Motorik und Lebensqualität bei fortgeschrittenem Morbus Parkinson

— Die L-Dopa-Pumpentherapie (Duodopa®) kann beim frühen fortgeschrittenen Morbus Parkinson nach den Ausführungen von Professor Paul Lingor, Universitätsmedizin Göttingen, Spätkomplikationen der oralen Therapie wie Dyskinesien oder Off-Phasen deutlich bessern. In einer prospektiven, doppelblinden Studie mit 66 Patienten (Alter 64,1 Jahre), die trotz optimierter Pharmakotherapie an motorischen Fluktuationen litten, wurde beispielsweise innerhalb von zwölf Wochen unter der Levodopa-Infusion im Vergleich zu Levodopa-Tabletten die durchschnittliche Zeit im „Off“ gegenüber Studienbeginn signifikant stärker reduziert (–4,04 vs. –2,14 Stunden/Tag, $p = 0,0015$) [Olanow CW et al. Lancet Neurol 2014; 13 (2): 141–9]. Zugleich nahm die durchschnittliche Zeit im „On“ ohne beeinträchtigende Dyskinesien signifikant stärker

zu (+4,11 vs. +2,24 Stunden/Tag, $p = 0,0059$). Zudem verbesserte sich unter der Infusion die Lebensqualität, gemessen anhand des 39-item Parkinson's Disease Questionnaire (PDQ-39), gegenüber Studienbeginn signifikant stärker als unter den Tabletten ($p < 0,05$).

In einer offenen Nachbeobachtung über 54 Wochen erhielten alle Patienten die Levodopa-Infusion. Hierbei zeigte sich eine dauerhaft gute Wirksamkeit [Slevin JT et al. J Parkinsons Dis 2015; 5 (1): 165–74]. Teilnehmer, die ursprünglich die orale Therapie erhalten hatten, schienen laut Lingor etwas schlechter abzuschneiden. Die Unterschiede seien jedoch nicht signifikant, so dass das künftig noch näher untersucht werden müsse, ergänzte er.

Nach Ansicht von Professor Wolfgang Jost, Parkinson-Klinik Ortenau, sollten die nicht

oralen Folgetherapien, zu denen die L-Dopa-Pumpentherapie gehört, nicht zu lange hinausgezögert werden. Der Patient könne dann nicht mehr im vollen Ausmaß profitieren oder die Therapien womöglich aufgrund von Kontraindikationen nicht mehr erhalten, so seine Begründung. Er erwägt eine nicht orale Folgetherapie, wenn die Erkrankung mit einem zumutbaren oralen Therapieregime nicht ausreichend zu kontrollieren ist und Dyskinesien oder Off-Phasen auftreten. Jost empfahl, insbesondere junge Patienten bereits früh über die nicht oralen Therapien aufzuklären, um ihnen ausreichend Zeit zu geben, sich hierauf vorzubereiten.

Petra Eiden

Deutschsprachiges Forum zur Therapie des fortgeschrittenen Morbus Parkinson, Kassel, 12. – 13.2.2016
Veranstalter: AbbVie Deutschland

Epilepsie: Weniger fokale Anfälle bis hin zur Anfallsfreiheit unter Zusatztherapie

— Patienten mit unzureichend kontrollierter Epilepsie können mit dem neuen Antiepileptikum Brivaracetam auf eine Reduktion der Anfallshäufigkeit oder sogar Anfallsfreiheit hoffen. Brivaracetam (Briviact®) erhielt im Januar 2016 die EU-Zulassung zur Zusatzbehandlung fokaler Anfälle mit oder

ohne sekundäre Generalisierung bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 16 Jahren mit Epilepsie.

Nach den gepoolten Daten der drei zulassungsrelevanten Studien kam es unter 100 mg Brivaracetam täglich (verteilt auf zwei Einnahmedosen) in den zwölfwöchigen

Kernstudien bei 39,5% der Patienten signifikant häufiger zu einer mindestens 50%igen Reduktion der Anfallshäufigkeit als unter Placebo (20,3%; $p < 0,001$) [Quarato PP et al., 31. Internationaler Epilepsie-Kongress, Istanbul 2015, Poster p0851]. Nach im Median neun fokalen Anfällen pro 28 Tage vor Studienbeginn blieben 5,1% der Patienten anfallsfrei (Placebo: 0,5%). Unter 50 mg und 200 mg Brivaracetam ging die Anfallshäufigkeit bei 34,2% beziehungsweise 37,8% der Patienten um $\geq 50\%$ zurück ($p < 0,01$ bzw. $p < 0,001$ vs. Placebo). Häufigste Nebenwirkungen waren Somnolenz mit 15,2% und Schwindel mit 11,2%. Alle anderen unerwünschten Ereignisse waren seltener als 10%, darunter Gereiztheit mit 3,2%.

Einige der mehr als 3.000 Patienten des klinischen Entwicklungsprogramms nehmen Brivaracetam inzwischen seit über acht Jahren ein (UCB, Data on File). Arnold zufolge weisen diese Daten und auch seine eigenen Erfahrungen darauf hin, „dass mit Brivaracetam in vielen Fällen eine verbesserte Anfallskontrolle und damit ein Zugewinn an Lebensqualität erzielt werden kann.“

Brivaracetam kann von Tag 1 an in therapeutischer Dosis verabreicht werden und ist laut Fachinformation mit allen gängigen Antiepileptika kombinierbar. Einzige Kombi-

Abb.1: Anteil der Patienten, bei denen sich in den Brivaracetam-Zulassungsstudien eine mindestens 50%ige Reduktion der Anfallshäufigkeit gegenüber Baseline erzielen ließ.