Als **Arzneimittelinteraktion** wird die Veränderung der pharmakologischen Wirkung eines Stoffs durch Einnahme eines zweiten Arzneistoffs bezeichnet. Die Wirkung kann dabei **verstärkt, vermindert** oder sogar ganz **aufgehoben** werden.

Interaktionen können zwischen Arzneistoffen, aber auch zwischen Arzneistoffen und **Nahrungs- oder Genussmitteln** bestehen. Beispiele hierfür sind die folgenden Interaktionen:

- mehrwertige Kationen wie Calcium mit Bisphosphonaten wie z.B. Alendronsäure (►Karte 88) oder mit Levothyroxin (►Karte 49),
- Grapefruitsaft mit Simvastatin (• Karte 90),
- Zigarettenrauch mit Theophyllin (>Karte 69),
- Tyramin-haltige Nahrungsmittel mit Tranylcypromin (Karte 4),
- Alkohol mit Insulin (Karte 10).

Mehrere Mechanismen können zu Interaktionen führen. Die Einteilung erfolgt üblicherweise in "pharmakokinetische" und "pharmakodynamische" Interaktionen; bei der Kombination von Arzneistoffen können beide Varianten gleichzeitig auftreten. Darüber hinaus gibt es "pharmazeutische" Interaktionen. Dies sind meist physikochemische Inkompatibilitäten, die außerhalb des Organismus bei der Herstellung von Arzneimitteln entstehen, z.B. beim Mischen von Infusions- oder Injektionslösungen. Auf Inkompatibilitäten wird im Interaktionstrainer nicht näher eingegangen. [Mutschler 2013, Verspohl 2011]

Pharmakokinetische Interaktionen treten bei Absorption, Distribution, Metabolismus und Exkretion von Arzneistoffen auf (**Karte II**).

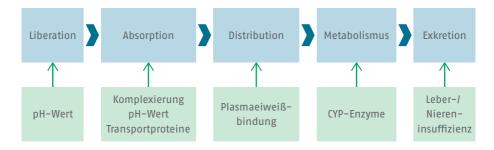
Pharmakodynamische Interaktionen kommen meist dadurch zustande, dass die Interaktionspartner am gleichen Rezeptor oder Organ wirken. Sind die Effekte dabei synergistisch, verstärken sich additiv Wirkungen aber auch Nebenwirkungen. Sind die Effekte dagegen antagonistisch, resultiert eine Wirkabschwächung.

Beispiele häufig auftretender pharmakodynamischer Interaktionen:

- ▶ QT-Zeit-Verlängerung, z. B. bei Citalopram und Amitriptylin (►Karte 96 und ►Karte IX),
 - ► Erhöhte Hyperkaliämie-Gefahr, z. B. Ramipril und Spironolacton (►Karte 72),
- Gefahr des Serotoninsyndroms, z. B. Citalopram und Selegilin, Amitriptylin und Tramadol (*Karten 26 + 83),
- ► Erhöhung der Herzglykosid-Toxizität bei Kombination von Digoxin mit Schleifendiuretika (►Karte 62) oder Laxanzien (►Karte 66),
- Abschwächung der Wirkung von Antihypertensiva durch NSAR, z. B. Ibuprofen und Ramipril (• Karte 12),
- ▶ Beeinflussung des Blutzucker-Spiegels, z. B. Prednisolon und Sitagliptin (►Karte 30),
- erhöhte Blutungsneigung, z. B. Apixaban und Ibuprofen, Rivaroxaban und Sertralin, ASS 100 und Rivaroxaban (►Karten 68, 71 + 80),
- gegenseitige Wirkabschwächung durch Antagonismus, z. B. Levodopa und MCP, Donepezil und Tolterodin (►Karten 28 + 70).

Pfister/Lunzner: Interaktionstrainer, 2018, Karte 7

Das **LADME-Modell** beschreibt die einzelnen Schritte, die für den Verlauf der Konzentration eines Arzneistoffs im Körper ausschlaggebend sind. Jeder dieser einzelnen Schritte kann potenziell durch "äußere Einflüsse" wie Nahrungsmittel oder Medikamenteneinnahme oder "innere Einflüsse" wie genetische Variabilitäten verändert werden und damit das "**Plasmakonzentrations-Zeit-Profil"** des Arzneistoffs beeinflussen. [Bauer 2006, Jaehde 2010]



L → Liberation

Beschreibt die **Freisetzung** eines Arzneistoffs aus seiner Formulierung nach Einnahme oder Verabreichung. Die Liberation wird mitunter entscheidend durch die Art der Formulierung gesteuert wie z. B. Retardierung.

