

Kurzberichte aus der  
internationalen medizinischen Literatur  
und von Kongressen

## Erhaltungstherapie bei Schizophrenie

### Vereinfachte Anwendung von Olanzapin-Depot

Moderne langwirksame Antipsychotika spielen eine wesentliche Rolle im Langzeitmanagement der Schizophrenie. Depot-Formulierungen wie ZypAdhera® erleichtern Patienten in der Erhaltungstherapie die Compliance und tragen so zu einer wirksamen Rezidivprophylaxe bei. Das atypische Antipsychotikum hat sich seit seiner Einführung 2008 in der Akut- und Erhaltungstherapie als wirksam und verträglich erwiesen. Die Anwendung des Depots, wegen des Risikos eines Postinjektionssyndroms bislang an besondere Überwachungsaufgaben gebunden, wurde jetzt vereinfacht, wie bei einem Pressegespräch der Lilly Deutschland GmbH in Berlin berichtet wurde.

Mangelnde Compliance ist ein vorherrschendes Problem in der Langzeittherapie der Schizophrenie. Studien zeigen, dass eine unzureichende Therapietreue mit einem hohen Rückfallrisiko verbunden ist: 70% aller erkrankten Patienten, die ihre antipsychotische Medikation absetzen, erleiden innerhalb eines Jahres ein Rezidiv. Mit jeder erneuten psychotischen Episode verschlechtert sich die Prognose: Die Zeit bis zur Remission verlängert sich und die Remissionsraten sinken. Unter kontinuierlicher Therapie bleiben dagegen über 80% der Patienten stabil. Wichtig sind daher – besonders bei Ersterkrankten – Maßnahmen, die den Patienten die Compliance erleichtern, um die Kontinuität der Behandlung zu fördern und das Rezidivrisiko zu vermindern. Neben einer umfassenden Aufklärung der Patienten und ihrer Angehörigen, die die Krankheitseinsicht verbessert und

die Notwendigkeit einer Langzeittherapie vermittelt, spielen Depot-Antipsychotika hier eine wesentliche Rolle. Sie vereinfachen das Therapieregime und machen partielle Compliance beziehungsweise Non-Compliance sichtbar und damit im Rahmen der Behandlung thematisierbar.

#### Kontinuierliche Freisetzung über mehr als vier Wochen

Seit 2008 erweitert Olanzapin-Depot (ZypAdhera®; Wirkstoff: Olanzapinpamoat) das Spektrum der Depot-Formulierungen. Das Depot ist in der Rezidivprophylaxe der oralen Formulierung nicht unterlegen und vergleichbar verträglich [1]. Zugelassen für die Erhaltungstherapie bei erwachsenen Patienten mit Schizophrenie, die während einer akuten Behandlung hinreichend mit oralem Olanzapin stabilisiert wurden, liegt das Medikament in

drei Wirkstärken vor, die eine individuell angepasste Applikation ermöglichen (Tab. 1). Olanzapinpamoat wird tief intragluteal in zwei- oder vierwöchentlichem Intervall injiziert. Unmittelbar nach der Injektion der Suspension beginnt das Salz sich aufzulösen und sorgt für eine langsame, kontinuierliche Freisetzung des Wirkstoffs über mehr als vier Wochen. Eine orale Supplementierung ist nicht erforderlich.

#### Anwendung vereinfacht sich

Wegen des seltenen Risikos eines Postinjektionssyndroms (0,08%) mit Symptomen einer Überdosierung nach intravasalem Übertritt des Wirkstoffs war die Anwendung von Olanzapinpamoat bisher an die Auflage gebunden, den Patienten im Anschluss an die Injektion mindestens drei Stunden lang zu beobachten und sicherzustellen, dass er anschließend an seinen Zielort begleitet wird. Diese Begleitung ist jetzt nicht mehr erforderlich, wie die Europäische Arzneimittelbehörde in einer Neubewertung des Sicherheitsprofils des Depotpräparats feststellt. Die Empfehlung wurde aus der Fachinformation gestrichen [2]. Hintergrund der Neubewertung ist, dass seit der Markteinführung im Jahr 2008 kein einziger Fall eines Postinjektionssyndroms nach Ablauf der Nachbeobachtung gemeldet oder dokumentiert wurde [3]. Die Überwachung über einen Zeitraum von drei Stunden bleibt vorgeschrieben und es muss unmittelbar vor Verlassen der medizinischen Einrichtung sichergestellt werden, dass der Patient wach, orientiert und frei von Symptomen einer Überdosierung ist.

Die dreistündige Wartezeit ist für die meisten Patienten unproblematisch. So berichtete Priv.-Doz. Dr. med. Stephan Heres, München, dass in seiner Klinik ein Programm für die Zeit der Überwachung angeboten wird. Dazu werden die Patienten für die Injektionstermi-

Tab. 1. Dosierungsschema für die Umstellung von oralem Olanzapin auf Olanzapin-Depot [2]

Zieldosis Olanzapin oral	Empfohlene Anfangsdosis Olanzapin-Depot	Erhaltungsdosis Olanzapin-Depot nach 2 Monaten
10 mg/Tag	210 mg/2 Wochen oder 405 mg/4 Wochen	150 mg/2 Wochen oder 300 mg/4 Wochen
15 mg/Tag	300 mg/2 Wochen	210 mg/2 Wochen oder 405 mg/4 Wochen
20 mg/Tag	300 mg/2 Wochen	300 mg/2 Wochen

Olanzapin-Depot in Dosierungen höher als 405 mg alle 4 Wochen bzw. 300 mg alle 2 Wochen wurde nicht untersucht.

ne nach Möglichkeit in Gruppen zusammengefasst und können gemeinsam die Wartezeit etwa mit Psychoedukation, kognitivem Training oder sozialem Kompetenztraining sinnvoll nutzen.

