

Arzneiverordnung in der Praxis – www.akdae.de

Behandlung der Herzinsuffizienz bei Kindern und Jugendlichen

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Wolfgang Rascher
Dr. P.H. Stanislava Dicheva-Radev

Zusammenfassung

Welche Grundkrankheit hat die Herzinsuffizienz verursacht? Angeborene Herzfehler, unzureichender Erfolg einer operativen Korrektur, dilatative oder restriktive Kardiomyopathie, Herzmuskelbeteiligung bei genetischen Muskelerkrankungen und Stoffwechseldefekten, Myokarditis? Die Behandlung der Herzinsuffizienz bei Kindern und Jugendlichen erfolgt derzeit bei mangelnder Evidenzlage und fehlender Zulassung. Es lassen sich noch keine homogenen Patientengruppen für klinische Studien finden. Deswegen ist die medikamentöse Behandlung als Extrapolation von Ergebnissen der Studien an Erwachsenen bei Kindern und Jugendlichen off label leider als Standard anzusehen. Eine den Leitlinien der Erwachsenenmedizin ähnelnde Reihenfolge der Arzneistoffklassen in der Therapie bei Kindern wäre:

- 1) **ACE-Hemmstoffe als First-Line-Therapie:** langsame Steigerung bis Zieldosis; bei Nebenwirkungen AT1-Rezeptorantagonisten erwägen; Dosierungen von Captopril & Enalapril werden in Tab. 1 vorgestellt.
- 2) **Betarezeptorblocker:** langsame Auftitrierung; Metoprolol & Bisoprolol werden in Tab. 2 vorgestellt.
- 3) **Mineralokortikoid-Rezeptor-Antagonisten:** bei Persistenz klinischer Symptome und reduzierter linksventrikulärer Ejektionsfraktion; Spironolacton & Eplerenon werden in Tab. 3 vorgestellt.

Der vollständige Artikel ist abrufbar im Internet unter „Arzneiverordnung in der Praxis (AVP)“, Ausgabe 2/2023, Internet: www.akdae.de



Der Link und QR-Code führen direkt dorthin: Kurzlink: <https://tinyurl.com/4hv2fzxy>

Behandlung der atopischen Dermatitis bei Vorschulkindern: Status quo der Empfehlungen

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Wolfgang Rascher

Zusammenfassung

Die atopische Dermatitis (AD, Neurodermitis) manifestiert sich i. d. R. bereits im Kindesalter. Mindestens 30 % aller Kinder mit AD entwickeln (zeitweilig) auch im Erwachsenenalter Ekzeme. Eine frühe Intervention bei pädiatrischer AD kann eine Chronifizierung der Krankheit und möglicherweise (atopische) Komorbiditäten verhindern.

Basistherapie: Ständig begleitend muss Creme gegen das Austrocknen der Haut angewandt werden. Zur Entzündungshemmung muss zuerst die lokale Anwendung mit topischen Kortikosteroiden oder Calcineurininhibitoren versucht werden; im Alter ab sechs Monate bis fünf Jahren meist erfolgversprechend. Pimecrolimus-Creme wurde 2022 für das Alter drei Monate bis zwei Jahren zugelassen. Außer einer kurzzeitigen Schubbehandlung mit Prednisolon gibt es bisher keine zugelassene systemische Therapie bei schwerer AD im Alter von sechs Monaten bis fünf Jahren. Aber orales Ciclosporin kann bei schweren Fällen als Therapie dienen (Off-Label-Use). Diese Möglichkeiten werden ausführlich dargestellt. Vor einer systemischen Therapie muss geprüft werden, ob eine lokale Therapie konsequent und langfristig angewandt wurde. Bei chronischem Verlauf sollten Sensibilisierungen gegen Nahrungsmittel und gegenüber Inhalationsallergenen überprüft werden. Bei therapieresistenter AD sollten Immundefizienzsyndrome als Differenzialdiagnose beachtet werden.

Der vollständige Artikel ist abrufbar im Internet unter „Arzneiverordnung in der Praxis (AVP)“, Ausgabe 4/2022, Internet: www.akdae.de



Der Link und QR-Code führen direkt dorthin: Kurzlink: <https://tinyurl.com/2zb9uuf9>

Akuttherapie der Migräne mit oder ohne Aura bei Erwachsenen

PD Dr. med. Michael von Brevorn

Zusammenfassung

Für Kopfschmerzen besteht eine Lebenszeitprävalenz von etwa 66 %, für Migräne von 12 bis 16 %. Frauen sind zwei bis dreimal so häufig von Migräne betroffen wie Männer. Dargestellt wird der evidenzbasierte Behandlungsstandard der Akuttherapie. Leichte bis mäßige Migräneattacken können mit Acetylsalicylsäure (1.000 mg als Brausetablette), Paracetamol (1.000 mg als Tablette oder Suppositorium) oder einem nichtsteroidalen Antirheumatikum (NSAR, z. B. Ibuprofen 400 bis 600 mg als Tablette oder Suppositorium) behandelt werden. Bei Übelkeit und Erbrechen ist die Zugabe von Metoclopramid zu einem Analgetikum bzw. NSAR sinnvoll. Bei Erbrechen sollten Analgetika vorzugsweise als Suppositorien eingenommen werden. Bei schweren Migräneattacken, die nicht auf Analgetika oder NSAR ansprechen, ist eine Behandlung mit einem Triptan sinnvoll. Neben der oralen Applikation wird die subkutane Gabe von Sumatriptan besprochen. Prinzipiell sollten Wirkstoffe zur Akuttherapie der Migräne nicht häufiger als an zehn Tagen pro Monat eingenommen werden, um eine Chronifizierung von Kopfschmerzen zu vermeiden. Zum Schluss wird der neu zugelassene Wirkstoff Lasmiditan vorgestellt. Über ein Drittel der Migränepatienten, die sich in einer deutschen Spezialambulanz vorstellten, hatten, so der Autor, zuvor keine Attackenbehandlung gemäß Leitlinien erhalten.

Der vollständige Artikel ist abrufbar im Internet unter „Arzneiverordnung in der Praxis (AVP)“, Ausgabe 3/2023, Internet: www.akdae.de



Der Link und QR-Code führen direkt dorthin: Kurzlink: <https://tinyurl.com/4wsry8ys>