

Vergleichstabelle Protonenpumpenhemmer (PPI)

KD : 023.046
Version : 01
Gültig ab : 03.02.2020
Seite : 1 von 1

Geprüft und freigegeben: M. Limacher

| | Esomeprazol (Esomep Mups [®] , Nexium [®]) | Pantoprazol (Pantozol [®]) | Omeprazol (Antramups [®] , Omeprazol Sandoz [®]) | Lansoprazol (Agopton [®]) | Rabeprazol (Pariet [®]) | Dexlansoprazol (Dexilant [®]) |
|---|--|---|--|---|---|--|
| Darreichungsform (KSA-Artikel) | Mups Tabl. 20, 40 mg, Gran 10 mg Trockensubstanz 40 mg | Tabl. 20, 40 mg, Gran. 40 mg Trockensubstanz 40 mg | Tabl. 10, 20, 40 mg Trockensubstanz 40 mg | Kaps. 15, 30 mg | Tabl. 10, 20 mg | Kaps. 30, 60 mg |
| Indikationen [1] <i>(Siehe „Dosierung“ für Infos zur Zulassung)</i> | Therapie und Rezidivprophylaxe der Refluxösophagitis, symptomatischer gastroösophagealer Reflux (GERD), Therapie und Prophylaxe von Blutungen bei aktiven Magen-Darmulzera (inkl. NSAR-bedingten Ulzera), Eradikation von H. Pylori (in Kombination mit Antibiotika), pathologische Hypersekretion (inkl. Zollinger-Ellison-Syndrom). | | | | | |
| Kontraindikationen, Warnhinweise [1] | Überempfindlichkeit auf Wirkstoff. <i>Erhöhte Chromogranin A-Spiegel können mit Untersuchungen bei neuroendokrinen Tumoren interferieren.</i> | | | | | |
| Dosierungen [1] | <p><u>Refluxerkrankung, Rezidivprophylaxe Refluxösophagitis, Prophylaxe NSAR-induzierter Ulkus:</u> 1x tgl. 20 mg</p> <p><u>Refluxösophagitis:</u> 1x tgl. 40 mg während 4 Wochen, max. 8 Wochen</p> <p><u>Ulkusblutung:</u> 40-80 mg i.v. Kurzinfusion über 30 Minuten, anschliessend 8 mg/h kontinuierliche Infusion über 3 d.</p> <p><u>Ulkustherapie (inkl. NSAR-bedingt):</u> 1x tgl. 40 mg während 4-8 Wochen</p> <p><u>Helicobacter Pylori-Eradikation:</u> Esomeprazol 2x tgl. 20 mg + Antibiotikaregime</p> <p><u>Hypersekretion (inkl. Zollinger-Ellison-Syndrom):</u> Initial 2x tgl. 40 mg, danach individuelle Dosisanpassung. (Dosierungen bis 2x tgl. 120 mg möglich)</p> | <p><u>Refluxerkrankung, Rezidivprophylaxe Refluxösophagitis:</u> 1x tgl. 20 mg</p> <p><u>Ulkustherapie, Refluxösophagitis, Prophylaxe NSAR-induzierter Ulkus:</u> 1x tgl. 40 mg (bei Bedarf erhöhen auf 2x tgl. 40 mg) während 4-8 Wochen</p> <p><u>Helicobacter Pylori-Eradikation:</u> 2x tgl. 40 mg + Antibiotikaregime</p> <p><u>Hypersekretion:</u> Initial 2x tgl. 40 mg, danach individuelle Dosisanpassung. (Dosierungen bis 2x tgl. 80 mg möglich)</p> | <p><u>Rezidivprophylaxe Refluxösophagitis, Dyspeisie:</u> 1x tgl. 10 mg</p> <p><u>Refluxerkrankung:</u> 1x tgl. 20 mg während 4 Wochen</p> <p><u>Ulkustherapie&Ulkusprophylaxe (inkl. NSAR-induziert), Refluxösophagitis:</u> 1x tgl. 20 – 40 mg während 4-8 Wochen</p> <p><u>Helicobacter Pylori-Eradikation:</u> 2x tgl. 20 mg + Antibiotikaregime</p> <p><u>Hypersekretion</u> Initial 1x tgl. 60 mg, danach individuelle Dosisanpassung (Dosierungen bis tgl. 120 mg möglich).</p> | <p><u>Refluxerkrankung, Oberbauchschmerzen, Prophylaxe NSAR-induzierter Ulkus:</u> 1x tgl. 15 mg</p> <p><u>Ulkustherapie (inkl. NSAR-induziert), Refluxösophagitis:</u> 1x tgl. 30 mg während 4-8 Wochen.</p> <p><u>Rezidivprophylaxe Refluxösophagitis:</u> 1x tgl. 15 mg, bei Bedarf 1x tgl. 30 mg</p> <p><u>Helicobacter Pylori-Eradikation:</u> 2x tgl. 30 mg + Antibiotikaregime</p> <p><u>Hypersekretion:</u> Initial 1x tgl. 60 mg, danach individuelle Dosisanpassung (Dosierungen bis 2x tgl. 90 mg möglich)</p> | <p><u>Refluxerkrankung:</u> 1x tgl. 10 mg</p> <p><u>Refluxösophagitis und Rezidivprophylaxe:</u> 1x tgl. 10-20 mg</p> <p><u>Ulkustherapie:</u> 1x tgl. 20 mg während 4-12 Wochen</p> <p><u>Helicobacter Pylori-Eradikation:</u> 2x tgl. 20 mg + Antibiotikaregime</p> | <p><u>Refluxerkrankung, Rezidivprophylaxe Refluxösophagitis:</u> 1x tgl. 30 mg</p> <p><u>Refluxösophagitis:</u> 1x tgl. 60 mg während 4-8 Wochen</p> |
| Dosisanpassungen [1] | Schwere Leberinsuffizienz max. 20 mg tgl. | Schwere Leberinsuffizienz max. 20 mg/d, Niereninsuffizienz/Geriatrie max. 40 mg tgl. | Erhöhte Bioverfügbarkeit und Halbwertszeit bei Leberinsuffizienz (ohne Dosisempfehlung) | Mässige bis schwere Leberinsuffizienz/Geriatrie: 15 mg tgl., Niereninsuffizienz: max. 30 mg tgl. | Schwere Leberinsuffizienz/Geriatrie: Initial max. 10 mg tgl. | Moderate Leberinsuffizienz: max. 30 mg tgl., schwere Leberinsuffizienz: Einnahme nicht empfohlen |
| UAW [1,2,5,6] | Gastrointestinale Störungen (Bauchschmerzen, Übelkeit, Obstipation, Diarrhö, Meteorismus, Drüsenpolypen des Fundus (gutartig)), erhöhte Leberenzyme, Müdigkeit, Schwindel, Kopfschmerzen, Exanthem. In der Dauertherapie besteht ein erhöhtes Risiko gastrointestinaler Infektionen, Pneumonien (NNH 200), Hypomagnesiämie (NNH >100), verminderte Vitamin B12-Resorption, Osteoporose (NNH 60-300), Demenz (NNH 250-500), Rebound-Hypersekretion bei Absetzen von PPI (bis 80%, daher Ausschleichen) | | | | | |
| Interaktionen [1,2] | <u>PPI Blutspiegel ↓ durch verminderte Resorption:</u> Calcium, Magnesium, Vitamin B12, Eisensalze, Atazanavir, Itraconazol. <u>PPI Blutspiegel ↑ durch erhöhte Bioverfügbarkeit:</u> Digoxin, Tacrolimus, Saquinavir <u>CYP2C19-Hemmer:</u> Omeprazol, Esomeprazol; Hemmung der Aktivierung von Clopidogrel (Wirkung!) und weiteren CYP2C19-Substraten (Warfarin/Coumarine, Phenytoin, Diazepam,...) <u>Es-/Omeprazol+Methotrexat:</u> Hemmung der renalen Elimination von MTX → MTX-Effekte↑ (bei Hochdosis MTX-Therapie muss Es-/Omeprazol abgesetzt werden) | | | | | |
| Metabolisierung durch [3] | CYP2C19, CYP3A | CYP2C19, CYP3A4 | CYP2C19, CYP3A4 Mittelstarker CYP2C19-/P-gp-Hemmer | CYP2C19, (CYP3A4) | Hauptsächlich nicht-enzymatisch (CYP2C19 und CYP3A4) | CYP2C19, CYP3A4 |
| Unveränderte renale Elimination [3] | < 10% | < 30% | ≈ 0 | ≈ 0 | ≈ 0 | ≈ 0 |
| Äquivalenzdosen bez. auf pH Senkung [4] | 20 mg | 40 – 80 mg | 40 mg | 30 mg | 20 mg | - |

