

Vorsicht bei PPI und Calcium



Dr. Sebastian Noe,
München
MVZ Karlsplatz
München

KOMMENTAR

DR. SEBASTIAN NOE, MÜNCHEN

1. Aus medizinischer Sicht spricht wohl nichts dagegen, die Therapie wie gehabt fortzuführen, da sie gut vertragen wird und erfolgreich ist, was man mit dem Patienten zunächst besprechen sollte. Wenn ein STR gewünscht ist, so kämen unter dem Aspekt einer maximalen Risikoreduktion hinsichtlich Knochenmineralsalz-Verlustes alle PI-freien, ungeboosteten, TDF- und Efavirenzfreien Therapien in Frage, wobei mit Hinblick auf das kardiovaskuläre Risiko auch Abacavir-frei zu bevorzugen wäre. Persönlich würde ich vor allem ein 2-Drug-Regimen in Betracht ziehen, wenn der Patient weiterhin ein STR

möchte (fehlende Primärresistenzen im NNRTI-Bereich vorausgesetzt).

2. Nein, die Knochendichte verbessert sich unter Therapie, es sind keine Frakturen aufgetreten. Zu bedenken gilt, dass die Calcium-Supplementation aufgrund des Einsatzes von PPIs möglicherweise eher in Form von -zitat oder -glukonat als dem häufig verwendeten -carbonat erfolgen sollte. Alendronat wöchentlich ist bei Männern eigentlich nicht zugelassen. In der Regel gibt es aber keine Probleme bei der Erstattung, es kann jedoch bei Einzelfallüberprüfung natürlich schnell auffallen.
3. Eine Reduktion des hohen LDL-Cholesterins solle sicherlich angestrebt werden. Zunächst können Reduktion des Konsums tierischer Fette, Zufuhr mehrfach ungesättigter Fettsäuren, Verwendung von kalt-gepresstem Olivenöl in nicht-erhitzten Speisen und eine Nuss-angereicherte Diät versucht werden. Zudem sollte auf eine ausrei-

chende körperliche Betätigung geachtet werden. Nimmt man für den konkreten Patienten einen niedrigen HDL-Wert (z.B. 35 mg/dl), einen (hoch-)normalen Blutdruck und eine leere kardiovaskuläre Familienanamnese an, so errechnet sich ein Framingham Risiko für kardiovaskuläre Morbidität von ca. 30% / 10 Jahre und ein DAD Risiko von 13,4% / 5 Jahre. Damit – sowie mit dem überhaupt sehr hohen LDL-Cholesterin – wäre die Indikation zur Pharmakotherapie gegeben. In der kardiovaskulären Primärprävention gibt es dabei belastbare positive Daten nur zum Einsatz von Statinen.

4. An der Antwort auf diese Frage wäre ich auch interessiert. Wichtig ist es sicher zunächst, überhaupt eine Motivation des Patienten herzustellen. Letztlich können hier Suchtberatungsstellen und – wo vorhanden – sogar spezialisierte Tabakambulanzen eine gute Anlaufstelle darstellen.

Multimodaler Ansatz



Dr. med.
Stefan Scholten
Facharzt für
Allgemeinmedizin
Infektiologie (DGI)
Köln

KOMMENTAR

DR. MED. STEFAN SCHOLTEN, KÖLN

1. Der Wunsch nach einer Therapievereinfachung auf ein STR ist nachvollziehbar. Nicht außer Acht gelassen werden kann dabei, dass ein erhebliches kardiovaskuläres Risiko neben der ausgeprägten Osteoporose besteht. Aus diesen Gründen würde ich eher kein Abacavir-haltiges Regime geben und auch wenn bei der Gabe von TAF das freie Tenofovir im Plasma um 90% reduziert ist, so wäre ich dennoch zurückhaltend diesem Patienten überhaupt ein TFV-haltiges Regime zu

geben. Vor dem Hintergrund der aktuellen Daten für Dolutegravir und Efavirenz in einem dualen Regime wäre dies die Switch Option, die ich dem Patienten vorschlagen würde. Da eine Koformulierung derzeit entwickelt wird, wäre das die zukünftige Vereinfachungsoption.

2. Eine Intensivierung der Osteoporosetherapie mit Zolendronsäure einmal jährlich 5 mg i.v. würde ich diesem Patienten vorschlagen. Nach meiner Erfahrung kommt es häufig, auch bei bisherigem unausreichendem Ansprechen auf Alendronsäure, zu einer Befundbesserung – und wichtiger, noch häufig auch zu einer deutlichen Schmerzreduktion.
3. Auch wenn das fortgesetzte Zigarettenrauchen der Hauptrisikofaktor für ein mögliches kardiovaskuläres Ereignis ist, so würde ich doch eine Behandlung des erhöhten LDL erwägen. Bei

der aktuellen, wie auch der vorgeschlagenen Therapie ist die Gabe eines CSE Hemmers möglich und sollte dem Patienten angeboten werden.

4. Sicherlich ist die wichtigste medizinische und präventive Maßnahme für den Patienten das Zigarettenrauchen einzustellen. Dies wäre immer wieder mit dem Patienten zu thematisieren. Gezielte Raucherentwöhnungsprogramme werden von vielen gesetzlichen Krankenkassen unterstützt und sollten dem Patienten nahe gebracht werden. Darüber hinaus würde ich mit ihm thematisieren, auf E-Zigaretten zu wechseln. Auch wenn bis heute komplett unbekannt ist, welche Langzeitrisiken mit diesen Verdampfern verbunden sind, so ist in seinem Fall doch das größere Risiko in einem fortgesetzten Zigarettenrauchen zu sehen.