

Jahrgang 30

Nummer 6/2008

Amalgamplomben	21
Fieber bei Kindern	22
Wochenbettdepression	23

Mini-Übersicht

Amalgamplomben

Seit Jahren wird über mögliche Probleme diskutiert, die von Amalgamplomben ausgelöst sein könnten. In unserer Zeitschrift wurde das Thema bisher nie behandelt. Im Mai 2008 wurde dazu in «La Revue Prescrire» eine Zusammenfassung des aktuellen Wissens veröffentlicht. Im Gegensatz zu vielen anderen Publikationen zum Thema «Amalgam» handelt es sich um einen sehr sachlichen und gut dokumentierten Text,¹ der hier – mit einigen Ergänzungen für die Schweiz – zusammengefasst wird.

Quecksilber und Quecksilberexposition

Seit über 150 Jahren wird Quecksilber in der Zahnheilkunde verwendet. Mit verschiedenen anderen Metallen amalgamiert, bildet es eine feste kristalline Masse, die sich zur Füllung von Zahndefekten eignet. Quecksilber, ein Schwermetall, akkumuliert sich im Körper und ist toxisch für das Nervensystem und die Nieren. Entsprechende Gefahren sind bekannt für zahnärztlich Tätige und für Personen, die Quecksilberabfälle entsorgen. Ob das in geringen Mengen aus Zahnplomben freigesetzte Quecksilber von gesundheitlicher Bedeutung ist, wird jedoch kontrovers beurteilt.

Noch vor wenigen Jahren war die Menge Quecksilber, die für Amalgamplomben verwendet wurde, sehr beträchtlich. So wurden im Jahr 2003 in Frankreich rund 14 Tonnen Quecksilber für Zahnplomben verwendet. (Für die Schweiz liegen keine allgemein bekannten Verbrauchsdaten vor.)

Mehrere Mechanismen führen dazu, dass aus den Amalgamplomben Quecksilber freigesetzt wird: mechanische Belastung (Kauen, Zahnreinigung), chemische Reaktionen (z.B. mit Nahrungsmitteln), «elektrische» Reaktionen (mit anderen Metallen) und thermische Effekte (z.B. heisse Getränke). Obwohl nur rund 15% des freigesetzten Quecksilbers in den systemischen Kreislauf gelangen, stellen Amalgamplomben eine der wichtigsten Quellen der Quecksilberbelastung dar. Gemäss einer nordamerikanischen Untersuchung beträgt die durchschnittliche Quecksilber-Aufnahme 17,6 µg pro Tag, wobei gegen 10 µg aus den Amalgamplomben stammen sollen.² Diese Werte sind deutlich niedriger als die von der WHO festgelegte «akzeptable» Queck-

silber-Belastung (40 µg/Tag). In einzelnen Fällen kann die Belastung allerdings sehr nahe an diesem Grenzwert liegen.³ Quecksilber kann im Körper namentlich in den Nieren nachgewiesen werden. Auch im Gehirn, in der Plazenta und in der Muttermilch findet sich Quecksilber. Die autoptisch nachgewiesene Quecksilbermenge in den Nieren und im Gehirn ist umso höher, je mehr Amalgamplomben ein Individuum hatte.⁴

Zusammenhang mit Erkrankungen?

In verschiedenen Studien wurde untersucht, ob ein Zusammenhang zwischen wiederholten kleinen Quecksilberdosen und pathologischen Veränderungen bestehen könnte. Diese Untersuchungen haben widersprüchliche Resultate ergeben; auch wird oft unterstrichen, dass diese Studien methodologisch ungenügend seien.^{5,6} Immerhin gilt als einigermassen erwiesen, dass lokale lichenoiden Reaktionen auf der Mundschleimhaut bei Personen mit einer «Quecksilberallergie» häufiger sind als in der Bevölkerung allgemein.