Einflussfaktoren: pH-Wert

Die Veränderung des Magen pH-Wertes durch Nahrungsaufnahme oder Arzneimittel wie PPI können die Freisetzung aus magensaftresistenten Formulierungen beschleunigen und so zu unerwünschten Wirkungen oder Wirkverlust führen. [Washington 2002]

A → Absorption

Beschreibt die **Aufnahme** eines Stoffs/Arzneistoffs vom Ort seiner Applikation über Zellmembranen und aus Geweben, z. B. in die Blutbahn.

Einflussfaktoren: z. B. pH-Wert, Transportproteine (z. B. P-Glycoprotein), Lipophilie des Arzneistoffs, Komplex- und Chelatbildung, Veränderungen der Motilität des GIT etc.

Als ein Beispiel sei hier die Bildung schwerlöslicher Komplexe zwischen Bisphosphonaten und polyvalenten Kationen genannt, die eine Resorption deutlich erschwert oder sogar verhindert (• Karte 88).

Pfister/Lunzner: Interaktionstrainer, 2018, Karte 8

Frau Müller daraufhin zu einem Rheumatologen. In der Regel ist eine kurzzeitige Kombination von NSAR und Glucocorticoiden, gemeinsam mit einem PPI, problemlos möglich. Solange keine weiteren Risikofaktoren vorliegen, könnte auf die Rücksprache mit dem Arzt verzichtet werden. [DGRh 2011, 2012]

Außerdem halten Sie Rücksprache mit Frau Müllers Hausarzt. Da Sie davon ausgehen, dass bei Frau Müller ein hohes Risiko für Ulzerationen vorliegt, empfehlen Sie dem behandelnden Arzt die zusätzliche Verordnung eines Protonenpumpeninhibitors (PPI). In der Therapie der rheumatoiden Arthritis sind NSAR laut Leitlinien nur zur kurzzeitigen Symptomlinderung indiziert. Die Langzeitanwendung von Ibuprofen und Prednisolon sollte möglichst vermieden werden. Stattdessen werden in der Basistherapie DMARDs wie sollte möglichst vermieden werden. Stattdessen werden in der Basistherapie DMARDs wie MX oder Biologicals eingesetzt. Auch dies besprechen Sie mit dem Hausarzt. Er überweist

Sie weisen Frau Müller darauf hin, dass sie bei andauernden Beschwerden wie Magenschmerzen, Reflux, Übelkeit oder bei Blut im Stuhl mit ihrem Arzt Kontakt aufnehmen

Mögliches Vorgehen in der Praxis

1 | Ibuprofen - Prednisolon

Gruppeneffekt: NSAR - Glucocorticoide

Frau Müller, 65 Jahre, leidet an rheumatoider Arthritis und nimmt schon seit über einem Jahr Ibuprofen und Prednisolon ein.

Krankenkasse bzw. Koste Musterkasse	nträger		BVG mittel stoff Bedarf Pflicht 6 7 8 9	Apotheken-Nummer / IK
Name, Vorname des Versi Müller, Rosa Musterstraße 22 88888 Musterstadt	cherten	geb. am 21.06.1952	Ziszahhang Gesantt-Bru Azznelmilint-Hilfsmillet-Nr. 1. Vorordnung	Faidor Taxe
Kostenträgerkennung 101234567 Betriebsstätten-Nr. 123456789	Versicherten-Nr. Z9876543210 Arzt-Nr. 987654321	Status 1000 1 Datum 12,07,2017	2. Verordisung 3. Verordisung	
Rp. (Bitte Learnianne durchtrischen) Buprofen 800 mg 100 St. Prednisolon 5 mg 50 St.			123456789 Dr. med. Max Musterarzt Facharzt für Allgemeinmen Arzistr. 99 88888 Musterstadt Tel. 123/4567890	Vertragsarztstempel dizin
Arbeitsunfall szufüllen!	Abgain der	bedatum Apotheke	m	Muster 16 (10.2014)
			12	3456789Y



