

Sorafenib (Nexavar®)

Wechselwirkungen und Nebenwirkungen

Empfehlungen der Fachgesellschaft zur Diagnostik und Therapie
hämatologischer und onkologischer Erkrankungen

Herausgeber

DGHO Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und
Medizinische Onkologie e.V.
Bauhofstr. 12
10117 Berlin

Geschäftsführende Vorsitzende: Prof. Dr. med. Claudia Baldus

Telefon: +49 (0)30 27 87 60 89 - 0

info@dgho.de

www.dgho.de

Ansprechpartner

Prof. Dr. med. Bernhard Wörmann
Medizinischer Leiter

Quelle

www.onkopedia.com

Die Empfehlungen der DGHO für die Diagnostik und Therapie hämatologischer und onkologischer Erkrankungen entbinden die verantwortliche Ärztin / den verantwortlichen Arzt nicht davon, notwendige Diagnostik, Indikationen, Kontraindikationen und Dosierungen im Einzelfall zu überprüfen! Die DGHO übernimmt für Empfehlungen keine Gewähr.

Inhaltsverzeichnis

1 Wechselwirkungen	2
1.1 Pharmakokinetische Wechselwirkungen	2
1.1.2 Distribution	2
1.1.3 Metabolismus	2
1.2 Pharmakodynamische Wechselwirkungen	3
1.3 Einfluss der Nahrungsaufnahme auf die Bioverfügbarkeit	3
2 Maßnahmen	3

Sorafenib (Nexavar®)

Dokument: Wechselwirkungen und Nebenwirkungen

Stand: September 2025

Erstellung der Leitlinie:

- [Regelwerk](#)
- [Interessenkonflikte](#)

Autoren: Christoph Ritter, Markus Horneber, Claudia Langebrake, Mathias Nietzke

für den Arbeitskreis Onkologische Pharmazie der DGHO; Weitere Expert*innen: Gelenk, Marie-Isabelle

1 Wechselwirkungen

1.1 Pharmakokinetische Wechselwirkungen

1.1.2 Distribution

Sorafenib weist eine sehr hohe Plasmaeiweißbindung auf. Dadurch kann es andere stark an Plasmaproteine gebundene Arzneistoffe aus der Plasmaeiweißbindung verdrängen. Dies kann bei Arzneistoffen mit geringer therapeutischer Breite zu einer Verstärkung erwünschter und unerwünschter Wirkungen führen, wenn deren Abbau- und Ausscheidungswege eingeschränkt sind.

1.1.3 Metabolismus

Der Abbau von Sorafenib erfolgt über CYP3A4 und eine durch UGT1A9-vermittelte Glukuronidierung. Sorafenib-Glukuronide können im Darm durch bakterielle Glukuronidasen gespalten und Sorafenib reabsorbiert werden. Sorafenib unterliegt so einem enterohepatischen Kreislauf.

Die gleichzeitige Behandlung mit Sorafenib und **starken Induktoren von CYP3A4** und/oder der Glukuronidierung kann die systemische Verfügbarkeit von Sorafenib und somit dessen klinische Wirksamkeit verringern.

Die gleichzeitige Behandlung mit starken CYP3A4-Inhibitoren beeinflusst die systemische Verfügbarkeit von Sorafenib nicht.

Die gleichzeitige Einnahme von Sorafenib mit Antibiotika, die eine Störung der gastrointestinalen Mikroflora verursachen, kann die systemische Verfügbarkeit von Sorafenib verringern.

Die gleichzeitige Anwendung von Sorafenib und Doxorubicin oder Irinotecan führte zu einem Anstieg der Plasmakonzentration von Doxorubicin und Irinotecan. Dies ist vermutlich Folge der Hemmung von UGT1A1 und UGT1A9 durch Sorafenib. Bei der gleichzeitigen Behandlung mit Sorafenib und Arzneistoffen, die UGT1A1 Substrate sind, können daher vermehrt unerwünschte Wirkungen dieser Arzneistoffe auftreten.

Eine gleichzeitige Behandlung mit Sorafenib und Docetaxel erhöht die systemische Verfügbarkeit von Docetaxel. Dadurch können unerwünschte Wirkungen des Docetaxels verstärkt werden.