Was die Auswirkungen auf die *Niere* anbelangt, konnte in einer grossen Kohortenstudie nicht nachgewiesen werden, dass Amalgamplomben mit Nierenerkrankungen assoziiert wären. In zwei randomisierten Studien wurden Kinder mit Amalgamplomben und solche mit Kompositfüllungen verglichen. Obwohl die Quecksilber-Exkretion in den Amalgamgruppen (über 5 bis 7 Jahre zeitweise signifikant) höher war als in den Kompositgruppen, fanden sich keine Anhaltspunkte für eine Beeinträchtigung der Nierenfunktion.^{7,8}

Berichten von Einzelfällen mit dramatischen Verbesserungen von *neurologischen Erkrankungen* nach Entfernung der Amalgamplomben stehen die Resultate epidemiologischer Studien gegenüber, die keinen eindeutigen Zusammenhang zwischen Amalgamplomben und neurodegenerativen Krankheiten zeigen. In einzelnen Studien bei Alzheimer-Kranken wurden erhöhte Quecksilberspiegel im Blut und im Gehirn gefunden, in anderen Studien konnte kein solcher Zusammenhang gezeigt werden. Unklar ist auch, ob die multiple Sklerose und die Parkinson-Krankheit bei Quecksilber-belasteten Personen häufiger sind. Ob bei einzelnen Personen neurologische Erkrankungen durch Amalgamplomben gefördert werden können, ist weiterhin hypothetisch.

In mehreren Studien wurde nach einem Zusammenhang zwischen Amalgamplomben und einer ungünstigen Entwicklung des *Verhaltens und kognitiver oder motorischer Funktionen* bei Kindern gesucht. Signifikante Unterschiede gegenüber Kindern

Fieber bei Kindern

mit Kompositplomben konnten in den beiden bereits erwähnten Studien nicht gefunden werden.^{7,8} Damit lassen sich jedoch eventuelle individuelle Empfindlichkeiten nicht ausschliessen. Auch zur sogen. Amalgamkrankheit – Asthenie, Depression, Gelenk- oder Muskelschmerzen, Kopfschmerzen u.a. – liefern die vorhandenen Studien keine Gewissheit. Der Vergleich von Personen mit solchen Beschwerden mit beschwerdefreien Personen, die eine gleich grosse Zahl Amalgamplomben haben, ergibt keine signifikanten Unterschiede bezüglich Quecksilberspiegel im Blut, Urin oder Speichel und auch keine Hinweise auf eine häufigere Amalgamallergie in der Gruppe mit Beschwerden. Gemäss einer systematischen Übersicht lässt sich keine Beschwerdeverbesserung nach Entfernung der Amalgamplomben objektivieren.⁹

Eine aktuelle Hypothese propagiert, es existiere eine genetisch determinierte Überempfindlichkeit auf das Quecksilber im Amalgam. Für diese Hypothese gibt es aber zur Zeit keine wissenschaftliche Basis.

Empfehlungen

Es ist offensichtlich schwierig, einen Zusammenhang zwischen Amalgam-Zahnfüllungen und gesundheitlichen Problemen eindeutig nachzuweisen oder zweifelsfrei zu widerlegen. Indirekte Vergleiche, Extrapolationen und unterschiedliche Überlegungen führen zu widersprüchlichen Argumenten. Die Gesundheitsbehörden verschiedener Länder nehmen deshalb recht divergierende Standpunkte ein. Nur in Norwegen wurde bisher ein vollständiges Verbot der Verwendung von Amalgam ausgesprochen. In anderen europäischen Ländern wird empfohlen, den Einsatz von Quecksilberamalgam einzuschränken, wobei in erster Linie Umweltschutz-Argumente ins Feld geführt werden. (In der Schweiz existieren offenbar keine besonderen Empfehlungen in dieser Hinsicht.) Besonders Personen, die auf Quecksilber allergisch sind, schwangere und stillende Frauen, Nierenkranke und Kinder sollten *nicht* mit Amalgamplomben behandelt werden. Da bei der Entfernung von Amalgam eventuell hohe Quecksilberspiegel auftreten können, sollte ein solcher Eingriff nicht bei schwangeren Frauen erfolgen. Verschiedene Organisationen haben im November 2007 einen Appell veröffentlicht (sogen. Luxemburger Appell), der dazu aufruft, weltweit kein Quecksilberamalgam für Zahnfüllungen mehr zu verwenden.¹⁰ Die Welt-Zahnärzteorganisation steht jedoch einem allgemeinen Verbot eher skeptisch gegenüber.¹¹