Ibuprofen ist ein NSAR, das die Enzyme COX-1 und COX-2 hemmt. Die Hemmung von COX-1 führt u. a. zur verminderten Synthese des gastroprotektiven Prostaglandins PGE₂. Ein verringerter PGE₂-Spiegel führt zu einer reduzierten Produktion von protektivem, bicarbonathaltigem Schleim und verstärkter Magensäuresekretion. Auch Glucocorticoide wie Prednisolon können schädigend auf die Magenschleimhaut wirken, da sie durch Hemmung der Zellproliferation in bestimmten Geweben wie z. B. der Magenschleimhaut diese anfälliger für Noxen werden lassen. Deshalb **erhöht sich** bei Kombination von Ibuprofen und Prednisolon **die gastrointestinale Toxizität**.

Aufgrund gleicher Wirkmechanismen innerhalb der Arzneistoffgruppen der oralen Glucocorticoide bzw. der NSAR ist diese Interaktion ein Gruppeneffekt. [Aktories 2013, FI Ibuprofen AbZ 2015, FI Prednisolon Jenapharm® 2016, Masclee 2014]

- ► Glucocorticoide: Dexamethason, Prednison, Prednisolon u. a.
- NSAR: Diclofenac, Naproxen, Ibuprofen, Indometacin, Ketoprofen u. a.

Patientenrelevante Folgen der Interaktion, klinische Relevanz und Datenlage

Kombinationen von NSAR und Glucocorticoiden steigern das Risiko gastrointestinaler Komplikationen, das jeweils bereits bei einer Monotherapie besteht. Dies kann zu **gastrointestinalen Blutungen** und **Ulzerationen** mit eventuellen **Perforationen** führen. Außerdem ist bei bereits vorhandenem Ulcus eine Verzögerung der Abheilung durch die antiproliferative Wirkung der Glucocorticoide möglich.

Folgende Risikofaktoren sollten abgeklärt werden, um die Relevanz der Interaktion zu beurteilen: eingeschränkte Nierenfunktion, höheres Alter, hohe Dosis, lange Therapiedauer, Vorliegen eines Ulcus, gleichzeitige Anwendung weiterer Arzneimittel mit ulzerogenem Potenzial, z. B. Antikoagulanzien. [FI Ibuprofen AbZ 2015, FI Prednisolon Jenapharm® 2016, Masclee 2014]

haben.

bei geriatrischen Patienten gut geeignet ist.

Der Arzt nimmt Ihren Vorschlag an; ihm war die Problematik nicht bewusst. Auch die Patientin ist Ihnen dankbar für Ihre Intervention. Sie ist zwar sehr gewissenhaft, misst häufig ihre Blutzuckerwerte und hatte bislang noch keine schweren Hypoglykämien. Trotzdem hat sie große Angst vor Unterzuckerung ist froh, dass Sie die Interaktion bemerkt

Auf Nachfrage, für welche Indikation Frau Riedel den Betablocker verschrieben bekommen hat, erfahren Sie, dass er zur Behandlung einer Herzinsuffizienz vorgesehen ist. Sie denken, dass die Auswahl eines β_1 -selektiven Betablockers für Frau Riedel in diesem Fall besser geeignet wäre und kontaktieren ihren Arzt, um ihm Ihre Bedenken zu schildern. Als Alternative schlagen Sie Bisoprolol vor, einen kardioselektiven Betablocker, der auch

Mögliches Vorgehen in der Praxis

2 | Insulin – Propranolol

Gruppeneffekt: Insulin - Betablocker

Frau Maria Riedel, eine 72-jährige Stammkundin, löst heute bei Ihnen ein Rezept über den Betablocker Propranolol ein. Aus ihrer Kundenkartei wissen Sie, dass sie seit einigen Jahren Insulin anwendet.

