der nächsten Generation

Auf die Frage „Wie geht es Ihnen?“ werden Sie von Ihren MS-Patienten/-innen immer eine Antwort bekommen, aber die Frage „Wie ist es Ihnen in den letzten 3 bis 6 Monaten ergangen?“, stellt eine Herausforderung dar. Merck Serono ermöglicht es ihren MS-Patienten/-innen, genau zu antworten.



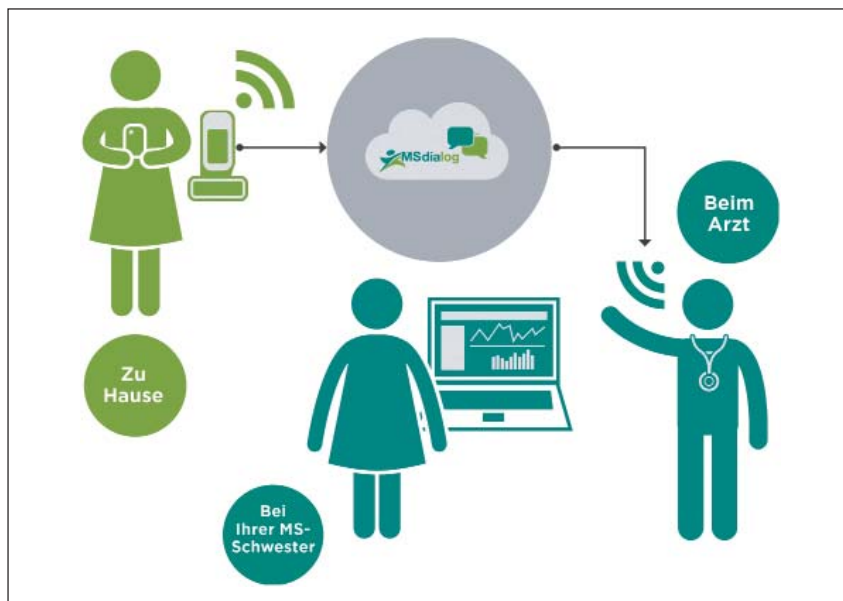
MSdialog™ – das erste webbasierte Tool zum Managen der MS!

MSdialog™ kombiniert erstmalig Informationen aus der neuen Generation des elektronischen Autoinjektors RebiSmart® 2.0 mit „Wie geht es Ihnen“-Berichten, die Ihre Patienten/-innen zu Hause auf ihrem PC oder unterwegs auf ihrem Smartphone ausfüllen können. MSdialog™ ermöglicht:

- laufende Befindlichkeitsberichte basierend auf den persönlichen Erfahrungen,
- Kombination dieser Berichte mit den RebiSmart® 2.0 Informationen,
- Erinnerungen an künftige Termine, die Medikamenteneinnahme und Gesundheitsberichte.

2009 brachte Merck Serono den RebiSmart® auf den Markt, das erste Injektionsdevice für MS-Patient/-innen. Der neue RebiSmart® 2.0 hat weitere, neue Funktionen, die speziell nach den Bedürfnissen der MS-Patienten entwickelt wurden:

- NEU: noch patientenfreundlicher mit optimiertem Screen und weiteren Sprachen wie Serbisch und Kroatisch
- NEU: innovative „Priming“ Funktion zur Verminderung lokaler Hautreaktionen



- NEU: optimierte Kalenderansicht und grafische Darstellung des Injektionsprotokolls inkl. wöchentlicher Adhärenzübersicht

Die einzigartige Kombination aus MSdialog™ und dem optimierten, elektronischen Autoinjektor RebiSmart® 2.0 bietet einen Gesamtüberblick sowohl über das Befinden der Patienten, als auch über die Therapietreue/Einhaltung der

Therapie. Die Injektionsdaten aus dem RebiSmart® 2.0, die mittels Transmitter übertragen werden, ermöglichen mit den Informationen aus MSdialog™ einen völlig neuartigen Weg in der Arzt-Patienten-Kommunikation.

Steigen auch Sie ein in die nächste Generation des MS-Managements mit RebiSmart® 2.0 und MSdialog™

Merck Serono stellt Ihren Patienten/-innen MSdialog™ sowie RebiSmart® 2.0 inklusive Transmitter zur drahtlosen Übertragung der Informationen zu MSdialog™ kostenlos unter der Serviceline

0800 344 322

zur Verfügung.

