

## Ausgeprägte demenzbedingte Verhaltensstörungen

### Niedrig dosiertes Risperidon als Therapie der ersten Wahl

Die für eine Alzheimer-Erkrankung typischen Verhaltensstörungen belasten die Patienten, aber auch die Angehörigen oft beträchtlich und machen eine medikamentöse Behandlung unumgänglich. Eine wirksame und verträgliche Therapieoption, die sowohl dem Fach- als auch dem Hausarzt die Betreuung von Demenz-Kranken erleichtert, bietet das atypische Antipsychotikum Risperidon in niedriger Dosierung. Der Einsatz des Atypikums wird – bei entsprechender Indikation – von Fachgesellschaften ausdrücklich empfohlen.

Nahezu jeder Alzheimer-Patient zeigt im Verlauf seiner Krankheit – neben Gedächtnis-, Sprach- und Orientierungsstörungen – auch nichtkognitive Symptome wie Aggressivität, Wahn, Halluzinationen oder einen gestörten Tag-Nacht-Rhythmus. Solche demenzbedingten Verhaltensstörungen beeinträchtigen die Alltagsaktivitäten, führen bei Patienten und Bezugspersonen zu einem oft erheblichen Leidensdruck, machen so die häusliche Pflege in vielen Fällen unmöglich und gelten daher als Hauptursache für die Heimunterbringung. Eine effektive Therapie ist deswegen aus medizinischen, aber auch aus sozialen und wirtschaftlichen Gründen notwendig. Wenn hier nicht-medikamentöse Behandlungen wie Verhaltenstherapien keinen ausreichenden Erfolg zeigen, wird die Gabe eines Antipsychotikums meist unumgänglich. Bisher werden hierzu häufig herkömmliche

Neuroleptika eingesetzt, die jedoch Nebenwirkungen wie Sedierung, erhöhte Sturzneigung oder motorische Störungen hervorrufen können. Eine Alternative bietet Risperidon in niedriger Dosierung (Risperdal® 1mg).

#### Verbesserung der Symptomatik und Entlastung der Angehörigen

Dass Demenz-Patienten auch im klinischen Alltag von einer Behandlung mit dem Atypikum profitieren, zeigen die Ergebnisse zweier Anwendungsbeobachtungen an insgesamt 6170 ambulanten Patienten: Während der sechs- bis achtwöchigen Therapie mit Risperidon (durchschnittlich 1,5 mg/d) besserten sich die Verhaltensauffälligkeiten und psychotischen Symptome schon nach zwei bis drei Wochen signifikant und waren am Ende der Behandlung deutlich geringer ausgeprägt als zu Beginn. Aber nicht nur die Patien-

ten selbst, sondern auch die Personen in deren Umfeld werden durch die Therapie erheblich entlastet, wie eine weitere Untersuchung belegt. In deren Rahmen stellten die Ärzte 111 ambulante Demenz-Patienten, die an Verhaltensstörungen litten, von niederpotenten Neuroleptika auf Risperidon (1 mg/d) um. Nach sechswöchiger Therapie konnten sowohl die zeitliche und soziale Belastung als auch das Wohlbefinden und die Alltagskompetenz der meisten pflegenden Angehörigen verbessert werden (Abb. 1). Folgerichtig bescheinigten die Ärzte über 86 % der Angehörigen eine (leicht) gesteigerte Lebensqualität.

#### In Leitlinien empfohlen

Aufgrund solcher positiven Studienergebnisse zur Wirksamkeit und Verträglichkeit erhielt Risperidon als bisher einziges atypisches Antipsychotikum eine Zulassung zur Behandlung von Demenz-Kranken mit beeinträchtigenden psychotischen Symptomen oder schwerer chronischer Aggressivität, durch die sich die Patienten selbst oder andere gefährden. Entsprechende Empfehlungen für die Therapie von Alzheimer-Patienten gibt die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) in ihren aktuellen Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Dort heißt es, dass die Behandlung in der Regel mit atypischen Neuroleptika erfolgen sollte, und weiter: „Da in Deutschland zurzeit in der Indikation bei geriatrischen dementen Patienten für Risperidon als einzigem Medikament eine offizielle Zulassung besteht, ist diese Substanz als Mittel der ersten Wahl anzusehen.“ In ähnlicher Weise stützen die Evidenz-basierte Leitlinie der Universität Witten/Herdecke, die Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft sowie ein Konsensuspapier geriatrischer und gerontopsychiatrischer Fachgesellschaften die Behandlung von verhaltensgestörten Demenz-Patienten mit dem Atypikum.