Krankenkasse bzw. Kostent Musterkasse	räger		Hills- Impt- Spc-St. Begs- BVG mittel stoff Bedarf Pflicht	Apotheken-Nummer / IK
Musterkasse Name, Vorname des Versicherten Riedel, Maria oeb. am			6 7 8 9 Seamt-Brutio	
Musterstraße 22 88888 Musterstadt		10.10.1944	Aconelmittel-Hilfsmittel-Nr. 1. Verordnung	Faktor Taxe
Unfall Kostenträgerkennung 101234567 Betriebsstätten-Nr.	Versicherten-Nr. Z9876543210	Status 1000 1	2. Verordnung	
123456789	987654321	12.07.2017	3. Verordnung	Vertragsarztstempel
Rp. (Sittle Learnitums durchstratiches) and Propranolol 80 mg 100 St.			123456789 Dr. med. Max Musterarzt Facharzt für Allgemeinmedizi Arztstr. 99 88888 Musterstadt Tel. 123/4567890	
Bei Arbeitsunfall	Abgabe in der A	idatum ipotheke	Mus	Teraryt Muster 16 (10.2014)
	oder Arbeitgebernummer		153	456789Y



Hypoglykämien sind die häufigste Nebenwirkung einer Insulintherapie. Zur Interaktion mit Betablockern kommt es, da diese **Hypoglykämien verstärken und verlängern** sowie zu einer **Verschleierung der Symptome** führen können. Bei stark erniedrigten Blutzuckerwerten setzt der Körper als Gegenregulation Adrenalin frei. Betablocker hemmen die Wirkung adrenerger Substanzen an den β-Rezeptoren und maskieren dadurch Warnsymptome wie Tremor und Tachykardie. Beides sind prominente adrenerg vermittelte Symptome von Hypoglykämien.

Die bei Hypoglykämien kompensatorisch ausgelöste Glykogenolyse in der Leber wird vor allem über β_2 -Rezeptoren vermittelt. Deshalb ist die Interaktionsgefahr bei nichtselektiven Betablockern wie Propranolol oder Sotalol höher als bei selektiven Betablockern. [Aktories 2017, FI Dociton® 2015, FI Lantus® 2015, Karow 2015, Mutschler 2013, NVL Typ-II-Diabetes 2014, Popp 1984, Shorr 1997]

Patientenrelevante Folgen der Interaktion, klinische Relevanz und Datenlage

Schwere Hypoglykämien unter Insulin sind möglich und können u. a. zu Krampfanfällen und Koma führen. Daher sollten zusätzliche Risikofaktoren, die das Auftreten von Hypoglykämien begünstigen bzw. deren Wahrnehmung verschlechtern, minimiert werden.

Risikofaktoren sind außerdem hohes Alter (Gefahr von Hypoglykämie-Wahrnehmungsstörungen), Stress sowie Therapie mit Hypnotika, da letztere ebenfalls hypoglykämische Symptome maskieren.

Oftmals kann auf den Einsatz von Betablockern nicht verzichtet werden. Deshalb sollte bei gleichzeitiger Anwendung von Insulin nicht prinzipiell die Verwendung dieser Substanzklasse in Frage gestellt werden, wohl aber die Auswahl des Wirkstoffes. β_1 –selektive Betablocker wie Metoprolol, Bisoprolol, Nebivolol sollten gegenüber den unselektiven Präparaten den Vorzug erhalten. Zu beachten ist allerdings, dass die Selektivität bei hohen Dosierungen abnimmt. In jedem Fall sind die Blutzuckerspiegel engmaschig zu kontrollieren. Da Augentropfen z.T. resorbiert werden und keinem First-Pass-Effekt unterliegen, kann sich die Interaktion mit Insulin auch bei Betablocker–haltigen Augentropfen auswirken.

Patienten, die Insuline und Betablocker anwenden, sollten auf die Verschleierung der adrenergen Hypoglykämie-Symptome hingewiesen werden. Cholinerg vermittelte Symptome wie Heißhunger und Schwitzen treten auch unter Therapie mit Betablockern auf, oft sogar verstärkt. [Aktories 2017, Hinneburg 2012, Mutschler 2013, Shorr 1997]

Sie klären den Patienten über die Wechselwirkung auf und informieren den behandelnden Arzt über die Arzneimittelwechselwirkung.
Unter Umständen muss der Patient, wenn nie ein Gichtanfall stattgefunden hat, kein Urikostatikum erhalten. Bei isolierter, asymptomatischer Harnsäure-Erhöhung ist keine Indikation zur Therapie mit Allopurinol gegeben. [DEGAM S1-Handlungsempfehlung 2013]

Mögliches Vorgehen in der Praxis

3 | Azathioprin - Allopurinol

Herr Gerd Singer, 56 Jahre alt und seit langem Stammkunde mit Kundenkarte, nimmt seit einiger Zeit Azathioprin 75 mg bei Morbus Crohn ein. Nun möchte er ein Rezept über Allopurinol 300 mg einlösen, das neu verordnet wurde.