Fragen Sie Ihren Merck Serono Key-Account-Manager oder beim MS-Patientenservice-Team über den Wechsel zur neuesten Version von RebiSmart® 2.0 und zum Einstieg in MSdialog™.

Weitere Informationen:

Merck GmbH
A-1147 Wien, Zimbaggasse 5
Serviceline: 0800 / 344 322

RE-2014/07-BIO-67-D, Juli 2014

Apixaban (Eliquis®): Direkte orale Antikoagulanzen interdisziplinär betrachtet*

Redaktion: Dr. Claudia Uhler

Apixaban reduziert gegenüber Warfarin signifikant die Inzidenz von Schlaganfällen und thromboembolischen Ereignissen bei Patienten mit nicht-valvulärem Vorhofflimmern, und dies bei geringerem Blutungsrisiko. Ein Vorteil der zweimal täglichen Dosierung ist „forgiveness“ beim Auslassen einer einzelnen Einnahme.

Vorhofflimmern (VHF) ist mit einer Prävalenz von 1–2 % in der Allgemeinbevölkerung die häufigste kardiale Arrhythmie und vervielfacht das Risiko für das Auftreten eines Schlaganfalls. Einer von fünf Schlaganfällen ist auf VHF zurückzuführen [1]. Die ESC-Guidelines zum Management des VHF empfehlen daher bei allen Patienten mit VHF ab dem 65. Lebensjahr und einem erhöhtem Schlaganfallrisiko (CHA₂DS₂-VASc-Score ≥ 2) eine Schlaganfallprävention mit einem oralen Antikoagulans; bei einem CHA₂DS₂-VASc-Score von 1 soll eine solche in Erwägung gezogen werden [2].

Apixaban: niedrigeres Schlaganfallrisiko und weniger Blutungen als unter Warfarin

Für Patienten mit nicht-valvulärem VHF stehen mittlerweile direkt wirksame Antikoagulanzen (DOAK) zur Verfügung, die klinisch relevante Vorteile gegenüber der bisherigen Standardtherapie mit Vitamin-K-Antagonisten (VKA) haben. Wie **Univ.-Prof. Dr. Helmut Pürerfellner**, 2. Interne Abteilung, KH der Elisabethinen, Linz, im Rahmen eines Symposiums bei der diesjährigen Jahrestagung der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft (ÖKG)[#] ausführte, konnten mit Apixaban in der ARISTOTLE-Studie [3] im Vergleich zu Warfarin Schlaganfälle und systemische Embolien um 21 % ($p = 0,01$), schwere Blutungen um 31 % ($p < 0,001$) und die Gesamtmortalität um 11 % ($p = 0,047$) verringert werden (jeweils relative Risikoreduktion). Gastrointesti-

nale Blutungen waren unter Apixaban und unter Warfarin vergleichbar häufig. Umgerechnet bedeutet dies: Pro 1.000 Patienten mit nicht-valvulärem VHF und erhöhtem Schlaganfallrisiko, die über 1,8 Jahre mit Apixaban an Stelle von Warfarin behandelt wurden, konnten 6 Schlaganfälle, 15 schwere Blutungen und 8 Todesfälle vermieden werden.

Apixaban verringerte das Risiko für Schlaganfall, Tod und schwere Blutungen im Vergleich zu Warfarin unabhängig von der Art und Dauer des Vorhofflimmerns (Subanalyse der ARISTOTLE-Studie [4]). Die Kardioversion unter Apixaban erwies sich in ARISTOTLE als ebenso sicher wie unter Warfarin: Klinische Ereignisse im Zeitraum von 30 Tagen nach Kardioversion wurden in beiden Gruppen vergleichbar selten beobachtet [5].

Pürerfellner bewertete Apixaban als eine attraktive Alternative zu Vitamin-K-Antagonisten mit einem günstigen Verhältnis von Effektivität und Sicherheit.

Orale Antikoagulation bei Niereninsuffizienz

Überlegungen zum Einsatz oraler Antikoagulanzen bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion präsentierte **Univ.-Prof. Dr. Alexander R. Rosenkranz**, Klinische Abteilung für Nephrologie, Universitätsklinik für Innere Medizin, Medizinische Universität Graz. Er verwies auf das Problem der eklatanten Unterdiagnostik der chronischen Nierenerkrankung (chronic kidney disease – CKD) sogar im Spitalsbereich. Im Rahmen einer Grazer Studie waren bei Spitalsentlassung nur 38,1 % der Patienten in Bezug auf ihre Nierenfunktion richtig eingestuft und bei vielen Patienten blieb eine eingeschränkte Nierenfunktion unerkannt [6].

