

dem können wiederholte Rückfälle die soziale und berufliche Reintegration gefährden und Patienten bis hin zum Suizid demoralisieren. Auch für das Gesundheitssystem hat fehlende Therapietreue und die damit verbundene Erhöhung der Rezidivrate erhebliche Konsequenzen: Hohe Therapiekosten aufgrund von häufigeren Krankenhausaufenthalten belasten das Budget der Krankenkassen.

Zuverlässige Rezidivprophylaxe in der Langzeittherapie

Ein wesentliches Ziel bei der langfristigen Therapie der Schizophrenie besteht also darin, die Compliance der Patienten zu erhöhen und somit Rückfälle effektiv zu vermeiden. Das atypische Antipsychotikum Olanzapin (Zyprexa®) bietet hier eine gute Option, wie die Ergebnisse der SOHO (Schizophrenia outpatient health outcomes)-Studie belegen. Im Rahmen der Anwendungsbeobachtung wurden schizophrene Patienten langfristig mit unterschiedlichen konventionellen und modernen Antipsychotika behandelt. Etwa zwei Drittel der Studienteilnehmer erreichten innerhalb von 36 Monaten eine symptomatische Remission, also eine deutliche Verbesserung der positiven, negativen und kognitiven Symptome über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten. Im Vergleich zu den übrigen Wirkstoffen wurde bei Behandlung mit Olanzapin die höchste Remissionsrate sowie

mit etwa 36% die niedrigste Rückfallrate beobachtet. Gleichzeitig war das Risiko für eine Beendigung der antipsychotischen Medikation unter Olanzapin geringer ausgeprägt als bei den anderen Präparaten.

Verbesserung der Therapietreue durch Depotpräparat

Die Ergebnisse der SOHO-Studie weisen auf eine hohe Compliance der Patienten bei Behandlung mit Olanzapin hin. Es gibt jedoch noch weitere Strategien, um die Therapietreue zu verbessern: So können im Rahmen eines multimodalen Konzepts nichtmedikamentöse Maßnahmen wie Psychoedukation, Soziotherapie, therapiebegleitende Angebote in Kliniken und psychiatrischen Praxen sowie ein regelmäßiger Arzt-Patienten-Kontakt die Compliance positiv beeinflussen.

Eine medikamentöse Option zur Verbesserung der Therapietreue bietet der Einsatz eines modernen Depotpräparats, das gegenüber der oralen Medikation eine Reihe von Vorteilen aufweist: Bedingt durch die Gabe des Wirkstoffs per Injektion, entfällt der First-Pass-Effekt und der Plasmaspiegel ist im Vergleich zu oralen Präparaten stabiler und besser vorhersehbar. Dies kann sich positiv auf das Nebenwirkungsprofil sowie die Effektivität der Behandlung auswirken. Zudem erkennt der behandelnde Arzt fehlende Compliance rasch

und kann entsprechend reagieren. Der Patient wiederum muss nicht täglich sein Medikament einnehmen und wird daher auch nicht immer wieder an seine Krankheit erinnert. Zudem fördert der regelmäßige Injektionstermin den Kontakt mit dem Behandlungsteam. Schlechte Therapietreue bei schizophrenen Patienten sollte daher Grund dafür sein, den Einsatz eines modernen Depot-Antipsychotikums zu erwägen. Derzeit wird eine Depotformulierung von Olanzapin in klinischen Studien getestet.

Fazit

Gute Compliance und damit zusammenhängend eine effektive Rezidivprophylaxe stehen im Mittelpunkt einer antipsychotischen Langzeittherapie. Olanzapin ermöglicht dem behandelnden Arzt, seine Patienten in eine stabile Remission zu bringen. So lassen sich die Folgen eines Rückfalls vermeiden, was auch der Funktionsfähigkeit und Lebensqualität der Patienten zugute kommt. Weitere medikamentöse und nichtmedikamentöse Strategien können dazu beitragen, die Therapietreue zusätzlich zu verbessern.

Quelle

Prof. Dr. Dieter Naber, Hamburg. DGPPN-Pressegespräch „Weil Compliance nicht selbstverständlich ist – zuverlässige Rezidivprophylaxe in der Schizophrenie mit Zyprexa®“, veranstaltet von Lilly Deutschland, Berlin, 22. November 2007.