Allopurinol ist ein Urikostatikum und wird zur Prophylaxe von Gichtanfällen zur Reduzierung der Harnsäurewerte eingesetzt. Es hemmt das Enzym **Xanthinoxidase**, das den Abbau von Purinen zu Harnsäure katalysiert. Dadurch wird der Harnsäurespiegel gesenkt.

Azathioprin ist ein immunsuppressiv wirkender Antimetabolit, der u.a. bei rheumatoider Arthritis und Morbus Crohn zum Einsatz kommt. Als Prodrug wird es zunächst zu seinem aktiven Metaboliten **6-Mercaptopurin** verstoffwechselt, der dann u.a. über das Enzym Xanthinoxidase abgebaut wird.

Da Allopurinol die Xanthinoxidase hemmt, wird auch der Abbau von 6-Mercaptopurin vermindert. Dadurch kommt es zu einer **Anreicherung** des aktivierten Antimetaboliten und infolge dessen zu vermehrten Nebenwirkungen und **erhöhter Toxizität**. [FI Allopurinol-ratiopharm 2016, FI Azathioprin-ratiopharm 2016, FI Puri-Nethol® 2015, Min 2014, Mutschler 2013]

Patientenrelevante Folgen der Interaktion, klinische Relevanz und Datenlage

Auch andere strukturell mit Allopurinol verwandte Xanthinoxidasehemmer wie **Oxipurinol** (aktiver Metabolit von Allopurinol) oder **Thiopurinol** führen zu einem verminderten Abbau des Immunsuppressivums. Bei gleichzeitiger Anwendung eines dieser Arzneimittel mit Azathioprin muss daher laut Fachinformation die Azathioprindosis **auf 25 Prozent** der Normaldosis gesenkt werden. Aufgrund myelotoxischer (knochenmarksschädigender) und hepatotoxischer Eigenschaften muss eine Blutbildüberwachung sowie eine Kontrolle der Leberwerte durchgeführt werden. Für neuere Xanthinoxidase-Hemmer wie Febuxostat wird ebenfalls von einer Interaktion mit 6-Mercaptopurin ausgegangen und von einer gemeinsamen Anwendung mit Azathioprin abgeraten.

Der Patient muss im Allgemeinen bei Beginn einer Azathioprin-Therapie auf Anzeichen einer Myelotoxizität, wie **Ulcera im Rachenraum, Fieber, Infektionen** oder **Blutergüsse**, geschult werden und bei Auftreten sofort einen Arzt kontaktieren. [FI Adenuric 2017, FI Azathioprin-ratiopharm 2016, FI Puri-Nethol® 2015]

ptome einer hypertensiven Episode auftreten.

letzter Zeit gelegentlich etwas über die Stränge geschlagen zu haben.

Sie weisen ihn noch einmal darauf hin, dass er seine Essgewohnheiten entsprechend der zur Verfügung gestellten Pläne einhalten müsse, um schwerwiegende Arzneimittel-wechselwirkungen mit der Nahrung zu verhindern. Des Weiteren raten Sie ihm, sollte er sich nicht in der Lage sehen, diese strikten Anweisungen umzusetzen, unbedingt mit seinem Arzt Rücksprache zu halten, um alternative Therapieoptionen zu diskutieren. Auch sollte der Kunde sich unverzüglich bei einem Arzt vorstellen, wenn erneut Sym-Auch sollte der Kunde sich unverzüglich bei einem Arzt vorstellen, wenn erneut Sym-

und ob er sich an diese Auflagen halte. Daraufhin gibt Ihr Kunde zu, bereits am ersten Tag einen Diätplan von seinem Arzt erhalten zu haben und auch in einem Gespräch auf die einzuhaltende tyraminarme Diät explizit hingewiesen worden zu sein, jedoch die Sache nicht so ernst genommen und in

Sie fragen Ihren Kunden, ob er von seinem behandelnden Arzt über die Notwendigkeit einer diätetischen Maßnahme unter der Therapie mit Tranylcypromin aufgeklärt wurde

Mögliches Vorgehen in der Praxis

4 Tranylcypromin – Tyramin

Ein jüngerer Herr spricht Sie in der Apotheke an und berichtet Ihnen, dass er seit einiger Zeit immer wieder Probleme mit Kopfschmerzen, Übelkeit und erhöhtem Blutdruck hat. Auf die Nachfrage nach seiner aktuellen Medikamenteneinnahme erzählt er Ihnen, dass er vor einigen Wochen neu auf Tranylcypromin als Antidepressivum eingestellt wurde.