Mit sinkender Nierenfunktion steigt die Prävalenz des VHF [7] und das Risiko für thromboembolische Ereignisse [8] wie auch für Schlaganfall [9]. „Diese Daten unterstreichen die Wichtigkeit der antithrombotischen Therapie bei Patienten mit CKD“, sagte Rosenkranz: „Gerade in dieser Population ist der Ziel-INR einer Therapie mit Vitamin-K-Antagonisten insbesondere hinsichtlich des Blutungsrisikos völlig unklar.“ Aus nephrologischer Sicht bestünden, so Rosenkranz, zudem Vorbehalte gegen-

über VKA, da diese die koronare Kalzifizierung fördern könnten [10, 11], die ein Prädiktor für die Mortalität von Dialysepatienten ist [12].

Für Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz bieten sich DOAK als Alternative zu VKA an, wobei die ESC in ihren Guidelines einen Einsatz der DOAK unterhalb einer CrCl von 30 ml/min nicht empfiehlt [2]. DOAK werden in unterschiedlichem Ausmaß über die Nieren ausgeschieden, wobei die Faktor-Xa-Hemmer Apixaban und Rivaroxaban eine deutlich geringere renale Clearance aufweisen als der Thrombinhemmer Dabigatran [13]. Gemäß einer Subanalyse aus ARISTOTLE senkte Apixaban das Risiko für Schlaganfall und thromboembolische Ereignisse im Vergleich zur Warfarin unabhängig von der Nierenfunktion. Dabei ist zu beachten, dass Patienten mit einer Kreatinin-Clearance (CrCl) unter 25 ml/min ausgeschlossen waren [14].

Bei leichter oder mäßiger Nierenfunktionsstörung ist keine Dosisanpassung von Apixaban erforderlich. Bei Patienten, bei denen zumindest 2 der 3 Kriterien Serumkreatinin $\geq 1,5$ mg/dl, Alter ≥ 80 Jahre oder Körpergewicht ≤ 60 kg zutreffen, sollte – wie bei schwerer Nierenfunktionsstörung (CrCl 15–29 ml/min) – die Dosis auf Apixaban 2,5 mg zweimal täglich reduziert werden. Aufgrund fehlender klinischer Erfahrungen wird Apixaban bei Patienten mit CrCl < 15 ml/min oder bei Patienten unter Dialyse nicht empfohlen [15].

Warum zweimal täglich besser sein kann als einmal täglich

Langzeittherapien wie die Schlaganfallprävention bei Patienten mit VHF stellen hohe Anforderungen an die Medikamentenadhärenz, also die Übereinstimmung des Verhaltens des Patienten mit den Empfehlungen des Arztes zur Medikamenteneinnahme. Idealerweise wird die verordnete Medikation in der korrekten Dosierung zum vorgegebenen Zeitpunkt über den erforderlichen Zeitraum ohne Unterbrechung eingenommen. Wie **Bernard Vrijens**, Chief Science Officer, MWV Healthcare, Professor für Biostatistik, Universität von Liège, Belgien, festhielt, weichen die Einnahmestrukturen von Patienten in der Praxis in unterschiedlichem Maß von diesem Ideal ab.

* Nachdruck aus Universum Innere Medizin 6/2014
[#] „Direkte orale Antikoagulanzen – eine interdisziplinäre Betrachtung“, Satellitensymposium von Bristol-Myers Squibb/Pfizer im Rahmen der ÖKG-Jahrestagung, Salzburg, 29.05.2014

Eine Warfarin-Therapie wurde einer Persistenzstudie zufolge nur von 35 % der Patienten länger als 5 Jahre fortgesetzt [16]. Eine Studie zur Adhärenz ergab, dass 36 % der Patienten über 20 % ihrer Warfarin-Dosen nicht eingenommen hatten, und 10 % der Patienten zusätzliche Dosen zumindest der Packung entnommen hatten [17].