Stefan Oetzel, Tübingen

Idiopathisches Parkinson-Syndrom

Zwei Stunden weniger im „Off“ bei Zusatztherapie mit Ropinirol in Retardform

Wenn sich die Parkinson-Symptomatik nicht mehr zufriedenstellend mit Levodopa kontrollieren lässt, kann durch die Kombination mit Ropinirol in der innovativen „CR“-Galenik die tägliche Zeit im „Off“ für den Patienten signifikant verkürzt werden.

Ropinirol ist seit langem eine der Standardoptionen zur Behandlung von Patienten mit idiopathischem Parkinson-Syndrom. Verordnet werden konnte der Nonergot-Dopaminagonist bisher unter dem Handelsnamen Requip® in der

„IR“-Formulierung (immediate release/sofortige Wirkstoffabgabe). Seit März 2008 steht Ropinirol auch in der „CR“-Version (controlled release/verzögerte Wirkstoffabgabe) unter dem Handelsnamen Requip-Modutab® Retardtablet-

ten zur Verfügung. Die galenische Modifikation (GeoMatrix®-Technologie) ermöglicht es, dass die Einnahme statt dreimal nur noch einmal täglich erforderlich ist. Als Folge der kontinuierlichen Freisetzung des Wirkstoffs bleibt die Plasmakonzentration über 24 Stunden im therapeutischen Bereich, was eine konstante Symptomkontrolle nicht nur am Tag, sondern auch in der Nacht und am frühen Morgen verspricht.

Ob und in welchem Ausmaß Parkinson-Patienten im bereits fortgeschrittenen Krankheitsstadium von Ropinirol CR profitieren, wurde mit der EASE-PD Adjunct Study (Efficacy and safety evaluation in Parkinson disease as ad-

unct therapy) überprüft. Beteiligt waren 67 Parkinson-Zentren in acht europäischen Ländern und der USA. Rekrutiert wurden Patienten mit idiopathischem Parkinson-Syndrom, die aufgrund der nachlassenden Wirksamkeit von Levodopa (eventuell in Kombination mit einem MAO-Hemmer, COMT-Inhibitor oder Anticholinergikum bzw. Amantadin) an Wearing-off-Phänomenen wie End-of-Dose-Akinesien oder Beweglichkeitsfluktuationen litten. Die Add-on-Therapie erfolgte randomisiert doppelblind als einmal tägliche Einnahme von entweder Ropinirol CR (n=202) oder Plazebo (n=191).

Primärer Endpunkt war die Veränderung der im „Off“ verbrachten Zeit. Die Auswertung der Patiententagebücher ließ bereits nach zwei Wochen einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den beiden Kollektiven erkennen (Abb. 1). Am Ende der sechsmonatigen Studienlaufzeit hatte unter Add-on-Ropinirol CR die tägliche „Off“-Zeit um 2,1 Stunden abgenommen, unter Add-on-Plazebo nur um 0,3 Stunden. GleichermäÙen statistisch signifikant war die Überlegenheit der Zusatztherapie mit Ropinirol CR gegenüber Add-on-Plazebo bei allen anderen klinischen Endpunkten: Zunahme der „On“-Zeit (ohne Zunahme von behindernden