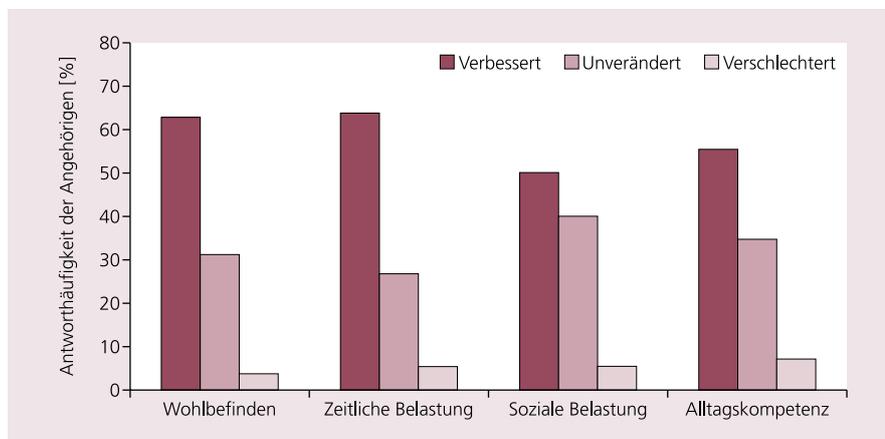


Abb. 1. Entlastung der pflegenden Angehörigen von 111 ambulanten, verhaltensgestörten Demenz-Patienten durch eine Behandlung mit Risperidon (1 mg/d). In den meisten Fällen profitierten die Angehörigen von der sechswöchigen Therapie mit dem Atypikum [nach Stoppe et al., DGPPN-Kongress 2004]

#### Fazit

Die Umstellung von Patienten, die unter demenzassoziierten Verhaltensauffälligkeiten leiden, auf Ris-

peridon in einer niedrigen Dosierung von 1 mg/d ist in der Praxis problemlos möglich und führt zur raschen und signifikanten Verbesserung der Symptomatik sowie zu einer erheblichen Entlastung der Pflegepersonen. Gleichzeitig wird das Antipsychotikum gut vertragen, was eine hohe Therapiesicher-

heit gewährleistet. Zudem ist das Präparat als einziges Atypikum für diese Indikation zugelassen und wird explizit von Fachgesellschaften empfohlen. Daher gilt Risperidon als Mittel der ersten Wahl für die Behandlung ausgeprägter Verhaltensstörungen bei Alzheimer-Demenz.

**Quelle**

Dr. Klaus-Christian Steinwachs, Nürnberg, Dr. Matthias Krüger, Isernhagen. Pressekonferenz „Ausgeprägte demenzbedingte Verhaltensstörungen – Risperdal® 1 mg: erste Wahl für Fach- und Hausarzt“, veranstaltet von Janssen-Cilag, Köln, 7. Februar 2007.

*Stefan Oetzel, Tübingen*

**Epilepsie**

**Therapie zu oft nach „Schema F“?**

Für eine medikamentöse Epilepsie-Therapie ist heute eine breite Auswahl von Antiepileptika verfügbar. Nach den Erfahrungen von Prof. Dr. Jürgen Bauer, Bonn, verringert sich die Auswahl jedoch deutlich, wenn man für einen Patienten in einer konkreten Therapiesituation das „optimale“ Antiepileptikum sucht. Auf einer Fortbildungsveranstaltung von Janssen-Cilag im März 2007 diskutierte er Chancen und Möglichkeiten einer individualisierten Therapieentscheidung im Praxisalltag.