Als Alternative zur Verwendung von Amalgam stehen mehrere *andere Füllmaterialien* (Komposite, Glasionomere, Kompo-mere) zur Verfügung. Auch diese setzen gewisse Stoffe frei. Zur Zeit ist es kaum möglich, zuverlässige Aussagen zur langfristigen Verträglichkeit dieser Materialien zu machen.

Zusammengefasst und ergänzt von E. Gysling

Literatur

- 1 Anon. Rev Prescrire 2008; 28: 378-82
- 2 <http://www.atsdr.cdc.gov/toxprofiles/tp46-c5.pdf>
- 3 http://ec.europa.eu/health/ph_risk/committees/04_scenihp/docs/scenihp_o_016.pdf
- 4 Bates MN Int J Hyg Environ Health 2006; 209: 309-16
- 5 Needleman HL. JAMA 2006; 295: 1835-6
- 6 Mutter J et al. Int J Hyg Environ Health 2004; 207: 391-7
- 7 Bellinger DC et al. JAMA 2006; 295: 1775-83
- 8 DeRouen TA et al. JAMA 2006; 295: 1784-92
- 9 <http://www.library.nhs.uk/oralhealth/ViewResource.aspx?resID=267137>
- 10 http://www.akut.lu/Appell/appeal_de.htm
- 11 www.eudental.eu/library/104/files/fdi_statement__safety_of_amalgam_en_00710-20080110-1832.pdf

Das britische «Drug and Therapeutic Bulletin» hat sich in seiner Ausgabe vom März 2008 mit der Frage befasst, ob und wie man Fieber bei Kindern behandeln soll.¹ Im Folgenden werden die wichtigsten Punkte aus dieser Arbeit zusammengefasst und mit neueren Studienresultaten ergänzt.

Fieber und Begleitsymptome

Fieber entsteht, wenn der Thermostase-Sollwert im Hypothalamus erhöht wird. Dabei werden verschiedene thermoregulatorische Mechanismen – z.B. geringeres Schwitzen, Frösteln – aktiviert. Ob andere Begleitsymptome wie Schmerzen oder Müdigkeit direkt mit dem Fieber oder mit der zugrundeliegenden Erkrankung zusammenhängen, ist nicht immer klar. Meistens wird von Fieber gesprochen, wenn die Temperatur über 37,5°C axillär oder 38°C rektal liegt. Fieber muss von Hyperthermie unterschieden werden. Bei der letzteren beruht die erhöhte Körpertemperatur nicht auf einer Änderung der hypothalamischen Regulation, sondern entsteht durch «Überhitzung» beispielsweise durch zu warme Kleidung.

Meistens wird angenommen, die Induktion von Fieber beruhe auf einer vermehrten Bildung von *Zytokinen*, z.B. von Interleukinen oder Interferonen. Im Hypothalamus würden die Zytokine zur Produktion von Prostaglandin E₂ (PGE₂) führen, das seinerseits wärmeempfindliche Neuronen in dieser Region unterdrücken würde.

Nach neueren Erkenntnissen finden sich die Zytokine jedoch erst im Kreislauf, wenn bereits Fieber aufgetreten ist. Bei bakteriellen Infektionen beginnt die febrile Reaktion mit einer *Aktivierung der Komplement-Kaskade*, was zur PGE₂-Produktion in der Leber führt. Als Antwort auf die Prostaglandinbildung wird im Hypothalamus Noradrenalin freigesetzt. Erst in einer zweiten Phase spielen dann wahrscheinlich auch die Zytokine eine Rolle.²

Aufgrund von Tierversuchen kann angenommen werden, dass eine erhöhte Körpertemperatur die Immunabwehr verstärkt.

