

Königsdisziplin personalisierte Pharmakotherapie

Am Tag der Offizinpharmazie, Samstag, 27.9.2014, im Otto-Stern-Zentrum, Goethe Universität Frankfurt, wurde das Potential der personalisierten Pharmakotherapie eindrucksvoll von hochkarätigen Referenten in der Veranstaltung der LAK Hessen und DPhG Fachgruppe Allgemeinpharmazie präsentiert.

Optimierung und Maßnahmen zu Arzneimitteltherapiesicherheit und Medikationsmanagement haben größte Priorität. Das zeigt der Aktionsplan AMTS des Bundesgesundheitsministeriums für Gesundheit, die Anpassungen pharmazeutischer Tätigkeiten in der Apothekenbetriebsordnung, die Leitbilddebatte zur Zukunft der pharmazeutischen Versorgung in Deutschland und etliche Pilotprojekte dieser Ausrichtung. Der Tag der Offizinpharmazie zeigte Potential und Anspruch der Königsdisziplin, der personalisierten Pharmakotherapie, auf.

Sehr eindrucksvoll wurden von Frau Dr. Nina Griese-Mammen vom Zentrum für Arzneimittelinformation und Pharmazeutische Praxis (ZAPP) der ABDA, Berlin, die 10 häufigsten, relevanten Interaktionen vorgestellt. Wobei Relevanz bei den Konsequenzen für den einzelnen Patienten beginnt und nicht erst bei dauerhaftem Patientenschaden oder Tod.

Erschreckende 1% aller Krankenhauseinweisungen seien allein nur auf unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) aufgrund von Interaktionen zurückzuführen, d.h. rund 200 000 Krankenhauseinweisungen pro Jahr in Deutschland. Am häufigsten kommt es zu Blutungen im Gastro-Intestinal-Trakt durch NSAR, zu Hyper- und Hypotonie durch Antikoagulantien, Thrombozytenaggregationshemmer und Diuretika oder zu Herzrhythmusstörungen durch Herzglykoside. Treffsichere IA-Datenbanken machen Interaktionen vorhersehbar und so UAWs vermeidbar. Frau Griese-Mammen gab zahlreiche Tipps für Interaktionsmanagement in der Apotheke, angefangen bei der Komedikation mit Protonenpumpenhemmern, PPI, zur Ulcusprophylaxe ab 2 wöchiger NSAR Gabe und bei über 60 jährigen Patienten. Aktive Nachfrage, schaffe Klarheit, da bei Asthmatikern die Gabe von Betasympathomimetika und Betablockern kontraindiziert sei, nicht aber bei COPD Patienten. Und bei Diabetikern sei die Wechselwirkung der Insulinen oder Antidiabetika mit Betablockern sogar in der Beratungssituation durch Unruhe, Tremor, Herzklopfen, Schwitzen des Patienten wahrnehmbar. Die Kenntnis der häufigsten Interaktionsmeldungen erleichtere und sensibilisiere in der Praxis.

Prof. Theo Dingermann vom Institut für Pharmazeutische Biologie, Frankfurt am Main, sprach vom zwei Entwicklungen, die mit Macht aufeinander treffen: dem immer besser werden molekularem Verstehen von Krankheiten und damit ein besseren Verständnis der individuellen Wirksamkeit und Verträglichkeit von Arzneimitteln.

Das Paradigma der zukunftsorientierten, individualisierten Behandlung eines Patienten liege im Blick auf seine genetisch ererbte und erworbene Ausstattung, auf deren Basis sich eine Krankheit entwickle, die ihrerseits ganz typische genetische Charakteristika aufweise, mit daraus ableitbaren Expressionsmustern und resultierenden Therapieentscheidungen. Dabei werden zunehmend prognostische Biomarker Tests eingesetzt, die Single Nucleotide Polymorphisms (SNPs) Varianten im Chromosomensatz erkennen und Arzneimittel

Responder, bzw. Non-Responder detektieren, d.h. wer überhaupt auf eine spezifische Arzneimitteltherapie anspricht.

Beispielsweise sei für das Prodrug Tamoxifen, die gleichzeitige Gabe des Antidepressivum Paroxetine kontraindiziert, da es das für die Tamoxifen Aktivierung benötigte CYP2 Enzym hemmt.

Der gleiche Effekt zeige sich bei Menschen mit CYP2 Gendefekt.

Ziel, so Dingermann, sei die Mitverantwortung auch öffentlicher Apotheken zu stratifizierter Pharmakotherapie.

Prof. Dr. Manfred Schubert-Zsilavecz vom Zentrum für Arzneimittel, Forschung, Entwicklung und Sicherheit (ZAFES) Goethe-Universität, Frankfurt am Main, unterstrich mit seinem Vortrag diese Entwicklung. Anhand einiger Krankheitsbilder zeigte er den Einfluss genetischer Variabilität auf die Wirkung von Arzneimitteln. So sei bei immerhin 4 % der an Mukoviszidose Erkrankten der auslösende Gendefekt des Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator proteins (CFTR) nachweisbar und mit dem CFTR-Potentiator Ivacaftor (Kalydeco®) behandelbar. Bei den häufig eingesetzten Vitamin-K-Antagonisten Phenprocoumon, Warfarin, müsse man genau nach pharmakogenomischem Biomarker unterscheiden, da je nach Ergebnis der Vitamin-K-Antagonisten höher oder geringer dosiert werde. Bei familiärer Hypercholesterinämie, einem LDL-Rezeptordefekt, sollte Lomitapid (Juxtapid®) nur nach bestätigter Diagnose mittels Gentest eingesetzt werden. Und bei Melanomen und Lungenkrebs seien erst nach entsprechenden Tests auf Mutation-positiven-Tumorstatus gezielte Enzyminhibitoren einsetzbar. All diese wachsenden Erkenntnisse der Pharmakogenomik seien Zukunft und Herausforderung der personalisierten Pharmakotherapie. Auch bei vermeintlich schweren Krankheitsdiagnosen könnten diagnostische Vortests die individuellen Heilungschancen deutlich erhöhen.

Das Thema personalisierten Pharmakotherapie am Tag der Offizinpharmazie in Frankfurt war ein wertvoller Beitrag zur Sensibilisierung und Einführung in neue Beratungsstandards.