

„Allzuviel ist ungesund“ - eine gemeinsame Initiative der Ärztekammer für NÖ und der NÖ. Gebietskrankenkasse

Unsere aktuelle Ausgabe der Heilmittelinformation, widmet sich der **Wechselwirkung zwischen Allopurinol und ACE-Hemmern**, da diese laut Heilmittelabrechnungsdaten der NÖ. Gebietskrankenkasse die häufigste potenzielle Interaktion ist. Sie tritt in rund 9 % aller angezeigten Interaktionen auf¹. Von Jänner bis September 2009 wurde bei 5080 Patientinnen und Patienten für mindestens 2 Monate gleichzeitig Allopurinol mit einem ACE-Hemmer verordnet.

Bei gemeinsamer Verabreichung von ACE-Hemmern und Allopurinol besteht die erhöhte Gefahr von **immunologischen Reaktionen wie Leukopenie und Hautreaktionen**. Die Interaktion kann innerhalb von Tagen bis mehreren Wochen auftreten. Bei Therapien mit den beiden Interaktionspartnern, die länger als drei Monate dauern, ist eine Wechselwirkung eher unwahrscheinlich. **Besondere Vorsicht** ist daher **bei Erstverordnungen der Kombination** geboten: Es wird empfohlen, vor Beginn der gleichzeitigen Behandlung und in regelmäßigen Abständen währenddessen Blutbildkontrollen durchzuführen. Außerdem sollen die Patientinnen und Patienten darüber informiert werden, dass sie bei Auftreten von Hautreaktionen umgehend ihre Ärztin/ihren Arzt aufsuchen^{2,3}.

Niereninsuffizienz stellt einen Risikofaktor für die Interaktion dar. Zu Beginn einer Therapie mit ACE-Hemmern sollte aber ohnehin das Serumkreatinin engmaschig kontrolliert werden. Ähnliches gilt auch für den Therapiebeginn mit einem Urikostatikum: Hier wird bei Niereninsuffizienz eine Dosisreduktion empfohlen.

Wussten Sie schon, dass

- die **asymptomatische Hyperurikämie keine Indikation für eine medikamentöse harnsäuresenkende Therapie** darstellt? Diese ist erst bei manifester Gichtkrankung bei Patientinnen und Patienten mit mindestens zwei Gichtanfällen im Verlauf eines Jahres angezeigt, sowie bei destruierenden Gelenksveränderungen mit/ohne Tophi und bei Bestehen einer Uratnephropathie mit/ohne Harnsäuresteinen. Teil des Therapiemanagements sollten jedenfalls Allgemeinmaßnahmen sein wie die Reduktion von purinreicher Kost, die Einschränkung von fruktosehaltigen Getränken

¹ Top Tipps der NÖGKK Nr. 2/2009

² Austria Codex Interaktionsprogramm des Apotheker-Verlags, Stand: 11/2009

³ Pharmazeut. Zeitung online 18/2008, <http://mobil.pz-o.de/index.php?id=5605>; Zugriff am 2.12.2009

- und Alkoholkonsum sowie eine vorsichtige Gewichtsreduktion um < 1 kg pro Monat mit leichtem Training⁴.
- Allopurinol am häufigsten Stevens-Johnson-Syndrom und toxisch epidermale Nekrolyse hervorruft? Das Risiko für diese **schweren Arzneimittelreaktionen der Haut** steigt mit der Höhe der Dosierung (bei > 200 mg täglich) und sinkt mit der Dauer der Anwendung. **Allopurinol** sollte daher **nicht unkritisch zur „Laborkosmetik“ von leicht erhöhten, asymptomatischen Harnsäurewerten** angewendet werden⁵.
- den Heilmittelverordnungsdaten der NÖGKK zufolge Allopurinol im Jahr 2008 für rund 9,7 % aller Anspruchsberechtigten im Alter von über 60 Jahren verordnet wurde? Aktuelle Zahlen liegen nicht vor, da durch die Erhöhung der Rezeptgebühr mit Jänner 2009 der Kassenpreis fast aller Allopurinol-hältigen Arzneyspezialitäten unter der Rezeptgebühr liegt und diese daher nur noch bei gebührenbefreiten Personen mit der NÖGKK verrechnet werden. In dieser Gruppe lässt sich allerdings ein kontinuierlicher Anstieg der Verordnungen feststellen.

Möchten Sie wissen, wie viele Ihrer Patientinnen und Patienten eine gleichzeitige Behandlung mit ACE-Hemmer und Allpurinol haben, dann kontaktieren Sie Ihre Ansprechpartner in der NÖGKK unter der Telefonnummer **050899-6161** oder unter der E-Mail-Adresse **heilmittelinfo@noegkk.at**.

Mit freundlichen Grüßen

Niederösterreichische
Gebietskrankenkasse:

Der Leitende Angestellte:

Konrad Köck e. h.

Der Obmann:

KR Gerhard Hutter e. h.

Ärztchammer für Niederösterreich
Kurie der niedergelassenen Ärzte:

Der Kurienobmann:

Vizepräsident
MR Dr. Johann Jäger e. h.

Der Präsident:

OA Dr. Christoph Reisner e. h.

⁴ Deutsches Ärzteblatt 2009, 106 (34-35): 549-555

⁵ Deutsches Ärzteblatt 2009, 106 (36): A 1753-1754