Nutzen einer Fiebertherapie

In einer Doppelblindstudie erhielten 225 Kinder mit akutem Fieber alle 4 Stunden entweder *Paracetamol* (z.B. Dafalgan[®], 10 bis 15 mg/kg) oder Placebo. Weder das Fieber noch andere Symptome dauerten in der Placebogruppe signifikant länger an. Mit Paracetamol behandelte Kinder waren aktiver und wacher; bezüglich Appetit, Durst oder allgemeinem Wohlbefinden ergaben sich aber keine signifikanten Unterschiede.³

Ob es sinnvoll ist, im Hinblick auf eine mögliche Fieberreaktion nach Impfungen präventiv mit Paracetamol zu behandeln, ist nicht klar.

Bis zu 8% der Kinder mit Fieber können einen *Fieberkrampf* erleiden. In zwei Placebo-kontrollierten Studien gelang es nicht, mit Paracetamol oder Ibuprofen (z.B. Algifor[®]) Fieberkrämpfe zu verhindern. Es ist daher nicht völlig klar, was sich in Bezug auf Fieberkrämpfe mit antipyretischen Medikamenten erreichen lässt.

Manchmal wird vermutet, die Reaktion auf ein Fiebermittel weise auf die Ursache des Fiebers hin – nämlich dass ein bak-

teriell verursachtes Fieber weniger gut auf das Medikament reagiere. Eine prospektive Studie bei 100 Kindern mit Fieber über 38,8°C, die mit Paracetamol (15 mg/kg) behandelt wurden, ergab jedoch keinen Unterschied zwischen Kindern mit einer bakteriellen und solchen mit einer viralen Infektion.⁴

Therapie

Zur Behandlung von Fieber liegen *sehr wenig Studienresultate* vor. Dies ist umso überraschender, als es sich ja um eine sehr häufige Situation handelt.

Da der Körper versucht, einen erhöhten Temperatur-Sollwert aufrechtzuerhalten, könnte sich die Kühlung mit *physikalischen Methoden* (z.B. mit den in der Schweiz beliebten Essigsocken, in angelsächsischen Ländern mit «tepid sponging») kontraproduktiv auswirken. In drei kleinen Studien ergab die Kombination von Paracetamol mit physikalischer Kühlung eine bessere fiebersenkende Wirkung als Paracetamol allein; die Kühlung führte aber zu Frösteln, Gänsehaut oder zum Weinen. Es ist deshalb fraglich, ob man wirklich eine physikalische Kühlung empfehlen soll.

Medikamente

In Grossbritannien werden offenbar *Paracetamol* und *Ibuprofen* ähnlich häufig als Fiebermittel bei Kindern verwendet. Da diese Mittel auch eine schmerzlindernde Wirkung haben, tragen sie wahrscheinlich auch zum Wohlbefinden des Kindes bei.

Die Wirksamkeit von Paracetamol und Ibuprofen wurde in zwei systematischen Übersichten verglichen. Während die eine Analyse *keinen* eindeutigen Unterschied zwischen den beiden Medikamenten fand,⁵ ergab sich in der anderen eine marginal stärkere Wirkung von Ibuprofen (Einzeldosis von 5-10 mg/kg) als von Paracetamol (Einzeldosis von 10-15 mg/kg).⁶

In einer neuen randomisierten Studie (die seit dem Erscheinen des hier zusammengefassten Textes publiziert worden ist) erhielten 156 Kinder im Alter zwischen 6 Monaten und 6 Jahren nur *Ibuprofen* (höchstens dreimal täglich 10 mg/kg), nur *Paracetamol* (höchstens viermal täglich 15 mg/kg) oder beide Medikamente kombiniert. Die Medikamente wurden als orale Suspension verabreicht. Als primäre Endpunkte waren die fieberfreie Zeit in den 4 Stunden nach der ersten Dosis und das Wohlbefinden nach 48 Stunden definiert. Mit Ibuprofen bzw. mit der Kombination von Ibuprofen und Paracetamol sank die Körpertemperatur rascher auf normale Werte als mit Paracetamol allein. Auch innerhalb der ersten 24 Stunden war die Kombination etwas wirksamer. In Bezug auf das Wohlbefinden ergab sich kein Unterschied.⁷

