

IV Protokoll zu abnobaVISCUM

Achtung: "off label use"

Die nachfolgend beschriebene intravenöse Infusionstherapie mit abnobaVISCUM® ist keine zugelassene Therapieform und stellt ein sog. "off label use" dar.

Indikation

Infusionen werden hauptsächlich in der Behandlung von Schmerzzuständen durch Tumorerkrankungen und bei Tumorprogredienz in der Regel einmal wöchentlich angewandt.

Dosierung und Häufigkeit der Anwendung

- In den ersten 2 Wochen wird eine Ampulle (1 ml) abnobaVISCUM der zuletzt subkutan verwendeten Stärke gegeben. Danach wird, wie aus der nachstehenden Tabelle ersichtlich, um die jeweils nächst höhere Stärke gesteigert.
- Erhält der Patient erstmalig eine Misteltherapie, wird eine Ampulle abnobaVISCUM der Stärke 0,02 mg infundiert.

Gute systemische Verträglichkeit vorausgesetzt, wird in der jeweils übernächsten Woche jeweils eine Ampulle der nächst höheren Stärke infundiert bis die Stärke 20 mg erreicht ist. Bei den 3 darauf folgenden Infusionen wird die Dosis auf 2, 4 und 6 Ampullen der Stärke 20 mg erhöht. In der Regel werden 16 Infusionen durchgeführt.

THERAPIESCHEMA bei Patienten die zuvor keine Misteltherapie erhalten haben.

Woche	1	2	3	4	5	6	7	8
Stärke von abnobaVISCUM								
0,02 mg	•	•						
0,2 mg			•	•				
2 mg					•	•		
20 mg							•	•

Bei guter Verträglichkeit wird die Stärke gesteigert.

Woche	9	10	11	12	13	14	15	16
Stärke von abnobaVISCUM								
40 mg	•	•						
80 mg			•	•				
120 mg					•	•	•	•

Art der Anwendung

AbnobaVISCUM wird in der jeweiligen Dosis in 250 ml steriler physiologischer Kochsalzlösung als intravenöse Infusion verabreicht. Die Infusionsdauer soll mindestens 120 Minuten betragen. Sollten bei der Infusion Symptome einer allergischen bzw. allergoiden Reaktion auftreten, muss die Infusion unverzüglich abgebrochen werden.

Gegebenenfalls sind ärztliche Notfallmaßnahmen, wie im Folgenden unter „Notfallmaßnahmen, Symptome und Gegenmittel“ beschrieben, durchzuführen.

Nebenwirkungen

Eine geringe Steigerung der Körpertemperatur kann zu Beginn der Therapie auftreten. Ebenso unbedenklich sind vorübergehende leichte Schwellungen einzelner Lymphknoten.

Bei Fieber über 38 °C (evtl. mit Abgeschlagenheit, Frösteln, allg. Krankheitsgefühl, Kopfschmerzen und kurzzeitigen Schwindelgefühlen) sollte die nächste Infusion erst nach Abklingen dieser Symptome und in reduzierter Konzentration bzw. Dosis gegeben werden.

Das durch abnobaVISCUM-Infusionen hervorgerufene Fieber soll nicht durch fiebersenkende Arzneimittel unterdrückt werden. Bei länger als 3 Tage anhaltendem Fieber ist an einen infektiösen Prozess oder Tumorfieber zu denken.

IV Protokoll zu abnobaVISCUM

Es können lokalisierte oder systemische allergische oder allergoide Reaktionen auftreten (gewöhnlich in Form von generalisiertem Juckreiz, Urtikaria oder Exanthem, mitunter auch mit Quinckeödem, Schüttelfrost, Atemnot, und Bronchospastik, vereinzelt mit Schock oder als Erythema exsudativum multiforme), die ein unverzügliches Abbrechen der Infusion und die Einleitung einer ärztlichen Therapie erfordern.

Eine Aktivierung vorbestehender Entzündungen sowie entzündliche Reizerscheinungen oberflächlicher Venen im Infusionsbereich sind möglich. Auch hier ist eine vorübergehende Therapiepause bis zum Abklingen der Entzündungsreaktion erforderlich.

Es wurde über das Auftreten chronisch granulomatöser Entzündungen (Sarkoidose, Erythema nodosum) und von Autoimmunerkrankungen (Dermatomyositis) während einer Misteltherapie berichtet.

Auch über Symptome einer Hirndruckerhöhung bei Hirntumoren/-metastasen während einer Misteltherapie wurde berichtet.

Ein immunsuppressiver Effekt höherer Dosierungen ist nicht auszuschließen. Systematische Untersuchungen liegen hierzu nicht vor.

Notfallmaßnahmen, Symptome und Gegenmittel

Die Notfalltherapie des anaphylaktischen Schocks richtet sich nach der klinischen Symptomatik:

Erstmaßnahmen

Venöser Zugang, Zufuhr von kristalloiden Lösungen.

Zufuhr von Sauerstoff (ggf. endotracheale Intubation bzw. Koniotomie und Beatmung)

Medikamentöse Therapie

Volumenzufuhr:

Behandlung der Hypovolämie durch rasche Zufuhr kristalloider Lösungen (Vollelektrolytlösungen).

Katecholamine i.v.:

1 mg Adrenalin wird mit Kochsalzlösung 0,9% auf 10 ml verdünnt; 1 ml/min dieser verdünnten Lösung (= 100 µg Adrenalin) wird langsam i.v. injiziert (Kontrolle von Puls und Blutdruck, ggf. EKG).

Bei adrenalinrefraktärer schwerer Hypotonie zusätzlich Noradrenalin: 1 mg Noradrenalin wird mit Kochsalzlösung 0,9% auf 10 ml verdünnt; 0,5–1 ml dieser verdünnten Lösung (= 50–100 µg Noradrenalin) wird i.v. injiziert (ggf. wiederholen).

Glukokortikoide:

Bei schwerem Bronchospasmus sowie bei verzögert progredient verlaufender Symptomatik 500–1000 mg Prednisolon einmalig i.v.

Zur Prophylaxe von Rezidivreaktionen und Therapie von Spätreaktionen Zufuhr von Glukokortikoiden über 24 h, z. B. 3 mal 125 mg Prednisolon i.v. Bei Patienten mit insulinpflichtigem oder mit anderen antidiabetischen Therapien behandeltem Diabetes mellitus ist eventuell eine kurzzeitige Anpassung der Insulindosis erforderlich.

Histamin-Antagonisten (ergänzend zur primären Therapie mit Volumenzufuhr):

Zur Verminderung der Histamin-vermittelten Vasodilatation und Bronchokonstriktion: H1- und H2-Antagonisten in Kombination, wobei der H1-Antagonist zuerst verabreicht wird, z. B. 2 mg Clemastin gefolgt von 50 mg Ranitidin i.v.

Theophyllin:

Gegebenenfalls additiv bei schweren bronchospastischen Reaktionen, sofern diese nicht auf Adrenalin und Glukokortikoide ansprechen: initial 5 mg/kg Körpergewicht.

Gegenanzeigen und Warnhinweise

Bitte beachten Sie auch die Gegenanzeigen und Warnhinweise, wie sie für die subkutane Anwendung beschrieben sind. (siehe Anwendungs-Empfehlungen)

Therapieberatung

Bei Fragen zum Thema intravenöser Applikation von abnobaVISCUM® steht Ihnen unsere Therapieberatung (e-Mail: info@abnoba.de / Tel.: 0800 22 66 222) jederzeit und gern zur Verfügung.