Auf den ersten Blick scheint eine einmal tägliche Gabe eines Medikaments in Hinblick auf die Adhärenz einen Vorteil gegenüber einer zweimal täglichen Gabe zu haben. So zeigen drei Reviews einen inversen Zusammenhang zwischen Adhärenz und Dosisfrequenz [18–20]. Speziell bei oralen Antikoagulanzen könnte sich jedoch eine zweimal tägliche Einnahme als günstig erweisen, und dies nicht nur wegen der konstanteren Plasmaspiegel: Denn gerade das Dosisregime von oralen Antikoagulanzen sollte ein einmaliges Vergessen möglichst „verzeihen“. Diese „forgiveness“ ist ein wichtiger Vorteil einer zweimal täglichen Gabe: Abbildung 1 zeigt in einem pharmakokinetischen Modell (Substanz mit Pharmakokinetik 1. Ordnung, 1-Kompartiment-Modell) den Unterschied im Serumspiegelverlauf unter beiden Einnahmeregimen. Wird einmalig auf die Einnahme eines einmal täglich einzunehmenden Wirkstoffs vergessen, sinkt die Serumkonzentration bereits deutlich ab. Bei Aufteilung der Gesamttagesdosis auf 2 Einzelgaben wird ein vergleichbar tiefer Talspiegel jedoch erst nach zwei bis drei ausgelassenen Einzeldosen erreicht. Das deutet auf eine höhere „forgiveness“ eines zweimal täglichen Therapieregimes hin.

Ein wesentlicher Faktor für hohe Adhärenz ist unzweifelhaft die ausführliche Information des Patienten über die Notwendigkeit einer dauerhaften oralen Antikoagulation zur Senkung des Schlaganfallrisikos. Ein gezieltes Gespräch auf Basis von zuverlässigen Adhärenzdaten kann ein fehlerhaftes Einnahmeverhalten bewusst machen und das Verhalten des Patienten nachhaltig verbessern [21, 22].

Die AEGEAN- (Assessment of an Education and Guidance Programme for Eliquis Adherence in Non-Valvular Atrial Fibrillation-) Studie soll Aufschluss darüber geben, ob eine spezifische Schulung von Patienten innerhalb

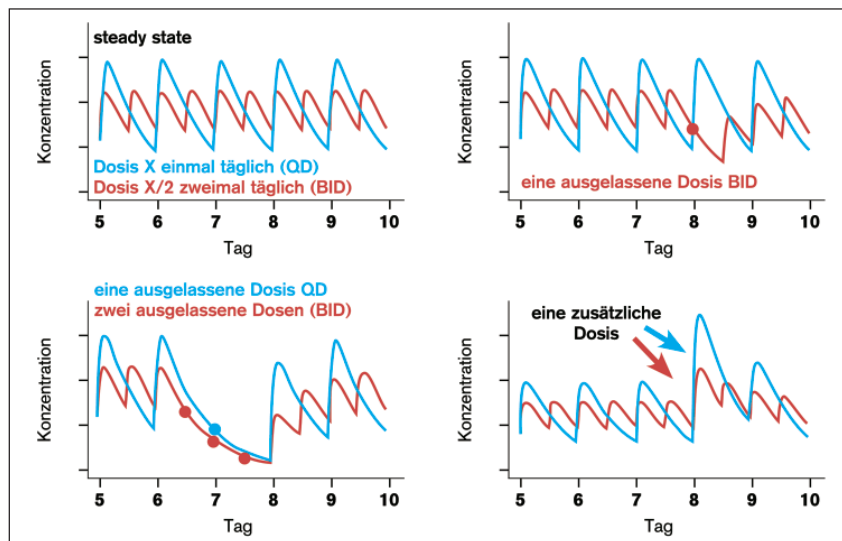


Abbildung 1: Einfluss ausgelassener bzw. doppelter Einnahme von Wirkstoffen auf die Serumspiegelverläufe: 1x vs. 2x tägliche Einnahme ($T_{1/2} = 12\text{h}$, $T_{\text{max}} = 3\text{h}$) (Quelle: Vrijens B, 2014, MWV Adherence Knowledge Center).

der ersten sechs Monate einer Therapie mit Apixaban die Adhärenz gegenüber einer allgemein üblichen Standardinformation verbessern kann. Evaluert werden auch die optimale Dauer eines solchen Programms sowie die Risikofaktoren für mangelnde Adhärenz. Diese multizentrische europäische Interventionsstudie wird insgesamt > 1.000 Patienten einschließen und soll im September 2015 abgeschlossen werden.