Mögliche Probleme

Da mehr oder weniger identische Fiebermittel unter sehr verschiedenen Namen verkauft werden, sollten die Eltern besonders sorgfältig darauf achten, was sie ihren Kindern geben. (In der Schweiz sind mit Ausnahme von Algifor[®] Junior keine Ibuprofen-Präparate erhältlich, die sich für Kinder unter 12 Jahren eignen würden.) Kinder, die zu Ösophagus-, Magen- oder Nierenproblemen neigen, sollten nicht mit Ibuprofen behandelt werden.

In einer grossen internationalen Studie wurden die Eltern von 205'000 Kindern im Alter von 6 bis 7 Jahren zum Gebrauch von *Paracetamol* im ersten Lebensjahr und in den 12 Monaten vor der Studie befragt. Weitere Fragen bezogen sich auf *Asthma* oder andere atopische Erkrankungen. Gemäss dieser Unter-

suchung ist die Verwendung von Paracetamol im frühen und späteren Kindesalter mit einem erhöhten Risiko für Asthmasymptome assoziiert. Kinder, die im Jahr vor der Befragung *häufig* Paracetamol erhielten, hatten gegenüber solchen, die kein Paracetamol erhielten, ein etwa dreimal höheres Risiko, an schweren Asthmasymptomen zu erkranken.⁸ Auch für Ibuprofen ist ein Asthmarisiko nicht völlig ausgeschlossen; eine systematische Übersicht zu dieser Frage ist jedoch zum Schluss gekommen, dass dieses Risiko im Vergleich mit demjenigen von Paracetamol deutlich geringer sei.⁹

Schlussfolgerungen

Der Nutzen fiebersenkender Medikamente ist wahrscheinlich bescheiden; es ist nicht einmal klar nachgewiesen, dass sie helfen, Fieberkrämpfe zu vermeiden. Diese Medikamente sollten deshalb zurückhaltend eingesetzt werden, am ehesten wohl dann, wenn ein Kind auch Schmerzen hat. Zurzeit liegen nicht genügend Daten vor, wonach statt Paracetamol eher Ibuprofen gegeben werden sollte. Die Frage des Asthmarisikos von Paracetamol sollte unbedingt in prospektiven und kontrollierten Studien geklärt werden.

Zusammengefasst und ergänzt von E. Gysling

Literatur

- 1 Anon. Drug Ther Bull 2008; 46: 17-20
- 2 Blatteis CM. Prog Brain Res 2007; 162: 3-14
- 3 Kramer MS et al. Lancet 1991; 337: 591-4
- 4 Weisse ME et al. Pediatr Infect Dis 1987; 6: 1091-4
- 5 Goldman RD et al. Ann Pharmacother 2004; 38: 146-50
- 6 Perrott DA et al. Arch Pediatr Adolesc Med 2004; 158: 521-6
- 7 Hay AD. BMJ 2008; 337: a1302
- 8 Beasley R et al. Lancet 2008; 372: 1039-48
- 9 Kanabar D et al. Clin Ther 2007; 29: 2716-23

Mini-Übersicht

Wochenbettdepression

In der Zeitschrift «Australian Prescriber» ist im April 2008 ein Text zu den Wochenbettdepressionen erschienen.¹ Eine Depression nach der Geburt eines Kindes wird oft auch als Postpartum- oder postnatale Depression bzw. als «baby blues» bezeichnet. Die Autorin des vorliegenden Textes schlägt vor, besser von einer *perinatalen Depression* zu sprechen, da die Störung oft schon vor der Geburt beginnt. Das Wichtigste aus diesem Text ist in den folgenden Abschnitten zusammengefasst und mit einigen Hinweisen ergänzt.