**Quelle**

Priv.-Doz. Dr. med. Stephan Heres, München; Pressegespräch „5 Jahre Olanzapin-Depot – für

einige Patienten ein Unterschied?“, veranstaltet von Lilly Deutschland GmbH im Rahmen der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Berlin, 28. November 2013.

**Literatur**

1. Kane JM, et al. Olanzapine long-acting injection: a 24-week randomized, double-blind trial

- of maintenance treatment in patients with schizophrenia. Am J Psychiatry 2010;167:181–9.
- 2. Fachinformation Zypadhera®, Stand 08/2013.
- 3. www.ema.europa.eu/docs/en\_GB/document\_library/EPAR\_-\_Procedural\_steps\_taken\_and\_scientific\_information\_after\_authorisation/human/000890/WC500089567.pdf

Michael Koczorek,  
Bremen

**Antipsychotische Depottherapie**

**Wirksamkeit und Verträglichkeit von Paliperidon-Depot in einer psychiatrischen Versorgungsklinik**

In einer nichtinterventionellen Studie wurden 23 an einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis erkrankte Patienten auf Paliperidon-Depot umgestellt. Über 16 Wochen wurde die Wirksamkeit mit der PANSS-8 erfasst sowie durch den Untersucher beurteilt, unerwünschte Wirkungen wurden dokumentiert. Die Ergebnisse wurden als Poster beim 9. Forschungskongress der Fachkliniken der bayerischen Bezirke in Kloster Irsee (9.–11. Oktober 2013) präsentiert: Am Ende des Beobachtungszeitraums ließ sich bei 75 % der Patienten eine Besserung mittels der PANSS-Skala feststellen. In 96 % der Fälle stuft der Therapeut die Wirkung als ausreichend/befriedigend oder sogar als (sehr) gut ein. Bei 35 % der Patienten wurden im Verlauf leicht- bzw. mittelgradige unerwünschte Wirkungen angegeben.

Paliperidon als Depotpräparat (Xeplion®) ist in Deutschland seit Mai 2011 zur Erhaltungs-therapie der Schizophrenie bei erwachsenen Patienten zugelassen und wird seitdem im kbo-Inn-Salzach-Klinikum ambulant und stationär eingesetzt.

Um die Erwartungen an das Präparat (gute Wirksamkeit und Verträglichkeit bei einfacher Lagerung und Verabreichung) zu überprüfen, wurde eine hauseigene Anwendungsbeobachtung durchgeführt.

**Studiendesign**

Einbezogen wurden 11 Männer und 12 Frauen (Durchschnittsalter 45 Jahre), die – mit Ausnahme eines Falls von Ersterkrankung – an einer rezidivierenden Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis erkrankt waren.

Die Patienten wurden überwiegend im ambulanten Setting von einer antipsychotischen Vormedikation auf Paliperidon-Depot umgestellt.

Die durchschnittliche Dosis von Paliperidon-Depot im gesamten Beobachtungszeitraum betrug monatlich 109 mg. Acht Patienten erhielten zusätzlich eine psychotrope Komedikation (Tab. 1).

Die Wirksamkeit wurde nach einer, vier, 12 und 16 Woche(n) mit der

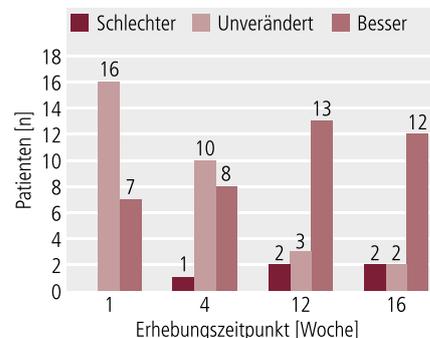
**Tab. 1. Neuroleptische Vorbehandlung (Mehrfachnennung möglich)**

Substanz	Oral	Depot
Amisulprid	1	
Aripiprazol	3	
Chlorprothixen	4	
Flupentixol		3
Haloperidol	2	1
Melperon	1	
Olanzapin		1
Perazin	1	
Quetiapin	5	
Risperidon	4	6
Zuclopenthixol		1

PANSS-8, einer Kurzversion der Positive and Negative Syndrome Scale mit acht Schlüsselitems, überprüft. Unerwünschte Wirkungen wurden während der gesamten Studiendauer erfasst, am Ende erfolgte eine globale Beurteilung der Wirkung durch den Untersucher. Die Auswertung erfolgte deskriptiv.

**Ergebnisse**

Am Ende des Beobachtungszeitraums ließ sich bei 12 der 16 noch eingeschlossenen Patienten eine Besserung mittels der PANSS-Skala feststellen (Abb. 1).



**Abb. 1. Angaben zur Zustandsänderung (Grundlage: PANSS-8)**

In fast allen Fällen (96 % der 23 eingeschlossenen Patienten) stuft der beurteilende Therapeut die Wirkung des Präparats als ausreichend/befriedigend oder sogar als (sehr) gut ein.

Bei 35 % der 23 eingeschlossenen Patienten wurden im Verlauf leicht- bzw. mittelgradige unerwünschte Wirkungen angegeben. In jeweils zwei Fällen erfolgte daraufhin ein Absetzen oder eine weitere Umstellung.

Als leichte Nebenwirkungen wurden eine Hyperprolaktinämie, eine verrin-

Kein Nachdruck, keine Veröffentlichung im Internet oder Intranet ohne Zustimmung des Verlags!

© Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart, Download von: www.ppt-online.de