Tranylcypromin ist ein irreversibler, unselektiver Hemmer der Monoaminoxidasen-(MAO-)A und –B. Durch die Hemmung der Monoamin-abbauenden Enzyme kommt es zu einer **vermehrten Bereitstellung** von Serotonin, Dopamin und **Noradrenalin** im synaptischen Spalt. Auf der Erhöhung der Serotoninkonzentration beruht der therapeutische Effekt von Tranylcypromin bei depressiven Störungen.

Monoaminoxidasen katalysieren nicht nur den Abbau von endogenen Monoaminen sondern auch von dem aus der Nahrung aufgenommenen Tyramin. Dieses wirkt als indirektes Sympathomimetikum und führt zu einer **Freisetzung von Noradrenalin** aus adrenergen Neuronen.

Im Normalfall beeinflusst über die Nahrung aufgenommenes Tyramin das noradrenerge System nur wenig und führt nicht zu Komplikationen, da es sehr schnell durch MAO verstoffwechselt wird.

Durch die Gabe eines irreversiblen MAO-Hemmers kann Tyramin nicht mehr abgebaut werden und es kann durch einen verstärkten systemischen noradrenergen Tonus zu einer akkumulationsbedingten hypertensiven Krise kommen. [FI Jatrosom® 2016, Merriman 1999]

Patientenrelevante Folgen der Interaktion, klinische Relevanz und Datenlage

Da Tranylcypromin ein irreversibler Hemmstoff der Monoaminoxidasen ist, hält die Wirkung auf die Enzymaktivität deutlich länger an (drei bis fünf Tage), als die Eliminationskinetik (HWZ 2,5 Stunden) des Wirkstoffes vermuten lässt.

Aus diesem Grund ist der Konsum von tyraminreicher Nahrung während sowie bis 14 Tage nach Beendigung der Therapie mit Tranylcypromin kontraindiziert. Entsprechend muss z.B. auf gereiften Käse, Salami, Rotwein, Bitterschokolade und vieles mehr verzichtet werden. Weitere Beispiele finden sich in der Fachinformation Jatrosom® und in entsprechenden Patientenratgebern des Herstellers.

Eine aus der Noradrenalinakkumulation resultierende hypertensive Krise kann schnell in einen hypertensiven Notfall übergehen, u. a. charakterisiert durch Sehstörungen, Brustschmerz, Luftnot und Bewusstseinstrübungen.

Entsprechend stellt ein Nichteinhalten der vorgeschriebenen diätetischen Maßnahmen eine Kontraindikation für die Therapie mit Tranylcypromin dar. [Fl Jatrosom® 2016, NVL Depression 2015, Rees 2010]

Enalapril - Allopurinol

Gruppeneffekt: ACE-Hemmer - Allopurinol

Der 70-jährige Helmut Maier ist treuer Stammkunde in Ihrer Apotheke. Allopurinol nimmt der Patient seit ca. vier Wochen ein, wobei ihm der Arzneistoff nach einem akuten Gichtanfall neu verordnet wurde. Aus der Kundendatei geht hervor, dass er seit mehreren Jahren Enalapril erhält.

Krankenkasse bzw. Ke	stenträger	Hits- Impt- SprSt. Begr BVG mittel stoff Bedarf Pflicht Apotheken-Nummer / IK	
Musterkasse		6 7 8 9	
Name, Vorname des V	ersicherten	Zuzahlung Gesamt-Brutto	
Maier, Helmut Musterstraße 22 88888 Musterstr	geb. am 08.06.1947	Accordinated-Historiated-All Fallocot Toxo 1. Microstoring	
Kostenträgerkennung 101234567	Versicherten-Nr. Status Z9876543210 1000 1	2. Verordnung	
Betriebsstätten-Nr. 123456789	987654321 Datum 12.07.2017	3. Verordnung	
Rp. (Bitte Leerräum	e durchstreichen)	Vertragsarztstempel	
aut idem Allopurinol 300 n	g N3	123456789 Dr. med. Max Musterarzt Facharzt für Allgemeinmedizin Arztstr. 99 888888 Musterstadt Tel. 12374567890	
Bei Arbeitsunfall	Abgabedatum in der Apotheke	Musterary Arzes Master 10 (10.2014)	
	rieb oder Arbeitgebernummer	123456789Y	

Anzeichen auf, sollte der Patient seinen Arzt aufsuchen.