Diagnose

Wochenbettdepressionen sind nicht selten: etwa 30% aller Frauen haben nach einer Geburt Probleme mit der Anpassung an die neue Situation, bei rund 15% tritt eine eigentliche (oft ängstlich gefärbte) Depression auf. Für viele Frauen handelt es sich um die erste depressive Phase ihres Lebens; oft sorgen sie sich viel mehr um das Wohl des Kindes als um ihr eigenes Befinden und möchten das Stigma einer depressiven oder «schlechten» Mutter vermeiden.

Damit die Depression erkannt wird, ist auf mögliche *Risikofaktoren* zu achten. Diese umfassen insbesondere eine Depression *während* der Schwangerschaft, eine psychiatrische Anamnese oder Familienanamnese, eine ungenügende Unterstützung seitens des Partners oder der Familie und das Vorhandensein multipler psychosozialer Stressfaktoren. Solche Risikofaktoren sollten möglichst schon während der Schwangerschaft – allenfalls anhand von psychometrischen Skalen wie die «Edinburgh Postnatal Depression Scale»² – erfasst und eventuell eine Betreuung oder Behandlung veranlasst werden.

Adaptationsstörungen nach der Geburt können ähnliche Symptome verursachen wie eine eigentliche Depression, sind jedoch weniger ausgeprägt und anhaltend. Solche Beschwerden verschwinden meistens innerhalb von 3 Monaten.

Depressive Frauen weinen oft, fühlen sich überfordert, schlafen schlecht und sind inappetent. Es ist wichtig, dass Mütter, die auffällig häufig wegen ihres Säuglings in die Sprechstunde kommen, immer wieder auch nach ihrem eigenen Befinden befragt werden.

Sehr viel seltener sind *postpartale Psychosen*, die sich in den ersten Wochen nach der Geburt mit Konfusion, psychotischen Symptomen und schweren Befindlichkeitsstörungen äussern. In diesen Fällen ist im Interesse der Mutter und des Kindes eine rasche Intervention und eventuell auch eine Hospitalisation angezeigt. Solche Frauen sind im Gegensatz zu den Frauen mit perinataler Depression auch suizidgefährdet.

Behandlung

Viele Frauen mit einer Wochenbettdepression können – mindestens initial – *ohne Medikamente* behandelt werden. Ob eventuell Antidepressiva eingesetzt werden sollen, muss sorgfältig individuell erwogen werden.

Psychosoziale Unterstützung

Rücksichtnahme auf die besonderen Stressfaktoren bei der betroffenen Frau – eine schwierige Geburt, das Gefühl des Ungenügens, die Veränderungen der Lebensweise – ermöglicht es, Hilfestellung anzubieten. Gruppengespräche können helfen, wobei oft eine Teilnahme des Partners am Gespräch erwünscht ist. Wichtig ist, alle verfügbaren Organisationen, die Frauen mit Säuglingen helfen können, zu berücksichtigen. Oft genügt es schon, einer Frau regelmässig ein paar «ruhige Stunden» für sich selbst zu ermöglichen. Eine kognitive Verhaltenstherapie kann allenfalls hilfreich sein; über den Nutzen dieses Verfahrens bei Wochenbettdepressionen weiss man allerdings wenig Sicheres.

Antidepressiva

Obwohl Antidepressiva *während* der Schwangerschaft keineswegs ganz problemlos sind,³ müssen im Einzelfall die Risiken einer schweren Depression mitberücksichtigt werden. Diese Medikamente sind deshalb in der Schwangerschaft nicht absolut kontraindiziert. Von der Anwendung von Paroxetin (Deroxat® u.a.) ist aber abzuraten.⁴

Ähnliche Überlegungen gelten bei *stillenden* Frauen. Unerwünschte Wirkungen der in der Muttermilch enthaltenen Antidepressiva sind nicht genügend dokumentiert. Venlafaxin (Efexor®) erreicht besonders hohe Spiegel in der Muttermilch; Frauen, die stillen, sollen deshalb nicht mit Venlafaxin behandelt werden. Es ist auch wahrscheinlich, dass sich ungünstige

Wirkungen besonders bei kleinen, frühgeborenen oder kranken Kindern manifestieren könnten.