Quellen: [1] Schweizerisches Arzneimittelkompendium online (Zugriff 17.09.2019); [2] Mössner J. Indikationen, Nutzen und Risiken von Protonenpumpeninhibitoren. Eine Bestandsaufnahme nach 25 Jahren. Deutsches Ärzteblatt 2016;113(27–28):478-483; [3] Mediq online (Zugriff 17.09.2019); [4] Dosing online (Zugriff: 23.12.2019) © 1998 - 2019 Abt. Klinische Pharmakologie & Pharmakoepidemiologie, Universitätsklinikum Heidelberg; [4] Kirchheiner J, Glatt S, Fuhr U, Klotz U, Meineke I, Seufferlein T, Brockmüller J.: Relative potency of protonpumpinhibitors-comparison of effectson intragastric pH. Eur J ClinPharmacol 2009 Jan; 65(1): 19–31.Epub 2008 Oct 17, [5] www.uptodate.ch (Zugriff 15.08.219); [6] www.micromedexsolutions.com (Zugriff 15.08.2019) © Spitalpharmazie KSA 2020: Der Inhalt dieses Dokumentes oder Teile davon dürfen ohne ausdrückliche Genehmigung nicht kopiert und in andere Websites oder Medien übernommen werden. Die Kantonsspital Aarau AG übernimmt keine Verantwortung für etwaige Personen- oder Sachschäden, die aus der Verwendung dieses Dokumentes ausserhalb der Kantonsspital Aarau AG entstehen.