Literatur:

1. Camm AJ et al. Guidelines for the management of atrial fibrillation: the Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2010; 31: 2369–429.
2. Camm AJ et al. 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation: an update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation – developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association. Europace 2012; 14: 1385–413.
3. Granger CB et al. Apixaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation. N Engl J Med 2011; 365: 981–92.
4. Al-Khatib SM et al. Outcomes of apixaban vs. warfarin by type and duration of atrial fibrillation: results from the ARISTOTLE trial. Eur Heart J 2013; 34: 2464–71.
5. Flaker G et al. Efficacy and safety of apixaban in patients after cardioversion for apixaban: insights from the ARISTOTLE Trial (Apixaban for Reduction in Stroke and Other Thromboembolic Events in Atrial Fibrillation). Am Coll Cardiol 2014; 63: 1082–7.
6. Friedl C et al. Awareness of chronic kidney disease in Austria: a frequently under-recognized clinical picture. Wien Klin Wochenschr 2013; 125: 362–7.
7. Reinecke H. Dilemmas in the management of atrial fibrillation in chronic kidney disease. J Am Soc Nephrol 2009; 20: 705–11.
8. Go AS et al. Impact of proteinuria and glomerular filtration rate on risk of thromboembolism in atrial fibrillation: the anticoagulation and risk factors in atrial fibrillation (ATRIA) study. Circulation 2009; 119: 1363–9.
9. Olesen JB et al. Stroke and bleeding in atrial fibrillation with chronic kidney disease. N Engl J Med 2012; 367: 625–35.
10. Danziger J. Vitamin K-dependent proteins, warfarin, and vascular calcification. Clin J Am Soc Nephrol 2008; 3: 1504–10.
11. Krueger T et al. Vitamin K deficiency in CKD patients: a modifiable risk factor for vascular calcification? Kidney Int 2009; 76: 18–22.

12. Shantouf RS et al. Total and individual coronary artery calcium scores as independent predictors of mortality in hemodialysis patients. Am J Nephrol 2010; 31: 419–25.

13. Hart RG et al. Anticoagulants in atrial fibrillation patients with chronic kidney disease. Nat Rev Nephrol 2012; 8: 569–78.

14. Hohnloser SH et al. Efficacy of apixaban when compared with warfarin in relation to renal function in patients with atrial fibrillation: insights from the ARISTOTLE trial. Eur Heart J 2012; 33: 2821–30.

15. Eliquis®-Fachinformation in der aktuellen Fassung.

16. Gallagher AM et al. Initiation and persistence of warfarin or aspirin in patients with chronic atrial fibrillation in general practice: do the appropriate patients receive stroke prophylaxis? J Thromb Haemost 2008; 6: 1500–6.

17. Kimmel SE et al. The influence of patient adherence on anticoagulation control with warfarin: results from the International Normalized Ratio Adherence and Genetics (IN-RANGE) Study. Arch Intern Med 2007; 167: 229–35.

18. Claxton AJ et al. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. Clin Ther 2001; 23: 1296–310.

19. Bae JP et al. Adherence and dosing frequency of common medications for cardiovascular patients. Am J Manag Care 2012; 18: 139–46.

20. Coleman CI et al. Dosing frequency and medication adherence in chronic disease. J Manag Care Pharm 2012; 18: 527–39.

21. Vrijens B et al. Effect of intervention through a pharmaceutical care program on patient adherence with prescribed once-daily atorvastatin. Pharmacoepidemiol Drug Saf 2006; 15: 115–21.

22. Demonceau J et al. Identification and assessment of adherence-enhancing interventions in studies assessing medication adherence through electronically compiled drug dosing histories: a systematic literature review and meta-analysis. Drugs 2013; 73: 545–62.

Weitere Informationen:

Mag. Andrea Schuecker
Pfizer Corporation Austria GmbH
A-1210 Wien, Floridsdorfer Hauptstr. 1
E-Mail: Andrea.Schuecker@pfizer.com

DDI Katrin Radakovits
Bristol-Myers Squibb GesmbH
A-1200 Wien, Handelskai 92
Rivergate, Gate 1, 5.OG
E-Mail: katrin.radakovits@bms.com

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ [Bilddatenbank](#)

☒ [Artikeldatenbank](#)

☒ [Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ [Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)