Allgemein sollte an die Verordnung von Antidepressiva gedacht werden, wenn sich die Depression trotz psychosozialer Massnahmen als hartnäckig erweist, ausgeprägte Appetit- oder Schlafstörungen verursacht oder wenn die Frau bereits einmal gut auf Antidepressiva reagiert hat. Auch der Wunsch der Patientin soll und kann bei der Wahl der Therapie berücksichtigt werden.

Mutter-Kind-Beziehung

Eine Depression bei der Mutter ist mit nachteiligen psychischen Auswirkungen beim Kind assoziiert.⁵ Worauf dieser Zusammenhang beruht, ist jedoch nicht ganz klar. Die Behandlung der Depression allein genügt aber nicht, um die Mutter-Kind-Beziehung zu verbessern. Dabei ist diese Beziehung im ersten Lebensjahr von Bedeutung für zwischenmenschliche Beziehungen, die dieses Individuum im späteren Leben einget. In der hausärztlichen und kinderärztlichen Praxis sollte deshalb die Mutter-Kind-Beziehung beachtet werden und allenfalls Hilfe angeboten werden. Im Internet offeriert der «circle of security» einfache Hilfsmittel;⁶ auch ein deutschsprachiges Schema kann heruntergeladen werden.

Schlussfolgerungen

Viele Frauen mit einer Wochenbettdepression können in der hausärztlichen Praxis behandelt werden. Wichtig ist es, eine Depression zu erkennen und rasch auch eine (primär nicht-medikamentöse) Behandlung einzuleiten. Eine psychiatrische Intervention kann angezeigt sein, wenn Gefahren für Mutter oder Kind bestehen; ein entsprechendes Konsilium ist eventuell auch im Zusammenhang mit einer antidepressiven Medikation sinnvoll.

Zusammengefasst und ergänzt von E. Gysling

Literatur

- 1 Buist A. Aust Prescr 2008; 31: 36-9
- 2 <http://www.patient.co.uk/showdoc/40002172/>
- 3 Sved Williams A. Aust Prescr 2007; 30: 125-7
- 4 Gysling E. pharma-kritik 2006; 27: 43
- 5 Murray L, Cooper P. Arch Dis Child 1997; 77: 99-101
- 6 www.circleofsecurity.org

pharma-kritik

www.pharma-kritik.ch

e-mail: sekretariat@infomed.ch

Gegründet 1979

von Etzel Gysling unter Mitarbeit von Renato Galeazzi und Urs A. Meyer
Redaktionsteam: Renato Galeazzi, Etzel Gysling (Leitung), Urs Peter Masche, Peter Ritzmann, Thomas Weissenbach

Layout und Sekretariat: Verena Gysling

Abonnementspreis für den Jahrgang 30 (2008, 20 Nummern): 102 Franken
Erscheinungsweise: 18 Ausgaben

Infomed-Verlags-AG, Bergliweg 17, 9500 Wil

Telefon 071-910-0866, Telefax 071-910-0877

Website: www.infomed.org – e-mail: sekretariat@infomed.ch

Druck: Druckerei R.-P. Zehnder AG, 9500 Wil

© 2008 Infomed Wil. All rights reserved.

MARKENNAMEN

der im Text erwähnten Arzneimittel*

(A = in Österreich, D = in Deutschland)

Ibuprofen

A: Nureflex und andere D: Dolormin, Ibu Benuron u.a.

Paracetamol

A: Benuron, Mexalen u.a. D: Ben-u-ron, Enelfa, Rubie-
mol und andere

Paroxetin

A: Paroxat, Seroxat und
andere D: Seroxat, Tagonis und
andere

Venlafaxin

A: Efectin, Faxiprol D: Trevilor, Vandral

* Die Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Berücksichtigt wurden in erster Linie Markennamen, die von den Schweizer Namen abweichen.