Hautausschlägen oder Infektionszeichen wie Fieber zu achten. Treten entsprechende Sie raten dem Patienten aber, vor allem in den nächsten Wochen auf Anzeichen von diesem Fall als nicht erforderlich.

sehr gering ist. Deshalb erachten Sie eine Rücksprache mit dem verordnenden Arzt in Kombinationstherapie aufgetreten sind, die Wahrscheinlichkeit für Komplikationen aber Sie wissen, dass in einigen Fällen immunologische Reaktionen kurz nach Beginn der

auf 300 mg täglich steigern. wurde erst kürzlich in der 100 mg-Dosierung angesetzt, nun soll Herr Maier die Dosierung lhr Kunde nimmt Enalapril seit längerer Zeit bei guter Verträglichkeit ein. Allopurinol

Mögliches Vorgehen in der Praxis

Pfister/Lunzner: Interaktionstrainer, 2018, Karte 35

Gemeinsame Anwendung von Allopurinol und ACE-Hemmern kann **immunologische Reaktionen** wie Anaphylaxie oder schwere Hautreaktionen hervorrufen. Es besteht eine erhöhte Gefahr für Veränderungen im Blutbild, wie z. B. Leukopenie, Thrombozytopenie, Agranulozytose und Anämie.

Der Mechanismus der Interaktion ist nicht vollständig geklärt. Da die Wirkstoffe auch in Monotherapie zu immunologischen Reaktionen führen können, wird eine **Verstärkung der Risiken** (Synergismus) vermutet.

Da alle ACE-Hemmer dieses immunologische Nebenwirkungs-Profil aufweisen, ist davon auszugehen, dass die Wechselwirkung bei der Kombination von Allopurinol mit allen ACE-Hemmern besteht. [FI Xanef® 2016, FI Zyloric® 2015]

Patientenrelevante Folgen der Interaktion, klinische Relevanz und Datenlage

Überempfindlichkeitsreaktionen unter Allopurinol sind u. a. makulopapulöser Hautausschlag, DRESS (Arzneimittelexanthem mit Eosinophilie und systemischen Symptomen), SJS (Stevens-Johnson-Syndrom) und TEN (toxisch epidermale Nekrolyse). Laut EuroSCAR-Studie ist Allopurinol der häufigste Auslöser für Medikamenten-induziertes Auftreten von SJS und TEN. Diese beiden Hauterkrankungen treten selten auf, können aber tödlich enden.

Die Gefahr **immunologischer (Haut-)Reaktionen** steigt bei der Kombination von Allopurinol mit einem ACE-Hemmer. Es gibt Berichte über das Auftreten eines SJS und über die Entstehung von Anaphylaxien, die nach gemeinsamer Anwendung von Allopurinol mit Captopril bzw. Enalapril zu Koronarspasmen und Herzinfarkt führten.

Allerdings beruhen diese Berichte nur auf einigen wenigen Fällen. In der überwiegenden Mehrheit der Fälle verläuft die gleichzeitige Anwendung von ACE-Hemmern und Allopurinol unproblematisch. ACE-Hemmer spielen u. a. eine wichtige Rolle in der Therapie der Herzinsuffizienz; Allopurinol bei der Behandlung von Hyperurikämie bzw. Gicht. Deshalb sollte man die Patienten aufgrund der Interaktion nicht verunsichern.

Vor allem zu Beginn der Kombinationstherapie sowie bei **Nierenfunktionsstörungen** sollte auf Anzeichen von UAW geachtet werden. Allgemein sind regelmäßige Kontrollen insbesondere der Leukozyten und der Nierenfunktion angezeigt. Die Patienten sollten über initiale Symptome von SJS/TEN, z. B. Fieber und akut auftretende Hautausschläge, aufgeklärt werden. [Ahmad 1995, Fl Xanef® 2016, Fl Zyloric® 2015, Foong 2009, Pennell 1984]