Epilepsie

In der Therapie rational und individualisiert kombinieren

■ Für eine wirksame Epilepsitherapie ist bei vielen Patienten der Wechsel auf ein zweites Antikonvulsivum oder eine Kombinationstherapie erforderlich. Dabei sind vor allem spezifische Kombinationen möglicherweise besonders effektiv.

Die Herausforderung in der Epilepsitherapie sei auch heute nach wie vor, dass etwa ein Drittel der Patienten entweder keine Response auf die antiepileptische Therapie zeige oder unter Medikation zwar anfallsfrei sei, aber extreme Nebenwirkungen akzeptieren müsse, erklärte Professor Bernhard J. Steinhoff, Kork-Kehl. 47 % der Epilepsiepatienten würden mit dem ersten Antiepileptikum anfallsfrei und insgesamt 64 % zeigten nach Wechsel auf einen zweiten oder dritten Wirkstoff oder auf einer Duokombinationstherapie letztlich Response [1]. Da zwei Drittel der Epilepsiepatienten aber lebenslang Antiepileptika einnehmen, müsse das Bewusstsein für die Langzeitverträglichkeit der eingesetzten Medikamente verstärkt werden.

Warnung vor „Overtreatment“

Bei der Frage was und wie viele Wirkstoffe kombiniert werden können, solle der Arzt vor allem die supraadditive Wirksamkeit, die rationale Kombination von Wirkmechanismen und pharmakologische Verträglichkeitsaspekte berücksichtigen. Probleme bei Kombinationen

älterer Antiepileptika sieht Steinhoff in der häufig unbefriedigenden Nutzen-Risiko-Relation, in komplexen Interaktionen, in Identifikationsproblemen spezifischer Effekte der antiepileptischen Einzelkomponenten, in zusätzlichen Kosten und in der Compliance. Er warnte aber vor einem „Overtreatment“ und forderte, dass „die Komplexität der Epilepsie nicht automatisch eine höhere Komplexität der Therapie bedingen sollte“. Die vorliegenden Daten zu Kombinationstherapien wurden überwiegend ohne die neuen Antikonvulsiva erhoben. Allerdings hat die Post-hoc-Analyse der Daten dreier randomisierter placebokontrollierter Studien mit 1.308 Patienten gezeigt, dass eine Kombination des neuen Antiepileptikums Lacosamid (Vimpat® 400 mg/d) mit klassischen Natriumkanalblockern eine Responderate (Anfallsreduktion mindestens 50 %) von knapp 40 % und in Kombination mit Nicht-Natriumkanalblockern eine Responderate von etwa 62 % erzielte [2].

Dr. Thomas Riedel

1. Kwan P et al. Expert Rev Neurother 2006; 3: 397–406
2. Sake JK et al. CNS Drugs 2010; 24 (12): 1055–68

Satellitensymposium „Fokale Epilepsien: Die erste Monotherapie hat versagt, was nun?“ 84. DGN-Jahrestagung, Wiesbaden, 29.9.2011
Veranstalter: UCB Pharma

Bipolar-I-Störung

Erfolgreiche Rückfallprophylaxe anstreben

■ Bipolare Störungen sind sozial und gesundheitlich stark beeinträchtigende Erkrankungen und mit einem hohen Suizidrisiko verbunden. Mit jeder neuen Episode verschlechtert sich die Prognose der Patienten, berichtete Professor Klaus Wiedemann, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. „Unbehandelt gewinnt die Erkrankung eine Autonomie, die schließlich nicht mehr gut korrigierbar ist.“ Bei der Wahl der Therapie sollte insbesondere auf eine ausgewogene Balance von Verträglichkeit und Wirksamkeit geachtet werden, so der Experte.

Auch in der Langzeittherapie Placebo überlegen

Aripiprazol (Abilify®) habe sich in einer Reihe von klinischen Studien zur Mono- und Kombinationstherapie bei mäßigen und schweren manischen Episoden der Bipolar-I-Störung und in der Prävention neuer manischer Episoden bewährt. Die antimanische Wirksamkeit des atypischen Neuroleptikums setze schnell ein und sei mit der von Haloperidol oder Lithium vergleichbar, so Wiedemann. Langzeitdaten über zwei Jahre belegten, dass Aripiprazol die Zeit bis zu einem Rückfall

in die Manie signifikant gegenüber Placebo verlängere (Hazard Ratio: 0,35; $p = 0,005$).

Kombination mit Stimmungsstabilisierer

Durch die Kombination von Aripiprazol mit Stimmungsstabilisierern lässt sich ein additiver Effekt erreichen. In einer Langzeitstudie erhielten Patienten, die auf Lithium oder Valproat nicht ausreichend angesprochen hatten, Aripiprazol als Add-on. Patienten, die auf die Kombination respondierten und zwölf Wochen stabil blieben, erhielten über bis zu 52 Wochen weiterhin den Stimmungsstabilisierer und zusätzlich entweder Aripiprazol (10–30 mg/d) oder Placebo. Unter kontinuierlicher Therapie mit dem Atypikum wurde das Risiko eines manischen Rezidivs im Vergleich zu Placebo um 65 % reduziert. Aripiprazol war gut verträglich und hatte keinen signifikanten Einfluss auf das Gewicht oder metabolische Parameter.

Abdol A. Ameri

„Wiedererlangung der Funktionalität: Moderne Therapiekonzepte für manische Episoden der Bipolar-I-Störung“, Hamburg, 13.12.2011 Veranstalter: BMS und Otsuka