In der Pharmakotherapie zeigt die Epileptologie in Deutschland ein großes konservatives Beharrungsvermögen; rund zwei Drittel der verschriebenen Antiepileptika sind ältere Wirkstoffe. Neben einem – gut begründbaren – Vertrauen zu Wirkstoffen, für die ein großer Erfahrungsschatz vorliegt, besteht jedoch auch der Verdacht, dass zu oft nach „Schema F“ behandelt wird. Auch die Therapiekosten – alte vs. neue Antiepileptika – mögen eine Rolle spielen. Für Diskussionen hat eine Metaanalyse von Kwan und Brodie (2006) gesorgt, welche die Chancen auf Anfallsfrei-

heit nach der Ersttherapie eher pessimistisch einschätzt. Demnach werden mit der ersten Monotherapie nur 47 % der Patienten anfallsfrei, mit einer zweiten Monotherapie weitere 14 %, und eine gegebenenfalls erforderliche dritte Mono- (oder Kombinations-)therapie erreicht lediglich bei weiteren 3 % Anfallsfreiheit.

Einig ist man sich zwar, dass die initiale Pharmakotherapie entscheidend für die Prognose ist – diejenigen Patienten, die anfallsfrei werden, werden dies in den beiden ersten Schritten. Nach den Erfahrungen von Bauer ist der erzielbare

Anteil anfallsfreier Patienten nach der Zweit- und auch nach der Dritttherapie aber höher. Abstrakte Zahlenwerte wie in der umstrittenen Metaanalyse vermitteln darüber hinaus die für ihn falsche Botschaft, dass diese Raten an Anfallsfreiheit mit jedem Antiepileptikum erreicht werden können. Die Erfolgchancen sind aber umso höher, je besser man die Medikation an das individuelle Patientenprofil anpasst. In **Tabelle 1** sind die verfügbaren Antiepileptika nach Alters- und Geschlechts-Kriterien verschiedenen Patientenprofilen zugeordnet; diese Liste orientiert sich vor allem an der unterschiedlichen Verträglichkeit der verfügbaren Antiepileptika.

**Monotherapie: bereits moderate Dosen sind wirksam**

Eine weitere wichtige Therapieerfahrung ist die Erkenntnis, dass viele Responder initial mit niedrigeren Dosen auskommen als vielfach empfohlen. Die Notwendigkeit, das Dosierungsfenster bis an die obere Grenze auszureizen, gilt nicht in der Monotherapie, sondern in späteren Behandlungsphasen in der Kombinationstherapie. Bauer: „Eine Erhöhung der Dosis bis in Top-Bereiche bringt hier keinen Quantensprung in der Anfallsfreiheit, sondern nur eine relative Minderung der Anfallsfrequenz.“

Bei Patienten, die in der Monotherapie in dem von ihm vorgeschlagenen Dosisfenster – Carbamazepin: 400 bis 800 mg/d, Valproinsäure: 1 000 bis 1 500 mg/d, Lamotrigin: 150 bis 300 mg/d, Topiramat: 100 mg/d, Oxcarbamazepin: 1 200 mg/d, Levetiracetam: 1 000 bis 2 000 mg/d – nicht anfallsfrei werden oder davon sehr deutlich profitieren, ist die Wahrscheinlichkeit unter höheren Dosierungen sehr gering.

**Tab. 1. Antiepileptika zur Monotherapie fokaler Epilepsien und idiopathischer Epilepsien mit generalisierten Anfällen (alphabetische Aufzählung) [Vorschlag Bauer, 2007]**

Junge Frau	Junger Mann	Ältere Patienten
Fokale Epilepsie		
Carbamazepin	Gabapentin	Gabapentin
Lamotrigin	Levetiracetam	Levetiracetam
	Lamotrigin	Lamotrigin
	Oxcarbamazepin	(Oxcarbamazepin)
	Topiramat	Topiramat
	Valproinsäure	Valproinsäure
Idiopathische Epilepsie mit generalisierten Anfällen		
Lamotrigin	Lamotrigin	Lamotrigin
	Topiramat	Topiramat
	Valproinsäure	Valproinsäure