1.2 Pharmakodynamische Wechselwirkungen

Eine durch Sorafenib verursachte und häufig auftretende Myelosuppression kann durch die gleichzeitige Anwendung anderer **myelosuppressiver Arzneistoffe** verstärkt werden.

Da unter der Therapie mit Sorafenib eine seltene Verlängerung des QTc-Intervalls beobachtet wurde, kann die gleichzeitige Gabe von Sorafenib und **QTc-Zeit verlängernden Arzneistoffen** das Risiko für das Auftreten polymorpher ventrikulärer Arrhythmien, sogenannter „Torsade de Pointes“ erhöhen.

Bei der Anwendung von Sorafenib treten sehr häufig Blutungen auf. Die gleichzeitige Behandlung mit Sorafenib und gerinnungshemmenden Arzneistoffen kann das Blutungsrisiko zusätzlich erhöhen.

Unter der Therapie mit Sorafenib kann es zum Absinken der Blutglukose kommen. Dies kann zu einer Erhöhung der Wirksamkeit den Blutzucker senkender Arzneistoffe führen. Das Risiko einer Hypoglykämie wird dadurch erhöht.

Bei der gleichzeitigen Behandlung von Pat. mit Plattenepithelkarzinom der Lunge mit Sorafenib und Platin-basierter Chemotherapie wurde von einer höheren Mortalität berichtet. In zwei dazu angelegten Studien überwog keine einzelne Todesursache, es wurde aber eine höhere Inzidenz für respiratorisches Versagen, Blutungen und infektiöse Komplikationen berichtet.

1.3 Einfluss der Nahrungsaufnahme auf die Bioverfügbarkeit

Wird Sorafenib mit einer fettreichen Mahlzeit eingenommen, verringert sich dessen orale Bioverfügbarkeit im Vergleich zur Einnahme im nüchternen Zustand um 30%.

2 Maßnahmen

Die gleichzeitige Behandlung mit Sorafenib und Arzneistoffen, die **starke Induktoren von CYP3A4** und UGT1A9 sind, sollte vermieden werden.

Bei der gleichzeitigen Behandlung von Sorafenib mit Antibiotika, welche die Darmflora stören, sollte das Risiko für eine verringerte Wirkstoffkonzentration von Sorafenib berücksichtigt werden.

Bei der gleichzeitigen Behandlung mit Sorafenib und Substraten von UGT1A1 sollte die Plasmakonzentration der UGT1A1-Substrate regelmäßig kontrolliert werden und gegebenenfalls eine Dosisanpassung durchgeführt werden.

Während einer gleichzeitigen Behandlung von Sorafenib und Docetaxel muss regelmäßig auf unerwünschte Wirkungen des Docetaxel geachtet werden und gegebenenfalls eine Dosisreduktion durchgeführt werden.

Eine durch Sorafenib verursachte und sehr häufig auftretende Myelosuppression kann durch die gleichzeitige Anwendung anderen **myelosuppressiver Arzneistoffen** verstärkt werden.

Die gleichzeitige Behandlung mit Sorafenib und **QTc-Zeit verlängernden Arzneistoffen** sollte vermieden werden. Ist dies nicht möglich, sollte auf einen ausgeglichenen Elektrolythaushalt geachtet und regelmäßig die QTc-Zeit kontrolliert werden.

Bei gleichzeitiger Behandlung mit Sorafenib und gerinnungshemmenden Arzneistoffen sollten regelmäßig gerinnungsbezogene Laborparameter kontrolliert werden.

Bei einer gleichzeitigen Behandlung mit Sorafenib und den Blutzucker senkenden Arzneimitteln sollte die Glukosekonzentration im Blut regelmäßig kontrolliert werden und gegebenenfalls die den Blutzucker senkende Behandlung angepasst werden.

Sorafenib sollte unabhängig von den Mahlzeiten oder zusammen mit einer leicht oder mäßig fettreichen Mahlzeit eingenommen werden. Falls der Patient beabsichtigt eine fettreiche Mahlzeit zu sich zu nehmen, sind die Sorafenib-Tabletten mindestens 1 Stunde vor oder 2 Stunden nach der Mahlzeit einzunehmen.