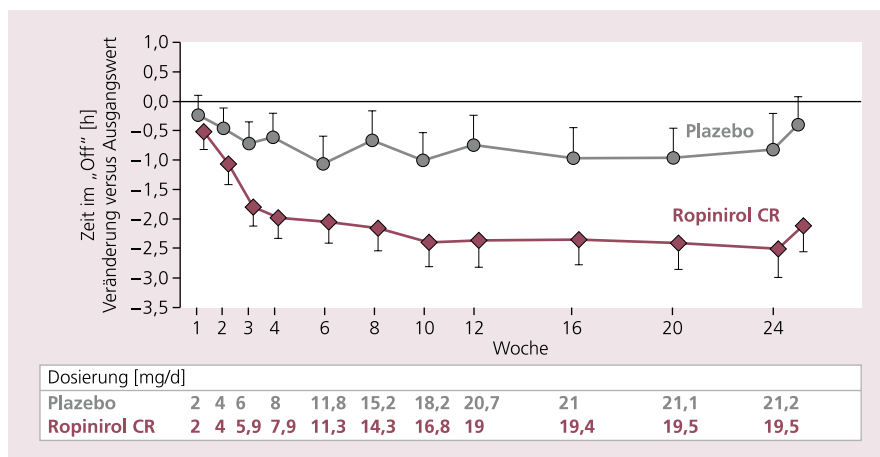


Abb. 1. Veränderung der von Parkinson-Kranken täglich im „Off“ verbrachten Zeit nach Add-on-Ropinirol CR oder Add-on-Plazebo zu einer nicht mehr ausreichend wirksamen Levodopa-Therapie (Mittelwerte +/- Standardfehler); nach 2 Wochen p=0,0029, nach 8 Wochen p<0,0001, nach 24 Wochen p<0,0001 [nach Pahwa R, et al.]

Dyskinesien) sowie Verbesserung von motorischen Funktionen, Alltagskompetenz, Stimmung, Schlaffeffizienz und Lebensqualität. Die Verträglichkeit von Ropinirol CR war gut, was auch die mit Plazebo identische Rate (5%) an nebenwirkungsbedingten Medikationsabbrüchen widerspiegelt. Am häufigsten berichteten die Patienten im Verum-Arm über – in der Regel nach der Titrationsphase wieder abklingend – Dyskinesien (13 vs. 3%), Übelkeit (11 vs. 4%), Benommenheit/Schwindel (8 vs. 3%), Somnolenz (7 vs. 4%), Halluzinationen

(6 vs. 1%) und orthostatische Hypotension (5 vs. 2%).

Quellen

Prof. Dr. med. Fabrizio Stocchi, Rom/Italien, Symposium „Continuous delivery of ropinirole: Improving the management of Parkinson’s disease“ veranstaltet von GlaxoSmithKline beim XVIIth WFN World Congress on Parkinson’s Disease and Related Disorders, Amsterdam/Niederlande, 12. Dezember 2007.
 Pahwa R, et al. Ropinirole 24-hour prolonged release – randomized, controlled study in advanced Parkinson disease. Neurology 2007; 68:1108–15.

Gabriele Blaeser-Kiel, Hamburg

Polyneuritis

Intravenöse Immunglobuline sind wirksam

Eine große Plazebo-kontrollierte Studie mit 117 Patienten mit einer chronischen inflammatorischen Erkrankung peripherer Nerven zeigt eindeutig, dass eine Behandlung mit intravenösen hoch dosierten Immunglobulinen bei dieser Krankheit wirksam ist.

Hintergrund

Die chronische inflammatorische demyelinisierende Polyradikuloneuropathie (CIDP) ist eine entweder langsam progrediente oder rezidivierend wiederkehrende Erkrankung mit einer Prävalenz von 2 bis 7 Betroffenen pro 100 000 Einwohner. Pathophysiologisch handelt es sich um eine Autoimmunerkrankung. Die Symptome sprechen relativ gut auf Glucocorticoide an, wobei diese aber

wegen ihrer Nebenwirkungen nicht über längere Zeit gegeben werden können. Bisher gab es nur drei kleine randomisierte Studien, in denen gezeigt wurde, dass auch intravenöse Immunglobuline in hoher Dosis wirksam sind. Diese Studien reichen aber bisher nicht aus, um regelmäßig eine Übernahme der Behandlungskosten durch die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland zu erreichen.

Studienziel und -design

Eine internationale Studiengruppe führte nun eine randomisierte, doppelblinde, Plazebo-kontrollierte Crossover-Studie mit 117 Patienten mit CIDP durch. In der initialen Studienperiode erhielten die Patienten entweder Plazebo oder intravenöse Immunglobuline mit initial 2 g/kg und einer Erhaltungsdosis von 1 g/kg alle 3 Wochen über 24 Wochen. Die Kontrollgruppe erhielt Albumin. Patienten, bei denen es nach 24 Wochen zu keiner Besserung kam, wurden dann mit der jeweils anderen Therapie behandelt. Der primäre Endpunkt war der Anteil der Patienten, die nach 24 Wochen auf einer speziellen klinischen Skala, die die Behinderung von Patienten mit entzündlichen Neuropathien misst, eine Verbesserung von mindestens einem Punktwert erreichten.