

# „Parkinson-Kranke brauchen gute ärztliche Begleitung“

Dopaminerge Therapie hat Prognose deutlich verbessert

Ziel der medikamentösen Behandlung von Parkinson-Patienten ist es, den der Erkrankung zugrundeliegenden Dopaminmangel auszugleichen. Bei der Wahl der individuell geeigneten Therapie orientiert man sich am Schweregrad, den krankheits- und therapiebedingten Komplikationen sowie an den Begleiterkrankungen der Patienten.

Lutz Lachenmayer

Der Morbus Parkinson ist eine progredient verlaufende neurodegenerative Erkrankung, für die es bis heute noch keine kausale Therapie gibt. Wir verfügen aber über ein breites Spektrum an symptomatischen, sehr effektiven Therapieverfahren – von Medikamenten bis zu operativen Eingriffen wie die tiefe Hirnstimulation.

Ist die Diagnose gestellt, beginnt man mit einer medikamentösen Behandlung, sobald sich der Patient durch die Symptome beeinträchtigt fühlt. Die Therapie setzt einerseits eine langfristige Strategie voraus, muß andererseits aber sehr individuell gestaltet werden – wir brauchen eine Therapie nach Maß.

Diese maßgeschneiderte Therapie orientiert sich an Parametern wie:

- Alter des Patienten,
- Begleiterkrankungen,
- Vorliegen einer kognitiven Störung,
- Ausprägung der Symptome (akinesedominant, tremordominant),
- berufliche Aktivität,
- Lebenserwartung oder
- frühe oder späte Verlaufsphase der Erkrankung.

Sehr wesentlich für die Auswahl der Therapie ist das Lebensalter. Eine Einteilung in „jüngere“ versus „ältere“ Patienten orientiert sich weniger am biologischen Alter, sondern eher an weiteren Faktoren: „jüngere“ Patienten sind solche ohne Multimorbidität und ohne kognitive Beeinträchtigung. Als „älter“ werden alle multi-

morbiden Patienten und solche mit kognitiven Störungen eingestuft.

## Therapiebeginn bei „jüngeren“ versus „älteren“ Patienten

Es ist ein Grundprinzip bei „jüngeren“ Patienten mit der Monotherapie mit einem Dopaminagonisten zu beginnen. Die neueren Non-Ergot-Agonisten (Pramipexol und Ropinirol)

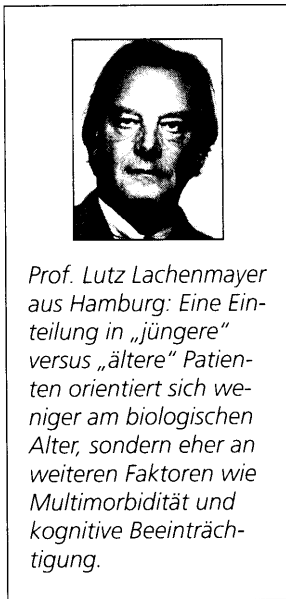
sind besonders gut in randomisierten Langzeitstudien untersucht. Für die älteren Ergot-Agonisten (Bromocriptin,  $\alpha$ -Dihydroergocryptin, Cabergolin, Lisurid und Pergolid) ist das Evidenz-Niveau auf der Basis kontrollierter Studien deutlich geringer.

Die Agonisten werden langsam über Wochen hochdosiert, wobei darauf zu achten ist, daß eine wirksame Tagesdosis erreicht wird. Beispiele: bei Ropinirol beginnt man mit 3 x 0,25 mg, sollte aber letztlich eine Tagesdosis von 9 bis 15 mg er-

reichen; bei Pramipexol beginnt man mit 3 x 0,08 mg, Zieldosis ist 3 mg.

Ziel der Monotherapie mit einem Agonisten ist eine wirksame Symptombesserung und eine Prävention des Spätsyndroms (Fluktuationen und Dyskinesien). Kann im weiteren Krankheitsverlauf die Minussymptomatik – Akinese und Rigor – mit dem Agonisten nicht mehr ausreichend kompensiert werden, ist zusätzlich L-Dopa erforderlich.

Bei „älteren“ Patienten oder bei relativ kurzer Lebenserwartung, bei der die Phase des L-Dopa-Spätsyndroms voraussichtlich nicht erreicht wird, ist L-Dopa der Goldstandard.



Prof. Lutz Lachenmayer aus Hamburg: Eine Einteilung in „jüngere“ versus „ältere“ Patienten orientiert sich weniger am biologischen Alter, sondern eher an weiteren Faktoren wie Multimorbidität und kognitive Beeinträchtigung.



## Aus dem Inhalt

### Lutz Lachenmayer:

„Parkinson-Kranke brauchen gute ärztliche Begleitung“ **3**

Verlust an Selbständigkeit kann gebremst werden **6**

### Janine Diehl,

### Alexander Kurz:

Antidementiva helfen auch bei vaskulärer Demenz **8**

### Wolfgang Jost:

Botulinumtoxin hat sich als potentes Therapeutikum erwiesen **12**

**Berichte vom Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Neurologie in Mannheim 13 – 19**