

Medizin

Neue US-Leitlinien fordern bessere Behandlung für Parkinson-Kranke

San Diego - Der Morbus Parkinson werde häufig zu spät erkannt oder falsch diagnostiziert. In der Therapie gebe es ein nicht gerechtfertigtes Misstrauen gegenüber der Standardtherapie mit L-Dopa. Den häufigen psychischen Begleiterkrankungen werde von den Ärzten zu wenig Beachtung geschenkt, während Patienten zunehmend auf unwirksame Nahrungsergänzungsmittel setzten. Anlässlich ihrer Jahrestagung, die dieser Tage in San Diego stattfindet, hat die American Academy of Neurology (AAN) mehrere Leitlinien herausgegeben, die auch für deutsche Neurologen interessant sein dürften.

Die Agonie von Papst Johannes Paul II. hat die Parkinson-Krankheit in der Öffentlichkeit als klar umrissenes Krankheitsbild erscheinen lassen. Diagnose und Therapie jedoch häufig sehr schwierig. Die AAN schätzt, dass 5 bis 10 Prozent aller Erkrankungen von den Ärzten nicht erkannt werden. Auf der anderen Seite würde bei bis zu 20 Prozent der Patienten, bei denen die Ärzte einen Morbus Parkinson diagnostizieren, die Autopsie zu einem anderen Ergebnis kommen.

Die neuen Leitlinien raten den Neurologen vermehrt auf frühe Stürze, ein schlechtes Ansprechen auf L-Dopa, eine Symmetrie der motorischen Störungen, auf ein Fehlen des Tremors und die frühe Dysfunktion des autonomen Nervensystems zu achten, die wichtige Hinweise auf das Vorliegen einer anderen Erkrankung geben könnten. Der L-Dopa- oder Apomorphin-Test, aber auch olfaktorische Tests (Parkinsonpatienten verlieren früh die Riechfähigkeit) könnten sinnvoll sein. Auf ein schnelles Fortschreiten der Störungen weisen laut AAN ein hohes Erkrankungsalter, Komorbiditäten sowie das Vorhandensein von Rigidität und Bradykinesie ebenso hin wie ein vermindertes Ansprechen auf Dopamin, heißt es in einer Publikation in dem AAN-Organ *Neurology* (2006; 66: 968-975).

Ein anderer „Practice Parameter“ beschäftigt sich mit neuroprotektiven Strategien und alternativen Behandlungsmöglichkeiten (*Neurology* 2006; 66: 976-982). Für beide gibt es nach Ansicht der AAN keine Belege. Nur eine sportliche Betätigung könnte möglicherweise helfen, die motorischen Funktionen zu erhalten. Das gleiche gelte für die Sprachtherapie, von der möglicherweise die sprachliche Kompetenz profitieren könne. Dass die Gabe von Vitamin E den Verlauf der Erkrankung verlangsamt, sei dagegen widerlegt. Für andere als neuroprotektiv beworbene Nahrungsergänzungsmittel oder Arzneimittel wie Riluzol, Coenzym Q10, Pramipexol, Ropinirol, Rasagilin oder Amantadin wird ein „Level U“ für „ungewisse Wirkung“ vergeben. Das gilt auch für den prophylaktischen operativen Eingriff der Thalamotomie. Andererseits vertreten die AAN-Autoren die Ansicht, dass L-Dopa, anders als häufig zu hören, das Fortschreiten der Erkrankung nicht fördert, was aber nicht das Dilemma löst, dass es nach einer gewissen Zeit der L-Dopa-Behandlung zu Fluktuationen kommt. Zu deren Behandlung gibt ein weiteres Dokument (*Neurology* 2006; 66: 983-995) die folgenden evidenzbasierten Hinweise: Zur Verkürzung der Off-Zeiten könnten Entacapon und Rasagilin eingesetzt werden (Level A). Pergolid, Pramipexol, Ropinirol und Tolcapon erhalten hier eine Level B-Empfehlung. Für Apomorphin, Cabergolin und Selegilin reicht es nur für ein Level C.

Die Pressemitteilung hebt hervor, dass zwar eine Vielzahl von Medikamenten zur Behandlung der motorischen Störungen zur Verfügung steht, die allerdings alle nicht die Progression der Erkrankung verhindern und deshalb irgendwann auch alle ihre Wirksamkeit einbüßen. Was keineswegs einen therapeutischen Nihilismus rechtfertigt: Viel zu selten werden nach Einschätzung der AAN die psychischen und kognitiven Begleiterscheinungen der Erkrankung angegangen (*Neurology* 2006; 66: 996-1002). Alle Patienten sollten auf Depressionen und Demenzen hin untersucht werden. Zur Behandlung der Depression empfiehlt die AAN Amitriptylin (Level C), solange keine Demenz vorliegt. Bei einer Demenz wird Donepezil oder Rivastigmin empfohlen (Level B), bei Lewy-body-Demenz Rivastigmin (Level B). Psychosen könnten mit Clozapin (Level B) oder Quetiapin behandelt werden, von Olanzapin wird abgeraten (Level B). /rme

Links zum Thema

PDF der Leitlinien zur Neuroprotektion

http://aan.com/professionals/practice/guidelines/Neuroprotective_PD.pdf

PDF der Leitlinien zu Diagnose und Therapie

http://aan.com/professionals/practice/guidelines/Diagnosis_Prognosis_PD.pdf

PDF der Leitlinien zur psychischen und dementiellen Begleiterkrankungen

http://aan.com/professionals/practice/guidelines/Eval_Treatment_PD.pdf

PDF zur Therapie von Fluktuationen und Dyskinesien

http://aan.com/professionals/practice/guidelines/PD_Motor_Fluctuations.pdf

Pressemitteilung der AAN

<http://www.aan.com/press/press/index.cfm?fuseaction=release.view&release=364>

© Deutsches Ärzteblatt / Deutscher Ärzte-Verlag .